



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 2

Antall ord: 8996

DELIRIUM

”Hvordan utøve god omsorg til eldre pasienter som er i delirium?”

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE 2012



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

KULL 2009

Sammendrag

Delirium er en av de mest alvorlige og utbredte kognitive sykdommene blant eldre sykehus pasienter, i tillegg til at det er et stort og kostbart problem i dagens helsevesen. Delirium er veldig vanlig blant syke gamle og forekomsten øker ved høy alder og graden av hvor skrøpelig en er. Pasienter som gjennomgår delirium har høyere forekomst av dødelighet og risiko for å komme på sykehjem. Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan en kan utøve god omsorg til eldre pasienter som er i delirium. Noe av det viktigste sykepleieren kan bidra med i behandlingen av delirium er å skape trygghet og en mest mulig behagelig tilværelse. Oppgaven er gjennomført som en litteratur studie hvor jeg går videre innpå på hvordan en kan utøve god omsorg til eldre pasienter på en praktisk, rasjonell og moralsk måte. Hvordan det oppleves for pasienten å være i delirium, viktigheten av: pårørende, kommunikasjon, organisatoriske forhold, praktiske miljø rettede tiltak og kunnskaper blant helsepersonell er emner som blir drøftet. I og med at svært mange eldre mennesker rammes av delirium vil det bli en utfordring for sykepleiere i årene fremover, noe som øker viktigheten av å ha mer fokus på omsorgsutøvelsen for disse sårbare pasientene.

Abstract

Delirium is one of the most serious and widespread cognitive diseases among elderly patients in the hospital. It is also a big and costly problem in today's healthcare system. Delirium is most common among the elderly with health problems and its occurrence increases depending on age and how fragile the patients are. Patients with delirium have a greater probability to end up in a nursing home or, in worst case scenario, a higher risk of death.

The purpose of this assignment is to illustrate how nurses can perform proper care to elderly patients in delirium. One of the most important contributions a nurse can provide in the treatment of delirium is to create a safe environment and a comfortable atmosphere. The assignment is implemented as a literature study in which I go further into how to perform proper care to elderly patients in a practical, rational and moral way. How it feels to the patient to be in delirium, the importance of: family, communication, organizational and practical measures and knowledge among health professionals are topics that are discussed. Since many elderly suffers from delirium, there will be a challenge for nurses in the years ahead. This increases the importance of having more focus on the exercise of care for these vulnerable patients

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing og presisering.....	2
1.4 Oppgavens disposisjon	2
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	3
2.1 Delirium	3
2.1.1 Forløp og prognose.....	4
2.1.2 Forebygging av delirium	4
2.1.3 Behandling av delirium	5
2.2 Sykepleiefaglig perspektiv	6
2.2.1 Omsorg	6
2.3 Eldre pasienter	8
3.0 METODE.....	10
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie	11
3.3 Søk og valg av litteratur	11
3.4 Kildekritikk	11
3.5 Etske overveielser	12
3.6 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur	12
4.0 DRØFTING OG PRESENTASJON AV FUNN.....	17
4.1 Omsorg	17
4.1.1 Opplevelsen av å være i delirium	17
4.1.2 Pårørende.....	19
4.1.3 Kommunikasjon	20
4.1.4 Praktiske miljørettede tiltak.....	22
4.1.5 Kunnskap og tid.....	22
5.0 AVSLUTNING.....	26
LITTERATURLISTE.....	I

1.0 INNLEDNING

Svært mange eldre mennesker rammes av delirium. 14-24 prosent av pasientene som legges inn i sykehus har delirium. Opptil 50 prosent av alle eldre utvikler delirium etter operasjon, og blant eldre som er innlagt i intensivavdelinger utvikler 70-87 prosent av pasientene delirium. Forekomsten av delirium i befolkningen er generelt lav, men forekomsten er raskt stigende til eldre en blir. 14 prosent av alle mennesker over 85 år lider av delirium og dødeligheten blant innlagte pasienter som er i delirium på sykehus er 22-76 prosent (Inouye, 2006).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt

Jeg har valgt å skrive om temaet delirium. ”Delirium er et transitorisk global hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våken rytme” (Engedal, 2006, s. 253).

Delirium blir ofte ikke gjenkjent av pasientens sykepleiere eller leger, noe av grunnen til dette er det vekslende forløpet, at delirium blir oversett som demens og at diagnosen undervurderes til ikke å være så viktig. Det er nødvendig med endringer for å redusere forekomsten av delirium på et nasjonalt nivå noe som vil kreve endringer i lokale og nasjonale retningslinjer samt omfattende endringer for å kunne utøve høy kvalitet på omsorgen til eldre mennesker (Inouye, 2006).

Etter og hatt min medisinske praksis i en geriatrik avdeling på sykehus ble jeg interessert i en tilstand kalt delirium. I løpet av praksis perioden var det mange pasienter som av ulike årsaker var i delirium eller kom inn på avdelingen i delirium. Det var interessant å se hvor kognitivt vekslende pasientene var i det ene øyeblikket og totalt forandret i det neste. Jeg har valgt temaet delirium og omsorg fordi jeg synes det er spennende, i tillegg til at det er en utfordring å utøve god omsorg til denne pasient gruppen. Av egne erfaringer kan det være vanskelig å forholde seg til disse pasientene, grunnet manglende kunnskap og at det er lite forskning på omsorg og pleie til eldre pasienter i delirium. Hensikten med oppgaven blir å belyse sykepleierens sentrale rolle i det å utøve god omsorg til eldre pasienter som er delirium.

Et eksempel på delirium: *En 90 år gammel pasient med lettere hukommelses svikt, ikke på vist demens, han hadde hjertesvikt og nyresvikt samt betydelig nedsatt syn og hørsel. Han ble i løpet av et par dager helt forandret, var tilbaketrukket og sov mer enn vanlig. En av sykepleierne så at han tok etter noe i luften. Han ønsket heller ikke hjelp til stellet, og var svært irritabel når noen ønsket å hjelpe han. Senere på kvelden da sønnen kom på besøk kjente pasienten han ikke igjen (Ranhoff, 2010).*

Ved å ha kunnskaper om delirium vil jeg kunne være med på å få til en god sykepleie for pasienter som er i delirium.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Utfra valgt tema delirium blir problemstilling som følger:

Hvordan utøve god omsorg til eldre pasienter som er i delirium?

1.3 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven legger jeg hovedfokus på eldre sykehuspasienter fra 65 år og eldre som allerede er i en deliriums tilstand, dette for at det vanligvis er eldre som får delirium og forskningen omhandler for det meste eldre og ikke yngre med delirium. Kommer ikke til å omtale delirium tremens som anses som et spesial tilfelle. Med sykehuspasienter menes inneliggende pasienter og ikke polikliniske pasienter. Oppgaven tar ikke utgangspunkt i noe bestemt diagnose hos pasientene som er i delirium. Deliriums tilstanden blir vektlagt generelt uavhengig av diagnose og sykehusavdeling. Videre vil medikamentell behandling ikke bli vektlagt i denne oppgaven.

1.4 Oppgavens disposisjon

Etter innledning følger teoretisk perspektiv hvor faglitteraturen skal belyse emnene innen problemstillingen. I det sykepleiefaglige perspektivet vil jeg ta med en del teoretiske synspunkter fra Kari Martinsens omsorgsteori. Neste steg blir metode delen hvor jeg kort presiserer litteratur studie som metode og hva og hvordan jeg har gått frem for å finne litteraturen samt kildekritikk og etiske hensyn. I drøftningsdelen vil jeg drøfte problemstillingen utfra funn i forsknings/fag artikler og faglitteraturen. Oppgaven oppsummeres til slutt i en avslutningsdel.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Delirium

Delirium beskrives som en forstyrrelse eller oppløsning av høyere cerebrale funksjoner. Dette gir en svikt i konsentrasjon og oppmerksomhet, i de mest alvorlige tilfellene også bevissthetsforstyrrelser. Desorientering for tid, sted, situasjon og egne data er fremtredende, og innprentningsevne og kortidshukommelse er også redusert (Ranhoff, 2003).

