



Å skape trygghet i utrygghet

Delirium hos eldre på sykehus

Kandidatnummer: 16
VID vitenskapelige høgskole
Bergen

Fordypningsoppgave
MAGER5400
Gerontologisk sykepleie
Kull: 2020 – 2022

Antall ord: 4400
Dato 28.04.2022

«Det må være en skremmende opplevelse å ha et delirium. Når en ikke forstår noen ting, da er det ikke rart pasientene blir sinte. Tenk at du ligger i ei seng og ikke kan forstå noen ting, noe gjør vondt, men du forstår ikke hvorfor. Så blir du redd; frykt og angst gir sinne. Det kan bli kjempevoldsomt, men det er fullt forståelig. Det er lett å glemme at sinne kan komme fra noe annet enn at pasienten bare er vanskelig»

(Sykepleier, Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 65)

Sammendrag

TITTEL: Å skape trygghet i utrygghet - Delirium hos eldre på sykehus.

INTRODUKSJON: Som en konsekvens av akutt sykdom og medisinsk behandling og pleie hos eldre, kan delirium oppstå ved en sykehusinnleggelse. Delirium er en akutt svikt i hjernens funksjon. I tillegg til å være en skremmende opplevelse, er tilstanden forbundet med dårligere prognose ved sykdom, funksjonssvikt, lenger sykehusopphold og økte kostnader. Til tross for dette blir delirium oversett hos ca. halvparten av pasientene som blir innlagt i sykehus. Hensikten med studien er å undersøke noen av de utfordringene som oppstår ved ivaretagelsen av eldre pasienter med delirium, sett i lys av pasienters og sykepleieres egne opplevelser og erfaringer.

FORSKNINGSSPØRSMÅL:

Hvilke utfordringer er knyttet til eldre pasienter med delirium på sykehus?

METODE: Systematisk litteraturstudie med bruk av tematisk analyse.

RESULTATER: Analysen resulterte i tre hovedtema: 1) påkjenningen ved å oppleve delirium, 2) helsepersonells håndtering av delirium og 3) avdelingens begrensninger.

KONKLUSJON: Mangel på kunnskap og kompetanse hos sykepleiere synes å være en stor utfordring i håndteringen av eldre pasienter med delirium, og påvirker identifisering, ivaretagelse og tilpasning av pleien. Mulighetene begrenses gjerne av mangel på tid og ressurser.

NØKKELOD: Delirium, sykehus, opplevelse, håndtering

Summary

TITLE: To provide safety in uncertainty - Delirium in older hospitalized patients.

INTRODUCTION:

Delirium can occur as a consequence of acute illness and medical treatment and care in older hospitalized patients. It is an acute confusion, which affects the brain function. In addition to being a frightening experience, the condition is associated with poor outcome in prognosis in the event of illness, disability, prolonged hospital stays and increased costs. Delirium is overlooked and underrecognized in about half of patients admitted to hospital. The aim of this study is to examine some of the challenges that follow the care of older hospitalized patients with delirium. Both patients and nurses' experiences will be used to illuminate this.

RESEARCH QUESTION:

What challenges are associated with older hospitalized patients with delirium?

METHOD:

A systematic literature review using thematic analysis.

RESULTS:

The thematic analysis resulted in three main themes: 1) the burden of experiencing delirium, 2) healthcare professionals' management of delirium and 3) limits by the ward

CONCLUSION: Lack of knowledge in nurses seems to be a major challenge in the management of elderly patients with delirium. This affects the identification, the care and adaptation of care. Opportunities of good care and management may be limited by the lack of time and resources.

KEY WORDS: Delirium, hospitals, experience, management

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	Bakgrunn og hensikt	2
1.2	Forskningsspørsmål	3
1.3	Avgrensinger.....	3
1.4	Begrepsavklaringer	3
2.0	METODE	3
2.1	Litteratursøk.....	4
2.1.1	Inklusjonskriterier	4
2.1.2	Eksklusjonskriterier.....	4
2.2	Utvelgelse av artikler og kvalitetsvurdering.....	5
2.3	Analyse	6
3.0	RESULTATER	7
3.1	PÅKJENNINGEN VED Å OPPLIVE DELIRIUM.....	7
3.1.1	Tap av kontroll	8
3.1.2	Støtte og informasjonsbehov	9
3.2	HELSEPERSONELLS HÅNDTERING AV DELIRIUM	9
3.2.1	Kunnskap og kompetanse.....	10
3.3	AVDELINGENS BEGRENSNINGER.....	11
4.0	DISKUSJON.....	12
4.1	Styrker og begrensninger	14
5.0	KONKLUSJON.....	14
	LITTERATURLISTE.....	16

Tabell 1 – PICO

VEDLEGG 1 – Systematisk søk: 1, 2, 3, 4

VEDLEGG 2 – Resultattabell

1.0 INTRODUKSJON

Med økning i levealder forventes det at antall eldre i Norge stiger i årene som kommer (Folkehelseinstituttet, 2018). Svært mange eldre har god helse, men de utgjør likevel den pasientgruppen som har størst behov for helsetjenester (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 202). Eldre som har flere kroniske sykdommer og funksjonsbegrensninger, har høyere risiko for akutt sykdom. Dette gjelder særlig for skrøpelige eldre. Den akutt syke eldre kjennetegnes blant annet av diffuse symptomer og tegn på sykdom, dårligere kompensasjonsmekanismer og immunforsvar, redusert kommunikasjonsevne ved sansesvikt og kognitiv svekkelse, samt avhengighet av andre. Deres sammensatte behov stiller andre krav til helsepersonell som ivaretar dem (Ranhoff, 2020b, s. 233).

Som en konsekvens av akutt sykdom og medisinsk behandling og pleie, kan delirium oppstå ved sykehusinnleggelse. Delirium er en akutt forstyrrelse i hjernens funksjon, hvor sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon er sentrale symptomer, sammen med redusert korttids hukommelse. Pasientene får vanligvis utfordringer med å orientere seg om tid, sted og situasjon. Feiltolkning av sanseintrykk, hallusinasjoner og vrangforestillinger kan også forekomme og medfører ofte utagerende atferd (Ranhoff, 2020a, s. 459). Delirium deles inn i to typer, hyper- og hypoaktivt delirium. Hyperaktivt delirium kjennetegnes av et økt aktivitetsnivå og motorisk uro, mens hypoaktivt delirium er preget av senket aktivitetsnivå med redusert oppmerksomhet og bevissthet (Stensson, 2020, s. 112).

Ved en sykehusinnleggelse er det flere faktorer som er uheldig for eldre pasienter og som kan disponere for utvikling av delirium, deriblant variasjon i pleiere, mangelfull personkontakt og informasjon, ligge på korridor samt støy og forstyrrelser (Ranhoff, 2020a, s. 466). Det er varierende hvordan pasienter opplever symptomer på delirium, og hvor lenge det varer, men ofte beskrives tilstanden som skremmende og ubehagelig (Ranhoff, 2020a, s. 461). I tillegg til at tilstanden oppleves belastende for pasienten, er delirium forbundet med funksjonssvikt, lenger sykehusopphold og økte kostnader (Ranhoff, 2020a, s. 458)

1.1 Bakgrunn og hensikt

Delirium er en svært vanlig tilstand hos eldre, og rammer ofte denne pasientgruppen som følge av deres økte sårbarhet og skrøpeligheit. Eldre har ofte flere predisponerende faktorer i form av kognitiv svikt, høy alder og sansesvikt. Dette innebærer at påkjenninger i form av sykdom, skader, medisinsk behandling eller stress ikke nødvendigvis trenger å være så stor før pasienten kan utvikle delirium. Delirium er en klinisk diagnose og stilles på bakgrunn av sykehistorie, undersøkelse og observasjon. Det er avgjørende å få innhentet komparentopplysninger da pasientene ofte ikke er i stand til å gjøre rede for seg selv eller situasjonen (Ranhoff, 2020a, s. 462 - 464).

Delirium betraktes ikke som en enkeltsykdom, men heller et symptom på underliggende årsaker (Ranhoff, 2020a, s. 462). Behandlingen består derfor i å behandle og fjerne utløsende årsak, korrigere verdier i ubalanse og optimalisere den medisinske behandlingen. Noe av det viktigste sykepleiere gjør er å skape trygghet og redusere stress. Tett oppfølging av personer som er kjent for pasienten kan bidra til dette (Ranhoff, 2020a, s. 467).

