

5215 + 5229

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleieren identifisere og ivareta pasienter innlagt ved sengepost på sykehus?



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 05.05.22]

X Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Sykepleiere møter på ulike utfordringer i forbindelse med identifisering og ivaretagelse av pasienter med delirium. Tidlig identifisering og målrettet behandling vil trolig være av stor betydning for pasientens sykdomsforløp og rehabilitering. I tillegg øker forekomsten av delirium ved alder, og når prognoser viser at den gjennomsnittlige levealderen vil fortsette å øke i fremtiden, er dette en svært aktuell problemstilling.

Hensikt

Vi ønsket å undersøke og belyse betydningen av at sykepleieren har kunnskap og tilgjengelige verktøy til å tidlig identifisere og ivareta pasienter med delirium.

Metode

Dette er en litteraturstudie basert på eksisterende litteratur, hvor grunnlaget er basert på fire vitenskapelige forskningsartikler. Tre av artiklene er kvalitative og en artikkel er kvantitativ. Videre er det også anvendt relevant fag- og pensumlitteratur. Vi har også supplert med egne kliniske erfaringer og refleksjoner.

Resultat

Kort oppsummert viser resultatene at manglende rutiner og oppmerksomhet fører til underdiagnostisering av delirium på sykehus. Systematisk bruk av kartleggingsverktøy er et hjelpemiddel for å redusere risikoen for at delirium forveksles med andre sykdommer. I tillegg vektlegges viktigheten av kunnskap blant sykepleierne. Ved hjelp av å bruke systematiske klinisk observasjoner, vil sykepleieren ha gode redskaper for å identifisere delirium. En av sykepleierens viktige oppgaver er å ivareta pasientens grunnleggende behov, og resultatene viser at dette også er et viktig forebyggende tiltak for delirium.

Konklusjon

Funnene i denne oppgaven tyder på at det kan være behov for kompetanseheving om delirium. For å identifisere delirium og begrense komplikasjoner, er det behov for rutiner og konkrete prosedyrer. Dette er ikke bare sykepleierens ansvar, men er også et organisatorisk ansvar.

Nøkkelord:

Sykepleie, delirium, identifisering, ivaretagelse, eldre, sykehus, kartleggingsverktøy

Innholdsfortegnelse

1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemformulering	6
1.3	Hensikt	6
2.0	Teori	7
2.1	Delirium	7
2.2	Kartlegging av delirium	8
2.3	Forebygging og behandling	9
2.4	Travelbee – menneske-til-menneske-forhold	10
3.0	Metode	12
3.1	Valg av metode	12
3.2	Søkeprosess og valg av litteratur	12
3.3	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	13
3.4	Redegjørelse for praktisk gjennomføring og valg av søkeord	15
3.5	Redegjørelse for analysen	16
3.6	Integrativ oversikt	16
4.0	Resultater	17
4.1	Identifisering og kartlegging	17
4.2	Kunnskap og erfaring	18
4.3	Kommunikasjon	18
4.4	Forebygging og behandling	19
5.0	Metodediskusjon	20
5.1	Språk og land	21
5.2	Validitet og pålitelighet	22
6.0	Resultatdiskusjon	24
6.1	Kunnskap og erfaring	24
6.2	Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel	25
6.3	Observasjon og dokumentasjon	27
6.4	Kommunikasjon med pårørende	28
6.5	Kommunikasjon med pasienten	29
6.6	Forebygging og behandling	30
7.0	Hvordan bruke resultatene i praksis	32
8.0	Konklusjon	33
9.0	Litteraturliste	34
	Vedlegg 1 - CAM skjema	38

<i>Vedlegg 2 – OSLA - skjema</i>	38
<i>Vedlegg 3 – PICO - skjema</i>	41
<i>Vedlegg 4 - oversiktstabell</i>	42
<i>Søkelogg</i>	45

Antall ord: 7980

1.0 Innledning

Delirium er en akutt forvirringstilstand, som kan ha innvirkning på pasientens sykdomsforløp og føre til økt liggetid på sykehus. Det er høy forekomst av delirium hos eldre pasienter på sykehus (*Delir - Akutt forvirring*, u.å.). Delirium er en klinisk diagnose, og sykepleierens rolle blir derfor viktig i arbeidet med identifisering (*T5.8 Delirium | Legemiddelhåndboka*, u.å.)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter snart fullført bachelorutdanning i sykepleie, har vi i praksis møtt på flere pasienter med delirium. Gjennom våre praksiserfaringer som sykepleiestudenter, erfarte vi mangel på rutiner og bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter på sykehus. Dette til tross for hyppig forekomst av delirium ved alvorlig sykdom.

Wyller (2020) beskriver delirium som en indikasjon på alvorlig prognose, da denne pasientgruppen har høyere dødelighet, høyere risiko for å havne på sykehjem, samt høyere risiko for å utvikle demens. Om delirium er farlig i seg selv, eller om det er en markør for sårbarhet og alvorlig komorbiditet, og derfor for dårlig prognose, vites ikke sikkert (Wyller, 2020, s.300).

Samtidig er valget av tema også personlig motivert ettersom et familiemedlem til en av kandidatene brakk lårbeinet, og fikk delirium i etterkant av operasjonen. Familiemedlemmet beskrev dette som en traumatisk opplevelse. Det å kunne legge frem noe som kan forbedre behandlingen til fremtidige pasienter er en motivasjon.

1.2 Presentasjon av problemformulering

Forekomsten av delirium øker ved alder (Ranhoff & Engh, 2014, s.457).

Samtidig er forventet levealder i befolkningen stigende (Bævre, u.å.), og med tanke på at tilstanden er underdiagnostisert (*T5.8 Delirium* | *Legemiddelhåndboka*, u.å.), er dette en problemstilling som både er, og vil være, svært aktuell for sykepleiere og helsevesenet for øvrig. Vi ønsket derfor å undersøke og belyse hvordan sykepleiere kan identifisere og ivareta pasienter med delirium innlagt ved sengepost på sykehus. Kunnskap om tilstanden vil forhåpentligvis kunne bidra til flere identifiserte tilfeller av delirium og generelt økt bevisstheten rundt denne pasientgruppen.

Betydningen av dette vil stort sett være uavhengig av avdeling på sykehus, da vi setter betydningen opp mot pasientens rehabilitering og etterlevelse av sykdommen. Vi valgte derfor å ikke spesifisere pasientgruppen til en enkelt avdeling eller sengepost.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å tilegne oss mer kunnskap om delirium. Vi ønsker å undersøke betydningen det har for pasientens sykdomsopplevelse og sykdomsforløp, at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og tilgjengelig verktøy til å iverksette tiltak for tidlig identifisering og målrettede behandlingstiltak.

2.0 Teori

Delirium er en akutt forvirringstilstand. Delirium forekommer i alle aldre, men er vanligst hos eldre. Tilstanden kan vare i alt fra et par timer, til å ha symptomer i flere måneder (Wyller, 2020, s. 299). Når delirium oppstår, preger det både tankene, oppmerksomheten og bevisstheten til pasienten. Delirium er ikke egentlig en sykdom, men et sykdomskompleks og en klinisk tilstand (Ranhoff & Engh, 2014, s.454-455). Likevel har vi i oppgaven brukt begreper som «sykdomsforløp» og «sykdomsopplevelse».

Diagnosen baseres i hovedsak på sykehistorie og klinisk observasjon. Sykepleieren vil derfor ha en viktig oppgave i identifisering av tilstanden. Symptomene på tilstanden kan være svært like symptomer på andre tilstander, slik som demens og psykose. Forståelse for tilstandens risikofaktorer og utløsende faktorer er derfor og en forutsetning for god og riktig behandling (Stubberud, 2016, s.429-431).

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.29)

2.1 Delirium

Når pasienten opplever fysiske og psykiske belastninger som er forutsagt av akutt eller kritisk sykdom, kan det føre til delirium. Årsaken er differensiert, men de utløsende faktorene kan være fysiske, psykososiale og miljømessige. Det sentrale nervesystemet kan påvirkes av fysiske faktorer som legemidler, kirurgi, alvorlig sykdom og skade. Det vil svekke hjernens kapasitet til å tolke og bearbeide informasjon, og kan føre til utvikling av delirium (Stubberud, 2013b).

Symptomer på delirium kan være forstyrrelser i bevissthet og endret kognisjon, slik som hukommelsessvikt, desorientering, språkforstyrrelser eller persepsjonsforstyrrelser. Pasienten blir gjerne beskrevet som forvirret og desorientert (Stubberud, 2013, s.72). På sykehus vil 2050% av eldre pasienter som innlegges akutt, utvikle delirium (Ranhoff, 2019, s.308)

Delirium kategoriseres i to hovedgrupper, hvor vi skiller mellom hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Ved hyperaktivt delirium kjennetegnes pasienten som utagerende, ofte aggressiv og ute av stand til å samarbeide. Ved hypoaktivt delirium kan pasienten virke apatisk og likegyldig, og fremstår ofte fredelig og samarbeidsvillig. Dette kan forveksles med depresjon eller utmattelse, og pasientens behov står i fare for å bli oversett (Stubberud, 2011, s.403).

Den vanligste formen for delirium er blandingsdelirium, pasienten veksler da mellom å være i hyperaktivt og hyperaktivt delir (Stubberud, 2013, s.72).

Vi skiller mellom risikofaktorer og utløsende faktorer. Blant risikofaktorer er høy alder, kronisk sykdom, nedsatt syn og hørsel og underernæring. Utløsende faktorer kan være kirurgi, anestesi, akutt sykdom, smerte og søvnmangel (Stubberud, 2011, s.400-401).