Årsakene til delirium er ofte ukjente og sammensatte. Utviklingen av delirium skyldes en avansert interaksjon mellom predisponerende faktorer, slik som kognitiv svikt, kroniske sykdommer, multifarmasi og utløsende faktorer. Predisponerende faktorer vil si faktorer som øker risikoen for å utvikle delirium, og som er til stede før innleggelse i sykehus. Deliriums tilstanden kan oppstå når som helst og hva tid som helst i behandlingsforløpet til pasienten, mest vanlig er etter kirurgi og i overvåkings- eller intensivavdelinger under behandling av kritisk sykdom (Stubberud, 2010).

Delirium er en av de mest alvorlige og utbredte kognitive sykdommer blant eldre sykehus pasienter i tillegg er det et stort og kostbart problem i dagens helsevesen (McCurren & Cronin, 2003).

Mange pasienter er rastløse og vandrende og søvnforstyrrelser ses ofte. De har vanskeligheter med å sove, og de deliriose symptomene blir ofte verre om natten. Det er vanlig at døgnet snus og en er urolig om natten og da sover på dagen. Psykiatriske symptomer som hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger kan også medføre agitert atferd (Ranhoff, 2003).

En skiller mellom hyperaktivt delirium og hypoaktivt delirium. Enklest å gjenkjenne er hyperaktivt delirium, hvor pasienten er psykomotorisk urolig, ofte vandrende, drar ut venekanyler og katetre og kan ha paranoide hallusinasjoner. Denne pasient gruppen skaper mye uro på sykehuset samt at de forstyrrer andre pasienter og står i fare for å skade seg selv og andre. Mer vanlig er den andre tilstanden kalt hypoaktivt delirium, men denne tilstanden blir ofte ikke erkjent. Pasientene krever ingenting og ligger pent i sengen og skaper ikke noe bryderi i avdelingen. En er svekket i oppmerksomhet og bevissthet og den psykomotoriske aktiviteten er nedsatt. Omtrent halvparten av pasientene med delirium veksler mellom hyperaktivt og hypoaktivt også kalt blandet delirium. I prinsippet kan alle rammes av delirium

om påvirkningen er stor nok. Forekomsten øker ved høy alder og graden av hvor skrøpelig en er. Delirium er veldig vanlig hos syke gamle (Ranhoff, 2008).

2.1.1 Forløp og prognose

Delirium oppstår brått (timer-dager), og varigheten er som regel meget kort, noen ganger bare timer eller dager. Andre ganger kan delirium vedvare over uker og måneder. Tilstanden er vekslende ofte fra dag til dag eller fra time til time og en kan ha klare øyeblikk innimellom. Denne fluktuasjonen er typisk for delirium (Engedal, 2006).

Pasienter som gjennomgår delirium har høyere forekomst av dødelighet, risikoen øker for å komme på sykehjem og en høyere risiko for å utvikle demens sammenlignet med pasienter med akutte sykdommer som ikke er i delirium. Ofte blir delirium ikke diagnostisert noe dette kan skyldes er for dårlig kunnskap hos personalet, dårlig oppmerksomhet i forhold til symptomer. Det bør foreligge rutiner for vurdering av symptomer på delirium alle steder der en forventer at forekomsten er høy. Dette kan være helseinstitusjoner som ofte behandler akutt syke gamle og helseinstitusjoner der demens er av høy forekomst. Confusion Assessment Method forkortet CAM er det mest vanlig brukte hjelpemiddelet internasjonalt. Det er en sjekk liste til personalet som bidrar til økt oppmerksomhet om hva som er symptomer på delirium (Wyller, 2011).

2.1.2 Forebygging av delirium

I avdelinger med mange akutt syke gamle, i ortopediske enheter da spesielt i enheter for eldre med brudd har pasientene høy risiko for å utvikle delirium. Det bør her gjennomføres generelle forebyggende tiltak. Noen pleiemessige faktorer er uheldige og disponerer for utvikling av delirium. Dette gjelder særlig bruk av permanent blærekateter og tvangstiltak. Stresset som pasienter i sykehus kan oppleve representerer en fare, skifte av personell til stadighet og liten personkontakt og dårlig informasjon, at en må ligge på korridor, støy fra andre pasienter og dårlige rutiner der pasientens integritet og behov for ro ikke tas hensyn til (Ranhoff, 2008).

For å begrense og forebygge delirium er det viktig at en har kompetanse og gjør de riktige tingene, men det er minst like viktig at en gjør de på en omsorgsfull måte dette for å forhindre at pasienten opplever stress og utrygghet. En bør gi pasienter som har opplevd delirium, anledning til å fortelle om hendelsen. En bør da gi informasjon og støtte til mestring (Ranhoff, 2008).

2.1.3 Behandling av delirium

En kan ikke dokumentere at noen form for behandling i seg selv finnes mot delirium. Behandlingen består i å behandle og fjerne utløsende årsak, korrigere det som er i ubalanse, optimalisere den medisinske behandlingen generelt og utøve god omsorg og pleie i et trygt og godt miljø. Sykepleier skal bidra til å optimalisere pleien og behandlingen av pasienten. Dette innebærer å skape trygghet, gi god informasjon og unngå tvangstiltak. Hjelp pasient til å få dekke grunnleggende behov og sørg for godt leie og god smertelindring. Reduser antall pleiere rundt pasienten og legg samtidig til rette for at pårørende kan være mye til stede. Noe av det viktigste sykepleieren kan bidra med i behandlingen er å skape trygghet og en mest mulig behagelig tilværelsen (Ranhoff, 2008).

Tett oppfølging, velkjente personer som familie og minst mulig stress er viktig i behandlingen. I sykehus bør en oppfordre pårørende å være tilstede om det kan ha en beroligende effekt på pasienten. Pasient bør skjermes mot sanseintrykk og en bør unngå at pasienter med delirium ligger på korridorer. De bør observeres hyppig og kontinuerlig, noe som kan være vanskelig med lav bemanning (Ranhoff, 2008).

Får pasienten bekreftet delirium er målet å hjelpe pasienten til å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen, dette kan gjøres ved å skape et best mulig terapeutisk miljø. Behandlingen innebærer ytre tiltak som letter pasientens orienteringsevne, en bedring av søvnen og redusering av angst og frykt. Pasientene trenger ro og bør derfor skjermes mot støy og mange sanseintrykk. Målet er å styrke pasientens tilpasningsevne og formidle til pasienten at en forstår hans/hennes følelser og utsagn. Det er viktig og reorientere å unngå å utsette en for uforutsigbarhet (Stubberud, 2010).

Det anbefales at pasienten får mest mulig kjente stimuli å forholde seg til. Er pasienten aggressiv noe som kan kjennetegnes ved at en er redd og utrygg da anbefales det at pasienten får avstand og rom rundt seg samt at en formidler at en ikke ønsker å skade han/henne. Å holde fast eller binde pasienten vil forverre tilstanden. Når pasienten ikke skal sove anbefales det at pasienten mobiliseres og tilbringer minst mulig tid i senga. Nedsatte sensoriske sanser som redusert syn/hørsel kan gjøre det vanskelig å behandle pasienten. En må sørge for at pasienten har sine briller og høreapparat for best mulig orientering og kommunikasjon. Pasientens følelser, hallusinasjoner og angst må tas på alvor og ikke bortforklares. En bør realitets orientere pasienten og forklare hvorfor en har disse opplevelsene. Kontinuitet i

behandlingen og faste daglige rutiner bidrar til tydelighet og dermed trygghet for pasienten (Stubberud, 2010).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv

2.2.1 Omsorg

Ifølge sykepleieteoretiker Martinsen ses omsorg på som det fundamentale innen sykepleie og verdigrunnlaget i sykepleie er omsorg. Omsorg er et ord som gjenkjennes fra dagliglivet vårt. Ord som "bekymre seg for", "ta hensyn til", "vise omtanke for", "hjelp" og "ta hånd om" er eksempler på ord som alle uttrykker ulike sider ved begrepet omsorg. Disse få ordene her viser at omsorgsbegrepet er svært sentralt begrep i sykepleien (Martinsen, 2003).

