



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleiernes erfaringer med delirium/
Nurses' experiences with delirium**

Kandidatnummer 23 og 53

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Molde, 27.05.2020



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 07.05.20

Antall ord: 6459

Sammendrag

Bakgrunn: Delirium er en vanlig tilstand som rammer særlig eldre pasienter som er innlagt på sykehus. Dette er en akutt oppstått forvirringstilstand som pasienter kan få ved kritisk eller akutt sykdom eller skade. Ca. 50 % av innlagte eldre utvikler dette under sykehusoppholdet. Sykepleiere kan erfare denne pasientgruppen som utfordrende, og forskning viser at det er for lite kunnskap om delirium blant helsepersonell.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse sykepleiernes erfaringer med delirium hos eldre pasienter på sykehus.

Metode: Litteraturstudie som baserer seg på ti kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Sykepleierne erfarte det som utfordrende både fysisk og psykisk å ivareta denne pasientgruppen på grunn av stort arbeidspress. Manglende kunnskap førte til usikkerhet når det kom til å oppdage delirium og å gjøre virksomme sykepleietiltak. Tidligere erfaringer ble sett på som nyttige og ga sykepleierne mer trygghet. De erfarte familieinkludering og tilstedeværelse hos pasientene som nyttig. Medisinske tiltak ble erfart som nyttige når pasienten var agitert, men dette kunne også bidra til å forlenge recoveryprosessen.

Konklusjon: Studien vår konkluderer med at sykepleierne erfarer delirium som utfordrende på flere områder. Flere av disse utfordringene kan være en konsekvens av manglende kunnskap om delirium.

Nøkkelord: Delirium, eldre, erfaringer, sykehus, sykepleie

Abstract

Background: Delirium is a common condition that affects elderly patients in hospitals. This is an acute condition of confusion that patients can get from critical or acute illness or injury. About 50 % of elderly in hospitals develops this condition. Nurses often find patients with delirium demanding. Research shows that there are little knowledge among health care workers.

Aim: The aim of this study was to illuminate the nurses' experiences with delirium among elderly patients in hospitals.

Method: A literature study based on ten qualitative articles.

Results: Nurses found it challenging, both physically and mentally, caring for patients with delirium because of high work-pressure. Lack of knowledge made the nurses unsure about identifying delirium and do interventions. They became more confident when they had more experiences with these patients. Furthermore, they experienced family inclusion and frequent observation of the patients as helpful. Pharmacological measures were found to be useful when the patient was agitated, however this could make the recovery process more difficult.

Conclusion: Our study concludes that nurses experience delirium as challenging in several areas. Several of these challenges may be a consequence of lack of knowledge.

Keywords: Delirium, elderly, experience, hospital, nurse

Innhold

1.0	Innledning	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2	Hensikten med studiet.....	4
2.0	Metode	5
2.1	Datainnsamling.....	5
2.2	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	5
2.3	PO-skjema	6
2.4	Søkestrategi	6
2.4.1	Databasesøk.....	6
2.4.2	Manuelle søk.....	7
2.5	Kvalitetsvurdering	8
2.6	Etiske hensyn.....	8
2.7	Analyse.....	9
3.0	Resultat	10
3.1	Fysisk og psykisk belastende.....	10
3.1.1	Stort arbeidspress	10
3.1.2	Utfordrende pasienter	11
3.2	Manglende kunnskap	11
3.2.1	Forveksling med andre tilstander.....	12
3.2.2	Erfaring gir trygghet.....	12
3.3	Ulike erfaringer med sykepleietiltak ved delirium	13
3.3.1	Miljøskapende tiltak.....	13
3.3.2	Medisinske tiltak	14
4.0	Diskusjon	15
4.1	Metodediskusjon.....	15
4.1.1	Eksklusjons og inklusjonskriterier	15
4.1.2	Databasesøk	16
4.1.3	Etiske hensyn og kvalitetsvurdering	16
4.1.4	Analysevurdering	16
4.2	Resultatdiskusjon.....	17

4.2.1	Utfordringer sykepleierne møter på	17
4.2.2	Trygghet kommer med erfaring.....	18
4.2.3	Ulike erfaringer med sykepleietiltak ved delirium	20
5.0	Konklusjon	22
5.1	Konsekvenser for praksis	22
5.2	Forslag til videre forskning	22
6.0	Referanseliste.....	23

Vedlegg 1: PO skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell

Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekkliste

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I et samfunn der det blir flere eldre, vil det være flere av disse pasientene som står i fare for å utvikle delirium (Helsedirektoratet 2019). Delirium er en akutt oppstått forvirringstilstand som pasienter kan få ved kritisk eller akutt sykdom eller skade.

