



# Fordypningsoppgave

**VAK706 Avansert klinisk sykepleie**

**Hvordan oppleves delirium for pasienten?**

Hilde McAllister

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Molde, 15.05.18



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Aud Orøy

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 13.05.18

**Antall ord: 9457**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Delirium er vanlig, men en underdiagnostisert tilstand. Delirium kan være en belastende opplevelse for pasienten.

Mer kunnskap trengs for å kunne stille diagnose og for å kunne gi rask og riktig behandling. Der er imidlertid også behov for mer kunnskap om hvordan pasienten egentlig har det i en slik tilstand, og om hvordan pasienten opplever møtet med helsepersonell.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om pasienters erfaringer med delirium.

**Metode:** Litteraturstudie.

**Resultater:** Denne studien identifiserte fem nøkkelfunn om hvordan delirium oppleves for pasienten: «Å sveve mellom to virkeligheter»

«Å drømme i våken tilstand»

«En skremmende og ydmykende opplevelse»

«Å skape mening av kaoset»

«Som å være i fengsel»

**Konklusjon:** Delirium kan være en svært ubehagelig opplevelse. Livlige hallusinasjoner, et kaos av sanseinntrykk, usikkerhet i forhold til at en ikke forstår hva som skjer, tap av kontroll, og følelser av frykt og skam er vanlig.

Det er mye helsepersonell kan gjøre for å bedre omsorgen for pasienter som er i delirium.

Ved å sette seg inn i pasientens opplevelse, og bruke en individuell og personsentrert og tilnærming når man forholder seg til den enkelte, kan man bidra til at pasienten får en mindre ubehagelig opplevelse og til at deres verdighet blir bedre ivaretatt.

Det er behov for økt kunnskap om delirium, ikke bare for helsepersonell, men også for pasienter, deres pårørende og i befolkningen generelt.

**Nøkkelord:** Delirium, Acute Confusion, Experience, Patient.

## **Abstract**

**Background:** Delirium is a common condition, but it is underdiagnosed. Delirium can be a distressing experience for the patient.

More knowledge is needed to be able to correctly diagnose and to efficiently initiate appropriate treatment. However, there is also a need for more knowledge about how the patient experiences delirium, and how interaction with caregivers can either exacerbate or alleviate the amount of distress for the patient.

**Objectives:** The objective of this study of the existing literature was to gain more knowledge about how the patient experiences delirium.

**Method:** Study of existing literature.

**Results:** This study identifies five main themes about how delirium is experienced by the patient:

“To float between two realities”

“To dream while awake”

“A scary and humiliating experience”

“To make sense of the chaos”

“Like being in prison”

**Conclusion:** Delirium can be a very unpleasant experience. Vivid hallucinations, a chaos of impressions from the senses, insecurity because one does not understand what is going on, loss of control, and feelings of fear and shame are all common.

There is a lot that healthcare staff can do to give better care to patients with delirium. By putting oneself into the patient’s position, and using an individual, person-centered approach when relating to the patient, the caregiver can contribute to a less distressing experience and more adequately preserve the dignity of the patient.

There is a need for more knowledge about delirium, not only among health-professionals, but also for patients, their families and the general public.

**Key words:** Delirium, Acute Confusion, Experience, Patient

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	2
1.3	Problemstilling .....	3
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>4</b>
2.1	Hva er delirium? .....	4
2.1.1	Patofysiologi .....	4
2.1.2	Årsaker .....	4
2.1.3	Utredning .....	5
2.1.4	Behandling .....	6
2.2	Hva vet vi om hvordan det oppleves å ha delirium? .....	7
2.2.1	Tidligere forskning.....	7
2.2.2	Delirium og relasjoner.....	8
2.3	Personsentrert omsorg .....	9
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse .....</b>	<b>10</b>
3.1	Litteraturstudie som metode .....	10
3.1.1	Datainnsamling .....	10
3.1.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	12
3.1.3	Analyse.....	12
<b>4.0</b>	<b>Resultat. ....</b>	<b>14</b>
4.1	«Å sveve mellom to virkeligheter» .....	14
4.2	«Å drømme i våken tilstand» .....	15
4.3	«En skremmende og ydmykende opplevelse» .....	16
4.4	«Å skape mening av kaoset» .....	18
4.5	«Som å være i fengsel» .....	19
<b>5.0</b>	<b>Metodediskusjon .....</b>	<b>21</b>
5.1	Søkestrategi .....	21
5.2	Kvalitetsvurdering .....	21
5.3	Analyseprosess .....	22
<b>6.0</b>	<b>Resultatdiskusjon .....</b>	<b>24</b>
6.1	Å veksle mellom realitetsorientering og å bekrefte pasientens opplevelse av virkeligheten.....	24
6.2	Å dempe ubehagelige opplevelser og å trøste. ....	25

6.3	Å vise forståelse for pasientens følelser og å ivareta personverdet.....	26
6.4	Å gi hjelp til å forstå hva som skjer.....	27
6.5	Å hjelpe pasienten ut av ensomhet og isolasjon.....	28
6.6	Å snakke om delirium, både før og etter. ....	29
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>31</b>
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>32</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>35</b>



# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven forsøker å finne svar på hvordan delirium oppleves for pasienten. Jeg har selv erfart at det å forholde seg til pasienter som er i en akutt forvirringstilstand kan være svært utfordrende. Jeg har også sett at det kan være veldig vanskelig og vondt for pårørende å forholde seg til sin kjære som plutselig er helt forandret. Pasienten er f.eks. urolig, han vandrer, skjønner ikke hvor han er eller hvorfor han er der, han hører liksom ikke på deg, han vil hjem, er mistenksom, sier ting som ikke stemmer, ser ting som ikke er der, han drar ut intravenøs-slangen, og han er urolig og våken hele natten.

Det er klart at denne pasienten ikke har det godt. Hvordan oppleves det egentlig å ha det sånn? Hvis vi kan forstå mer om hvordan pasienten har det, kan vi kanskje da kan hjelpe ham på en bedre måte?

Delirium er vanlig, blant både f.eks. akutt syke eldre, post-operative pasienter, kreftpasienter, demente pasienter og intensivpasienter (Partridge m.fl.2013). Men delirium er underdiagnostisert (Wyller 2015, Neerland m.fl. 2013, Fuller 2016). Delirium kan være en oppskakende, opprivende og vanskelig opplevelse for pasienten, og det kan være skadelig på lang sikt (Fuller, 2016). Mer forskning og bedre kliniske kunnskaper er nødvendig for at pasienter med delirium skal få et bedre behandlingstilbud (Neerland m.fl. 2013).

Mer kunnskap trengs for å kunne stille diagnose raskt og å kunne gi rask og riktig behandling. Men der trengs også kunnskap om hvordan pasienten egentlig har det i en slik situasjon, og om hvordan pasienten opplever møtet med de som forsøker å hjelpe. Nasjonale retningslinjer i UK, NICE 2010, foreslår forbedring av informasjon til pasienter og pårørende om opplevelsen av delirium (NICE 2010, Partridge m.fl., 2013). Jeg har ikke greid å finne noe lignende i norske nasjonale retningslinjer.

I studiet avansert klinisk sykepleie har vi bl.a. lært om komplekse somatiske sykdomstilstander. Delirium er et eksempel på hvor kompleks en sykdom kan være, og det er også interessant at underliggende og utløsende årsaker som er somatiske kan gi seg

utslag i symptomer som er nevropsykologiske. Det er et eksempel på hvordan alt henger sammen og at det å skille mellom somatikk og psykiatri kanskje ikke alltid er hensiktsmessig.

Ved å undersøke hvordan pasienter som har vært i delirium opplevde det, så kan vi øke vår kunnskap. Denne kunnskapen kan vi bruke til å bedre vår kompetanse, kanskje særlig den mellommenneskelige, som er viktig i klinisk praksis for sykepleiere for å kunne møte og hjelpe pasienten best mulig.

Pårørende er sentrale og viktige omsorgspersoner for pasienten som er i delirium (Wyller, 2015). Men forskning viser at det å forholde seg til sin kjære i en slik situasjon kan være svært belastende (Wright m.fl.2013, Partridge, 2012). Pårørende har stort behov for informasjon, veiledning og støtte. Ved å øke vår kompetanse om hvordan delirium oppleves for pasienten, og ved også å dele noe av denne kunnskapen til pårørende, så tenker jeg at vi som sykepleiere kan hjelpe pasienter som er i delirium, til å sitte igjen med en best mulig opplevelse.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, står det at helsetjenestene i dagens samfunn har stadig større kompleksitet og endringstempo. Og med markedsideologisk tenkning er omsorgsetiske hensyn ofte nedprioritert (NSF, 2011). Pasienter som er i delirium er i en svært sårbar situasjon, og jeg tenker at det er av stor betydning at sykepleiere er reflekterte i forhold til hvordan man møter disse pasientene. Faglig ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft (NSF, 2011). Jo mer kunnskap en har om hvordan delirium oppleves for pasienten og om mellommenneskelige relasjoner, så vil jeg tro at en vil kunne være i bedre stand til å gjøre gode refleksjoner som fører til god kunnskapsbasert og moralsk praksis.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om pasienters erfaringer med delirium.

### **1.3 Problemstilling**

Hvordan oppleves delirium for pasienten?

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Hva er delirium?

Den historiske betydningen av delirium er å være «sinnsforvirret», «gal», «fra vettet». Ordet kommer fra det latinske ordet «de» (borte fra) og «lira» (sti), altså en slags «avsporing». I dag brukes mange synonymer som f.eks. akutt forvirring, encefalopati og endret mental status (Fuller, 2016).