Kjernen i sykepleiegjeringen er å utføre omsorgsfulle og kyndige handlinger over for den som trenger hjelp. En må handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte. Dette stiller krav til å bygge opp tillit, være forståelsesfull og tålmodig i de situasjoner der en kanskje tenker at en ikke føler trang til å være spesielt omsorgsfull eller omtenksum (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Omsorgsbegrepet deler Martinsen inn i tre aspekter, det praktiske, det rasjonelle og det moralske. Det praktiske aspektet går ut på at en handler for å vise omsorgen. Dette vil si konkrete, situasjonsbetingede handlinger som utføres utfra en forståelse av hva som er til den andres beste. Eksempler kan være å bruke gjenstander som pasienten kjenner som en kopp og en vaskeklut. I omsorgsutøvelse er den praktiske handlingen sentral. Den relasjonelle siden vektlegger at mennesker er avhengige av hverandre og at da omsorgen innebærer to parter. Den menneskeligavhengighet blir fremtredende når en rammes av sykdom, skade og funksjonssvikt. Det moralske aspektet er knyttet til ansvaret for de svake, dette innebærer at den ene parten er moralsk forpliktet ut fra situasjonen til å gi mer enn en kan få tilbake. Her vektlegges kvaliteten i relasjonen (Martinsen, 2003).

Omsorg innebærer at en har evne til å leve seg inn i pasienters situasjon og at omsorgsgiver kjenner pasienten til en viss grad slik at en kan kommunisere for å få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin egen situasjon. Den som yter omsorg må også være villig til å handle og agere ut fra de behovene pasientene presenterer (Slettebø, 2002).

Omsorg er en sosial relasjon, med dette menes at det har med felleskap og solidaritet med andre. Omsorg har med forståelse for andre, en forståelse som en tilegner seg gjennom å gjøre ting sammen med andre eller for dem. En utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner en

har erfaringer fra en da kan forstå. Denne måten gjør at en kan forstå andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Om omsorgen skal være ekte, må en forholde seg til den andre ut fra en holdning som da anerkjenner den andre ut fra hans/hennes situasjon. Det ligger her en gjensidighet som er utviklet gjennom samhandling i den praktiske arbeidssituasjon (Martinsen, 2003).

Omsorgsarbeid i yrkessammenheng er det som utgjør grunnlaget for forståelse av sykepleie. En kan definere omsorgsarbeid som "ulike virksomheter som har som oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem som skal sørges for. Omsorg er en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte hvor den fundamentale verdien er ansvar for den svake. Grunnholdningen til Martinsen er at omsorg i sykepleie er preget av engasjement, moralsk og faglig vurdering samt innlevelse. I tillegg må yrkesmessig omsorg kjennetegnes ved at en handler aktivt til det beste for andre. Omsorg er måten sykepleieren møter pasienten på og handler deretter (Martinsen, 2003).

Sykepleiens omsorg baseres også på en forståelse av andre sin situasjon da med vekt på empati. En forutsetning er at sykepleieren skaffer seg informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon og hva det betyr for han/henne, og hvorfor den er oppstått. Omsorgen kan først da ytes på pasientens premisser (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Etikken har med handlings valget å gjøre, hva skal en bestemme seg for når en har flere mulige handlings måter. Etikken forstås vanlig som en systematisk refleksjon over moralsk atferd. Moralen vil si våre oppfatninger av hva som er riktig og galt i forbindelse med konkrete handlinger. Hva som er riktig og galt innen sykepleie er knyttet til fagets verdier. Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere utgjør kvalitetskrav, standarder for sykepleie som det er enighet om i profesjonen. De bør tjene som en veiledning for hva sykepleier bør gjøre i konkrete situasjoner og er av midlertidig karakter (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Begrepet omsorg gjenkjennes fra dagliglivet og blir forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg omhandler nestekjærlighet å handle mot andre som en handler mot seg selv. En må bryte egosentrisiteten, at en går utover seg selv. Omsorg er et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn. Det grunnleggende er at en er avhengig av hverandre. Med dette menes ikke at avhengighet står i motsetning til selvhjulpenhet, men at avhengigheten inngår på forskjellige måter i alle menneskelige forhold (Martinsen, 2003).

Omsorg er det mest naturlige og fundamentale ved menneskets eksistens. Forholdet mellom mennesker er det vesentlige innen omsorg og omsorg blir da en sosial relasjon. Omsorg vil alltid forutsette andre. Omsorg vil si at en tar hensyn til andre for sin egen skyld. Å ta hensyn til andre har med felles medmenneskelig eksistens å gjøre, og hvordan kan en da være med eller sørge for andre. Dette har med forståelse å gjøre og hvordan kan en forstå andres situasjon. For at vi skal kunne forstå hverandre må det være noe som binder en sammen til et slags fellesskap, for eksempel feller regler, normer, behov eller virksomheter. En må dele en dagligverden hvor en har noe felles (Martinsen, 2003).

Sykepleiernes moral og etikk kommer til uttrykk via væremåte og kroppsspråk likeså godt som gjennom det en sier og gjør (Brinchmann, 2008).

2.3 Eldre pasienter

''Den gamle pasienten er et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet'' (Ranhoff, 2008, s. 75). Ifølge WHO (2010) er det eldre mennesket fra 60 til 100 år.

Biologisk aldring vil si at menneskekroppen eldes gjennom hele voksenlivet. Dette er et fenomen som er felles for alle levende organismer, og som er en innebygd egenskap i kroppens celler. Aldringen påvirker alle organer: hud, skjelett og muskler, lungene, hjernen osv. Reservekapasiteten blir dårligere, og kroppens reguleringsmekanismer, som blodtrykks og temperaturregulering blir også dårligere. Sansene som syn, hørsel, lukt, smak osv svekkes også når en blir eldre. Psykologisk aldring menes endringer i evnen til å lære og til å løse problemer, endringer i intelligens og i hukommelsen (Romøren, 2008).

Aldringsprosessen påvirker kommunikasjonsevnen. Selv om intellektet og evnen til å lære å forstå og løse problemer fortsatt er bra, går gjerne både mentale og fysiske prosesser langsommere enn tidligere. Dette fører til at sykepleiers interesse, innlevelsessevne og vilje til å lytte aktivt viktig for kontakten. Å vise respekt er viktig fordi gamle mennesker er sårbare. Særlig sårbare er mennesker med kognitive svekkelser samt syn og hørsel dette er med på å stille høyere krav til sykepleierens evne til empati og vilje til å komme den gamle aktivt i møte på hans/ hennes egne premisser. Viktigheten av dette er for å ivareta hensynet til den eldres helse, verdighet og livskvalitet (Eide & Eide, 2007).

Hvis ikke møtene mellom pleierne og den gamle understøtter den gamles verdighet og integritet, er det lite hjelp om pleien teknisk er upåklagelig. Hjelpen kan da bidra til overgrep og krenkelse (Andersson sitert i Kirkevold, 2008 s. 28).

3.0 METODE

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2007, s.81) definerer metode slik: ” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985:196)”.

Metoden sier noe om hvordan en bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Grunnen til at en velger en bestemt metode er at en har en formening om at den vil kunne gi gode data og belyse spørsmålet en ønsker svar på på en faglig interessant måte. Det er selve metoden som er redskapet en bruker i møte det en skal undersøke. Ved hjelp av metoden kan en samle inn data da med tanke på den informasjonen en trenger til det en undersøker (Dalland, 2007).

Alle problemer som er forskbare kan belyses fra to synsvinkler. Fordelene og ulempene med de to synsvinklene må veies mot hva forskeren ønsker å vite. Kvalitative og kvantitative tilnæringsperspektiver innen forskning representerer hvert sitt kunnskapsperspektiv. Avgjørende for metode valget er hva en ønsker å finne svar på (Olsson og Sørensen, 2003). Kvalitativ forskning henviser til det unike i situasjoner og hendelser. Forskningen bygger på individuell tolkning av resultatene. Mens den kvantitative forskningen viser til generelle forskjeller og sammenhenger hvor statistisk analyse er en grunnpilar (Olsson og Sørensen, 2003).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en forskningsmetode der hovedmateriale for undersøkelsen er forskning som er publisert tidligere. Det handler om å legge dette til grunn som hovedmateriale for eget forskningsarbeid. Litteraturstudium innebærer og systematisk å gå gjennom de publikasjoner som finnes på området, og utifra dette komme frem til konklusjoner som synes å være gyldige (Befring, 2007).