Tilstanden karakteriseres av blant annet hukommelsessvikt, forstyrrelser i pasientens bevissthet, utvikling av persepsjonsforstyrrelser, endret kognisjon og språkforstyrrelser. Det kreves gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger fra sykepleiere for å kunne pleie disse pasientene med respekt og verdighet (Stubberud 2016).

Mange eldre er rammet av komorbiditet, altså flere sykdommer samtidig, og disse har økt risiko for komplikasjoner som blant annet utvikling av delirium. Denne tilstanden forekommer oftest hos eldre, og opptil 50 % av denne aldersgruppen får det samtidig som de er innlagt på sykehus (Ranhoff 2016). Det finnes to ulike former for delirium; hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Hyperaktivt delirium er lettest å kjenne igjen, da det karakteriseres av psykomotorisk uro der pasienten ofte kan være vandrende og urolig. De kan dra ut venekanyler og kateter, og kan også forsøke å forlate avdelingen. Hypoaktivt delirium karakteriseres ved nedsatt psykomotorisk aktivitet, som kan vise seg i svekket bevissthet og oppmerksomhet (Ranhoff 2016).

Typiske risikofaktorer for å utvikle delirium er høy alder, demens, nedsatt syn og hørsel. Utløsende faktorer for utvikling av delirium kan blant annet være urinretensjon, narkose, alvorlig hjerte- og lungesykdom, brudd i store knokler, infeksjonssykdommer eller hjerneslag (Snock og Engedal 2017).

I møte med mennesker som utvikler delirium er det viktig å unngå stress, la pasientene være rundt velkjente personer, og gi tett oppfølging for å unngå flere komplikasjoner. For å berolige pasienten kan sykepleier blant annet å legge til rette for normal døgnrytme og opprettholde optimal medisinsk behandling av ubehag (Ranhoff 2016).

Mange av pasientene har en demenstilstand i tillegg, noe som kan gjøre det utfordrende å stille diagnosen (Ranhoff 2016). I følge Juliebø (2016) er hypoaktivt delirium vanskelig å

oppdage, og blir derfor lett underdiagnostisert. Tallene forskning oppgir over forekomsten av delirium er svært høye i forhold til det som blir oppfattet i klinisk praksis (Juliebø 2016). I løpet av de to siste tiårene har fokuset vært på hvordan sykepleiere skal oppdage delirium, og tiltak for å forhindre utvikling. Vi vet derimot mindre om hvordan sykepleiere erfarer å jobbe med disse pasientene (Belanger 2011). Det har vært generelt lite forskning på delirium til tross for at det er et vanlig problem (Watne 2019). Vi tenker derfor at det er viktig å belyse sykepleiernes erfaringer i denne studien.

Vår erfaring med delirium fikk vi fra kirurgisk avdeling. Vi hadde inntrykk av at sykepleierne erfarte delirium som utfordrende i en travel sykehushverdag. Samtidig virket det som at det var for lite kunnskap om denne tematikken.

1.2 Hensikten med studiet

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse sykepleiernes erfaringer med delirium hos eldre pasienter på sykehus.

2.0 Metode

I dette kapitlet skal vi beskrive metoden som er brukt i vår litteraturstudie. En litteraturstudie innen sykepleieforskning er vanligvis basert på data fra primærkilder, som i vårt tilfelle er ti publiserte vitenskapelige artikler. Dette innebærer at vi må innhente og tolke relevant litteratur innenfor det temaet vi har valgt å forske på. I dette arbeidet er det viktig at studien har formål og problemstilling, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av litteraturstudiens resultat (Christoffersen et al. 2015).

2.1 Datainnsamling

I begynnelsen samlet vi inn teori om temaet delirium ved å lese om det i reviewartikler og fagbøker. Vi valgte å ta i bruk et kvalitativt forskningsdesign, da det er denne metoden som egner seg best når man skal belyse erfaringer. Alle forskningsartiklene vi fant brukte intervju, og denne tilnæringsmetoden gjorde det mulig å forstå sykepleiernes erfaringer med delirium (Christoffersen et al. 2015).