2.2 Kartlegging av delirium

For å identifisere delirium, er det essensielt at sykepleieren har et godt klinisk blikk og inngående kompetanse om hvilke kjennetegn for tilstanden. Noen av kjennetegnene som bør kartlegges er endring i våkenhet, kognitiv funksjon, vilje til samarbeid, forvirring, motorisk uro og agitasjon. Det kreves jevnlig observasjon over timer eller dager (Stubberud, 2011, s. 403). Det er også viktig at observasjonene systematisk dokumenteres (Vabo, 2014, s. 34)

CAM

Stubberud anbefaler å bruke CAM (Confusion Assessment Method) som er et kartleggingsverktøy for å identifisere delirium. Skjemaet fylles ut sammen med pasient og gjerne pårørende. Pårørende kan være til god nytte for innhenting av informasjon om pasientens typiske kognitive funksjon. Diagnosen tilfredsstilles dersom pasienten kjennetegner punkt 1 og 2, samt punkt 3 eller 4 (Stubberud, 2013, s. 73) Det ligger et CAMskjema i vedlegg 1.

OSLA

Et annen vurderingsverktøy er OSLA (Observational Scale of Level of Arousal). Dette er en skala ment for å måle variasjon og endring i bevissthetsnivå til pasienter med delirium. Skjemaet er nyttig når helsepersonell skal vurdere pasientens våkenhetsgrad og oppmerksomhet. Om pasienten åpner øynene, gir blikkontakt, observasjon av bevegelse og kroppsstilling er de fire kliniske områdene skalaen dekker. Poengsummen indikerer nivå av

bevissthet og vil derfor være aktuell til å avdekke særlig hypoaktivt delirium (Neerland et al., 2014). Se vedlegg 2 for OSLA- skjema.

2.3 Forebygging og behandling

Når delirium er bekreftet, er det overordnede målet å hjelpe pasienten å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen (Stubberud, 2016, s. 435). Stubberud beskriver videre at *«helhetlig god sykepleie er en viktig faktor»*. Herunder blir helhetlig og god sykepleie betegnet som at de grunnleggende behovene blir ivaretatt. anbefalte tiltak er at sykepleieren ivaretar pasientens behov for respirasjon, sirkulasjon eliminasjon og ernæring, påser at pasienten er smertefri og ikke opplever ubehag. En bør observere og vurdere predisponerende og utløsende faktorer slik som væske- og elektrolyttforstyrrelse og tegn til utvikling av infeksjon (Stubberud, 2011, 403).

Wyller (2020, s. 305) anbefaler at pasienten med delirium blir skjermet for støy og irrelevante stimuli. Pasienten må få ro på nattetid, og bli stimulert til fysiske og mentale aktiviteter på dagtid. Det er vanlig at pasienter med delirium opplever mangel på søvn, også ved den hypoaktive atferden. Selv om pasienten tilsynelatende sover store deler av døgnet, er ikke søvnen funksjonelt god, noe som fremmer søvnunderskudd. Pasienten kan oppleve søvnfaseforstyrrelser, da ofte i hyperaktiv fase (Wyller, 2020, s. 299).

«Søvnens funksjon er å gi sentralnervesystemet mulighet til å hente seg inn etter dagens belastninger. Den restaurerende effekten av søvn har stor betydning for syke pasienter.» (Stubberud, 2013, s. 87).

Lite eller ingen næringsinntak er vanlig blant pasienter med kognitiv svikt, ettersom pasienten kan glemme å spise (Wyller, 2020, 77). Pasienten trenger tilrettelegging ved måltidsituasjon, som blant annet innebærer å ta hensyn til miljøet rundt pasienten. Ved å informere om tidspunkt for måltid kan dette bidra til å orientere pasienten. Pasienten skal kunne tilpasse måltidsituasjonen etter eget tempo. Ved å la pasienten delta, kan det bidra til at pasienten føler mestring over situasjonen (Stubberud & Kondrup, 2011, s. 489).

Tidlig mobilisering og tilrettelegging for aktivitet er også et viktig element i forebygging og behandling av delirium. Rehabilitering er gunstig å starte med første dag pasienten blir innlagt for å kunne bidra til en mest mulig normal funksjon (Wyller, 2020, s. 191).

2.4 Travelbee – menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee (1926-1973) var utdannet psykiatrisk sykepleier og er i dag en kjent sykepleieteoretiker. Hennes teori var en reaksjon på avhumaniseringen hun mente oppsto i den amerikanske helsesektoren etter andre verdenskrig (Travelbee, 1999, s. 5)

“Avhumanisering vil si at pasienten opplever seg mer som et objekt enn som et menneske” (Stubberud, 2013, s. 25). Travelbee var i sin teori opptatt av det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie, der relasjonsbygging for å hjelpe det syke mennesket, og det enkelte individ sto i sentrum (1999, s. 41).

Travelbee beskriver at sykepleierens mål og hensikt bare kan oppnås ved etablering mellom virkelige menneske-til-menneske-forhold og ikke mellom roller. Forholdet bygges opp litt etter litt, og all kontakt mellom sykepleier og den syke, kan være et steg mot menneske-tilmenneske-forholdet. Hun beskriver videre fem faser for interaksjonsprosessen, der sykepleieren er avhengig av å bruke seg selv. Den første fasen er den *innledende* fase. Der beskriver hun hvordan sykepleieren anvender observasjoner for å danne et inntrykk basert på verbal- og nonverbal kommunikasjon. Andre fase omhandler fremvekst av *identiteter*.

Travelbee mener et menneske-til-menneske-forhold kun kan eksistere mellom mennesker som kan se hverandre som unike individer, til fordel for å se på hverandre som roller eller titler (Travelbee, 1999, s. 186-200). Det handler om å bli kjent med pasienten bak sykdommen (Travelbee, 1999, s. 61-62). Den tredje fasen er *empati*. Her skal sykepleieren kunne sette seg inn i pasientens opplevelsesverden. Det fjerde fasen, *sympati og medfølelse*, er resultat av den tredje fasen. Sykepleieren vil da ha et ønske om å skape lindring for pasienten eller bidra for å utføre behandling. I den siste fasen skal det etableres *gjensidig forståelse og kontakt* (Travelbee, 1999, s. 193-217).

Formålet med Travelbees fem faser er å tilnærme seg pasienten og innhente opplysninger ved hjelp av å skape tillit og dialog. Slik kan sykepleieren tilrettelegge for pasientens behov, og utføre sykepleie som oppleves som hensiktsmessig for pasienten. Travelbee belyser også pårørende som en ressurs, dersom de besitter på informasjon som pasienten utelukker, men som kan være nyttig informasjon for pleien som utøves (Travelbee, 1999, s.188-217).

«Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt»

Travelbee understreker viktigheten av å unngå å bruke merkelappen «pasient», da dette fører til stereotypisering som kan føre til at vi ikke ser mennesket bak «pasienten». På lik linje beskriver hun at ordet «sykepleier» kan føre til kategorisering og avhumanisering av sykepleieren, som da ikke vil oppfattes som et unikt individ, og risikerer å heller bli sett på som en tjener (Travelbee, 1999, s.61-63). Vi har likevel valgt å bruke begrepene «pasient» og «sykepleier» i vår oppgave, da vi synes det gir en mer oversiktlig begrepsavklaring.

Travelbees teori er fremdeles viktig for sykepleiere i dag, og vi vil argumentere for at hennes teori er aktuell i arbeidet med å identifisere og behandle delirium, ettersom teorien handler om hvordan sykepleieren kan møte mennesket i lidelse.

3.0 Metode

En metode er en systematisk innhenting av relevant data. Det handler om fremgangsmåten som brukes for å samle informasjon og data om det man vil undersøke (Dalland, 2017, s.52). Det er i hovedsak kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode som benyttes innen forskning av sykepleie. Kvantitativ metode gir resultater i målbare enheter som tall og klare data, mens kvalitativ metode baseres på meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes (Dalland, 2017, s.51-52) Den svenske sykepleieforskeren Friberg, sier at litteraturoversikt handler om å skape en oversikt over kunnskap tilstanden innenfor et bestemt sykepleierelatert område, hvor resultatene studeres fra allerede publiserte forskningsstudier (Friberg, 2017, s.141-142). Hun mener at ved å bruke en integrativ litteraturoversikt tas oppgaven et skritt lengre, ved at man også trekker egne konklusjoner fra studiens resultater, og at det slik lages en ny helhet (Friberg, 2017, s.150).

3.1 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven er bygget på en metodisk litteraturoversikt hvor vi har analysert sammenfatningen av fire publiserte vitenskapelige forskningsartikler. Vi valgte denne metoden for å få oversikt over tilgjengelig materiale som svarer til valgt problemformulering og hensikten med oppgaven. Kildematerialet vi har brukt er eksisterende forskningslitteratur. Fribergs arbeidsmåte og systematiske tankemodell har lagt grunnlaget for den metodiske tilnærmingen i denne oppgaven. Slik at vi, slik Friberg beskriver det, har gjennomgått publiserte data sammenfattet og sammenlignet dataene og på den måten fått en bedre forståelse og tilegnet oss mer kunnskap om temaet (Friberg, 2017, s.37-38)

3.2 Søkeprosess og valg av litteratur

For å styrke artiklenes kvalitet og relevans, utarbeidet vi klare rammer for inklusjon- og eksklusjonskriterier før vi utførte søk på forskningslitteratur. Vi søkte artikler som omhandlet delirium og sykepleie.

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjon

Pasientgruppe:

- Pasienter over 65 år, innlagt ved sengepost på sykehus.

Grunnlaget for dette er den økte forekomsten av delirium ved alder over 65 år.