Ifølge Oxman, Cook og Guyett sitert i Forsberg & Wengström (2008) innebærer Litteraturstudie å søke systematisk, kritisk granske og sammenligne litteraturen for valgt emne eller problemområde. Litteraturstudie har som mål å oppnå en syntese av data fra tidligere empiriske studier som er gjennomført. Litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innenfor valgt området/tema og ha som mål og finne beslutninger for klinisk

3.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

Det er både sterke og svake sider ved litteraturstudie. Den sterke siden ved metoden er at en får brukt litteratur og forskning som allerede eksisterer innen for det temaet en har valgt å skrive om, dette er med på å gi en mulighet for å oppnå mye kunnskap i løp av en kort periode. Den svake siden ved metoden kan være begrensninger for oppgaven, er litteraturen og forskningen som finnes på temaet og den man velger å bruke. Det er en mulighet for man tolker forskningen og litteraturen feil som da kan bli en svakhet for studiet. Dersom man velger litteratur etter ønsket resultat vil dette kunne påvirke oppgaven negativt (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Søk og valg av litteratur

Søkene til forskningsartiklene er gjort i databasen Cinahl og i SveMed + har jeg funnet to fagartikler. Utifra søkene mine innen for emne delirium viser det seg å være mest kvalitativ forskning, men også noe kvantitativ forskning. Artiklene som jeg har funnet mest relevant for min problemstilling er kvalitative studier. Har brukt søkeord som delirium, delirious, elderly, experience, caring, safety, nursing, communication, og har blandet disse sammen for å komme frem til mer konkrete artikler. Har også brukt trunkering på søkeord hvor jeg har kommet frem til relevante artikler. Trunkering vil si at en søker på stammen av et ord for så å få med entalls-/flertallendelser samt ulike varianter av ordet (Senter for kunnskapsbasert praksis, 2011)

Jeg har avgrenset søkene til å gjelde de ti siste årene fra 2002-2012, dette for å få en mest mulig oppdatert svar på problemstillingen. Har valgt og ikke ta med forskningslitteratur som er eldre enn 10 år, bortsett fra en artikkel hvor det var vanskelig å finne noe innenfor de ti siste årene. For å komme frem til relevant litteratur har jeg søkt på sentrale begreper fra problemstillingen hvor jeg da har brukt både pensum og annen faglitteratur som omhandler problemstillingen. Av litteratur fra bøker har jeg brukt pensum litteratur og faglitteratur. De aller fleste bøkene som er brukt i oppgaven er primær litteratur men har også måttet bruke noe sekundær litteratur da det har vært svært vanskelig å søke opp å finne primærlitteraturen.

3.4 Kildekritikk

For å kunne fastslå om en kilde er sann brukes kildekritikk som metode. En vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes. Kildekritikk har til hensikt å gi leseren del i de refleksjonene en har gjort seg og om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Det er nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på

litteratur. Hvordan var det å komme frem til litteraturen, har det vært en lett eller vanskelig prosess? Kildekritikken viser at en er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet en bruker i oppgaven, og hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2007).

I søkeprosessen til relevant forskning viste det seg at det er en del forskning om delirium, da spesielt i kirurgiske enheter og i forhold til lårhalsbrudd. En del om forebygging, symptomer, terminal delirium og medisinerer i forhold til delirium samt delirium tremens relatert til alkoholforbruk. Som nevnt ovenfor var det dette som umiddelbart kom opp ved søking på delirium, men ved å avgrense søkene fant jeg relevant litteratur til min problemstilling.

3.5 Etiske overveielser

Å arbeide med litteraturstudie innebærer at en må ta etiske hensyn. God medisinsk forskning viser til at juks og uærlighet ikke skal forekomme. Dette innebærer at en bevisst ikke skal fremstille litteraturstudiet gjennom fabrikasjon, plagiat eller stjeling av data. Etiske hensyn i litteraturstudiet bør videre tas når det gjelder utvalg og presentasjon av resultater. En bør ikke bare presentere artikler som støtter egne synspunkter, men også andre. Studiene bør også være godkjent av en etisk komite (Forsberg & Wengström, 2008).

Forskningsartiklene jeg har brukt i studien min er godkjent av etisk komite, og en kan finne dem i anerkjente databaser og anerkjente tidsskrift. De forskningsartiklene jeg har brukt virker relevante og pålitelige for studien min og utifra dette mener jeg da at studien har et godt etisk grunnlag. Informantenes anonymitet i artiklene er overholdt. Har tatt utgangspunkt fire forskningsartikler, tre oversikts artikler og to fagartikler for å finne svar på problemstillingen.

3.6 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

Artikkel: Patients' experience of being delirious

Søkedatabase: Cinahl. Søkord: patient* and delirious and experience*. Treff: 18. relevant: 3

Duppils og Wikblad (2007). En kvalitativ studie. 15 pasienter ble intervjuet hvorav 6 av disse hadde opplevd delirium mot natten og 9 av pasientene hadde opplevd delirium minst en dag.

Hensikten med studien var å beskrive pasienters erfaring/opplevelse av å være i delirium.

Funn: Det er viktig som sykepleier å forstå pasienters tanker og opplevelser av å være i delirium, dette for å kunne gi profesjonell omsorg både under og etter deliriet. Pasienters erfaring under delirium var ofte forbundet med intensiv frykt. Delirium følte som dramatiske scener som gav sterke emosjonelle følelser av frykt, panikk og sinne. Det kom også frem at

det å være i delirium følte som å drømme men at en allikevel er våken. Kommunikasjons problemer og samhandling viste seg også å være vanskelig.

Artikkel: Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies.

Søkedatabase: Cinahl. Søkeord: patient* and delirious and experience*. Treff: 18. relevant: 3

Belanger og Ducharme (2011). En Kvalitativ oversikts artikkel. **Hensikten** med artikkelen var å presentere kunnskap om menneskers erfaring av delirium og hvordan sykepleiere opplevde å utøve omsorg til pasientene. **Funn:** Pasienter som er i delirium har erfaring med manglende forståelse og ulike følelser av ubehag. Forståelse, støtte, at en tror på det pasientene opplever, forklaringer, nærvær av familie/venner, og muligheten til å snakke om erfaringene kan være til hjelp for å komme igjennom deliriet. Sykepleiere klare ikke å forstå atferden til pasientene og har dermed ulike følelser av ubehag. Utifra studiene som er gjennomgått i denne oversiktsartikkelen kommer det frem at det ikke er mye forskning som omhandler hvordan de pasientene som berøres av delirium og de sykepleierne som tok seg av pasientene opplevde dette.

Nurses' experience of caring for delirious patients

Søkedatabase: Cinahl. Søkeord: Patient* and delirious and experience*. Treff: 18. relevant: 3

Lou og Dai (2002). En kvalitativ studie. Pilotstudie. Fire dybde intervjuer med åpne spørsmål ble analysert. 17 Taiwanske sykepleiere utdannet i USA ble intervjuet. Alle hadde erfaring fra deliriums pasienter. **Hensikten** var å få en bedre forståelse av sykepleiers erfaring i å utøve omsorg til mennesker som er i delirium. **Funn:** Den vanligste handlingen i denne studien var kontinuerlig observasjon av pasient fra familien som da observerer pasient og gir beskjed til sykepleierne ved forandringer. Det er høy stressfaktor blant sykepleierne å utøve omsorg til pasienter i delirium. Noe som fører til økt arbeidsmengde. Noen handlinger beskrev at sykepleierne ser etter at pasientene er så trygge som mulig og at komforten er tilstrekkelig, eller at informasjon blir gitt til familie medlemmer som kan ta vare på pasienten. Av studien så kommer det frem at det viktigste tiltaket en gjør i pleien til disse pasientene er å sørge for trygghet, og sørge for at pårørende er tilstede.

