



# Høgskulen på Vestlandet

## Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390-O-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 04-06-2024 09:00 CEST  
**Sluttdato:** 06-06-2024 14:00 CEST  
**Eksamensform:** Bacheloroppgave  
**Termin:** 2024 VÅR  
**Vurderingsform:** Norsk 6-trinns skala (A-F)  
**Flowkode:** 203 SYKF390 1 O 2024 VÅR  
**Intern sensor:** (Anonymisert)

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 125

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7609

#### Egenerklæring \*:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 4  
**Andre medlemmer i  
gruppen:** 127

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Helhetlig omsorg ved delirium: Ikke-  
medikamentelle tiltak

Holistic care in delirium: Non-  
pharmacological interventions

**Kandidatnummer 125 & 127**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 06.06.24

Tall ord: 7609

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, § 12-1.

## Sammendrag

**Tittel:** Helhetlig omsorg ved delirium: Ikke-medikamentelle tiltak.

**Bakgrunn:** Delirium er en tilstand vi ofte observerer i praksis. Studier viser at halvparten av eldre pasienter på sykehus utvikler delirium under innleggelsen. Dette kan føre til lengre behandlingstid og økt risiko for reinnleggelser. Mange pasienter med delirium blir oversett, og behandlingen blir ikke best mulig grunnet manglende kunnskap og kompetanse blant sykepleiere.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med delirium ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak ivareta pasienter med delirium?»

**Metode:** Dette er en litteraturstudie hvor det blir brukt funn i fra fem forskningsartikler og relevant litteratur for å besvare problemstillingen.

**Resultat:** Forskning viser at ikke-medikamentelle tiltak har god effekt på både forebygging og behandling av delirium. Likevel blir disse tiltakene ofte oversett og ikke iverksatt, hovedsakelig på grunn av manglende kompetanse og kunnskap blant sykepleiere. For å kunne ivareta pasienter med delirium gjennom ikke-medikamentelle tiltak, er det nødvendig at sykepleiere tilegner seg mer kunnskap om temaet. I tillegg må avdelingen eller arbeidsplassen tilrettelegge for bruken av slike tiltak.

**Nøkkelord:** Delirium, ikke-medikamentelle tiltak, sykepleiere, sykehus, kunnskap, kompetanse

## Abstract <sup>1</sup>

**Title:** Holistic care in delirium: Non-pharmacological interventions.

**Background:** Delirium is a condition we frequently observe in practice. Studies show that half of elderly patients in hospitals develop delirium during their stay. This can lead to longer treatment times and increased risk of readmission. Many patients with delirium are overlooked, and treatment is suboptimal due to a lack of knowledge and competence among nurses.

**Purpose:** The purpose of this study is to elucidate how nurses can care for patients with delirium using non-pharmacological interventions.

**Research Question:** "How can nurses care for patients with delirium using non-pharmacological interventions?"

**Method:** This is a literature study using findings from five research articles and relevant literature to answer the research question.

**Results:** Research shows that non-pharmacological interventions are effective in both preventing and treating delirium. However, these measures are often overlooked and not implemented, primarily due to a lack of competence and knowledge among nurses. To care for patients with delirium using non-pharmacological interventions, it is necessary for nurses to gain more knowledge on the subject. Additionally, the department or workplace must facilitate the use of such measures.

**Keywords:** Delirium, non-pharmacological interventions, nurses, hospitals, knowledge, competence.

---

<sup>1</sup> Hele abstraktet er oversett ved hjelp av GPT UIO (Universitetet i Oslo, 2024), vi har kvalitetssikret at oversettelsen er tilfredsstillende.

## Forord

«Forvirret»

«Hvem er du

Hvem er jeg

Hvem er vi

Stemmer i mitt hode

forteller meg

at jeg er deg

og du er meg

og vi er de andre

Forvirret?»

Sitat fra Jonny Pedersen (Jensen, 1998)

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Begrepsforklaring.....	2
1.3 Teori .....	2
1.3.1 Delirium .....	2
1.3.2 Risikofaktorer og utløsende faktorer .....	3
1.3.3 Behandling av delirium .....	4
1.3.4 Kunnskap og kompetanse blant sykepleiere .....	6
1.3.5 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk .....	8
1.3.6 Hendersons sykepleierteori .....	9
1.4 Problemstilling .....	9
1.4.1 Avgrensning og presisering .....	9
<b>2.0 Metode .....</b>	<b>10</b>
2.1 Litteraturstudie som metode .....	10
2.2 Fremgangsmåte og søkestrategi .....	10
2.3 Kildekritikk.....	11
2.4 Forskningsetikk .....	12
<b>3.0 Resultat.....</b>	<b>12</b>
3.1 Bruken av ikke-medikamentelle tiltak .....	12
3.2 Sykepleiere sine erfaringer i møte med delirium .....	13
3.3 Manglende kunnskap om delirium .....	14
<b>4.0 Drøfting.....</b>	<b>15</b>
4.1 Ikke-medikamentelle tiltak som behandling av delirium.....	15
4.2 Sykepleier sin kunnskap og kompetanse rundt delirium .....	20
4.3 Metodediskusjon.....	22
<b>5.0 Konklusjon.....</b>	<b>22</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>24</b>

<b>Vedlegg.....</b>	<b>27</b>
1. <i>PiCo skjema</i> .....	27
2. <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterium</i> .....	28
3. <i>Søkestrategi</i> .....	29
4. <i>Litteraturmatrise</i> .....	32

**Figur 1:** Kirkevold (2002, s. 29) sin beskrivelse av komponenter som inngår i personlig kompetanse. .... 7



## 1.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

Det vises at 50 % av eldre sykehuspasienter får delirium i løpet av innleggelsen (Ranhoff, 2020, s. 458). Delirium er en tilstand som påvirker pasienten sin hukommelse, orientering, atferd og oppfatning. Ifølge Stubberud (2022, s. 492) er dette en pasientgruppe som ofte får dårligere kontinuitet i behandlingen. Videre påpeker han at delirium fører til økt behandlingstid og risiko for reinnleggelser. Wyller (2020, s. 300) vektlegger at delirium fremstår som en stor belastning for hjernen, noe som kan medføre en kognitiv svikt i fremtiden. Helsedirektoratet (2019a) råder om at forebyggende tiltak burde bli satt i verk hos pasienter som er i risiko for utvikling av delirium. De framhever også at ikke-medikamentelle tiltak burde inngå i behandlingen. Forskning viser at ikke-medikamentelle tiltak er mest effektive ved delirium (Hshieh et al., 2015). Ifølge Watne og Wyller (2018) er delirium en svært vanlig og alvorlig tilstand, noe som gjør dette til et stort folkehelseproblem. De understreker at helsepersonell kan for lite om delirium og at de aller fleste tilfellene aldri blir oppdaget. Det forventes en dobling av personer over 70 år innen 2060 (Tømmerås & Thomas, 2022). På bakgrunn av at den eldre befolkningen økes, kan det også forventes en økning av delirium hos eldre sykehuspasienter.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom tidligere praksis og fra arbeidserfaringer, har vi begge skapt oss en interesse rundt temaet delirium. Vi har erfart at akutt syke eldre ofte går i et delirium ved sykehusinnleggelser. Ut ifra dette ser vi på teamet som svært sykepleierrelevant og ønsker derfor å fordype oss i dette. I tillegg har vi erfart ulike utfordringer knytt til behandling ved delirium. Dette innebærer bruk av både medikamentell og ikke-medikamentell behandling. I mange situasjoner har vi erfart at ikke-medikamentelle tiltak blir nedprioritert og at kompetansen blant sykepleiere er varierende. Vi ønsker derfor i denne oppgaven å utvide vår kunnskap og kompetanse om hvordan sykepleiere kan ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak ivareta pasienter med delirium.

## 1.2 Begrepsforklaring

**Delirium:** Delirium defineres av Helsedirektoratet (2019b, s 107) som en akutt forvirringstilstand hvor bevisstheten til en person blir forstyrret. Dette medfører svekket kapasitet til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet.

**Ikke-medikamentelle tiltak:** I denne oppgaven betegnes ikke-medikamentelle tiltak som tiltak hvor medikament ikke er involvert.

## 1.3 Teori

I dette kapittelet vil vi presentere relevant teori og litteratur knytt til ivaretagelse av pasienter med delirium ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak. Presentert teori og litteratur vil også bli nyttet i drøftetekapittelet.

### 1.3.1 Delirium

Delirium er en akutt tilstand som karakteriseres ved endring av bevissthet, orientering, hukommelse og evnen til oppfatning (Ranhoff, 2020, s. 458). Ifølge Stubberud (2022, s. 491) er dette en tilstand som kan være vanskelig for sykepleiere å identifisere, da symptomene har likehetstrekk med demens, psykose og depresjon. Ranhoff (2020, s. 460) fremhever viktigheten av å skille delirium fra andre tilstander, slik behandlingen til pasienten blir best mulig.

Pasienter som er preget av delirium vil ha forstyrrelser knyttet til våkenhet, klarhet og oppmerksomhet (Wyller, 2020, s. 297). Juklestad og Aarre (2018, s. 251) påpeker at delirium vil ofte ha et svingende forløp som oppstår akutt. Ifølge Stubberud (2022, s. 492) blir atferden ved delirium delt inn i tre ulike typer, hyperaktiv, hypoaktiv eller en blanding av disse. Når pasienter er lite samarbeidsvillig, utagerende og aggressive er det trolig et hyperaktivt delirium. Er pasienten likegyldig, apatisk og fremstår mentalt lukket er han eller hun sannsynligvis i et hypoaktivt delirium. Juklestad & Aarre (2018, s. 250) fremhever at pasientgruppen kan være utfordrende å jobbe med, da de ofte har en kombinasjon av både

urolighet, forvirring og søvnforstyrrelser. Wyller (2020, s. 299) legger vekt på at pasienter med delirium ofte er preget av søvnmangel. Pasientene vil ofte bygge opp et søvnunderskudd, selv om de sover på dagtid. Videre fremhever han at pasienter vil svært ofte ha søvnfaseforstyrrelser, noe som medfører at pasienten er våken om natten. Pasienten vil da sove på dagtid, selv om dette ikke er en god funksjonell søvn.

### 1.3.2 Risikofaktorer og utløsende faktorer.

Delirium er en tilstand som kan ramme pasienter i alle aldrer (Stubberud, 2022, s.492). Ifølge Ranhoff (2020, s. 462-464) er skrøpelige eldre svært utsatt for å få delirium ved en alvorlig sykdomstilstand. Stubberud (2022, s. 493) presenterer ulike risikofaktorer knyttet til utviklingen av delirium. Han nevner at nedsatt syn eller hørsel, kroniske sykdommer og høy alder kan være risikofaktorer. Juklestad og Aarre (2018, s. 251) påpeker at risikoen for delirium er større hos personer fra alderen 65 år.

