



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 376

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8090

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 108

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Sykepleierens rolle i forebygging av delirium og  
behandling av deliriske pasienter

The role of the nurse in prevention of delirium and  
treatment of delirious patients

**Kandidatnummer 376**

Sjuepleie  
Institutt for helse-og omsorgsvitenskap  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
24. mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Abstract

**Title:** The role of the nurse in prevention of delirium and treatment of delirious patients

**Problem:** “What role does the nurse play in the preventive and treating phase of delirium in older, hospitalized medical patients?”

**Method:** The bachelor’s thesis is structured as a literature study. To find relevant and good studies to apply to the thesis searches in the databases MEDLine, Cinahl and British Nursing Index was carried out. The search words were formed based on a PICO-table. The used search words were *older, patient\*, delir\*/delirium, medical ward, prevent\*(prevention) and nurse\**. Inclusion- and exclusion criteria was also formed. I ended up using 8 articles of all articles found.

**Results:** The results of the literature search showed that early recognition of delirium has positively effect on the length of stay at the hospital and the outcome of the treatment. Next of kin for patients with delirium was also included, and the studies showed that the dependents were willing to attend in the prevention of delirium, but some of the studies also showed that some dependents thought it would be scary, frustrating and tiring. Further on the results pointed that a good leadership for the ward staff would have a positively effect on the physical environment at the ward, and that the good physical environment appears as a factor to avoid delirium development. A study on the effect of some of the prevention tools were also included.

**Conclusion:** As a conclusion for what role the nurse should act as in the preventive and treating phase, it was argued that the nurses should be a source of knowledge, a supporter and a leader that shows the way of prevention.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INTRODUKSJON .....</b>	<b>5</b>
1.1 AVGRENSING OG KLARGJØRING AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.2 HENSIKTEN MED OPPGAVEN .....	6
1.3 DISPOSISJON FOR OPPGAVE .....	6
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>7</b>
2.1 DELIRIUM.....	7
2.1.1 <i>Generelt om delirium</i> .....	7
2.1.2 <i>Hyperaktivt delirium</i> .....	7
2.1.3 <i>Hypoaktivt delirium</i> .....	7
2.1.4 <i>Blandet delirium</i> .....	8
2.1.5 <i>Delirium tremens</i> .....	8
2.1.6 <i>Forekomsten av delirium</i> .....	8
2.2 DELIRIUM VS. DEMENS .....	8
2.3 FOREBYGGING .....	9
2.3.1 <i>Kartlegging og kartleggingsverktøy</i> .....	9
2.4 DEN ELDRE PASIENTEN .....	10
2.5 JOYCE TRAVELBEE SIN SYKEPLEIETEORI .....	10
2.6 PÅRØRENDE .....	12
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>13</b>
3.1 VALG AV METODE.....	13
3.2 FORSKNINGSMETODER SOM ER INKLUDERT I LITTERATURSTUDIET .....	13
3.3 PICO.....	14
3.4 SØKEHISTORIKK .....	15
3.5 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	16
3.6 ETISKE OVERVEIELSER.....	17
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>17</b>
4.1 LITTERATURMATRISE.....	17
4.2 TIDLIG ANERKJENNELSE AV DELIRIUM .....	17
4.3 PÅRØRENDE TIL DEN DELIRISKE PASIENT.....	18
4.3.1 <i>Involvering av familie og pårørende i forebyggingen</i> .....	18
4.3.2 <i>Følelsene som oppstår hos pårørende til deliriske pasienter</i> .....	20
4.4 HVOR VIKTIGE ER GODT LEDERSKAP UNDER FOREBYGGINGEN AV DELIRIUM.....	20
4.5 EFFEKT OG BRUK AV ULIKE FOREBYGGINGSMETODER AV DELIRIUM.....	21
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>22</b>
5.1 VIKTIGHETEN MED Å VÆRE PÅ I TIDLIG FASE AV DELIRIUM.....	22

5.2 ALLE ER FORSKJELLIGE.....	23
5.3 KOMMUNIKASJON TIL PASIENTER MED DELIRIUM.....	24
5.4 HVORDAN SYKEPLEIERE KAN INKLUDERE FAMILIE OG PÅRØRENDE I FOREBYGGING OG BEHANDLING AV DELIRIUM.....	25
5.5 HVA BETYR LEDERSKAPET FOR FOREBYGGINGEN OG BEHANDLINGEN AV DELIRIUM .....	27
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>28</b>
<b>7.0 REFERANSELISTE .....</b>	<b>29</b>
<b>VEDLEGG I: LITTERATURMATRISE .....</b>	<b>33</b>
<b>VEDLEGG II: 4AT .....</b>	<b>37</b>
<b>VEDLEGG III: CONFUSION ASSESMENT METHOD (CAM).....</b>	<b>38</b>

## 1.0 Introduksjon

I dag er det rundt 50 % av eldre som blir innlagt i sykehus som utvikler en form for delirium. Dette er en akutt, mental forstyrrelsestilstand som er karakterisert av forandringer i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evner til oppfatning og atferd (Ranhoff, 2014, s. 452). Antall innleggelser av eldre vil trolig øke i takt med årene, og WHO har uttalt at innen 2020 vil tallet på personer over 60 år i verdenspopulasjonen være høyere enn antallet barn i alderen under 5 år, og i tillegg vil antall mennesker over 60 år nesten doble seg fra 12 % til 22% av verdensbefolkningen fra 2015 til 2050 (World Health Organization, 2018). Dette vil si at vi som framtidens sykepleiere vil møte flere eldre i vår jobbkarriere enn tidligere, og man kan dermed ha en forventning om at man vil møte flere eldre som enten er deliriske ved innleggelser, eller som vil utvikle delirium under et sykehusopphold.

*In the ICU, I just knew I heard my husband and daughter fighting and then I heard a gunshot. I thought I heard my husband groaning. In actuality, there was a man in the next room groaning, but I thought my husband needed help. I screamed and screamed – calling his name. Someone came in and I do remember them telling me to be quiet, that I was disturbing others. I could not get them to understand that my husband needed help.*

(Warren, 2016)

Ordene over er fortalt av en kvinne som opplevde et postoperativt delirium, og som har gjenfortalt sin opplevelse av dette. Opplevelsen av delirium kan være forskjellig, men flere forteller om en drømmelignende tilstand som er skremmende og skaper angst og behov for flukt. Mange sier også at følelsen av å være delirisk er som og stå ved siden av sin egen kropp og ikke ha kontroll over hva den gjør (Ranhoff, 2014, s. 453).

Delirium kan være en skremmende erfaring, og man vil som helsepersonell forebygge dette i høyest mulig grad. Jeg har ved tidligere erfaringer i praksis- og jobbsammenheng opplevd pasienter som har vært deliriske, og lurt på hvorfor denne tilstanden bryter ut? Er det noe vi som helsepersonell kunne gjort annerledes i forkant for å forebygge deliriet – eventuelt unngått dette? Det er mange spørsmål som kan stilles, men for å snevre inn oppgaven har jeg satt opp denne problemstillingen:

*«Hvilken rolle har sykepleier i den forebyggende og behandlende fasen av delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinsk avdeling i sykehus?»*

## 1.1 Avgrensning og klargjøring av problemstilling

Delirium kan ramme alle uansett alder, kjønn, yrke og livssituasjon. Det er derimot større sjanse for utvikling av delirium desto eldre man blir, og med alderen kommer skrøpeligheten i tillegg som også har en innvirkning på de utløsende faktorene for delirium. På bakgrunn av at det som oftest er somatisk sykdom som fremprovoserer delirium (Ranhoff, 2014, s. 452), har oppgaven fokus på eldre pasienter innlagt ved medisinsk avdeling på sykehus. I oppgaven blir eldre definert som personer over 67 år siden dette lenge var den offisielle pensjonsalderen i Norge. Det er etter at personer har passert denne alderen at de i Norge blir omtalt som eldre (Statens pensjonskasse, 2017). Pasientgruppene som inkluderer pasienter med tidligere kognitive svikter er ekskludert på grunn av omfang av oppgaven. Delirium tremens kommer heller ikke til å være fokus i denne oppgaven, men er nevnt kort i teoridelen.

## 1.2 Hensikten med oppgaven

Ønsket med denne oppgaven er å finne god forskning som både jeg og mine framtidige sykepleierkollegaer kan bruke for og bli bedre på forebygging og behandling av delirium hos eldre.

## 1.3 Disposisjon for oppgave

Oppgaven er skrevet ut ifra malen «IMRa(o)D», som står for **I**ntrroduksjon, **M**etode, **R**esultat, **A**nd (Og), **D**iskusjon. Dette er en modell for hvordan man kan bygge opp en vitenskapelig artikkel, som brukes i helsefagene (Søk & skriv, 2017). Det vil si at litteraturstudiet er bygget opp av i hovedsak fire kapitler; introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Det er i tillegg blitt inkludert en teoridel og til slutt en konklusjon. Teoridelen vil belyse aktuell forskning, litteratur og begrep som blir brukt i oppgaven. Det vil også bli gitt en presentasjon av Joyce Travelbee sin sykepleieteori, da den av personlig mening er relevant i utøvelsen av sykepleie til pasienter med delirium. Videre kommer metodekapittelet hvor det blir gjort rede for hvilken metode som er brukt og litteratursøkene. I resultatdelen blir de ulike funnene som er



blitt gjort lagt frem. Diskusjonsdelen består av diskusjon av resultater opp mot teori, egne erfaringer og meninger. Oppgaven avsluttes med en kort konklusjon.