Artikkel: Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: The silent unspoken piece of nursing practice

Søkedatabase: Cinahl. Søkord: delirium and experience and caring. Treff: 11. Relevant: 1

Dahlke og Phinney (2008). En kvalitativ studie. Intervju av 12 sykepleiere som arbeidet ved et middel stort region sykehus i Canada. **Hensikten** med denne studien var og utforske hvordan sykepleiere utøver omsorg til eldre pasienter som står i fare for å utvikle delirium og utfordringene de står overfor når pasienter er i delirium. **Funn:** det ble avslørt at sykepleiere "tar en rask titt", "holder et øye med" og "kontrollere situasjonen". En faktor som hindrer effektiv pleie er at pleie omstendighetene ikke oppfyller behovene eldre mennesker i delirium trenger. Sykepleiere klarer ikke vurderer delirium på rett måte eller gjenkjenne det. Det er også vanskelig å kommunisere med pasientene når de er i delirium. Sykepleiere rapporterte selv om utmattelse, redusert selvfølelse og truet personal sikkerhet ved utøvelse av sykepleie til eldre i delirium. 75 % av sykepleierne innrømmet at de ikke viste forskjellen mellom delirium og demens og vanskeligheter med å kjenne igjen tilstanden, utilstrekkelig utdanning og utfordrende arbeidsoppgaver.

Artikkel: Are nurses recognizing delirium?

Søkedatabase: Cinahl. Søkord: delirium and communication and nursing. Treff: 37. relevant:3

Steis og Fick (2008). Kvalitativ oversiktsartikkel. 10 artikler ble valgt for den endelige systematiske gjennomgangen. **Hensikten** med artikkelen var å presentere litteratur vedrørende sykepleiers gjenkjennelse av delirium og forslag til forbedringer til praksis og utdanning **Funn:** i mange av studiene kom det frem at til tross for om sykepleier vurderte pasientene sine ble det ikke utført en detaljert evaluering eller en nøyaktig dokumentasjon på kognitiv status. Funnene viser til at sykepleie kunnskaper om delirium, sykepleiers gjenkjennelse av delirium og hvordan sykepleiere vurderer /dokumenterer delirium hos eldre er veldig forskjellig. Hvis sykepleier ikke uttrykkelig vet hvordan delirium opptrer/utvikler seg, kan en ikke forvente at en skal gjenkjenne denne tilstanden på noen enkel måte. Det rapporteres også om en veldig lav gjenkjennelses rate av delirium. Derimot klarer sykepleierne å se at pasientene er i en slags nødssituasjon, forvirrelse, forandret oppførsel og at de trenger hjelp.

Artikkel: Delirium dichotomy: A review of recent literature

Søkedatabase: Cinahl. Søkeord: delirium and older people and practice. Treff: 26. Relevant: 1

Brown, Fitzgerald & Walsh (2007). Kvalitativ oversikts artikkel. **Hensikten** ved å gjennomgå litteraturen var for å finne moderne bevis til å kunne basere praksis på ved delirium. **Funn:** Helsepersonell må bruke mer tid til pasienter i delirium, noe som tar bort oppmerksomheten til andre pasienter og dermed øker stress nivået blant sykepleierne. Pasienter som er i delirium skaper urolighet i avdelingen og forstyrrer andre pasienter. Forståelse er en viktig faktor for å kunne samarbeide for beste behandling. Faktorer som har innvirkning på pasienter i delirium er forandringer i miljøet. Her spiller lyssettingen inn, støy, ukjente omgivelser, forandringer, kunnskaper blant helsepersonell, passende rom temperatur og trygge omgivelser inn. Pasienter i overvåknings enheter erfarer desorientering på grunn av manglende vinduer. Ukjent personale og stor utskiftning blant disse synes også å være et problem. En viktig faktor som en finner i all litteratur er viktigheten av å oppdage delirium så tidlig som mulig.

Artikkel: A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium

Søkedatabase: Cinahl. Søkeord: delirium and communication and nursing. Treff: 37.

Relevant: 3

Schofield (1997). En kvalitativ studie. 19 pasienter som hadde erfaring fra å ha vært i delirium ble intervjuet. **Hensikten** med studien var og utforske eldre menneskers opplevelse av å ha vært i delirium. **Funn/Resultat:** Erfaringene viste seg å rangere fra å være hyggelige og underholdene til forferdelig og skremmende. Noen av pasientene husket episoden, mens andre valgte å huske veldig lite fra episoden. Det kommer frem viktigheten av å gi mulighet for å snakke om hendelsen i etterkant. Delirium representerer en stressende livshendelse. Det er også gjort ett funn om at den drømmeaktige opplevelsen av å være i delirium også ble sett på som noe positivt, gledelig og underholdende. Med dette menes at noen så gleden i familie/venner og dyr. Pasienter husket at sykepleiere snakket til dem under deliriet og dette viste seg å minne dem på hvor de var og til stor hjelp for å minske engstelse og bekymring. En bør realitetsorientere deliriums pasienter, ved å være bevisst i språket og kort i talen. Praktiske tiltak for å forbedre deliriet kan gjøres ved synlige klokker og legge til rette for at pårørende kan være til stede.

Artikkel: Promoting mental health in older people admitted to hospitals

Søkedatabase: Cinahl. Søkord: Delirium and communication and nursing. Treff: 37.

Relevant: 3

Keenan, Jenkins, Denner, Harries, Fawcett og Miller (2011). Fagartikkel. Denne artikkelen utforsker potensielle strategier for å hjelpe pasienter med depresjon, delirium og demens. Det vektlegges her å forbedre kvaliteten på omsorgen til denne sårbare pasient gruppen.

Hensikten er at en ser sykepleiere som jobber med en eldre populasjon med komplekse behov og hvordan en kan hjelpe sykepleiere til å møte utfordringene og utøve høy kvalitet på pleien. I denne artikkelen kommer det frem at problemer relatert til psykisk helse hos eldre forblir ofte uoppdaget og udiagnostisert. Omsorgen blir ofte dårlig ivaretatt hos disse pasientene. Det er økende bekymring rundt sykepleiere som må ta hensyn til utfordrende adferd som vandring, utagering, aggresjon, skriking og selv skading. En annen viktig faktor var å ha gode kommunikasjonsferdigheter for at mennesker som er i delirium skal føle seg trygge til å akseptere omsorg. Sykepleiere bør begrense kommunikasjonen i forhold til pasientens evner og det krever tålmodighet og følsomhet. En må formidle budskapet på en måte som pasienten forstår. Kroppsspråket må også bekrefte hva en vil frem til, noe en kan gjøre ved å ha en åpen holdning og et vennlig ansiktsuttrykk.

Artikkel: Delirium- en vanlig og farlig tilstand blant eldre

Søkedatabase: SveMed +, søkeord: delirium, elderly Treff:45. Relevant: 1

Juliebø (2009). Fagartikkel. I denne artikkelen kommer det frem at: Det er viktig å skjerme pasienten for inntrykk, og bør samtidig unngå at pasienten blir liggende alene på et rom. Tilstanden kan oppleves som svært skremmende og en bør skaffe fastvakt eller pårørende som kan være til stede hvis det praktisk lar seg gjøre. Pårørende må informeres om tilstanden og det er av stor betydning og ha kjente personer hos seg. I tillegg må en sørge for god ernæring, tidlig mobilisering, stimulering av døgnrytme med dagslys om dagen og søvn om natten og bruk av syns og hørselshjelpemidler samt synlige klokker. Ingen medikamenter har vitenskapelig vist god forebyggende eller behandlende effekt.

4.0 DRØFTING OG PRESENTASJON AV FUNN

HVORDAN UTØVE GOD OMSORG TIL ELDRE PASIENTER SOM ER I DELIRIUM?

4.1 Omsorg

4.1.1 Opplevelsen av å være i delirium

For å kunne gi profesjonell omsorg er det svært viktig for sykepleier å få et innblikk i hvordan det oppleves for pasienten å være i delirium og hvordan en tenker. Å oppleve delirium kan sammenlignes med det å være i grenseland mellom virkelighet og fantasi, fortid og nåtid, og mellom å være bevisst og ubevisst av eksterne hendelser (Duppils & Wikblad, 2007).

Det er lite forskning som har tatt hensyn til hvordan pasienter påvirkes av det å være i delirium og hvordan sykepleiere som utøver omsorg til disse menneskene opplever situasjonen (Belanger & Ducharme, 2011).

