Sjuksköterskans upplevelse av att bedöma delirium på en intensivvårdsavdelning med hjälp av The Nursing Delirium Screening Scale (NuDesc)

Författare
Karin Englesson
Anna Maria Lundgren

Handledare
Karin Nordin
Susanne Mattsson

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Uppsatskurs i vårdvetenskap,
Fortsättningskurs C 2015

Examinator
Karin Sonnander
SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att studera hur sjuksköterskan inom intensivvård använder NuDesc (The Nursing Delirium Screening Scale) och om de anser sig ha tillräcklig kunskap för att bedöma delirium med hjälp av NuDesc.

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med datainsamling via en enkät som konstruerats speciellt för denna studie. Enkäten besvarades av 15 intensivvårdssjuksköterskor på ett universitetssjukhus i Mellansverige.

Resultatet visade att bedöma delirium på en intensivvårdsavdelning uppfattas av respondenterna som ganska svårt även om de tycker sig ha tillräckligt med kompetens att använda bedömningsinstrument NuDesc. Den psykomotoriska förlångsamningen tillsammans med hallucinationer/ illusioner uppfattas av sjuksköterskorna som svårast att bedöma.

Nyckelord: Delirium, The Nursing Delirium Screening Scale (NuDesc), intensivvård
ABSTRACT

The aim of the study was to examine how the nurse in intensive care use NuDesc (The Nursing Delirium Screening Scale) and if they feel they have sufficient knowledge to assess delirium using NuDesc.

The study is a quantitative cross-sectional study with data collection through a questionnaire designed specifically for this study. The survey was answered by 15 ICU nurses at a university hospital in central Sweden.

The results showed that to assess delirium in intensive care was perceived by respondents to be quite difficult even if they think they have enough skills to use the assessment instrument NuDesc. Psychomotor retardation with illusions/ hallucinations are perceived by nurses as the most difficult to assess.

Keywords: Delirium, The Nursing Delirium Screening Scale (NuDesc), intensive care
REFERENSER ........................................................................................................ 16

BILAGOR ............................................................................................................... 1

Bilaga 1 ............................................................................................................. 1
Bilaga 2 ............................................................................................................. 2
Bilaga 3 ............................................................................................................. 3
Bilaga 4 ............................................................................................................. 4
BAKGRUND


Definition av delirium


A. En störning av såväl uppmärksamhet (dvs minskad förmåga att rikta, fokusera, upprättthålla och skifta uppmärksamhet) som medvetenhet (försämrad orienteringsgrad relativt omgivningen).
B. Störningen utvecklas under kort tid (vanligen timmar till ett fåtal dagar), innebär en förändring av personens normala uppmärksamhet och medvetenhet, och tenderar att fluktuerar i svårighetsgrad under dygnets lopp.
C. Även en störning av kognitiva funktioner (t ex minnessvårigheter, desorientering, språkligförmåga, visuo-konstruktionsförmåga eller perception).
D. Symtomen enligt kriterierna A och C förklaras inte bättre med någon manifest eller debuterande kognitiv sjukdom och förekommer inte i anslutning till en allvarlig sänkning av medvetandegraden, såsom koma.

E. Anamnes, status eller laboratorieundersökningar ger belägg för att störningen är en direkt fysiologisk följd av något annat medicinskt tillstånd, substansintoxikation eller substansabstinens (har orsakats av någon missbruksdrog eller något läkemedel), eller exponering för något gift, eller multipel etiologi.

Det kan vara svårt att identifiera delirium då patienten kan ha en underliggande demens eller depression. Demens och depression är mera långvariga tillstånd, medan delirium är ett akut tillstånd som är övergående. Vid delirium är uppmärksamheten och uppfattningsförmågan nedsatt vilken oftast är normal i demens och depression (Page & Ely, 2011).

