



# 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.:** 129

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7995

#### 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:** 17  
**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Autonomi til den eldre deliriske pasienten.

*Autonomy to the elderly delirious patient.*

**Kandidatnummer: 129**

Sykepleierutdanning ved HVL Førde

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

06.06.2024

Antall ord: 7995 & antall sider: 30

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.

# Innhold

Sammendrag .....	5
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt .....	7
1.2 Begrepsforklaring .....	7
1.3 Teoretisk grunnlag .....	8
1.3.1 Delirium .....	8
1.3.2 Den eldre pasient.....	9
1.3.3 Tvang og autonomi .....	10
1.3.4 Relevant lovverk .....	11
1.3.5 Personsentrert sykepleie .....	11
1.3.6 Pårørende .....	13
1.4 Problemstilling og avgrensning .....	13
<b>2.0 Metode.....</b>	<b>15</b>
2.1 Valg av metode .....	15
2.2 Søkeprosess.....	15
2.2.1 PICO .....	15
2.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	16
2.2.3 Litteratursøk .....	16
2.3 Kildekritikk og kritisk vurdering av litteratur .....	17

2.4 Etisk refleksjon .....	17
<b>3.0 Resultat av forskning .....</b>	<b>19</b>
3.1 Personsentrert sykepleie til pasienter med delirium. ....	19
3.2 Den psykiske påkjenning av delirium.....	20
3.3 Tap av autonomi hos pasienter med delirium.....	20
3.4 Samarbeid med pårørende .....	21
3.4.1 Den psykiske påkjenningen for pårørende.....	22
<b>4 Diskusjon .....</b>	<b>23</b>
4.1 Sårbarheten hos deliriske pasienter .....	23
4.2 Det juridiske aspektet hos pasienter med delirium.....	24
4.3 Å fremme autonomi til den deliriske pasienten .....	25
4.4 Samarbeidet med pårørende for et bedre pasientutfall .....	26
4.5 Metodediskusjon .....	28
<b>5.0 Konklusjon og implikasjon for praksis .....</b>	<b>29</b>
<b>Referanseliste- Apa 7th .....</b>	<b>31</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>35</b>
Vedleggs nr.1: PICO.....	35
Vedleggs nr.2: Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	37
Vedleggs nr.3: Framgangsmåte for litteratursøk.....	38
Vedleggs nr.4: Søk- Pubmed .....	40
Vedleggs nr.5: Søk- Cinhal.....	45

Vedleggs nr. 6: Litteraturmatrise ..... 51

# Sammendrag

**Tittel:** Autonomi til den eldre deliriske pasienten.

**Bakgrunn:** Bakgrunn for valg av tema til bacheloroppgaven min henger sammen med at jeg gjennom praksis og jobb har møtt denne pasientgruppe flere ganger. Jeg har en interesse om å kunne mer om tema og hvordan sykepleier kan på best mulig måte ivareta disse pasientene.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere fremme autonomi til den eldre deliriske pasient ved bruk av personsentrert sykepleie?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Det ble gjennomført systematisk litteratursøk i Cinhal og Pubmed. Artikkene som har blitt brukt er fra begge databasene. De valgte artiklene har blitt kritisk vurdert for relevans, gyldighet og kvalitet, samt er de presentert tematisk ut i fra funn.

**Resultat:** Det kommer fram i flere av studien at pasienter har følt på negative implikasjoner under og etter gjennomgått delirium. Noen av studien har også syn på samarbeidet mellom sykepleiere og pårørende.

**Konklusjon:** I praksis kan det å fokusere på personsentrert sykepleie bidra til å forbedre pasientresultatet og føre til økt pasienttilfredshet, et bedre helsemessig resultat og øke følelsen av en mer helhetlig omsorgsopplevelse. I oppgaven har det vist at sykepleie må kontinuerlig se den enkeltes situasjon. For å kunne gjennomføre dette er det å ha kunnskap rundt både delirium og personsentrert sykepleie sentralt. Ved å aktivt integrere personsentrert sykepleie, kan sykepleiere potensielt redusere behovet for tvangstiltak og bidra til å bevare verdighet og autonomi. Til slutt kan det å involvere pårørende aktivt i praksis, bidra til å skape tryggere rammer. Ved å kontinuerlig reflektere over disse implikasjonen og aktivt integrere personsentrert sykepleie i arbeidsdagen, kan sykepleiere lettere legge til rette for en individuelt tilpasset, empatisk og effektiv omsorg for pasienter med delirium.

## 1.0 Innledning

Både i Norge og globalt ses det en økning i andel eldre i befolkningen. Forventet levealder i 2022 var for kvinner 84,4 år og menn 80,9 år (Bævre, 2023). Med en økende aldrer kommer også risikoen for å utvikle kroniske sykdommer. Kroppen får også nedsatt funksjonsevne som gjør at en ikke får like mye overskudd som tidligere. Mye kan behandles medisinsk, men det vil være en risiko for innleggelser og utvikling av flere tilstander (Strand et al., 2023). Delirium er en av disse tilstandene. Det er en alvorlig komplikasjon av akutt sykdom, spesielt hos eldre (Neerland et al., 2013, s.1596). Tilstanden kan medføre belastning på pasienten både fysisk og psykisk, men også for pårørende da tilstanden kan endre væremåten til pasienten (Ranhoff, 2020, s. 459). Aldersgruppe over 60 år, er den med klart høyere ressursbehov i helsetjenesten enn befolkningsandelen (Mortensen & Kalseth, 2017, s. 6).

Delirium kommer akutt, ofte av faktorer utenfor hjernen (Ranhoff, 2020, s.461). Mentalsviktsymptomene kommer ofte brått. Symptomer som nedsatt hukommelse, desorientering og persepsjonsforstyrrelser. Delirium har en organisk årsak som for eksempel infeksjoner (Ranhoff, 2020, s.461). I prinsippet kan alle rammes av denne tilstanden, men med en økende alderen vil også forekomsten øke. Ranhoff skriver videre at flere studier viser at over 70 prosent av pasienter over 65 år har en form for delirium i løpet av et sykehusopphold (2020, s.462). For sykepleiere er noe av det viktigste ved behandling av delirium å skape trygghet og en behagelig tilstedeværelse (Ranhoff, 2020, s.467). Ved en behagelig tilstedeværelse mener Ranhoff at sykepleiere skal gi tett oppfølging, sørge for at det er de samme personen inne hos dem og minst mulig stress (2020, s.467). Ranhoff (2020, s. 467) snakker også om viktigheten av at pårørende er tilstede.

Pasienter med delirium har ifølge forskning opplevde å miste selvbestemmelse og dermed sin autonomi under oppholdet (Wier & O'Brien, 2018, s.586-588). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det i punkt 1.4 at sykepleiere skal respektere pasientens rett til å selv foreta egne valg, altså autonomi (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Gjennom erfaring i praksis har jeg observert at dette ikke alltid blir opprettholdt. Selv om pasientene ikke alltid er «til stede» (grunnet de psykiske symptomene), skal helsepersonell ifølge pasient- og brukerretighetsloven (1999, §4A-1), tilrettelegge helsehjelpen med respekt for



den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt det lar seg gjør, være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt

Bakgrunn for valg av tema henger sammen med at jeg gjennom praksis har møtt denne pasientgruppe flere ganger. Jeg har møtt de i sykehjem, men spesielt på sykehus. Ved den aldrende befolkningen og komplekse sammensatte sykdomstilstander, er delirium noe sykepleier kommer til å møte gjentatte ganger. Jeg har en interesse om å kunne mer om tema og hvordan sykepleier kan på best mulig måte støtte og ivareta disse pasientene. Jeg ønsker derfor gjennom denne oppgaven å øke min kunnskap om denne pasientgruppen og utfordringer som kan oppstå (Thidemann, 2020, s. 40). Jeg tar også inspirasjon av Rune Arild Larsen, en anestesilege ved Førde Sentralsjukehus. Larsen har publisert en artikkel der han beskriver sin opplevelse av delirium, som ble utløst av en infeksjon (2019, 1095-1096). Han beskriver opplevelsen som skremmende, men også læringsrik da han selv kan forstå hva mange av hans egen pasienter har gjennomgått (Larsen, 2019, 1095-1096).

## 1.2 Begrepsforklaring

*Delirium* ifølge Helsedirektoratet (2019) defineres som en akutt (*altså timer eller dager*) forstyrrelse av en persons bevissthetsnivå. Evnen til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet. Helsedirektoratet (2019) beskriver at det kan ledsages av en endring i den kognitive funksjonen, som gir nedsatt hukommelse, desorientering og persepsjonsforstyrrelser (altså at pasienten kan høre lyder og stemmer som ikke andre kan høre).

*Den eldre* defineres som personer over 65 år gammel (Folkehelseinstituttet, 2023). Ved aldring skjer det kroppslige endringer som gjør at reservene i kroppen reduseres og det blir en økt sårbarhet for sykdom (Lunde, 2020, s.16-17). Også psykologisk endringer vil oppstå, som endring i kognitive funksjoner, sanser, oppmerksomhet og hukommelse (s. 18-19).

*Autonomi* beskrives av Slettebø (2008, s.173) som selvbestemmelse. Det forklares gjennom lovverk at alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og

pleiespørsmål som angår dem selv. Det beskrives også som en etisk grunnverdi som går ut på menneskets mulighet til fridom til å handle i takt med egne ønsker (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.168).

*Personsentrert sykepleie* blir definert i Kristoffersen et al. (2021, s.22-23) som hele mennesket. Det er hele mennesket som reagerer på sykdom og helsesvikt. Vi har alle en «livshistorie» med minner og erfaringer, preferanser, verdier og behov. Hvert menneske har en identitet og det er dette sykepleieren må ta i betraktning når en utøver sykepleie (Kristoffersen et al., 2021, s. 23).

## 1.3 Teoretisk grunnlag

### 1.3.1 Delirium

Delirium er en tilstand som forstyrrer hjernens funksjon (Ranhoff, 2020, s. 459). Tilstanden kan føre til svikt i oppmerksomheten og konsentrasjonen som kan ha innvirkning på korttidshukommelsen. Ved delirium kan pasienten vanligvis ikke gjøre rede for seg og er desorientert for tid, sted og situasjon (Ranhoff, 2020, s. 459). Videre forklarer Ranhoff at feiltolkning av sanseintrykk og psykiatriske symptomer som hallusinasjon og paranoide forestillinger kan medføre agitert atferd (utagerende) (2020, s. 459). For sykepleiere er det vesentlig å ha kunnskap om delirium (Stubberud, 2022, s.495).