Det er en forutsetning at sykepleieren skaffer seg informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon og hva det betyr for han/henne og hvorfor den er oppstått. Omsorgen kan først da ytes på pasientens premisser (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

I studien til Duppils og Wikblad (2007) var det å være i delirium forbundet med intense frykt. Pasienter opplevde å være i en intens eller kontinuerlig, uutholdelig frykt som resulterte i skremmende uvirkelige opplevelser, noe som igjen førte til ytterligere økt frykt. Sykepleier skal bidra til å optimalisere pleien og behandlingen av pasienten. Dette innebærer å skape trygghet, gi god informasjon og unngå tvangstiltak (Ranhoff, 2008).

I studien til Shoefild (1997) kommer det frem at den drømmeaktige opplevelsen av å være i delirium ikke bare ble sett på som skremmende eller dårlig. Erfaringer viser at noen ble gledet og underholdt i deliriums fasen, mens andre syntes det var fryktelig og skremmende. En pasient så små dyr, for det meste på gulvet, selv om pasienten ikke kunne gi en detaljert beskrivelse, så hadde hun bare en følelse av at dyrene var der. En annen pasient så en enorm persisk katt og syntes det var noe av det vakreste hun hadde sett. Andre igjen så venner og familie. Og en siste pasient hadde besøk av sin bror, som i virkeligheten hadde vært død i tolv år. Dette er med på å vise at det å være i delirium ikke bare er assosiert med negative opplevelser, men i noen tilfeller at det også kan være positivt og til glede for pasienten.

Mange pasienter forteller om en drømmeliknende tilstand med skremmende innhold, dette er med på å skape angst og behov for flukt. Det er også beskrevet som en følelse av å stå utenfor seg selv og ikke ha kontroll over egen kropp (McCurren & Cronin, 2003). I en studie gjort blant kreft pasienter med delirium husket kun halvparten noe fra tilstanden. Også i denne studien kommer det frem at det er ubehagelig og stressende for de fleste. De som opplevde vrangforestillinger hadde stort ubehag (Ranhoff, 2008). Pasienter som er i delirium har erfaring med manglende forståelse og ulike følelser av ubehag er noe som kommer frem i studien til Belanger og Ducharme (2011). Sykepleierne som utøver omsorg til pasienter klarer ikke å forstå atferden til pasienter i delirium og har dermed ulike følelser av ubehag (Belanger & Ducharme, 2011).

Det er viktig å ta alle disse ubehagelige opplevelsene forbundet med delirium alvorlig. Det er med på å belyse hvor viktig det er å hjelpe pasienter i delirium, samt å forebygge det. Sykepleiere må tenke trygghet og velvære i det å utøve omsorg (Ranhoff, 2008). Som sykepleier vil det være viktig å formidle til pasienten at en forstår hans/hennes følelser og utsagn (Stubberud, 2010).

Martinsen (2003) påpeker at den relasjonelle omsorgen vektlegger at mennesker er avhengige av hverandre og innebærer to parter. Den menneskeligavhengighet blir fremtredende når en rammes av sykdom, skade og funksjonssvikt.

Pasienter følte seg trygge og komfortable når menneskene rundt dem forstod, støttet og trodde på deres deliriums tilstand, selv om de ikke nødvendigvis alltid visste hvem som hadde med dem og gjøre og ikke verbalt kunne gi uttrykk for hva de følte (Belanger & Ducharme, 2011).

Omsorg er en sosial relasjon, med dette menes at det har med felleskap og solidaritet med andre. Omsorg har med forståelse for andre, en forståelse en tilegner seg gjennom å gjøre ting sammen med andre eller for dem. En utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner en har erfaringer fra en da kan forstå. Denne måten gjør at en kan forstå andre gjennom måten han/hun forholder seg til sin situasjon (Martinsen, 2003). Det vil da være av stor betydning å forstå opplevelsene deliriums pasientene har for å kunne få erfaring til videre forståelse.

Den moralske omsorgen er knyttet til ansvaret for de svake, dette innebærer at den ene parten er moralsk forpliktet ut fra situasjon til å gi mer enn en kan få tilbake. Kvaliteten i relasjonen vektlegges (Martinsen, 2003).

Men hvis ikke møtene mellom sykepleier og den gamle understøtter den gamles verdighet og integritet, er det lite hjelp om pleien teknisk er upåklagelig (Andersson sitert i Kirkevold, 2008, s.28).

Personlig tror jeg at om flere innen helsevesenet og pårørende hadde hatt bedre kunnskaper om hvordan det virkelig oppleves å være i delirium, ville en kanskje hatt mer forståelse og vist mer omsorg overfor pasienter som er i delirium.

4.1.2 Pårørende

I studien til Lou & Dai (2002) kommer det frem at for å fremme pasientens trygghet kan det være nyttig med konstant overvåking enten fra familie/venner eller fastvakter for å trygge pasienter i delirium.

Det viktigste sykepleieren bidrar med i behandlingen av delirium er å skape trygghet og en mest mulig behagelig tilværelse. Tett oppfølging og velkjente personer som familie som er til stede, samt minst mulig stress er svært viktig innen omsorgsutøvelsen (Ranhoff, 2008). Ifølge Dahlke & Phinney (2002) brukes ofte strategier som "å holde et øye med" og "ta en rask titt" på pasienter i delirium. Dette viser at for å oppnå trygghet eller trygge pasienten i den situasjonen han/hun er kommet i er dette ikke nok. En bør da sette inn tiltak for å trygge pasienten og da bruke familie /venner eller fastvakt fra sykehuset til å hjelpe pasienten til å føle trygghet og velbehag.

Juliebø (2009) poengterer viktigheten av å informere pårørende om deliriums tilstanden og at det er viktig at de er tilstede hos pasienten.

Å informere familien at delirium er en midlertidig tilstand som går over og samtidig involvere de i pleien og omsorgen kom frem som en viktig faktor i studien til Rathier & McElhaney (2005). Det viser seg også at familier ikke alltid er klar over den forbigående tilstanden og tror at en permanent forandring i mental status har oppstått. Denne misforståelsen kan føre til at de tror vedkommende i delirium kan komme på sykehjem. Når familier blir godt informert får de positive holdninger og vil da være en viktig bidragsyter i behandlingen til pasienten (Rathier & McElhaney, 2005). Her fremkommer viktigheten av at pasienten skal føle trygghet og velbehag, ved å ha familie/venner som pårørende til stede og en ser jo også her viktigheten av å ta godt vare på pårørende ved kun å bruke et enkelt tiltak som å gi god informasjon. Dette kan da vel ikke være så vanskelig å gjennomføre? I sykehus bør en oppfordre pårørende til å

være til stede, noe av grunnen til dette er den beroligende effekten det kan ha på pasienten (Ranhoff, 2008).

Ifølge yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleier vise omsorg og respekt for pårørende samt samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet.

Ved å ha pårørende til stede under måltider kan en oppmuntre en forvirret pasient til å spise og drikke tilstrekkelig, for å forhindre dehydrering og underernæring (Keenan et al. 2011).

Keenan et al. (2011) sier at en bør sikte etter å få noen fra familien til å være hos pasienten så mye som mulig. Familien bør bruke gjenkjennelige begreper til å kommunisere og gjøre miljøet mer kjent. Bilder og fotografier av familien har visst seg å forbedre miljøet samtidig som det skaper trygghet.

En erfaring fra praksis er at pårørende for det meste kan være til hjelp, men det motsatte er også erfart. En pasient hadde fått påvist delirium og ble behandlet for dette. Pasienten hadde besøk i visitt tiden og da vedkommende var gått og pasienten skulle spise kvelds var pasienten totalt forvirret og forandret. Pårørende hadde snakket om mye og stilt veldig mange spørsmål, noe som viser seg å være uheldig for pasienter som er i delirium. Sykepleierne på avdelingen innførte da et tiltak om at vedkommende pårørende skulle få besøks tid på 15 minutter neste gang. Dette viste seg å ha positiv effekt på pasienten ved neste besøk. Pasienter trenger ro og bør skjermes mot støy og mange sanseinntrykk når en er i delirium (Stubberud, 2010).