- Pasienter innlagt på sengeposter på sykehus

Språk:

- Artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk for å unngå misoppfattelser ved dårlig oversettelse.

Utgivelse

- Artikler utgitt de siste 10 år.
- Litteratur som er relevant til problemformuleringen.

Kvalitetssikring

- Fagfellevurderte artikler.

Pasientgruppe:

Eksklusjon

Pasienter ved privat institutter, sykehjem, poliklinikker og kommunale helsetjenester

Kulturforskjeller:

- Land med store kulturforskjeller fra Norge, eller artikler som omhandler pasientgrupper med helt spesielle bakgrunn.

Relevans

- Artikler som ikke kunne knyttes til sykepleietiltak, eller som omhandler delirium tremens; alkoholutløst delirium.

Kvalitetssikring

Artikler generelt som ikke var strukturert etter IMRaD– prinsippet eller Forløp som ikke besvarte ovennevnte inklusjonskriterier.

- Pre- og postoperativt

Kartleggingsverktøy

- CAM og OSLA

Kartleggingsverktøy

- CAM-ICU, 4AT, Mini-cog

Bruk av tvang

- Kan være nødvendig dersom alt annet er utprøvd. Tiltaket følges av lovgitte paragrafer. På grunn av oppgavens omfang ønsker vi ikke gå nærmere på tiltaket, men anser dette som relevant for temaet og anbefales for videre oppgaveskriving og forskning.

3.4 Redegjørelse for praktisk gjennomføring og valg av søkeord

I arbeidet med å finne relevante forskningsartikler til oppgaven, brukte vi ulike databaser. Det ble gjennomført systematiske søk i de vitenskapelige databasene CINAHL, PubMed, SveMed+ og Oria. Dette er databaser som henføres til helse- og sosialfag, og er tilgjengelige via universitetsbiblioteket ved UiS. Vi søkte hjelp hos universitetsbiblioteket til hvordan vi kunne gå frem i søket etter artikler. Søkene ble gjennomført våren 2022.

På databasen Oria brukte vi søkeordene «delir*» og «pasient*» for å undersøke omfanget av tilgjengelige artikler om delirium. Vi fikk da 91 treff, og la derfor til søkeordet “eldre” hvor vi endte opp med totalt 18 treff. Dette var mer overkommelig å lese gjennom, og vi fant da frem til den første artikkelen vi ønsket å bruke “Faser under sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd” (Vassbø & Eilertsen, 2014)

Den andre artikkelen fant vi på Svemed+. Først brukte vi bare søkeordet “delir*” og fikk da opp 38 treff. Videre la vi til søkeordene “sykepleie*” og “eldre” og fikk 3 treff. Et av treffene var artikkelen vi allerede hadde funnet i Oria. Vi leste derfor gjennom de to andre treffene og valgte og brukte “Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd” (Bøyum, 2013).

Videre ønsket vi og utvidet søket ved å skrive søkeordene på engelsk. Vi søkte da på den engelske søkemotoren CINAHL. Her la vi inn søkeordene “CAM”, “nurs*” og “delir*” og fikk hele 187 treff. Vi supplerte videre med søkeordene “hospital” og “identify” og endte opp med 19 treff, hvor vi valgte ut artikkelen til Brooks et. al (2014) “Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium”.

Artikkelen til Rekvad et al. (2021) “Tidlig opsporing af delirium hos akut indlagte ældre” ble den fjerde og siste artikkelen til oppgaven vår. Også denne fant vi på CINAHL, med søkeordene care, hospital, elder*, delir*, og nurs*.

Vi ble i undervisningen anbefalt å bruke PICO-skjema for å strukturere litteratursøket i henhold til vår problemformulering, noe vi fant både nyttig og praktisk i anvendelse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Se vedlegg for utfyllt PICOskjema 3.

3.5 Redegjørelse for analysen

Ved å ha en litteraturoversikt kunne vi bruke den aktuelle kunnskapsplattformen som ligger i de overnevnte databasene. Det var viktig for oss å gå metodisk gjennom de aktuelle artikler for å være sikre på at de var relevante til vår problemformulering.

Ifølge Friberg (2017) kan analysearbeidet fremstilles som en overføring fra helhet til del, og derfra få en ny helhet. Den nye helheten kommer fra delene av de utvalgte artiklene. Ved å bryte ned artiklenes helhet vil vi kunne finne sentrale aspekter av betydning for formålet. Den nye helheten skapes av de samlet aspektene, også noe vi kan kalle for resultat (Friberg, 2017, s. 135).

Ved å sammenstille ulike aspekter fra valgte artikler, kombinert med egen erfaring og annen relevant litteratur, har vi undersøkt betydningen av at sykepleieren har nødvendig kunnskap og verktøy til å identifisere og ivareta pasienter med delirium.

3.6 Integrativ oversikt

For å legge frem delaspektene av artiklene har vi laget en oversiktstabell. På denne måten sorterte vi lignende data på samme sted, for å få tydelig frem egenskapene fra de ulike kategoriene. Vi har laget en tabell med oversikt over hensikt, metode, analyse, resultater, styrker og svakheter ved valgte artikler. Ved å sette delaspektene likheter og ulikheter i samme kategori, kunne vi trekke konklusjoner og stille nye spørsmål til resultatet (Friberg, 2017, s. 149-151). Dette ble gjort for å skape en forståelse av fagfeltet for oss selv og lesere av denne bacheloroppgaven. Se vedlegg 4 for utfylt oversiktstabell.

4.0 Resultater

I arbeidet med å analysere artiklene brukt i denne oppgaven, har vi delt dette kapittelet opp i fire deler. I den første delen har vi sett på hva resultatene fra studiene erfarer av identifisering og kartlegging av denne pasientgruppen. I den andre delen har vi sett på hvilken kunnskap og erfaring deltakerne i de ulike studiene har i forhold til problemstillingen. Den tredje delen omhandler studienes funn rundt kommunikasjon med pårørende og pasient, mens vi i den siste delen har sett på hvilke tiltak som brukes i behandling og forebygging av delirium.

4.1 Identifisering og kartlegging

Deltakerne i studien til Brooks et al. (2014) undersøkte muligheten for å utvikle en strategi til identifisering og behandling av eldre pasienter med delirium. I denne studien fant de bruken av CAM effektiv, og har i ettertid av studien innarbeidet CAM som rutine i sykepleiernes vurdering av alle allmenne kirurgiske pasienter ved det aktuelle sykehuset (Brooks et al., 2014, s. 270).

Studien til Rekvad et al. (2021) kunne derimot ikke konkludere med at systematisk bruk av CAM førte til høyere antall identifiseringer eller diagnostiserte tilfeller av delirium i sin studie. Likevel understreker de behovet for fokus på identifisering og diagnostisering av delirium av akutt innlagte eldre (Rekvad et al., 2021, s. 273).

Vassbø og Eilertsen påpeker at økt levealder vil kreve økt behov for behandling, rehabilitering og omsorg for pasienter, og at det i sykepleiepraksis derfor synes å være et stort behov for utvikling og implementering av rutiner og evidensbaserte prosedyrer. De avdekker også en mangel i bruk av kartleggingsverktøy for å tidlig identifisere delirium som en del av forebyggingen (Vassbø & Eilertsen, 2014)

Bøyum (2013) viser i sin studie til at pasienter med hypoaktivt delirium blir lite vektlagt av sykepleierne i studien, og at registreringsverktøy som CAM er viktig for å iverksette forebygging for denne pasientgruppen (Bøyum, 2013, s. 217).

4.2 Kunnskap og erfaring

Brooks et al. (2014) konkluderte i sin studie med at det er et stort sprik mellom hva som vites og hva som praktiseres av tiltak for delirium. Det finnes mye data om effektiviteten av kunnskapsbasert sykepleie, men de mener at støtte til nye protokoller tar lang tid å fremme (Brooks et al., 2014, s. 270).

Rekvad et al. (2021) fastslår at det er nødvendig å øke innsatsen rundt identifisering og diagnostisering av delirium hos akutt innlagte eldre pasienter (Rekvad et al., 2021, s. 276).

Studien til Vassbø og Eilertsen (2014) belyser behov for kompetanseheving blant sykepleiere om delirium. Etter at moderator i studien introduserte hypoaktivt delirium for studiegruppen, oppga deltakerne å gjenkjenne tilstanden etter beskrivelsen, men at de ikke hadde oppfattet dette som delirium tidligere (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 70). En av deltakerne sa: *«Jeg husker en pasient som etter operasjonen bare ville sove, han lå med lukkede øyne hele tiden. Det kan ha vært et hypoaktivt tilfelle»* (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 65). Prioritering og tydelig organisering rundt risikoutsatte eldre, vil kunne redusere faren for utvikling av delirium i følge Vassbø og Eilertsen (2014, s. 70).

I studien til Bøyum (2013) vises det til at sykepleierne har kjennskap til at pasienter med delirium kan ha behov for faste fagpersoner og gjentakende informasjon, men at planlegging av miljømessig og kommunikasjonsmessige strategier kan være utfordrende i somatiske miljøer med høyt press, produktivitet og pasientflyt (Bøyum, 2013, s. 217).

4.3 Kommunikasjon

I Bøyums studie (2013) ga flere av informantene uttrykk for at realitetsorientering av pasienter med delirium hadde effekt, også for de som var i ferd med å gå i delir. Samtidig erfarte de at pasienter med hyperaktivt delirium som opplevde hallusinasjoner, aggresjon eller angst, kunne føle at de ikke ble forstått av helsepersonalet ved forsøk på realitetsorientering. Pasienten kunne da bli støtt som et resultat av dette. Det var dermed i slike tilfeller anbefalt å bruke en bekreftende strategi, hvor sykepleierne aksepterte pasientens utsagn. Likevel ga informantene i studien uttrykk for at det ikke var et bevisst bruk av strategien, men en handling av nødvendighet (Bøyum, 2013, s. 216).