2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none">• Sykepleieperspektiv• Medisinske og kirurgiske sengeposter• Pågående delirium• Pasienter over 65 år• Fagfelleverderte forskningsartikler• Engelsk, norsk, dansk og svensk språk• Kvalitative forskningsartikler	<ul style="list-style-type: none">• Pårørendeperspektiv• Pasientperspektiv• Hjemmesykepleie• Sykehjem• Forebygging av delirium• Kvantitative forskningsartikler

Begrunnelse for valg av inklusjons og eksklusjonskriterier

Vi valgte sykepleieperspektivet, da vi ønsket mer kunnskap om deres erfaringer med denne pasientgruppen. Det er også et tema vi tenker det ikke har blitt rettet nok oppmerksomhet mot. Vi ble også enige om å spisse hensikten inn på «eldre på sykehus», da de som er mest alvorlig syke som oftest befinner seg der. Vi bestemte oss for å ekskludere aldersgruppen under 65 år, og heller fokusere på de eldre. Dette på grunn av at delirium oftest forekommer hos eldre som en komplikasjon på alvorlig sykdom eller skade. Vi valgte å begrense artiklenes skrevne språk til engelsk, norsk, dansk og svensk, fordi det er disse språkene vi mestrer og forstår. En av artiklene inkluderte pårørende og pasientperspektiv i tillegg til sykepleieperspektiv. Vi inkluderte disse artiklene, men ekskluderte det som ikke var sykepleieperspektiv.

2.3 PO-skjema

Vi tok i bruk rammeverktøyet «PICO-skjema» i vår søkeprosess. I vår studie ekskluderte vi «I» og «C» fra rammeverktøyet, fordi disse kun skal inkluderes om man har en intervensjon eller ønsker å sammenligne noe. «P» står for patient/problem, og her inkluderte vi «delir*», «elderly», «old*», «age*», «hospital*». «O» står for «outcome», og her inkluderte vi ordene «experienc*» og «nurs*» da det er disse vi ønsker å finne ut av (Nortvedt et al. 2012).

2.4 Søkestrategi

Vi benyttet ulike databaser i vår søkeprosess, som Proquest, SveMed+, Medline og CHINAL. Databasene inneholder forskningsartikler relatert til blant annet sykepleie, helse og medisin. Etter at vi var ferdige med søkeprosessen, hadde vi ni artikler som var funnet i ulike databaser og en artikkel som ble funnet i google scholar. Vi fant to artikler i Proquest, to artikler i CHINAL, fem artikler i Medline og en artikkel ved hjelp av manuelt søk. Alle artiklene vi fant hadde et kvalitativt forskningsdesign.

2.4.1 Databasesøk

De første søkene i databasene ble utført mellom 10. og 30. januar. For å kombinere søkeordene brukte vi boolske operatører (AND og OR). Først formulerte vi et PIO-skjema der vi kombinerte søkeordene mellom hver bokstav med AND. De ordene i samme

kolonne kombinerte vi med OR. Etter å ha fått hjelp fra biblioteket anbefalte de oss å bruke et PO-skjema i stedet. Vi brukte dermed AND mellom alle søkeordene, bortsett fra synonymer. Her fikk vi opp flere relevante artikler som egnet seg bedre til å besvare vår hensikt. I Proquest ble det derimot ikke prøvd ut søk med AND mellom alle søkeordene. Vi oppdaget dette senere, men vurderte det som lite nødvendig å utføre nytt søk da de to artiklene vi fant egnet seg godt.

Proquest:

I tillegg til søkeordene vi endte opp med, brukte vi et ekstra søkeord under «P»; «intensiv*». Mange pasienter med delirium er alvorlig syke, og havner ofte på intensivavdeling. Dette førte til at vi inkluderte dette søkeordet. Når vi søkte fikk vi et stort treff der de første artiklene som kom opp hadde relevante overskrifter og sammendrag som kunne egne seg til å besvare vår hensikt. Vi fant rundt 30 artikler som vi lagret, kvalitetsvurderte og leste. Av disse valgte vi å inkludere to artikler i vår bacheloroppgave.

CHINAL:

I CHINAL fikk vi et stort treff, men fant likevel noen artikler som kunne være relevante. Vi lagret 36 artikler, og etter gjennomlesning og vurdering endte vi opp med to artikler som vi valgte å inkludere.

Medline:

Her fikk vi et mer avgrenset søk der vi lagret rundt 20 artikler som vi leste og kvalitetsvurderte. Av disse endte vi opp med fem artikler som vi inkluderte.

SveMed +:

I SveMed+ benyttet vi norske søkeord for å se om det var noen relevante artikler på norsk. Vi fikk opp to artikler, deriblant en relevant artikkel som var en reanalyse av tidligere forskning. På grunn av dette valgte vi å lete etter originalartikkelen da vi så på denne som mest relevant for oss. Dette gjorde vi ved søk i google scholar.

2.4.2 Manuelle søk

Vi benyttet google scholar for å få artikler i fulltekst som vi hadde funnet i databasene. Ved hjelp av google scholar fant vi originalartikkelen fra søket i SveMed+.