Tilstanden deles inn i tre typer, hyperaktiv, hypoaktiv og en blanding. Om lag 40-45 prosent av pasienter uttrykker en blanding av disse to (Helsedirektoratet, 2019). Ved en blanding er pasienten vekslende mellom en slumrende tilstand og en aktiv tilstand som resulterer i en formløs atferd. Tilstanden svinger og pasienten kan fremstå tidvis adekvat for så å manifeste symptomer like etter (Helsedirektoratet, 2019). Hyperaktivt delirium kan gjenkjennes ved at pasienter er motorisk urolig, ofte vandrende og har paranoide hallusineringer. Disse pasientene kan ofte skape mye uro i en sykehusavdeling og kan være til fare for seg selv eller andre (Ranhoff, 2020, s. 459). Hypoaktiv delirium uttrykkes ved negative symptomer som redusert eller mangelfull mental fungering (Hartberg, 2021, s. 123). Eldre pasienter er ofte mer utsatt for å utvikle delirium, spesielt de som har gjennomgått kirurgisk behandling, der

narkose kreves Dette medfører stress på kroppen og øker risikoen for av utvikle delirium. Men også tilstander som sepsis, kreft og spesielt demens er utsatt (Grønseth, 2022, s.495).

Eksempler på anbefalte intervensjoner er å ivareta pasientens grunnleggende behov som respirasjon, eliminasjon og ernæring (Stubberud, 2022, s. 495). Andre intervensjoner som blir nevnt er at pasienten ikke har ubehag eller smerter, tilstrekkelig søvn og hvile, også om pasienten har briller eller høreapparat er det viktig at de får dem på (s. 495). Det er elementært å redusere stressfaktorer, som angst, utrygghet, avhumanisering, fremmedgjøring, isolasjon og sårbarhet for å minisere stress (Stubberud, 2022, s. 495). Men ved sterke smerter, uro og mangel på søvn kan det være behov for medikamentelle intervensjoner (Ranhoff, 2020, s. 469). Konsekvensen av delirium kan i verste fall være fatal og for de som overlever, skape en stor belastning psykisk og fysisk (Ranhoff, 2020, s. 462).

### 1.3.2 Den eldre pasienten

Gener, livsstil og kvalitet har mye å si for aldringen. I det moderne velferdssamfunnet defineres 65 år som «den eldre» (Folkehelseinstituttet, 2023). En kan dele aldringsfasen i to, yngre-eldre som da ligger mellom 65-79 år og skrøpelige-eldre på 80 år og oppover. Det er i sistnevnte at en ser en sterk økning i helseproblem og funksjonstap. Det er i denne perioden behovet for helsehjelp og omsorgstjeneste øker mest (FHI, 2023). Det vil si at det vil allerede i 2030 være flere i befolkningen som er over 65 år enn unge mellom 0 og 19 år (Meld. St. 24 (2022-2023), s. 19). Aldring gir en økt risiko for sykdom, samt skjer det endring i flere organer som medfører redusert reservekapasitet (Ranhoff, 2020, s. 53-54). Det er tre begreper som ofte brukes for å beskrive den eldre pasienten, dette er *skrøpelige*, *multimorbide* (dette er pasienter med to eller flere kroniske sykdommer) (Ranhoff, 2020, s. 54). Og *funksjonssvekkede* (de som har svikt i en eller flere av funksjoner i dagliglivet). (Ranhoff, 2020, s. 54)

Selv om mange eldre har en god helse, utgjør gruppen en stor andel av de som bruker helsetjenesten (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 202). Eldre har på lik linje som alle andre rett til å få behandling på sykehus. De aller fleste av eldre som legges inn på sykehus har en sammensatt og kompleks helsetilstand (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 205). Helst burde

eldre pasienter behandles på en tverrfaglig avdeling med bre kunnskap om den eldre, men i praksis blir de færreste gamle behandlet på en snn avdeling. De fleste blir innlagt på medisinsk eller kirurgisk avdeling (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 205).

### 1.3.3 Tvang og autonomi

*Tvang* vil si tiltak som pasienten motsetter seg (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.164). Alvsvåg & Aadland (2019, s. 164) beskriver at tvang kan være fysisk hindring som forebygger at pasienter skader seg eller går seg bort, eller at en må holde pasienten for å kunne gjennomføre undersøkelser eller få gitt medisin. Tvang og tvangstiltak blir nevnt i flere lover som pasient- og brukerrettloven, helsepersonelloven, smittevernlovens og i psykisk helsevernlov (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.164). I helsetjenesten mter en ofte pasienter som trenger hjelpe, men som motsetter seg det (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.167). Hjelper en ikke pasienten, kan det gå under unnlatelse og føre til omsorgssvikt. En må kontinuerlig vurdere om pasienten er i stand til å ta egne avgjørelser eller om vedkommende mangler kapasitet til å ta ansvar og bestemme selv (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.167).

*Autonomi*, som er en etisk grunnverdi, går ut på menneskets mulighet til fridom for å handle i takt med egne ønsker (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.168). *Autonomi* beskrives og av Slettebø (2008, s.173) som selvbestemmelse, at alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. Men autonomi går også hand i hand med samtykkekompetanse. Det er å ha evnen til å forstå at en er syk og anerkjenne behovet for hjelp, og om vedkommende kan reflektere og resonnere over informasjon som blir gitt (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.169). Dersom pasienter uten samtykkekompetanse ikke motsetter seg helsehjelp, og helsepersonellet tar avgjørelser som de vurderer er i pasientens beste interesse, vil tiltakene ikke bli vurdert som tvang (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.171).

At pasientene blir møtt som individuelle og unike personer av sykepleierne er avgjørende for deres opplevelse av tilfredshet (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 55). At sykepleiere er tilgjengelige og oppmerksomme på kravene som oppstår i situasjonen til pasienten kan bidra til at pasienten føler seg trygg (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 55).

### 1.3.4 Relevant lovverk

Ved delirium kan det ved noen tilfeller være behov for å bruke tvang og innskrenkelse av selvbestemmelse, dette for å forhindre skade på pasienten eller personalet (Stensrud, 2021, s. 419). I sånne situasjoner krever det at helsepersonellet har faglig og etisk kompetanse (Stensrud, 2021, s. 419). Som sykepleier står en ofte i direkte pasientarbeid, og da ha kunnskap om hvordan handtere situasjoner der pasienter er svært utagerende av delirium er sentralt (Stensrud, 2021, s. 423).

Relevant lovverk i sånne situasjoner er pasient- og brukerretighetsloven (1999, §4A-3) *Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg*, som går ut på at om helsepersonell vet at pasienten motsetter seg helsehjelp, som kan føre til vesentlig skade, ses helsehjelpen som nødvendig og tiltakene står i forhold til behovene for helsehjelpen, kan denne paragrafen brukes. Videre i pasient- og brukerretighetsloven (1999) kan §4A-4 tas i bruk om vilkårene fra §4A-3 er oppfylt. Den handler om at pasienten kan blant annet legges inn ved helseinstitusjon og holdes tilbake der dersom det er nødvendig for helsehjelp. Her er og §4A-5 i pasient- og brukerretighetsloven (1999) sentralt. Og helsepersonelloven (1999, §7) er relevant.

### 1.3.5 Personsentrert sykepleie

I en personsentrert tilnærming møtes pasienter og helsepersonell som likeverdige (Johanesen, 2020). Personsentrert arbeid går ut på å ha en tilnærming til medmennesker som er syke også forsøke å se virkeligheten fra pasientens vinkel (Johanesen, 2020). Videre forteller Johansen (2020) at pasient og helsepersonell inngår i en relasjon, der sykepleiere anerkjenner og respekterer det som har vært og er viktig for syke, noe som kan hjelpe med å se personen bak symptomene og funksjonstapet. Johansen (2020) legger også vekt på for at en skal lykkes med personsentrert arbeid, må tankesettet utformes i hele institusjonen og avdelingene. Verdier i personsentrert sykepleie og tilnærming må prege prioriteringer og beslutninger som omfatter alle, altså pasienter, renholdere, pårørende, leger, sykepleiere og ledelsen (Johansen, 2020).

Sykepleieteoretikere som *Joyce Travelbee, Ida J. Orlando, Patricia Brenner og Judith Wrubel*

legger vekt på hvordan sykepleiere skal fokusere på det mellommenneskelige, å gi mennesket håp og akseptere sårbarheten (Kristoffersen, 2021, s.231-234). Mennesker er avhengige av hverandre, dette kommer tydelig frem i situasjoner der personens egne ressurser ikke strekker til (Kristoffersen, 2021, s.252). Når en pasient har delirium kan det oppstå mange følelser av lidelse, *Travelbee* definerer dette som en ondartet fase som kjennetegnes ved sterke følelser av sinne, håpløshet og bitterhet (Kristoffersen, 2021, s.252-253). Her er det avgjørende at sykepleiere griper inn. Ved personsentrert sykepleie er det sentralt å ha evnen til å bry seg om, til å verdsette og sette pris på personer, forhold og livet de har levd (Kristoffersen, 2021, s.253).

Ifølge Helsedirektoratets (2022) nasjonale faglige retningslinjer punkt 4. skal virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjeneste etablere rutiner for personsentrert omsorg og sykepleie. Dette innebærer at avdelingen og personalet skal ha opplæring og kompetanseutvikling innen personsentrert omsorg og behandling. Når en utøver personsentrert sykepleie er etiske normer som respekt for pasientens iboende verdi sentralt, selv om rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter svekkes av sykdom (Helsedirektoratet, 2022). Videre beskrives det at personsentrert omsorg og sykepleie i praksis skal underbygge pasientens opplevelse av respekt og tillitt. Når dette blir understøttet og bekreftet, gir det en mulighet for at pasienten kan oppleve egenverdi, velvære og trivsel (Helsedirektoratet, 2022).