Vassbø & Eliertsen (2014) beskriver i sin studie mangler på konkrete prosedyrer for ivaretagelse av pasienter i den utskrivende fasen. Dette ble sett på som problematisk med sikte på videre rehabilitering og hensikt å redusere omfang og lidelse. Erfaringer rundt å informere og samtale med pasienten om opplevelser i forbindelse med gjennomgått delirium, skilte mellom erfarne og mindre erfarne sykepleiere. Sykepleiere med lengre erfaring oppga at pasienter som hadde opplevd delirium kunne sitte igjen med vonde minner som kunne være viktig å ta opp før pasientens utskrivning. En av informantene oppga det å prate med pasienten om hendelsen, slik at pasienten fikk en oppklaring på hva som hadde skjedd og hvorfor, som positivt (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 65-66).

4.4 Forebygging og behandling

I studien til Bøyum (2013) er skjerming et sentralt tiltak for pasienter med delirium. Enerom om mulig, fravær av fjernsyn og radio, samt fast ansvarlig pleier hvis kapasitet, var av skjermingstiltakene som ble benyttet. Ingen av deltakerne oppga syns- og hørselshjelpemiddel som sentrale skjermingstiltak (Bøyum, 2013, s. 214).

Flere informanter fra studien til Vassbø og Eilertsen (2014) fremhevet også mobilisering som et viktig tiltak for å begrense komplikasjoner. De viste til erfaring om sammenheng mellom immobilisering og utvikling av delirium. Likevel var ikke mobilisering et bevisst mål som ble brukt som forebygging av delirium. Et annet tiltak som ble fremhevet var væske- og ernæring. Studiegruppen i artikkelen viste til at utilstrekkelig væske- og næringsinntak kan øke faren for delirium. Sykepleierne uttrykte at det var ønskelig med tiltak som bedre ordning rundt operasjon planen, da det opplevdes som at det ofte var her problemet med tilstrekkelig væske og ernæring oppsto (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 64).

5.0 Metodediskusjon

Målet har vært å undersøke betydningen av sykepleierens forutsetninger knyttet til identifisering og ivaretagelse av pasienter med delirium. Intervju av sykepleiere ville vært både interessant og aktuelt, men grunnet oppgavens omfang og disponibel tid, anså vi det som for omfattende å gjøre en empirisk oppgave. Sammenfatning av allerede eksisterende litteraturstudier, kombinert med annen relevant litteratur, ble derfor ansett som mer oppnåelig. Samtidig føler vi at vi får et bredt perspektiv ved å innhente og sammenfatte data fra eksisterende forskning om temaet (Dalland, 2017, s.211).

Vi har derfor valgt å bruke fire vitenskapelige artikler til oppgaven vår. To av artiklene er kvalitative, og to er kvantitative, noe vi opplevde at styrket oppgavens innhold og bredde. For kvalitetssikring og validitet har vi sett på hvordan fokusgruppe intervjuene er utført.

Studien til Vassbø og Eilertsen (2014) er en kvalitativ studie. Det er en reanalyse av data fra 3 fokusgruppeintervjuer, hvor 15 sykepleiere ved ortopediske avdelinger på sykehuset ble rekruttert via en oppnevnt kontaktperson. Alle hadde sykepleierautorisasjon og minimum 50% stilling. Erfaringene varierte fra 4 måneder til 14 år. Dataene er gjennomgått på nytt fra en tidligere studie om sykepleieres praksiserfaringer med delirium hos eldre pasienter, hvor hensikten var å undersøke sykepleieres erfaringer med delirium hos eldre innlagt for ortopedisk kirurgi (Vassbø & Eilertsen, 2014, s.61-62).

Også Bøyum (2013) har gjort en kvalitativ studie med hensikt å studere sykepleiepersonalets erfaringer med forebygging av delirium hos eldre innlagt med hoftebrudd. Her ble det utført to fokusgruppeintervju med 3 måneder mellom hvert intervju. Det var totalt 11 deltakere i studien, hvor 9 sykepleiere, og 2 hjelpepleiere deltok. Deltakerne hadde fra 3 til 25 års erfaring ved aktuell avdeling. Intensjonen var å generere data fra den informasjonen som kom frem under gruppedynamiske interaksjonsprosesser når deltakerne samtale. Intervjuene ble utført på et grupperom på den aktuelle avdelingen (Bøyum, 2013, s.210-213).

Det kan tenkes både positive og negative utfall av at intervjuene ble avholdt som gruppeintervju. Det at flere samles kan skape samtale, engasjement og få frem gruppeerfaringer. Samtidig kan det tenkes at slike arenaer også kan føre til at ikke alle sier det de mener, og at noen kan bli ukomfortable av å skulle uttrykke seg i gruppesammenheng, kanskje spesielt om de har tanker eller meninger som er i strid med flertallet i gruppen. Ifølge Dalland har kvalitative studier sine

fordeler ved at de går i dybden av det som undersøkes. Meninger og erfaringer belyses på en måte som ikke kan tallfestes (Dalland, 2017, s.53).

Studiene til Brooks et al. (2014) og Rekvad et al. (2021) er kvantitative studier. Studien til Brooks et al. var et kvalitetsforbedringsprosjekt, med hovedformål å pilotteste et deliriumsidentifikasjonsprogram postoperativt, hvor kartleggingsverktøy ble brukt til identifikasjon av alle pasienter over 65 år i fare for utvikling av delirium, og som var innlagt for elektiv kirurgi. Sekundært formål var tidlig identifisering av delirium postoperativt, og behandling av årsaker knyttet til postoperativt delirium som kunne reverseres. Studien ble utført på et sykehus i Massachusettes (Brooks et al., 2014, s.256-261).

I den danske intervensjonsstudien til Rekvad et al. (2021) ble det utført systematisk screening av alle akutt innlagte pasienter over 65 år ved bruk av kartleggingsverktøyet CAM. Hensikten var å undersøke om systematisk bruk av CAM førte til flere identifiserte tilfeller av delirium, og oppdagelses raten ble vurdert ved å intervju sykepleierne (Rekvad et al., 2021, s. 265-267).

Fordelen med de kvantitative studiene, er at de legger frem klare konklusjoner om hvorvidt tiltak som kartleggingsverktøy, kunnskap og behandlingstiltak førte til flere identifiserte tilfeller av delirium i sine studier. Ulempen er at studiene ikke går i dybden på andre forhold som kan påvirke resultatene. Dalland beskriver at det ved kvantitativ metode går i bredden og innhenter lite opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Det gjøres systematisk og får frem så eksakte avspeilinger av den kvantitative variasjonen som mulig (Dalland, 2017, s. 53).

5.1 Språk og land

I utvalget av artikler ønsket vi hovedsakelig å bruke nordiske studier, da vi anser det som mest relevant til vår oppgave. Samtidig ønsket vi å undersøke et bredt spekter rundt problemformuleringen, og valgte derfor også å supplere med en amerikansk artikkel.

Vi valgte to artikler fra Norge, og en artikkel fra Danmark, og anser de nordiske landene for å ha sammenlignbart helsevesenet. Artikkelen fra Danmark er også interessant, da resultatet er motsatt av hva vi hadde forutsett. Selv om vi fant flere nordiske artikler, vurderte vi det også som relevant å supplere med en artikkel gjort utenfor Norden. Derfor falt valget på en artikkel

fra USA. USA er også et land vi anser for å ha et godt og etablert helsevesen, avansert medisinsk behandling og krav om utdannede helsepersonell.

Samtidig som studier fra andre land ga et bredere spekter på problemstillingen, og vi ekskluderte studier fra land med store kulturforskjeller, kan det ha sine ulemper at vi har en artikkel skrevet på dansk og en på engelsk med tanke på språkforståelse. Selv om vi har lagt mye tid i arbeidet med oversettelse, og selv mener vi har tolket artiklene på best mulig måte etter egne forutsetninger, er vi ikke fremmed for at sentrale nyanser kan være misforstått av det som formidles i nevnte studier.

5.2 Validitet og pålitelighet

Når vi skal vurdere metoden som har blitt brukt for valgte artikler, beskriver Dalland det som nødvendig med validitet. Det som blir presentert til leserne skal kunne stoles på. Ved å legge frem hvordan vi har kommet frem til samlet data, svakheter og styrker ved studien, vil leserne ha muligheten til å vurdere påliteligheten i arbeidet (Dalland, 2017, s.60). Se kapittel «Metodediskusjon» for nærmere beskrivelse av studienes data, styrker og svakheter.

Han beskriver videre at relevant data for problemstillingen, er et grunnleggende krav for oppgavens validitet. Kildene kan være gode, men dersom resultatet ikke svarer på problemstillingen vil ikke datainnsamlingen være gyldig å bruke (Dalland, 2017, 40).

For å sikre oppgavens validitet og pålitelighet, har vi gjennomført en søkeprosess etter kriteriene fra Universitetet i Stavanger. Ifølge Dalland er oppgavens beskrivelse av kildegrunlaget avgjørende for oppgavens faglighet og troverdighet. (Dalland, 2017, s. 60). Vi gikk derfor gjennom både metode, resultat og konklusjon i utvalget av artikler. Artiklene fant vi via databaser som er å finne via Oria hjemmeside. Databasen Oria er en norsk, vitenskapelig felles portal for materiale fra de fleste norske fag- og forskningsbibliotek, og vi anså derfor dette som kvalitetssikrede søkemotorer.