#### 2.1.1 Patofysiologi

Delirium representerer en akutt svikt i hjernens funksjon (Wyller, 2015). Patofysiologien ved delirium er dårlig kartlagt men det finnes en teori om to etiologiske hovedgrupper: Fysiologiske avvik som gir direkte påvirkning på hjernen som f.eks. hypoksi, hypotensjon, hypoglykemi, anemi, traume, infeksjoner i sentralnervesystemet og elektrolyttforstyrrelser. Og «uhensiktsmessige stressresponser» som påvirker hypofyse-binyrebark-aksen (kortisol og ACTH), det sympatiske nervesystemet (acetylcolin, noradrenalin, adrenalin) og gjennom inflammasjonssystemet (cytokiner). Nevrotransmisjon, særlig svekket kolinerg transmisjon og/eller overaktivitet i dopaminerge baner, kan gi delirium (Neerland m.fl., 2013).

Delirium innebærer en endring i det psykomotoriske tempoet, det kan være enten for høyt som ved hyperaktivt eller agitert delirium, eller for lavt som ved hypoaktivt eller stille delirium. I enkelte tilfeller kan delirium omfatte hallusinasjoner og paranoide ideer, og altså ha karakter av en akutt psykose. De fleste pasienter med delirium lider av søvnmangel, de har ikke nødvendigvis funksjonelt god søvn selv om de tilsynelatende sover (Wyller, 2015).

#### 2.1.2 Årsaker

Det er vanlig å skille mellom bakenforliggende og utløsende årsaker til delirium. Sårbarhet for delirium henger nøye sammen med generell sårbarhet eller «frailty» (Wyller, 2015). En

sårbar person har lite reservekapasitet og en helt minimal ytre påkjenning som en urinveisinfeksjon eller en uheldig valgt sovemedisin kan være alt som skal til for å utløse et delirium. En robust person kan også få delirium, men da skal det en mye sterkere ytre påkjenning til som f.eks. sepsis eller multitraume. (Wyller, 2015)

Vanlige disponerende faktorer for delirium er: høy alder, demens, andre hjernesykdommer (f.eks, slagsekvele, Parkinson), redusert syn og/eller hørsel, bruk av legemidler med kognitive bivirkninger, underernæring.

Noen vanlige utløsende årsaker er: Infeksjoner, hjerteinfarkt, arytmi, hjertesvikt, KOLS-forverring, brudd/traumer, smerter, urinretensjon, obstipasjon, elektrolyttforstyrrelser, hjerneslag, legemidler som antikolinerge midler, kortikosteroider, opioider mm, serotonergt syndrom og ikke-konvulsiv status epilepticus (Wyller, 2015).

### **2.1.3 Utredning**

Det enkle spørsmålet: «synes du NN er mer forvirret nå enn han pleier å være?» stilt til noen som kjenner pasienten godt, er vist seg å ha ganske god diagnostisk treffsikkerhet (Wyller, 2015), og kan være en god pekepinn.

De diagnostiske kriteriene fra det amerikanske psykiatriske diagnosesystemet DSM-5 krever imidlertid at 5 kriterier er oppfylte:

**A:** Forstyrrelse i oppmerksomhet (reduert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet) og bevissthet (reduert orientering om miljøet omkring).

**B:** Forstyrrelsene utvikles i løpet av kort tid (timer til noen få dager) og har en tendens til å fluktuere i alvorlighetsgrad gjennom døgnet.

**C:** Det sees en forstyrrelse i kognisjon (f.eks. hukommelse, orientering, språk, visuospatial evne eller persepsjon).

**D:** Forstyrrelsene i A og C blir ikke bedre forklart av en annen nevrokognitiv lidelse som allerede er etablert, eller som er under utvikling og de forekommer ikke i sammenheng med en alvorlig bevissthetsnedsettelse som koma.

**E:** Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratorieundersøkelser for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand,

forgiftning eller abstinens, annen toksisk påvirkning eller har flere slike årsaker (Wyller, 2015).

Udiagnostisert og ubehandlet delirium er assosiert med dårlig prognose, personlige lidelser, og samfunnsmessige kostnader (Neerland m.fl., 2013). Sykepleiere står i en unik posisjon til å fange opp de fluktuerende symptomer og tegn på delirium, men allikevel har det vist seg at disse tegnene ofte forblir uoppdaget (Agar m.fl. 2011). Og undersøkelser og oppfølging av pasienter med forvirringstilstander er svært varierende (Agar m.fl. 2011). Det er stort behov for å øke helsepersonell sin kompetanse på å kjenne igjen tegnene på delirium og evt ta i bruk diagnostiske hjelpemidler (Neerland m.fl, 2013, Agar m.fl. 2011).

Der finnes enkle verktøy som kan være nyttig for alt helsepersonell for å øke årvåkenheten for delirium (Scott, 2012, Wyller, 2013). Internasjonalt er CAM (Confusion Assessment - Method) det mest brukte diagnostiske instrumentet for delirium, men det har kommet flere instrumenter for diagnostikk og vurdering av pasienter med delirium de siste årene. Et av disse er 4AT, som er utviklet i Storbritannia og nå er oversatt til norsk og er under testing og validering. Den er kortfattet og lett å bruke. Screeningen kan gjennomføres på mindre enn to minutter og kan gjennomføres av ulike grupper helsepersonell i en travel hverdag (Myrstad m.fl.2017, Berg m.fl.2016). Det er også behov for å øke kompetansen ifht sårbarhetsfaktorer for å kunne forebygge delirium (Wyller, 2015, Agar m.fl. 2011).

#### **2.1.4 Behandling**

Delirium er ofte det eneste symptomet på en akutt somatisk tilstand som kan behandles, og det er viktig med en bred og rask somatisk utredning (Wyller, 2015). Første prioritet ved behandling av delirium er å diagnostisere og behandle den utløsende årsaken. Videre må en mest mulig raskt og fullstendig gjenopprette pasientens fysiologiske homeostase, f.eks. tiltak i forhold til hypotensjon, dehydrering, hypoksi, elektrolyttforstyrrelser, nyresvikt, syre-base-forstyrrelser, hyperglykemi, anemi, feber og smerte.

Viktige tverrfaglige tiltak kan være mobilisering, enkel og gjentatt informasjon, allmenn beroligelse, aktiv bruk av pårørende, ernæring og balanse mellom skjerming og aktivisering (Wyller, 2015).

Ingen legemidler har helbredende effekt på delirium. Alle legemidler medfører imidlertid risiko for forverring eller bivirkninger. Legemiddelsanering er derfor et sentralt element i enhver akuttbehandling av delirium. Legemidler bør bare gis på god indikasjon, etter at andre behandlingstiltak er igangsatt. Legemidler kan være en mulighet for å dempe uro og angst eller for å få utført nødvendig diagnostikk og behandling. Lavdoseantipsykotika som Haldol er mest brukt, de har liten antikolinerg effekt til forskjell fra høydoseantipsykotika, men Haldol er kontraindisert ved demens med Lewylegemer. Hvis søvn-mangel står sentralt i sykdomsbildet kan sedative midler brukes, f.eks et benzodiazepin eller klometiazol (Wyller, 2015).

## **2.2 Hva vet vi om hvordan det oppleves å ha delirium?**

### **2.2.1 Tidligere forskning**

Det meste av litteratur som finnes om delirium handler om utredning, risikofaktorer og behandling. Det er ikke skrevet mye om pasientens opplevelse. Valerie Fuller har skrevet en Review-artikkel i 2016 basert på tidligere forskning. Funnene viser at mange som har opplevd delirium husker det i ettertid. Yngre pasienter husker oftere enn eldre. Minnene er preget av problemer med å skille mellom hva som er virkelig og uvirkelig, streke følelser, psykisk stress og lidelse. Studiene viser også at de som er i hypoaktivt delirium kan ha like mye lidelse som de som har hatt hyperaktivt delirium. Hallusinasjoner er beskrevet som den mest skremmende opplevelsen. Følelser av angst, frykt, sinne, mistenksomhet, skam, skyld og ydmykelse er beskrevet. Det oppleves som ubehagelig å huske delirium, sannsynligvis pga usikkerheten rundt hva som faktisk skjedde. Noen pasienter får i ettertid post-traumatisk-stress-syndrom (Fuller, 2016). Mange velger ikke å snakke om episoden i ettertid pga frykt på å bli sett på som «gal». Men det kan være terapeutisk å få snakke gjennom slike opplevelser, og det kan være en viktig sykepleieroppgave å spørre pasientene om deres opplevelser og oppfordre dem til å snakke om det. Å se opplevelsene fra pasientens perspektiv kan hjelpe sykepleiere i å gjøre tiltak som hjelper pasientene å se mer positivt tilbake på det som skjedde (Fuller, 2016).

## 2.2.2 Delirium og relasjoner

Delirium påvirker relasjonene mellom pasienten, pårørende og helsepersonell. Det kan særlig være utfordrende for nære relasjoner da pasienten kan vise sterke følelser som frykt og sinne og det hender at de ikke kjenner igjen sine nærmeste (Wright m.fl., 2014).

Studier viser at det kanskje er pårørende som faktisk opplever den største lidelsen (Fuller, 2016). Pårørende kan ha følelse av uvirkelighet, usikkerhet, tap, sorg, stress, frykt, ensomhet og å bli overlatt til å håndtere noe som de har svært liten kunnskap om. Det at deres kjære plutselig forandrer personlighet, beskrevet som en «eksistensiell fraværenhet», følelsen av at det er en annen person, en «fremmed», er særlig vanskelig å forholde seg til. Kombinasjon av dette og at det er så plutselig, uforutsigbart og varierende gjør det særlig vanskelig (Day og Higgins, 2015).

Sykepleiere kan oppleve det å ha omsorg for en pasient i delirium som svært krevende, og følelser som frustrasjon og irritasjon er vanlig (Wright m.fl, 2014). Sykepleiere skal forholde seg til pasienten, men også til pårørende sin lidelse, og samtidig ivareta sikkerhet for ansatte, og også ta seg av behandling og omsorg for andre pasienter. Det er nettopp det uforutsigbare og fluktuerende forløpet med delirium som gjør at det ofte oppleves som «kaos» å ha en slik pasient i avdelingen. Helsepersonell kan ha vanskelig for å stole på pasienten (Agar m.fl. 2011), men pasienter som har opplevd delirium forteller at de ønsker at helsepersonell har en større respekt for pasientens subjektive virkelighet (Wright m.fl, 2014).