Ifølge Stubberud (2022, s. 492) kan det være utfordrerne å identifisere årsakene knyttet til delirium. Han påpeker at kombinasjonen mellom risikofaktorer og utløsende faktorer kan være en forklaring. Utløsende faktorer knyttet til delirium kan både være fysiske faktorer, psykologiske og miljømessige forhold (Stubberud, 2022, s. 493). Blant annet kan somatisk sykdom, alvorlige infeksjoner og søvnmangel være faktorer. Videre påpeker han hvordan de psykologiske og miljømessige belastningene kan utløse et delirium i kombinasjon med de fysiske. Pasientene kan få en stressøkning knyttet til manglende innflytelse og opplevelsen av avmakt. Ranhoff (2020, s. 465) fremhever at all type stress og ubehag kan bidra til utvikling av delirium. Dette kan til dømes være urinretensjon, obstipasjon og mangel på søvn. Pasienter kan oppleve flere ulike psykologiske og miljømessige belastninger ved sykdom (Stubberud, 2022, s. 494). Ubehagelige situasjoner knyttet til prosedyrer og behandling kan medføre at pasienter opplever angst og utrygghet. I tillegg kan manglende innsikt og oversikt av situasjonen skape slike belastninger. Videre poengterer han at pasienter kan føle seg som et objekt på bakgrunn av redusert autonomi og integritet. Pasienter kan også bli isolert som følge av nedsatt evne til kommunikasjon eller immobilitet. Han nevner at det er vanlig å bli sårbar i slike situasjoner, da noen kan føle seg avhengig av

andre for å kunne ivareta sine egne behov.

Wyller (2020, s. 301) fremhever at sårbare pasienter er i risiko for å gå i et delirium. Han påpeker at personer som er spreke vil tåle større påkjenninger enn sårbare personer med lite reservekapasitet. Ved akutte sykdomstilstander vil de homeostatiske mekanismene i kroppen bli overbelastet noe som fører til at reservekapasiteten blir lett overskredet (Wyller, 2020, s. 46). Hos en sårbar person kan minimale påkjenninger være utløsende faktorer for delirium (Wyller, 2020, s. 301-302). Det vises at oksygenmangel kan være en utløsende faktor for delirium (Wyller, 2020, s. 300). Han poengterer viktigheten i å korrigere slike avvik om pasienten enten er i et delirium eller i risiko for utvikling. I tillegg fremhever han sykepleierens rolle ved å identifisere pasienter som er utsatt for delirium, slik at forebyggende tiltak kan bli satt i verk (Wyller, 2020, s. 302).

### 1.3.3 Behandling av delirium

Ifølge Ranhoff (2020, s. 467) fins det ingen dokumentert behandling mot delirium i seg selv. Hun fremhever at sykepleieren har en viktig rolle til å både identifisere og behandle delirium. Behandlingen tar utgangspunkt i å korrigere alt som er i ubalanse, samt fjerne den utløsende årsaken til delirium. Videre poengterer hun at sykepleierne gjennom behandling skal skape trygghet og gi en behagelig tilværelse for pasienten. Sykepleiere har en sentral rolle når det kommer til å utarbeide en tiltaksplan som sikrer pasienten sin helsehjelp (Ranhoff, 2020, s. 470). Hun påpeker at sykepleieren skal ta utgangspunkt i å opprettholde pasienten sin verdighet og integritet.

#### 1.3.3.1 Ikke-medikamentelle tiltak

Ifølge Wyller (2020, s. 306) vil en god og strukturert behandlingsplan forebygge utviklingen av delirium, i tillegg til å redusere alvorlighetsgraden. Han poengterer at det viktigste tiltaket vil være tidlig mobilisering. Om eldre pasienter blir sengeliggende vil det ofte ha uheldige konsekvenser (Wyller, 2020, s. 191). De kan blant annet utvikle muskelatrofi, få dårligere gassutveksling, svekket ortostatisk toleranse og innskrenket leddbevegelse. Han poengterer

at slike forhold kan bidra til å forverre prognosen. Ranhoff (2020, s. 466) understreker at mobilisering kan bedre oksygeneringen, i tillegg til å forebygge komplikasjoner. Dette vil også ha en positiv innvirkning i pasienten sin orientering. Når man ikke får opprettholde sine grunnleggende behov som å mobilisere seg, kan man oppleve en stressreaksjon (Kristoffersen, 2021a, s. 155). I tillegg kan man også oppleve komplikasjoner som både urinretensjon og obstipasjon (Skaug, 2021, s. 403). Skaug (2021, s. 410) fremhever hvordan daglige aktiviteter kan bidra til økt mobilisering. Tiltak ved mobilisering kan være at pasienten sitter oppe i seng eller i en stol (Ranhoff, 2020, s. 466). Daglige aktiviteter som at pasienten går til toalettet og steller seg bidrar til mobilisering (Skaug, 2021, s. 410). Om pasienten gjær mye selv, vil både ledd i armer og bein styrkes. Videre poengterer hun at pasienten burde være oppe å stå, samt gå flere ganger daglig om mulig.

Stubberud (2022, s. 498) understreker viktigheten av å skjerme pasienter med delirium fra støy og mange sanseinntrykk. Det vises at både overstimulering og understimulering er uheldig ved delirium (Wyller, 2020, s. 305). Han poengterer at pasienten trenger ro og hvile på nattetid, mens på dagtid burde pasienten bli stimulert både mentalt og fysisk. Det nevnes videre at pasienten burde skjermes fra støy og distraherende stimuli på dagtid, slik at pasienten ikke blir overstimulert. Juklestad og Aarre (2018, s. 253) påpeker at pasienter med delirium burde ha et enerom som ikke er overstimulert med gjenstander. Pasienter med delirium burde også få mest mulig utstyr fjernet, som til dømes blærekatetre (Stubberud, 2022, s. 498).

Personer med delirium trenger å forholde seg til få personer (Eskeland, 2017, s. 171). Det vises at fastvakt kan minimere behovet for medisiner, og i tillegg skape en positiv innvirkning på delirium (Wyller, 2020, s. 305). Når noen sitter fastvakt, vil oppgaven være å samhandle med pasienten og nå frem til «det friske» med personen. Ranhoff (2020, s. 469) setter lys på utforinger knytt til hyppig eller kontinuerlig tilsyn hos pasienter med delirium, da bemanningen kan være minimal. Hun nevner at pårørende kan virke positivt inn i slike situasjoner. Stubberud (2022, s. 498) forteller at pårørende kan være en tryggende ressurs om pasienten har et godt forhold til dem. Det å være rundt kjente ansikt kan for pasienter

med delirium være godt (Wyller, 2020, s. 305).

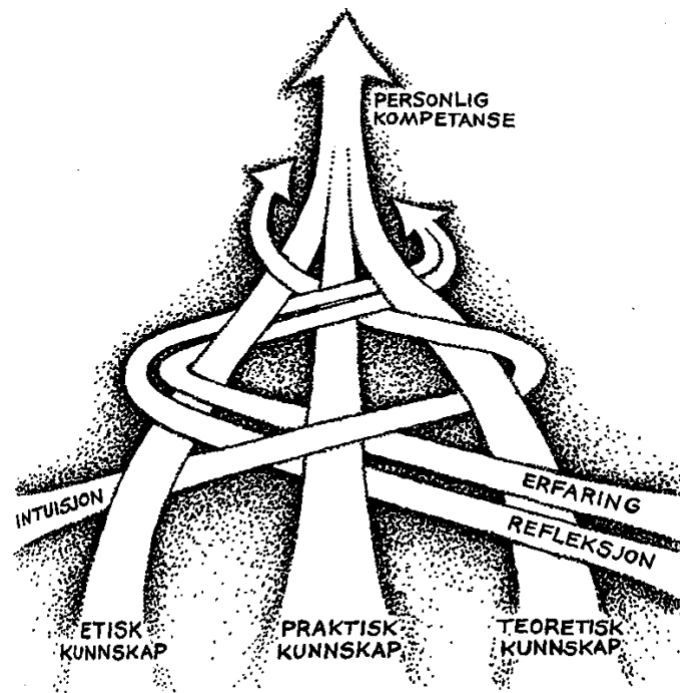
Det å skape tydelighet og struktur for pasienter med delirium kan ha en positiv innvirkning på forløpet (Stubberud, 2022, s. 498). Det blir nevnt at god informasjon kan bidra til å gi pasienten mulighet til å ta ansvar i situasjonen. Wyller (2020, s. 305) forklarer at delirium er et svingende forløp, noe som tidvis gjør det utfordrerne å ta til seg informasjon. I kommunikasjonssituasjoner er det viktig at pasientens hjelpemidler er på plass og at det er god belysning i rommet (Ranhoff, 2020, s. 465). Hun understreker at briller og høreapparat må være rene og i noen tilfeller må ørevoks bli fjernet. En tydelig døgnrytme kan bidra til å orientere pasienten om tidspunkt på døgnet, der det bør være lyst på dagtid og mørkt og rolig på natten (Wyller, 2020, s. 305). I tillegg bør en sette fram en synlig kalender eller klokke som gir direkte informasjon om tidspunkt.

Pasienter med delirium opplever ofte utrygghet og angst (Wyller, 2020, s. 305). Juklestad og Aarre (2018, s. 253) forklarer at helsepersonell må gjøre alt de kan for å fremme pasienten sin trygghet. Et vanlig tegn til utrygghet og redsel kan være aggressiv oppførsel (Stubberud, 2022, s. 498). Gustafsson (2021, s. 95) forklarer at personer som føler seg utrygge kan oppleve uro, usikkerhet, redsel eller frustrasjon. I tillegg kan man oppleve utrygghet knyttet til helsepersonell som viser manglende evne og utilgjengelighet. Sykepleiere kan skape trygghet gjennom å vise omtanke og omsorg (Gustafsson, 2021, s. 101). Dette kan gjøres ved å se pasienten, være tilgjengelig og vise interesse. Hun understreker at usikkerhet hos sykepleieren kan fremprovosere angst og aggresjon hos pasienten. Det er derfor nødvendig at sykepleiere viser kompetanse i møte med delirium. Wyller (2020, s. 305) fremhever at det å dempe angsten til pasienten også kan dempe stressnivået. Han påpeker at dette kan medføre at pasienten klarer raskere opp.