## 2.0 Teori

### 2.1 Delirium

#### 2.1.1 Generelt om delirium

Delirium er betegnet som den vanligste formen for akutt, organisk psykose hos eldre pasienter (Helsedirektoratet, 2013). Delirium blir beskrevet som en akutt, mental forstyrrelse karakterisert av forstyrrelse i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd. Tilstanden er vanlig, men blir ofte oversett eller feildiagnostisert som demensdiagnoser. Delirium kan likevel føre til en senere demensdiagnose (Ranhoff, 2014, s. 452).

Delirium kan deles opp i tre forskjellige kategorier; hyperaktiv, hypoaktiv og blandet.

#### 2.1.2 Hyperaktivt delirium

Ved hyperaktivt delirium vil pasienten være psykomotorisk urolig, vandre mye, auto-seponere ulike katetre og koble fra monitorslanger, og oppleve paranoide hallusinasjoner. Hyperaktivt delirium er den typen av delirium som oftest blir gjenkjent og diagnostisert. Pasienten sin urolighet gjør det enkelt for helsepersonell å skjønne at noe ikke er som det skal være. Det er likevel ikke hyperaktivt delirium som er den typen av delirium som forekommer hyppigst (Yang et al., 2009, s. 248-254). I undersøkelsen utført av Yang et. al (2009, s. 248-254) fant man at pasientene med hyperaktivt delirium har en lavere dødsrate og bedre sjanse til å bli frisk fra sykdom, enn pasienter med andre tilfeller av de andre typene delirium.

#### 2.1.3 Hypoaktivt delirium

Hypoaktivt delirium derimot er mer vanlig, men tilstanden blir ikke identifisert like ofte. Pasienten er rolig, har ingen spesielle krav, skaper ikke bryderi i avdelingen og har svekket oppmerksomhet og bevissthet. Pasienter med hypoaktivt delirium har en høyere dødsrate, sammenlignet med pasienter som opplever den hyperaktive typen av delirium. (Yang et al., 2009, s. 248-254). I tillegg viser forskning at pasienten som opplever hypoaktivt delirium får

en generell stivhet i kroppen (rigiditet) og manglende bevegelser (akinesesi) (Ranhoff, 2014, s. 453).

I undersøkelsen utført av Yang et al. (2009, s. 251) fant forskerne at det var hensiktsmessig å klassifisere hypoaktivt delirium i to undergrupper: alvorlig og mild. Videre viste det seg at det var stor forskjell i mortaliteten mellom disse to undergruppene, der pasientene med alvorlig hypoaktivt delirium hadde høyest dødsrate mens pasientene med et mild hypoaktivt delirium lå på tilsvarende nivå, med tanke på dødsrate, som pasienter med et normalt deliriumtilfelle.

#### 2.1.4 Blandet delirium

Delirium kan også forekomme som en blanding mellom hyper- og hypoaktiv, der symptomene er vekslende mellom aktivitet og passivitet (Yang et al., 2009, s. 248-254).

#### 2.1.5 Delirium tremens

Det finnes også en fjerde form av delirium, og den er kjent som delirium tremens. Dette er en abstinenspsykose som oppstår når personer, som har hatt alvorlige alkoholproblem over lengre perioder, stopper og drikke eller reduserer alkoholinntaket plutselig. Symptomene til denne tilstanden er at personene kan være angstpreget, motorisk urolige, hallusinerer og kan fremstå som forvirret med et paranoid preg (Norsk Legemiddelhandbok, 2015).

#### 2.1.6 Forekomsten av delirium

I dag opplever opptil 50 % av eldre pasienter delirium i løpet av et sykehusopphold, hvorav 30-40 % av disse tilfellene kunne vært unngått ved tilstrekkelig forebygging (Inouye, Westendorp & Saczynski, 2014, s. 912). Negative konsekvenser som kan komme av et eller flere tilfeller av delirium er funksjonssvikt, forlenget liggetid på sykehus og økte kostnader personlig og for staten (Ranhoff, 2014, s. 452).

### 2.2 Delirium VS. Demens

Demens og delirium blir ofte blandet sammen, og ikke forstått som to forskjellige diagnoser og tilstander. Demens er en kronisk nevrodegenerativ tilstand der tilstanden forverres gradvis fra et tidligere normalt kognitivt funksjonsnivå hvor man kunne fungere selvstendig i

dagligdagse gjøremål, til et kognitivt funksjonsnivå som gjør at man trenger assistanse i de fleste daglige aktiviteter (Fong, Davis, Growdon, Albuquerque & Inouye, 2015, s. 823-832).

Delirium på den andre siden er en tilstand som er karakterisert som en akutt forandring i det kognitive funksjonsnivået. Typiske symptom på diagnosen er at pasienten ikke klarer å holde fokus over en kort periode og rastløshet. Delirium har og et fluktuerende forløp, i motsetning til demens som er en gradvis forverrelse (Fong et al., 2015, s. 823-832).

## 2.3 Forebygging

Mæland (2016, s. 13) forklarer forebygging som å hindre sykdom, skade og tidlig død. Videre mener forfatteren at forebygging handler om å fremme helse og at helse skal være en positiv ressurs i hverdagen til folk flest. Ut ifra disse påstandene har han utarbeidet fire punkt som han mener forebygging er:

- å legge til rette for best mulig helseutvikling
- å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold
- å stimulere folks evner til fleksibel fungering, mestring og kontroll
- å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig

Man kan dele forebygging opp i tre ulike typer forebygging. *Primær forebygging* hvor målet er å forhindre eller utsette sykdom hos friske individer, og *sekundær forebygging* hvor målet er å hindre at sykdom kommer tilbake eller utvikler seg ytterligere. Den siste typen er *tertiær forebygging* der en jobber med å minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet (Mæland, 2016, s. 16).

### 2.3.1 Kartlegging og kartleggingsverktøy

Kartlegging er en viktig faktor for at sykepleieren skal kunne danne et grunnlag for å kunne gi den individuelle pasient tilpasset omsorg, og for å fange opp forandringer i helsetilstanden som krever tiltak. Vurderingsskjema er et av de viktigste kartleggingsverktøyene man har, og det har vist seg at ved å bruke disse så forbedres kvaliteten på vurderingene som blir gjort (Kirkevold, 2014, s. 122).

For å diagnostisere og kartlegge delirium blir hovedsakelig kartleggingsskjemaet «Confusion Assessment Method» (CAM) brukt. CAM er et skåringskjema, der man svarer «ja» eller «nei» på et utvalg spørsmål, og dersom en har svart «ja» slik at det faller innenfor de to boksene i skjemaet vil man mest sannsynlig kunne si at pasienten er delirisk (Inouye et al., 1990).

Alternativt kan man bruke et annet som heter «4AT» (MacLulich, Ryan & Cash, 2014). 4AT er et relativt nytt skåringsverktøy i Norge. Det er basert på at undersøkeren stiller spørsmål og skårer ut ifra svarene pasienten gir. De fire A'ene står for «alertness» (årvåkenhet), «AMT4» (forkortet mental vurdering), «attention» (oppmerksomhet) og «acute change or fluctuating course» (akutt endring eller fluktuasjon i tilstand). Dersom pasienten svarer feil eller unnlater å svare på et eller flere av spørsmålene vil dette gi poeng, og ut i fra totalsummen kan man si om delirium er sannsynlig eller ikke (Evensen et al., 2016).

Skåringskjemaene er lagt som vedlegg til oppgaven (*vedlegg II* og *vedlegg III*).

## 2.4 Den eldre pasienten

I dag har de Forente Nasjoner (FN) ingen fastsatte alderskriterium for når en blir regnet som en eldre pasient, og selv om mange land har en egen definisjon for når mennesker blir regnet som eldre vil ikke dette kunne gjenspeiles til alle personer. Det er individuelt for når en blir gammel, og noen regnes som eldre når de har passert 60 år mens andre ikke kan betraktes som eldre før de har passert 75 år. Man blir i de fleste utviklingsland regnet som eldre når man har passert den alderen hvor en kan motta pensjonsgoder (World Health Organization, 2002). I Norge er denne alderen satt til 67 år, men man kan velge å gå av med pensjon tidligere dersom man ønsker (Statens pensjonskasse, 2017). I oppgaven blir den eldre pasienten definert som en person over 67 år.