**Incidens**


Kritiskt sjuka patienter löper större risk att utveckla delirium och då vi blir allt äldre och behandlingsalternativen ökar är även delirium ett ökande problem inom intensivsjukvården (Arend & Christensen, 2009). Patienter som upplever delirium har 49 % ökad risk för förlängd sjukhusvistelse jämfört med de som inte utvecklar delirium (Vasilevskis et al., 2010).
**Riskfaktorer**
Det finns många riskfaktorer förutom åldern som ökar risken att utveckla delirium. Det har visat sig att det finns ett dynamiskt samspel mellan predisponerande och förvärvade faktorer. (Arend & Christensen, 2009; Vasilevskis et al., 2010). I tabell 1 beskrivs översiktligt dessa faktorer.

**Tabell 1** Riskfaktorer för delirium (Devlin, Fong, Fraser, & Riker, 2007)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Redan existerande faktorer (före vårdtillfället)</th>
<th>ålder &gt; 70 år</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>flytt från ett vårdhem</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>hörsel eller synnedsättning</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>tidigare depression</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>demens</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>hjärtsvikt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>stroke</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>epilepsi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>lever-njursvikt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>malnutrition</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HIV-infektion</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>överkonsumtion av alkohol</td>
</tr>
<tr>
<td>Akuta betingelser</td>
<td>allvarligt sjuk</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>överdos av droger</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>metabola problem som diabetes,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>hypo/hyperthyreos, hypo/hypernatremi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>hypotermi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sepsis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>hypoxi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>njursvikt</td>
</tr>
<tr>
<td>Iatrogena faktorer</td>
<td>sedering</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>analgetika</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>antikolinergika</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysiska begränsningar</td>
<td>relaterat till sedering och intubering</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>urinkateter</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>rektalsond</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>central venkateter</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Symtom och kategorisering**


a) att tillståndet utvecklas under kort tid  
b) tenderar att fluktuera under dygnet  
c) störning av medvetandet  
d) en förändring i kognitiva beteendet som försämrat minne och desorientering


**Bedömningsinstrument**

Att använda ett bedömningsinstrument underlättar tidig upptäckt av delirium hos intensivvårdspatienter. Sjuksköterskor arbetar nära patienten och är i och med detta i frontlinjen för att upptäcka, hantera och till och med förhindra delirium (Arend & Christensen, 2009).

Det finns flera bedömningsinstrument för att identifiera delirium inom intensivvården ex. CAM (Confusion Assessment Method), CAM-ICU (Confusion Assessment Method for ICU),
NuDesc (The Nursing Delirium Screening Scale) och ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist). Dessa är validerade och används kliniskt i flera länder (Page & Ely, 2011).

**The Nursing Delirium Screening Scale (NuDesc)**


**Omvårdnadsteori**

Virginia Henderson (1897-1996) var den första sjuksköterska som, efter Florence Nightingale, försökte beskriva omvårdnadens speciella ansvarsområden och detta har haft stort inflytande på senare omvårdnadsteorier. Hendersons omvårdnadsteori är en behovsteori och hon försöker beskriva sjuksköterskans speciella funktion genom definitionen:

"Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift ska utföras på ett sådant sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende" (Kirkevold, 2000, p. 116). En patient som drabbas av delirium kan inte själv utföra de åtgärder som behövs hälsa och tillfrisknande. Att bedöma och snabbt upptäcka delirium är en viktig del i sjuksköterskans uppgift i linje med Hendersons omvårdnadsteori.

Omvårdnadsteorin är biomedicinskty influerad och har en sjukdomsorienterad syn på hälsa. Den utgår ifrån att människan är en individ med en uppsättning omvårdnadsproblem. Den inkluderar miljön som är närmast patienten och kopplas samman med problemidentifiering relaterad till medicinska diagnoser som kan hjälpa patienterna med de dagliga aktiviteter
patienterna har behov av för att uppnå hälsa. Sjuksköterskan ska vårda patienten tills denne kan vårda sig själv (Pokorny, 2009).

Hendersons synsätt är primärt individorienterad och betonar ofta att omvårdnaden ska planeras utifrån den enskilda patientens upplevda behov och bristande förmåga att tillgodose dessa (Kirkevold, 2000).