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* beskriver grunnlaget ved all sykepleie er å ha fokus på respekten for det enkelte menneskets liv, iboende verdighet og retten til å ta egne valg (NSF, 2023). Kristoffersens et al. (2021) beskriver personsentrert sykepleie ved at en skal ha fokus på hele mennesket. Vi mennesker har alle vår egen historie, preferanser og ønsker (Kristoffersens et al., 2021, s. 23). Sykepleiere må derfor være klar over at dette kan ha en sterk identitetsskapende effekt som gjør at enhver situasjon, som sykdomsbilde ved delirium arter seg ulikt (Kristoffersens et al., 2021, s.23). En viktig sykepleieroppgave er å kunne støtte den eldre bestrebelse for å ivareta eller utvikle egensomsorgskapasitet med utgangspunkt i hva den enkelt ønsker (Krikevold, 2020, s.105-106). For å kunne gjennomføre dette krever det både fysisk og psykisk støtte. Men hva skjer når disse er sterkt svekket grunnet sykdom, som eksempel ved delirium (Krikevold, 2020, s.105). Det er sentralt at en finner en balansegang mellom uavhengighet og avhengighet for å kunne støtte autonomien

til pasienten. Om sykepleiere tar for stor kontroll kan følelsen av egenverdi og selvbestemmelse svinne vekk (Krikevold, 2020, s.106). Ved akutte situasjoner der pasienten ikke klarer å svare for seg selv, er familien en viktig ressurs for å innhente informasjon (Krikevold, 2020, s.107).

### 1.3.6 Pårørende

Når pasienter er innlagt på sykehus eller andre institusjoner er det ikke bare helsepersonell som har rollen om å ivareta den syke, men pårørende har også en viktig rolle (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 52). Pasient- og brukerretighetsloven (1999) beskriver at pårørende har en viktig rolle i å beskytte pasientens interesse og bidra til beslutninger til pasientens beste (jf. §4-6). Det er i de fleste tilfeller ektefelle/samboer som *er nærmeste pårørende*, med mindre det er noen andre er oppført (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 53). Videre forklares det at for å kunne skape god kontakt med pårørende, er det viktig at de er inkludert i beslutningsprosesser og at de blir godt informert om situasjonen. Kristoffersen & Nordtvedt (2021, s. 53) legger vekt på at pårørende er en uvurderlig ressurs som kan bidra til å gi motivasjon og støtte i pasientens sykdomsbilde. Det er pårørende som kjenner pasientens bakgrunn, ressurser, gjenkjenne symptomer og sykdomsforløp (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 53). For å kunne utnytte dette er en god samhandling vesentlig. Det er også betydelig at sykepleier møter pårørende på samme måte som man gjør ved pasienten (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 54). I de *yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* punkt 1.9 står det at sykepleier skal samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (NSF, 2023).

## 1.4 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen for denne oppgaven er; *Hvordan kan sykepleiere fremme autonomi til den eldre deliriske pasient ved bruk av personsentrert sykepleie?*

Jeg velger å avgrense oppgaven til eldre over 65 år, med ikke diagnostisert kognitiv svikt som er innelagt på sykehus og som utvikler delirium under oppholdet. Jeg har fokus på den generelle deliriske pasienten innlagt på sykehus. Oppgaven skal fokusere på å fremme

pasientens autonomi ved bruk av personsentrert sykepleie. Ett annet fokus oppgaven har er samarbeidet med pårørende, for å få et bedre innblikk i pasients liv. Dette for å kunne utføre en bedre personsentrert sykepleie, når delirium gjør det vanskelig å opprettholde personlige behov og skaper kommunikasjonsvansker.



## 2.0 Metode

### 2.1 Valg av metode

En litteraturstudie er systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder, med formål om å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap, som er rettet mot problemstillingen til oppgaven (Thidemann, 2020, s. 77-78). I punkt 2.2 beskriver jeg mine søk etter litteratur og forskning for å kunne svare på problemstilling.

Gjennom litteratursøket fant jeg forskning med både *kvalitativ* og *kvantitativ* metode. Det som ble mest relevant for min problemstilling var *kvalitativ metode*. Denne metoden henter datainnsamling gjennom intervju, observasjon, og feltarbeid (Thidemann, 2020, s. 76). En vil da gjennom denne metoden få et innblikk i deltagerens erfaringer og opplevelse, noe som er sentralt for å kunne forstå hva pasienten går gjennom når de har delirium. Med dette innblikket er muligheten for å forbedre utførselen av personsentrert sykepleie tilstede. Den andre metoden som en ofte ser i forskning er *kvantitativ metode* (Thidemann, 2020, s. 75-76). Denne metoden baserer seg på målbare enheter, altså tall og objektiv data (eksakt faktakunnskap). Tallene gir mulighet for nøyaktig regneoperasjoner som kan brukes til statistikk og formes ofte i tabeller (Thidemann, 2020, s. 75-76). Kvantitativ metode er nødvendig når en ønsker å samle objektiv data. Her brukes ofte spørreskjema med faste svaralternativer (Thidemann, 2020, s. 75-76).

### 2.2 Søkeprosess

#### 2.2.1 PICO

I vedleggsnummer 1 til oppgaven har jeg lagt PICO-skjema. For et systematisk litteratursøk er det viktig å tenke over hva en vil søke etter (Thidemann, 2020, s. 82-83). For å konkretisere informasjonsbehovet er PICO-skjem et rammeverk som ofte benyttes. P; står for hvilken pasientgruppe eller populasjon oppgaven skal dreie seg om (eksempel: *deliriske pasienter, eldre i sykehus*) (Thidemann, 2020, s. 83). I; står for intervensjon, altså hva er det med pasientgruppen som interesserer meg, også om det er tiltak som kan settes i verk (eks:

personsentrert omsorg, tilnærming og selvbestemmelse) (Thidemann, 2020, s. 83). Videre beskriver Tidemann at C: står for *Comparison* (sammenlikning), å sammenlikne ulike tiltak (2020, s.83) I denne oppgaven bruker jeg ikke denne delen. Til slutt er det O; utfallet av oppgaven, altså hva er endepunktet, hva ønskes å oppnå med oppgaven (eks: *følelse av autonomi, personsentrert sykepleie og samarbeid med pårørende*) (Thidemann, 2020, s. 83). For å få ett breiere søk har jeg og brukt emneord (faglig terminologi) og tekstord (dagligdags vokabular) (Thidemann, 2020, s. 86).

### 2.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjon og eksklusjonskriterier for oppgaven, tydeliggjør en litteratursøket. Dette gjør at søket blir mer hensiktsmessig ut fra hva jeg ønsker å finne av kunnskap (Thidemann, 2020, s. 84). Se vedleggsnummer 2.

### 2.2.3 Litteratursøk

I en litteraturstudie gjennomfører man litteratursøk etter forskning som kan svare på problemstillingen (Thidemann, 2020, s. 91). For å finne relevante og troverdige artikler har jeg brukt Thidemann (2020) 6 trins framgangsmåte (s. 90). Se vedleggsnummer 3 for gjennomgang av trinnene.

Jeg har beveget meg frem og tilbake mellom de ulike trinnene for å skille ut artikler som er relevante og interessante for problemstillingen min. Jeg har og brukt de boolske operatørene «AND» og «OR», altså kombinasjonsord (Nordtvedt et al., 2021, s. 65). Her har jeg brukt mest «AND» da dette kombinasjonsordet avgrenser søket enda mer, dette for det gir treff på begge søkeordene (Nordtvedt et al., 2021, s. 65).

*Mitt valg av databaser* begrunnes av at jeg har blitt vant med å bruke *Pubmed* og *Cinhal* gjennom studiet og er relativt kjent med hvordan jeg skal navigere meg frem. Derfor valgt jeg å bruke disse for å søke etter forskning til denne oppgaven. I vedleggsnummer 4 og 5 til oppgaven har jeg dokumentert hvordan jeg har søkt og artikler som jeg har funnet, vurdert og valgt til å svare på problemstillingen i oppgaven. De valgte artiklene er merket med en

«X» i kolonnen lengst til høyre.

### 2.3 Kildekritikk og kritisk vurdering av litteratur

I akademiske oppgaver er det å ha kunnskap om kildekritikk sentralt (Dalland, 2020, s. 143). Jeg har vurdert kildenes relevans og troverdighet opp mot problemstillingen. Videre i diskusjonen har jeg kritisk vurdert om egne erfaringer kan brukes opp mot personvern (Dalland, 2020, s. 144). Sykepleieryrket er et fagfelt som vokser raskt, som vil si at det er sentralt at man er oppdatert på informasjon (Dalland, 2020, s. 152). Jeg har tatt i bruk fagpensum fra studiet, forskningsartikler, offentlige dokument som stortingsmelding, lovverk og statistikk. Er ikke litteraturen vi bruker tilstrekkelig, kan det føre til at andre som senere tar i bruk oppgaven videreføre feilen. Når en skriver akademiske oppgaver er en faglig ansvarlig for å vurdere troverdigheten av litteratur også kritisk evaluere om den kan brukes i oppgaven (Dalland, 2020, s.158).

Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere informasjonens relevans, styrke og begrensinger (Thidemann, 2020, s. 26-27). I mitt arbeid med søk av forskning har jeg kritisk vurdert artiklene om de følger «*IMRaD-prinsippet*». Dette går ut på «**Introduksjon**» som forteller hvorfor forfatter ville gjennomføre studien. «**Metode**»; hvordan de har gjennomført studien og analysert resultat. «**Resultat**»; hva de fant ut og «**Diskusjon**»; hva forfatteren mener resultatene betyr (Nordtvedt et al., 2021, s. 77). Gjennom søkene har jeg og tatt i brukt sjekklister som Thidemann (2020) beskriver på side. 120-122. Jeg vurdert også om resultatet i studien var klar og tydelig i henhold til problemstilling i oppgaven (Nordtvedt et al., 2021, s. 86). Jeg har brukt oppdatert fagpensum fra studie, men har i noen tilfeller brukt utgaver som er noe eldre enn den nyeste, disse er og kritisk vurdert.

### 2.4 Etisk refleksjon

For en ryddig og etisk overveielse av personopplysninger er det viktig å være klar over hva det innebærer å skrive en akademisk oppgave (Dalland, 2020, s.169). Forskningsetikk omhandler vurdering av forskning i lys av samfunnets norm og verdier (Dalland, 2020, s.168).

Dette inkludere alle forskningsfasene, altså planlegging, valg av problemstilling, bruk av metode og hvordan de anvender resultatene (Dalland, 2020, s.168). Etikken i forskning handler ikke minst om personvern for involverte, samt å ikke påføre skade eller unødvendig belastning (Dalland, 2020, s.168). Dalland (2020, s. 168) forteller at i Norge sikrer Norsk senter for forskningsdata (NSD) og De nasjonale forskningsetiske komiteene for at forskningsetiske normer blir opprettholdes innen utdanning og forskning.

## 3.0 Resultat av forskning

I litteratursøket har jeg valgt ut fem artikler som skal bidra til å svare på min problemstilling. Jeg har lest gjennom alle og funne fellestrekk, men og ulike syn på de gjeldende temaene som er med.