Delirium blir oversett hos omtrent halvparten av pasientene som blir innlagt i sykehus (Krogseth, 2018, s. 157). Økt kunnskap og oppmerksomhet relatert til pasienter med risiko for å utvikle delirium, årsaksforhold, metoder for å påvise tilstanden, forebygging og behandling vil trolig kunne bedre prognosen for eldre pasienter på sykehus (Neerland mfl, 2013, Inoyoue mfl., 2014, Marcantonio, 2017, i Ranhoff, 2020a, s. 258). Hensikten med denne litteraturstudien er derfor å undersøke noen av de utfordringene som kan oppstå i håndteringen av denne pasientgruppen, sett i lys av pasienters og sykepleiers egne opplevelser og erfaringer. Funnene vil forhåpentligvis styrke overnevnte påstand, men også gi en økt forståelse for selve påkjenningen pasienter kan oppleve ved delirium.

1.2 Forskningsspørsmål

Hvilke utfordringer er knyttet til eldre pasienter med delirium i sykehus?

1.3 Avgrensinger

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter og sykepleiere ved ordinære sengeposter på sykehus. Det vil være spesifikke utfordringer knyttet til delirium på ulike sengeposter, som vil kreve ulike tilnærminger til behandling og håndtering. Grunnet oppgavens begrensede omfang, vil denne studien ikke gå inn på disse spesifikke forholdene, men heller ha fokus på den generelle opplevelsen relatert til delirium.

1.4 Begrepsavklaringer

Med begrepet *pasienter* menes her eldre pasienter over 65 år. *Helsepersonell* brukes i resultatdelen, da noen av deltakerne i forskningsartiklene ikke var sykepleiere. Det tas likevel høyde for at funnene fra disse studiene er overførbare til sykepleiere, og begrepet *sykepleiere* vil derfor bli brukt i diskusjonsdelen. Med begrepet *delirium* inkluderes både det hyperaktive og det hypoaktive delirium som kan oppstå hos pasienter ved/under en sykehusinnleggelse.

2.0 METODE

I denne fordypningsoppgaven er litteraturstudie brukt som metode. Dette innebærer å systematisk søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur innenfor et gitt emne for å kunne besvare et klart definert forskningsspørsmål (Aveyard, 2019, s. 2). Hovedvekten av forskningsartikler i denne studien bruker kvalitativ metode da forskningsspørsmålet er utforskende. Forskningsintervjuene i disse studiene søker nyanserte beskrivelser av deltakerens livsverden gjennom ord og beskrivelser, og ikke tall (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47). I henhold til oppgavens krav er det også inkludert en kvantitativ prevalensstudie.

2.1 Litteratursøk

PICo (tabell 1) ble brukt som et verktøy for litteratursøk for å gi struktur til forskningsspørsmålet (Helsebiblioteket, 2016a). Medical Subject Headings (MeSH), et emneordsystem for helserelatert litteratur, ble benyttet for å finne gode søkeord i databasene CINAHL og PubMed (Helsebiblioteket, 2018). Emneordene «delirium», «hospitals», «aged», «aged, 80 and over» og «inpatient» dannet grunnlaget for litteratursøket i tillegg til tekstordene «hospital*», «experience», «barriers», «views», «burden» og «management». Ved å bruke trunkering (*), som innebærer å søke på stammen av utvalgte tekstord, ble også ulike varianter av et ord inkludert i søket (Helsebiblioteket, 2016c). Det ble gjort flere innledende søk, hvor søkeordene ble satt sammen i ulike kombinasjoner med OR og AND i databasene CINAHL og PubMed.

Søkeprosessen ga utfordringer ved tilspissing av søket. Det ble enten svært mange eller svært få treff, avhengig av søkekombinasjonene som ble brukt. Innad i databasene ble søket delt opp og ulike søkeord ble brukt, noe som resulterte i tre ulike litteratursøk i CINAHL. Begrensninger i søket ble lagt til i form av alder, språk og årstall. For å hente ut de forskningsartiklene som hadde hovedvekt på erfaringer og opplevelser, var det nødvendig med et stort treff. Utvelgelsen av artikler ble derfor gjort manuelt ved bruk av eksklusjonskriteriene.

2.1.1 Inklusjonskriterier

Forskingsartikler utgitt fra 2011 ble inkludert i litteratursøket, for å sikre at tilstrekkelig litteratur ble funnet. Det var et kriterium at deltakerne i studiene var over 65 år, og at de var publisert på engelsk eller norsk. Studienes deltakere måtte være pasienter med opplevd delirium på sykehus, helsepersonell i arbeid på sykehus eller begge.

2.1.2 Eksklusjonskriterier

Studier som omhandlet personer med demenssykdom eller annen kognitiv svikt ble ekskludert med en antakelse om at det var vanskelig for dem å huske eller gjøre rede for opplevelsen av

delirium. Studier som omhandlet alkoholutløst delirium, delirium ved palliativ eller terminal fase, eller delirium på intensivavdeling ble også ekskludert på grunn av oppgavens begrensede omfang og fordi ulik behandlingstilnærming ville ha gjort generalisering vanskelig. Systematiske oversikter er ekskludert i henhold til oppgavens retningslinjer, samt studier som spesifikt omhandlet pårørende. Konkrete tiltak relatert til delirium er også ekskludert.

2.2 Utvelgelse av artikler og kvalitetsvurdering

Ved litteratursøk ble artikkeltitlene gjennomgått og studier ble sortert manuelt i henhold til eksklusjonskriteriene. Sammendrag ble lest ved aktuelle forskningsartikler og studier av nyere dato ble prioritert i artikkelutvelgelsen. Etter endt søkeprosess handlet *to* studier om pasienters opplevelse av delirium, *fem* studier om sykepleieres/helsepersonells opplevelse, *en* studie om pasienter og pårørendes opplevelser og *en* studie omhandlet alle tre grupper.

I studien til Weir & O'Brien (2019) hadde forskerne problemer med rekruttering da grensen var 65 år, og en deltaker var derfor 55 år. Da de resterende deltakerne var 74 år og over ble studien likevel tatt med. Pollard et al. (2015) omhandler delirium hos pasienter etter ortopedisk kirurgi. Begge studiene inkluderes da de gir en større forståelse av påkjenningen ved delirium.

Vassbø & Eilertsen (2014) tar for seg sykepleiers opplevelser av delirium hos eldre ved ortopedisk kirurgi ved sykehus i Norge, og er inkludert på grunn av dens overførbarhet til norske forhold. Kristiansen et al. (2018) tar for seg opplevelsen av å ivareta pasienter med delirium på en nevrologisk avdeling, og gir slik som studien til Vassbø & Eilertsen (2014), et innblikk i hvordan ulike avdelinger kan ha svært spesifikke utfordringer knyttet til delirium. Likevel er det sykepleiers opplevelser som gjør at studiene blir inkludert. Studien til Mc Donnell & Timmins (2012) har et større utvalg da den er av kvantitativ forskningsdesign. Til tross for at studien omfatter helsepersonell i andre deler av helsevesenet enn sykehus, blir den inkludert da den bekrefter at håndtering av pasienter med delirium er belastende for sykepleiere. Funnene

oppleves som relevant i dag, selv om studien er av eldre dato. Studien til Emme (2020) inkluderes fordi den tar for seg både sykepleieres og sykepleierledelsens opplevelse av delirium, noe som kan belyse utfordringer fra ledelsens perspektiv. Johansson et al. (2018) belyser tegn på delirium og handlinger utført av helsepersonell ved gjennomgang av pasientjournaler. Studien gir et godt innblikk i hvor åpenbare tegn kan være uten at handling iverksettes.

Meilak et al. (2019) inkluderer både pasienter og pårørende. Den beskriver behovene deres, i tillegg til hva som kan redusere stress knyttet til delirium hos pasienter. Schmitt et al. (2019) tar for seg temaer relatert til belastning av delirium som går igjen hos pasienter, pårørende og sykepleiere. Studien utdyper sammenhenger i form av felles belastninger hos pasienter og sykepleiere. Pårørende er deltakere i begge disse studiene og har ikke hatt fokus i analysen, men heller fungert som et supplement til funnene.