#### 1.3.4 Kunnskap og kompetanse blant sykepleiere.

Ifølge Kikrevold (2002, s. 28-29) er det nødvendig med både praktiske, teoretiske og etiske kunnskaper for å kunne utøve sykepleie. Videre påpeker hun at kunnskapen tilegner en seg

gjennom utdanningen og ved å praktisere faget etter endt utdanning. Kristoffersen et al. (2021, s. 19) skriver at sykepleiere burde ha kunnskap innen flere ulike fag. Slik kunnskap vil fremme sykepleierne sin evne til å forstå og vurdere ulike pasientsituasjoner de møter i yrket. Kirkevold (2002, s. 30) fremhever at den praktiske kunnskapen ofte tilegnes gjennom erfaringer. Denne kunnskapen er knytt til hva den enkelte sykepleieren har erfart og de ulike opplevelsene en har hatt. Å ha et variert erfaringsgrunnlag er viktig for å utvikle klinisk sykepleiekompetanse (Kristoffersen, 2021a, s. 195). Grønseth og Nortvedt (2022, s. 11) understreker at kunnskap knytt til erfaringer er svært nyttig. De nevner videre at det kan oppstå systematiske feil knytt til vurderinger og beslutninger om kunnskapen ikke er korrekt.



**Figur 1:** Kirkevold (2002, s. 29) sin beskrivelse av komponenter som inngår i personlig kompetanse.

Som sykepleier vil du også gjennom yrket reflektere over nåtidige og fremtidsrettete situasjoner (Kirkevold 2002, s. 32). Videre nevnes det at tilbakeblikksrefleksjon også har en hensikt, da en kan forstå og tolke tidligere erfaringer. En kan oppdage problematiske ting som en tidligere ikke oppdaget (Kirkevold, 2002, s. 33). Videre fremhever hun at slik

refleksjon kan bidra til endring av sykepleieutøvingen, da man ofte vil revurdere om metoden en brukte var den beste. Den etiske kunnskapen vil også ha betydning for den personlige kompetansen (Kirkevold, 2002, s. 35). Hun fremhever at sykepleiere vil gjennom yrket stå i situasjoner, der det er utfordrende å ta beslutninger til hvordan et tiltak skal gjennomføres. Den siste komponenten Kirkevold (2002, s. 36) nevner er intuisjon. Dette begrepet innebærer en ikke-bevisst evne som er blitt integrert i en person. Både praktisk og teoretisk kunnskap blir anvendt i en slik prosess.

Grønseth og Nortvedt (2022, s. 11) fremhever at en god klinisk kompetanse blant helsepersonell vil bidra til å redusere risikoen for feil og bidra til kvalitet i helsetjenesten. Kompetanse omhandler å ha evnen til å gjøre noe, og er knytt til begrepet ferdighet (Kirkevold, 2002, s. 37). Videre nevnes det at utviklingen av kompetansen blir til ved øvelser der kunnskap og ferdigheter blir brukt i ulike situasjoner. Kristoffersen (2021a, s. 195) vektlegger at en klinisk kompetanse er innen et bestemt praksiskontekst, og derfor vil den kliniske kompetansen man har opparbeidet seg være lavere ved en annen avdeling.

Ifølge råd fra Helsedirektoratet (2020, s. 6) burde virksomheten sikre at de ansatte har kompetanse knytt til avdekking og oppfølging av pasienter med forverret somatisk tilstand. Dette innebærer at sykepleiere skal ha tid til å observere pasienten, i tillegg til å gjenkjenne forverring og vurdering av tiltak. Det anbefales at ansatte gjennomfører fagdager og simuleringer, noe som bygges på teori og refleksjon fra praksis (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Virksomheten kan gjennom etablerte opplæringskonsept styrke kompetansen blant de ansatte. Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016, § 6) skal ledelsen ha oversikt over de ansatte sin kompetanse og behov for opplæring.

### 1.3.5 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk.

I Norsk Sykepleierforbund (2023) sine «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», blir det nevnt at sykepleiere skal gjennom yrke holde seg oppdatert på både forskning og utvikling som er relevant for deres fagområde. Videre fremhever de ansvaret hver enkelt sykepleier



har for sin sykepleiepraksis. Blant annet skal sykepleiere fremme helse, forbygge sykdom og lidelse. De poengterer at sykepleiere skal jobbe faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp.

I henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) skal helsepersonell gjennom faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp gjennomføre sitt arbeid. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 2-2) skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester, slik at helsepersonell har mulighet til å overholde sine plikter. Dette vil medføre at pasientene vil få et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

#### 1.3.6 Hendersons sykepleierteori

Hendersons sykepleierteori vektlegger at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe pasienten til å gjenvinne sine funksjoner (Kristoffersen, 2021b, s. 237). Manglende ressurser til å kunne dekke sine grunnleggende behov blir i Hendersons sykepleierteori fremhevet som utgangspunktet for sykepleie. I slike situasjoner vil sykepleiere jobbe både helsefremmende og forebyggende, slik at pasienten sine grunnleggende behov blir opprettholdt. For å kunne bedømme pasienten sitt behov for sykepleie er kompetanse knytt til menneskets normalfunksjon sentral (Kristoffersen, 2021b, s. 238). Hendersons fremstilte 14 ulike grunnleggende sykepleieprinsipper, disse utgjør sykepleierens mest sentrale gjøremål (Kristoffersen, 2021b, s. 237). Noen av punktene som kommer frem er søvn og hvile, fjerne kroppens avfallsstoffer og normal pust.

### 1.4 Problemstilling

På bakgrunn av teoridelen har vi kommet frem til problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak ivareta pasienter med delirium.

#### 1.4.1 Avgrensing og presisering

I denne oppgaven har vi avgrenset aldersgruppen fra 65 år og oppover, da denne

aldersgruppen blir hyppigst rammet av delirium. I tillegg til pasienter med diagnostisert delirium vil vi inkludere pasienter som står i risiko for å utvikle delirium. Dette er på bakgrunn av at de ikke-medikamentelle tiltakene kan virke både forebyggende og behandlende mot delirium. Videre har vi avgrenset oppgaven til å omhandle pasienter som er innlagt på sykehus knytt til akutt sykdom. Intensivpasienter er ikke inkludert i oppgaven, da denne pasientgruppen ikke er relevant for den grunnleggende sykepleieutdanningen. I tillegg har vi valgt å ekskludere palliative pasienter og pasienter som er smitteisolert. Vi har valgt å ikke gå i dybden på noen viktige tema knytt til delirium. Disse temaene innebærer fastvakt, økonomi, tidspress og pårørende. Dette er på bakgrunn av oppgavens ordbegrensning. Oppgaven vil ha hovedfokus på ikke-medikamentelle tiltak og sykepleieres kunnskap og kompetanse rundt delirium. Vi har valgt å fordype oss i miljømessige tiltak, men på grunn av ordbegrensninger har vi måtte ekskludert noen. Vi kommer ikke til å inkludere hvordan sykepleiere tilnærmer seg og skaper gode relasjoner med pasienter i delirium.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er beskrevet av Dalland (2020, s. 199) som en oppgave hvor en henter forskning, teori og fagkunnskap som allerede eksisterer. Thidemann (2019, s. 77) forklarer en litteraturstudie som en innsamling av litteratur, hvor en deretter kritisk vurderer det som er funnet for å så sette det sammen. Videre forklarer Thidemann (2019, s. 78) at i en litteraturstudie skal man beskrive hvordan man har kommet frem til det man presenterer. Hensikten med en slik studie er å gi leseren kunnskap rundt temaet som blir etterspurt i problemstillingen.

### 2.2 Fremgangsmåte og søkestrategi

For å presisere og tydeliggjøre en problemstilling i forkant av et litteratursøk, vil PICO være et godt verktøy (Kunnskapsbasert praksis, 2021, 2.1 PICO). I den sammenheng har vi utformet søkeord som er relevante ut ifra vår problemstilling og laget et PICO-skjema (Se vedlegg 1). PICO-skjema vises å gnes best for søk etter kvalitative artikler (Kunnskapsbasert praksis,

2021, 2.1 PICO). Vi har valgt å inkludere to kvalitative og tre kvantitative artikler i denne studien. Begge de kvalitative artiklene har en mer utbredt resultatdel enn de kvantitative. Av den grunn så vi på det som tilstrekkelig med bare to. For å oversette de norske søkeordene til engelsk har vi benyttet oss av emnesystemet MeSH. Søkeordene vi har valgt å bruke er «delirium», «nurses», «non-pharmacological», «hospital» og «geriatrics». For å avgrense noen søk ytterligere, benyttet vi oss også av «nonpharmacological interventions», «prevention», «experience», «improvement» og «intervention». Ved gjennomføring av søkene benyttet vi de boolske operatorene «OR» mellom ord som var synonymer og «AND» for å kombinere søkeord. I tillegg benytte vi oss av «NOT» for å ekskludere søkeordet «ICU». Databasene som ble brukt for å finne sykepleierrelevante artikler var PubMed og Academic Search Elite. Vi valgte å avgrense søkene til å inneholde artikler fra de ti siste årene. Dette var fordi vi ønsket dagsaktuelle artikler, men heller ikke overse gode artikler som er litt eldre. I databasen PubMed brukte vi filteret «Full text» for å kun få treff der hele artikkelen er tilgjengelig. I Academic Search Elite brukte vi filteret «peer reviewed» som betyr fagfelleurdert på norsk. Bruk av søkeord, funn av artikler og dato for søk er beskrevet i søkestrategien (Se vedlegg 3).

### 2.3 Kildekritikk

Dalland (2020, s. 152) beskriver kildekritikk som en vurdering av hvor aktuell litteraturen du har funnet er i forhold til problemstillingen. Ved valg av artikler leste vi først overskriften og deretter abstraktet for å vurdere om artikkelen var relevant. Videre så vi om artiklene fulgte IMRaD-strukturen, siden dette er den vanligste oppbygningen av vitenskapelige artikler knytt til medisin og helsefag (Thidemann, 2019, s. 66-67). Vi benyttet oss også av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å utelukke artikler som ikke var relevant for problemstillingen (Se vedlegg 2). Helsebibliotekets kritiske vurderinger av forskningsartikler ble nyttet for å kritisk vurdere valgte artikler (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2021, 4.1 Sjekklistene). Vi har også undersøkt at alle artiklene vi har tatt til bruk er fagfelleurdert.

I oppgava er det også nyttet relevant faglitteratur. Det meste av dette er hentet ut ifra pensumlister, men vi har også nyttet litteratur utenfor pensumlister. Litteraturen utenom

pensumlistene er funnet gjennom biblioteket på Høgskulen på Vestlandet (HVL) sin database, Oria. Vi har vurdert at disse kildene er relevante for problemstillingen, da de belyser andre moment ved delirium i forhold til pensumlitteraturen. Faglitteraturen vi har benyttet er for det meste fra de 10 siste årene, dette er fordi vi ønsker å svare på vår problemstilling med oppdatert kunnskap. Unntaket er boken av Kirkevold (2002) som er benyttet fordi nyere faglitteratur henviser ofte til denne boken.