### 3.1 Personsentrert sykepleie til pasienter med delirium.

For å ivareta pasientens autonomi viser funn ifra to av de fem artiklene at det å kommunisere med pasientene er sentralt for at de skal føle seg ivaretatt, selv om de ikke alltid oppfatter det der og da, opplevde de i etterkant å huske at helsepersonellet snakket til dem (Wier & O'Brien, 2018, s. 582-591; Lee-Streere et al., 2020. s. 2363-2377). Videre i disse artiklene tar de for seg pasientperspektiv og vi får ett innblikk i hva deltagerne har opplevd. I artikkelen Wier & O'Brien (2018) har de flere sitat og uttalelser fra deltageren. Ifølge noen av dem, var følelsen av redsel av sin egen situasjon sterk (s. 585). De følte det var vanskelig å prosessere informasjon som ble gitt. Funnt fra studien, sier også noe om at de som jobbet på avdelingen ikke snakket så mye til dem. Dette ga dem en følelse av isolasjon. Også i Lee-Streere et al. (2020. s.2371) beskriver at klare og direkte instruksjoner ga deltagerene en følelse av selvtillit og autonomi under innleggelsen.

I Lee-Streere et al. (2020, s. 2364) skriver de at delirium kan være en svært skummel og isolerende tilstand, og at pasienter finner det vanskelig å kommunisere. Videre vektlegger de at personsentrert kommunikasjon, der sykepleiere reflekterer over pasientens verdi, behov og preferanser er nyttig. De nevner også at dette er uthevet i standardiserte retningslinjer for hvordan en skal kommunisere med pasienter innlagt med delirium (s. 2365).

### 3.2 Den psykiske påkjenning av delirium

I Wier & O'Brien (2018, s. 584) nevner de fire tema som var gjennomgående i studien. Dette var «følelsen av forvillelse», «forstyrret følelse av autonomi», «perseptuelle forstyrrelser» og en «emosjonell respons». I følge deltagerene påvirket alle disse temaene psyken etter å ha opplevd delirium, samt tidvis under innleggelsen (s. 584-590). I Hume (2021, s.498) hadde de i etterkant av intervjuene gitt deltageren kontaktinformasjon til psykologer som var på sykehuset, de ga også gratis oppfølgingstimer med psykologene om de trengte det. Videre snakker de om følelsen av «de humanisering» de kjente på under innleggelsen. At dette var med på å forsterke følelsen av nød (Hume, 2021, s.503). Også i Lee-Streere et al. (2020, s.2373) uttrykker deltagerene at de fikk en følelse av «flause og forvirring». Det vart også nevnt at de under og i etterkant av gjennomgått delirium hadde en følelse av redsel, hjelpeløshet, frustrasjon og angst (s. 2373). Wier & O'Brien (2018, s. 590) beskriver at erfaringen med gjennomgått delirium kan lede til negative implikasjoner for psyken og det følelsesmessige velvære.

I fire av de fem artiklene nevner de den negative implikasjonen delirium har på psyken (McKenzie & Joy, 2020, s.28; Lee-Streere et al., 2020, s.2368; Julian et al., 2022, s. 2864; Wier & O'Brien 2018, s. 590). Wier & O'Brien (2018) forteller at å validere erfaringen med hallusinasjoner, desorientering og perseptuelle forstyrrelser (at de hørte stemmer og lyder, som ikke andre kunne høre) kan hjelpe pasientens selvfølelse (s. 590). Innblikkene fra studien kan gi sykepleiere en fordel i hvordan de kan assistere pasientene med å redusere den psykiske påkjenningen (Wier & O'Brien, 2018, s. 590).

### 3.3 Tap av autonomi hos pasienter med delirium

I Wier & O'Brien (2018, s.586-588) beskriver deltagerne en forstyrrelse i autonomien. De nevner at ved at de ikke hadde kontroll mistet de følelsen av autonomi. Følelsen av å ikke bli forstått eller forstå sin egen situasjonen, var de redd for at de hadde blitt mentalt syke (Wier & O'Brien, 2018, s. 586). Noen av deltagerene forteller at de var redd for kvaliteten på livet i etterkant, også den følelsen av å miste kontrollen skremte dem. De ønsket å ha kontroll over

egen autonomi, men følte de mistet den når de hadde delirium syke (Wier & O'Brien, 2018, s. 586). I Lee-Streere et al. (2020, s. 2372) beskriver en deltager at de mistet følelsen av autonomi, grunnet mangelfull deltagelse i sin egen situasjon.

Enkelte deltagere i Hume (2021, s.497) beskriver en følelse av å være i en film og mangel på kontroll over situasjonen. Både i Hume (2021, s.497) og i Wier & O'Brien (2018, s.585) nevnes det at pasienter med tilganger i kroppen som perifert venekateter og urinkateter hadde en tendens til å drage dem ut. Dette forklarete de ved en følte av noe som ikke skulle være i kroppen, eller at de ble forgiftet. Til tross for Humes (2021, s. 496-506) studie som fokuserer på intensiv avdeling, har den fellestrekk med de andre artiklene når det gjelder pasient perspektiv (Wier & O'Brien, 2018, s. 582-591; Lee-Streere et al., 2020. s. 2363-2377; McKenzie & Joy, 2020, s. 21-29).

### 3.4 Samarbeid med pårørende

Tre av de fem valgte studiene hadde ett fokus på pårørendes synspunkt (McKenzie & Joy, 2020, s. 21-29; Lee-Streere et al., 2020. s. 2363-2377; Julian et al., 2022, s.2860-2870). I McKenzie & Joy (2020, s. 28) beskriver de at når familien ble involvert reduserte pasientens liggetid på sykehuset med 4 dager. Og i Julian et al. (2022, s.2866) nevner de at pårørende kan ha en rolle i å tidlig identifisere deliriske tegn hos pasienten. Dette av at de kjenner pasienten og kan tidligere oppfatte unormal oppførsel fra pasienten og dermed redusere sykehusoppholdet (s. 2866). I McKenzie & Joy (2020, s. 28) nevner også at involvering av pårørende kan være en kostnadseffektiv måte å redusere liggetiden og redusere unødvendige komplikasjoner i ettertid. Det å involvere pårørende er gratis (s.28). Videre sier McKenzie & Joy at det å involvere pårørende kan redusere angsten familien har av situasjonen, da deltagelsen gir ett innblikk og en vis kontroll (McKenzie & Joy, 2020, s.28). Dette nevnes og i Julian et al. (2022, s. 2366).

I studien til Julian et al. (2022) illustrerer de ved et sitat fra en av pårørende til en inneliggende pasient at de hjalp til ved stell av pasienten. Dette ved at de holdt pasientens hand som roet vedkommende (s. 2366). Ved at pårørende gjorde dette fikk pleieren skiftet på vedkommende slik at det ikke utviklet andre infeksjoner (s. 2366). Derimot i Julian et al.

(2022) skriver de at mangel på bekreftelse fra helsepersonell om rollen pårørende hadde ga et dårlig forhold til helsepersonellet (s. 2867). Det nevnes også Julian et al. (2022, s.2867) en skeivfordelt maktbalanse mellom helsepersonalet, pasienten og pårørende. Pårørende følte maktløshet i pasientens situasjon (s. 2867). I en travel hverdag kan sykepleiere oppfattes som at de ignorerer pårørende. Dette da noen av deltagerne beskriver at de følte seg usynlige (s. 2865). Det kommer frem i studien til Julian et al. (2022, s. 2869) og i studien av McKenzie & Joy (2020, s. 28) at ved å undervise og gi informasjon til pårørende, kan vi utstyrte dem til å bedre håndtere familiemedlemmet under og etter sykehusoppholdet.

#### 3.4.1 Den psykiske påkjenningen for pårørende

Som helsepersonell er det og sentralt at vi ivaretar pårørende. Det nevnes og i tre av fem valgte artiklene at det er en stor psykisk påkjenning for pårørende å se sine kjære i denne tilstanden, at de ikke kjenner de igjen og kan oppleve urovekkende oppførsel fra dem (McKenzie & Joy, 2020, s. 21-29; Lee-Streere et al., 2020. s. 2363-2377; Julian et al., 2022, s.2860-2870). Det nevnes også i Wier & O'Brien (2018, s.586) at partneren til en av de innlagte med delirium var bekymret for at pasienten kom til å bli værende i den forstyrrende tilstanden. Flere av familiene som er med i studien til Julian et al. (2022) uttrykte at de opplevde negative emosjoner i form av angst og bekymring (s. 2865). Videre forklare de at det var trist og vanskelig å se familiemedlemmet sitt i denne tilstanden, for de visste ikke hva de kunne gjøre for å hjelpe (Julian et al., 2022, s. 2865).



## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Sårbarheten hos deliriske pasienter

Sykepleiere har en viktig oppgave ved å skape trygghet og en behagelig tilstedeværelse for pasienter med delirium (Ranhoff, 2020, s.467). I to av studier beskriver deltagere delirium som isolerende, skremmende, forvirrende og flaut (Lee-Streere et al., 2020, s. 2364-2373; Hume, 2021, s. 503). I Hume (2021, s. 503) uttrykker også deltagere en «dehumanisering» og en sterk følelse av nød. Selv har jeg observert hvor forvirret pasienten kan være, også hvordan forstyrrelsen av hjernens funksjon innvirker på pasientens daglige funksjoner (Ranhoff, 2020, s. 459). Delirium gjør som regel pasienten ikke i stand til å gjøre rede for tid, sted eller situasjon (Ranhoff, 2020, s. 459). De kan også hallusinere og få paranoide forestillinger som enkelte i Hume (2021, s. 497) beskriver. Deltagere uttrykket at de var i en film og ikke hadde kontroll av hva som skjedde. De fikk også en sterk følelse av å bli forgiftet. Grunnet den mentale forstyrrelsen og hallusinasjonen fikk de til å tru medisiner de fikk gjennom de perifere venekanylene var forgiftet. Dette blir også nevnt i Wier & O'Brien (2018, s. 584).

Så hvordan skal sykepleiere klare å kommunisere med pasienter i en sånn tilstand? Det oppstår mange følelser når en har delirium (Kristoffersen, 2021, s.252). Det er sentralt at sykepleiere griper inn, skjermer og viser evne til å bry, seg selv om pasienten ikke oppfatter dette med en gang. Følelsen av at noen er ved sin side gir likevel en trygghet, også at noen som kan se personen og livet som er levd bak tilstanden (Kristoffersen, 2021, s.253). Fra erfaringer i praksis er det ikke like lett å utføre. Sykepleiere bør likevel ha fokus på hvordan en trår frem til pasienten for å unngå å skape situasjonen mer skremmende og forvirrende.