I en studie av Detwailer et al. (2014) betonas vikten av samspelet mellan sjuksköterskan och övrig medicinsk personal. Där har man undersökt hur kommunikationen mellan sjuksköterskorna och övrig medicinsk personal kan minska risken för att inte identifiera delirium hos patienten. Sjuksköterskorna hade anteckningar om delirium hos patienten. Sjuksköterskorna hade 70,2 % av patienterna medan läkarna hade 43,6 %. En bidragande orsak till detta kan enligt studiens författare vara att sjuksköterskorna spenderar mer tid med patienterna än vad läkarna gör och då lättare kan observera eventuella symtom på delirium.

Den nära kopplingen mellan omvårdnad och medicinsk behandling är också något som framhävs i Hendersons teori och beskrivs bland annat som att samspelet mellan yrkesgrupper och läkarens ordinationer i hög grad inverkar på planeringen och genomförandet av omvårdnaden (Kirkevold, 2000).


**PROBLEMFORMULERING**

Delirium är en vanlig komplikation vid intensivvård och är ofta svår att upptäcka. Att bedöma delirium hos intensivvårdspatienter är svårt. De finns olika skalar att använda som hjälpmedel. Information och utbildning kring införandet av skalorna och om diagnosen delirium är en förutsättning för att inte skapa en osäkerhet för sjuksköterskan inom intensivvård kring hur bedömning skall ske. Dålig kunskap skulle kunna leda till att patienterna bedöms och behandlas olika, beroende på vilken utbildning sjuksköterskan som
gjort bedömningen har. Det är viktigt att upptäcka delirium i god tid för att förhindra förlängd vårdtid och komplikationer som ett utvecklat deliriumtillstånd medför.

**SYFTE**

Att studera hur sjuksköterskor inom intensivvård använder NuDesc och om de anser sig ha tillräcklig kunskap för att bedöma delirium med hjälp av NuDesc.

**FRÅGESTÄLLNINGAR**

1. Hur används NuDesc i det dagliga arbetet på intensivvårdsavdelningen?
2. Anser sjuksköterskorna inom intensivvård att de har tillräcklig kompetens för att kunna göra den bedömning man avser att göra med NuDesc?

**METOD**

**Design**

Studien är en kvantitativ tvärnittsstudie (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2011).

**Urval**

Urvalet är ett bekvämlighetsurval (Trost, 2012). Den population som tillfrågades om att besvara enkäten var alla sjuksköterskor på två intensivvårdsavdelningar som behandlar likvärdiga sjukdomstillstånd, vid två universitetssjukhus i Mellansverige. Totalt tillfrågades 17 sjuksköterskor på den ena intensivvårdsavdelningen (sjukhus 1) och 27 sjuksköterskor på den andra intensivvårdsavdelningen (sjukhus 2) om att delta i studien. Läkare och övrig personal uteslöts då de inte gör den skriftliga bedömning av delirium.

**Datainsamlingsmetod**

Data har samlats in med hjälp av en enkät (Bilaga 1) som konstruerats av författarna speciellt för denna studie. Som grund till frågorna ligger författarnas egna funderingar kring ämnet och hur NuDesc bedömningen genomfördes på intensivvårdsavdelningen. Bakgrundsmaterialet består av artiklar och böcker kring ämnet delirium och bedömning av delirium. En enkät konstruerades och användes vilken bestod av flera delar; en del med demografiska- och bakgrundsdata som inledning på enkäten. Dessa bestod av frågor om kön, ålder, utbildning och erfarenhet. Enkätfråga 3 är en flervalsfråga med möjlighet till kommentarar som tar upp orsaker till varför sjuksköterskan eventuellt inte fyller i NuDesc bedömningen.
Enkätens strukturerade del är frågor med flervalsalternativ (Trost, 2012). Den består av frågorna 1,2,4,5 och 6 vilket berör kunskapen och svårigheten kring bedömningen av delirium enligt formuläret som används vid NuDesc bedömningen.

**Tillvägagångssätt**

Ett informationsbrev med en beskrivning av studien skickades ut via mail till samtliga sjuksköterskor inom intensivvård på aktuella intensivvårdsavdelningar (Bilaga 2 och 3).