De forskningsetiske retningslinjene for forskningsvirksomhet, stiller krav til at redelighet og nøyaktighet utvises i hvordan forskningsresultatene blir presentert og hvordan andre forskeres arbeid vurderes. Det er etterstrebet å bruke en etisk forsvarlig henvisningsteknikk (Thagaard, 2018, s. 21). Da forskningsartiklene i denne litteraturstudien hovedsakelig er engelsk, har korrekt oversettelse vært viktig. Et tydelig skille på egne tanker har også vært viktig å få frem i oppgavens diskusjonsdel.

2.3 Analyse

Tematisk analyse er en metode for å utvikle, analysere og tolke mønster i et kvalitativt datasett (Braun & Clarke, 2022, s. 4). Utgangspunktet for analysen i denne litteraturstudien er Braun og Clarke (2006) sine seks faser i tematisk analyse: 1) bli kjent med datamaterialet, 2) lage de første kodene, 3) lete etter tema, 4) gjennomgå tema, 5) definere og navngi tema og 6) skrive rapporten.

Analysens første fase startet med en grundig gjennomlesning av resultatkapittelet i hver forskningsartikkel. Det ble underveis markert viktige funn og ideer til koding. I fase to ble det laget tabeller til hver forskningsartikkel bestående av tre kolonner; funn fra resultatdelen, koder og forslag til tema. Den foreløpige kodingen ble oppbevart på PC dersom det skulle ved en senere anledning bli nødvendig å se hvilken kontekst kodene befant seg i. Da alle artiklene var kodet, ble de kategorisert og sammenheng ble gitt ved å plassere dem under foreløpige undertema og tema. Dette ble visuelt fremstilt ved bruk av små lapper. I fjerde fase ble alle temaene gjennomgått og endringer ble gjort inntil temaene skildret resultatene fra forskningsartiklene på en god og relevant måte. Temaene ble endelig definert i analysens femte fase. Funn fra hver forskningsartikkel som omhandler samme tema/undertema blir presentert i oppgavens resultatdel.

3.0 RESULTATER

Forskningsspørsmålet sikter seg inn på utfordringer knyttet til delirium. Den tematiske analysen av ni forskningsartikler resulterte i tre hovedtema: 1) Påkjenningen ved å oppleve delirium, 2) helsepersonells håndtering av delirium og 3) avdelingens begrensninger.

3.1 PÅKJENNINGEN VED Å OPPLIVE DELIRIUM

Gjentakende i studiene er pasienter som opplever ulik grad av belastning knyttet til symptomene desorientering, hallusinasjoner og vrangforestillinger, hukommelse, nedsatt kommunikasjonsevne og personlighetsendringer. For mange fører forvirringen og det å ikke vite hvor de er, tidspunkt på døgnet og hva som skjer rundt dem til frykt og sinne (Johansson et al., 2018; Pollard et al., 2015; Schmitt et al., 2019; Weir & O'Brien, 2019). Pasienter kan oppleve at trygghet, tillit, kontroll og egenverdi blir fratatt dem. Nærværet av familie blir beskrevet at gir trygghet, med en evne å «nå gjennom» til dem. (Meilak et al., 2019; Pollard et al., 2015). Pasienter husker opplevelsen av delirium i varierende grad, men beskriver den som svært virkelig, ubehagelig og skremmende (Pollard et al., 2015; Meilak et al., 2019; Weir & O'Brien,

2019). De forteller om en manglende forståelse av helsepersonell knyttet til hvor forferdelig opplevelsen er, med følelsen av at den blir tatt lett på eller ignorert (Pollard et al., 2015).

3.1.1 Tap av kontroll

Hjelpebehovet øker ofte i en deliriumstilstand, blant annet på grunn av nedsatt evne til å utføre handlinger og ta instruksjoner. Likevel nekter mange pasienter pleie, undersøkelser og behandling (Johansson et al., 2018; Schmitt et al., 2019). Flere pasienter opplever tap av autonomi ved at de ikke har kontroll over hva som skjer med dem. De blir fortalt hva de må gjøre av helsepersonell som «vet bedre enn dem» og som ikke lytter (Pollard et al., 2015; Schmitt et al., 2019; Weir & O'Brien, 2019).

I'm not a control person, but I like to be in control of me at least, and I was not allowed to be, really. I had to stay in the hospital clothes. I had to stay in the bed because I had an IV. I had to stay in bed (...). They told me to and such. (Schmitt et al., 2019, s. 334)

Bearbeidelse og forståelse av informasjonen som blir gitt til pasienter er utfordrende (Johansson et al., 2018; Weir & O'Brien, 2019). Nedsatt kommunikasjon i form av latenstid, usammenhengende tale og vanskeligheter for å finne ord, samt redusert evne til både tenkning og konsentrasjon resulterer i at flere pasienter får problemer med å verbalisere symptomer og behov. Med dette får de ofte ikke frem det de ønsker å si (Johansson et al., 2018; Pollard et al., 2015; Schmitt et al., 2019; Weir & O'Brien, 2019). Helsepersonell kan oppleve roping hos pasienter i forbindelse med angst og hallusinasjoner, ved undersøkelser og pleiesituasjoner, samt ensomhet (Johansson et al., 2018; Pollard et al., 2015).

3.1.2 Støtte og informasjonsbehov

Pasienter og deres pårørende har lite kunnskap om delirium, og opplever mangel på informasjon og støtte fra helsepersonell (Meilak et al., 2019; Schmitt et al., 2019). Studiene viser at informasjon relatert til årsaksforholdene er ønsket da det virker trøstende. Fravær av dette bidrar til at de gjør seg opp egne tanker om hva deliriumet skyldes (Meilak et al., 2019; Pollard et al., 2015; Weir & O'Brien, 2019). Helsepersonell mener det er viktig å kartlegge pasientens opplevelse av delirium og snakke om det som er skremmende. Erfaring tilsier at flere pasienter synes det er godt å få en bekreftelse på hva som har skjedd og hvordan deliriumet kan forstås (Vassbø & Eilertsen, 2014). Enkelte pasienter forteller om en frykt å få delirium igjen, med en påfølgende frykte for sykehus samt betenkeligheter med å oppsøke helsehjelp (Pollard et al., 2015; Schmitt et al., 2019). Vanskeligheter med å forstå og bearbeide informasjon gjør at pasienter og pårørende mener informasjonen bør rettes mot familien (Johansson et al., 2018; Meilak et al., 2019). Frykten for at kognitive og atferdsmessige endringer vil være permanent er også tilstede hos både pasienter og pårørende (Schmitt et al., 2019). Flere pasienter mener det kunne være nyttig å få informasjon om andre menneskers opplevelse av delirium (Meilak et al., 2019; Pollard et al., 2015).

3.2 HELSEPERSONELLS HÅNDBLING AV DELIRIUM

Helsepersonell synes delirium er en vanskelig tilstand å håndtere, særlig utfordrende er det med pasienter som ikke samarbeider (Emme, 2020; Mc Donnell & Timmins, 2012; Vassbø & Eilertsen, 2014). Det er avgjørende for pleien videre hvordan disse pasientene møtes av helsepersonell (Kristiansen et al., 2018). Særlig en utfordrende atferd kan resultere i økt belastning og stress hos helsepersonell, noe som også kan virke negativt på pasientbehandlingen (Mc Donnell & Timmins, 2012). I studien til Emme (2020) kjenner helsepersonell på å stå alene med ansvaret for identifisering av delirium, særlig i forhold til den ikke medikamentelle forebyggingen og behandlingen. De forteller at kommunikasjonen med pasienter med delirium er både tidkrevende og utfordrende, og resulterer i økt arbeidsbelastning (Emme, 2020; Kristiansen et al., 2018; Schmitt et al., 2019). Pasienters indre kaos og hallusinasjoner gjør det også krevende

for helsepersonell å ha en dialog (Johansson et al., 2018; Kristiansen et al., 2018). Det er essensielt å gi pasienten tid til å uttrykke seg, snakke tydelig og sakte, være kort, samt omsorgsfull og forsiktig (Johansson et al., 2018). En rolig framtoning blir bekreftet av pårørende i studien til Meilak et al. (2019) å ha en gunstig effekt på pasientene. Over tid kan helsepersonell oppleve ivaretagelsen av pasienter med delirium som belastende (Mc Donnell & Timmins, 2012).