Sykepleie som mellommenneskelig kompetanse er sentralt i slike utfordrende relasjoner. Filosofen Martin Buber mente allerede i 1920-årene at det var behov for en endring av datidens medisinske praksis fra fokus på sykdomstilstanden til at pasientene først og fremst skulle oppleve å bli møtt som mennesker (Rokstad, 2015). Martin Buber tenkte at vi mennesker forholder oss til menneskene rundt oss på to måter. Vi kan gå inn i en *jeg-det*-relasjon eller enn *jeg-du*-relasjon. En *jeg-du*-relasjon er et «vågestykke» og nødvendig for at vi kan åpne oss for den andre som et helt menneske. Man må være deltakende og medværende og det skaper en relasjon som også kan virke tilbake på oss (Jensen, 2011, Eide m.fl.2011). En *jeg-du* -relasjon innebærer spontanitet, gjensidighet, anerkjennelse og aksept av det unike i hvert enkelt menneske (Rokstad, 2015).



## 2.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg blir først og fremst brukt i demensomsorgen, men jeg velger allikevel å ta med litt teori om dette her da jeg mener det kan ha relevans for hvordan vi best kan forholde oss til pasienter med delirium. Selv om demens og delirium er to ulike sykdommer, så har de allikevel en del til felles i det at begge er forvirringstilstander.

Personsentrert omsorg er både et verdigrunnlag og en omsorgsfilosofi (Aldring og Helse.no). Bruken av en personsentrert innfallsvinkel i demensomsorgen ble først introdusert av Kitwood på 1980- og 90-tallet. Hans innfallsvinkel ble ansett som en kritikk av de rådende holdninger og den omsorgspraksis som var vanlig på den tiden (Rokstad, 2015). Fem grunnleggende behov hos mennesker vektlegges: trøst, identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inklusjon. Disse fem behovene kan oppsummeres i behovet for kjærlighet. Det handler om å ta hensyn til hvordan personen opplever sin situasjon og verden rundt seg. Pleierne skal sette seg inn i hvordan pasienten opplever det som skjer og ta dette perspektivet med i planleggingen av omsorgen. Personsentrert omsorg forutsetter og utvikles gjennom empati. Empati er å sette seg selv i den andres posisjon og kjenne igjen følelsen situasjonen skaper i personen (Aldring og Helse.no).

Ifølge sykepleieren og professoren Kari Martinsen er omsorg et mål i seg selv, en måte å forholde seg til andre mennesker på. Emosjonell omsorg vektlegger det følelsesmessige engasjementet hos omsorgsgiveren og innebærer at omsorg er motivert av medlidenhet og empati med pasienten (Rokstad, 2015). Målet for personsentrert omsorg er anerkjennelse av personverdet i alle aspekter av behandlingen. Det må legges til rette for samarbeid og likeverdighet, og omsorgsgiveren må bestrebe seg på å forstå utfordrende atferd ut fra pasientens ståsted (Rokstad, 2015).

## 3.0 Metodebeskrivelse

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Forskningsbasert kunnskap innen helse- og omsorgstjenestene har blitt et vanlig begrep. Den enkelte pasient bør få best mulig behandling og pleie utfra sine individuelle behov. Pasienten har rett på å få vite hva som fungerer og har vist seg å være effektivt for å kunne være delaktig i beslutninger i forhold til pleie og behandling (Forsberg m.fl. 2008). I dagens samfunn har vi stor tilgang til en mengde forskningsresultater, og da er det viktig å kunne systematisk vurdere, analysere og sammenligne resultatene fra tidligere studier (Forsberg m.fl. 2008). Lenge var det resultater basert på randomiserte, kontrollerte studier som ble regnet som det beste grunnlaget for å utvikle anbefalinger for medisinsk praksis. De siste årene blitt stadig mer tydelig at det er behov for å også inkludere forskningsresultater fra kvalitative studier innen helse og omsorg (Forsberg m.fl. 2008).

Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie for å få svar på problemstillingen i denne oppgaven. I en litteraturstudie beskrives og analyseres utvalgte studier på en systematisk måte (Forsberg m.fl. 2008). Utfra et tydelig formulert spørsmål skal en systematisk identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning som kan besvare spørsmålet. En forutsetning er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet (Forsberg m.fl. 2008). Resultatene fra de ulike vitenskapelige studiene en velger sammenstilles for å kunne finne fram til ny kunnskap som kan brukes i praksis (Forsberg m.fl. 2008).

Jeg har søkt spesifikt etter kvalitative studier da jeg mener de egner seg best i forhold til det jeg er ute etter å lære om. Kvalitativ forskning er kjent for å gi en stemme til menneskers personlige historier. Virkelighetsbeskrivelser i et sanselig språk berører oss og er en nyttig kunnskapskilde i fagutøvelsen for sykepleiere (Ellingsen og Drageset, 2008).

#### 3.1.1 Datainnsamling

Jeg har gjort litteratursøk i databasene Ovid-Medline og ProQuest. Til dette fikk jeg hjelp og veiledning av bibliotekar. Jeg brukte søkeordene: Delirium, Acute Confusion, Experience, Patient og begrenset søkene ytterligere med Qualitative research og språkene

norsk, svensk, dansk og engelsk. Det var ikke veldig mange treff på disse søkeordene, men nok til å finne det jeg var ute etter, så jeg valgte å ikke utvide søket med andre ord. (Se Vedlegg 3 for PICO-skjema med søkeord, og vedlegg 2 for søkehistorikk).

Inklusjonskriteriene jeg brukte var at jeg først begrenset søkene til artikler skrevet etter 2007. Men jeg gjorde siden tre manuelle søk etter artikler som var det var henvist til, som var skrevet tidligere, en fra 2006 og to fra 2002, som jeg inkluderte pga høy kvalitet. Et annet inklusjonskriterium var at artiklene skulle beskrive pasienters egne opplevelser av delirium. Jeg søkte derfor spesifikt etter kvalitative studier. To av artiklene har i tillegg til kvalitativ metode også brukt kvantitativ metode i samme undersøkelse, jeg har også inkludert disse artiklene og hovedsakelig brukt funnene fra de kvalitative undersøkelsene. Jeg har også brukt noen av funnene fra de kvantitative delene av disse artiklene for å understøtte de kvalitative funnene.

Jeg har ekskludert alle undersøkelser som ikke har hatt fokus på pasientens opplevelse. Et par av artiklene beskriver også pårørendes opplevelser, men der har jeg valgt ut funnene som omhandler pasientens erfaringer. Noen av funnene som omhandler pårørendes opplevelser har jeg tatt med i teoridelen av oppgaven.

Jeg har ikke søkt etter spesielle pasientgrupper, men bevisst inkludert undersøkelser fra flere typer pasientgrupper for å få en bredest mulig forståelse for fenomenet, og for å undersøke om det er fellestrekk på tvers av pasientgruppene. I søkeresultatene fant jeg ganske mange studier som var gjort på pasienter som hadde vært innlagt på intensivavdelinger. Jeg har brukt noen av disse artiklene, men ekskludert de fleste for å få mest mulig variasjon. Jeg har altså valgt 3 artikler som handler om intensivpasienter, 1 om kreftpasienter, 2 om geriatiske pasienter, 1 om demente pasienter, 1 som har en generell pasientgruppe og 2 fra eldre ortopediske pasienter. Jeg har ikke valgt artikler etter geografiske steder, men utvalget jeg fant var fra ulike land: Der er 4 fra Sverige, 1 fra Danmark, 1 fra England, 1 fra Italia, 1 fra Canada, 1 fra USA og 1 fra India.

### 3.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle artiklene har jeg kvalitetsvurdert i forhold til Norsk Senter for Forskningsdata sin rangering av vitenskapelige publiseringskanaler. Alle artiklene har vært hentet fra tidsskrifter som er rangert med nivå 1 eller nivå 2 (nsd.uib.no).

Jeg har også kvalitetsvurdert artiklene ved hjelp av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» fra folkehelseinstituttet sin nettside (Folkehelseinstituttet, fhi.no).

Ved hjelp av sjekklisten har jeg undersøkt hver enkelt artikkel i forhold til følgende:

- Om formålet med studien er klart formulert.
- Om kvalitativ metode og studiedesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen.
- Om utvalget er hensiktsmessig.
- Om dataene er samlet inn på en slik måte at problemstillingen blir besvart.
- Om det går klart fram hvordan analysen ble gjennomført.
- Om fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig.
- Om det ble redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen.
- Om det er gjort forsøk på å underbygge funnene.
- Om etiske forhold er vurdert.
- Om hovedfunnene kommer klart fram og om funnene er nyttige.

(Se Vedlegg 3 for kvalitetsvurderinger av hver enkelt artikkel).

### 3.1.3 Analyse

En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenligne litteraturen (Forsberg m.fl. 2008). Jeg har brukt Evans metode for analyse med fire steg (Evans, 2002, Orøy, 2016):

- Innsamling av data:

Etter litteratursøket som beskrevet tidligere, så leste jeg grundig gjennom alle forskningsartiklene som jeg hadde valgt ut.

- Identifisering av nøkkelfunn:

Så gikk jeg systematisk gjennom resultatene i hver enkelt artikkel og merket meg det som var relevant i forhold til min problemstilling. Jeg bestemte meg for fem nøkkelfunn eller tema som gikk igjen i alle, eller de fleste av artiklene.

- Sammenligning av funn:

Jeg satt så sammen og sammenlignet disse funnene fra de ulike artiklene med hverandre, f.eks. har jeg sammenlignet funnene fra intensivavdelingene med de andre funnene og sett på likheter og ulikheter.

- Samle funn for å utvikle en beskrivelse av fenomenet:

I resultatdiskusjonen har jeg forsøkt å sette sammen funnene som jeg har valgt ut til ny relevant kunnskap som har betydning for klinisk praksis.