Sentrale intervensjoner for å ivareta pasientens grunnleggende behov er å opprettholde god respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og ernæring for at tilstanden ikke skal bli fatal (Stubberud, 2022, S. 495). Eldre er mer utsatt for å utvikle delirium. Dette da aldringen reduserer reservene i kroppen (Grønseth, 2022, s.495). Da kan situasjoner som kirurgisk intervensjon medføre vesentlig mer stress på kroppen (Grønseth, 2022, s.495). Pasienter med infeksjoner, kreft og spesielt pasienter med demens er også sterkt utsatt (Grønseth, 2022, s.495). Som sykepleier vil da å yte personsentrert sykepleie være elementært når de

grunnleggende behovene er møtt. Denne pasientgruppen blir mer og mer sårbare. Som sykepleier er det viktig å skape en trygg og behagelig tilværelse. For å sikre dette er bruk av personsentrert sykepleie en god framgangsmåte for å redusere ubehagelig eller smerter, sikre at pasienten får tilstrekkelig søvn og hvile. Om pasienten har briller eller høreapparat er det viktig at de får dem på for å unngå økt persepsjonsforstyrrelser (Stubberud, 2022, S. 495; Helsedirektoratet, 2019).

#### 4.2 Det juridiske aspektet hos pasienter med delirium

*Autonomi*, en etisk grunnverdi, går ut på menneskets mulighet til fridom til å handle i takt med egne ønsker (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.168). Men autonomi går og hand i hand med samtykkekompetanse. Ved tilstander som delirium, vet pasienten ikke alltid hva som er det beste for dem. Det kan kreve at personalet må bruke tvang for å kunne behandle og forhindre at pasienten er til skade for seg selv eller andre (Stensrud, 2021, s. 419). Delirium forstyrrer hjernens funksjon sånn at pasienter ikke har evnen til å forstå at de er syke og anerkjenne behovet for hjelp, altså at evnen til å være samtykkekompetent innskrenkes (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.169). Samt klarer de ikke å reflektere og resonere informasjon som blir gitt. Med tanke på dette er det desto viktigere at sykepleieren har kunnskap om lovverk for å kunne kontinuerlig vurdere behovet for tvang. Spørsmål som jeg har reflektere over i sånne situasjoner i praksis er om det er nødvendig at jeg holder fast hånden, eller om jeg kan slippe. Er det behov for å holde pasienten på rommet eller kan det hjelpe med en gåtur på gangen om de har evnen til dette. For at sykepleiere skal kunne fremme autonomi til pasienten må man aktivt vurdere pasientens evne til å ta egne avgjørelser eller om vedkommende mangler kapasitet (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.167). I situasjoner der pasienten er urolig og utagerende mot andre, blir det å ta dem tilbake på rommet uten at de ønsker, gå som en form for personsentrert sykepleie? Dette ved at en skjermer pasienten før de gjør noe de i etterkant kan huske som «flaut», som enkelte deltagere i Og i Lee-Streere et al. (2020. s.2373) beskriver.

Om det oppstår situasjoner der det er behov for tvang finnes det lovverk helsepersonell må følge (Pasient- og brukerretighetsloven, 1999, §4A-3; Pasient- og brukerretighetsloven, 1999, §4A-4; Helsepersonelloven, 1999, §7). Eksempel på dette kan være å måtte administrere

beroligende medikament da pasienten kan være stor fare for seg selv og helsepersonell som har med vedkommende å gjøre.

Men på den andre siden kan bruk av tvang gi psykiske påkjenninger. I Wier & O'Brien (2018, s. 590) beskriver de at delirium kan lede til negative implikasjoner for psyken og det følelsesmessige velvære. At det då blir brukt tvang i tillegg kan muligens styrke de negative implikasjonene i etterkant. Med tanke på dette oppstår det et etisk dilemma for meg. Når skal en starte avslutte behandlingen om situasjon ikke er mulig å redde?

Gjennom egen erfaring har jeg observert at en har avslutte all behandling og gått over til lindring av pasienten. Dette for tilstanden hadde kommet så langt at kroppen ikke har flere reserver og styrke. Det å faktisk se hvordan delirium i praksis kan være dødelig har vist meg viktigheten av å ha brei kunnskap om tilstanden. Dette for å kunne reflektere over etiske dilemmaer, og foreta en gode faglig, juridisk og etiske avgjørelse og vurderinger.

#### 4.3 Å fremme autonomi til den deliriske pasienten

Som i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver i punkt 1.4 skal sykepleiere respektere pasientens rett til å selv foreta egne valg, altså autonomi (Norsk Sykepleierforbund, 2023). I tillegg beskrives autonomi ifølge Slettebø (2008, s.173) som selvbestemmelse, at pasienter skal ha rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. Men på den andre siden, når en pasient har delirium oppstår det forstyrrelse av persons bevissthetsnivå, evnen til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2019). I studien av Wier & O'Brien (2018, s.586-588) beskriver deltagerne en forstyrrelse i autonomien og en sterk følelse av å miste kontrollen. Samt å ikke bli forstått. Med andre ord mister pasienter følelsen av å kunne bestemme over sin egen situasjon. Her må sykepleieren kunne se hele pasient og forstå behovene de har. For å kunne gjennomføre dette blir personsentrert sykepleie en sentral metode. *Personsentrert sykepleie* blir definert i Kristoffersen et al. (2021, s.22-23) som hele mennesket. Vi har alle en «livshistorie» med minner og erfaringer, preferanser, verdier og behov. Sykepleieren må ta dette til betraktning når en utøver pasientkontakt (Kristoffersen et al.,2021, s. 23).

Derimot kan utførelsen av dette i praksis være utfordrende, da pasienter er ulike og tilstanden kan arte seg ulikt (Kristoffersens et al., 2021, s.23). Pasienter kan opptre med utagerende atferd som kan føre til skade på personer rundt eller seg selv. Her kan det kreve at det blir tatt i bruk paragrafer som innskrenke pasientens selvbestemmelse (Pasient- og brukerretighetsloven, 1999, §4A-3). Dette kan ses med pasienter som har hyperaktivt delirium (Ranhoff, 2020, s. 459). I tillegg blir kommunikasjon og samarbeid ved pasienter som har hypoaktivt delirium vanskelig da de uttrykker negative symptom som reduserer eller gir en mangelfull mental fungering (Hartberg, 2021, s. 123). Sett under alt blir det å jobbe personsentrert i situasjoner som disse uansett viktig. Ifølge Wier & O'Brien (2018, s. 582-591) & Lee-Streere et al. (2020, s. 2363-2377) er kommunikasjon direkte med pasientene under aktivt delirium sentralt for at de skal føle seg ivaretatt. Selv om de ikke alltid oppfatter det der og da, kunne de i etterkant huske at helsepersonellet snakket til dem.

Ifølge Helsedirektoratets (2022) nasjonale faglige retningslinjer punkt 4. skal virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjeneste etablere rutiner for personsentrert omsorg og sykepleie. Dette innebærer at avdelingen og personalet skal ha opplæring og kompetanseutvikling innen personsentrert omsorg og behandling. Imidlertid har egen erfaring gitt meg innsyn i at dette ikke alltid blir oppfølgt. I en personsentrert tilnærming møtes pasienter og helsepersonell som likeverdige (Johanesen, 2020). Men likevel beskriver de i Lee-Streere et al. (2020, s.2373) at deltagerene uttrykker de fikk en følelse av «flause og forvirring». I Julian et al. (2022, s.2867) beskrives det også en skeivfordelt maktbalanse mellom helsepersonalet, pasienten og pårørende. Deltagere i Lee-Streere et al., 2020, s. 2373) legger fram at de under og i etterkant av gjennomgått delirium hadde en følelse av redsel, hjelpeløshet, frustrasjon og angst. For å unngå at pasienten føler dette, er det å tilnærme seg pasientene med en vennlig og hyggelig tone viktig. Men også det å kunne bevare pasientenes ønsker og preferanser. Når en tilnærmer seg på denne måten, utfører en ifølge Helsedirektoratet (2022) personsentrert sykepleie.

#### 4.4 Samarbeidet med pårørende for et bedre pasientutfall

For at sykepleiere skal få ett større innblikk i den eldre pasientens livshistorie, behov, verdier

og preferanser er det å ha et godt samarbeid med pårørende innvirkende på utøvingen av personsentrerte sykepleie (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 53). Kristoffersen & Nordtvedt (2021) legger vekt på at pårørende er en uvurderlig ressurs som kan bidra ved å gi motivasjon og støtte i pasientens sykdomsbilde (s. 53). Noe som kommer frem i Julian et al. (2022, s. 2867) er at mangel på bekreftelse fra helsepersonell om rollen pårørende har gir et dårlig forhold til helsepersonellet og kan gi en oppfattelse at de blir ignorert. Det krever da altså at sykepleiere skape et godt samarbeid med pårørende ved å inkludere de i beslutningsprosessen og bli godt og jevnlig informert (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 53). Dette står og i Pasient- og brukerretighetsloven (1999) som beskriver at pårørende har en viktig rolle i å beskytte pasientens interesse, også bidra til beslutninger til pasientens beste (jf. §4-6).

Det er pårørende som kjenner pasientens bakgrunn, ressurser, symptomer og sykdomsforløp best (Kristoffersen & Nordtvedt, 2021, s. 53). Sett under dette er det dermed sentralt at sykepleiere da har god samhandling med pårørende for å kunne forbedre den personsentrerte sykepleien til den deliriske pasienten. Det står og i de *yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* punkt 1.9 at sykepleier skal samhandle med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet (NSF, 2023). Men for pasienter uten et godt nettverk, hva kan sykepleiere gjøre for å skape en god personsentrert sykepleie? Sykepleiere har da en viktig rolle ved å underbygge pasientens opplevelse av personverdi, altså ved å vise respekt og tillitt (Helsedirektoratet, 2022).

På den andre siden kan pårørende som er involverte oppleve en stor psykisk påkjenning å se sine kjære i denne tilstanden, at de ikke kjenner de igjen og kan oppleve urovekkende oppførsel (McKenzie & Joy, 2020, s. 21-29; Lee-Streere et al., 2020, s. 2363-2377; Julian et al., 2022, s.2860-2870). Det beskrives også i Wier & O'Brien (2018, s.586) at partneren til en av de innlagte med delirium var bekymret for at pasienten kom til å bli værende i den forstyrrende tilstanden. Dette betyr at det ikke bare er pasienten som er i en sårbar fase, men også de som står dem nær. I studien til Julian et al. (2022, s. 2865) forklarer de at det var trist, for de visste ikke hva de kunne gjøre for å hjelpe og at det var vanskelig for dem å forstå hva familie medlemmet opplevde. Noe sykepleiere kan gjøre ifølge studien til Julian et al. (2022, s. 2869) og i studien av McKenzie & Joy (2020, s. 28) er å undervise og gi informasjon til pårørende, som kan utstyrte dem til å bedre håndtere familiemedlemmet

under og etter sykehusoppholdet. Alt i alt er det å imøtekomme pårørende på lik linje som pasienten sentralt for å kunne forbedre pasientutfallet og skape en god personsentrert sykepleie.