3.2.1 Kunnskap og kompetanse

Helsepersonell har mangelfull kunnskap om forebygging, identifisering og håndtering av symptomer ved hyper- og hypoaktivt delirium (Emme, 2020; Kristiansen et al., 2018; Schmitt et al., 2019; Vassbø & Eilertsen, 2014). «Her må jeg være ærlig, jeg tenker ikke på delirium når pasienten kommer inn. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min» (Sykepleier, Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 63). Hypoaktivt delirium blir ofte oversett, da oppmerksomheten og utfordringene er størst ved hyperaktivt delirium (Emme, 2020; Mc Donnell & Timmins, 2012; Vassbø & Eilertsen, 2014). Delirium er utfordrende å identifisere og kartlegge, særlig når helsepersonell ikke har nok kjennskap til pasientens habituelle tilstand fra tidligere (Emme, 2020; Kristiansen et al., 2018; Schmitt et al., 2019; Vassbø & Eilertsen, 2014). Det er lite faste rutiner for systematisk identifisering av delirium, og mangelfull dokumentering ser ut til å være et gjentakende problem (Emme, 2020; Kristiansen et al., 2018; Vassbø & Eilertsen, 2014). Dokumenteringen er av varierende kvalitet avhengig av helsepersonells arbeidsmengde hver vakt, noe som kan virke inn på oppdagelsen av delirium (Johansson et al., 2018; Kristiansen et al., 2018). Det er ønskelig med mer kunnskap og undervisning om forebygging og behandling av ulike former for delirium (Kristiansen et al., 2018). Helsepersonell som mottar en form for opplæring, hadde mindre sannsynlighet for å rapportere vanskeligheter med å håndtere pasienter med delirium (Mc Donnell & Timmins, 2012).

3.3 AVDELINGENS BEGRENSNINGER

Flere av studiene handler om hvordan begrensninger på avdelingen i form av manglende ressurser og rutiner samt dårlig tilpasset miljø påvirker håndteringen og behandlingen av pasienter med delirium (Emme, 2020; Kristiansen et al., 2018; Schmitt et al., 2019; Vassbø & Eilertsen, 2014). Det kan også oppstå dilemma mellom de økonomiske rammene og optimal pasientomsorg, da kostnaden pasienter med delirium medfører kan være høy, f. eks ved bruk av fastvakter (Emme, 2020). Sykehusavdelingenes høye tempo og sykepleieres mange arbeidsoppgaver, bidrar begge til at det blir brukt liten tid hos pasienter med delirium, noe som kan virke inn på pleien (Emme 2020; Kristiansen et al., 2018; Schmitt et al., 2019). Noen avdelinger prøver å sikre kontinuitet i pleien, noe som beskrives som utfordrende av helsepersonell. De peker i tillegg på at denne mangelen også gjør identifisering av delirium vanskeligere (Emme, 2020).

Helsepersonell kjenner på frustrasjon knyttet til pasienter som er agitert, forvirret og som seponerer utstyr, men også følelsen av at ingenting hjelper i form av behandling og pleie (Emme, 2020; Kristiansen et al., 2018; Vassbø & Eilertsen, 2014). De klarer ikke å ivareta dem godt nok. Tiden pasienter med delirium krever kan også gå på bekostning av andre oppgaver og pasienter (Schmitt et al., 2019). Mangel på verktøy og opplæring gjør det vanskelig å forbedre sykepleien som gis (Kristiansen et al., 2014). Flere studier påpeker at pasienter trenger skjerming, trygge omgivelser, og tett oppfølging (Emme, 2020; Johansson et al., 2018; Kristiansen et al., 2018). Det fysiske miljøet på avdelingen blir beskrevet som utilpasset for denne typen miljøtiltak. Støy og forstyrrelser på rommene kan i tillegg disponere for utviklingen av delirium. Støtte fra ledelsen i håndteringen av disse pasientene er viktig for helsepersonell. Delirium er en kompleks tilstand som krever profesjonelle og personlige kvalifikasjoner (Emme, 2020).

4.0 DISKUSJON

Da befolkningen blir stadig eldre vil behovet for helsehjelp også øke og som sykepleier på sykehus vil en møte mange av de sårbare eldre som er i risikogruppen for å utvikle delirium (Folkehelseinstituttet, 2018; Ranhoff, 2020). Utfordringene knyttet til denne pasientgruppen og en sykehusinnleggelse er nok flere, men denne litteraturstudien tar kun for seg et begrenset utvalg, med utgangspunkt i mangel på kunnskap og kompetanse hos sykepleiere.

Sykepleiere har en sentral rolle i identifiseringen av delirium hos eldre pasienter på sykehus (Ranhoff, 2020a, s. 467). Begge typer delirium er utfordrende å påvise. De er ulik i sitt symptom-bilde og økt kunnskap om begge synes å være avgjørende for at sykepleiere skal klare å fange det opp (Ranhoff, 2020a, s. 459). Sykehus kjennetegnes av blant annet stor variasjon i sykepleiere, noe som også muligens påvirker hvorvidt tilstanden oppdages. Dersom sykepleier ikke kjenner pasienten fra før og deres normale tilstand heller ikke er kartlagt, tyder resultatene på at denne oppgaven blir enda vanskeligere. Det kan tenkes at ved systematisk og strukturert dokumentering av observasjoner og eventuelle endringer hos pasientene, ville kanskje flere tilfeller av delirium blitt oppdaget. Ved at pasienter tilbakeholder informasjon om symptomer som følge av frykt eller muligheten for å ikke bli forstått, kan identifiseringen av tilstanden også bli vanskeligere. Ved økt bevissthet og normalisering av begrepet «delirium» ville gjerne opplevelsene være mer akseptert å dele. Til tross for at tegn på delirium blir observert, er det ikke alltid tiltak blir iverksatt, noe som kan tyde på både manglende kunnskap hos sykepleierne, men også manglende rutiner.

Resultatene viser at det er vanskelig å håndtere pasienter som ikke samarbeider og måten de blir møtt på av sykepleier kan være av stor betydning for pleien. Det å gi pasientene trygghet er et viktig sykepleietiltak (Ranhoff, 2020a, s. 469). At sykepleier lytter til det de forteller og anerkjenner den virkeligheten de deler, kan tenkes er avgjørende for å kunne skape en god relasjon. Til tross for at dette muligens kan legge til rette for et bedre samarbeid, er det ikke

sikkert en slik rolig fremtoning gir ønsket effekt. Det oppleves som frustrerende for sykepleiere når pasienten ikke responderer på gitt pleie og behandling. Et bedre samarbeid kan trolig bidra til at pasientene får riktig og rask nok behandling, samt forebygge uheldige situasjoner og misforståelser. Som tidligere nevnt, kreves det kunnskap for å skape en relasjon til pasienter med delirium. Slik relasjonsbygging lønner seg trolig i et mer langsiktig perspektiv, da kjente personer kan gi kontinuitet i pleien og på denne måten skape trygghet (Ranhoff, 2020a, s. 467). Denne måten å møte pasienter på synes god, men også mest tidkrevende. I lys av egen erfaring, har nok mange sykepleiere et ønske om å forstå pasientene og få til et godt samarbeid og en god relasjon, men at tid og kapasitet kan forhindre dette.

Studiene viser til at flere pasienter opplever nedsatt kommunikasjonssevne som begrenser dem ved at de ikke klarer å gjøre seg forstått og heller ikke forstår. Ved en slik mangelfull forståelse, kan det tenkes at pasientene blir både irritert og frustrert. Resultatene viser blant annet til pasienter som roper. Kanskje det er lett å tenke at atferd som dette er en krevende og vanskelig atferd. Trolig kan det være det. Men det kan også muligens være en måte for pasienter å kommunisere på, å gi uttrykk for sitt ubehag. Med bakgrunn i egen erfaring tilsier en slik form for samtale, muligheten for å bli møtt med usikkerhet av sykepleiere, og gjerne til og med frustrasjon. I mange tilfeller tilrettelegges det heller gjerne ikke for at pasientene skal forstå, for eksempel ved at sykepleiere snakker fort, lavt eller utydelig. Funn tilsier at sykepleiere bruker mindre tid hos pasienter med delirium som følge av mange arbeidsoppgaver og høyt tempo på avdelingen. Dette kan antakeligvis også påvirke kommunikasjonen med pasientene, ved at pasientene gjerne ikke får blir gitt tid til å svare og uttrykke seg. Følelsen pasienter kan oppleve av redusert autonomi kan muligens bli forsterket på denne måten.