## 2.5 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Oppgaven bygger på Joyce Travelbee sin sykepleieteori som er basert på et gjensidig forhold mellom menneske og den forståelse av at hvert menneske er unike individer – like men likevel ulike fra de andre. Hun har bygget også sin teori på viktigheten av at sykepleieren ser

hvert menneske for hva det er, og ikke kun fokuserer på det syke mennesket – og at det er viktig å huske at hver sin opplevelse av sykdom, lidelse og tap er individuelt.

Travelbee definerer utøvelsen av sykepleie som «(...) en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Med disse ordene mener hun at sykepleie alltid dreier seg om mennesker, uansett om det er den syke, den friske, pårørende eller kollegaer. Videre mener Travelbee at en ikke skal bruke ordene pasient og sykepleier, for da danner en seg en stereotype av den personen en møter. I følge Travelbee kan et menneske-til-menneske-forhold kun eksistere mellom eksakte mennesker og ikke mellom generaliserte og abstrakte roller (som for eksempel pasient og sykepleier). Hun hevder det er viktig å skape en ny relasjon til hvert nytt individ som en møter, og at en ikke skal ha fordommer som kan forstyrre og overstyre den enkelte sine kvaliteter (Kirkevold, 1998, s. 114-116).

For å kunne skape et menneske-til-menneske-forhold må man gjennom flere interaksjonsfaser. Disse fasene er i følge Travelbee:

1. det innledende møtet
2. fremvekst av identiteter
3. empati
4. sympati
5. gjensidig forståelse og kontakt

I den første fasen, «det innledende møtet», bygger sykepleier og pasient kjennskap til hverandre og jobber med å bryte ned fordommene og stereotypene de har fra før. Med dette menes det at sykepleier bruker tidligere erfaringer med pasienter for å danne seg et bilde av det nye individet som han/hun møter, og likedan andre veien. I fasen «fremvekst av identiteter» bygges hverandres identiteter, og en jobber med å se den andre i større grad av egen identitet enn som i en kategori som en gjerne gjorde i den første fasen. Videre når en har fått en forståelse for hvilket enkeltindivid en står ovenfor, vil en bygge empati til hverandre, som vil si en erfaring mellom disse to individene, og en evne til å leve seg inn i den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Evnen til sympati springer ut av empatiprosessen, men representerer et skritt videre – det at en føler en trang eller ønske om å lindre plagene som en

føler ved empatien. Den siste fasen i prosessen er «gjensidig forståelse og kontakt», og dette beskriver Travelbee som et resultat av de tidligere gjennomgåtte fasene. Det resultatet består av sammenveving av tanker, følelser og holdninger som formidles eller kommuniseres fra den ene til den andre (Travelbee, 1999, s. 177-217).

Et viktig begrep i Travelbee sin sykepleieteori er lidelse. Hun definerer lidelse som en fundamental fellesmenneskelig erfaring. Dette vil si at en som menneske en eller annen gang vil erfare lidelse. Her igjen påpekes det at det er et fellestrekk med opplevelsen av noe, men at det er personlig for hvilken erfaring en sitter igjen med etter opplevelsen. Lidelse kan oppstå når en opplever forskjellige tap, nedsatt egenverd og dersom en blir adskilt fra andre (Kirkevold, 1998, s. 114).

Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene en sykepleier har. Travelbee definerer kommunikasjon som en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser. Sykepleieren skal bruke kommunikasjon for å oppnå, i følge Travelbee, sykepleiens hensikt som er å hjelpe pasienten å mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene. Travelbee mener også at kommunikasjon er en vesentlig faktor for å kunne skape det mellommenneskelige forholdet som en skal strebe etter. Hensikten med kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten er at en skal bli kjent med pasienten, og for å finne frem til og oppfylle hans eller hennes behov. Det fremheves også at kommunikasjon ikke bare har en positiv innvirkning, men kan også virke negativt inn på den sykes ensomhet og isolasjon (Kirkevold, 1998, s. 118-119).

## 2.6 Pårørende

Pårørende blir etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3) definert som den personen som pasienten/brukeren oppgir som sine nærmeste. Hvis pasienten/brukeren ikke er i stand til å oppgi en pårørende, skal nærmeste pårørende være den som er i hyppigst og varig kontakt med pasienten/brukeren. Dette vil med andre ord si at pårørende ikke alltid vil være en i familien til pasienten. Det er ikke alle som har lyst til at familie skal vite om deres lidelse og sykdom, noe man som helsepersonell må respektere. I en situasjon der det er spørsmål om delirium hos en pasient, kan det være at pårørende sitter på viktig informasjon for videre utredning da det pasienten sier ikke alltid vil være pålitelig om han/hun er delirisk.

Man har som sykepleier et ansvar for at pårørende føler seg ivaretatt, og være der som støttende hjelpespiller i krevende situasjoner. Når man ikke kjenner igjen en av sine nærmeste på grunn av delirium, kan det være en stor påkjenning for dem. Etter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal sykepleieren vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

Vilhelm Aubert (1985) presenterer metode som «(...) en framgangsmåte, 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.» (Dalland, 2012, s. 111)

Valg av metode ble gjort ut ifra personlige interesserer, som veier tyngre for det målbare enn det reflekterende. Det ble dermed valgt å utforme oppgaven som en prosjektrapport i form av en litteraturstudie. En litteraturstudie går ut på å systematisere kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Å systematisere vil si og samle litteratur, gjennomføre en kritisk vurdering av det en har funnet og til slutt sette det sammen til en fullstendig tekst. En skal gjennom hele denne prosessen ha en ryddig oversikt over hva en har funnet (Thidemann, 2015, s. 79-80).

Prosjektrapporten blir skrevet ut ifra malen «IMRa(o)D», som står for **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat, **A**nd (Og), **D**iskusjon. Dette er en modell for hvordan en kan bygge opp en vitenskapelig artikkel, som brukes i helsefagene (Søk & skriv, 2017).

### 3.2 Forskningsmetoder som er inkludert i litteraturstudiet

Oppgaven bygger på forskningsartikler der kasus-kontrollstudier og kohortstudier er anvendt. I tillegg til systematisk oversiktsartikler. Kasus-kontroll- og kohortstudier fokuserer på hvorfor noen får et problem og andre ikke, og hva som er årsaken til dette (Folkehelseinstituttet, 2016a). Systematisk oversiktsartikler er artikler der forfatteren har samlet forskning fra flere forfattere og laget en slags oversikt over forskning knyttet til den

aktuelle problemstilling. En vil med bruk av disse artiklene få en bredere innsikt og forståelse for temaet en studerer (Folkehelseinstituttet, 2016d).

### 3.3 PICO

En PICO er et verktøy som presiserer problemstillingen en har valgt til enkelte ord, som gjør det lettere å utføre litteratursøk opp mot relevant forskning som en kan bruke i prosjektrapporten sin (Folkehelseinstituttet, 2016b). Siden problemstillingen for oppgaven er som følgende «*Hvilken rolle har sykepleier i den forebyggende og behandlende fasen av delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinsk avdeling i sykehus?*» blir PICOen for oppgaven:

Tabell I: PICO

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Population/patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome/result
Eldre, deliriske pasienter på medisinsk avdeling	Forebyggende og behandlende tiltak	Ikke aktuelt	Mindre kostnad og kortere liggetid

PICOen er blitt brukt for å komponere søkeord til de ulike litteratursøkene som er utført. Det er blitt søkt i helserelaterte databaser, som MedLine, CINAHL og British Nursing Index. Ingen artikler fra British Nursing Index ble inkludert på grunn av det ble funnet mer relevante artikler i databasen MedLine og CINAHL. En annen faktor som ble tatt til betraktning for ekskluderingen var omfanget av oppgaven.

Søkeordene som er blitt brukt er i litteratursøkene er: *older, patient\*, delir\*/delirium, medical ward, prevent\*(prevention)* og *nurse\**. Jeg har brukt disse ordene i forskjellige kombinasjoner, ved bruk av kombinasjonsordene AND og OR. For å få et vidt søkefelt er «MeSH»-ordboka blitt anvendt. «MeSH»-ordboka er en terminologibase som omfatter de fleste begreper innen for helsefag og medisin, og en kan finne ord på norsk og engelsk (Aasen, 2018).



## 3.4 Søkeshistorikk

Tabell II: Søkeshistorikk

Database	Søkenummer	Søkeord og søkekombinasjoner	Antall treff	Relevante artikler	Eksluderte artikler
<b>CINAHL</b>	1	Delirium OR delir*	5 823	23	161
	2	Experience	197 601		
	3	«patient»	578 904		
	4	«Delirium OR delir*» AND «Experience» AND «Patient»	184		
<b>MedLine</b>	1	«Aged OR older»	3 024 318	7	6
	2	«Senior*»	36 170		
	3	«Aged OR Older» OR «Senior*»	3 048 730		
	4	«Delirium OR Delir*»	16 649		
	5	«Medical ward»	1 219		
	6	«Prevent*»	2 167 115		
	7	«Aged OR Older OR Senior*» AND «Delirium OR Delir*» AND «Medical ward» AND «Prevent*»	13		
<b>British Nursing Index</b>	1	«Aged OR Older OR Senior*» AND «Delirium OR Delir*» AND «Medical ward» AND «Prevent*»	150 788	0	338

	2	Avgrenset søket til «artikler publisert etter 2010»	61 245		
	3	(aged OR senior* OR older AND patient**) AND (“delirium OR delir**”) AND (medical ward) AND prevent*	338		

Dato for søk er september og oktober 2018.