Artikkel til Bøyum (2013) er hentet fra databasen SveMed+, som inneholder skandinaviske artikler innenfor medisin og helsevitenskap. Studien er også publisert i sykepleien.no, hvor det kort fortalt var sykepleieres erfaringer med forebygging av delirium som ble undersøkt, noe som svarte godt til vår problemstilling (Bøyum, 2013, s.210).

Studien til Vassbø og Eilertsen (2014) er hentet fra Oria og er publisert på idunn.no som er universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter. Også denne studien passet godt til valgt problemstilling, da det i studien ble undersøkt sykepleieres erfaringer både med identifisering, forebygging og behandling av delirium (Vassbø & Eilertsen, 2014, s.61).

Studiene til Brooks et al. (2014) og Rekvad et al. (2021) er hentet fra CINAHL, og ligger publisert på idunn.no. Begge studiene undersøkte metoder for å identifisere og behandle flere tilfeller av delirium, og ble derfor interessante når vi skulle sammensette resultatene fra de ulike artiklene (Brooks et al., 2014; Rekvad et al.,2021).

5.3 Kildekritikk

I arbeidet med kildekritikk brukte vi mye tid på å sørge for at kildene var troverdige og relevante for vår problemstilling. Vi brukte derfor kun vitenskapelige tidsskriftartikler, som vil si at artiklene er kvalitetssikret av uavhengige fagpersoner (Dalland, 2017, s.153-154).

For å styrke oppgavens teoretiske grunnlag supplerte vi også med relevante lære- og fagbøker. Vi valgte å hovedsakelig bruke nyere forskning, da sykepleiefaget og medisinen generelt er i stadig utvikling. Vi inkluderte derfor kun artikler utgitt de siste 10 år, men har også supplert med eldre litteratur. At litteraturen er eldre, betyr ikke nødvendigvis at den er dårlig eller ikke aktuell. Eksempelvis har vi inkludert Travelbees teori fra 1999, som bygger på viktigheten av å se individet og mennesket bak sykdommen. Dette anser vi som aktuelt i arbeidet med identifisering og ivaretagelse av pasienter med delirium.

6.0 Resultatdiskusjon

6.1 Kunnskap og erfaring

«I prinsippet kan alle rammes av delirium bare påvirkningen er kraftig nok. Men forekomsten er sterkt økende med alderen og pasientens skrøpelighet. Delirium er en svært vanlig tilstand hos syke gamle» Ranhoff, 2014, s. 456). *«Delirium forekommer hos opptil 50% hos gamle pasienter i sykehus...»* (Ranhoff & Engh, 2014, s.452).

Med tanke på den høye forekomsten av delirium hos eldre på sykehus, vil det være naturlig å anta at erfaringen og kunnskapen rundt identifisering og behandling av denne pasientgruppen er høy. Likevel viser analyserte artikler til varierende kunnskap om delirium blant sykepleiere (Brooks et al., 2014; Bøyum 2013; Vassbø & Eilertsen, 2014).

I studien til Vassbø og Eilertsen (2014) er det begrensende oppmerksomhet rettet mot pasienter som står i fare for å utvikle delirium (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 66). *«Her må jeg være ærlig, jeg tenker ikke på delirium når pasienten kommer inn. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min»* (Vassbø & Eilertsen, 2014, s.63).

Dette til tross for at delirium er et sykdomskompleks, hvor lengre ventetid på oppsporing vil øke sjansen for mer alvorlig prognose. Det kan i verste fall føre til at pasienten står i fare for død og varig kognitiv forverring (Wyller, 2020, s. 300-304). Videre opplyser Wyller (2020) at det trengs kunnskap om hva deliriet er et symptom for, før diskusjon om tiltak rettet mot delirium kan iverksettes. Dersom mulig, vil eliminering av utløsende årsaker kunne være et effektivt tiltak mot delirium. (Wyller, 2020, s. 300-304).

Studien til Bøyum (2013) viser til at sykepleierne hadde god kompetanse og erfaringer rettet mot forebygging og mestring av delirium. Kompetansen og erfaringene rundt behandling av delirium viste seg likevel å være rettet mot hyperaktivt delirium, og at hypoaktivt delirium ble mindre vektlagt (Bøyum, 2013, s. 213, 217). I Vassbø og Eilertsen (2014) sin studie ble ikke hypoaktivt delirium oppfattet som delirium, før deltakerne gjenkjente beskrivelsen gitt av moderator i studien. De kunne først da fortelle om pasienter som de nå i ettertid kunne tenke seg at hadde hatt hypoaktivt delirium, uten at de hadde klart å identifisere dette. (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 66).

«Pasienter med hypoaktivt delirium opplevde like mye stress og ubehag som de som hadde hyperaktivt delirium» (Ranhoff & Engh, 2014, s. 455).

En kan tenke seg til at en av årsakene til at pasienter med hypoaktivt delirium vektlegges i mindre grad enn pasienter med hyperaktivt delirium, er at de ofte vil gjøre lite utav seg. Pasienten kan i følge Stubberud (2016) virke fredelig, apatisk og likegyldig (Stubberud, 2016, s.433). Sykehusavdelinger kan til tider være svært travle og underbemannet, og det er derfor ikke vanskelig å se for seg at pasienter som ikke gjør noe utav seg eller på andre måter gir uttrykk for egne behov, blir tilsidesatt og glemt. Hvis sykepleieren i tillegg ikke har erfaring med denne varianten av delirium, kan det tenkes at sykepleieren heller ikke har kunnskap om tiltak som bør iverksettes for ivaretagelse av pasienten. Likevel kan en spørre seg hvordan en så stor pasientgruppe kan bli oversett, uten at oppmerksomheten rettes mot behovet for at nye rutiner og retningslinjer innføres for å identifisere og ivareta disse pasientene. Brooks et al. (2014) beskriver i sin studie at det kan ta lang tid å innføre å nye rutiner og protokoller, da slikt ofte er krevende, til tross for kunnskap som viser til fordeler ved dette (Brooks et al., 2014, s.270).

Virginia Henderson beskriver grunnleggende sykepleie som å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten selv ikke har styrke, kunnskap eller vilje til å møte disse behovene (Henderson, 1998, s.46). Slik vi ser det, er menneskets grunnleggende behov og utløsende årsaker for delirium sammenhengende. At pasientens grunnleggende behov ikke blir ivaretatt, anser vi å være en klar risiko for utvikling av delirium, og sykepleierens forebyggende funksjon blir for oss her tydelig.

6.2 Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel

Stubberud (2015, s. 404) anbefaler å bruke registrering- og skåringsskjemaer som hjelpemiddel for å kunne stille diagnosen delirium. Det er lansert flere typer vurderingsskjema for å kartlegge tilstanden. Ifølge Ranhoff, er det mest brukte vurderingsskjemaet Confusion Assessment Method (CAM). Dette anbefales til bruk for ikke-psykiatrisk helsepersonell. CAM krever lite opplæring, og vi anser det som et godt verktøy til å identifisere spesielt hyperaktivt delirium (Ranhoff, 2003, s.252). (2004, s.252)

Bøyum (2013) underbygger viktigheten av å bruke vurderingsskjema. Særlig i arbeidet med å identifisere pasienter med hypoaktivt delirium som kan være spesielt utfordrende å diagnostiseres uten vurderingsverktøy. For å identifisere hypoaktivt delirium, anser vi derfor OSLA (Observational Scale of Level of Arousal) som et godt hjelpeverktøy. OSLA er ment for å supplere andre bevissthets skalaer og krever ikke verbal respons fra pasienten (Stubberud, 2016, s. 435), og vil trolig være spesielt godt egnet til å identifisere denne pasientgruppen.

Også Brooks et al. (2014) kan i sin studie bekrefte at kartleggingsverktøy kan være et hjelpemiddel, men at det avhenger av hvilket verktøy som blir brukt. Sykepleierne i studien fant vurderingsskjemaet CAM så effektivt at de i ettertid av studien innførte dette som rutine ved alle allmennkirurgiske pasienter over 65 år (Brooks et al., 2014, s. 270). Dette synes vi er interessant, da også vår førforståelse for CAM var at det er både effektivt og lett anvendelig i bruk. Når dette også understøttes av ovennevnt studie og annen litteratur, stiller vi oss undrende til at det ikke synes å være mer utbredt i bruk på sykehus.

På den andre siden, hadde studie gjort av Rekvad et al. (2021) utfordringer med å identifisere delirium med vurderingsskjemaet CAM. Sykepleierne i studie opplevde CAM registrering som tidskrevende, upresis og manglende deskriptiv vurdering av pasienten. I studien ga ikke bruken av CAM økt oppsporing eller diagnostisering av delirium (Rekvad et al., 2021, s. 271). Disse resultatene står altså i kontrast til hva vi hadde sett for oss. Forventningen var at hovedvekten av forskning skulle vise til at screeningsverktøyet CAM ville være til fordel for identifisering, da dette også blir anbefalt i diverse litteratur (Ranhoff, 2014, s. 456; Stubberud, 2013, s.73).

I noen av tilfellene hvor sykepleierne i studien til Rekvad et al. (2021) identifiserte delirium, kunne dette tilbakevises av forskergruppen. Det diskuteres i studien om sykepleierne forvekslet kjennetegn på delirium og demens, og at dette kunne være en forklaring på at det ikke ble identifisert flere tilfeller ved bruk av CAM. Symptomer på delirium og demens kan ifølge Stubberud lett forveksles, og vil i mange tilfeller også opptre samtidig. CAM kan være et godt hjelpemiddel til å skille disse tilstandene, da skjemaet vil fange opp akutt forvirring som skjer ved delirium, i motsetning til demens hvor symptomene opptrer gradvis (Stubberud, 2016, s.430). Dette var ikke tatt til betraktning da Rekvad et al. (2021) gjorde sin

studie, som konkluderte med at det kan være viktig å ta med seg videre til senere forskning (Rekvad et al., 2021, s. 273).