Tid omtales av sykepleiere som essensielt i møte med pasienter med delirium. Dette er noe som antas kan ha en sammenheng med manglende ressurser i avdelingene i form av for eksempel redusert bemanning og en allerede stor arbeidsbelastning for sykepleiere. At delirium oppstår brått og graden av symptomer varierer gjennom døgnet vil trolig gjøre det ekstra vanskelig å tilrettelegge og planlegge for en god bemanning (Ranhoff, 2020a, s. 459). Resultatene viser at

når liten tid blir brukt hos denne pasientgruppen, kan det påvirke pleien. Ved å bruk av liten tid kan gjerne tegn på delirium gjerne overses, f. eks ved at en ikke får observert pasienten og endringer i tilstanden ikke fanges opp.

Med tanke på kostnadene pasienter med delirium kan medføre, er det naturlig å tenke at denne kostnaden vil bli mindre ved en reduksjon i antall tilfeller. Ved å utvikle kompetanse og ha fokus på opplæring, kan sykepleiere trolig i større grad klare å fange opp delirium hos pasienter tidlig, men også forebygge tilfeller ved f. eks økt kunnskap om predisponerende faktorer. Med bakgrunn i egen erfaring får delirium og eldre en stadig større plass i arbeidshverdagen på sykehus og med dette anses mulighetene som gode for tidligere identifisering, bedre håndtering og tilpasninger i pleien i fremtiden.

4.1 Styrker og begrensninger

Oppgaven begrenser seg ved at det hovedsakelig er valgt kvalitative forskningsartikler, hvor kun et lite utvalg pasienter og/eller helsepersonell er representert. Likevel retter forskningsspørsmålet seg til erfaringer og opplevelser, noe som gjør at kvalitative studier er best egnet. Tidligere forskning støtter opp flere funn som er presentert i denne litteraturstudien og resultatene anses derfor som pålitelig. Måten litteratursøket ble gjennomført på kan sees på som både en begrensning, men også en styrke. Begrensningen ligger i den manuelle utvelgesmetoden som kan ha bidratt til at aktuelle artikler kan ha blitt oversett. Da litteratursøket ga flere store treff, har nok mye av forskningen som omhandler tema og forskningsspørsmålet blitt tilgjengelig til å finne. Alle forskningsartiklene er kvalitetsvurdert ved hjelp av Helsebibliotekets (2006) sjekklister

5.0 KONKLUSJON

Delirium kan ramme alle, men særlig utsatt er eldre som innlegges på sykehus. Mange er gjerne ikke klar over hvilken påkjenning tilstanden er, og utryggheten den ofte medfører. Denne litteraturstudien viser at mangel på kunnskap og kompetanse hos sykepleiere er en stor

utfordring. Økt kompetanse hos sykepleierne ville gjerne bidratt til at flere tilfeller av delirium kunne blitt identifisert tidligere og kanskje flere tilfeller også kunne vært forebygget. Når delirium er påvist, vil det nok være avgjørende som sykepleier å vite hvordan tilstanden kan håndteres slik at pasienten vil få både god og riktig behandling. Med god tid, håndtering og tilpasning av pleie vil pasientene trolig sitte igjen med en bedre opplevelse enn det mange kanskje gjør i dag. Det handler om å skape trygghet i noe som er utrygt.

LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2019). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide* (4. Utg.). Open University Press, McGraw-Hill Education.

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Braun, V & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2(3) s. 77 – 101.

Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 202 - 215). Gyldendal.

Emme, C. (2020). “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines. *Journal of clinical nursing*, 29(1), 2849 – 2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>

Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten: Helse hos eldre i Norge*. FHI.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Helsebiblioteket. (2016 a). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (2016b). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister#>

Helsebiblioteket. (2016c). *Søketeknikker*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Johansson, Y. A., Bergh, I., Ericsson, I. & Kenne Sarenmalm, E. (2018). Delirium in Older Hospitalized Patients – Signs and Actions: a Retrospective Patient Record Review. *BMC Geriatrics*, 18(43), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0731-5>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal akademisk.

Kristiansen, S., Konradsen, H. & Beck, M. (2018). Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. *Journal of Clinical Nursing*, 28 (5-6), 920 – 930. DOI: 10.1111/jocn.14709

Krogseth, M. (2018). Delirium. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 152 - 166). Aldring og helse.

Legemiddelaktuelt. (2018). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Mc Donnell, S. & Timmins, F. (2012). A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2488 – 2498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04130.x>

Meilak, C., Biswell, E., Willis, R., Partridge, J. & Dhesi, J. (2019). A qualitative exploration of the views of patients and their relatives regarding interventions to minimize the distress related to postoperative delirium. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(2), 230 – 249.

DOI: 10.1002/gps.5241

Pollard, C., Fitzgerald, M. & Ford, K. (2015). Delirium: The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 213 – 221. <https://doi.org/10.1111/inm.12132>

Ranhoff, A. H. (2020a). Delirium. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 458 – 471). Gyldendal.

Ranhoff, A. H. (2020b). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 432 - 243). Gyldendal.

Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(1), 57- 71. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-06>

Schmitt, E. M., Gallagher, J., Albuquerque, A., Tabloski, P., Jung Lee, H., Gleason, L., Weiner, L. S., Marcantonio, E. R., Jones, R. N., Inouye, S. K. & Schulman- Green, D. (2019). Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*, 59(2), 327 – 337. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx153>

Stensson, M. (2020) Delirium. I S. Tretteteig (Red). *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Aldring og helse.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Weir, E. & O'Brien, A. J. (2019). Don't go there – It's not a nice place: older adults' experiences of delirium. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 582 – 591. <https://doi.org/10.1111/inm.12563>

TABELL 1 - PICO

P	Population/patient/ problem	Eldre over 65 år
I	Exposition/ issue/ interest	Delirium
Co	Context	Sykehus

VEDLEGG 1 – Systematisk søk

Database	Søke-nummer	Søkeord	Antall treff	Kommentar/ Avgrensninger	Leste abstrakt	Valgte artikler	Inkludert fra før
PUBMED 7/4- 22	# 1	MH Delirium	11 379	For mange treff	0	0	0
	# 2	Title/ abstract, experience	753 007				
	# 3	Title/ abstract, Barriers	167 127				
	# 10	#1 AND #8 AND #9	17	Ingen avgrensninger	4	9. Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. (Kristiansen et al., 2019)	0

Database	Søke- nummer	Søkeord	Antall treff	Kommentar/ Avgrensninger	Leste abstrakt	Valgte artikler	Inkludert fra før
CINHAL 7/4- 22	# 1	MH Delirium	7 595	For mange treff	0	0	0
	# 2	MH Aged	909 777				
	# 3	MH Aged, 80 and over	322 327				
	# 4	Experience	414 143				
	# 5	Barriers	87 237				
	# 6	Views	110 527				
	# 8	# 2 OR #3	909 777				
	# 9	#4 OR #5 OR #6	460 341				
	# 10	#1 AND #8 AND #9	124				

Database	Søke-nummer	Søkeord	Antall treff	Kommentar/ Avgrensninger	Leste abstrakt	Valgte artikler	Allerede inkludert
CINHAL 10/4- 22	# 1	MH Delirium	7 601	For mange treff	0	0	0
	# 2	Acute confusion	5 820				
	# 3	Burden	97 189				
	# 4	Experience	414 309				
	# 5	Barriers	109 011				
	# 6	Views	110 554				
	# 7	Hospital*	619 482				
	# 8	# 1 OR #2	7 774				
	# 9	#3 OR #4 OR #5 OR #6	671 783				
	# 10	#7 AND #8 AND #9	158	<u>Språk:</u> Engelsk Norsk <u>År:</u> 2011– 2022 <u>Alder:</u> 80 og over 65 + år 45 – 64 år	Ca. 20	5. “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines (Emme, 2020) 51. A quantitative exploration of the subjective Burden Experienced by nurses when caring for patients with delirium (Mc Donnell & Timmins, 2012) 106. Turmoil and confusion – Nurses experiences with delirium in older persons with fractures (Vassbø, 2014)	3