Jeg har kommet fram til fem tema som jeg har beskrevet i resultatdelen.

Disse temaene er:

- **«Å sveve mellom to virkeligheter»**
- **«Å drømme i våken tilstand»**
- **«En skremmende og ydmykende opplevelse»**
- **«Å skape mening av kaoset»**
- **«Som å være i fengsel»**

## 4.0 Resultat.

### 4.1 «Å sveve mellom to virkeligheter»

Flere informanter beskriver at man er i «en annen verden», men samtidig tilstede når man er i delirium. Det veksler mellom de to virkelighetene, plutselig og uten forvarsel, man vet aldri når man «svever» over i den andre og hvor lenge det vil vare (Stenwall m.fl. 2008). Det er som å være i et grenseland mellom en ytre virkelighet og fantasi, å være både bevisst og ubevisst, og å veksle mellom å være klar og forvirret (Anderson m.fl. 2002). Flere pasienter beskriver at de delvis var klar over at de blandet disse to virkelighetene, men at de allikevel ikke greide helt å forstå forskjellen mellom fantasi og virkelighet (Darbyshire m.fl.2016). Noen beskriver det som om de er tvunget til å spille en rolle i en film (Stenwall m.fl. 2008), eller at de er tilskuere uten mulighet til å gripe inn i det som spilles (Anderson m.fl. 2002).

Oppfattelsen av tid og rom endres. Det beskrives som om tiden står stille, eller at fortid og nåtid smeltes sammen. Opplevelser fra fortiden re-oppleves og blandes med inntrykk her og nå (Dupplis m.fl. 2006). Anderson m.fl. beskriver i sine funn at pasientens opplevelse av delirium er «som å være fanget i uforståelige opplevelser og i et kaos av fortid og nåtid og her og der». Slik som en pasient beskriver det:

*«..I would constantly turn up, myself, in places that I really did not know what they were....I was more or less in another world...All the time it was a mixture of places and staff...A mixture of jobs and places where I used to work...»* (Anderson m.fl. 2002, 656).

Mange pasienter beskriver den ubehagelige følelsen av at de ikke vet hvor de er, f.eks:

*«It was uncomfortable; I didn` t know who I was or where I was...I lost control»* (Svenningsen m.fl. 2016, 2811).

Flere beskriver opplevelser av å være i bevegelse, f.eks.:

*«I lay in bed and kept sinking – the more I tried to move, the more I sank»* (Svenningsen m.fl. 2016, 2812).

Rom beskrives som ustabile og uforutsigbare:

*«The room was unstable and doors and windows kept moving»* (Svenningsen m.fl. 2016, 2812).

*«It was as if everything went round and round, I was in hospital but still it did not look like a hospital to me»* (Duppils m.fl. 2006, 814).

Mange pasienter beskriver at de opplever å være på reise, både gjennom tid og rom, f.eks.:

*«I thought I was on a hospital aeroplane...»* (Darbyshire m.fl.2016, 6).

## 4.2 «Å drømme i våken tilstand»

I samtlige av de 10 forskningsartiklene er hallusinasjoner beskrevet som en del av opplevelsen av delirium. Hallusinasjoner, og følelsen av frykt, regnes som det mest belastende eller urovekkende ved opplevelsen (Grover m.fl.2015).

Pasienter forteller at de så eller hørte ting som ikke eksisterte, hallusinasjoner, eller mistolket ting som de så og hørte, illusjoner (Duppils m.fl. 2006). Der er beskrivelser av at pasienter ser både fremmede og kjente mennesker, også avdøde slektninger:

*«I had memories of my mother.... She died 40 years ago...»* (Morandi m.fl.2015, 284).

Ofte spiller familiemedlemmene en rolle i hallusinasjonene som deltakere i spill eller reiser der de evt sammen med helsepersonellet tar kontroll over hendelsene, og pasienten har ingen innflytelse, f.eks:

*«My son and daughter-in-law came up. I was sent to an apartment where they controlled me with a joystick»* (Svenningsen, 2016, 2811).

Der kan være positive møter med familiemedlemmer i hallusinasjonene:

*«My little Maria was here in my dream and gave me consolation, my beloved grandchild...»* (Stenwall m.fl.2008, 1582).

*“My worst nightmare was the light at the end of the tunnel: `Stop breathing and you will get there`. In the other direction was my pregnant daughter was willing me to live”* (Svenningsen m.fl.2016, 2811).

Hallusinasjonene kan også inneholde dyr :

*«... dragons were flying...»* (Morandi m.fl.2015, 284)

Ofte er hallusinasjonene dramatiske:

*«But all of a sudden during the night.... the wall split. The water gushed into the room... I was so terribly afraid”* (Duppils, 2007, 814).

*“.. I was a horse and the horse was going to be shot... It was probably at that moment I tried to get out of bed” (Duppils, 2007, 814).*

*“I remember that everything changed to me. Suddenly I was a prisoner on a Nazi camp, and I thought that the nurses were the Nazi camp guards....and I wondered whatever happened since the nurses had become so unkind to me although they were so nice before” (Duppils, 2006, 813).*

Pasienter forteller at de trodde de drømte, men det føltes som om de var våken, og de livlige hallusinasjonene med lys, lyder og bevegelser bidro til at det føltes virkelig, f.eks.:

*«You didn` t know what to believe like... are the monkeys really up there in the lights .... It`s confusing” (Whithorne, 2015, 477).*

Noen beskriver at de aktivt prøver å ikke sove for å slippe unna de ubehagelige drømmene:

*«Each time I went under, the nightmares flooded back..... I couldn` t sleep because a blackness just come back over me, so I stayed awake” (Darbyshire, 2016, 7).*

Selv om pasientene i ettertid vet at det de opplevde ikke var virkelighet så kan det fortsatt føles veldig virkelig:

*«Although I know now with hindsight it can` t have been, it still feels true to me when I think about it» (Darbyshire m.fl.2016, 10).*

### **4.3 «En skremmende og ydmykende opplevelse»**

Som sagt viser Grover m.fl. sin forskning at følelsen av frykt, og hallusinasjoner, er det mest belastende eller urovekkende ved delirium (Grover m.fl. 2015).

Det er mange beskrivelser av sterke følelser når pasienter er i en akutt forvirringstilstand:

*«I was just so afraid of everything around me .. » (Morandi m.fl. 2015, 284).*

*“It was intense agony while it lasted, there was chaos or panic, and I was so afraid” (Duppils and Wikblad, 2006, 814 ).*

*«I was so afraid, so afraid, and I cried and shouted.... And I was convinced that they were going to kill me...” (Duppils and Wikblad, 2006, 814).*



Det er flere som beskriver at de hadde en følelse av direkte trussel fra ansatte (Darbyshire m.fl 2016), f.eks.:

*«It was awful, I did not trust anybody... `Yes, we are going to give you an injection` and I was scared to death that they were going to give me a poisonous shot»* (Fagerberg and Jønhagen, 2002, 342).

Noen beskriver at de må sloss for livet, og ofte var familiemedlemmer sammen med pasienten i denne kampen (Svenningsen m.fl., 2016). Det er ikke uvanlig at pasienter gjør forsøk på å flykte pga at de føler seg truet eller mistenkeliggjort (Fagerberg and Jønhagen, 2002).

Stenwall m.fl. fant at informantene hadde erfart å føle seg mindreverdige i forholdet til andre da de opplevde å bli ledd av eller irettesatt av ansatte eller pårørende. (Stenwall m.fl. 2008). Darbyshire m.fl. sier at mange pasienter hadde opplevelse av å være paranoide, og en pasient forteller at han trodde ansatte lo av ham:

*«They were looking at something in the magazine together and they were laughing, ...I was in the magazine... they were laughing at me»* (Darbyshire m.fl. 2016, 8).

Noen av Fagerberg og Jønhagen sine informanter forteller om følelse av ydmykelse og uverdighet mens de var i delirium (Fagerberg and Jønhagen, 2002). Darbyshire m.fl. beskriver hvordan intensivpasienten kan føle seg strippet for verdighet:

*«I felt like a lump of meat on a butcher`s table with the real me inside but not able to get out... I was part of this and yet I wasn`t part of it»* (Darbyshire m.fl. 2016, 8).

Skyld og skam er følelser som mange må leve med i ettertid. Det at de vet hvordan de har oppført seg mot ansatte, familie og venner, gjør at noen føler dyp skam og stigmatisering (Fagerberg and Jønhagen, 2002). Noen føler seg veldig såret hvis familiemedlemmer ler av det som har skjedd, f.eks.:

*«It makes me feel bad...It`s not funny»* (Whitehorn m.fl. 2015, 476).

Noen forteller om å bli hånet av sin egen familie i ettertid (Fagerberg and Jønhagen, 2002). Mens noen greier å se på det som har skjedd som en morsom episode:

*«Today I look at it more as something amusing, I understand that it is something that happens when someone is undergoing surgery like this»* (Fagerberg and Jønhagen, 2002, 343).

#### 4.4 «Å skape mening av kaoset»

Pasienter med delirium forsøker å forstå hva som skjer både imens de er i delirium og etterpå. Å skille virkelighet og fantasi er vanskelig. Hallusinasjoner, uorganisert tenkning og forvirring gjør det ekstra vanskelig å forstå. Pasienten søker etter tegn i omgivelsene for hjelp til å forstå hva som skjer og hvor de er (Whitehorn, 2015). Noen beskriver det som å være i et vakuum der alt er uklart og forvirrende, og det er vanskelig å få tak på, forstå og beskrive hva som skjedde i ettertid (Anderson m.fl. 2002).

Det er beskrevet at pasienter kan ha en forsinkelse i tiden det tar å f.eks. kjenne igjen folk, og til å forstå den andres intensjoner. Det at helsepersonell alle har på seg like, hvite klær, eller at familien dukker opp i en ukjent kontekst, kan være faktorer som gjør det vanskelig. Dette kommer klart fram slik denne pasienten beskriver det:

*«Yes, I recognised the voice... But not immediately. It sort of had to take a while before I recognised it...»* (Stenwall m.fl.,2008, 1581).