## 2.4 Forskningsetikk

I forskningsetikken kommer det frem at ivaretagelse av personvern og sikring at deltakere ikke blir påført unødvendig skade skal stå sentralt (Dalland, 2020, s. 168). Videre skriver Dalland (2020, s. 168) at forskning ikke skal utføres på bekostning av personers velferd og integritet. I artiklene vi har benyttet har personvern blitt ivaretatt, i tillegg har vi unngått detaljer ved egen praksis for å sikre personvern. Vi har benyttet oss av APA-7th for kildehenvisning, som skal nyttes i følge HVL sine retningslinjer for oppgaveskriving.

## 3.0 Resultat

Ifølge Thidemann (2019, s. 92) innebærer analyse å både tolke og greie ut hva teksten forteller. Under analysearbeidet leste vi over studiene flere ganger, og markerte oss sentrale moment i forhold til vår problemstilling. Deretter undersøkte vi om det var likheter eller forskjeller mellom studiene og videre analyserte disse. Vi konkluderte med tre ulike temaer, «effekten av ikke-medikamentelle tiltak, «sykepleiere sine erfaringer i møte med delirium» og «manglende kunnskap om delirium». Vi utarbeidet også en litteraturmatrikse for å gi en god oversikt over valgte studier (se vedlegg 4).

### 3.1 Bruken av ikke-medikamentelle tiltak

Det vises gjennom studier at forekomsten av delirium blant eldre kan reduseres betraktelig ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak (Hshieh et al., 2015). Resultater fra studien til Harrison et al. (2023) viser at en god døgnrytme på sykehus reduserer hyppigheten av

delirium. Hshieh et al. (2015) presenterer at flere andre studier anbefaler bruk av ikke-medikamentelle tiltak for å forbygge delirium. I studien til Emme (2020) fremheves det at ikke-medikamentelle tiltak har god effekt for både forebygging og ved behandling. Tiltak som reorientering og tidlig mobilisering vil ha god effekt på delirium. Dette blir også påpekt i forskningen til Hshieh et al. (2015). De fremhever også viktigheten av tiltak knyttet til søvn og hørsel- og synstilpasninger. Harrison et al. (2023) tilføyer med forebyggende tiltak som tilstrekkelig oksygenering, tilpasninger knytt til syn og hørsel, forebygging av obstipasjon og implementering av en god døgnrytme. Det vises derimot i studien til Clarke et al. (2023) at tiltak som tidlig mobilisering og tilpasninger knytt til hørsel og syn blir sjeldnere satt i verk. De framhever likevel i studien sin at mange ikke-medikamentelle tiltak ved delirium blir satt i verk. De påpeker at reorientering og lett tilgjengelig ringesnor er blant de tiltakene som oftest blir satt i verk. Emme (2020) understreker at ikke-medikamentell forebygging og behandling burde være en stor prioritet blant sykepleiere.

### 3.2 Sykepleiere sine erfaringer i møte med delirium

I studien til Emme (2020) og Thomas et al. (2021) vises det at flere sykepleiere ser på pasientgruppen med delirium som svært tung og krevende. Flere sykepleiere i artikkelen til Emme (2020), gav uttrykk for at pasientgruppen var både vanskelig og et irritasjonsmoment. På bakgrunn av at pasientgruppen er svært tidskrevende, viste det seg at flere sykepleiere unngikk å gå inn på rommene til de med delirium. I samme studie argumenterer mer erfarne sykepleiere at arbeidspress ikke bør komme i veien for å gi nødvendig omsorg til sine pasienter. Til tross for noe misnøye mot pasientgruppen, var det noen sykepleiere som så på pasientene som spennende. I artikkelen til Thomas et al. (2021), vises det at noen sykepleiere opplever angst, stress og usikkerhet i møte med delirium. Sykepleierne i studien til Emme (2020), gav også uttrykk for usikkerhet. Dette er på bakgrunn av at pasienter med delirium ofte er uforutsigbare og kan plutselig bli urolige. Sykepleierne i studien til Thomas et al. (2021), framhever at de likevel delte kunnskap mellom hverandre ved usikkerhet.

Sykepleierne påpeker at pasienter med delirium har et stort behov for omsorg og krever et høyt nivå av kvalifikasjoner blant sykepleierne (Emme, 2020). De føler likevel at det er

vanskelig å utføre en tilstrekkelig jobb, da både tidspress og en lite tilrettelagt avdeling er en del av arbeidshverdagen. Som konsekvens av tidspress blir ikke-medikamentelle tiltak nedprioritert i forhold til andre oppgaver. Flere sykepleiere uttrykte også frustrasjoner knytt til miljøet rundt pasienten. Det vises at miljøet ofte ikke er tilpasset for å skjerme pasienten fra unødvendig stimuli. I studien til Thomas et al. (2021), forteller sykepleiere at pasienter med delirium ofte trenger en konstant observasjon. Flere så at hjelp fra pårørende virket positivt inn på både pasienten og de ansatte. Sykepleierne gav uttrykk for at dette var avlastende, noe som medførte mindre stress og angst på arbeidsplassen.

### 3.3 Manglende kunnskap om delirium

I studien til Emme (2020) vises det at noen sykepleiere mente de hadde nok kunnskap om delirium. Likevel viste det seg at det var manglende kunnskap om både risiko og utløsende faktorer ved delirium. I tillegg viste det seg at pasienter i risiko for delirium og pasienter med delirium ikke ble identifisert ofte nok. Dette var spesielt ved et hypoaktiv delirium. Det fremsto også som at flere sykepleiere ikke forstod viktigheten av å identifisere delirium. Flere av sykepleierne gav uttrykk for at de la merke til at pasienter begynte å utvikle delirium, men gjorde ikke noe med dette før det var ganske sikkert at pasienten hadde delirium og ble utfordrende å ha med å gjøre (Emme, 2020).

Flere av sykepleiere i studien til Thomas et al. (2021) gav uttrykk for at de hadde manglende kunnskap om prosessen og forløpet til delirium. Dette førte til at de hadde problemer med å nå inn til pasientene. Sykepleierne nevnte at de ikke husket om delirium var en del av undervisningen på sykepleierutdanningen sin. Deltakere i studien gav også uttrykk for at de ikke følte seg forberedt til å ta vare på pasientene med delirium. Dette blir videre poengtert ved at delirium og forebygging av delirium ikke var en del av regelmessig simulering og fagdager (Thomas et al., 2021).

## 4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi ved bruk av presentert teori og resultat fra forskning drøfte vår problemstilling, hvordan kan sykepleiere ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak ivareta pasienter med delirium.

### 4.1 Ikke-medikamentelle tiltak som behandling av delirium

Det finnes ingen dokumentert behandling mot delirium (Ranhoff, 2020, s. 467). Likevel vises det gjennom forskning at ikke-medikamentelle tiltak kan redusere forekomsten av delirium betraktelig (Hshieh et al., 2015). Studien til Emme (2020) fremhever at slike tiltak kan også virke behandlende mot delirium. I samråd med dette kommer Helsedirektoratet (2019a) med råd om at ikke-medikamentelle tiltak bør inngå i behandlingen. Derfor ser vi at de ikke-medikamentelle tiltakene står sentralt både i Norge og globalt.

For at sykepleiere skal kunne ivareta pasienter i et delirium, vil mobilisering være et av de viktigste tiltakene å iverksette (Wyller, 2020, s. 191). Dette er på bakgrunn av at mobilisering har flere positive innvirkninger på pasienten. Mobilisering bidrar til bedre oksygenering, forebygging av komplikasjoner og kan reorientere pasienten (Ranhoff, 2020, s. 466). Immobilitet kan derimot føre til urinretensjon og obstipasjon (Skaug, 2021, s. 403). Slike belastninger vises å kunne være utløsende faktorer for delirium (Ranhoff, 2020, s. 465). Dessuten har eldre pasienter redusert reservekapasitet og minimale påkjenninger kan være utløsende faktorer (Wyller, 2020, s. 300-302). Ettersom at behandlingen ved delirium inngår å fjerne utløsende årsaker (Ranhoff, 2020, s. 467), kan mobilisering bidra til å korrigere de ulike risikofaktorene. Dette samsvarer med studien til Hshieh et al. (2015) der ikke-medikamentelle tiltak som tidlig mobilisering, blir nevnt som effektive. Pasienten kan bli mobilisert ved å sitte oppe i en stol eller på sengekanten (Ranhoff, 2020, s. 466). I tillegg vil daglige aktiviteter som morgenstell, ståing eller gåing være effektivt (Skaug, 2021, s. 410). Et annet relevant punkt er at pasienter kan oppleve en stressreaksjon, når han eller hun ikke får opprettholdt sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2021a, s. 155). Siden sykepleiere skal gjennom arbeidet sitt fremme helse, forebygge sykdom og lidelse (Norsk

sykepleieforbund, 2023), burde tiltak som tidlig mobilisering bli prioritert. Clarke et al. (2023) fremhever derimot at mobilisering hos pasienter med delirium blir sjeldnere satt i verk, enn andre tiltak.

Sykepleiere i studien til Emme (2020) forteller at tidspress medfører at de må nedprioritere ikke-medikamentelle tiltak i forhold til andre oppgaver. Dette samsvarer også med studien til Thomas et al. (2021), der det vises at arbeidsmengden hos en pasient med delirium er for stor i forhold til tidsrammen sykepleiere har. På bakgrunn av at pasientene ofte har en kombinasjon av urolighet og forvirring, vil pasientgruppen ofte være utfordrende å jobbe med (Juklestad & Aarre, 2018, s.250). Sykepleierne i studien til Thomas et al. (2021) og Emme (2020) fremhever at pasientgruppen er både tung og tidskrevende. I studien til Emme (2020), gav sykepleierne uttrykk for at de ikke hadde nok tid til å gi den grunnleggende omsorgen til pasientene. Likevel vises det i studien til Thomas et al. (2021) at hjelp fra andre sykepleiere og pårørende i en travel hverdag, bidro til at pasienten fikk god omsorg. Det er derimot viktig at pasienten har et godt forhold til pårørende, for at de skal virke positivt inn i situasjonen (Stubberud, 2022, s. 498). Et annet relevant punkt ved tidspress er at innleie av fastvakt kan være nyttig. Det vises at fastvakt kan minimere behovet for medisiner, i tillegg vil fastvakten ha mer tid til å nå frem til det friske med pasienten (Wyller, 2020, s. 305). Dessuten er spesialisthelsetjenesten lovpålagt til å tilrettelegge sine tjenester, slik at sykepleiere kan overholde sine plikter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). I praksis erfarte vi at fastvakt ofte var verdifullt for pasienten, da den ansatte er tilgjengelig og ivaretar pasienten. I tillegg er fastvakten en god avlastning for sykepleiere som ofte er preget av tidspress. Likevel har vi erfart at fastvakt bare er effektiv dersom den ansatte gjennomfører tiltak som kan hjelpe pasienten ut av et delirium. Til dømes ved å mobilisere pasienten og opprettholde en god døgnrytme.