Database	Søke-nummer	Søkeord	Antall treff	Kommentar/ Avgrensninger	Leste abstrakt	Valgte artikler	Allerede inkludert
CINAHL 10/4- 22	# 1	MeSH Delirium	7 601	For mange treff	0	0	0
	# 2	MeSH Inpatients	85 071				
	# 3	Hospital*	619 482				
	# 4	Management	582 230				
	# 5	Barriers	109 011				
	# 6	#2 OR #3	664 769				
	# 7	#4 OR #5	675 981				
	# 8	#1 AND #6 AND #7	198	<u>Språk:</u> Engelsk <u>År:</u> 2011 – 2022 <u>Alder:</u> Aged, 80 & over Aged, 65+ years <u>Annet:</u> Journal articles	Ca. 20	171. Delirium in Older Hospitalized Patients – Signs and Actions: a Retrospective Patient Record Review (Johansson et al., 2018)	2

VEDLEGG 2 – Resultattabell

	Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat og konklusjon
1	<p>Tittel: Delirium in older hospitalized patients – signs and actions: a patient retrospective patient record review</p> <p>Forfattere: Johansson, Yvonne A Bergh, Ingrid Kenne Sarenmalm, Elisabeth</p> <p>Årstall: 2018</p>	<p>Hensikt: Beskrive tegn på delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus og hvilke handlinger som er gjort av helsepersonell</p>	<p>Land studie er gjennomført: Et sykehus i Sverige</p> <p>Analysemetode: Deskriptivt studiedesign med kvalitativ tilnærming. Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler</p>	<p>Deltakere i studien: <i>Somatiske pasienter</i> 286 pasientjournaler < 65 år 78 pasientjournaler hvor pasienten var < 65 år og viste tegn på delirium.</p> <p>Kjønn: 48 kvinner (62 %) 30 menn (38 %)</p> <p>Alder: Mellom 65 – 99 år Gjennomsnittsalder total 82 år</p> <p>Liggedøgn: Mellom 1 – 35 dager Gjennomsnitt total 10,3 dager</p> <p>Spesialisert avdeling: 24 på kirurgisk avdeling (31 %) 54 på medisinsk avdeling (69 %)</p> <p>Bosted: 25 bodde alene (32 %) 24 bodde sammen med noen (31 %) 29 bodde på institusjon (37 %)</p> <p>Demensdiagnose: 19 hadde demensdiagnose (24 %) 6 hadde antatt demensdiagnose (8 %)</p> <p>Dødsfall: 9 under innleggelsen (11,5 %)</p>	<p>Pasienter med tegn på delirium: Dokumenterte tegn på delirium i eldre hospitaliserte pasienter, avslørte at pasienter hadde mange ulike tegn på delirium, med vanskeligheter for å forklare situasjonen deres, ivareta seg selv, tolke virkeligheten og håndtere følelsene sine. Sammen gjorde dette at pasientene hadde redusert evne til å delta i egen pleie og forbli fri for skade.</p> <p>Helsepersonells handlinger på tegnene Det var variasjon i hvordan helsepersonell håndterte tegn på delirium. Pleien var både tilpasset, mangelfull eller mer enn vanlig pleie. Pleien var ikke systematisk og konsekvent.</p> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et systematisk og holistisk perspektiv manglet i pleien. - Helsepersonell responderte dårlig på pasienters behov for pleie i henhold til tegnene de viste på delirium. - Flere av handlingene var mangelfull. - Tilpasset pleie var et godt eksempel ved handlinger utført av helsepersonell - Viktig å øke kunnskapen om delirium og om forebygging og håndtering. - Godkjente kartleggingsverktøy bør brukes ved ulike tegn på delirium - Begrepet «delirium» bør brukes for å understreke desorientering - Delirium må sees på som en uønsket hendelse i alle sykehus som kan forebygges

2	<p>Tittel: Don't go there – It's not a nice place: older adults' experiences of delirium</p> <p>Forfattere: Weir, E. O'Brien, A. J.</p> <p>Årstill: 2019</p>	<p>Hensikt: Finne ut hvordan eldre sin opplevelse av delirium var under et sykehusopphold.</p>	<p>Land studie er gjennomført: Sykehus i New Zealand</p> <p>Analysemetode: Kvalitativ deskriptiv metode med semistrukturerte individuelle intervju og påfølgende innholdsanalyse.</p>	<p>Deltakere i studien: 7 deltakere</p> <p>Kjønn: 3 kvinner 4 menn</p> <p>Alder: Mellom 55 – 89 år</p> <p>Etnisitet: Alle deltakere var europeisk.</p> <p>Karakteristikk og mulig årsak til delirium: Crazy Horse (76) – Har en partner og voksne barn. Pensjonert. Bruk av opioider mot cancersmerter Miriam (74) – Skilt med voksne barn. Pensjonert. Ukjent årsak til delirium. Gloria (86) – Enke med voksne barn. Bruk av opioider mot isjas. Ariel (55) – Skilt, fulltidsansatt, ett voksent barn. Lungebetennelse. Stanley (89) – Enkemann med voksne barn. Pensjonert. Ukjent årsak til delirium. Fred (80) – Enkemann, en voksen sønn. Pensjonert forsker. Ukjent årsak til delirium Clive (74) – Bor alene, ingen barn. Pensjonert. Kollaps med mulig hjerneslag.</p>	<p>Resultat: 1. Forvirring: Det å ikke vite hvor de var, ikke vite hva klokken var eller hva som skjedde i omgivelsene rundt dem. Deltakerne hadde problemer med konsentrasjon og evnen til å tenke, kommunisere og forstå andre. 2. Forstyrrelser i følelsen av autonomi: Det å miste kontrollen på hva som skjedde med dem, eller hendelser rundt dem. Denne mangelen på kontroll resulterte i frykt for å bli psykisk syk eller gal. 3. Forstyrrelser i persepsjon: Beskriver deltakernes opplevelse av det unormale, som f. eks å høre stemmer, se ting som var ute av kontekst, troen på at de var andre steder eller være involvert i en form for konspirasjon. 4. Emosjonell respons: Frykt var den mest vanlige følelsen som ble beskrevet av 5 av 7 deltakere. Noen følte seg fanget. Andre følelser var knyttet til sinne med påfølgende irritabilitet og frustrasjon.</p> <p>Konklusjon: Delirium er en vanlig tilstand hos eldre på sykehus. Denne studien viser at opplevelsen av delirium kan føre til varige negativ innvirkning på psykologisk og følelsesmessig velvære. Opplæring ift. oppdagelse og håndtering av delirium bør inkludere gjenkjenning av disse negative innvirkningene. Støttende tiltak fra sykepleiere kan bidra til å redusere dette.</p>
	<p>Tittel: Perspectives on the delirium experience and its burden: Common themes among older</p>	<p>Studien beskriver felles belastninger ved opplevelsen av delirium hos pasienten selv, deres pårørende og sykepleiere.</p>	<p>Land studie er gjennomført: Sykehus i Boston, Massachusetts, USA.</p> <p>Analysemetode:</p>	<p>Deltakere i studien: 49 18 pasienter – 10 kvinner og 8 menn Gjennomsnittsalder 79 år</p>	<p>Tema: <u>1. Symptombelastning:</u> Desorientering, hallusinasjoner/ vrangforestillinger, nedsatt kommunikasjon, hukommelsesproblem, personlighetsendringer og søvnmønstre.</p>