Ansökan om tillstånd för genomförande av studien delades ut till verksamhetschefen på sjukhus 1 och beviljades (bilaga 5). Sjukhus 2 kontaktades via telefon och ett brev innehållande projektplan och ansökan skickade per post till verksamhetschefen och beviljades (bilaga 6).

Därefter delades enkäten ut till 17 sjuksköterskor via postfack på sjukhus 1 och via mail till 27 sjuksköterskor på sjukhus 2. Totalt delades 44 enkäter ut. De ifyllda enkätorna på sjukhus 1 lämnades anonymt i en sluten låda som ställdes ut i konferensrummet på avdelningen. Den andra avdelningen lämnade sina enkäter anonymt i ett låst postfack tillhörande vårdenhetschefen på sjukhus 2. Därefter skickades enkätorna från sjukhus 2 i ett frankerat kuvert till författarna. Efter en tid uppmärksammade en av respondenterna på sjukhus 1 författarna på att enkätens fråga 5 a-e har svarsalternativ som är felaktiga. Svarsalternativen var; ”inte så svårt”, ”ganska svårt”, ”ganska lätt” och ”mycket lätt”. Det innebär att ”inte så svårt” betyder lika som ”ganska lätt” och ”mycket lätt”. Enkäten formulerades om och alternativet, ”inte så svårt” byttes ut till ”mycket svårt”. Slutligen blev de korrekta svarsalternativen i enkäten ”mycket svårt”, ”ganska svårt”, ”ganska lätt” och ”mycket lätt”.

Enkäten delades ut på nytt till 17 sjuksköterskor på sjukhus 1 och mailade åter igen till 27 sjuksköterskor på sjukhus 2. Från sjukhus 1 svarade 15 av 17 stycken på enkäten. Från sjukhus 2 dröjde svaren och på grund av tidsbrist hos författarna valde vi att inte ta med sjukhus 2 i studien.

De 15 enkätsvaren från sjukhus 1 kodades med nummer 1 till 15 för att ha möjlighet att hitta tillbaks till rätt enkät om något i efterhand skulle behöva kontrolleras. Därefter matades svaren in i Excel för analys och bearbetning till resultatet.
**Bearbetning och analys**

Författarna har valt att redovisa resultaten med hjälp av deskriptiv statistik. Resultatet redovisas i både löpande text och i form av figurer. Svaren från enkäten har analyserats med hjälp av Excel.

**FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**


Godkännande att genomföra enkätstudien söktes hos klinikchefen och verksamhetschefen på respektive intensivvårdsavdelning (bilaga 5 och 6).

**RESULTAT**

Resultatet baseras på enkätvaren från sjukhus 1.

Av 17 enkäter besvarades 15 och av dessa var 13 kvinnor och två män. Alla var utbildade intensivvårdssjuksköterskor och i ett åldersspann mellan 31-63 år. De flesta hade lång erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska (Figur 1).
Samtliga 15 respondenter uppgav att de känner till bedömningsinstrumentet NuDesc. Dock varierade svaren i hur ofta formuläret fylldes i (Figur 2).

**Figur 1: Erfarenhet inom sjuksköterskeyrket**

**Figur 2: Hur ofta NuDesc formuläret fylldes i**
På frågan om man inte alltid fyllde i NuDesc bedömningen hade respondenterna i vissa fall angett flera svarsalternativ. Svaren fördelade sig så att två av respondenterna uppgjer att de inte hinner, åtta att de glömmer, fem tycker att patienten var svårbedömd och fyra svarade inte på frågan. En av respondenterna har kommenterat fråga med att patienten var svårbedömd då patienten varit sederad. Ingen av respondenterna uppgjer att de tycker det är oviktigt med NuDesc bedömningen.

Majoriteten av respondenterna, nio stycken, upplever det som ganska svårt att bedöma deliriösa tillstånd hos en intensivvårdspatient. Ganska lätt att bedöma deliriösa tillstånd uppgjer fyra medan två respondenter säger att det var mycket svårt att bedöma deliriösa tillstånd hos en intensivvårdspatient. Ingen av respondenterna tycker att det är mycket lätt med bedömning av deliriösa tillstånd.