Det er nærliggende å tro at tidspress og effektivisering av helsevesenet, med mål om korte sykehusopphold og til tider for få personell på jobb, er faktorer som spiller inn når det kommer til om pasienter blir kartlagt for delirium, til fordel for at symptomene forveksles med andre tilstander. I artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2014) oppga også deltakerne dette som en utfordring. Systematisk bruk av standard kartleggingsverktøy, observasjoner og innhenting av informasjon anbefales, og vil trolig bidra til raskere identifisering av delirium, samt minske risikoen for at delirium forveksles med andre sykdommer eller tilstander (Almås, 2016, s.434).

Selv om vi anser kartleggingsverktøy som CAM og OSLA for gode og viktige hjelpemidler i identifisering av delirium, ønsker vi å understreke at vi ikke mener at kartleggingsverktøy skal erstatte, men supplere klinisk vurdering.

6.3 Observasjon og dokumentasjon

Siden delirium ikke er en enkeltstående sykdom, men et sykdomskompleks av underliggende årsaker, er observasjon og dokumentasjon viktig i arbeidet med å identifisere tilstanden. Sykehistorien er sentral for å kartlegge predisponible årsaker og eventuelle endringer i mental funksjon. Utviklingen av delirium skjer raskt, og jevnlig observasjoner er derfor viktig, og det er gjerne sykepleieren som gjør de kliniske observasjonene av pasienten på sykehus. Observasjon bygger på teoretisk kunnskap, kliniske erfaringer og sansing (Stubberud, 2016, s. 434). Vi mener derfor at observasjoner og dokumentasjon bør være grunnlaget for alle vurderinger og beslutninger sykepleieren utfører. Vi anser dette for å være nødvendig for å utøve helhetlig og forsvarlig sykepleie.

Teknologi har i større grad blitt tatt i bruk for å formidle pasientens kliniske tegn. Til tross for dette vil det være nødvendig at sykepleierens egne sanseligheter blir tatt i bruk, da noen observasjoner krever sykepleierens hender, øyne og ører (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 2224). Et tenkt eksempel på dette kan være sykepleieren som ser en urolig og engstelig pasient, som for eksempel ved hyperaktivt delirium. Sykepleieren har da brukt sine sanser og kliniske erfaringer for å oppdage pasientens lidelse, og vil trolig iverksette tiltak for å berolige

pasienten. Ved å se slik på det, er det for oss tydelig at de observasjoner som sykepleieren gjør for å se hele mennesket, aldri kan bli erstattet av monitoreringsteknologi.

I studien til Bøyum erfarte sykepleierne dehydrering som en utløsende faktor for delirium, og at de derfor dokumenterte dette nøye, slik at legene kunne ordinere væskebehandling i aktuelle tilfeller (Bøyum, 2013, s.213-214). Derimot fortalte informantene i studien til Vassbø og Eilertsen (2014) at de som regel satte inn tiltak for å behandle delirium først etter at diagnosen var satt, og at forebyggende tiltak mot delirium ble gjort i mindre grad (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 63). Selv om delirium oppstår akutt, er det flere kjente predisponerende og utløsende faktorer som vi mener burde gjøre at sykepleieren tenker delirium hos risikoutsatte gamle. For eksempel er alder, underernæring, kirurgi, smerte, søvnmangel og opplevelse av sårbarhet risikofaktorer for utvikling av delirium (Wyller, 2020, s.303).

Det er derfor nødvendig at sykepleieren dokumenterer slike observasjoner ved hver vakt, slik at det tydelig kommer frem om pasienten viser kjennetegn på delirium. Det er også krav om dokumentasjon etter Helsepersonelloven kapittel 8. «Bestemmelsen pålegger den som yter helsehjelp en plikt til å føre journal» (Helsepersonelloven, 1999, § 39).

Dokumentasjon av pasientens tilstand og eventuelle endringer og hva som er blitt gjort, er viktig og nødvendig dokumentasjon for kontinuitet i behandlingen. Dokumentasjonsplikten skal ivareta faglig forsvarlig helsehjelp. Behandlende lege er også avhengig av sykepleierens observasjon og dokumentasjon for å kunne gi riktig diagnose (Ranhoff & Engh, 2014, s.456).

God og riktig dokumentasjon anser vi som nødvendig for at sykepleieren skal få overblikk over eventuelle endringer i pasientens tilstand. Slik kan det tenkes at sykepleieren lettere vil få kunnskap over situasjonen og vite hvilke tiltak som har fungert og ikke, og ha bedre forutsetninger for å ivareta pasientens behov.

6.4 Kommunikasjon med pårørende

«Alt som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt» (Travelbee, 1999, s.259)

Travelbee beskriver viktigheten av å involvere og ivareta pårørende til den syke. Sykdommen rammer ikke bare pasienten, men også familien til pasienten vil kunne bli påvirket. Det vil

være av betydning at sykepleieren tar seg tid til å prate og lytte med pårørende, og viser forståelse for situasjonen også de står i (Travelbee, 1999, s.259-260).

I studien gjort av Bøyum (2013) belyser sykepleierne viktigheten av pårørendes tilstedeværelse, og hvordan de kan være med på å realitetsorientere pasienten. Det kan være viktig å tilrettelegge informasjon, da sykepleierne i studien erfarte at det kunne være vanskelig for pårørende å se sine nære pårørende i delirium (Bøyum, 2013, s.216). Også Stubberud (2013) viser til at viktigheten av at sykepleier gir støtte og anerkjennelse til pårørende, slik at de skal føle at de mestrer å stå i situasjonen (Stubberud, 2013, s.171).

Da store deler av datainnsamlingen hos pasienter i delir innhentes ved hjelp av informasjon fra pasient og pårørende (Grov, 2015, s. 247) vil det være naturlig å tenke at Travelbees kommunikasjonsteori er et relevant verktøy i møte med denne pasientgruppen.

«Sykepleier skal kunne samhandle med pårørende, vise respekt og omsorg, og ivareta deres rettigheter som pårørende» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

6.5 Kommunikasjon med pasienten

Bøyum (2013) viser i sin studie til to ulike strategier for å kommunisere med pasienter som er i delirium. Realitetsorientering angis å ha en god effekt på pasienter som holder på å bli forvirret, eller i en viss grad var mottakelig for å ta imot informasjon. Flere av informantene erfarte realitetsorientering som effektivt, samtidig som at de også opplevde at pasienter i hyperaktiv delir kunne ha motsatt effekt av dette, og oppleve å føle seg støtt og ikke akseptert. (Bøyum, 2013, s.215-216). Også Stubberud anbefaler å realitetsorientere pasienten og informere om hvorfor han har disse opplevelsene (2015, s.405).

Ifølge Bøyum (2013) vil god samhandling med pasienten kunne redusere symptomer, eller snu utviklingen for en pasient med begynnende forvirringstilstand. Pasientens tilstedeværelse vil dermed ha betydning for ivaretagelse av delirium (Bøyum, 2013, s. 115). I studien til Vassbø og Eilertsen oppga noen av deltakerne viktigheten av å prate med pasienten om opplevelsen av delirium før utskrivning, og at de erfarte det som viktig at pasienten kunne få en bekreftelse og forståelse for hva som hadde skjedd (Vassbø & Eilertsen, 2014, s.66).

Pasienter som skrives ut fra sykehus, skal enten leve videre med sykdommen, eller opplevelsen av gjennomgått sykdom. Det å ivareta også pasientens psyke, anser vi som viktig. Det er ikke alltid så mye som skal til, og vi mener betydningen av å ta seg tid til en samtale med pasienten både under innleggelse og før utskrivning ikke bør undervurderes.

6.6 Forebygging og behandling

Pasienter med delirium opplever gjerne endring i bevisstheten, hukommelsessvikt, desorientering eller språkforstyrrelser. Uforståelig bråk, summende stemmer og latter kan derfor oppleves forstyrrende for pasienten. Skjerming og begrenset stimuli vil kunne være gunstig for å ivareta pasienter med delirium (Rørbakken, 2003, s.271). Også i artikkelen til Bøyum fremkommer skjerming som et sentralt tiltak som ofte ble brukt for pasienter med delirium (2013, s.214).

Rørbakken mener det vil være hensiktsmessig å tilby enerom for denne pasientgruppen. Dette betyr likevel ikke at pasienten skal være alene, men ha regelmessig kontakt med personalet der kontinuitet i personalgruppen er viktig (2004, s.271). Likevel er det ikke å underkjenne at helsevesenet er preget av underbemanning og tidvis dårlig tid som kan gjøre enerom og primærsykepleie utfordrende. Bøyum viser også til manglende ressurser og tid som begrensende faktorer (Bøyum, 2013, s.213).

Stubberud beskriver at dersom pasienten er i delir, er det overordnede målet å hjelpe pasienten til å gjenvinne størst mulig grad av kontroll over situasjonen. Ved å tilrettelegge for et terapeutisk miljø, iverksetter man tiltak som kan lette pasientens orienteringsevne, redusere angst og gi bedre søvn. Mangel på orientering for tid og sted vil kunne forstyrre pasientens søvn- og våkenhetsrytme. Dette kan føre til dårlig søvn, utmattelse og forverre delirium. Søvn vil være et viktig behov for å redusere negative konsekvenser for pasientens psykiske tilstand (Stubberud, 2013, s.86, 91). Vassbø og Eilertsen (2014) belyser i sin studie at mobilisering kan bidra til å forebygge delirium i postoperativ fase (s.64).