Det å skape tydelighet og struktur for pasienter med delirium kan virke positivt inn på forløpet (Stubberud, 2022, s. 498). Pasienter opplever ofte søvnforstyrrelser, noe som medfører at de er mye våkne på natt (Wyller, 2020, s. 299). Søvn og hvile er ifølge Hendersons sykepleierteori et av de grunnleggende sykepleieprinsippene (Kristoffersen,



2021b, s. 237). Når pasienter ikke lenger klarer å dekke sine grunnleggende behov, vil sykepleierne kompensere for dette (Kristoffersen, 2021b, s. 237). Derfor vil det være viktig at sykepleiere tydeliggjør døgnrytmen, slik pasienten kan orientere seg om det er natt eller dag (Wyller, 2020, s. 305). Det vises at pasienter med delirium er mye våkne på natt, og som følge av dette kan de sove på dagtid (Wyller, 2020, s. 299). Konsekvensene av dette er at pasienten ikke vil få en god funksjonell søvn. I tillegg kan søvnmangelen være en utløsende faktor ved delirium (Stubberud, 2022, s. 493). Av den grunn burde tiltak som rett belysning og synlig klokke eller kalendre bli satt i verk (Wyller, 2020, s. 305). Det å bli mobilisert opp fra sengen kan også bidra til å skape tydelighet knytt til døgnrytmen, noe som vises å virke positivt inn på forløpet (Stubberud, 2022, s. 498). Dette kan også relateres til Harrison et al. (2023) sin studie, der resultatene viser at en god døgnrytme reduserer hyppigheten av delirium. Tiltakene i studien omhandlet tydelighet knytt til når det var dag og natt. På dagtid ble pasienten mobilisert frem, lyset i rommet var på og persiener var halvveis åpne. Ved kveldstid ble lysene derimot slått av, samt ble persiennene lukket og pasienten burde ha sovnet innen klokken 23:00. I likhet med dette blir korrigerende av belysningen på dag og kveld fremhevet av Wyller (2020, s. 305). På den andre siden kan høylytte alarmer og infusjonspumper som gir fra seg lyd og lys på nattetid, virke forstyrrende for søvnen. Disse momentene gir sykepleiere i studien til Emme (2020) uttrykk for som frustrerende. Dette er på grunn av at miljøet rundt pasienten ikke er tilpasset for skjerming av unødvendig stimuli. Ettersom at overstimulering er uheldig ved delirium (Wyller, 2020, s. 305), kan enerom bidra til at pasienten blir mer skjermet (Juklestad og Aarre, 2018, s. 253). I praksis på medisinsk avdeling erfarte vi at enerom virket positivt inn på forløpet ved delirium. Enerom medførte skjerming fra unødvendig støy og stimuli, samt skapte det en tryggere omgivelse for pasienten.

Det vises at medisinsk utstyr kan være overstimulerende for pasienter med delirium (Stubberud, 2022, s. 498). På bakgrunn av at overstimulering kan være ugunstig (Wyller, 2020, s. 305), bør det til enhver tid vurderes om utstyret pasienten har er nødvendig eller om det burde seponeres (Stubberud, 2022, s. 498). Slike vurderinger vil være viktig, da til dømes et blærekateter kan virke overstimulerende samtidig som det kan være helt nødvendig da urinretensjon kan være en utløsende årsak til delirium (Ranhoff, 2020, s. 465).

Sykepleieteoretikeren Henderson, hevder også dette i sin sykepleierteori (Kristoffersen, 2021b, s. 238). Sykepleiere må ha kompetanse om menneskets normalfunksjon og la dette legge grunnlaget for hvordan sykepleiere vurderer pasienten sitt behov for sykepleie (Kristoffersen, 2021b, s. 238). Sykepleiere skal også jobbe forebyggende (Norsk sykepleierforbund, 2023) og sykepleiere må sammen med leger vurdere om det vil være forebyggende å fjerne medisinsk utstyr. I praksis har vi erfart at pasienter med delirium ofte prøver å dra ut kateter, fjerne venefloner og plukker på utstyr som befinner seg i eller rundt dem. Dette kan samsvare med at medisinsk utstyr kan virke overstimulerende på en pasient med delirium. Derfor burde rommet holdes ryddig og alt unødvendig utstyr bør fjernes.

Delirium har et svingende forløp, noe som trolig gjør det utfordrende å ta til seg informasjon (Wyller, 2020, s. 305). I studien til Hshieh et al. (2015), blir viktigheten av syn- og hørsel tilpasninger fremhevet. Dette samsvarer med studien til Harrison et al. (2023), der tilpasninger til syn og hørsel blir fremhevet som et forebyggende tiltak ved delirium. Derfor burde briller og høreapparat være rene og på plass om pasienten bruker dette (Ranhoff, 2020, s. 465). I tillegg burde sykepleieren legge til rette for god belysning i kommunikasjonssituasjoner. Det vises derimot i studien til Clarke et al. (2023) at tiltak knytt til tilpasninger av hørsel og syn blir sjeldnere satt i verk. Manglende innsikt og oversikt i situasjoner kan skape belastninger som angst og utrygghet hos pasienten (Stubberud, 2022, s. 494). På grunn av nedsatt evne til kommunikasjon kan pasienter også føle seg isolert (Stubberud, 2022, s. 494). Slike følelser kan skape en økning av stress, noe som kan opprettholde et delirium (Ranhoff, 2020, s. 465). Derfor vil tydelighet og struktur ha en positiv innvirkning på forløpet til pasienten med delirium (Stubberud, 2022, s. 498). Ettersom at god informasjon kan bidra til å gi pasienten ansvar i situasjonen (Stubberud, 2022, s. 498), vil trolig følelsen av angst og utrygghet avta. Av den grunn kan slike tiltak bidra til at pasienten klarer raskere opp. Fra egne erfaringer i praksis, opplevde vi at tilpasninger av syn og hørsel ikke alltid blir prioritert. I noen tilfeller var årsaken at pasienten ikke hadde med seg hjelpemidlene sine på sykehuset. I slike tilfeller var det ofte uvisst at pasienten trengte disse før pårørende kom på besøk. Ved andre tilfeller var utstyr til hjelpemidlene gjenglemt, til dømes en lader til høreapparatet. Noen ganger erfarte vi mangelfull

informasjon i sykepleiersammenfatningen fra kommunehelsetjenesten. Dette medførte som regel usikkerhet blant sykepleierne på sykehuset om pasienten trengte hjelpemidler i kommunikasjonsituasjoner. I tillegg erfarte vi at tilpasningene ofte ble glemt, selv om pasienten hadde briller og høreapparat på nattbordet sitt.

Når pasienter blir behandlet for delirium burde sykepleiere skape trygghet og gi pasienten en behagelig tilværelse (Ranhoff, 2020, s. 467). Psykiske belastninger som angst og utrygghet kan utløse et delirium i kombinasjon med fysiske faktorer som ved akutt sykdom (Stubberud, 2022, s. 493-494). Behandlingen ved delirium tar utgangspunkt i å korrigere det som er i ubalanse, i tillegg til å fjerne utløsende årsaker (Ranhoff, 2020, s. 467). Ettersom at all type stress og ubehag kan bidra til utvikling av delirium (Ranhoff, 2020, s. 465), burde sykepleiere fremme pasienten sin trygghet (Juklestad og Aarre, 2018, s. 253). Dermed burde tiltak som å vise omsorg og omtanke bli satt i verk (Gustafsson, 2021, s. 101). Likevel vises det i studien til Emme (2020) at noen sykepleiere unngikk å gå inn til pasienter med delirium. Dette var på bakgrunn av at pasientgruppen er svært tidskrevende og utfordrende å jobbe med. På den andre siden poengterte mer erfarne sykepleiere at dette ikke skal hindre sykepleiere å gi nødvendig omsorg til pasientene. Tiltak som kan virke beroligende og tryggende, kan være å se pasienten, samt vise interesse og være tilgjengelig (Gustafsson, 2021, s. 101). Ranhoff (2020, s. 469) beskriver utfordringer knytt til kontinuerlig tilsyn, da bemanningen ofte er minimal. Ettersom at pasientgruppen ofte trenger kontinuerlig tilsyn og trygging, opplevde sykepleierne i studien til Thomas et al. (2021) at pårørende virket positivt inn. Både Stubberud (2022, s. 498) og Wyller (2020, s. 305) fremhever hvordan pårørende kan skape trygghet for pasienten. I tillegg kan innleie av fastvakt virke positivt inn ved delirium (Wyller, 2020, s. 305), ettersom at pasienten trenger få personer å forholde seg til (Eskeland, 2017, s. 171). Det vises at usikkerhet blant sykepleiere kan også fremprovosere angst og aggresjon hos pasienten (Stubberud, 2022, s. 498). Det å dempe angst og stress kan bidra til at pasienten klarer raskere opp (Wyller, 2020, s. 305). Av den grunn er det nødvendig at sykepleiere har kunnskap og kompetanse i møte med delirium.

## 4.2 Sykepleier sin kunnskap og kompetanse rundt delirium

Som sykepleier kan det være utfordrende å indentifisere pasienter med delirium (Stubberud, 2022, s. 491). Ettersom at hypoaktive pasienter er likegyldige, apatiske og mentalt lukket, kan symptomene forveksles med depresjon (Stubberud, 2022, s. 491-492). Det vises også at symptomene ved delirium har likehetstrekk til demens og psykose. For at pasientene skal få en best mulig behandling, har sykepleierne en viktig jobb til å skille delirium fra andre tilstander (Ranhoff, 2020, s. 460). Av den grunn er det nødvendig at sykepleiere har kunnskap innen flere fag, slik de kan vurdere og forstå pasientsituasjoner (Kristoffersen et al., 2021, s. 19). Det vises derimot i forskningen til Emme (2020) at det er manglende kunnskap hos sykepleierne om risiko og utløsende faktorer ved delirium. I tillegg var det manglende kunnskap om viktigheten av å indentifisere delirium. Dette kan også relateres til Thomas et al. (2021) sin studie, der sykepleierne ga uttrykk for at kunnskap til delirium var mangelfull. På bakgrunn av lite undervisning av delirium på sykepleierutdanning, føler sykepleierne at de ikke er forberedt til å ta vare på denne pasientgruppen (Thomas et al, 2021). Dette samsvarer lite med at sykepleiere gjennom yrket skal holde seg oppdatert på både forskning og utvikling innen sitt fagområde (Norsk sykepleierforbund, 2023). I tillegg er sykepleiere lovpålagt til å gjennomføre sykepleien faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Derfor ligger det et ansvar hos hver enkelt sykepleier, til å tilegne seg mer kunnskap og kompetanse innen temaer de er usikre på.