### 3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å snevre inn søket mot den aktuelle problemstillingen ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse er som følgende:

Tabell III: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Populasjonen må være &gt; 67 år</li> <li>- Forskningsartikler som er &lt; 10 år</li> <li>- Skrevet på skandinaviske språk eller engelsk</li> <li>- Omhandler pasienter som er kognitivt friske ved innkomst</li> <li>- Medisinske avdelinger ble inkludert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omhandler pasienter med tidligere kognitiv svikt</li> <li>- Pasientene innlagt på annen institusjon enn somatisk sykehus, som for eksempel sykehjemsavdelinger, rehabilitering og psykiatrisk sykehus</li> <li>- Pasientene er deliriske ved innkomst til akuttmottak/sykehusavdeling</li> <li>- -Pasientene er deliriske på grunn av alkoholabstinenser (delirium tremens).</li> <li>- Pasienter innlagt i kirurgisk avdeling</li> </ul>

Det ene punktet innenfor kunnskapsbasert praksis er å kritisk vurdere artiklene og forskningen som er anvender i sitt egen litteraturstudium. For å kritisk vurdere de artiklene som er brukt, er det benyttet sjekklister som en finner på Helsebibliotekets nettsider. Disse sjekklister er

spesialisert opp mot de forskjellige forskningsmetodene som blir brukt og utarbeidet av de engelske versjonene av Critical Appraisal Skills Programme (CASP) ved University of Oxford (Folkehelseinstituttet, 2016c). For å kritisk vurdere de artiklene som er brukt i denne oppgaven er sjekklister for kasus-kontroll studier, kohortstudier og systematiske oversiktsartikler benyttet.

### 3.6 Etiske overveielser

Når en skal skrive litteraturstudier, bør det gjøres etiske overveielser. Innenfor det fagfeltet som belyses i denne oppgaven, helse og omsorg, er det viktig at en beholder anonymiteten til de som har deltatt i forskningen som er brukt. Det er også viktig å sikre troverdigheten til forskningsresultatene (Nylenna & Torp, 2017).

I litteraturstudien er det brukt forskning og forskningsartikler utført av andre, og det er kun brukt artikler som er anonymiserte. Det eneste som er oppgitt hvilke sykehus det gjelder, aldersgruppe og kjønn. Det er grunnleggende innenfor helsesektoren at en bevarer anonymiteten til pasienten ovenfor andre.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Litteratormatrise

Litteratormatrisen med et kort sammendrag av alle artiklene som er brukt er lagt ved som vedlegg til oppgaven (*vedlegg I*).

### 4.2 Tidlig anerkjennelse av delirium

Delirium kan være en økonomisk kostbar diagnose. Emond et al. (2017, s. 10-14) har forsket på hvilken effekt god eller dårlig pleie hadde for eldre i akuttmottaket med tanke på utviklingen av delirium. Målet med studien var å finne insidensen av delirium i akuttmottak, og hvilke konsekvenser et delirium som oppstår i akuttmottaket har for den videre behandlingen. 200 journaler ble gjennomgått over en toårs periode, og av disse viste det seg at 18 % av pasientene opplevde en eller flere episoder av delirium. 50 % fikk delirium innen 24

timer etter ankomst på akuttmottak, og 41.2 % av disse hadde deliriske episoder mens de fortsatt låg på akuttmottaket. Tall fra undersøkelsen viste også at den mest utsatte gruppen for å bli deliriske var personer mellom 75-84 år (50 %). Det var kun 13,8 % av pasientene som opplevde delirium som var mellom 65-74 år, og 37,2 % av pasientene var over 85 år. Videre viste forskningen at dersom man hadde en eller flere deliriske episoder i løpet av den tiden man lå på akuttmottaket og ventet på og bli overflyttet til en annen avdeling, ville dette påvirke liggetiden i akuttmottaket. I tillegg viste det seg at pasienter som var deliriske fikk flere doser med opioider (Emond et al., 2017, s. 11).

Forskerne la og så frem at utvikling av delirium innen de første 24 timene etter ankomst på akuttmottaket vil ha store konsekvenser for liggetiden på sykehuset. Studien viste at en pasient som ikke utviklet delirium under sykehusoppholdet hadde en gjennomsnittlig liggetid på 10,2 dager, mens pasienter som utviklet delirium de første 24 timene ville ha en gjennomsnittlig liggetid på 23,7 dager (Emond et al., 2017, s. 11).

I en lignende studie utført av Bo et al. (2016, s. 1114-1119) fant forskerne at 52 av 330 pasienter utviklet delirium innen de tre første dagene etter innleggelse på sykehus. Pasientgruppen som ble undersøkt var eldre pasienter over 75 år som ikke hadde delirium ved ankomst i akuttmottak, hjerneslag, koma, afasi, språkvanskeligheter, psykiatriske lidelser eller alkoholmisbruk. I tillegg var det kun pasienter som skulle overføres videre til medisinske eller geriatriske avdelinger som ble inkludert i studien. Høyere alder, moderat til alvorlig kognitiv svikt, inneliggende urinkateter og liggetid på akuttmottak over 10 timer var alle faktorer for å utvikle delirium. Studien viste også at høyere alder, kognitiv svikt i hvilken som helst grad og det å få lagt inn et urinkateter i akuttmottak var uavhengige faktorer for å utløse et delirium.

## 4.3 Pårørende til den deliriske pasient

### 4.3.1 Involvering av familie og pårørende i forebyggingen

Å involvere familien i den forebyggende fasen av delirium har vist seg å ha en gunstig effekt, og de fleste pårørende er positive til å delta i denne prosessen. Smithburger, Korenoski, Kane-Gill & Alexander (2017, s. 48-58) fant i sin undersøkelse at 9 av 10 familiemedlemmer ville være komfortable med å delta i deliriumforebygging, men det var kun 38 % av disse som

hadde fått spørsmål om å delta i prosessen. 28 % svarte og så at de ikke hadde opplevd at helsepersonell hadde snakket med dem om muligheten for et samarbeid.

I samme undersøkelse utført av Smithburger et al. (2017, s. 51) svarte helsepersonell på et annet spørreskjema, som var spesialtilpasset helsepersonellet. Totalt 93 % av alle leger og sykepleiere trodde at et samarbeid med pårørende ville være effektivt og bra for å hindre at pasienten utviklet delirium i den kritiske fasen av et sykehusopphold. 50 % av mente også at de diskuterte konsekvensene av delirium og ulike metoder å forebygge delirium på med pårørende.

I en annen randomisert-kontrollert studie utført av Waszynski, Milner, Staff & Molony (2018, s. 154-161) viste det seg at simulert familienærvær hadde en positiv effekt på aggresjonsnivået til pasienter som var i et delirium. I denne undersøkelsen utarbeidet forskerne et minutt korte videosnutter, som inneholdt korte og personlige hilsener, i samarbeid med pårørende. Videoene ble vist i det de deliriske pasientene viste tegn til aggresjon, i tillegg til at de fikk vanlig pleie. Videoen som ble vist til kontrollgruppen var et ett minutt langt klipp som viste at regnet falt på fargerike, tropiske planter, samtidig som man hørte regnet falle. Også i denne gruppen ble videoene startet med en gang pasientene viste tegn til aggresjon, i tillegg til også disse pasientene mottok vanlig pleie. Forskerne brukte også en tredje gruppe der det ikke ble vist noen form for video – pasienten fikk kun den ordinære pleien. Det var totalt 111 pasienter mottok en intervensjon i form av enten familie- eller naturvideo, eller ingen video. Det var 34 pasienter i gruppen der familievideo var intervensjon, 40 pasienter i gruppen som viste naturvideo og 37 som ikke fikk vist noen video.

Resultatene i den undersøkelsen viste at det var en statistisk signifikant forandring i aggresjonsnivået hos pasientene som ble eksponert for familie- eller naturvideo under økt agitasjon som følge av deliriet. Det var ingen endring hos de som ikke fikk noen intervensjoner. Samtidig fant forskerne at det ikke var noen signifikant forskjell i aggresjonsnivå mellom de tre gruppene 30 minutter etter intervensjon, men pasienten var totalt sett roligere 30 minutter etter enn hva de var ved starten på forsøket (Waszynski et al., 2018, s. 157).