3	<p>patients, their family caregivers, and nurses</p> <p>Forfattere: Schmitt, E. M Gallagher, J. Albuquerque, A. Tabloski, P. Jung Lee, H. Gleason, L. Weiner, L. S. Marcantonio, E. R. Jones, R. N. Inouye, S. K. Schulman-Green, D.</p> <p>Årstall: 2019</p>	<p>Dette kan virke inn på utviklingen av verktøy brukt for å måle belastning og tiltak for å forbedre håndteringen av delirium og redusere belastningen.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju og bruk av interpretive description (ID) ble brukt til dataanalysen.</p>	<p>16 pårørende – 10 kvinner og 6 menn Gjennomsnittsalder 57 år Ektefelle: 4 Barn: 10 Annet: 2</p> <p>15 sykepleiere – Alle kvinner Gjennomsnittsalder 32 år. 12 har bachelor og 3 master. Gjennomsnittserfaring 7,3 år</p>	<p><u>2. Emosjonell belastning:</u> Følelser som ble rapportert av pasienter, pårørende og sykepleiere var sinne, frustrasjon, følelsesmessig ubehag, frykt, skyldfølelse og hjelpeløshet. Alle følelsene var negativ, men ulik i omfang.</p> <p><u>3. Situasjonsbestemt belastning:</u> Innebærer tap av kontroll, konsekvenser av tap av kontroll, mangel på støtte (som mangel på oppmerksomhet, kunnskap eller ressurser for å ivareta en delirisk pasient), bekymringer knyttet til sikkerhet, uforutsigbarhet knyttet til forløpet av deliriumet, følelsen av å være uforberedt.</p> <p>Konklusjon: Studien identifiserte vanlige belastninger hos pasienter med delirium, deres pårørende og sykepleiere. Verktøy og intervensjoner kan ofte være målrettet mot en av disse gruppene, men studien understreker at ingen opplever delirium alene. Delirium er en felles opplevelse og vil respondere best på tilnærminger på systemnivå for å redusere tilhørende belastning.</p>
	<p>Tittel: «It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent»: A qualitative study on hospital nurses' experiences of delirium guidelines.</p> <p>Forfattere: Emme, C.</p>	<p>Hensikten var å utforske sykepleiere på sykehus sine erfaringer med tilrettelegging og utfordringer knyttet til å følge anbefalinger til retningslinjene for delirium på sykehus, med fokus på identifisering og ikke-medikamentell forebygging og behandling.</p>	<p>Land studie er gjennomført: På et sykehus i Danmark</p> <p>Analysemetode: Kvalitativ studie med deskriptivt design. Det ble utført semistrukturerte fokusgruppeintervju og individuelle intervju.</p>	<p>Deltakere i studien: 23</p> <p>17 sykepleiere –16 kvinner Gjennomsnittsalder på 33 år 4 på geriatrisk avd. 3 på endokrinologisk avd. 6 på kardiologisk avd. 4 på kirurgisk avd. Lengde på ansettelse på avdelingen i gjennomsnitt – 2,9 år</p>	<p>Tema: <u>1. Faktorer relatert til innføring av retningslinjen:</u> Dette gikk på sykepleierens kunnskap om retningslinjen, opplevelsen av retningslinjens anvendelse og tilgjengelighet og konflikt med andre retningslinjer</p> <p><u>2. Faktorer relatert til den individuell sykepleier</u> Kunnskap om delirium, kvalifikasjoner, holdninger, følelser, meningsfullhet og ansvarsfølelse</p>

4	<p>Årstall: 202</p>		<p>Dataanalyse ble gjort med induktiv innholdsanalyse.</p>	<p>2 «nurse supervisor» – begge kvinner Gjennomsnittsalder på 34 år. 1 på geriatrisk avd. 1 på kardiologisk avd. Lengde på ansettelse på avdelingen i gjennomsnitt – 9,5 år</p> <p>4 «senior staff nurse» – 4 kvinner Gjennomsnittsalder på 48 år 1 på geriatrisk avd. 1 på endokrinologisk avd. Lengde på ansettelse på avdelingen i gjennomsnitt –13,5 år</p>	<p><u>3. Faktorer knyttet til samarbeid</u> Samarbeid med andre sykepleiere, tverrfaglig samarbeid, samarbeid mellom leger, samarbeid mellom avdelinger</p> <p><u>4. Faktorer knyttet til konteksten</u> Fokus og prioritet og ressurser og arbeidsforhold</p> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bredt spekter av barrierer knyttet til selve retningslinjen, den enkelte sykepleier, samarbeid og kontekst. - Mangel på identifisering av delirium og forebyggende handlinger var fremtredende trekk som hang sammen med mangel på kunnskap, mangel på meningsfullhet, mangel på prioritering, mangel på ressurser og arbeidsforhold. - Å forbedre identifiseringen, ikke- farmakologisk forebygging og behandling for pasienter med delirium krever bestemte og fokusert innsats fra alle parter, både klinikere, ledere og politikere. - Det er en kompleksitet i ivaretagelse av pasienter med delirium, noe som krever et høyt nivå av kunnskap kommunikasjonsferdigheter, personlige ferdigheter, samarbeid, både tverrfaglig og innad sykepleieteam. Dette må støttes for å kunne opprettholde best mulig pleie
5	<p>Tittel: A qualitative exploration of the views of patients and their relatives regarding interventions to minimize the distress related to postoperative delirium</p> <p>Forfattere: Meilak, C. Biswell, E.</p>	<p>Hensikt: Forskerne ønsket med denne studien å beskrive opplevelsen av postoperativt delirium hos pasienter og deres pårørendes, og deres synspunkt ift. tiltak som kan minimere plager knyttet til dette.</p>	<p>Land studie er gjennomført: På et sykehus fra i London</p> <p>Analysemetode: Kvalitativt design med bruk av tematisk analyse av semistrukturerte intervju.</p>	<p>Deltakere i studien: 23</p> <p>Pasienter: 11 4 kvinner og 7 menn 66- 81 år Tid siden delirium: 3 uker -28 mnd.</p> <p>Slektninger: 12 6 kvinner og 6 menn 47 – 74 år</p>	<p>Resultat:</p> <p><u>Tidligere kunnskap om delirium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - lite kunnskap fra før - skapte frustrasjon, forvirring og bekymring - bedre forkunnskap hadde hjulpet dem <p><u>Innvirkning av delirium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - negative minner fra opplevelsen - frykt for permanent kognitiv endring - noen pasienter hadde positive/nøytrale opplevelser med delirium <p><u>Egne årsakssammenhenger:</u></p>

	<p>Willis, R. Partridge, J. Dhesi, J.</p> <p>Årstall: 2019</p>			<p>Tid siden delirium: Nå- 28 mnd</p>	<p>- ved fravær av informasjon <u>Kommunikasjon:</u> -økt informasjon <u>Timing for informasjon:</u> - <i>før operasjon:</i> ønsket å vite om delirium før samtykket til operasjon, særlig de i risiko. Kunne vært avgjørende i beslutningsprosessen. - <i>under episoden med delirium:</i> kommunikasjon burde rettes mot pårørende - <i>oppfølging:</i> mange ønsket mer informasjon, og diskutere evt. Problemer eller endringer <u>Utlevering av intervensjon:</u> - ble gitt person- til- person og var mest brukt - skriftlig informasjon kunne også være nyttig - kunne være nyttig å lese om andres opplevelser <u>Miljømessige hensyn:</u> - deltakere fant miljøet utilpasset - mangel på skilt, merker og fargen på lyset - nærvær av kjente fjes ble husket som noe positivt. <u>Foreslåtte endringer for forbedring:</u> - bedre opplæring av ansatte relatert til delirium - økt bevissthet i samfunnet</p> <p>Konklusjon: - Pasienter og deres slektninger finner delirium stressende</p> <p>- De forteller om behov for tiltak som kan minimere dette stresset.</p> <p>- Informasjonen fra studien legger grunnlaget for en pilot- intervensjon. Finjustering og evaluering av denne intervensjonen bør inngå i neste trinn.</p>
	<p>Tittel: Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant eldre med brudd</p> <p>Forfattere: Vassbø, T. K. Eilertsen, G.</p>	<p>Hensikt: Undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium i ulike faser i et sykehusopphold hos eldre som innlegges for ortopedisk kirurgi</p>	<p>Land studie er gjennomført: 2 sykehus i Norge</p> <p>Analysemetode: Kvalitativt deskriptivt design med fokusgruppeintervju. Studien bygger på en reanalyse fra Vassbø & Eilertsen (2011).</p>	<p>Deltakere i studien: 15 sykepleiere</p> <p>Alder: ----- ikke oppgitt</p> <p>Kjønn: Begge kjønn, fordeling ikke oppgitt</p> <p>Etnisitet: Ulik europeisk bakgrunn, fordeling ikke oppgitt</p>	<p>Resultat: <u>Innkomstfasen</u> - forventende holdning til utvikling av delirium. - mange tenkte at dette var noe som oppstod under oppholdet, ikke ved innkomst. - tenkte ikke på delirium før de så tegn på det. - viktig å kartlegge eldres risiko ved innkomst, med det fantes ingen rutiner for identifisering eller rapportering. - mange hadde liten kunnskap om pasientens vanlige tilstand var før innleggelse og det var ingen rutine for innhenting av supplerende informasjon. -sykepleiere opplevde at akutt innlagte pasienter hadde oftere delirium enn de elektive pasientene. - særlig vanskelig å oppdage delirium ved demens.</p>