Sykepleierne i studien til Thomas et al. (2021) fremhever at simuleringer og fagdager knytt til delirium ikke var prioritert i avdelingen. For det første er virksomheten rådet til å sikre at de ansatte har kompetanse til å avdekke og følge opp pasientene (Helsedirektoratet, 2020, s. 6). Av den grunn skal sykepleiere også ha tid til å kunne observere pasientene. Dette samsvarer også med lovverket, da spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasientene får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). For det andre er virksomheten også rådet til å styrke kompetansen blant ansatte ved å gjennomføre simuleringer og fagdager (Helsedirektoratet, 2020, s. 8). Et annet relevant punkt er at ledelsen skal ha oversikt over kompetansen blant de ansatte og behovet for opplæring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, § 6). Vi erfarte i praksis at ledelsen ikke prioriterte undervisning om delirium ved fagdager eller

under simuleringer. I tillegg erfarte vi at kompetansen blant sykepleierne var varierende. Noen var svært flinke til å forebygge og behandle pasienten, mens andre var usikre i møte med delirium. Vi erfarte at usikkerhet blant sykepleiere kan påvirke pasienten negativt og dette medførte ofte til frustrasjon, utagering og utrygghet hos pasienten.

Delirium endrer bevisstheten, orientering og hukommelsen til pasienten (Ranhoff, 2020, s. 458). Ettersom at tilstanden ofte medfører at pasienten ikke lenger kan ivareta sine egne behov, kan konsekvenser som en stressreaksjon oppstå (Kristoffersen, 2021a, s. 155). Hendersons sykepleierteori vektlegger at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe pasienten til å gjenvinne sine funksjoner (Kristoffersen, 2021b, s. 237). Derfor burde sykepleiere jobbe helsefremmende og forebyggende, i tillegg ivareta pasientens verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2023). Det vises derimot i forskningen til Thomas et al. (2021) at flere sykepleiere opplever usikkert og angst i møte med delirium. På bakgrunn av dette kan et delirium vedvare, da sykepleierens sin usikkerhet kan fremprovosere eller opprettholde utløsende faktorer ved delirium (Gustafsson, 2021, s. 101). For å kunne redusere risikoen for feil og bidra til kvalitetsforbedring, er en god klinisk kompetanse nødvendig (Grønseth og Nortvedt, 2022, s. 11). Dessuten er det viktig med et variert erfaringsgrunnlag, slik at sykepleiere kan utvikle kompetansen sin (Kristoffersen, 2021a, s. 195).

I studien til Emme (2020), mente flere sykepleiere at de hadde nok kunnskap om delirium. I motsetning gav de mer erfarne sykepleierne uttrykk for at de nyutdannede sykepleierne ikke hadde nok kunnskap. Dette kan ses i sammenheng med at nyutdannede sykepleiere ikke har fått opparbeidet seg nok erfaringer, noe som bygger grunnlag for den praktiske kunnskapen (Kirkevold, 2002, s. 30). For å kunne utøve sykepleie må sykepleiere ha både praktiske, teoretiske og etiske kunnskaper (Kikrevold, 2002, s. 28-29). Av den grunn vil sykepleiere etter endt utdanning fremdeles tilegne seg ny kunnskap og kompetanse. Den kliniske kompetanse blir derimot opparbeidet innen en bestemt praksiskontekst (Kristoffersen, 2021a, s. 195). Det vises i forskningen til Thomas et al. (2021) at sykepleiere delte kunnskap mellom hverandre når de var usikre. Dersom kunnskapen ikke er korrekt, kan det oppstå systematiske feil i forbindelse med vurderinger og beslutninger (Grønseth og Nortvedt,

2022, s. 11). Derfor vil det være viktig at sykepleiere reflekterer over nåtidige og fremtidsrettede situasjoner, i tillegg til tilbakeblikksrefleksjon (Kirkevold 2002, s. 32). Ettersom at sykepleiere vil reflektere over om metodene som ble brukt tidligere er best mulig, kan sykepleieutøvingen endres til det bedre (Kirkevold, 2002, s. 33).

#### 4.3 Metodediskusjon

Dalland (2020, s. 152) påpeker at både pensum og fagkilder ofte kan være sekundærkilder. Dette innebærer at teksten kan være bearbeidet på flere måter, noe som kan føre til at det opprinnelige perspektivet kan ha blitt endret. Ettersom at oppgaven vår bygger på pensum og fagkilder, kan det opprinnelige budskapet ha blitt endret når vi tolket kildene. I tillegg er artiklene opprinnelig på engelsk, noe som kan ha medført feiltolkning gjennom oversettelsen. En svakhet ved studien vår kan være at vi ikke har mye erfaring knyttet til systematisk litteratursøk. Dette kan ha medført at vi har gått glipp av gode artikler ved søkene våre. Manglede erfaring om det å tolke tall og statistikk kan også ha hatt en negativ innvirkning på vår oppgave, da vi kan ha feiltolket eller oversett informasjon.

Artikkelen til Emme (2020) vurderer vi som svært relevant, da den kommer fra Danmark og vi ser store likheter mellom det norske og danske helsevesenet. Videre var to av studiene systematiske oversikter som inkluderte funn fra flere ulike land. Resultatene fra disse oversiktene viste likheter til ikke-medikamentelle tiltak, noe som styrket relevansen. De to siste studiene var fra Australia og USA. Selv om helsevesenet kan være ulikt i disse landene sammenlignet med Norge, valgte vi å inkludere artiklene. Dette var basert på at funnene samsvarer med funn fra studier i europeiske land.

#### 5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett lys på hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med delirium, ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak. Forskning og litteratur viser at ikke-medikamentelle tiltak er sentralt både ved forebygging og behandling av delirium. Både teori og forskning

fremhever mobilisering og tydeliggjøring av døgnrytmen som gode tiltak. Det vises derimot at sykepleiere ikke er flinke nok til å sette i verk slike tiltak. Det blir belyst at årsaker til dette kan være tidspress, manglende kunnskap og kompetanse knytt til delirium i seg selv og de ikke-medikamentelle tiltakene. Det at sykepleiere ikke har nok kunnskap og kompetanse rundt dette kan føre til at pasienter med delirium ikke blir ivaretatt. På bakgrunn av dette ser vi nødvendigheten av at sykepleiere selv tilstreber å tilegne seg mer kunnskap rundt delirium. For at sykepleierne skal klare å oppnå dette er det i tillegg viktig at avdelingen legger til rette for at slik kunnskap kan tilegnes.

Flere forskninger konkluderer med at ikke-medikamentelle tiltak har god effekt mot delirium, men det er fortsatt behov for mer kunnskap og kompetanse rundt delirium blant sykepleiere. Det blir belyst at fremtidig forskning bør ha et større fokus på hvordan man kan implementere god praksis eller utvikling av planer/veiledere knyttet til delirium. Vi ser også nødvendigheten av mer forskning rundt delirium i Norge, da dette var lite av når vi gjennomførte søket vårt.

## Referanseliste

- Clarke, E., Newman, E., Dravid, M., Ricciardello, M., Jones, E., Caudle, K., Kilshaw, L., Hilmi, S., & Flicker, L. (2024). Assessment and management of delirium in a tertiary hospital —Improvements in cognitive screening and use of non-pharmacological strategies with a multidisciplinary approach. *Australasian Journal on Ageing*, 43(1), 175–182. <https://doi.org/10.1111/ajag.13266>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Emme, C. (2020). “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2849–2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Cappelen Damm.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016 10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grønseth, R. & Nordtvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-21). Gyldendal.
- Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 93-108). Gyldendal.
- Harrison, J. D., Rathfon, M., Binford, S., Miranda, J., Oreper, S., Holt, B., & Rogers, S. E. (2023). Development and evaluation of a concise nurse-driven non-pharmacological delirium reduction workflow for hospitalized patients: An interrupted time series study. *Geriatric Nursing (New York)*, 55, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.007>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet. (2019a, 2. mai). *Forebygg delirium hos særlig sårbare pasienter. Ved symptom skal underliggende årsak utredes og behandling iverksettes*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/delirium/forebygg-delirium-hos-saerlig-sarbare-pasienter.ved-symptomer-pa->



[delirium-skal-underliggende-arsak-utredes-og-behandling-iverksettes](#)

Helsedirektoratet. (2019b, 14. oktober). Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puella, M., Dowal, S., Trivison, T. & Inoyue, S. K. (2015).

Effectiveness of multi-component non-pharmacological delirium interventions: A Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 175(4), 512-520.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>

Jensen, A. (1998). *Diagnose: menneske*

Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Alderspsykiatri. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 241-260). Fagbokforlaget.

Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Gyldendal

Kristoffersen, N. J. (2021a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 153-200). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 225-297). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal.

Kunnskapsbasertpraksis.no. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Norsk Sykepleierforbund. (2023, 31. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s.458-470).

Gyldendal.

Skaug, E.-A. (2021). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 383-424). Gyldendal.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D.-G. (2022). Sykepleie ved delirium. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 491-500). Gyldendal.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Thomas, N., Coleman, M., & Terry, D. (2021). Nurses' experience of caring for patients with delirium: Systematic review and qualitative evidence synthesis. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 11(1), 164–174. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010016>

Tømmerås, A. M. & Thomas, M. J. (2022, 5. Juni). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2022*. I Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2022>

Universitetet i Oslo. (2024). *GPT-4* (30. april versjon) [Stork språkmodell]. <https://gpt.uio.no/chat>

Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2018). Delirium: framleis underdiagnostisert. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 138(5). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0118>

Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici – en medisinsk lærebok*. Gyldendal.