#### 4.3.2 Følelsene som oppstår hos pårørende til deliriske pasienter

I en meta-analyse utført av Partridge, Martin, Harari & Dhesi (2013, s. 804-812) er det blitt undersøkt og studert hvilken påvirkning delirium hadde følelsesmessig for de pårørende. Forskerne brukte flere artikler, der de fleste var kvalitative studier. I en av studiene som er inkludert ble flere pårørende spurt om hvilke følelser som oppsto når de så at den syke ble delirisk. De følelsene som oftest ble påpekt var 'skyldfølelse', 'angst', 'bekymring', 'hjelpeløshet' og 'slitenhet' (Namba et al., 2007, s. 587-594). Disse følelsene blir gjenspeilt i en annen studie som også var inkludert. I denne undersøkelsen ble pårørende spurt om å beskrive sin opplevelse av situasjonen av det å være pårørende til en delirisk pasient. De beskrivelsene som flest gjengav var 'stressende', 'forferdelig', 'frustrerende' og 'skummelt'. I tillegg kom det fram i studien at mange pårørende følte et tap, mistillit fra pasientens side og usikkerhet (Marlene, Ellen, Kaur & Eduardo, 2009, s. 164-171).

#### 4.4 Hvor viktige er godt lederskap under forebyggingen av delirium

Ledere, sykepleiere og andre helseprofesjoner er de som har ansvaret når man skal forebygge, oppdage, diagnostisere og behandle delirium, og for at alle disse profesjonene skal kunne samarbeide om et felles mål – å unngå alvorlige konsekvenser av delirium – må man ha gode ledere og lederskap. I en artikkel skrevet av Bérubé, Guillemette og Bergeron (2017, s. 16-20) blir lederskapet, i forhold til delirium, beskrevet. Forskerne viser til at et godt lederskap fra avdelingslederne vil skape et støttende miljø i avdelingen som vil være gunstig for å iverksette og prøve ut nye tiltak i forhold til forebygging og behandling av delirium. De tiltakene som er funnet å være mest effektive fra lederne sin side er kommunikasjon, åpenhet og oppfølging av pleiere i utfordrende situasjoner. I tillegg til blir det trukket frem at sykepleierne i avdelingen ofte er mellomledet mellom personalet på avdelingene og lederne, og at sykepleierne er de som blir sett på som «lederne på gulvet».

En annen studien er bygget på det faktum at det blir flere og flere pasienter per sykepleier, det blir travlere arbeidsdager for de som arbeider på sykehuset, og hvilken effekt dette har på arbeidsmiljøet i avdelingen og hvilke konsekvenser dette kan få for pasienten (Wong, Cummings & Ducharme, 2013, s. 709-724). Wong et al. (2013, s. 710) har videre i sin artikkel fokus på hva som er et godt lederskap, som bygger opp under at det skal være godt

arbeidsmiljø. Forskerne beskriver ut ifra dette to typer lederskap – *et oppgave-orientert lederskap* og *et relasjons-orientert lederskap*.

Wong et al. (2013, s. 710) beskriver et *oppgave-orientert lederskap* som å sette økonomi, prosedyrer, struktur, ressurs sparing og definering av roller høyest når man skal definere hvordan en avdeling skal fungere. Dette vil si at man ikke tar pasientens ønsker og behov til betraktning, men man gjør det som er billigst og alt strengt etter prosedyre for å spare mest mulig ressurser. I tillegg så skal hver profesjon kun gjøre det «de er ment til» for å hjelpe pasienten.

Et *relasjons-orientert lederskap* kan man forstå som at det er bygget på følelser og å skape relasjoner, og man kan ut ifra forskning se at et slikt lederskap og tenkning har positive effekter på pasientens forløp. I et relasjons-orientert lederskap vil ikke ressursbruk og økonomi ha stor betydning, men heller det at pasienten og personalet skal ha gode relasjoner, og at man skal kunne samarbeide bra. Studier som har undersøkt denne typen lederskap viser til at dødeligheten og andre komplikasjoner er redusert betraktelig når man nyttet prinsipper bygget på relasjons-orientert lederskap for å lede personalet i pleien av syke mennesker (Wong et al., 2013, s. 710).

#### 4.5 Effekt og bruk av ulike forebyggingsmetoder av delirium

I en systematisk oversiktsstudie og meta-analyse utført av Kang et al. (2018, s. 372-384) har forskerne delt tiltakene som de har undersøkt opp i ni kategorier; multikomponent tiltak, fysisk miljø i avdelingen, daglige forstyrrelser i sedasjon, fysisk aktivitet, pasient undervisning, automatisk alarmsystem, cereberal hemodynamisk forbedring, familiesamarbeid, og protokollføring av sedasjon-redusering.

I sammenligningen som ble gjort av alle de inkluderte studiene i meta-analysen fant ikke forskerne noen signifikant forskjell av effekten ved bruk av de ikke-farmakologiske tiltakene. Det som derimot ble oppdaget var at multikomponente tiltak og fokus på det fysiske miljøet rundt pasienten var de tiltakene som ble anvendt hyppigst. Multikomponente tiltak viste seg og ha effekt på forekomsten av delirium men ikke varigheten av det. Ved å kun ha fokus på det fysiske miljøet rundt pasienten reduserte man hverken forekomsten eller varigheten av

delirium. Ut ifra dette anbefaler forskerne å anvende multikomponente tiltak ved forebygging av delirium. Denne typen intervensjon blir anbefalt på bakgrunn av at det er lett å anvende og integrere på avdelinger (Kang et al., 2018, s. 374-377).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Viktigheten med å være på i tidlig fase av delirium

Emond et al. (2017, s. 10-14) pekte i sin studie på forskjellen av total liggetid mellom pasienter hvor man anerkjente og diagnostiserte pasienten med delirium i løpet av de første 24 timene etter innleggelse i sykehus, og de pasienten hvor man ikke gjorde dette. Disse funnene ble støttet av Bo et al. (2016, s. 1114-1119) som fant at en tidlig anerkjennelse av delirium ville ha en positiv effekt for den videre behandlingen til pasienten(e). Resultatene fra begge studiene viser at man allerede i akuttmottaket bør sette i gang tiltak for å forebygge delirium, og på den måten øke sjansen for en vellykket behandling videre. Bo et al. (2016, s. 1114-1119) viste også til at det er flere tiltak sykepleierne kan utføre uten at det fører til økte kostnader eller at det er tidkrevende, blant annet at man skjermer pasienten for unødvendig stimuli, mobiliserer pasienten tidlig i sykehusforløpet og at det er få sykepleiere som er ansvarlige for pleien til pasienten. Ut ifra resultatene av disse studiene kan man argumentere for at tiltak rettet mot forebygging av delirium, hos pasienter som er i risikozonen for å utvikle delirium, bør integreres i alle avdelinger slik at de iverksettes med en gang pasienten ankommer avdelingen. Det finnes i tillegg flere gode og brukervennlige kartleggingsverktøy som man kan bruke når man skal undersøke om pasienten er delirisk eller ikke.

Kartleggingsverktøyene «CAM» og «4AT» er eksempler på slike, da disse er korte, konsise og enkle å sette seg inne i.

Av personlig erfaring i praksis ved en somatisk sykehjemsavdeling ble det observert at personalet anvendte kartleggingsverktøyet «CAM» (Inouye et al., 1990) daglig – og da gjerne på hver vakt – på en pasient som hadde en pågående lungeinfeksjon. Grunnen til at personalet gjorde dette var at de av tidligere erfaringer hadde opplevd pasienten som delirisk når h\*n hadde infeksjoner i kroppen. De karakteristiske trekkene som gikk igjen hos denne pasienten var syns- og hørselshallusinasjoner, økt desorientering av tid og sted, og at pasienten fort ble agitert når personalet på avdelingen ikke forstod h\*n eller hva h\*n så. For å forebygge



komplikasjoner som følge av deliriet til denne pasienten tilstrebet personalet at det kun var personell som kjente pasienten godt som gikk inn på pasientrommet og at det var de samme personene som hadde ansvaret for pasienten på vaktene der det var mulighet for det. I tillegg skjermet de pasienten for forstyrrende stimuli (som for eksempel TV, andre pasienter og lyd).

Kang et al. (2018, s. 372-384) tok i sin metaanalyse for seg de ulike typene forebygging- og behandlingsprosedyrene man kan bruke for å forebygge delirium. Resultatene av studien viste at det var multikomponente tiltak som var mest brukt, og det er også disse som er mest anvendelige i avdelingene. Et multikomponent tiltak består av flere deler, og man står fritt til å velge om man skal bruke alle delene eller om man filtrerer ut deler som man opplever har effekt for den enkelte pasient. Noen eksempel på slike komponenter er skjerming av stimuli, seponere unødvendige medikament og katetre, tidlig mobilisering og at man tilstreber at pasienten får kontinuitet i pleien. I tillegg viste studiene at det fysiske miljøet i avdelingene har mye og si for om pasienten vil utvikle delirium eller ikke. Det fysiske miljøet kan blant annet forstås med at man tilstreber god belysning på pasientrommene, lufter slik at det kommer inn frisk luft, fjerner brukt servise og holder pasientrommene og avdelingen ryddig. For å kunne forebygge og behandle delirium må man som sykepleier ha kunnskap om tilstanden og vite hvilke pasienter som vil være i risiko for å utvikle dette. I tillegg må man ha en innstilling der man går inn for å forebygge delirium. I tillegg til å behandle et mulig utviklet delirium.