Noen informanter beskriver opplevelsen som at de er bedratt av sine egne sanser:

*«It was the color purple. I couldn't escape the colour – it pursued me. I was caught by it. I admit that it was hard to describe later – how can a colour go after me?»*  
(Svenningsen m.fl. 2016, 2811).

Fagerberg og Jønhagen fant at informantene opplevde at sansene deres var «vid-åpne», slik at de oppfatter alt som skjer rundt dem som en masse inntrykk uten å greie å sortere ut eller konsentrere seg om en ting. F.eks. registrerer de hvordan personell snakker til dem, stemmeleiet deres og kroppsspråket (Fagerberg and Jønhagen, 2002).

Pasienter tolker helsepersonell og familien sine handlinger i søken etter å forstå. Hvis de ikke får hjelp eller informasjon, kan det føre til følelser av usikkerhet og som å være i fengsel:

*«..well, you were not told anything, you were like a prisoner...well, you sat there, unsure, not knowing anything...it feels very painful.....not being free...»* (Stenwall m.fl. 2008, 1581).

## 4.5 «Som å være i fengsel»

I møte med helsepersonell eller pårørende kan pasienter med delirium føle at de ikke får kontakt og at de ikke blir hørt. Dette kan skape sterke følelser av ensomhet og isolasjon. De er alene med sin opplevelse og føler seg utenfor (Stenwall m.fl.,2008). F.eks.:

*«I tried to get in contact with the others, but I could not reach them»* (Duppils and Wikblad 2006, 814).

*“ I was always like in prison and I was trying to escape”* (Morandi m.fl. 2015, 284).

*“I do not want that injection, I said. But they did not care... they smiled and were so friendly. But I saw right through them, I knew they were only pretending...»*  
(Duppils and Wikblad 2006, 815).

Noen forteller at det blir stilt spørsmål ved deres opplevelse av virkeligheten, og de føler at de ikke blir stolt på. En pasient sier at hun derfor valgte å holde avstand, for å skjule forvirringen:

*«I had to remain silent, take it and suffer»* (Stenwall m.fl.,2008, 1581).

Fagerberg og Jønhagen sier at informantene kunne føle håpløshet når ansatte eller pårørende forsøkte å realitetsorientere dem. Det bare bekreftet følelsen av å være virkelig alene med sin opplevelse. Noen følte at deres nærmeste prøvde å lure dem ved å overbevise dem at de tok feil, og det gjorde bare at de følte seg enda mer ensomme (Fagerberg og Jønhagen, 2002).

Anderson m.fl. beskriver hvordan informantene føler at de er ofre, fanget og uten kontroll over det som skjer, f.eks.:

*«No the staff did not force me in any way, I don` t think. It was something else that forced me, I was forced....I could not protect myself. I was powerless...I could not get them to react to what I said..”* (Anderson m.fl.2002, 658).

Der er flere beskrivelser av at pasientene føler seg fysisk adskilt fra andre selv om andre var tilstede, og at de hadde et behov for å forholde seg både følelsesmessig og fysisk til andre, men fikk det ikke til:

*«I couldn` t make anybody understand. I couldn` t make my family understand. I tried to tell them, I couldn` t talk»* (Darbyshire m.fl.2016, 8).

For noen var dette reelt, i intensivavdeling der de ikke var i stand til å bevege seg eller snakke, men for andre opplevde de det slik selv om det ikke var reelt

(Whitehornm.fl.2015). Og der er flere beskrivelser av å føle seg fanget og maktesløs:

*«Yes, everything was dark and frightening... Yes, I know my hands and feet were tied. I was powerless. I had to accept what others did and decided”* (Anderson m.fl.2002, 658).

Noen beskriver heldigvis også at de har hatt positive erfaringer, når de blir møtt med forståelse, tillit og omsorg. Pasienten kan føle en gjensidig forståelse i møtet med andre selv om de ikke deler den samme virkelighetsopplevelsen. Det kan gi dem følelsen av å bli sett som en unik person. En pasient forteller at det gjør at hun føler en midlertidig tilbakevendelse til virkeligheten:

*«Some are so nice I forgot about it for a while. It is always so nice with kindness.....I think my thoughts are so clear then...”* (Stenwall m.fl., 2008, 1582).

Der er noen som forteller om at det hjalp at helsepersonellet snakket med dem, selv om de ikke svarte. Det gav en følelse av å ha en forbindelse, som når en sykepleier f.eks. forklarte underveis hva hun gjorde steg for steg. Det gjorde at pasienten følte seg trygg og i kontakt med virkeligheten (Whitehornm.fl. 2015).

## 5.0 Metodediskusjon

### 5.1 Søkestrategi

Jeg mener at det var en fordel at jeg ikke brukte for mange søkeord. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for en problemstilling og brukte kun søkeord som hadde direkte med den å gjøre. På den måten fikk jeg ikke opp altfor mange resultater som ikke hadde relevans.

Etter å ha valgt ut artikler som hadde relevans, og som representerte ulike pasientgrupper, så satt jeg kun igjen med 7 artikler. Jeg valgte så å gjøre 3 manuelle søk etter eldre artikler for å få nok artikler av god kvalitet. Det er kanskje en svakhet at jeg ikke fant mer forskning på området for å ha nok grunnlag til å finne svar på problemstillingen, men det viser også at det er behov for å øke kunnskapen omkring temaet. Jeg valgte derfor allikevel å utforske temaet videre på grunnlag av litteraturen jeg fant.

Jeg synes det er en styrke at jeg har funnet studier fra en bred pasientgruppe fra ulike typer avdelinger. Det viser at delirium er noe som kan oppstå av ulike underliggende og utløsende årsaker. Og det viser at fenomenet har en del fellestrekk på tvers av disse pasientgruppene.

Undersøkelsene var fra 7 ulike land, og 3 ulike kontinenter. Jeg fant ingen spesifikke ulikheter mellom disse landene. Det viser at delirium er et fenomen som oppstår med fellestrekk på tvers av kulturer og at opplevelsene kan sies å være allmennmenneskelige.

### 5.2 Kvalitetsvurdering

Alle de inkluderte studiene vurderte jeg i forhold til kvalitetskriteriene som nevnt i metodekapittelet. De artiklene som jeg valgte å ikke bruke hadde mangler på et eller flere av områdene.

I en av de inkluderte artiklene hadde ikke alle informantene diagnosen delirium, av de 114 pasientene på intensivavdelingen hadde kun 56% av dem diagnosen, men samtlige hadde opplevelse av vrangforestillinger. Jeg valgte å allikevel inkludere denne artikkelen pga svært god kvalitet og et stort antall informanter. Selv om ikke alle hadde diagnosen

delirium så mener artikkelforfatterne at delirium ofte er udiagnostisert pga det er så fluktuerende og at det derfor i realiteten er en større andel som faktisk har delirium. En artikkel var en sekundær analyse av narrative intervju som opprinnelig tok for seg en bred analyse av pasienter og pårørendes opplevelser av behandling i en intensivavdeling. Data fra disse intervjuene inneholdt svært rikt materiale angående beskrivelser av opplevelsene av delirium, som skapte grunnlaget for funnene i artikkelen. Jeg valgte å inkludere denne studien selv om den er en sekundær analyse, pga av at jeg mener den oppfyller kriteriene i forhold til at den er en god kvalitativ analyse av pasienters egne beskrivelser av erfaringer med delirium.

Flere av studiene jeg har inkludert har et stort antall informanter. Dette er ikke en nødvendighet i kvalitative undersøkelser der formålet er å beskrive enkeltpersoners opplevelser, men jeg mener at det er en styrke i det at det bekrefter at opplevelsene har en del fellestrekk. Disse funnene som er av allmennmenneskelig karakter kan man da benytte seg av når en skal forsøke å skape ny kunnskap om hvordan delirium oppleves. Man må allikevel selvfølgelig ikke glemme at den enkelte pasient har sine egne unike opplevelser, og at det dermed ikke er mulig å komme fram til en fasit på hvordan vi som sykepleiere kan imøtekomme disse pasientene.

### **5.3 Analyseprosess**

I analyseprosessen merket jeg meg funn som kunne svare direkte på min problemstilling. Jeg prøvde så å systematisere disse funnene på tvers av alle artiklene, sammenlignet og lette etter fellestrekk. Jeg bestemte meg så for fem tema som jeg syntes gikk igjen i de fleste artiklene og som var beskrivende for hvordan delirium kan oppleves.

Artiklene som jeg har brukt har hver for seg kommet fram til en del kategorier og hovedfunn. Alle artiklene inneholdt allikevel en del direktesitater som begrunner og beskriver funnene de har kommet fram til. Jeg har valgt å ta med en god del av disse sitatene i resultatpresentasjonen for å beholde nærhet til materialet og få fram den enkeltes opplevelse. Jeg bruker også direktesitatene for å begrunne de nøkkelfunnene som jeg selv har kommet fram til.

(Fordi jeg har brukt såpass mange direktesitater, så har valgt å sette dem alle i *kursiv* og med innrykk for å skille dem ut som pasientenes egne stemmer, og for å lage en mer

tydelig og oversiktlig tekst, selv om dette ikke nødvendigvis er i tråd med Høgskolens anbefalinger).

Hvis jeg skulle gjort noe annerledes så hadde det kanskje ville vært å lest gjennom artiklene enda flere ganger litt ut i prosessen, for å kanskje finne enda bedre sitater eller funn som hadde å gjøre med de temaene jeg valgte ut. Men i et kvalitative studier så er det uansett ikke mulig å finne helt «korrekte» eller målbare resultater. Jeg håper at det jeg har kommet fram til er med på å gi en stemme til alle de pasientene som har fortalt sine historier, og at vi kan lære noe av det som vi kan bruke i møte med andre pasienter.