## Vedlegg

## 1. PICO skjema

	Norske ord	MeSH	Tekstord
Population/ Problem	Sykepleier	Nurse, registered nurse	Nurse(s) Registered nurse(s)
Interest	Ikke- medikamentelletiltak	Non-pharmacological treatment	Non-pharmacological treatment
Context	Delirium  Geriatrici  Sykehus	Delirium  Geriatrics  Hospital	Delirium  Geriatrics, Elderly  Hospital(s)

## 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterium

INKLUSJONSKRITERIUM	EKSKLUSJONSKRITERIUM
Geriatripasienter fra alderen 65 år og oppover	Personer under 65 år
Pasienter som er innlagt på sykehus	Pasienter som ikke er innlagt på sykehus og pasienter som er innlagt på en intensivavdeling
Ikke-medikamentelle tiltak	Hovedfokus på medikamentelle tiltak
Sykepleiere sine erfaringer knyttet til delirium	
Artikler som er yngre en 10 år	Artikler som er eldre en 10 år
Norsk eller engelsk språklige forskninger	Forskninger på andre språk enn norsk eller engelsk
	Palliative pasienter

## 3. Søkestrategi

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
PubMed	17.04.2024	S1: «Delirium»	13,761	
		S2: «Geriatrics»	124,209	
		S3: «Hospital»	4,018,114	
		S4: «Nonpharmacological interventions»	12,343	
		S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	90	
		S6: S5 NOT "ICU"	82	
		S7: S6 AND "prevention"	53	<p>"Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis"</p> <p>"Assessment and management of delirium in a tertiary hospital – improvements in cognitive screening and use of non-pharmacological strategies with a multidisciplinary approach"</p>
PubMed	18.04.2024	S1: "Nurses" AND "Delirium"	1,799	
		S2: S1 AND "Experience"	287	

		S3: S2 AND "Improvement"	112	
		S4: S3 + NOT "ICU"	71	
		S5: S4	53	Avgresning "2014-2024" og "Full text"  "Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis"
<b>PubMed</b>	18.04.2024	S1: "Delirium" AND "Nurses"	1,799	
		S2: S1 AND "Non-pharmacological" AND "Intervention"	41	
		S3: S2	33	Avgrense "2014-2024" og "Full text"  "Development and evaluation of a concise nurse-driven non-pharmacological delirium reduction workflow for hospitalized patients: An interrupted time series study."
<b>Academic search elite</b>	17.04.2024	S1: «Delirium»	7,592	Benyttet filter «2014-2024» og «peer reviewed»
		S2: «Nurse»	97,321	
		S3: «Nonpharmacological»	1,896	

		S4: S1 AND S2 AND S3	15	"It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines.
--	--	-------------------------	----	---

#### 4. Litteratormatrise

Forfatter, år	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentarer
Hshieh et al., 2015	<p>Å gjennomføre en systematisk oversikt over alle studier relatert til flerkomponent ikke-medikamentelle tiltak for forebygging av delirium.</p> <p>I tillegg gjennomføre kvantitative metaanalyser som evaluerer virkningen av disse tiltakene på viktige kliniske utfall</p>	Systematisk litteratursøk etterfulgt av en metaanalyse	<p>14 artikler ble tatt i bruk</p> <p>Totalt rundt 4267 pasienter på 12 forskjellige steder, med gjennomsnittsalder på 79,7 år.</p>	<p>Resultatene fra studien viste at ikke-medikamentelle tiltak hadde god effekt.</p> <p><b>Fall:</b> Fire studier så på antall fall per pasient per pasient-dag. Kombinert viste metaanalysen som inkluderte 1038 pasienter, at sjansen for fall var 62% lavere blant intervensjonssubjekter. Dette representerer det samme som 4,26 forhindrede fall per 1000 pasient-dager eller 2,79 fall per 1000 pasient-dager blant intervensjonssubjekter sammenlignet med 7,05 fall per 1000 pasient-dager blant kontrollgruppen.</p> <p><b>Hyppigheten av delirium:</b> Elleve studier målte hyppigheten av delirium. Metaanalysen som involverte 4267 pasienter, viste at hyppigheten av delirium var 53% lavere i gruppen med intervensjoner sammenlignet med kontrollgruppen.</p> <p><b>Lengden på sykehusopphold:</b> Ni studier målte lengden på sykehusoppholdet. Samlet viste metaanalysen med 3358 pasienter at relative gjennomsnittlige forskjeller var -0,16 dager kortere i intervensjonsgruppen. Resultatene av analysene oppnådde ikke statistisk signifikans.</p>	<p>Det ble kun funnet signifikante forskjeller blant hyppigheten av delirium og fall. Resten av tiltakene viste ikke signifikante forskjell og burde derfor tolkes med forsiktighet.</p>



				<p><b>Institusjonalisering:</b> Fire studier undersøkte hyppigheten av institusjonalisering etter utskrivelse fra sykehuset. Samlet viste metaanalysen som inkluderte 1176 pasienter at sjansen for utskrivning til langtids omsorg var 5% lavere i intervensjonsgruppen, men resultatene oppnådde ikke statistisk signifikans.</p> <p><b>Endring i funksjon:</b> Fire studier målte endring i funksjonsstatus. Tilfeldige effektmodeller ble brukt grunnet høy heterogenitet blant studiene. Kombinert var relative gjennomsnittlige forskjeller for bedring i funksjon blant 1068 pasienter 0,57, i favør til multikomponente ikke-medikamentelle intervensjoner, men ikke statistisk signifikant. Grunnet høy heterogenitet, bør resultatene tolkes med forsiktighet.</p> <p><b>Kognitive endringer:</b> Tre studier målte endring i kognisjon. Tilfeldige effektmodeller ble brukt grunnet høy heterogenitet blant disse studiene. Kombinert var relative gjennomsnittlige forskjeller for bedring kognisjon blant 1610 pasienter 0,97, i favør til multikomponente ikke-medikamentelle intervensjoner, men ikke statistisk signifikant. Grunnet høy heterogenitet, bør resultatene tolkes med forsiktighet.</p> <p><b>Forholdet mellom kvalitets vurderinger og effektivitet:</b> Det ble observert begrenset, statistisk ikke-signifikant bevis i noen sammenhenger mellom studiekvalitet og effekt av intervensjoner mot</p>	
--	--	--	--	---	--

				forebygging av hyppigheten av delirium.	
Emme, 2020	<p>Å utforske sykepleierne sine erfaringer knytt til iverksetting av retningslinjene ved delirium på sykehus.</p> <p>I tillegg utforske erfaringer med barrierer knytt til retningslinjene.</p> <p>Disse retningslinjene fokuserer på identifisering og ikke-medikamentell forebygging og behandling.</p>	<p>Kvalitativ studie der det både ble benyttet semistrukturerte fokusgrupper og individuelle intervju</p>	<p>23 sykepleiere deltok i studien. 17 var offentlig godkjente sykepleiere (måtte ha jobbet minst seks måneder i avdeling), to sykepleiere med lederstilling og fire sykepleiere med lang erfaring.</p> <p>Universitets sykehus i</p>	<p>Studien indentifiserte fire hovedkategorier for moment som gjorde det lettere eller vanskeligere å gjennomføre retningslinjer knytt til delirium.</p> <p><b>1: Faktorer knytt til bruken av retningslinjene:</b></p> <p>De fleste deltakerne kjente til retningslinjene, men et mindretall visste om tilleggsverktøy, som kartleggingsverktøy og informasjonsbrosjyrer til pårørende. Noen av de mest erfarne sykepleierne mente retningslinjene var greie å bruke, men flertallet mente retningslinjene ble lite brukt og mange spurte etter råd fra kollegaer istedenfor. Flesteparten av sykepleierne gav uttrykk for at retningslinjene var lange som førte til de bare skumleste den. Flere sykepleiere opplevde at retningslinjene for delirium stridde imot andre retningslinjer på sykehuset. Eksempelvis ved tidlig indentifisering av «critical illness», som krever at pasienter var våkne om natten. Denne konflikten gjorde spesielt de nyeste sykepleierne usikre, da de ikke visste om de skulle prioritere søvn som ikke-medikamentelt tiltak eller tiltakene for «critical illness».</p> <p><b>2: Faktorer knytt til hver enkelt sykepleier:</b></p> <p>Selv mente sykepleierne at de hadde nok kunnskap om delirium, men de mer erfarne sykepleierne mente at det ikke var nok kunnskap blant de nye. Mange ga uttrykk gjennom intervjuene at pasienter som sto i risiko for å få delirium og pasienter med delirium ikke ble indentifisert ofte nok. Spesielt pasienter med hypoaktivt delirium. Ved noen sykepleiere virket det som at de manglet forståelse for viktigheten av å identifisere</p>	<p>Siden studien kun tar for seg noen få sykepleiere på et enkelt sykehus, kan funnene være annerledes andre plasser.</p>

			Danmark.	<p>delirium. Flere sykepleiere ga uttrykk for at de oppdaget tegn til delirium, men reagerte ikke på det før tegnene var veldig klare eller pasienten ble vanskelig å forholde seg til.</p> <p>De mest erfarne sykepleierne ga uttrykk for at en trenger spesiell, profesjonell og personlige kvalifikasjoner for å gi omsorg til de med delirium. Noen følte seg i stand til å både identifisere og håndtere delirium, mens andre ga uttrykk for at delirium var vanskelig å håndtere. De minst erfarne sykepleierne ga uttrykk for at dert var vanskelig å prioritere mellom pasienter og at det var tidkrevende å se til pasienter med delirium.</p> <p>Sykepleierne hadde ulike holdninger knyttet til delirium. Noen syntes det var både utfordrende og spennende, mens andre syntes det var vanskelig, forstyrrende og tidkrevende. I tillegg til at det kunne være irriterende å måtte ta seg av slike pasienter. Mange av sykepleierne gav uttrykk for negative holdninger knytt til retningslinjene. Noen følte seg begrenset og at deres profesjonelle dømmekraft ble undervurdert.</p> <p>Sykepleierne ga uttrykk for flere følelser i møte med delirium: medlidenhet, profesjonell stolthet og lettelse, men også irritasjon og ubehag. Sykepleierne opplevde pasienter med delirium som uforutsigbare, og pasienten kunne bli opprørt. Noe som førte til at spesielt nye sykepleiere ble usikre. En av de mest vanlige følelsene sykepleierne hadde i møte med delirium var frustrasjon. Sykepleierne opplevde en form for maktløshet og nytteløshet når de prøvde å hjelpe</p>	
--	--	--	----------	--	--