## 5.2 Alle er forskjellige

I hverdagen på medisinske avdelinger er det sykepleierne som oftest er inne hos pasienten, og dermed de som lærer seg å kjenne pasienten best. Sykepleierne er også de som fanger opp symptom på sykdom, for så å gi opplysninger videre til legene. Likevel er det ikke alltid like enkelt å oppdage at pasienten blir delirisk siden man gjerne ikke kjenner sykeanamnesen til pasienten godt nok. Flere eldre sliter også med en grad av kognitiv svikt som ikke er kartlagt tilstrekkelig før sykehusoppholdet så det kan være fort gjort å tolke symptomene for delirium som en kognitiv svikt. Sykeanamnesen er det viktigste hjelpemiddelet man har når man skal skille delirium i fra en eventuell demensdiagnose (Ranhoff, 2014, s. 454).

Når sykepleieren opplever pasienten som delirisk vil det være naturlig å henvende seg til pasientens pårørende for å undersøke om dette er en kjent tilstand eller ikke, men i dag er det flere eldre personer som har begrenset familiekontakt og små sosiale forhold. Disse pasientene blir omtalt i litteraturen som ekstra sårbare for delirium siden sykepleierne ikke har referanser som kan beskrive hvordan pasienten pleier å være til vanlig. Delirium er i tillegg delt inn i tre undergrupper: *hypoaktivt*, *hyperaktivt* og *blandet*. Forskning viser at hypoaktivt delirium er den typen delirium som færrest ganger blir diagnostisert, og at dødsraten for hypoaktivt delirium er vesentlig høyere enn hos pasienter som opplever andre former for delirium (Yang et al., 2009). Et hypoaktivt delirium hos en pasient uten pårørendekontakt vil være vanskelig å oppdage (på grunn av manglende bakgrunnsinformasjon), og det kan få alvorlige konsekvenser for vedkommende. I Travelbee sin sykepleieteori blir lidelse beskrevet. Lidelse kan forklares som en fundamental fellesmenneskelig erfaring, som vil si at det finnes fellestrekk i opplevelsen av lidelse men at man sitter igjen med forskjellige personlige erfaringer av lidelse (Kirkevold, 1998, s. 114). Det er viktig at man som sykepleier har i bakhodet at alle pasienter er ulike og at man håndterer den samme tilstanden på ulike måter. Det er også viktig at sykepleieren bruker tid i lag med pasienten, og blir kjent med pasienten for å få en forståelse av om pasienten er delirisk eller ikke. Videre skal sykepleiere alltid tale pasientens sak, når de ikke har mulighet eller kunnskap til dette selv.

### 5.3 Kommunikasjon til pasienter med delirium

I introduksjonskapittelet til bacheloroppgaven blir en opplevelse av delirium beskrevet fra en kvinnelig pasient sitt perspektiv. Hun forteller om at det var flere som kom inn for å roe henne ned ved å si «Vær stille, du forstyrrer andre pasienter» (Warren, 2016). Denne måten å tilnærme seg en delirisk pasient på vil ha liten effekt. Å, nesten, kommandere pasienten til å være stille vil virke nedlatende for pasienten og pasienten vil kunne bli enda mer agitert siden personalet ikke er bekreftende og imøtekommende for deres virkelighet. For å tilnærme og roe ned pasienten, anbefales det at sykepleieren undersøker hva som er årsaken til uroen og muligheten for behandling av denne.

Travelbee (1999) uttrykker videre i sin sykepleieteori at en av de viktigste komponentene i utøvelsen av sykepleie er kommunikasjon. Kommunikasjon er det redskapet sykepleieren alltid har tilgjengelig, og et av redskapene som er med på å danne det mellom-menneskelige-

forholdet som Travelbee mener er en av grunnpilarene i sykepleie. I hendelsen med den kvinnelige pasienten virket det ikke som sykepleieren var villig til å forstå kvinnens virkelighet, og dermed er det også vanskelig å skape et menneske-til-menneske-forhold. For å skape et menneske-til-menneske-forhold må man kunne se hvert enkelt individ som unikt, og forstå deres særegne behov og følelser. Man må undertrykke stereotypene og lære å kjenne den enkelte som står framfor oss (Travelbee, 1999). Man har som sykepleier, i følge de yrkesetiske retningslinjene, et ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Under forebyggingen av delirium må man først lære å kjenne pasienten for at man skal kunne møte å ivareta pasientens behov og samtidig skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Ved medisinske avdelinger blir man kjent med pasientene på en annen måte en ved kirurgiske poster, siden flere av pasientene er kronisk syke og trenger oppfølging på sykehus gjentatte ganger. Hver gang pasienten blir lagt inn og man som sykepleier skal møte pasienten med blanke ark, bør man ha prosessen for å danne et menneske-til-menneske-forhold i bakhodet. Pasientenes personlighet og erfaringer kan endre seg fra gang til gang man møtes, og faktorer utenfor sykehuset spiller inn på pasientens fysiske og psykiske helse.

#### 5.4 Hvordan sykepleiere kan inkludere familie og pårørende i forebygging og behandling av delirium

Man skal som sykepleier alltid tilstrebe best mulig pleie og omsorg til pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011). For en pasient som er delirisk, eller som er i fare for å utvikle delirium, vil det å være der for pasienten og å gi pasienten kontinuitet når det kommer til pleiere og hvem som arbeider med pasienten være viktig. Men det er ikke alltid at man klarer å alltid være de samme som går til pasienten igjen og igjen, for man har som sykepleier og andre helsefagarbeidere mange andre pasienter man også skal ta seg av og pleie. For å finne en god løsning kan familie og/eller pårørende involveres slik at delirium forebygges og behandles.

Smithburger et al. (2017, s. 48-58) belyste i sin studie at det var gjensidig enighet mellom helsepersonell og pårørende om at pårørende kunne ha en positiv innvirkning på pasientens deliriske tilstand. Det finnes fordeler ved å nytte nærvær fra pårørende i en forebyggingsfase

av delirium, men også etter at pasienten er blitt delirisk. Nærværet fra pårørende vil ha en tryggende effekt på pasienten siden pasienten ikke vil føle seg alene og fremmed. I en hektisk og travel hverdag for sykepleiere som jobber på medisinske avdelinger i sykehus, vil det å legge til rette for at pårørende kan delta i forebyggingen og behandlingen av delirium være noe som sparer sykepleierne for travelhet og følelsen av å ikke strekke til. Det er ikke mange ressurser som kreves for at dette skal kunne la seg gjennomføre. Waszynski et al. (2018, s. 154-161) pekte i sin studie på effekten av videosimulert familienærvær når pasienten ble delirisk. Denne studien støttet også det samme som Smithburger et al. (2017, s. 48-58) fant – pårørende var generelt positive til å delta i forebyggingen av delirium. På bakgrunn av dette mener jeg at det er viktig at sykepleiere ved medisinske avdelinger legger mer til rette for at pårørende kan få delta i forebyggingen og behandlingen av deliriske pasienter.

Et videosimulert nærvær fra familien er noe som enkelt kan gjennomføres på alle avdelinger. Det eneste som trengs er initiativ fra personalet, ledere og familie/pårørende. Man har også behov for TV-skjermer, en data og et filmkamera (Waszynski et al., 2018, s. 154-161). Noen vil påstå at det er dyrt for avdelingen å investere i disse hjelpemidlene, men litteraturen viser at delirium er en kostbar diagnose. Det har blitt forsket på hva den totale kostnaden for sykehusoppholdet til en delirisk pasient er, og det er kommet frem til at et tilfelle av delirium koster sykehuset og helsevesenet omtrentlig 1200 € (inkludert kostnad per dag pasienten ligger på sykehuset, bemanning og materielle kostnader) (Weinrebe, Johannsdottir, Karaman & Füsgen, 2016). Om man konverterer summen fra euro til norske kroner (NOK) vil den totale kostnaden være omtrent 11 500 NOK per pasient. I det korte løp er det dyrt å investere i hjelpemidlene man trenger for å utøve det simulerte familienærværet. Men dersom man tenker på det lange løp vil det være billigere og betale en høy engangssum, kontra og betale flere høye summer kontinuerlig over tid.

Alle mennesker er unike individ, slik som Travelbee forklarer i sin sykepleieteori (1999). Noen pårørende vil, som følge av våre forskjeller, føle på noen helt andre følelser siden de ikke kjenner igjen sine nære og kjære. Flere pårørende har uttalt at de følelsene som oppstår når man står ved siden av sykesengen til pasienten er skyld, angst, bekymring, hjelpeløshet og slitenhet. Pårørende kan også føle at det er en stressende, frustrerende og skummel situasjon når de ikke strekker til og pasienten ikke kjenner dem igjen eller forstår hvem de er (Partridge et al., 2013). Det er i kapittel 3 i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* beskrevet at

«sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 9). Etter min mening er det viktig at sykepleieren setter seg inn i situasjonen til de pårørende, og forklarer de pårørende om diagnosen og tilstanden til pasienten. Dette kan skape trygghet hos pårørende i utfordrende tider.