#### 4.5 Metodediskusjon

Gjennom søkeprosessen og skriving av denne litteraturoppgaven har det vist seg svake og sterke sider. I inklusjon og eksklusjons har jeg avgrenset søket, dette gav meg artikler som omhandlet oppgavens problemstilling, men dette vil også være begrensende for artikkelutvalget.

Det at jeg har valgt artikler på engelsk gir et mer internasjonalt perspektiv, utfordringen med dette kan være en risiko for mistolkning av studiene. Jeg opplevde at det var begrenset med forskning som inkluderte «delirium» og «autonomi» i samme studie. Måten jeg brukte søkeordene kan også ha hatt en innvirkning på søkeresultatet.

Jeg har også inkludert sekundærlitteratur, som vil si at jeg har brukt bearbeidet og litteratur presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2020, s. 152). Denne type litteratur kan vi spesielt finne i pensumbøker. Likevel kan oppdaterte bøker fortsatt inneholde eldre forskning og utdatert informasjon. Alt i alt har metoden sterke og svake sider. Personlig erfaring og kunnskap om søke kan og hatt innvirkning i søkeprosessen.

## 5.0 Konklusjon og implikasjon for praksis

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleiere ved hjelp av personsentrert sykepleie kan fremme autonomi til den generelle delirisk pasienten innlagt på sykehus. Jeg har også hatt fokus på samarbeidet med pårørende for et bedre innblikk i pasients liv og dermed kunne utføre en bedre personsentrert sykepleie, når delirium gjør det vanskelig for pasientene å opprettholde personlige behov og kommunikasjon.

For å bevare verdigheten og fremme autonomien til pasienter i en delirisk tilstand, kreves det at sykepleierene har fokus på personsentrert sykepleie. Delirium er en enorm psykisk og fysisk påkjenning for kroppen. Tilstanden kan føre til svikt i oppmerksomheten og konsentrasjonen, som kan ha innvirkning på korttidshukommelsen. Ved delirium kan pasienten vanligvis ikke gjøre rede for seg og er desorientert for tid, sted og situasjon (Ranhoff, 2020, s. 459). Sett under ett, vurderer jeg at fremming av autonomi ved hjelp av personsentrert sykepleie er en sentral tankegang for at pasienten skal kunne føle en form for kontroll og velvære under sykdomsbilde. Studier i oppgaven legger frem at deltagere hadde følelse av redsel, hjelpeløshet, frustrasjon og angst. For å unngå dette, er det å tilnærme seg pasientene med en vennlig og hyggelig tone, vise respekt ved å snakke direkte til dem og opprettholde verdighet viktig for å redusere tap av autonomi. Ved bruk av personsentrert sykepleie og samarbeid med pårørende, kan sykepleiere lettere sikre pasienten autonomi blir opprettholdt.

Et hvert menneske er unikt. I praksis har jeg også sett at delirium arter seg ulikt fra pasient til pasient. Sykepleier må derfor ha kunnskap om ulike risikoer som kan utløse tilstanden, men også hvordan de kan på best mulig måte støtte og ivareta selvbestemmelsen til pasienten. Ved å validere erfaringen med hallusinasjoner, desorientering og perseptuelle forstyrrelser kan det hjelpe pasientens selvfølelse.

I en situasjon som delirium der pasientens evne til å ta vare på seg selv reduseres, er det viktig at sykepleiere kontinuerlig reflekterer over lovverk omkring tvang. Er en pasient utagerende og en fare for seg selv og andre, bør bruk av tvang og tvangsmedisinering nøye vurderes i samarbeid med lege, også til hvilken grad. Dette for å minimere innskrenkingen av autonomien til pasientene, da tvang kan ha negative implikasjoner på psyken.

For at sykepleiere skal kunne utføre personsentrert sykepleie, er pårørende en viktig ressurs. Det er de som kjenner pasienten preferanser og ønsker best. Dette kan hjelper sykepleiere å tilpasse omsorgen. Det er ikke alle som har pårørende, da vil innhenting av informasjon fra tidligere opphold eller andre relasjoner være viktig for å kunne utføre en personsentrert sykepleie. Sykepleiere kan undervise og gi informasjon om tilstanden til pårørende. Dette kan utstyre dem til å bedre håndtere familiemedlemmet under og etter sykehusoppholdet. Alt i alt er det å imøtekomme pårørende på lik linje som pasienten viktig for å kunne sikre en bedre personsentrert sykepleie. Sykepleier må også være oppmerksom på den psykiske belastningen som pårørende kan oppleve ved å være involvert. Da flere pårørende i forskningen som er nevnt i oppgaven, uttrykker redsel og angst for sine kjære. Så det å ha ett godt samarbeid med pårørende er elementært.

I praksis kan det å fokusere på personsentrert sykepleie bidra til å forbedre pasientresultatet og føre til økt pasienttilfredshet, et bedre helsemessig resultat og øke følelsen av en mer helhetlig omsorgsopplevelse. I oppgaven har det vist at sykepleie må kontinuerlig se den enkeltes situasjon. For å kunne gjennomføre dette er det å ha kunnskap rundt både delirium og personsentrert sykepleie sentralt. Ved å aktivt integrere personsentrert sykepleie, kan sykepleiere potensielt redusere behovet for tvangstiltak og bidra til å bevare verdighet og autonomi. Til slutt kan det å involvere pårørende aktivt i praksis, bidra til å skape tryggere rammer. Ved å kontinuerlig reflektere over disse implikasjonen og aktivt integrere personsentrert sykepleie i arbeidsdagen, kan sykepleiere lettere legge til rette for en individuelt tilpasset, empatisk og effektiv omsorg for pasienter med delirium.

Jeg har i praksis sett hvor fatalt delirium kan være. Det har åpnet øynene mine for hvor viktig det er å ha brei kunnskap om tilstanden. Dette for å kunne reflektere over etiske dilemmaer og foreta gode faglig, juridisk og etiske vurderinger. Gjennom arbeidet rundt oppgaven har jeg også sett at det er nødvendig med mer forskning rundt temaet.



## Referanseliste- Apa 7th

- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sykepleie*. Det Norske Samlaget.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). Helsetjenester til eldre. I M. Krikevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sjukepleie*. (3. utg., s. 202-215). Gyldendal Norske Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Norske Forlag.
- Hartberg, C. B., (2021). Psykoselidelser. I M. T. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1. utg., s. 121-129). Gyldendal Norske Forlag.
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Delirium*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/delirium>
- Helsedirektoratet. (2022, 27. april). Personsentrert omsorg og behandling av demens: *Virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens-praktisk-informasjon>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Huseby, B. M. (2021, 20. april). *Personer med flere kroniske sykdommer*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Vedlegg%20kroniske%20sykdommer.pdf>
- Hume, V.J. (2021). Delirium in intensive care: violence, loss and humanity. *Med Humanities*. 2021; 47:496–506. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1136/medhum-2020-011908>
- Johansen, H. (2020). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien*. 2020;108(80196): e-80196. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>
- Julian, P., Ploeg, J., Kaasalainen, S. & Markel-Reid, M. (2022). Building collaborative relationships with family caregivers of hospitalized older persons with delirium

- superimposed on dementia: A qualitative study. *Journal of Advanced nursing*, 2023;79:2860–2870. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.15449>
- Krikevold, M. (2020). Den gamles integritet. I M. Krikevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sjukepleie*. (3. utg., s. 84-97). Gyldendal Norske Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende Sykepleie* (4. utg., bind 1, s.18-27). Gyldendal Norske Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleierfagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende Sykepleie* (4. utg., bind 1, s.226-282). Gyldendal Norske Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nordtvedt, P. (2021). Sykepleie- relasjoner, verdier og etikk. I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende Sykepleie* (4. utg., bind 1, s. 30-78). Gyldendal Norske Forlag.
- Larsen, R. A. (2019). Just a little delirium: A report from the other side. *Anaesthesiologica Scandinavica*. 2019; 63:1095–1096. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/aas.13416>
- Lee-Streere, K., Liddle, J., Mudge, A., Bennett, S., McRea, B.P.P., & Barrimore, S. E. (2020). “You’ve got to keep moving, keep going”: Understanding older patients’ experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29:2363–2377. <https://doi.org/10.1111/jocn.15248>
- Lunde, L-H. (2020). Aldring og myter om eldre. I J. Tonga & M. Bystad (Red.), *Psykisk helse hos eldre: Mestring og behandling* (1. utg. s. 15-31). Gyldendal Norsk Forlag.
- McKenzie, J. & Joy, A. (2020). Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis. *Australasian Journal on Ageing*. 2020; 39:21–30. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ajag.12688>
- Meld. St. 24 (2022-2023). *Fellesskap og mestring: Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24->

[20222023/id2984417/?ch=1](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-somatiske-spesialisthelsetjenester-i-den-eldre-befolkningen.pdf/attachment/inline/c15e9c22-5b43-4bd0-b573-ce8799d4daa8:03eb3e9b4d264e0f2b1c5f4ceca789094aac4cc7/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf)

Mortensen, S. M. & Kalseth, B. (2017). *Bruk av somatiske spesialhelsetjenester i den eldre befolkningen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-somatiske-spesialisthelsetjenester-i-den-eldre-befolkning/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf/attachment/inline/c15e9c22-5b43-4bd0-b573-ce8799d4daa8:03eb3e9b4d264e0f2b1c5f4ceca789094aac4cc7/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf>

Neerland, B. E., Watne, O. L. & Waller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. Tidsskrift for den norske legeforening. 133: 1596-600. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>

Norsk Sykepleierforbund. (2023, 31. Januar). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*. (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetslove. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I M. Krikevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sjukepleie*. (3. utg., s. 458-471). Gyldendal Norske Forlag.

Ranhoff, A. H. (2020). Den gamle pasienten. I M. Krikevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sjukepleie*. (3. utg., s. 53-67). Gyldendal Norske Forlag.

Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Krikevold, K. Brodtkorb & Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sjukepleie*. (1. utg., s. 169-179). Gyldendal Norske Forlag.