			<p>pasienter med delirium som ikke så ut til å reagere på behandlingen og omsorgen.</p> <p>Sykepleierne var klar over viktigheten av å dokumentere observasjoner og tiltak knytt til pasienter med delirium, men følte seg demotiverte når de erfarte at kollegaer ikke fulgte opp observasjonene eller planer. Noen ganger unngikk sykepleierne å gå inn på pasientrom med delirium, siden det er både tidskrevende og vanskelig å kommunisere med en pasient med delirium.</p> <p><b>3: Faktorer knytt til samarbeid:</b></p> <p>Sykepleierne viste omsyn og prøvde å redusere arbeidsmengden til kollegaer ved å for eksempel få inn fastvakt til pasienter med delirium. En av de mer erfarne sykepleiere fortalte at å lindre symptomene til pasienter med delirium ikke var på grunn av pasienten alene, men også for de andre sykepleierne.</p> <p>Det kommer frem at leger ble sett på som en viktig samarbeidspartner med tanke på å gi nødvendig behandling og omsorg til pasienten. Sykepleierne ga imidlertid uttrykk for at samarbeid mellom de og legene kunne være vanskelig, og at legene av og til ble sett på som en mostander. De mente at legene manglet et helhetsbilde av pasientens tilstand, og var bare fokusert på om pasienten hadde fullført behandling. Videre mente sykepleierne at legene så på delirium som et ansvar for sykepleier, og at de kun har fokus på farmakologisk behandling. Ifølge sykepleierne var det ofte uenighet blant legene om</p>	
--	--	--	---	--

				<p>behandlingsplanen for pasienter med delirium, noe som førte til at det ofte ble endring i behandlingen.</p> <p>Sykepleierne gav uttrykk for at det var utfordringer i kommunikasjon og samhandling mellom avdelinger. De følte på press fra andre avdelinger som omhandlet overflytting av pasienter mellom avdelinger. Videre oppleve sykepleiere av og til at de fikk villedende informasjon om pasienter som skulle overflyttes.</p> <p><b>4: Faktorer knytt til konteksten:</b></p> <p>De mest erfarne sykepleierne ga uttrykk for at delirium var høyt prioritert på deres avdeling. Sykepleierne ga også uttrykk for prioritet av pasienter med delirium, spesielt i tråd med å ivareta god søvn. For å opprettholde et fokus rundt delirium var det viktig for sykepleierne at temaet ofte ble snakket om mellom kollegaer. Selv om gav sykepleierne uttrykk for at delirium ikke ble prioritert tilstrekkelig, spesielt ikke-medikamentell forebygging og dokumentasjon. Noen av de mest erfarne sykepleierne sa seg enig i at delirium ikke ble tilstrekkelig prioritert. Behandling med farmakologiske tiltak så ut til å være hovedfokuset til sykepleierne, istedenfor sykepleietiltak relatert til ikke-medikamentell forebygging og behandling.</p> <p>Sykepleierne hadde tro på at det var viktig at administrasjonen støttet de opp mot å følge de anbefalte retningslinjene. Sykepleierne pekte ut at organisasjonen i avdelingen ikke støttet anbefalinger i retningslinjene knytt til ikke-medikamentell forebygging og behandling. For eksempel opplevde de at ledelsen hadde bestemt at alle pasienter skulle vekkes</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>klokken seks om morgenen for å ta vitale målinger.</p> <p>Sykepleierne hadde tro på at det fysiske miljøet på avdelingen bidro til at pasienter utviklet delirium og gjorde det vanskelig å gi nødvendig omsorg, for eksempel å beskytte pasienter for unødvendig stimuli. Ifølge sykepleierne var et av de største problemene forstyrrelser og lyd på pasientrommene. Sykepleierne forklarte høy lyd på «klokkesystemet», smell med dører, forstyrrende pårørende og generelt forstyrrelser knytt til at det er flere pasienter på et rom. Sykepleierne mente også at de ikke hadde nok tid til å gi grunnleggende omsorg og at de ikke fikk gjort de nødvendige observasjonene. I tråd med dette ble identifikasjon og ikke-medikamentell forebygging nedprioritert i forhold til andre oppgaver. Selv om ga noen av de mer erfarne sykepleierne uttrykk for at arbeidspress ikke bør være en unnskyldning for å ikke gi tilstrekkelig omsorg. Den finansielle modellen i helsesystemet virket også å ha en innvirkning på pasientomsorgen. Ifølge sykepleierne var det konstant fokus på hvor mange pasienter det var i avdelingen, flytting av pasienter til andre avdelinger og utskrivelser. Dette gav sykepleiere på alle nivå uttrykk for. En av lederne forklarte situasjoner der økonomien var viktigere enn å gi best mulig omsorg til pasienter og at pasienter med delirium av og til var uønsket fordi de var «dyre».</p>	
Harrison et al., 2023	Å redusere hyppigheten av delirium og lengden av sykehusoppholdet	Prospektiv avbrutt-tidsreiseanalyse	10636 eldre pasienter Universitets sykehus i	<p>Data fra 10636 pasienter ble brukt i studien, 4924 før intervensjonen, 1650 under intervensjonen og 4071 etter intervensjonen.</p> <p>De ble brukt tiltak for å tydeliggjøre dag og natt. Tiltak som på med lys, opp med persienner, mobilisering av pasienten ut av sengen, vann i</p>	Resultatene kommer fra kun et sykehus. Dette kan medføre at resultatene er ulike

	for eldre.		San Francisco, California	<p>nærheten av pasienten og at pasienten var våken ble brukt for å tydeliggjøre at det var dag. Tiltakene for å tydeliggjøre at det var natt inneholdt av med lys, ned med persienner, av med tv, reduksjon av støy og fast leggetid.</p> <p>I løpet av intervensjonsperioden sank hyppigheten av delirium med 12,2 dager per måned og denne trenden var signifikant forskjellig sammenlignet med preintervensjonstrenden for hyppigheten av delirium. Imidlertid følgene utbruddet av COVID-19 i post-intervensjonsperioden, ble den signifikante reduksjonen av hyppigheten av delirium ikke opprettholdt og hyppigheten økte. Delirium reduksjonsarbeidsflyten i situasjonen med COVID-19 førte ikke til signifikante endringer i trender knytt til lengde på sykehusoppholdet for både pasienter med og uten delirium.</p>	i forhold til andre steder.
Clarke et al., 2023	Å bestemme gjeldende beste praksis innen deliriumshåndtering i et tertiært undervisningssykehus og å identifisere strategier for å forbedre kvaliteten på omsorg ved delirium med fokus på forebygging.	Det ble dannet en rekke revisjoner som følge av dannelsen av «Cognitive Impairment Reference Group», som var et tverrfaglig	Royal Perth sykehus i Australia	<p>Bare 12,5% av pasienter møtte alle målbare utfall fra de tilhørende «Delirium Clinical Care Standards». Det kognitive screeningsverktøyet som ble brukt var forkortet mental testscore (AMTS) og mini-mental-status-evaluering (MMSE); 89% av kognitive screeninger var positive, og ingen av disse pasientene ble screenet for delirium ved hjelp av et validert verktøy. 86% av pasientene hadde kognitiv screening og 2% mottok screening for delirium.</p> <p>Ikke-medikamentelle strategier 97% av pasientene hadde minst en form for ikke-medikamentell strategi på plass. De 3% uten ikke-medikamentell metode på plass hadde alle antipsykotisk medisin administrert. Det var en forbedring hos pasienter</p>	<p>Resultatene kommer fra kun et sykehus som kan føre til at resultatene kan være ulike andre steder.</p> <p>Ikke-medikamentelle tiltak som ikke var dokumentert i</p>

		team som ble opprettet for å iverksette retningslinjer for deliriumshåndtering og overvåke etterlevelse		med ikke-medikamentelle strategier dokumentert før antipsykotiske medisiner fra 31% til 76%.	journalen ble ikke inkludert
Thomas et al., 2021	Å forstå hvilke faktorer som påvirker sykepleiere når de pleier pasienter med delirium, og å indentifisere best praksis til å forbedre klinisk praksis til de med delirium	Systematisk oversikt som samlet funn fra kvalitativ forskning.	10 studier ble tatt i bruk.  Tre fra Australia, to fra Canada, en fra Kina, en fra Danmark, to fra Storbritannia og er fra USA	<p>Det første søket gav treff på 24 artikler som ble vurdert, etter duplikater ble tatt vekk og hele studien ble screenet, ble ti artikler ekskludert. Av de 14 som var igjen ble fire av de identifisert som metodisk svake og derfor ekskludert. Dermed stod det igjen ti artikler som ble brukt som en basis for datasyntesen og analysen.</p> <p>Resultatene fra studiene ble delt inn i fire temaer som inkluderte:</p> <p><b>1: Manglende oppdatert kunnskap, utdanning og resurser.</b> Sykepleiere fortalte at de ikke hadde kjennskap til prosessen og forløpet til delirium, som førte til vanskeligheter i forståelse av pasienter og vanskeligheter med å nå inn til dem og deres realitet. Mangel på kunnskap og utdanning var notert som å være et stort hinder når det kom til å møte pasienten sine behov.</p> <p><b>2: Omsorg for pasienter med delirium, har stor innvirkning på sykepleierne sin arbeidsmengde.</b></p>	



				<p>Alle studiene la vekt på innvirkningen av tung arbeidsmengde til pasienter med delirium og deres manglende evne til å fullføre rollene sine vellykket, tilfredsstillende og innenfor tidsrammene de hadde. Å ta vare på pasienter med delirium var tidskrevende. Som følge av lite bemanning og økt arbeidsmengde, så sykepleierne seg nødvendig å få hjelp fra andre kilder. Dette var blant annet andre sykepleiere og pårørende. Omsorg for pasienter med delirium skapte stress, angst og mentale konflikter.</p> <p><b>3: Den uforutsigbare naturen til pasienter med delirium, som skaper bekymringer rundt trygghet.</b></p> <p>Sykepleiere hadde bekymringer rundt deres egen sikkerhet og sikkerheten til sine pasienter når delirium var tydelig til stede. Dette førte til at de måtte bruke mer tid og resurser for å sikre sikkerheten til alle partier og bekymre seg over deres egen og pasienten sin velferd.</p> <p><b>4: Omsorg oppnådd ved hjelp av ulike strategier.</b></p> <p>Omsorgen for en pasient med delirium ble også vist å omfatte og inkludere støtte fra andre sykepleiere og pasientens familie. Samlet ble strategiene og ressursene brukt av sykepleiere til å ta vare på pasienter med delir, delt inn i fire kategorier. Konstant observasjon, begrensninger for å unngå vandring, involvering av pårørende og støtte av kollegaer. Sykepleiere var enig i at akutt forvirrede pasienter hadde behov for kontinuerlig observasjon for å sikre sikkerheten til pasienten. I enkelte situasjoner ble hevet sengehest tatt i bruk, men det viste seg å være farlig i enkelte situasjoner, da pasienter kunne klatre over dem. Det ble</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>gitt uttrykk for at pårørende spilte en viktig rolle i å roe pasienten og bidro til at pasienten ble seg selv igjen, slik at omsorg kunne gis trygt og effektivt.</p>	
--	--	--	--	--	--



Høgskulen  
på Vestlandet