**Figur 3:** Respondenternas upplevelse av att bedöma de olika symtomen på delirium med hjälp av NuDesc

De symtom som upplevdes vara svårast att bedöma var psykomotorisk förlångsnamning där en svarade att det var mycket svårt och nio stycken ganska svårt. Illusioner/hallucinationer uppfattades av tio respondenter som ganska svårt att bedöma. Det som upplevdes lättast att bedöma var inadekvat kommunikation där nio uppgav att det var ganska lätt att bedöma.
På frågan om respondenterna tyckte de hade tillräckligt med kompetens för att göra en deliriumbedömning med hjälp av NuDesc svarade tio att de hade tillräcklig kompetens för att bedöma patienten enligt formuläret medan fyra var tveksamma till om de hade tillräcklig kompetens. En uppgav att de saknade tillräckligt med kompetens för att göra en NuDesc bedömning.

**DISKUSSION**

**Resultatdiskussion**

*Användandet av NuDesc i det dagliga arbetet inom intensivvård*


Författarna funderar över hur en respondent kan tycka att bedömning av delirium är oviktigt då det finns evidens för att diagnostisering och behandling av delirium bland annat minskar behandlingstiden i respirator, minskar lidandet för patienten, sänker mortaliteten, kortar vårdtiden och minskar vårdkostnaderna (Brummel et al., 2013).

Det skäl som de flesta sjuksköterskorna, åtta stycken, uppger till att de inte fyller i bedömningen är att de glömmer bort det. Detta kan kopplas till det (Stubberud, 2009) skriver om att belastningen på intensivvårdsavdelningar ofta är hög med svårt sjuka patienter som omges av massor av högteknologisk utrustning och de akuta händelser som uppstår i arbetet.
på en intensivvårdsavdelning. Detta kan vara en bidragande orsak till att man glömmer att fylla i bedömningen av delirium.

**Sjuksköterskans kompetens att bedöma delirium enligt NuDesc**

Enkätsstudien visar att 11 stycken av respondenterna upplever det som ganska svårt eller mycket svårt att bedöma patientens deliriösa tillstånd. Av de olika delmoment som bedöms har sjuksköterskorna svårast att bedöma illusioner/hallucinationer och psykomotorisk förlångsamning. Detta svarar väl mot tankarna som fanns när NuDesc utvecklades utifrån bedömningsinstrumentet CRS (Gaudreau et al., 2005). Då lades bedömningsmomentet psykomotorisk förlångsamning till för att det skulle vara lättare att upptäcka det hypoaktiva deliriumet.

På frågan om sjuksköterskans upplevda kompetens för att bedöma delirium enligt NuDesc anser tio av respondenterna att de har tillräcklig kompetens för att bedöma patienten med hjälp av bedömningsinstrumentet NuDesc. Det är viktigt att sjuksköterskor inom intensivvård har den kompetensen då forskning visar att sjuksköterskan är den som är mest lämpad att upptäcka delirium (Arend & Christensen, 2009).


Även om de flesta tyckte att de hade tillräcklig kompetens i att använda NuDesc, kan det finnas behov i att få utbildning i hur specifika symtom upptäcks, till exempel psykomotorisk förlångsamning. Ett alternativ kan vara att införa ytterligare ett bedömningsinstrument för att
kompletttera bedömen och upptäckten av delirium. Detta visar Lingehall et al. (2013) i sin studie att NuDesc inte ensamt är det bästa bedömningsinstrumentet för att upptäcka hypoaktivt delirium utan bör kompletteras med andra bedömningsinstrument tillsammans med utbildning av den personal som bedömer patienten.

**Metodiskussion**

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie. Designen valdes då data skulle samlas in från en specifik population vid ett tillfälle.

För att samla in material till studien valdes enkät för att kunna få många svar under en begränsad tid. Enkäten gav respondenterna möjlighet att delta anonymt i studien och samtliga fick möjligheten att besvara enkäten på arbetstid.