## 6.0 Resultatdiskusjon

Funnene i litteraturstudien viser at pasientenes erfaringer med delirium er komplekse. Ved å forstå litt mer om hvordan det oppleves tenker jeg at det er også mange muligheter til å forbedre omsorgen ved å tilpasse måten vi tilnærmer oss pasienten. En individuell tilnærming vil være nødvendig utfra hver enkelt situasjon, siden forløpet er både fluktuerende og opplevelsene er varierende.

Jeg vil i det følgende forsøke å svare på hva disse funnene kan ha å si for hvordan vi som sykepleiere kan gi bedre omsorg til pasienten i delirium ut fra hvert av de fem nøkkelfunnene.

Jeg har laget fem «svar» på hva sykepleier kan gjøre i forhold til hvert tema:

- **«Å sveve mellom to virkeligheter»:**  
**Å veksle mellom realitetsorientering og å bekrefte pasientens opplevelse av virkeligheten.**
- **«Å drømme i våken tilstand»:**  
**Å dempe ubehagelige opplevelser og å trøste.**
- **«En skremmende og ydmykende opplevelse»:**  
**Å vise forståelse for pasientens følelser og å ivareta personverdet.**
- **«Å skape mening av kaoset»:**  
**Å gi hjelp til å forstå hva som skjer.**
- **«Som å være i fengsel»:**  
**Å hjelpe pasienten ut av ensomhet og isolasjon.**

Til slutt har jeg med et avsnitt om betydningen av å snakke om delirium, både før og etter episoden.

### **6.1 Å veksle mellom realitetsorientering og å bekrefte pasientens opplevelse av virkeligheten.**

Når pasienten er i grenseland mellom fantasi og virkelighet er det viktig at vi tar på alvor pasientens egen opplevelse. Funnene viser at pasientens opplevelse av en annen virkelighet



ikke bare er «tull», men gjerne en blanding av pasientens livshistorie og den nåværende situasjonen, og reflekterer deres indre opplevelse. Det å bli realitetsorientert kan noen ganger føles som irrettesettelse og oppleves ydmykende. Andre ganger beskrives det som at det kan være betryggende å få hjelp til å forstå når en har en ubehagelig følelse av å ikke vite hvor en er eller hva som skjer, det kan minske følelser av angst og frykt.

Karakteristisk for delirium er at det nettopp har et fluktuerende forløp, slik som det står i diagnosekriteriene (Wyller, 2015). En må altså være var disse variasjonene når en forholder seg til pasienten. Man må veksle mellom å realitetsorientere når pasienten gir tegn til å prøve å få et grep på situasjonen, og i andre tilfeller prøve å tolke pasientens handlinger og kommunikasjon på et annet nivå, et «meta-nivå», og respondere til meningen av den forvirrede oppførselen (Anderson m.fl. 2002). Noen pasienter som har opplevd delirium har i ettertid sagt at de ønsket at helsepersonell mer aktivt etterspør hva pasientens deliriske oppførsel betyr, heller enn å ha en nedlatende realitetsorienterende holdning (Wright m.fl. 2013).

Det kan kanskje ikke alltid være enkelt som sykepleier å tolke pasientens oppførsel og vite hvordan det er riktig å respondere, men en må altså være åpen og sensitiv for tegnene som pasienten gir. Det er kanskje dette Martin Buber mener med jeg-du-relasjonen som et «vågestykke», der vi åpner oss for den andre som et helt menneske. Man må være deltakende og medværende, og det skaper en relasjon som også virker tilbake på oss selv. Ved å høre på pasienten og bekrefte deres opplevelse av virkeligheten selv om det ikke nødvendigvis er «virkelighet» vil en kunne gi pasienten en følelse av å bli vist tillit. (Fagerberg og Jønhagen, 2002).

## **6.2 Å dempe ubehagelige opplevelser og å trøste.**

De dramatiske og ofte urovekkende hallusinasjonene som mange pasienter opplever ved delirium, tenker jeg er viktig at vi som sykepleiere er klar over. Dette sammen med det vi vet om at de som er i hypoaktivt delirium kan ha like sterke opplevelser som de som er i hyperaktivt delirium, og det at delirium ofte er underdiagnostisert, synes jeg er tankevekkende. En pasient som tilsynelatende ligger og «døser» kan ha sterke og skremmende opplevelser. Hallusinasjonene beskrives som livlige og fulle av lyder, lys og bevegelser. Svenningsen m.fl. sier at uvirkelige opplevelser hos intensivpasienter kan være mer livlig enn vanlige drømmer, og de kan dvele i pasienten i årevis (Svenningsen m.fl.

2016). Mange av de livlige drømmene bærer preg av faktiske forhold rundt pasienten, det vil si at de er illusjoner, misoppfatninger av ting som er der. F.eks. tror noen at de er på reise i helikopter, og lyd fra helikopter er jo ikke en uvanlig lyd en kan høre på et sykehus. Det å skjerme pasienten for støy, lys og uro kan være viktige tiltak for å dempe disse opplevelsene. Balanse mellom skjerming og aktivisering er anbefalt ved delirium (Wyller, 2015).

Funnene viser at familiemedlemmer ofte spiller en viktig rolle i hallusinasjonene, gjerne at de spiller på lag med pasienten i kampen for livet. Svenningsen m.fl. sier det er viktig å være klar over dette, og at et viktig tiltak i omsorgen for pasientene er at pårørende kan være tilstede som støttespillere (Svenningsen m.fl. 2016). Aktiv bruk av pårørende er også anbefalt som en del av behandlingen i annen litteratur (Wyller, 2015). Det er imidlertid svært viktig at pårørende får støtte, hjelp og informasjon om hvordan å best forholde seg til pasienten i en slik situasjon. Hvis pasienten f.eks. er desorientert, aggressiv eller urolig, og en utfordrer pasientens opplevelse, så kan det føre til at situasjonen bare eskalerer. Dette er også noe jeg selv har sett i egen praksis flere ganger, at pårørende i fortvilelse og i beste mening ender opp med å argumentere med pasienten for å forsøke å få dem inne på «rett spor». I en slik situasjon kan pårørende trenge råd om hvordan å imøtekomme pasientens behov og vise omsorg og støtte for å heller roe ned situasjonen.

Personsentrert omsorg forutsetter og utvikles gjennom empati. Det å vite at pasienten kan ha skremmende opplevelser er viktig, men kanskje også utfordrende når vi skal forsøke å vise empati, fordi at empati er å sette seg selv i den andres posisjon og kjenne igjen følelsen situasjonen skaper i personen (Aldring og Helse.no). Ved å våge å kjenne igjen disse følelsene i seg selv som sykepleier, vil en kanskje være i bedre stand til å vise trøst, som også er et viktig element i personsentrert omsorg.

### **6.3 Å vise forståelse for pasientens følelser og å ivareta personverdet.**

De mange funnene som viser at pasientene er redde og kan oppleve at de føler seg truet av ansatte tenker jeg er svært viktig for sykepleiere å merke seg. Følelser av frykt og trusler kan være det som resulterer i at pasienter oppfører seg aggressivt, det er en måte å takle

disse følelsene på. Den aggressive oppførselen deres kan være en del av deres paniske kamp for livet. Irritasjon og aggresjon kan være rettet mot ansatte som de følte ikke viste hensyn og forståelse for deres følelse av å være truet og som de prøvde å uttrykke (Fagerberg og Jønhagen, 2002). Igjen vil det være nødvendig at sykepleieren tenker over hvordan å tilnærme seg pasienten, f.eks. når en skal sette en injeksjon eller ta blodprøve så må en være oppmerksom på hvordan dette kan misoppfattes av pasienten som er i en forvirringstilstand. Å opptre på en rolig og empatisk måte og bekrefte og betrygge pasienten tenker jeg vil være av stor betydning i en slik situasjon.

De mange opplevelsene av ydmykelse og latterliggjøring er også verdt å merke seg. Kanskje er det viktig å huske på at f.eks. høyt snakk og latter rundt pasienten kan misoppfattes. Det at pårørende i noen tilfeller ler av eller håner pasienten i ettertid er et tegn på at det er et stort behov for å øke kunnskapen til pårørende om hva delirium er og hvor ydmykende det kan oppleves for pasienten. Her har vi som sykepleiere mye vi kan bidra med.

Jeg synes det er svært tankevekkende hvordan en pasient beskriver at han føler seg som et stykke kjøtt på en slakterbenk. Det reiser virkelig spørsmål ved hvordan vi behandler pasienter. Dette er kanskje særlig viktig å tenke over i intensivavdelinger eller i akuttsituasjoner der det gjerne foregår mange prosedyrer av inngripende karakter, med mange mennesker tilstede, full belysning og masse aktivitet på en gang. Jeg tror vi kan bli mye bedre på å forholde oss til pasienten som et menneske i slike situasjoner, f.eks. ved å kommunisere og informere underveis, og gi tegn på at vi ser personen som ligger der. Kanskje kan en bruke prinsippene fra personsentrert omsorg også i slike situasjoner, der anerkjennelse av personverdet er målet i alle aspekter av behandlingen.

## **6.4 Å gi hjelp til å forstå hva som skjer.**

Funnene viser at pasientene som er i en forvirringstilstand søker etter tegn som kan hjelpe dem å forstå. De forsøker å skape mening i kaoset av sanseintrykk fra de «vid-åpne sansene» sine. Jeg tenker at dette bekrefter det som diagnosekriteriene sier om at pasienten har en forstyrrelse i oppmerksomhet med redusert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet (Wyller, 2015). Jeg vil tro at det er av stor betydning at man fjerner mest mulig av forstyrrende elementer, som sansene vil ta inn. Dette viser også

hvorfor det er viktig med skjerming. Jeg tenker at det også er viktig at man som sykepleier er bevisst på hvordan man bruker f.eks. kroppsspråk, stemmeleie eller latter, da det kan virke forstyrrende eller misoppfattet. En pasient i delirium har ifølge diagnosekriteriene en forstyrrelse i kognisjon og persepsjon (Wyller, 2015). Funnene viser f.eks. at man kan høre, men allikevel ikke greie å forstå det som blir sagt. Det er i denne forbindelse viktig at vi hjelper pasienten ved å legge til rette best mulig i forhold til at de har briller og høreapparat hvis de bruker det, evt. god belysning, en stor synlig klokke o.l. (NICE 2010).