Kjernen i sykepleiegjering er å utføre omsorgsfulle og kyndige handlinger overfor den som trenger hjelp. Dette stiller krav til å bygge opp tillit, være forståelsesfull og tålmodig i de situasjoner der en kanskje tenker at en ikke føler trang til å være spesielt omsorgsfull eller omtenksum (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Martinsens praktiske omsorgsaspekt går ut på at en handler for å vise omsorgen. Dette vil si konkrete, situasjonsbetingende handlinger som utføres ut fra en forståelse av hva som er til andres beste (Martinsen, 2003). I dette eksemplet fra praksis var det til pasientens beste og ikke få for mye stimuli fra pårørende og sykepleier handlet deretter til pasients beste.

4.1.3 Kommunikasjon

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for at mennesker som er i delirium skal føle seg trygge til å akseptere omsorg. Sykepleiere bør begrense kommunikasjonen i forhold til pasientens evner (Keenan et al. 2011). Kommunikasjonsevnen påvirkes av aldringsprosessen, de mentale og fysiske prosesser går gjerne langsommere enn tidligere (Eide & Eide, 2008).

Mennesker som er i delirium kan ha dårlige kommunikasjonsferdigheter som gjør at de ikke klarer å reagere raskt eller i det hele tatt. Som sykepleier kreves det da at en viser tålmodighet og følsomhet i slik situasjonen (Keenan et al. 2011).

Derfor er det svært viktig å formidle sitt budskap på en måte som pasienten forstår, dette kan gjøres ved å bruke åpne spørsmål som "kan du forklare" i stedet for "forstår du". Sykepleier må også forsikre seg at kroppsspråket bekrefter hva han/hun vil frem til. En åpen holdning og et vennlig ansiktsuttrykk gjør en betydelig forskjell. En bør også være obs på at om en kommer uventende på pasienten bakfra kan skape redsel som igjen kan føre til utagerende atferd. Ved å møte på pasienten i front med ansikt til ansikt vil gjøre det hele mindre truende. (Keenan et al. 2011). Sykepleiernes moral og etikk kommer til uttrykk via væremåte og kroppsspråk likeså godt som gjennom det en sier og gjør (Brinchmann, 2008).

Studien til Dupplis og Wikblad (2007) formidles det at noen ganger føler pasienter i delirium at de har vanskeligheter for å kommunisere og samhandle med andre. Vanskelighetene oppstod både i "drømmeverdenen" og når de var alene eller sammen med sykepleier.

Keenan et al. (2011) viser til at det er viktig at pasientene føler seg verdsatt og oppmuntres til å kommunisere. Dette kan en som sykepleier oppnå ved å demonstrere varme, omtanke og tålmodighet, og gi pasientene tid til å behandle informasjonen og svare. Ved omstendigheter som når pasienten er i delirium og verbal kommunikasjon kan være vanskelig, kan berøring vise at en bryr seg og vil hjelpe og at en ikke trenger noe i retur.

Nedsatte sensoriske sanser og redusert syn/hørsel kan gjøre det vanskelig å behandle pasienten. Juliebø (2009) viser til viktigheten av å bruke syns og hørselshjelpemidler, samt å ha synlige klokke tilstede for å bedre miljøet til pasienten. Erfaringsmessig viser dette å ha svært god effekt ved å sørge for å ha disse hjelpemidlene tilgjengelig.

I studien til Schofield (1997) kunne pasientene huske at sykepleierne snakket til dem under deliriet og minnet dem på hvor de var, noe som var til stor hjelp for å minske engstelse og bekymring. Sykepleierne var bevisst språket og klar i talen når de realitets orienterte pasientene.

En bør realitetsorientere pasienten for å forklare opplevelsen av det å være i delirium, det er også viktig og reorientere pasienten og unngå å utsette en for forutsigbarhet (Stubberud, 2010). Gode kommunikasjons- og observasjonsevner krever at sykepleier har tålmodighet og tilstrekkelig tid (Ranhoff, 2008).

Omsorg innebærer at en har en viss evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og at omsorgsgiver kjenner pasienten til en viss grad slik at en kan kommunisere for å få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin egen situasjon. Den som yter omsorg må være villig til å handle og agere ut fra de behovene pasientene presenterer (Slettebø, 2002).

4.1.4 Praktiske miljørettede tiltak

Får pasient bekreftet delirium er målet å hjelpe pasienten til å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen og en kan gjøre dette ved å skape et terapeutisk miljø (Juliebø, 2009). For å kunne sette i gang riktige behandlende tiltak må sykepleier ha kompetanse til å observere og vurdere tilstanden (Stubberud, 2010).

Behandlingen innebærer en redusering av angst og frykt, tiltak for å bedre orienteringsevne og en bedring av søvnen (Stubberud, 2010). I omsorg utøvelse er den praktiske handlingen sentral og grunnholdningen til Martinsen er at omsorg i sykepleie er preget av engasjement, moralsk og faglig vurdering samt innlevelse. I tillegg må yrkesmessig omsorg kjennetegnes ved at en handler aktivt til det beste for andre (Martinsen, 2003).

Et tiltak kan være å sørge for at døgn rytmen overholdes med dagslys om dagen og søvn om natten (Juliebø, 2009). Når pasienten ikke skal sove anbefales det at pasienten mobiliseres dette for at pasienten skal tilbringe minst mulig tid i sengen (Stubberud, 2010). Viktigheten av å en god døgnrytme samsvarer med mine erfaringer fra praksis.

I studien til Brown, Fritzgerald & Walsh kom det fram at pasienter i overvåkningsenheter erfarer desorientering på grunn av at det ikke er vinduer, det er også viktig at det er behagelig rom temperatur. Disse tiltakene bør vel la seg gjennomføre?

Det er viktig å sørge for god ernæring, synlige klokker og bruk av syns- og hørselshjelp (Juliebø, 2009). Ved å legge til rette for et godt terapeutisk miljø er mange av tiltakene enkle å gjennomføre for å øke trygghet og velvære blant pasientene.

4.1.5 Kunnskap og tid

Sykepleiere rapporterer selv at de blir utmattet, redusert selvfølelse og truet personal sikkerhet ved utøvelse av sykepleie til eldre i delirium (Dahlke & Phinney, 2008). Grunnen til dette kan være at sykepleiere har vanskeligheter for å gjenkjenne delirium, utilstrekkelig utdanning og utfordrende arbeidsoppgaver. 75 % av sykepleierne innrømmet at de ikke visste forskjellen mellom delirium og demens (Dahlke & Phinney, 2008). Her kommer det frem at det ikke bare

er vanskeligheter med å gjenkjenne delirium, en bør jo faktisk vite forskjellen mellom demens og delirium, for å kunne utøve sykepleie deretter.

I følge Helsepersonelloven (1999) skal sykepleier utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som da forventes ut ifra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

I studien til Lou og Dai (2002) kommer det frem at sykepleierne som utøver omsorg til mennesker i delirium har en stressende hverdag som medfører større arbeidsmengder. Å hjelpe mennesker som er i delirium byr på et større arbeidspress, i og med at disse pasientene krever mye fra personalet. At oversykepleier og ledelse ikke tar deliriums pasienter seriøst hjelper ikke på og arbeidsmengden øker. Dette fører igjen til ytterligere stress. Å arbeide med disse pasientene er hardt arbeid både psykisk og fysisk.

Kennan et al. (2011) viser til den økende bekymring rundt sykepleiere som må ta hensyn til utfordrende adferd som vandring, utagering, aggresjon, skriking og selv skading. Omsorgen blir ofte dårlig ivaretatt hos disse pasientene. Dette er også erfaringer jeg har gjort meg fra praksis.

Det kommer frem i studien til Dupplils og Wikblad (2007) at en pasient fortalte at under deliriet opplevdes en flom på rommet når pasienten ble alene. Når sykepleierne kom igjen forsvant flommen. Dette er med på å vise hvor viktig det er at sykepleieren er tilstede slik at pasient opplever trygghet. Neste steg til en bedre hverdag både for pasienter og de som utøver omsorg til disse pasientene burde kanskje være å få mer fokus på å ta deliriums pasientene på alvor?