## 5.5 Hva betyr lederskapet for forebyggingen og behandlingen av delirium

Det gode lederskapet er også et viktig aspekt når man skal arbeide med andre mennesker. I Bérubé et al. (2017, s. 16-20) sin artikkel blir det lederskap når man jobber med deliriske pasienter beskrevet. Forfatterne peker på at et godt lederskap fører til en behagelig atmosfære i avdelingen, noe som er viktig når man skal jobbe med deliriske pasienter og pasienter som står i fare for å utvikle delirium. Deliriske pasienter oppfatter om sykepleierne på avdelingen ikke har tid til dem, og vil da reagere ut ifra det – enten med verbal og motorisk uro, eller at de velger å trekke seg bort. I en sykehusavdeling blir sykepleierne omtalt som «lederne på gulvet». Det er sykepleierne pårørende henvender seg til dersom de lurere på noe, det er sykepleierne som gjør flest observasjoner av pasienten i løpet av døgnet og det er sykepleierne som har tråden i hva pasienten skal til enhver tid. Artikkelen peker på at ledere som er rettferdige og imøtekommende vil skape større åpenhet og aksept for å iverksette nye tiltak og prøve ut nye metoder på avdelingen (Bérubé et al., 2017, s. 16-20) .

Wong et al. (2013, s. 709-724) beskrev i sin studie to forskjellige metoder å lede en ansattgruppe på: *oppgave-orientert lederskap* og *relasjons-orientert lederskap*. I en situasjon der man pleier en delirisk pasient vil det være nødvendig å legge til side de tildelte oppgavene man får, og heller bygge relasjoner og tillit til pasienten. Man må være et medmenneske og vise omsorg for pasientene som man pleier. I studien til Kang et al. (2018, s. 372-384) la forskerne vekt på at det fysiske miljøet rundt pasienten hadde en betydning for om pasienten utviklet delirium eller ikke. Om man arbeider ut ifra lister og fokuset er på de prosedyrene man skal gjennomføre, kan dette oppleves som stressende for pasienten og dermed være en utløsende faktor for delirium. Det vil med dette, ved noen særlig utsatt avdelinger i henhold til delirium som for eksempel geriatiske avdelinger, være naturlig å føre et relasjons-orientert lederskap. Det relasjons-orienterte lederskapet bygger på gode relasjoner mellom de ansatte, og det er viktig at man også overfører denne relasjonen mellom sykepleier og pasient. I et

relasjons-orientert lederskap bruker man tid på pasienten og man prøver å jobbe med kontinuitet innenfor de ulike ansattgruppene.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven var problemstillingen som følgende: *“Hvilken rolle har sykepleier i den forebyggende og behandlende fasen av delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinsk avdeling i sykehus?”*. Hensikten med oppgaven var å finne god litteratur som kan anvendes videre i personlig praksis, men også for fremtidige kollegaer. Oppgaven har presentert både teori, forskning og egne refleksjon som er relevant i forhold problemstillingen.

For å konkludere med hvilken rolle sykepleieren har i den forebyggende og behandlende fasen av delirium kan man argumentere for at sykepleieren skal være en kunnskapskilde som er oppdatert på den nyeste informasjonen, sykepleieren skal kunne anvende og lære bort hvordan man bruker kartleggingsverktøy og når man skal sette i gang hvilke tiltak for å kunne forebygge og behandle delirium. Sykepleieren må også kjenne symptomene på delirium og være en observatør. Samtidig må man som sykepleier være en støttespiller for den syke og dens pårørende, ved å vise pasient og pårørende trygghet og åpenhet. Og sist, men ikke minst, må man som sykepleier stå frem som en leder – en som viser vei til forebygging og behandling, tar initiativ for iverksettelse av tiltak rettet mot dette og en som tilstreber at det er et godt fysisk miljø på avdelingen for kollegaer, pasienter og deres pårørende. Sykepleieren skal gi hver pasient helhetlig omsorg og se pasienten for hvem de er, og skille mellom de unike individer man som personer er.

## 7.0 Referanseliste

- Aasen, S. E. (2018, 31. desember). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet 10. januar 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Bo, M., Bonetto, M., Bottignole, G., Porrino, P., Coppo, E., Tibaldi, M., Bellelli, G. (2016). Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(5), 1114-1119. <https://doi.org/10.1111/jgs.14103>
- Bérubé, K., Guillemette, M. & Bergeron, D. (2017). Thought on the need for managers' and nurses' leadership to improve prevention and management of delirium in critical care. *Perspectives*, 39(3), 16-20.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Emond, M., Grenier, D., Morin, J., Eagles, D., Boucher, V., Le Sage, N., Lee, J. S. (2017). Emergency Department Stay Associated Delirium in Older Patients. *Can Geriatr J*, 20(1), 10-14. <https://doi.org/10.5770/cgj.20.246>
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., de Groot, C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt, 136(4), 299-300. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1334>
- Folkehelseinstituttet. (2016a). Forskningsmetode. Hentet 29. oktober 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>
- Folkehelseinstituttet. (2016b). PICO. Hentet 22. oktober 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Folkehelseinstituttet. (2016c). Sjekklistor. Hentet 29. oktober 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Folkehelseinstituttet. (2016d). Systematisk oversikt. Hentet 29. oktober 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>
- Fong, T. G., Davis, D., Growdon, M. E., Albuquerque, A. & Inouye, S. K. (2015). The interface between delirium and dementia in elderly adults, (1474-4465 (Electronic)), 823-832. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00101-5)
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal->

faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf

- Inouye, S. K., van Dyck Ch Fau - Alessi, C. A., Alessi Ca Fau - Balkin, S., Balkin S Fau - Siegal, A. P., Siegal Ap Fau - Horwitz, R. I. & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium, (0003-4819 (Print)).
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Kang, J., Lee, M., Ko, H., Kim, S., Yun, S., Jeong, Y. & Cho, Y. (2018). Effect of nonpharmacological interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 48, 372-384. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.032>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I K. Brodtkorb (Red.), (s. 122-144). Oslo: Gyldendal akademisk.
- MacLulich, A., Ryan, T. & Cash, H. (2014, 30. oktober). 4AT. Hentet 12. februar 2019 fra <https://www.the4at.com/>
- Marlene, Z. C., Ellen, A. P., Kaur, G. & Eduardo, B. (2009). Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers. *Journal of Palliative Care*, 25(3), 164-171.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Namba, M., Morita, T., Imura, C., Kiyohara, E., Ishikawa, S. & Hirai, K. (2007). Terminal delirium: families' experience. *Palliative Medicine*, 21(7), 587-594. <https://doi.org/10.1177/0269216307081129>
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2015, 22. desember). T5.3.1.4 Delirium tremens. Hentet 29. oktober 2018 fra <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/8092>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (30673). Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nylenna, M. & Torp, I. (2017). Forskningsetikk. Hentet 22. oktober 2018 fra <https://sml.snl.no/forskningsetikk>
- Partridge, J. S. L., Martin, F. C., Harari, D. & Dhesi, J. K. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 804-812. <https://doi.org/10.1002/gps.3900>



- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#%C2%A71-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-1)
- Ranhoff, A. H. (2014). Delirium (akutt forvirrelse). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 452-463). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L. & Alexander, S. A. (2017). Perceptions of family members, nurses, and physicians on involving patients' families in delirium prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48-58. <https://doi.org/10.4037/ccn2017901>
- Statens pensjonskasse. (2017, 26. juni). PENSJONS-ALDER. Hentet 06. november 2018 fra <https://www.spk.no/Ord-og-uttrykk-om-pensjon/Pensjonsalder/>
- Søk & skriv. (2017, 4. mai). IMRoD-modellen. Hentet 22. oktober 2018 fra <https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/imrod-modellen/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforl.
- Warren, P. (2016, 19. mars). A Story of Delirium [Blogginnlegg]. Hentet fra <https://artandscienceofdelirium.wordpress.com/2016/03/19/a-story-of-delirium/>
- Waszynski, C. M., Milner, K. A., Staff, I. & Molony, S. L. (2018). Using simulated family presence to decrease agitation in older hospitalized delirious patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.018>
- Weinrebe, W., Johannsdottir, E., Karaman, M. & Füsgen, I. (2016). What does delirium cost? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(1), 52-58. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0871-6>
- Wong, C. A., Cummings, G. G. & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- World Health Organization. (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Hentet 06. november 2018 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization. (2018, 05. februar). Ageing and health. Hentet 31. oktober 2018 fra <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Yang, F. M., Marcantonio Er Fau - Inouye, S. K., Inouye Sk Fau - Kiely, D. K., Kiely Dk Fau - Rudolph, J. L., Rudolph Jl Fau - Fearing, M. A., Fearing Ma Fau - Jones, R. N. & Jones, R. N. (2009). Phenomenological subtypes of delirium in older persons: patterns, prevalence, and prognosis, (1545-7206 (Electronic)).