Funnene viser også at pasientene noen ganger kan forstå bare de får tid nok. Kanskje kan vi som sykepleiere gi bedre omsorg til pasienten som er i delirium bare ved å ta oss god tid. Jeg tenker at når vi skal kommunisere med en pasient som er i en slik tilstand, så vil det være viktig å f.eks. vente til pasienten er oppmerksom og vi oppnår kontakt, gi oss tydelig til kjenne og ikke gi for mange beskjeder på engang.

Hvis vi på denne måten kan hjelpe pasienten til å bli bedre orientert om hva som skjer, vil det kanskje også føre til at pasienten vil føle seg tryggere, mindre engstelig og bedre ivaretatt.

## **6.5 Å hjelpe pasienten ut av ensomhet og isolasjon.**

Funnene fra litteraturstudien viser at mange pasienter i delirium føler seg som i fengsel. De føler at de ikke blir hørt, selv om de prøver å få kontakt. Og de kan føle seg veldig alene i sin egen opplevelse av virkeligheten. I noen tilfeller kan dette forklares fra ytre omstendigheter som f.eks. i intensivavdelingene, der noen pasienter faktisk er hindret fra å f.eks. kunne snakke eller bevege seg. Darbyshire m.fl. beskriver intensivpasientens totale mangel på autonomi som en av menneskets største frykter. Mange pasienter opplever bevegelseshemmingen og det å ikke kunne foreta vanlige aktiviteter som f.eks. å kunne sitte og spise og drikke selv, som sjokkerende, uutholdelig og krenkende. De føler seg ikke lengre som siviliserte mennesker (Darbyshire m.fl.2016). Dette gjelder vel til en viss grad intensivpasienter generelt, og ikke kun de som er i delirium. Jeg synes det allikevel er verdt å merke seg alvoret av dette, og at det til sammen kan gjøre lidelsen for pasienten enda større, hvis de pga en forvirringstilstand ikke forstår hva som skjer.

Funnene viser at følelsen av å være i fengsel er en opplevelse mange har fra andre pasientgrupper og avdelinger også, selv om det ikke er fysisk virkelig. Pasientene kan føle

seg som ofre, fanget og maktesløse, uten kontroll over det som skjer. Det er mange beskrivelser på forsøk på å rømme, og når vi vet hvor fanget pasientene kan føle seg, så er dette lettere å forstå. Kanskje kan vi bruke den kunnskapen i møte med en pasient som f.eks. er urolig og vil hjem.

Noen av funnene viser viktigheten av at vi som sykepleiere fortsetter å snakke med pasientene selv om de ikke svarer. Det kan være det som gjør at de føler at det har en kontakt med virkeligheten. Å få informasjon om hva som skjer og hva som er planlagt kan få pasienten til å føle seg trygg, selv om de ikke greier å uttrykke disse følelsene (Stenwall m.fl. 2008). Personsentrert omsorg handler bl.a. om identitet og inklusjon (Rokstad, 2015). Whitehorn m.fl. understreker viktigheten av at helsepersonell fortsetter å forholde seg til pasientene med berøring, ord og bekreftelse uansett tilstand, og selv om vi ikke får respons (Whitehorn m.fl. 2015). På denne måten kan vi kanskje hjelpe pasienten til å føle seg mindre alene og utenfor og bidra til å ivareta deres verdighet.

## **6.6 Å snakke om delirium, både før og etter.**

I de fleste artiklene som jeg brukte i denne litteraturstudien var det et tema at mange informanter pga intervjuprosessen fikk satt ord på og bearbeidet sine opplevelser. Mange hadde ikke snakket om det før pga at de følte skyld og skam, eller de var redd for å bli latterliggjort (Anderson m.fl.2002). Sykepleiere kan være til stor hjelp i det å oppfordre pasientene til å snakke om sine opplevelser som en del av tilhelingsprosessen (Svenningsen m.fl. 2016). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til å forstå det som har skjedd og til å skille ut drøm fra virkelighet. Ved å bearbeide opplevelsene kan en forebygge senkomplikasjoner som post-traumatisk-stress-syndrom (Darbyshire m.fl.2016). Mange er også redd for at det skal skje igjen. Det er viktig også at pasienten får snakke om og hjelp til å mestre denne angsten (Whitehorn m.fl. 2015, Darbyshire m.fl.2016 ). Noen pasienter kan ha behov for terapi eller veiledning etter utskrivelse (Svenningsen m.fl. 2016). Ved å oppfordre pasientene til å snakke om opplevelsene mens de fortsatt er i avdelingen kan en kanskje som sykepleier bidra til å fange opp de som trenger videre oppfølging.

Det er også interessant at det var noen eksempler på pasienter og pårørende som hadde litt kunnskap på forhånd om delirium, og at de var forberedt på at det kunne skje f.eks. i livets siste dager. Noen av disse pasientene, og deres pårørende, hadde en mindre belastende opplevelse da de hadde større forståelse for hva som skjedde. (Cohen m.fl. 2009).

Dette viser at det kan være av betydning å øke kunnskapen om delirium blant pasienter og pårørende, og å forberede dem på det som kan skje. Kanskje burde dette inn i norske nasjonale retningslinjer slik som i England? Den britiske retningslinjen inneholder bl.a. anbefaling om at det bør gis informasjon til folk som er i risiko for å få delirium eller som har delirium, og deres pårørende. De sier at denne informasjonen bør inneholde følgende: At delirium er vanlig og vanligvis forbigående, beskrivelser av pasienters opplevelser, oppfordring til pasienter som er i risiko om å fortelle om evt. plutselige endringer i oppførsel, oppfordring til personer i delirium til å dele deres opplevelse når de er i bedring, og forslag om å delta i støttegrupper (NICE 2010).

## 7.0 Konklusjon

Det er mye vi kan gjøre for å bedre omsorgen for pasienter med delirium. Som avanserte kliniske sykepleiere har vi økt vår kompetanse i forhold til å forstå komplekse sykdommer som delirium, og vi har også økt vår mellommenneskelige kompetanse. Kanskje kan vi som avanserte kliniske sykepleiere ha en rolle i å spre denne kunnskapen. Ved å vite mer om hva delirium er og om hva som er bakenforliggende og utløsende årsaker, så kan vi kanskje bidra til å forebygge noen av tilfellene. Ved å øke kunnskapen om symptomene og å ta i bruk validerte verktøy for å fange opp delirium så tidlig som mulig, kan vi gi raskere behandling og dermed forbedre prognosen. Ved å ha kunnskap om riktig behandling kan vi også forbedre prognosen, og redusere den personlige lidelsen.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg mer kunnskap om hvordan delirium oppleves for pasienten og om hvordan mellommenneskelige interaksjoner kan gjøre situasjonen bedre eller verre. Det er av avgjørende betydning at vi våger å lytte til pasientens historie og prøver å forstå pasientens lidelse på en helhetlig måte. Ved å sette oss inn i pasientens opplevelse, og bruke en individuell og personsentrert og tilnærming når vi forholder oss til den enkelte pasient, kan vi kanskje hjelpe pasientene til å ha en mindre ubehagelig opplevelse.

Det er behov for større kunnskap om delirium ikke bare for helsepersonell, men også for pasienter, deres pårørende og i befolkningen generelt. Det er ikke forsket veldig mye på pasientens opplevelse av delirium eller på effekten av tiltak i omsorgen for disse pasientene. Det er behov for mer forskning på dette området slik at vi som helsepersonell kan utøve beste mulig kunnskapsbasert praksis. Økt fokus på delirium kan kanskje bidra til at pasienten vil være bedre forberedt til å forstå hva som skjer, kanskje vil det være mindre belastende og skremmende for pårørende, og kanskje kan en også ta bort noe av skammen rundt det å ha vært i en slik tilstand.

## Referanseliste

- Agar, M, B. Draper, P.A. Phillips, J. Phillips, A. Collier, J. Harlum and D. Currow. 2011. *Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology.* *Palliative Medicine* 26(7) 887-896.
- Aldring og Helse. Nasjonal kompetansetjeneste.  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/> Sett 01.04.18.
- Andersson Edith M., Ingalill R.Hallberg, Astrid Norberg and Anna-Karin Edberg. 2002. *The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients.* *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 17. 2002.
- Berg, Geir V., Leiv Otto Watne og Edith Roth Gjevjon. 2016. *Ny screening gir raskere diagnose.* <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/delirium-screening>. Sett 01.04.18.
- Cohen Marlene Z., Ellen A.Pace, Guddi Kaur and Eduardo Bruera. 2009. *Delirium in Advanced Cancer Leading to Distress in Patients and Family Caregivers.* *Journal of Palliative Care.*
- Darbyshire Julie L., Paul R Greig, Sarah Vollam, J.Duncan Young and Lisa Hinton. 2016. *"I Can Remember Sort of Vivid People...but to Me They Were Plasticine."* *Delusionson the Intensive Care Unit: What Do Patients Think Is Going On? PLOS ONE journal.*
- Day, Jenny and Isabel Higgins. 2015. *Existential Absence: The Lived Experience of Family Members During Their Older Loved One`s Delirium.* *Qualitative Health Research.* 2015, Vol.25 (12) 1700-1718.
- Duppils, Gill Sørensen and Karin Wikblad. 2006. *Patients`experiences of being delirious.* *Journal of Clinical Nursing.*
- Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2011. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk.* Fagbokforlaget, Bergen.
- Evans, David. 2002. *Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data.* *Australian Journal of Advanced Nursing.*
- Ellingsen, Sidsel og Sigrunn Drageset. 2008. *Kvalitativ tilnærming i Sykepleieforskning.* *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning.* 2008; 10: 23-28.
- Fagerberg I. and M.E. Jønhagen. 2002. *Temporary confusion: a fearful experience.* *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 9. 2002.



Folkehelseinstituttet. *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>. Sett 19.04.2018.