Helsepersonell må bruke mer tid sammen med pasienter som er i delirium noe som går på bekostning av de andre pasientene som igjen fører til økt stress blant sykepleierne (Brown, Fitzgerald & Walsh, 2007). Men er denne ekstra tiden det tar å utøve god sykepleie til mennesker i delirium medregnet i arbeidstiden da?

Å bruke tid og bli kjent med pasienten har vist seg å være viktig for å gjenkjenne forandringer i tilstanden. Sykepleiere som distanserer seg fra pasienten klare ikke å følge med på hvordan deliriums tilstanden utvikler seg og mister kontakten med pasienten. Dette fører igjen til at sykepleierne ikke får utøve god omsorg når det er en slags frakobling mellom pasient og sykepleier (Lou og Dai, 2002).

Det finnes barrierer som gjør det vanskelig å gjenkjenne delirium i praksis noen av disse barrierene er: for å gjenkjenne delirium trenger sykepleier tid i sammen med pasienten, kunnskap om delirium og instrumenter til å kunne dokumentere og vurdere deliriet samt støtte fra organisasjonens ledelse. Studie viser til at familie medlemmer hadde en viktig rolle i det å ta vare på pasienter som er i delirium (Lou & Dai, 2002).

For å begrense og forebygge delirium er det viktig at en har kompetanse og gjør de riktige tingene, men det er minst like viktig at en gjør de på en omsorgsfull måte dette for å forhindre at pasienten opplever stress og utrygghet (Ranhoff, 2008).

Sykepleierens profesjonelle omsorg er regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter. Fagkunnskapen er en nødvendig del av sykepleierens kompetanse. Sykepleieren må også ha kunnskaper om behandling og selv kunne iverksette tiltak. Kunnskapene gjør sykepleieren i stand til å sørge for den syke på en særlig omsorgsfull og kyndig måte (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

I studien til Dahlke & Phinney (2008) kommer det frem at sykepleierne er missfornøyd med omsorgs miljøet og at det ikke er tilrettelagt for de unike behovene eldre mennesker har. De trodde de manglet tid og kunnskap til effektiv og trygg omsorg til denne pasient gruppen. Sykepleierne trengte å arbeide i et seinere tempo i samhandling med eldre mennesker. Dette fordi de fleste eldre mennesker har tregere bevegelsesmønster. Jo raskere sykepleiere prøver å arbeide til seinere vil det gå. Om sykepleierne prøver å stresse pasientene til å gjøre noe raskere, for eksempel å ta medisiner eller å gå raskere viser det seg at det går tregere. All denne ekstra tiden pasienter som er i delirium trenger er ikke regnet med i arbeidsdagen viser seg å være svært frustrerende for sykepleierne. Det kommer også frem at uten om disse pasientene som er i delirium skal en også ta seg av andre pasienter, noe som gjør det vanskelig da pasienter i delirium ofte kan være aggressive og kreve mye tid utover dette. Sykepleiere føler seg presset til å være mer effektiv enn hva en egentlig klarer. Dette er vel noe de fleste sykepleiere kan kjenne seg igjen i, tiden strekker vel ikke alltid til? Pasienter i delirium bør observeres hyppig og kontinuerlig, noe som kan være vanskelig i en hektisk sykehus hverdag (Ranhoff, 2008).

Keenan et al. (2011) anbefaler at sykepleiere skal sette pris på og bruke pleiere som kjenner pasienten, dette er viktig for å vite hva som virker og ikke virker med tanke på god omsorg og utagering. Brown, Fritgerald & Walsh (2007) viser til at ukjent personale og stor utskiftning blant disse synes å være et stort problem.

I studien til Brown, Fitzgerald og Walsh (2007) kom det frem en høy forekomst av delirium på sykehus og en bør bruke mer ressurser for å kunne utøve god omsorg til pasienter som lider av delirium.

Per dags dato vet jeg om et sykehus som holder på å utarbeide en egen deliriums prosedyre, dette viser at en da er et steg i riktig retning for å kunne utøve enda bedre omsorg til deliriums pasientene.

5.0 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan en kan utøve god omsorg til eldre pasienter som er i delirium. Med praktisk sykepleie omsorg og god relasjonell omsorg som tar moralske og etiske hensyn er det mulig for sykepleier å utøve god omsorg på en best mulig måte. Det er av stor betydning for sykepleier å få et innblikk i hvordan det oppleves for pasienten å være i delirium og tankene rundt denne tilstanden. Flere studier har vist til hvor skremmende delirium kan oppleves. Å skape trygghet og en best mulig tilværelse er noe av det sykepleieren må vektlegge i sin omsorgsutøvelse. Det kommer også frem at pårørende er en viktig faktor i det å skape trygghet for pasienten, og at en som sykepleier må ta vare på pårørende ved å gi de tilstrekkelig informasjon. Kommunikasjon, organisatoriske forhold, praktiske miljø rettede tiltak og kunnskaper er også viktig. Forskningen, faglitteraturen og egne erfaringer viser at sykepleiere har for lite kunnskaper om denne diagnosen. Sykepleiere trenger mer ressurser og økte kunnskaper for å kunne utøve god omsorg til denne sårbare pasient gruppen. Den store andelen av eldre mennesker i befolkningen bare øker, noe som tilsier at antall mennesker som kommer i delirium også kommer til å øke. Fokusering på deliriums diagnosen og forskning på omsorgen til disse pasientene vil nok være et steg i riktig retning.

LITTERATURLISTE

- Belanger, L. & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *British Association of Critical Care Nurses*, 16 (6), 303-315.
Doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Befring, E (2007) *Forsningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Brinchmann, B.S. (2008). Nærhetsetikk. I: B.S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brown, S., Fitzgerald, M. & Walsh, K. (2007). Delirium dichotomy: A review of recent literature. *Contemporary Nurse* 26 (2), 238-247.
- Dahlke, S. & Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium. *Journal of gerontological nursing*, 34 (6), 41-47
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Duppils, G.S. & Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing* (16), 810-818. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01806.x
- Engedal, K. (2006). Delirium I: M. Bondevik & H.A. Nygaard. *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet 5. februar 2011 fra <http://www.lovdata.no>

- Inouye, S.K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354:1157-65
- Juliebø, V. (2009). Delirium- en vanlig og farlig tilstand blant eldre. *Demens & Alderpsykiatri*, 13 (1), 13-16.
- Keenan, B., Jenkins, C., Denner, L., Harries, M., Fawcett, K., Magill,... Miller, J. (2011). Promoting mental health in older people admitted to hospitals. *Nursing standard* 25 (20), 46-56
- Kirkevold, M. (2008). Gammel og syk. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & Skaug, E.A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapsbasert praksis. (2011). *Søketeknikker*. Hentet 31. januar fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursc3%b8k/soketeknikker/#trunkering>
- Lou, M.F. & Dai, Y.T. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *Journal of Nursing Research*, 10 (4), 279-289.
- McCurren, C. & Cronin, S.H. (2003). Delirium: Elders tell their stories and guide nursing practice. *MEDSURG Nursing*, 12 (5), 318-323.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleieforbund.
- Olsson, H & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ranhoff, A.H. (2003). Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I: K. Engedal & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (s.245-263).

- Ranhoff, A.H. (2008). Delirium (Akutt forvirring) I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ranhoff, A.H. (2010). Delirium hos hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem. *Utposten*, 39 (7), 26-29.
- Rathier, M.O. & McElhaney, J. (2005). Delirium in Elderly Patients: How You Can Help. *Applied Neurology* (1), 1-8.
- Ranhoff, A. (2010). Delirium hos hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem. *Utposten*, 39 (7), 26-29.
- Romøren, T.I. (2008). Elder, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold., K., Brodtkorb & A.H., Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Schofield, I. (1997). A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium. *Journal of Advanced Nursing* (25), 942-952.
- Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Steis, M.R. & Fick, D. M (2008). Are nurses recognizing delirium? *Journal of Gerontological nursing* 34 (9), 40-48.
- Stubberud, D.G. (2010). Sykepleie ved delirium. I: H. Almås, D.G. Stubberud, R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie bind 1*(s. 399-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wyller, T.B. (2011). *Geriatrici: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- WHO (2010). Definition of an older or elderly person. Hentet 20. Januar 2012 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/en/>