Det vil være naturlig å anta at pasienter i en forvirringstilstand har behov for en dagsplan mest mulig lik sin normale hverdag. Faste rutiner for måltid, søvn og mobilisering, er tiltak vi anser som relevante for å orientere pasienten for tid og sted, også i arbeidet med å ivareta pasientens mobilitet og ernæringsstatus.

«Det fins ingen dokumentert behandling mot delirium i seg selv. Behandlingen består i å behandle og fjerne utløsende årsak, korrigere alt som er i ubalanse, optimalisere den medisinske behandlingen generelt og gi god pleie og omsorg i et trygt og miljø»
(Ranhoff & Engh, 2014, s. 460).

7.0 Hvordan bruke resultatene i praksis

Med denne oppgaven ønsker vi belyse viktigheten av økt oppmerksomhet og kunnskap rundt delirium. Som snart utdannede sykepleiere, er dette et tema vi anser som både relevant og viktig.

Sykepleieren kan blant annet bidra ved å arbeide for nye rutiner som kan være hjelpemiddel ved identifisering av delirium. I lys av funn fra vårt arbeid, har vi kommet frem til noen punkter vi mener er relevante i arbeidet for sykepleieren med å identifisere og ivareta denne pasientgruppen:

- Tiltak som faglunsj for å øke oppmerksomheten og kunnskapen om delirium.
- Vi foreslår rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy som eksempelvis CAM. Det krever relativt lite opplæring for bruk, og har i flere studier vist seg å være effektivt i arbeidet med delirium Ref. til artikler
- Systematiske rutiner for kartlegging av alle pasienter over 65 år for pre disponible faktorer for utvikling av delirium.

8.0 Konklusjon

I arbeidet med denne oppgaven, har vi ønsket å undersøke hvordan sykepleieren kan identifisere og ivareta pasienter med delirium på sykehus. Av gjennomgåtte artikler belyses behov for økt kunnskap om identifisering og tilsiktet behandling av pasienter i delir. For å begrense komplikasjoner, trengs det rutiner og konkrete prosedyrer i praksis for ivaretagelse av denne pasientgruppen. Vi synes temaet er både viktig og aktuelt med tanke på den økt levealderen i befolkningen kombinert med effektiviseringen av helsevesenet.

9.0 Litteraturliste

- Brooks, P., Spillane, J. J., Dick, K., & Stuart-Shor, E. (2014). Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium. *AORN Journal*, 99(2), 256–276. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.12.009>
- Bævre, P. O. S. av: K. (u.å.). *Forventet levealder i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 3. mai 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>
- Bøyum, Å. W. (2013a). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 3, 210–218. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>
- Dalland, O. (2017a). Den litterære oppgaven. I *Metode og oppgaveskriving* (s. 207–216). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017b). Hva er metode? I *Metode og oppgaveskriving* (s. 51–62). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017c). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving* (s. 149–165). Gyldendal akademisk.
- Delir—Akutt forvirring*. (u.å.). Nasjonalt senter for aldring og helse. Hentet 29. april 2022, fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/medisinsk-og-helsefagligoppfolging-pa-sykehjem/delir-akutt-forvirring/>
- Friberg, F. (2017a). Att bidra til evidensbasert omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3., s. 129–139). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3., s. 141–152). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017c). Tankeprocessen under examensarbetet. I *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3., s. 37–48). Studentlitteratur AB.

Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1 1* (5., s. 244–268). Cappelen Damm akademisk.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8

Henderson, V. (1998). Utviklingen av et personlig begrep. I *Sykepleiens natur: En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: Refleksjoner etter 25 år* (s. 35–56). Universitetsforlaget.

Neerland, B. E., Ahmed, M., Watne, L. O., Hov, K. R., & Wyller, T. B. (2014). Ny bevissthetsskala ved delirium. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1603>

Neerland, B.E (2018, 06.06). *Delirium and dementia*. Hentet fra:
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/0da2a1a70b854b17a3af617b1eec68ae/delirium-og-demens.-gerit-versjon-av-proveforelesningen.pdf>

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Sykepleierens yrketsetiske retningslinje*. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1. 1*. (5., s. 17–40). Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2003). Delirium: Epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (1. utg., s. 245–263). Akribe.

Ranhoff, A. H. (2019). Akuttmedisinske tilstander hos eldre og kronisk syke. I J. E. Haugen (Red.), *Akuttmedisin: Utenfor sykehus* (4., s. 303–316). Gyldendal.

Ranhoff, A. H., & Engh, E. (2014). Delirium. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2., s. 452–462). Gyldendal Akademisk.

Rekvad, L. E., Østervang, C., Lassen, A., & Hansen, C. M. (2021). Tidlig oppsporing af delirium hos akut indlagte ældre: Systematisk anvendelse af Confusion Assessment Method. *Nordisk sygeplejeforskning*, *11*(04), 262–276. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-202104-02>

Rørbakken, G. (2003). Delirium: Forebygging, utredning og behandling. I T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (1. utg., s. 265–278). Akribe.

Stubberud, D.-G. (2011). Sykepleie ved delirium. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., s. 399–408). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (Red.). (2013a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 13–41). Gyldendal.

Stubberud, D.-G. (Red.). (2013b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 66–113). Gyldendal.

Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1. 1.* (5., s. 429–438). Gyldendal akademisk.

Stubberud, D.-G., & Kondrup, J. (2011). Ernæring ved sykdom. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (4. utg., s. 477–506). Gyldendal Akademisk.

T5.8 Delirium | Legemiddelhåndboka. (u.å.). Hentet 3. mai 2022, fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.8/Delirium>

Travelbee, J. (1999a). Begrepet pasient. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1., s. 61–68). Universitetsforl.

- Travelbee, J. (1999b). Faser i utviklingen av et menneske—Til-menneske-forhold. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1., s. 186–218). Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999c). Forord. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1., s. 5–6). Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999d). Hva er sykepleie? I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1., s. 27–50). Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999e). Sykepleieintervensjoner—Å oppfylle sykepleiens funksjoner. I *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1., s. 219–261). Universitetsforl.
- Vabo, G. (2014). Hvorfor er det viktig å dokumentere helsehjelp. I *Dokumentasjon i sykepleie* (2., s. 28–46). Cappelen Damm akademisk.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet—Sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1, 59–71.
- Wyller, T. B. (2020a). Delirium. I *Geriatrici En medisinsk lærebok* (3., s. 297–309). Gyldendal Akademisk.
- Wyller, T. B. (2020b). Underernæring og dårlig appetitt. I *Geriatrici En medisinsk lærebok* (3., s. 73–77). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1 - CAM skjema

Vurdering av delirium ved hjelp av Confusion Assessment Method (CAM)

- Kjennetegn 1: Akutt debut og vekslende forløp:
 - a. Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand sammenlignet med hvordan han/hun er til vanlig?
 - b. Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si hadde tegnene en tendens til å komme og så eller øke eller avta i styrke?
- Kjennetegn 2: Uoppmerksomhet: Hadde pasienten problemer med å holde på oppmerksomheten, ble for eksempel pasienten for lett distraheret, eller hadde pasienten problemer med å få med seg det som ble sagt?
- Kjennetegn 3: Desorganisert tankegang: Var pasientens tankegang desorientert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konsentrasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?
- Kjennetegn 4: Endret bevissthetsnivå: Generelt sett – hvordan vurderer du pasienten bevissthetsnivå?
 - Våken (normal)
 - Oppspilt (anspent)
 - Somnolent (søvnig, lett å vekke)

(Stubberud, 2013, s. 74)

Vedlegg 2 – OSLA - skjema

Åpning av øynene

Poeng	Beskrivelse
-------	-------------

0	Åpnes spontant når man kommer til pasienten. Forblir åpne uten ytterligere stimulering
1	Åpnes spontant når man kommer til pasienten. Lukkes hvis stimulus fjernes.
1	Åpnes ved tiltale. Forblir åpne uten ytterligere stimulering
2	Ånes ved tiltale. Lukkes hvis stimulus fjernes.
3	Åpnes ved forsiktig berøring (trykke hånden, riste forsiktig i skulderen).
4	Åpnes kun ved smerte
5	Øynene åpnes ikke.

Kroppstilling (NB ta hensyn til svakhet grunnet hjerneslag, nevrologisk sykdom, ect)

Poeng	Beskrivelse
0	Sitter oppreist i stol eller seng, har normal kroppstilling
1	Sitter sammensunket i stol eller seng. Forsøker å rette seg opp og å opprettholde kroppstillingen på oppfordring.
2	Sitter sammensunket i stol eller i seng. Klarer å opprettholde normal kroppstilling.
3	Ligger i seng. Klarer ikke/responderer ikke på oppfordring om å rette seg opp og å opprettholde normal kroppstilling.

Blikkontakt

Poeng	Beskrivelse
0	Gir spontan blikkontakt og beholder adekvat blikkontakt.
1	Døsig. Gir blikkontakt på oppfordring, men beholder den ikke lenge.
1	Våken, men blikket vandrer. Gir noe adekvat blikkontakt.
2	Våken, men blikket vandrer. Gir lite eller ingen adekvat blikkonakt.
2	Døsig. Gir kun kortvarig blikkontakt.
3	Øynene er åpne/kan åpnes, men ingen blikkontakt.