Resultatet av denna studie utgår ifrån en intensivvårdsavdelning vilket inte gör det generaliserbart till samtliga intensivvårdsavdelningar i Sverige. Dock kan resultatet användas för att medvetandegöra svårigheterna i att bedöma deliriösa tillstånd med hjälp av NuDesc.


Möjligheten att göra en jämförelse mellan sjukhusen för att se om det fanns några skillnader i hur sjuksköterskorna uppfattade bedömningen av delirium med hjälp av NuDesc förlorades.

Författarna anser att delar av den demografiska delen av enkäten inte behövdes då inte samtliga delar av dessa användes i resultatet eller behandlingen av data.

Sammanställningen av resultaten gjordes med hjälp av Excel, vilket fungerade väl då antalet enkäter var litet och deskriptiv statistik användes.
SLUTSATS
Att bedöma delirium på en intensivvårdsavdelning uppfattas av respondenterna som ganska svårt även om de tycker sig ha tillräckligt med kompetens att använda bedömningsinstrumentet NuDesc. Den psykomotoriska förlångsamningen och illusioner/hallucinationer är svårast att bedöma enligt studien.

Förslag till vidare studier
Det skulle vara intressant att undersöka kunskaperna om delirium hos all vårdpersonal eftersom teamarbetet kring patienten är viktigt och all personal kring patienten är på olika sätt delaktiga i bedömningen av delirium. Har sjuksköterskor som har arbetat längre lättare att bedöma symtom vid delirium? Vid upptäckta delirium finns det en handlingsplan? En ny studie där man journalgranskar bedömningen av delirium enligt NuDesc och tar reda på vilka eventuella åtgärder som vidtagits. Ytterligare förbättringsarbete med att utveckla en handlingsplan kring behandlingen av delirium skulle kunna göras.

En jämförande studie mellan olika intensivvårdsavdelningar om deras kunskap gällande delirium och olika bedömningsinstrument kan användas för att se om det finns skillnader. Upptäcker man att någon intensivvårdsavdelning har högre frekvens av upptäckta och behandlade delirium kan deras sätt att arbeta implementeras på andra avdelningar. Det motstridiga resultatet avseende att sjuksköterskorna upplever att de har tillräcklig kompetens för att bedöma delirium men samtidigt säger att de har svårigheter att bedöma vissa symtom är något som kan undersökas vidare.
REFERENSER


Frågeformulär för sjuksköterskor inom intensivvård angående NuDesc
☐ Man     ☐ Kvinna     Ålder..............     ☐ IVA SSK     ☐ SSK

Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?
☐ 0-5 år     ☐ 5-10 år     ☐ 10-15 år     ☐ 15-20 år

1. Känner du till NuDesc
☐ Ja     ☐ Nej

2. Brukar du fylla i NuDesc när du har en intensivvårdspatient?
☐ Ja alltid     ☐ Ja, för mesta     ☐ Sällan     ☐ Aldrig

3. Om du inte alltid fyller i NuDesc, i vilka situationer gör du det inte?
☐ Hinner inte     ☐ Glömmer     ☐ Svårbedömd patient     ☐ Tycker det är oviktigt
Annan anledning.......................................................................................................................

4. Hur svårt tycker du att det är att bedöma patientens eventuellt deliriösa tillstånd?
☐ Mycket svårt     ☐ Ganska svårt     ☐ Ganska lätt     ☐ Mycket lätt

5. Hur svårt är det att bedöma:

   a) Desorientering/förvirring
   ☐ Mycket svårt     ☐ Ganska svårt     ☐ Ganska lätt     ☐ Mycket lätt

   b) Inadekvat beteende
   ☐ Mycket svårt     ☐ Ganska svårt     ☐ Ganska lätt     ☐ Mycket lätt

   c) Inadekvat kommunikation
   ☐ Mycket svårt     ☐ Ganska svårt     ☐ Ganska lätt     ☐ Mycket lätt

   d) Illusioner/hallucinationer
   ☐ Mycket svårt     ☐ Ganska svårt     ☐ Ganska lätt     ☐ Mycket lätt

   e) Psykomotorisk förlångsamning
   ☐ Mycket svårt     ☐ Ganska svårt     ☐ Ganska lätt     ☐ Mycket lätt

6. Anser du att du har tillräcklig kompetens för att göra en bedömning enligt NuDesc?
☐ Ja     ☐ Tveksam     ☐ Nej
Informationsbrev till studiedeltagarna Uppsala.