6					<p><u>Preoperativ fase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - flere var oppmerksom på utvikling av delirium i denne fasen. - ofte uforutsigbarhet og ventetid mtp. operasjon. - vanskelig å følge opp pasients behov for væske og ernæring. - sykepleiere ønsket bedre samarbeid ift. planlegging av operasjon. <p><u>Postoperativ fase</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ga større muligheter for selvstendig fagutøvelse. - var mye oppmerksomhet knyttet til sengeleiets komplikasjoner og det var stort fokus på mobilisering og god hygiene for å hindre trykksår og infeksjoner. - tilrettelegger for god søvn, normal kroppstemperatur, ernæring, trygghet, smertelindring og blodprøver. - oppmerksomheten var mest rettet mot hyperaktivt delirium. Flere gjenkjente tilstanden til det hypoaktive delirium, men oppfattet det ikke som et delirium. <p><u>Utskrivningsfasen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - manglet konkrete prosedyrer etter oppstått delirium ved utreise. - Pasienter dro ofte på kort varsel og en fikk ikke planlagt utreise nøye. - Samtaler ved utreise ble hovedsakelig gjort av erfarne sykepleiere, da de mente det var viktig at pasienten fikk snakke om skremmende opplevelser knyttet til delirium. - Det var godt for pasientene å få bekreftelse på hva som hadde skjedd og hvordan det kunne forstås. <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det synes å være behov for kompetanseheving - Behov for utvikling og implementering av rutiner og evidensbaserte prosedyrer. Nødvendig i alle faser ved et pasientforløp for å møte behovet for trygghet samt begrense komplikasjoner ifm. kirurgiske inngrep. - Sykepleiere på ortopedisk avd. har et særlig ansvar ovenfor forebygging og deltakelse i behandlingen av delirium. - Det kan synes å være avgjørende med tydelig prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte gamle for å redusere faren for å utvikle delirium ifm. ortopedisk kirurgi.
	<p>Tittel: Nurses` experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department.</p> <p>Forfattere: Kristiansen, S. Konradsen, H. Beck, M.</p>	<p>Hensikt: Undersøke sykepleieres opplevelser av omsorg for eldre pasienter (over 65 år) som er påvirket av delirium på en neurologisk avdeling.</p>	<p>Land studie er gjennomført: På et sykehus i Danmark</p> <p>Analysemetode: Kvalitativt utforskende design, med fokusgruppe-intervju og påfølgende tematisk analyse</p>	<p>Deltakere i studien: 14 sykepleiere</p> <p>Alder: Mellom 24 – 64 år Gjennomsnittsalder var 38 år.</p> <p>Kjønn: Kun kvinner</p>	<p>Resultat: <u>Relasjonen med pasienten er utfordrende.</u> - avgjørende for pleien hvordan de blir møtt</p> <p><u>Sykepleierne etterspurte hjelp på flere områder</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - behov for mer kunnskap - mange pasienter hadde nok hatt delirium uten at det ble oppdaget. - usikkerhet knyttet til hvilke symptomer som skulle tolkes som delirium og hvilke var som en følge av årsaken til innleggelsen. - de ønsket generell undervisning om delirium

7					<ul style="list-style-type: none"> - de manglet verktøy som kunne forbedre pleien for, samt kommunikasjonen med disse pasientene. - den skriftlige dokumenteringen i journalen var ustrukturert og utilstrekkelig (kvalitet avhengig av arbeidsmengde). - enighet om at sykepleiere manglet grunnleggende, spesialisert og oppdatert kunnskap om delirium -kunnskap som var tilgjengelig ble lite brukt <p><u>Utfordringer knyttet til samarbeid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pasienter trengte skjerming, rolige omgivelser, nøye observasjon og pleie. - enighet om at ledelsen støttet dem bra i den kliniske hverdagen, men spl. følte ikke det var synlig ledelse i relasjon til fokus og undervisning/opplæring på delirium. <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en omsorgsfull tilnærming var essensielt. - Pedagogiske ferdigheter hjalp ikke de spesifikke behovene pasientene med delirium hadde. - Pleien ble delegert til andre, ofte vikarer, pga. et høyt tempo på avdelingen. Reduserte kommunikasjonen og observasjonen fra spl. - Sykepleier hadde mangel på kunnskap om pasientens vanlige tilstand og livshistorie. - Tilgjengelig oppdatert kunnskap ble ikke brukt av sykepleiere. Kunne skyldes mangel på rutine på avd. - Usikkerhet og mangel på tillit hos enkelte sykepleiere ga manglende dialog mellom dem. - Dette rammet samarbeidet og partnerskapet mellom pasientene og sykepleiere. - Studien identifiserer at pleien av pasienter med delirium er i kjernen av sykepleie. - Dette bidrar til hvordan annet helsepersonell (eks. leger) dokumenterer sin tilnærming og behandling av denne gruppen. - Optimalisert fokus på dokumentasjon av ikke-farmakologiske sykepleietiltak kunne gi bedre dialog og samarbeid mellom tverrfaglige profesjoner.
8	<p>Tittel: A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium</p> <p>Forfattere: Mc Donnell, S. Timmins, F.</p>	<p>Hensikt: Å undersøke den subjektive belastningen som oppleves av sykepleiere ved ivaretagelsen av pasienter med akutt delirium.</p>	<p>Land studie er gjennomført: Sykehus i Irland</p> <p>Analysemetode: Kvantitativ beskrivende og retrospektivt design.</p>	<p>Deltakere i studien: 171 sykepleiere.</p> <p>Alder: 14 respondenter 20 – 29 år (7,7 %) 58 respondenter 30- 39 år (32 %) 64 respondenter 40 - 49 år (35,4 %) 45 respondenter 50 – 60 år (24,9 %)</p> <p>Kjønn: 178 kvinner (98, 3 %) 3 menn (1,7 %)</p>	<p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere opplever det som belastende når de tilbringer mye tid i direkte og langvarig kontakt med pasienter med delirium. - Utfordrende atferd kan potensielt virke negativt inn på pasientbehandlingen. Opplæring og økt kompetanse er nødvendig dersom belastningen hos sykepleiere skal reduseres.

	<p>Årstall: 2012</p>				
9	<p>Tittel: Delirium: The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery.</p> <p>Forfattere: Pollard, C. Fitzgerald, M. Ford, K.</p> <p>Årstall: 2015</p>	<p>Hensikt: Å utforske og belyse den levde opplevelsen av delirium</p>	<p>Land studie er gjennomført: Sykehus i Australia. Ortopedisk avd.</p> <p>Analysemetode: Kvalitativ deskriptiv tilnærming</p>	<p>Deltakere i studien: 11 pasienter.</p> <p>Alder: Mellom 54 - 87</p> <p>Kjønn: 3 kvinner 8 menn</p>	<p>Resultat:</p> <p><u>Livet med delirium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - levende minner med intens lidelse - stor mistillit og mistenksomhet blant andre - maktesløshet: ikke klare å rømme, bli oversett, bli avvist av ansatte og andre - noen ganger kunne familie nå gjennom - kunne ikke gjøre det pas. følte var nødvendig ga frustrasjon og maktesløshet - ensom opplevelse - redusert evne til å kommunisere - stress som følge av hallusinasjoner - verden rundt var et skremmende sted - fratatt trygghet, tillit, kontroll og egenverdi - kun trygg når familie var i nærheten <p><u>Livet etter delirium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - skyld, skam og en følelse av å bli «gal» - ønsket holde fast ved den personen de egentlig var. - skam til tross for at de visste de hadde hatt delirium - spørsmål rettet mot forsker tydet på mangelfull informasjon - noen unngikk legehjelp for å unngå sykehus - fryktet for at de ikke ville glemme opplevelsene - deltakere ønsket ikke å oppleve delirium igjen - deltakere kom styrket ut av den fæle opplevelsen <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En person med delirium lider veldig - Sykepleiere har en sentral rolle i å gi person-sentrert omsorg, å forstå lidelsen deres, å identifisere symptomer, særlig hallusinasjoner og vrangforestillinger og å implementere pleieintervensjoner for å redusere lidelsen.