Bevegelse

Poeng	Beskrivelse
0	Beveger seg spontant og målrettet. Ingen rastløse eller urolige bevegelser.
1	Enkelte eller midle rastløse eller plukkete bevegelser. Ingen aggressive eller voldsomme bevegelser.
1	Litt færre og tregere bevegelser.
2	Hyppige rastløse eller plukkete bevegelser. Ingen aggressive eller voldsomme bevegelser.
2	Moderat reduksjon i antall bevegelser og langsommere bevegelser. Går utover undersøkelse og egenomsorg.
3	Agressiv eller voldsom. Nylig revet ut infusjonsutstyr eller kateter.
4	Åpenbar truende eller voldelig.

4	Alvorlig reduksjon i antall bevegelser og i bevegelsens hastighet. Få spontane bevegelser.
---	--

(Neerland, 2018).

Vedlegg 3 – PICO - skjema

	P Patient/Problem Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?		I Intervention/Exposure Hvilket tiltak, intervensjon eller eksponering ønsker vi å vurdere?		C Comparison Skal tiltaket sammenlignes med ett annet?		O Outcome Hvilket utfall er vi interessert i eller ønsker å oppnå?	
↕ OR ↕	Pasient over 65 år som er utsatt for utvikling av delirium		↔ AND ↔	CAM	↔ AND ↔	OSLA	↔ AND ↔	Økt kompetanse og kunnskap rettet mot delirium
	Pasient over 65 år som har utviklet delirium.							
↕ OR ↕								

Vedlegg 4 - oversiktstabell

Artikkel-tittel Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Hensikt	Metode og analyse	Hovedfunn/ resultater	Styrker og/eller svakheter Relevans for oppgaven
<p><i>Faser under sykehusoppholdet - Sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd</i></p> <p>Tove karin Vassbø Høgskolelektor Grethe Eilertsen Høgskolen i Burkerud og Vestfold</p> <p>2014</p> <p>Nordisk sykeplejeforskning</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se på sykepleierens erfaringer med å identifisere, forebygge og behandle delirium. De fokuserte på eldre som legges inn for ortopedisk kirurgi i ulike faser av sykehusoppholdet.</p>	<p>Denne artikkelen innebærer reanalyse fra tidligere studie gjort av samme forfattere, med samme tema. Data for denne artikkelen bygger på en reanalyse fra den tidligere artikkelen.</p> <p>Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Tre folkegruppeintervju ble gjennomført med femten sykepleiere fra ortopediske avdelinger.</p>	<p>Flere av sykepleierne påpeker at det er mangelfullt og begrenset oppmerksomhet rundt delirium.</p>	<p>Studien følger IMRAD struktur. Deltakerne i denne studien var kollegaer, og det anses at de fungerte som hverandres kontroll i intervjuet, noe som kan styrke troverdigheten til dataene.</p> <p>Videre kan fokusgruppeintervju gjøre at deltakerne holder noe igjen eller sier seg enig som følge av gruppepress.</p> <p>Det ble tatt hensyn til at noen kanskje ønsket å tilfredsstille moderator eller andre deltakere. Dermed ble det belyst av moderator at enkelte erfaringer var i betydning for studie. Det kan likevel ikke bli sett bort ifra at enkelte kunne dominere slik at de andre opplevde å ikke komme til ordet.</p>
<p><i>Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd</i></p> <p>Åge Bøyum</p> <p>2013</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikt med denne studien var å undersøke sykepleierens erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd</p>	<p>Det ble brukt kvalitativ metode, hvor det ble utført to fokusgruppeintervju. Til sammen var det 11 deltakere, ni sykepleiere og to hjelpepleiere</p>	<p>Tiltak som ble iverksatt var på grunn av reaksjon på symptomer. Studien viste at helsepersonalt hadde kunnskap og erfaringer</p>	<p>Forskernes forståelse vil kunne virke inn på spørsmålene som har blitt stilt til deltakerne. Tolkningen på svaret vil kunne være påvirket dersom forsker søker etter bekreftelse på egne oppfatninger.</p>

			rettet mot pasienter med delirium. Pasienter med delirium ga flere etiske utfordringer	<p>En motvirkning for at dette skulle skje var at en assisterende moderator deltok i gjennomgang av intervjuene og de initiale funnene. Men dette utelukker ikke at det blir konkludert annerledes fra en annen leser.</p> <p>I studie ble deltakerne valgt av oversykepleier ved avdelingen, dette kan ha påvirket resultatet.</p>
<p><i>Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium</i></p> <p>Paula Brooks Sykepleier</p> <p>Jefferey J. Spillane</p> <p>Karen Dick PhD</p> <p>Eleen StuartShor PhD</p> <p>2014</p> <p>Aorn journal</p> <p>Sør New England, USA</p>	<p>Hensikten var å pilottest et identifiseringsprotokoll, hvor helsepersonellet tar i bruk screeningsverktøy. De skulle finne ut om screeningsverktøy kunne bidra til å identifisere pasienter over 65 år og innlagt for elektiv kirurgi.</p>	<p>Medlemmer av prosjektgruppen gjennomførte kvalitetsprosjektet i Massachusetts.</p> <p>For utvalgspopulasjon en ble det valgt pasienter over 65 år som hadde planlagt for et elektiv kirurgisk inngrep hos en av sykehusets 10 allmennkirurger. Alle de utvalgte var engelsktalende</p>	<p>Studien resulterte en sammenheng mellom å bruke screeningsverktøy og identifisering av delirium. Det var økt identifisering ved implementering av CAM og CAM-ICU på eldre pasienter i elektiv kirurgi.</p>	<p>Selv om deltakerne følte vurderingsverktøyet CAM var effektivt for identifisering av delirium, var det flere som mente at studien burde foretatt en reanalyse for bruken av CAM. Tilbakemeldinger kunne bidratt til kvalitetsforbedring av CAM.</p> <p>Siden dette var et kvalitetsforbedringsprosjekt tok ikke studien i betraktning mulige forvirrende risikofaktorer som påvirker postoperativ delirium.</p>

<p><i>Tidlig oppsporing af delirium hos akut indlagte ældre</i></p>	<p>Hvordan implementering av CAM kan hjelpe sykepleiere å fastslå forekomsten av delirium blant pasienter over 65 år. Kan innføring</p>	<p>Studie er intervensjonsstudie. Intervensjonen bestod i systematisk screening av CAM registrert av forskningsgruppen.</p>	<p>Implementering av vurderingsverktøyet CAM resulterte ikke med økt oppsporing og diagnostisering</p>	<p>Flere studier viser at demens øker risikoen for delirium og at delirium forverrer demens. I denne studien ble det ikke tatt i betraktning for demens ved den enkelte pasient, og kan dermed ikke vite hvorvidt sykepleiere</p>
	<p>av systematisk screening med CAM kunne resultere at flere pasienter med delirium blir oppdaget og diagnostisert</p>	<p>Oppsporingsraten ble vurdert etter intervju av sykepleiere.</p>	<p>av pasienter med delirium. I studien ble det inkludert 100 pasienter predata og 93 i postdata.</p>	<p>forvekslet delirium med demens. Dette kan være en svakhet i studien. CAM ble brukt i ved akutt innleggelse, hvor sykepleierne mente det var tidskrevende. Dermed kunne det være interessant å se om et annet vurderingsverktøy kunne passet bedre til akutt innleggelse. Som for eksempel videre utviklingen av CAM-ICU. En grunn til at det var manglende oppsporing og identifisering av delirium kan skyldes ifølge andre studier at leger og sykepleiere ikke vektlegger oppsporing av delirium like høyt. Dette gjør at det blir vanskelig å implementere en ny rutine med vurderingsverktøyet som CAM.</p>

Søkelogg

Søkeda to	Databas e	Søkeord og ordkombinasjo ner	Avgrensning er	Anta ll treff	Leste abstra kt	Leste artikle r	Antall valgte artikle r
16/03	Oria.no	delir* OG pasient*		91	3		
16/03	Oria.no	Delir* OG sykepleie*OG eldre	Artikler, 2012-2021, norsk	15	2	0	1
16/03	Pubmed	Delirium* AND nurs* AND patients*	Clinical trial, Reviem, 5 år eller nyere	104	5	2	0
17/03	SveMed +	Delir*	Artikkel, 10 år eller nyere	38	4	0	0
17/03	SveMed +	Deliri* AND sykepleie* AND elder*	artikkel, 10 år eller nyere	3	3	3	1
18/03	CINHA L	Delirium AND elderly patients AND nurs*	10 år eller nyere	22	4	1	0
18/03	CINHA L	Delirium AND elderly patients AND nurs* AND surgery OR operation OR surgical	10 år eller nyere	10	4	2	0
18/03	PubMed	Eldery patiens AND nurs* AND care*	5 år eller nyere	1628	3	0	0
18/03	PubMed	Nurs* AND care* AND delir*	Clinical Trial, 10 år eller nyere	170	4	2	0
18/03	SveMed +	Delir* AND care* AND elderly*	Engelsk, norsk, svensk	6	4	3	
18/03	SveMed +	Delir* AND care* AND elderly* AND	Engelsk, norsk, svensk,	0	0	0	0
		nurs* AND CAM	dansk, 10 år eller nyere				

18/03	SveMed +	Delir* AND nurs*	Engelsk, norsk, svensk, dansk, 10 år eller nyere	19	3	2	0
19/03	CINAH L	CAM AND nurs* AND delir*	10 år eller nyere	187	3	0	0
19/03	CIINAH L	CAM AND nurs* AND delir* AND hospital	10 år eller nyere	81	3	1	
19/03	CINAH L	CAM AND nurs* AND delirium* AND hospital AND identify*	10 år eller nyere	19	8	3	1
19/03	CINAH L	CAM AND nurs* AND care* AND delir* AND hospital	10 år eller nyere	7	2	1	1