Hej

Vi är två intensivvårdssjuksköterskor på Brännskadecentrum Landstinget i Uppsala Län som gör vår uppsatskurs i Vårdvetenskap C. I den ska vi ta reda på hur sjuksköterskor inom intensivvård använder NuDesc för att bedöma delirium.


Genom denna undersökning hoppas vi få information om era upplevelser och erfarenheter av användning av NuDesc. Detta är viktig kunskap för att kunna förbättra bedömningen och omhändertagandet av patienter med delirium.

Vid frågor kring detta kontakta gärna oss på mail.

Anna Maria Lundgren
annamaria69@gmail.com

Karin Englesson
kenglesson@gmail.com
Informationsbrev till studiedeltagarna Linköping.

Hej

Vi är två intensivvårdssjuksköterskor på Brännskadecentrum Landstinget i Uppsala Län som gör vår uppsatskurs i Vårdvetenskap C. I den ska vi ta reda på hur sjuksköterskor inom intensivvård använder NuDesc för att bedöma delirium.


Genom denna undersökning hoppas vi få information om era upplevelser och erfarenheter av användning av NuDesc. Detta är viktig kunskap för att kunna förbättra bedömningen och omhändertagandet av patienter med delirium.

Vid frågor kring detta kontakta gärna oss på mail.

Anna Maria Lundgren
annamaria69@gmail.com

Karin Englesson
kenglesson@gmail.com
<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>D</th>
<th>K</th>
<th>N</th>
<th>D</th>
<th>K</th>
<th>N</th>
<th>D</th>
<th>K</th>
<th>N</th>
<th>D</th>
<th>K</th>
<th>N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbetspass:</td>
<td>D</td>
<td>K</td>
<td>N</td>
<td>D</td>
<td>K</td>
<td>N</td>
<td>D</td>
<td>K</td>
<td>N</td>
<td>D</td>
<td>K</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>Detonation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inadekvat beteende</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inadekvat kommunikation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Illusioner/hallucinationer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psykomotorisk fördröjning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Summa</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

D= dagpass (8-16), K= kvällspass (17-21), N= nattpass (22-07)

Vid resultat 2 poäng eller mer bör behandling av delirium övervägas.

**Bedömning av delirium enligt NuDesc**

I slutet av varje arbetspass, dokumenteras förekomst eller frånsvar av de fem olika symptomen på delirium. Resultatet av bedömningarna diskuteras alltid vid mottag.

Använd följande definitioner:

1. **Detonation / förvirring**
   Verbal eller beteendemässiga symptomer som tyder på att personen inte är orienterad till tid och rum eller förväxlar en person med en annan eller felstår personerna i omgivningen.

2. **Inadekvat beteende**
   Inadekvat beteende i förhållande till situationen; till exempel personen drar ut kanter, kastar eller tar bort förband eller försöker ta sig ur sängen när det är känslomässigt.

3. **Inadekvat kommunikation**
   Inadekvat kommunikation i relation till situationen; till exempel osannolikt eller meningssättet inte.

4. **Illusioner/hallucinationer**
   Ser eller ber saker som inte existerar; feluppfattning / missuppfattning eller förämnings av symptomatik.

5. **Psykomotorisk fördröjning**
   Fördröjad reaktion, till exempel spontana reaktioner eller svag, till exempel när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (oväckbart) och/eller reaktionen är mycket fördröjd.

Gradera symptomen enligt följande:

0 poäng = symptomet förekom aldrig under arbetspasset
1 poäng = symptomet förekom under någon del av skiftet, men var av långtgrad
2 poäng = symptomet förekom under någon del av skiftet, och var mycket uttalade eller sönderad.