## Vedlegg I: Litteratormatrise

Referanse	Metode	Mål	Populasjon	Resultat	Konklusjon
<p><b>Emond, M., et al. (2017)</b> <i>Emergency Department Stay Associated Delirium in Older Patients</i></p>	Historisk kohortstudie	Finne ut om utvikling av delirium på akuten kan assosieres med forlenget sykehusopphold (?)	Eldre pasienter (her definert som over 65 år), ikke-deliriske ved ankomst og liggetid på akuten for over 12 timer	Studien fant at opp til 18% utviklet delirium, og 50 % av disse utviklet det innen de første 24 timene etter ankomst.	Studien viste at nesten en av fem eldre utvikler delirium allerede i akuttinnlegg, og innen 24 timer etter ankomst. Dette fører til økte kostnader, og neste en uke lengre sykehusopphold enn om det ikke hadde blitt utviklet delirium. Forskerne vil oppfordre til mer tilrettelagt ankomst i akuttinnlegg for eldre.
<p><b>Smithburger, P. L., et al. (2017)</b> <i>Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patient's Family in Delirium Prevention</i></p>	Brakerundersøkelse	Å fastslå mulighetene og villigheten hos helsepersonell for å involvere pasientens pårørende og familie i ikke-farmalogisk forebygging av delirium på intensivavdeling.	Ikke aktuelt med populasjon, men brukerundersøkelsene ble besvart av pasientens familie og helsepersonell som jobbet på intensivavdelingen.	Majoriteten av helsepersonellet som deltok i undersøkelsen mente at pårørende kunne delta i forebyggingen av delirium, og majoriteten av pårørende var positive for å delta i den forebyggende fasen.	Helsepersonell og pårørende er alle positive til at et samarbeid mellom disse to gruppene vil ha en gunstig effekt i den forebyggende fasen av delirium hos pasienter. På en annen side rapporterer begge gruppene at de ikke er tilstrekkelig informasjon i omløp og at de per dags dato ikke er flinke nok til å snakke sammen og diskutere mulige samarbeidsteknikker.

<p><b>Kang, J., et al. (2018)</b>  <i>Effect of nonpharmacological interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: A systemic review and meta-analysis</i></p>	<p><b>Waszynski, C. M., et al. (2017)</b>  <i>Using simulated family presence to decrease agitation in older hospitalized delirious patients: A randomized controlled trial</i></p>
<p>Systematisk oversikt og meta-analyse</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p>
<p>Å klassifisere de ikke-farmalogiske tiltakene som blir brukt under forebyggingen av delirium på intensivavdelinger, og estimere effekt til de forskjellige tiltakene.</p>	<p>Undersøke effekten av simulert nærvær av familiemedlemmer, der familiene har spilt inn en kort hilsen på video, på aggresjonsnivået hos deliriske, akutt agiterte pasienter innlagt på sykehus.</p>
<p>Voksne pasienter (&gt; 18 år) som har vært innlagt på intensiv avdeling</p>	<p>Voksne pasienter (&gt; 18 år) som var innlagt på sykehus, som enten opplevde hyperaktivt eller blandet delirium.</p>
<p>Forskerne klarte å dele de forskjellige tiltakene inn i ulike grupper: multikomponente tiltak, de fysiske omgivelsene, daglige avbrudd av sedasjon, fysisk aktivitet, pasientrettet undervisning, automatiske alarm systemer, cerebral hemodynamisk forbedrelse, familiedeiltakning og sedasjonsreduering protokoll.</p>	<p>Resultatene viste at det var en signifikant positiv effekt på aggresjonsnivået ved bruk av det simulerte familienærværet. Det ble brukt to forskjellige videoer (en med en hilsen fra familie, og en naturvideo), og begge videoene hadde en større effekt på aggresjonsnivået enn det kontrollgruppa hadde på ingen tiltak.</p>
<p>Ikke-farmalogiske tiltak er effektive når det gjaldt å redusere varigheten og utviklingen av delirium. Det viste seg også at stadig utførelse av ikke-farmalogiske tiltak var svært viktig i intensiv enhetene.</p>	<p>Bruk av simulert familienærvær har en positiv effekt på aggresjonsnivået, og pasientene beholder seg roligere. Forskerne mener videre at det må mer forskning til for å konstatere dette.</p>

<p><b>Bérubé, K., Guillemette, M. &amp; Bergeron, D. (2017)</b>  <i>Toughts on the need for managers' and nurses' leadership to improve prevention and management of delirium in critical care.</i></p>	<p><b>Bo, M., et al. (2016)</b>  <i>Length of stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients</i></p>
<p>Artikkel i tidsskrift</p>	<p>Prospektiv kohort studie</p>
<p>Viktigheten med et godt lederskap når man skal arbeide med deliriske pasienter, og hva det gode lederskapet gjør med avdelingens atmosfære</p>	<p>Å undersøke om lengden på oppholdet i akuttmottaket før overføring til avdeling er assosiert med delirium hos eldre mennesker.</p>
<p>Ikke aktuelt</p>	<p>Pasienter &gt; 75 år, som ikke hadde delirium (ved ankomst), koma, afasi, hjerneslag, språkproblem, psykiatrisk lidelse eller alkoholmisbruk.</p>
<p>Ikke aktuelt</p>	<p>Liggetid over 10 timer i akuttmottak før overføring til avdeling, moderat til alvorlig kognitive svikter og høy alder var faktorer som var assosiert med utvikling av delirium.</p>
<p>Et godt lederskap vil ha en positiv effekt på de ansatte på avdeling, som igjen vil virke inn på det fysiske og psykiske miljøet på avdelingen. Dette vil resultere i en bedre prognose av delirium.</p>	<p>Forskerne fant at man allerede i akuttmottak må starte forebyggingen av delirium, og at man vurderer om man skal sette i gang tiltak for å korte ned liggetiden på akuttmottaket.</p>

<p><b>Wong, C. A., Cummings, G. G. &amp; Ducharme, L. (2013)</b> <i>The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update</i></p>	<p><b>Weinrebe, C. M., Johannsdottir, E., Karaman, M. &amp; Fügen, I. (2016)</b> <i>What does delirium cost?</i></p>
<p>Oppdatert systematisk oversiktsartikkel</p>	<p>Retrospektiv analyse av databaser</p>
<p>Å undersøke om det er noen sammenheng mellom hvordan sykepleierne leder sine medkollegaer og pasientenes utfall av behandling</p>	<p>Hva den økonomiske kostnaden av tilfeller med delirium er.</p>
<p>Alle forskningsstudier som omhandler lederskap og pasient utfall og er gjennomført på helseinstitusjoner er blitt inkludert.</p>	<p>Pasienter innlagt i medisinsk avdeling på sykehus, inkludert intensivavdelinger, slagenhet og geriatrik enhet.</p>
<p>Forskerne fant at relasjons-orientert lederskap hadde en bedre effekt på pasientens utfall, som for eksempel lavere mortalitet, færre medisineringsfeil, tvangsbruk og lavere insidens av sykehusrelaterte infeksjoner.</p>	<p>Studien resulterte i at forskerne estimerte at et tilfelle av delirium vil koste omtrent 1200 € (<math>\approx</math> 11 500 NOK), inkludert hele sykehusoppholdet.</p>
<p>Forskerne anbefaler å fokusere på et relasjons-orientert lederskap, sammenlignet med et oppgave-relatert lederskap.</p>	<p>Det ble konkludert med at det vil gagne helsefjenessten/sykehuset å trene sykepleiere til og har mer fokus på forebygging av delirium i en tidlig fase av sykehusoppholdet.</p>

## Vedlegg II: 4AT


**Screening for delirium  
og  
kognitiv svikt**

Pasientens navn:

(etikett)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

**[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)**

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

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

**[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)**

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

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

**[3] OPPMERKSOMHET**

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

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

**[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND**

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon (F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

**4AT SKÅR**

**VEILEDNING**

 Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: [www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

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

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

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

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Ger V. Berg (RN, MCsN, Dr.PH), Edith Roth Gjeivon (RN, MCsN, PHD), Ahmad Al-Fattal (MD), Cathrine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigurd Evensen (MD, PhD-student). Susan Juel (RN) ansvarlig for tilbake oversettelsen.

(MacLulich et al., 2014)

## Vedlegg III: Confusion Assessment Method (CAM)

### **CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON**

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Hylen Ranhoff, Marianne Hjermsstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

I	<b>AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP</b> a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig? b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<b>BOKS 1</b>
II	<b>UOPPMERKSOMHET</b> Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
III	<b>DESORGANISERT TANKEGANG</b> Var pasientens <u>tankegang</u> desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<b>BOKS 2</b>
IV	<b>ENDRET BEVISSTHETSnivå</b> Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå? <input type="checkbox"/> Våken (normal) <input type="checkbox"/> Oppspilt (anspent) <input type="checkbox"/> Somnolent (søvnig, lett å vekke) <input type="checkbox"/> Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke) <input type="checkbox"/> Komatøs (umulig å vekke)			
	Er det noen kryss i det grå feltet?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

**Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er besvart med JA, er diagnosen delirium sannsynlig.**

(Inouye et al., 1990)