Stensrud, B. (2021). Kliniske situasjoner som kan innebære bruk av tvang. I M. T. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1. utg., s. 419-435). Gyldendal Norske Forlag.

Strand et al., (2023, 13. Mars). *Helse hos eldre i Norge*. Folkehelseinstituttet.no

<https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/grupper/eldre/?term=>

Stubberud, D-G. Sykepleie ved delirium. I D-G. Stubberud & R. Grønseth. (Red). *Klinisk sykepleie 1*. (6. Utg. S.491-500). Gyldendal Norske Forlag.

Søking (2024. 25. Januar). *Planlegg søke ditt. Søk og Skriv*.

<https://www.sokogskriv.no/soking/planlegg-soket-ditt.html>

Thidemann, I-J. (2020). Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2.utg.). Universitetsforlaget.

Wier, E. & O'Brien, A. J. (2018). Don't go there- It's not a nice place: Older adults' experiences of delirium. *International journal of mental health nursing*. 2019; 28:582-591.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/inm.12563>

## Vedlegg

Vedleggs nr.1: PICO

	Norske ord	MeSH (emneord)+ engelsk Fagord innenfor medisin og helse	Tekstord
<b>P: Populasjon/ Pasient</b>	Delirium Eldre pasienter Skrøpelige eldre Akutt forvirring hos eldre Sykehus Kognitiv redusert	Delirium Geriatric patients Frail elderly Acute confusional state Hospital Cognitiv impaired	Forvirringstilstand Gamle pasienter Svake eldre Plutselig forvirring hos gamle Sykehus Redusert hukommelse og tankeevne.

I: Intervensjon	<p>Personsentrert kommunikasjon</p> <p>Selvbestemmelse</p> <p>Samarbeid med pårørende</p>	<p>Person/ patient center care</p> <p>Autonomy</p> <p>Collaboration with relatives</p>	<p>Kommunikasjon med fokus på personen.</p> <p>Bestemme selv.</p> <p>Samarbeid med familie</p>
<b>C: Comparator (Ikke aktuelle i denne oppgaven)</b>			
O: Outcome	<p>Selvbestemmelse</p> <p>Personsentrert omsorg</p> <p>Bedre pasientutfall</p> <p>Godt samarbeid med pårørende</p>	<p>Autonomy/autonomi</p> <p>Person/ patient center care</p> <p>Improved patient outcome</p> <p>Improved collaboration with relatives</p>	<p>Pasienten får en følelse av selvbestemmelse.</p> <p>Omsorg med fokus på pasienten.</p> <p>Bedre resultat for pasienten.</p> <p>Godt samarbeid med familie.</p>

## Vedleggs nr.2: Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterium	Eksklusjons av kriterium
Pasienter innlagt på sykehus.	Andre helsetjenester utenfor sykehus.
Pasienter over 65 år.	Pasienter yngre enn 65 år eller som omhandler barn og unge.
Pasienter med delirium.	Pasienter med delirium tremens.
Fagfellevurdert litteratur og artikler.	Ikke fagfellevurdert artikler.
Kvalitativ metode.	Kvantitativ metode.
Artikler mellom 2014-2024.	Ikke eldre artikler enn 2014. Eller ikke yngre enn ti år fra då søkeprosessen startet.
Engelsk eller nordiske språk som norsk, svensk og dansk.	Artikler som ikke er publisert med språkene som er valgt i inklusjonskriterie.

Hovedsakelig fokusere på studier som har publisert med en «IMRaD- struktur».	Artikler som ikke følger «IMRaD-strukturen».
--	--

## Vedleggs nr.3: Framgangsmåte for litteratursøk.

Trinn 1	<p><i>Gjennomlesing for å vurdere artiklene relevans:</i></p> <p>I trinn 1 har jeg lest overskrifter og sammendrag for å finne ut om den studien er relevant. Dette ved å stille spørsmål som hvilke tidsskrift den er publisert i, om tidsskriftene er fagfellevurdert, dato på utgivelse og hvem som har skrevet artikkelen (Thidemann, 2020, s. 90).</p>
Trinn 2	<p><i>Grundig lesing av de inkluderte artiklene:</i></p> <p>Her har jeg valgt artikler som er relevante og interessante fra trinn 1 og nøye lest de for å finne ut om de belyser problemstillingen min, samt sjekket referanselisten om det dukket opp artikler av interesse (Thidemann, 2020, s. 91). Noe det gjorde, se vedlegg.</p>



Trinn 3	<p><i>Vurdere kritisk kvaliteten på artiklene:</i></p> <p>Ved å kritisk vurdere kvaliteten på artiklene kan en sikre at troverdighet og pålitelighet fra svarene som legges fram (Nordtvedt, 2021, s. 78). I punkt 2.3 forklarer jeg mer om kritisk vurdering.</p>
Trinn 4	<p><i>Analyse og tolke resultat/funn fra artiklene:</i></p> <p>Trinn 4 går ut på å granske artiklene om hva den forteller (Thidemann, 2020, s. 92). Her har jeg tolket artiklene etter mine beste ferdigheter. Jeg har slavisk satt problemstillingen min opp mot resultatet i artiklene for å sikre at artiklene svarer på oppgaven.</p>
Trinn 5	<p><i>Utarbeide en litteraturmatrise:</i></p> <p>I vedlegget har jeg lagt ved en litteraturmatrise. I matrisen har jeg sammenstilt artiklene og notert viktig informasjon, som for eksempel forfatter, publikasjon område, publikasjons år, type studie, hensikt med studie, populasjon i studien og resultat (Thidemann, 2020, s. 95). Det er og med kvalitetsvurdering og etisk overveielse av artiklene.</p>

Trinn 6	<p><i>Sammenfatte resultatene og presentere dem i resultatkapittel i oppgaven:</i></p> <p>Her har jeg presentert resultatene opp mot hverandre i resultatkapittelet punkt 3.0. I dette punktet har jeg foretatt en tematisk analyse (Thidemann, 2020, s.96-97).</p>
---------	---

## Vedleggs nr.4: Søk- Pubmed

Database Pubmed.	Søke nr:	Søkeord og kombinasjonsord.	Avgrensning	Antal treff.	Lest abstrakt	Lest hele studien.	Aktuelle studier	Valgte artikler
Søkedato:								
11.04.2024	1	Delirium hospitalized older adults	Randomized controlled trial, innen	254	Ja		(16) Feasibility of Light and Music Therapy in the Elderly for the Prevention of Hospital-Associated Delirium.	

			5 år.					
	2	Delirium AND older adults in hospital	Randomized controlled trial, innen 5 år.	245				
	3	Older frailty patients AND delirium	Randomized controlled trial, innen 5 år.	3	Ja		(2) Identifikasjon gjennom Manchester Triage System av den eldre befolkningen med risiko for delirium: En case-control studie.	
	4	Frail elderly AND delirium	Randomized controlled trial, clinical trail innen 5 år	3				

	5	Frail elderly AND delirium in hospital	Innen 5 år	129	Ja		<p>(5) Delirium forebygging og behandling hos skrøpelige kirurgiske pasienter. (doi: 10.1016/j.anclin.2022.10.011)</p> <p>(6) Overlevelse av skrøplige eldre med delirium doi: 10.3390/ijerph19042247.</p> <p>(10) Skrøpelighet og delirium hos sykehusinnlagte eldre voksne: En systematisk oversikt med metaanalyse doi: 10.1590/1518-8345.6120.3687.</p> <p>(11) Sykehusinnleggelse og forekomst av delirium hos eldre voksne med fysisk skrøpelighet: tverrsnittsstudie</p>	
--	---	--	------------	-----	----	--	---	--

					Ja		doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0156n	
	6	Nursing care AND hospitalized pasients with delirium	Clinical trail, systematic review , innen 5 år.	190	Ja	Ja	<p>Sykepleie, delirium og smertebehandling for sykehusinnlagte eldre voksne.</p> <p>(DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.07.002">10.1016/j.pmn.2009.07.002</a>)</p> <p>(1) Non-Pharmacological Nursing Interventions for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adult Patients: Systematic Review of Randomized Controlled Trials.</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/galanga.hvl.no/34444602/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/galanga.hvl.no/34444602/</a></p>	

					Ja	DOI: <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph18168853">10.3390/ijerph18168853</a> (14) The Association Between Frailty and Delirium Among Hospitalized Patients: An Updated Meta-Analysis. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.065">10.1016/j.jamda.2021.01.065</a>	
27.04.24					Ja	Ja	X
Fant disse artikkelen ved å se i referanselisten til denne artikkelen som jeg har lenger nede. <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.15449">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.15449</a>					Ja	Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis <a href="https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779">https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779</a>	



18.04. 24	1	Elderly patients with delirium AND communication AND in hospital.	Publikasjonnssår 2014-2024.	709 6	Ja	Ja	9) The "Wholesome Contact" non-pharmacological, volunteer-delivered multidisciplinary programme to prevent hospital delirium in elderly patients: study protocol for a randomised controlled trial.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s13063-018-2781-6">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s13063-018-2781-6</a>	
	2	Geriatric patient AND delirium in hospitalized older adults AND autonomy	Publikasjonnssår 2014-2024.	707 4				



	3	Autonomy AND delirium AND geriatric patients	Publikasjonnssår 2014-2024.	544 3				
	4	"delirium in elderly AND communication in nursing OR autonomy in nursing"	Publikasjonnssår 2014-2024.	702 5	Ja		21)Validation of two nurse-based screening tools for delirium in elderly patients in general medical wards.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12912-020-00464-4">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12912-020-00464-4</a>	
	5	"dementia patients or people with dementia AND delirium AND in	Publikasjonnssår 2014-2024.	717 8	Ja		(8) Poorer outcomes and greater healthcare costs for hospitalised older people with dementia and delirium: a retrospective cohort study.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/gps.4491">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/gps.4491</a>	

		hospital"			Ja	<p>(15) Managing verbal agitation in people with dementia and delirium.</p> <p><a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.7748/nop.28.2.33.s22">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.7748/nop.28.2.33.s22</a></p>	
					Ja	<p>(20) Volunteers improving person-centred dementia and delirium care in a rural Australian hospital.</p> <p><a href="https://web-p-ebSCOhost-com.galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=33&amp;sid=efeb7868-a2a4-4a5f-9632-59a26472d15b%40redis&amp;bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=118492573&amp;db=cin20">https://web-p-ebSCOhost-com.galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=33&amp;sid=efeb7868-a2a4-4a5f-9632-59a26472d15b%40redis&amp;bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=118492573&amp;db=cin20</a></p>	
					Ja	<p>(30) Appropriate care for older people with cognitve impairment in hospital.</p> <p><a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.5694/mja15.00898">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.5694/mja15.00898</a></p>	