Forsberg, Christina och Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Vurdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Fuller, Valerie. 2016. *Delirium recall – an integrative review*. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.25, Issue 11-12.

Grover Sandeep, Abhishek Ghosh and Deepak Ghormode. 2015. *Experience in Delirium: Is It Distressing? The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. Vol.27, Issue 2, 2015.

Jensen, Per og Inger Ulleberg. 2011. *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Gyldendal Akademisk.

Morandi Allesandro, Elena Lucchi, Renato Turco, Sara Morghen, Fabio Guerini, Rosanna Santi, Simona Gentile et.al. 2015. *Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience*. *Journal of Psychosomatic Research* 79, 2015

Myrstad Marius, Bjørn Erik Neerland, Guri Hagberg og Leiv Otto Watne. 2017. *Vurdering av mental status hos akutt syke gamle*. *Tidsskriftet Den Norske legeförening*.

Norsk senter for forskningsdata. *Publiseringskanaler*.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> Sett 01.04.2018

Nerland, Bjørn Erik, Watne, Leiv Otto og Wyller, Torgeir Bruun. 2013. *Delirium hos eldre pasienter*. *Tidsskrift for den Norske Legeförening* nr.15, 2013

NICE National Institute for Health and Care Excellence. 2010. *Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline*. 28 July 2010. 01.04.2018.  
[nice.org.uk/guidance/cg103](http://nice.org.uk/guidance/cg103).

NSF. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) Sett 10.04.18

Orøy, Aud. 2014-2016. *Systematisk litteraturstudie -analyse/fortolkning av data*. Høgskolen i Molde, Forelesning. 1-år Mastergrad VAD 3 (2014-2016).

Partridge, Judith SL, Finbarr C. Martin, Danielle Harari, and Jugdeep K. Dhesi. 2013. *The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this?* *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013; 28: 804-812

Rokstad, Anne Marie Mork. *Bli kjent med demens-pasientene*.  
[psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene](http://psykologisk.no/2015/06/bli-kjent-med-demens-pasientene) Sett 01.04.2018.

Scott, Pamela, Fiona McIlveney and Mariann Mallice. 2013. *Implementation of validated delirium assessment tool in critically ill adults. Intensive and Critical Care Nursing.* 29, 96-102. 2013.

Stenwall Ewa, Maria Eriksdotter Jønhagen, Jonas Sandberg and Ingegerd Fagerberg. 2008. *The older patient's experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: An interview study. International Journal of Nursing Studies.* 45, 2008.

Svenningsen Helle, Ingrid Egerod and Pia Dreyer. 2016. *Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory. Journal of Clinical Nursing.*

Wright, David K., Susan Brajtman and Mary E. Macdonald. 2014. *A Relational Ethical Approach to End-of-Life Delirium. Journal of Pain and Symptom Management.*

Whitehorne Karen, Alice Gaudine, Robert Meadus and Shirley Solberg. 2015. *Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium. American Journal of Critical Care.* Vol.24.No.6. 2015.

Wyller, Torgeir Bruun. 2015. *Geriatrici. En medisinsk lærebok.* 2.utgave. Oslo. Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg

-Vedlegg 1:

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

- Vedlegg 2:

Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk.

- Vedlegg 3:

PIO-skjema.

Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfatter År Land	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltager / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet NSD nivå
Andersson Edith M., Hallberg Ingalill R., Norberg Astrid og Edberg Anna-Karin. 2002 Sverige	<i>The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients</i>	To illuminate lived experience of having been in an acute confusional state (ASC) as narrated by elderly patients in orthopaedic care.	Qualitative study with phenomenological hermeneutic method for analysing data based on narrative interviews.	50	The meaning of patient's experiences interpreted as: "Being trapped in incomprehensible experiences and a turmoil of past and present and here and there".	Informed consent obtained. Approved by the Ethical Committee of Lund University.	# 1
Cohen Marlene Z., Pace Ellen A., Kaur Guddi, Bruera Eduardo. 2009 USA	<i>Delirium in Advanced Cancer Leading to Distress in Patients and Family Caregivers.</i>	To better understand the experiences of delirium among patients with advanced cancer and their caregivers, and thus permit the design of effective interventions to relieve delirium-related distress.	Fenomenologisk intervju	34 patients and 37 caregivers	Most patients had vivid memories of the experience. Delirium leads to distress for both patients and caregivers.	Signed informed consent forms.	# 1
Darbyshire Julie L., Greig Paul R., Vollam Sarah, Young J. Duncan og Hinton Lisa 2016	<i>"I Can Remember Sort of Vivid People...but to Me They Were Plasticine." Delusion on the Intensive Care Unit: What Do Patients Think Is Going On?</i>	To understand the reality of delusions in the intensive care unit from the patient's point of view.	A secondary analysis of original in-depth-interviews conducted to explore themes relating to sleep and	40 patients and 37 relatives.	On the threshold of consciousness reality is uncertain and the sense of self is exposed. Lack of autonomy in an unfamiliar environment	Ethical approval granted.	# 1

England			delirium.			prompts patients to develop explanations and understandings for themselves with no foothold in fact.	
Duppils, Gill Sørensen og Wikblad, Karin 2006 Sverige	<i>Patients`experiences of being delirious.</i>	To describe patients experiences of being delirious.	Interviews. Analysed by qualitative content analysis.	15	A sudden change in reality,like dramatic scenes, strong emotional feelings of fear, panic and anger. Took place in hospital but at the same time somewhere else ,like dreaming but still awake.	Approved by the local ethics committee at the medical faculty of Uppsala University.	# 2
Fagerberg I. og Jønhagen M.E 2002 Sverige	<i>Temporary confusion:a fearful experience</i>	To describe, from a nursing perspective, how older people experienced the phenomenon of temporary confusion and to describe the older people`s reasoning when they described their experiences.	Interviews, analysed using phenomenological method.	5	Aspects of suffering and power imbalance between staff and older people.	Permission from The Ethical Committee of the Karolinska Institute.	# 1
Grover Sandeep, Ghosh Abhishek, Ghormode Deepak 2015 India	<i>Experience in Delirium: Is It Distressing?</i>	To assess the patient`s experience of delirium and distress associated with the delirium experience.	Quantitative and qualitative: Diagnostic tools and delirium rating scale, symptom scale, questionnaire on cognitive	322, 203 etter frafall.	35% of patients could recollect their experience. 86% of them were distressed by these experiences. The levels of distress was moderate in	Approved by Ethics Review Board of the institute and written informed	# 1

			decline, delirium experience questionnaire and semistructured interviews.		most (52,5%). Fear and visual hallucinations were the most common distressing themes.	consent obtained.	
Morandi Allesandro, Lucchi Elena, Turco Renato, Morghen Sara, Guerini Fabio, Santi Rossana, Gentile Simona, Meagher David, Voyer Philippe, Fick Donna, Schmitt Eva M., Inouye Sharon K., Trabucchi Marco og Belleli Giuseppe 2015 Italia	<i>Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience</i>	To assess the delirium superimposed on dementia experience among older patients.	Quantitative and qualitative methods: A prospective cohort study, diagnostic tools and rating scales. Standardized questionnaires and qualitative interviews.	30. 20 at one-month-follow-up.	Half of the patients remembered being confused and reported an overall moderate level of distress. Patients reported high distress related to memories of anxiety/fear, delusions, restlessness, hypokinesia and impaired orientation. Qualitative interviews revealed six main aspects: Emotions, Cognitive Impairment, Psychosis, Memories, Awareness of Change and Physical Symptoms.	Consent from patients obtained.  Approved by local ethics committee.	# 1
Stenwall Ewa, Jønhagen Maria Eriksdott er, Sandberg Jonas og Fagerberg Ingegerd 2007 Sverige	<i>The older patient`s experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: An interview study.</i>	To understand the experiences of older patients with ACS when encountering professional carers and close relatives.	Interviews. Qualitative latent content analysis.	7	Three themes found: "Feeling lonely within the perceived reality of ACS", "Striving towards understanding" and "Feelings of participation in the encounter".	Study performed according to ethical guidelines. Approved by Regional Board of Research	# 2

						Ethics.	
Svenning sen Helle, Egerod Ingrid og Dreyer Pia. 2016 Denmark	<i>Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory.</i>	To describe the content of former intensive care unit patient's memories of delusions.	Qualitative design. Interviews. Phenomenological hermeneutic analysis.	114: 56% has diagnoses delirium. 100% experiences of delusions.	Four themes emerged: The ever-present family, dynamic spaces, surviving challenges and constant motion.	Approved by the Danish Protection Agency and the National Health Service of Denmark.	# 2
Whitehor ne Karen, Gaudine Alice, Meadus Robert og Solberg Shirley. 2015 Canada	<i>Lived Experience of the Intensive Care Unit for Patients Who Experienced Delirium.</i>	To understand the lived experience of intensive care for critically ill patients who experienced delirium.	Semistructured interviews. Hermeneutic phenomenological approach.	7	Four themes detected: "I can't remember", "Wanting to make a connection", "Trying to get it straight" and "Fear and safety concerns."	Approved by the appropriate research ethics board of the 2 hospitals.	# 2

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Delirium* OR Acute Confus*	31.01.18	Ovid Medline	3727			
Limit: 2007-Current			2938			
Limit: dansk, engelsk, norsk, svensk			2646			
Experienc* AND Patient*			334			
Exp Qualitative reserach			120774			
Limit: Qualitative (maximizes specificity)			36	36	15	5

Delirium OR Acute Confus* AND experienc* AND Patient* AND Limit: Scholarly journals AND Article AND Norwegian, OR Swedish OR English OR Danish Date: After 2006	31.01.18	ProQuest	20	20	5	2
---	----------	----------	----	----	---	---

Søk på forfatter og tittel fra referanseliste andre artikler :

16.03.18 Manuell søk i Oria 4 4 4 3



Vedlegg 3: PIO-skjema.

P	I	O
Delirium* OR Acute confus*		Experienc* AND Patient*