24.04. 24	1	"communication AND older adults with delirium AND in hospital"	Publikasjon år 2014-2024.  Advancesurce.	696 3			(14) Hospital admission and the occurrence of delirium in older adults with physical frailty: cross-sectional study.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0156en">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0156en</a>	
	2	"autonomy AND delirium patients AND in hospital"	Publikasjon år 2014-2024.  Advancesurce.	100 85	Ja	Ja	Don't go there – It's not a nice place: Older adults' experiences of delirium.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/inm.12563">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/inm.12563</a>	X
	3	"autonomy AND older adults AND delirium"	Publikasjon år 2014-2024.  Advancesurce.	223 1	Ja		(5) Delirium prevention and management in hospitalized older adults  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/01.NPR.0000000000000036">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/01.NPR.0000000000000036</a>	

	4	“communication with dementia patients AND delirium AND hospital”	Publikasjonsår 2014-2024.  Advanced search.	599 6	Ja	Ja	<p>4) Building collaborative relationships with family caregivers of hospitalized older persons with delirium superimposed on dementia: A qualitative study.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.15449">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.15449</a></p> <p>(5) Nursing care for people with delirium superimposed on dementia.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.7748/nop.2017.e887">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.7748/nop.2017.e887</a></p> <p>12) Improving communication when caring for acutely ill patients with dementia.  <a href="https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.7748/nop.27.4.35.e672">https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.7748/nop.27.4.35.e672</a></p>	X
					Ja			
					Ja			

29.04. 24	1	"delirium AND communication strategies AND older adults"	Publikasjo nsår 2014- 2024.  Advanced search.	269 7	Ja	Ja	(1) "You've got to keep moving, keep going": Understanding older patients' experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting  <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.15248">https://doi.org/10.1111/jocn.15248</a>	X
--------------	---	---	--	----------	----	----	---	---

Vedleggs nr. 6: Litteraturmatrise

Forfatter(e), publiseringsår, tidsskrifter og land.	Tittel på artikkel	Type studie	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultat	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser.
Elizabeth Weir (RN) Antthnoy. O`Brian (RN).  2018, 13. desember .	Don't go there – It's not a nice place: Older adults' experiences of delirium.	Kvalitativ studie.	Øke forsknings tallet på delirium i New Zealand	Kvalitativ deskriptive metode	De syv deltakerne varierte i alder fra 55 til 89. Alle deltakerne var europeiske, og de inkluderte tre kvinner og fire	Delirium er en vanlig opplevelse for eldre voksne i det generelle sykehusmiljøet. Denne studien viser at i tillegg til deliriums bidrag til økt sykелighet, forlenget sykehusopphold og gjenværende	Etikkgodkjennin g ble gitt fra University of Auckland Human Participants Ethics Committee (nummer 017483) og forskningskonto ret til Auckland	Informert samtykke ble innhentet, med konfidensialitet adressert ved å tilby deltakerne valg av intervjusted, ved å lagre data på

<p>International journal of mental health nursing.</p> <p>Australia.</p>					<p>menn. Beslutning om å utvide aldersspennet til 55 år ble tatt for å lette rekrutteringen, og ved å observere at dette alderskriteriet hadde blitt brukt i tidligere australsk forskning.</p>	<p>redusert funksjon, kan opplevelsen av delirium føre til varige negative effekter på psykologisk og emosjonelt velvære. Utdanning for å forbedre gjenkjenning og respons på delirium bør inkludere anerkjennelse av disse varige negative konsekvensene og bør informere</p>	<p>District Health Board (nummer 017483).</p>	<p>passordbeskyttede filer og ved å ekskludere navn og identifiserende detaljer fra intervjuutskriftene.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---	--

						støttende sykepleieintervensjon for å dempe effektene deres.		
Karen Lee-Streere. Jacki Liddle. Alison Mudge. Sally Bennett. Sally E. Barrimore & Prue McRea B.Phty. 12.mars 2020.	“You’ve got to keep moving, keep going”: Understanding older patients’ experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention	Kvalitativ studie som bruker en tolkende deskriptiv (ID) metodisk tilnærming.	Å utforske eldre innlagte pasienters erfaringer og oppfatninger av delirium og ikke-farmakologisk delirium forebyggingsstrategier (NDPS).	Kvalitativ studie.	Strukturerte intervjuer av inneliggende pasienter i alderen over 65 år på tvers av 6 medisinske og kirurgiske avdelinger utforsket pasientenes erfaringer og oppfatninge	En mer pasientsentrert tilnærming til deliriumforebygging krever hensyn til Eldres verdier, behov, preferanser og tilpasning innenfor sykehusmiljø og rutiner. Å føle seg informert, lyttet til og å motta støtte fra ansatte og pårørende kan	Studien er Approved av “The Royal Brisbane and Women’s Hospital Human Research Ethics Committee”.	Verbal og skriftlig dokumentasjon fra alle deltagerane ble innhentet.



Journal of clinical nursing.  Australia.	strategies in the acute hospital setting.				r av delirium og forebyggend e aktiviteter knyttet til ernæring, mobilitet og kognisjon.	forbedre eldre innlagte pasienters engasjement i NPDS for å forhindre delirium på sykehus.		
<u>Patricia Julian, Jenny Ploeg, Sharon Kaasalain en,</u>	Building collaborative relationships with family caregivers of hospitalized older persons with delirium superimposed on dementia: A qualitative study.	Empirisk forskning, kvalitativ.	Å utforske erfaringer fra familieomsorgsp ersoner som gir støtte til eldre personer med delirium som er lagt over demens på akuttsykehus, deres rolle i å oppdage og	Kvalitativ studie.  Denne studien har et utforskend e- deskriptivt design ved	Pårørende til pasienter som er inne på sykehus, so har demens og delirium.	Tre temaer ble identifisert: (1) familieomsorgspe rsoner fant delirium lagt på demens for å være en overveldende opplevelse, (2) familieomsorgspe rsoner kan spille en viktig rolle i	Intervjuutskrifte r gjennomgikk tematisk analyse.	Denne studien ble gitt etisk godkjenning av Hamilton Integrated Research Ethics Board (#7996). Skriftlig informert samtykke ble

<p><u>Maureen Markle-Reid</u></p> <p>04. Oktober 2022.</p> <p>Journal of Advanced nursing.</p>			<p>håndtere denne tilstanden, og støtte de trenger.</p>	<p>bruk av tolkningsmetode.</p>		<p>oppdagelsen og håndteringen av delirium lagt på demens og (3) familieomsorgens erfaringer var påvirket av arten av deres forhold til helseteamet.</p> <p>Familieomsorgspersoner ble bekymret for å se familiemedlemmer innlagt på sykehus med delirium lagt på demens.</p> <p>Familieomsorgsp</p>		<p>innhentet før alle personintervjuer.</p>
--	--	--	---	---------------------------------	--	--	--	---

						<p>ersoner er også ideelt posisjonert for å oppdage tilstanden og delta i omsorgen. Imidlertid gjenstår maktubalanser, noe som gjør at familieomsorgspersoner føler seg maktesløse og tror at helseteamet hadde mer kontroll over omsorgen til den eldre personen.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jessica Mckenzie	Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta-analysis	Mestaana lyse.	Å finne ut om pårørendes involvering i intervensjoner med pasienter med delirium forbedrer pasientresultat ene.	Systematisk gjennomgang og metaanyse.  Kvantitativ.	Pårørende til pasienter med delirium.	Fem studier med 505 deltakere publisert over en 5-års periode var egnet for inkludering. Bevis på lavt nivå viste at involvering av familiepleiere kan redusere omsorgsperson ens angst, og sykehuspersonal et så på administrasjon av utdanning til	Risikoen for skjevhet ble vurdert ved å bruke PEDro- vurderingsskala en. Data ble trukket ut fra hver studie ved å bruke et tilpasset dataekstraksjon sskjema av hver anmelder.	Metaanalys en ble utført ved bruk av Review Manager 5.3 ved bruk av en tilfeldig effektmode ll.
Anna Joy								
Mars 2020								
Australasi an Journal on Ageing.								

						<p>familieomsorgspersoner som effektiv. Metaanalyse antydte familieintervensjoner redusere lengden på sykehusopphold for pasienter med delirium. Det er fortsatt uklart om det påvirker varigheten av delirium.</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Victoria Jane Hume.  9.november 2020.  Med Humanities.  (BMJ Journals).  Sør-Afrika.	Delirium in intensive care: violence, loss and humanity.	Studien tok form av intervjuer og fokusgrupper med totalt 15 deltakere ,	Studien ble utført for å forstå mer om opplevelsen av delirium på intensivavdeling en fra pasienter, helsepersonell og familier; og å utforske mulige forhold mellom delirium og arbeidskulturen og miljøet på intensivavdeling en. Den forsøkte også å vurdere potensialet for musikkkomposisjon for å bidra til	Kvalitativ metode.	Pasienter som har vært innlagt på intensivavdeling på sykehus, samt perspektiv fra disse pasientene og perspektiv fra sykepleiere.	Analyse antydde tre nøkkeltemaer som dukket opp fra dataene. For det første volden som pasienter opplever og uttrykker, både innenfor deliriske hallusinasjoner og i observerbar virkelighet. For det andre de sammenkoblede tapene	Forfatteren anerkjenner at det er en liten studie og at det kan bare gi detaljer i øyeblikksbilde.	Etikkgodkjenning ble gitt separat for hver fase av studien av Human Research Ethics Committee ved University of the Witwatersrand samt administrerende direktør ved Wits Donald Gordon Medical
--	--	--	---	--------------------	--	---	--	--

			vår forståelse av delirium.			<p>pasienter gjennomgår i intensivavdeling er. For det tredje helsepersonells forsøk på å bringe større medmenneskelighet inn i det potensielt dehumaniserende intensivområdet . Resultatene og diskusjonen peker på mulige sammenhenger mellom delirium</p>	<p>Center. Spesifikk tillatelse til lydopptak og observasjon på intensivavdelingen ble også gitt av hovedkonsulenten og oversykepleieren. Det ble også søkt om tillatelse fra sykepleieren med ansvar for intensivavdelingen på</p>
--	--	--	-----------------------------	--	--	--	---

						og arbeidskulturen e og det fysiske miljøet ved intensivbehandli ng, og kan forsterke behovet for sensitiv og engasjert kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter.		hver observasjons dag.
--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------