2.5 Kvalitetsvurdering

I arbeidet med å finne artikler var det viktig å være kritiske til det vi fant. Selv om vi fant artikler som var publisert i velrennomerte tidsskrift, vurderte vi kritisk kvaliteten på overførbarheten, gyldigheten, metoden og resultatene (Nordtvedt et al. 2012). For lettere å vurdere forskningsartikler, tok vi i bruk sjekklister for kvalitative forskningsartikler fra Helsebiblioteket (2016). Vi har tatt i bruk norsk senter over vitenskapelige publiseringsartikler (NSD-kanal) for å kontrollere om artiklene vi har lest har vært fagfellevurderte.

Vi fant ut at ni av ti av våre forskningsartikler var fagfellevurderte. Artikkelen nummer ti var ikke tilgjengelig på NSD-kanal. På grunn av dette tok vi kontakt med biblioteket for råd om hvordan vi kunne finne ut av dette på en annen måte. Vi fant ut at en mulig årsak til at artikkelen ikke fantes i NSD-kanal, var at ingen norske forskere hadde publisert i dette tidsskriftet. I tillegg var tidsskriftet publisert på nett av Wolters Kluwer (Ovid), og disse blir generelt regnet til å være habile. Vi undersøkte hvem som hadde sitert denne artikkelen, og fant da ut at flere av våre inkluderte forskningsartikler hadde sitert den. På bakgrunn av dette vurderte vi forskningsartikkelen til å være av god kvalitet.

2.6 Etiske hensyn

I vårt arbeid med helsefaglig forskning har vi hatt stort fokus på at de inkluderte forskningsartiklene har vært etisk godkjente. Vi har vært nøye å kontrollere at sykepleierne deltok frivillig, og at de hadde signert samtykkeskjema. Lov om behandling av personopplysninger sier at samtykke skal være en frivillig og informert erklæring om at han eller hun godtar at opplysningene om seg selv blir behandlet (personopplysningsloven, § 2, 2000). Dette ble opprettholdt i alle våre forskningsartikler. Seks av våre ti artikler hadde blitt godkjent av komite eller universitet der forskningen foregikk, mens vi vurderte de fire andre som etisk godkjente ved at deltakerne hadde gitt sitt samtykke til å delta. På bakgrunn av dette har vi vurdert vår forskning som etisk forsvarlig.

2.7 Analyse

For å få et systematisk overblikk over hva som er gjort i analyseprosessen, valgte vi å ta i bruk Evans analysemodell (2002). Her blir fire faser beskrevet; Den første fasen er datainnsamling, den andre er identifisering av nøkkelfunn, den tredje omhandler å forklare hvordan ulike funn kan knyttes opp mot hverandre, og den fjerde fasen omhandler å slå sammen funnene for å skape en resultatdel. Her skal vi forklare hva vi har gjort under hvert av punktene i Evans analysemodell:

Den første fasen handler om å samle inn relevante forskningsartikler som videre skal analyseres (Evans 2002). Til å begynne med søkte vi etter artikler i ulike databaser ved hjelp av et PO-skjema. Når vi fant artiklene plasserte vi dem i en oversiktstabell.

I den andre fasen blir det beskrevet at artiklene skal leses nøye flere ganger, da dette gir et mer oversiktlig og helhetlig innblikk i dem (Evans 2002). Siden ni av ti forskningsartikler var skrevet på engelsk var det en utfordring å oversette dem. For å løse dette på en bedre måte tok vi i bruk oversettelsesprogrammet «google translate» og engelskordboka «Dinordbok». I tillegg brukte vi «Synonymordboka» for å gi det vi ikke forsto mer mening.

I fase tre beskriver Evans (2002) viktigheten av å kategorisere, identifisere og analysere nøkkelfunnene på tvers av studiene vi har inkludert. Vi leste alle artiklene hver for oss, og skrev sammendrag. Deretter gikk vi gjennom nøkkelfunnene i fellesskap. På grunn av mange funn å velge mellom, laget vi en tabell der vi skrev opp funnene vi visste gikk igjen ofte og plasserte artiklene innenfor de enkelte kategoriene. For lettere å finne igjen de funnene som gikk igjen mest, tok vi i bruk fargekoding. Vi ga hvert hovedfunn hver sin farge i de to sammendragene vi hadde skrevet, slik at det skulle bli enklere å skille mellom de ulike temaene. Vi tok i bruk farger som sto i kontrast med hverandre for lettere å se mønsteret i de ulike temaene.

Ifølge Evans (2002) innebærer den fjerde fasen at funnene skal presenteres og forklares som en helhet. Vi endte opp med tre hovedtema med tilhørende undertema.

3.0 Resultat

I dette kapitlet presenterer vi tre hovedfunn med tilhørende undertema fra de ti inkluderte artiklene. Hovedfunnene vi kom fram til var fysisk og psykisk belastende, manglende kunnskap og ulike erfaringer med sykepleietiltak ved delirium. Vi har valgt å benytte noen sitater fra ulike forskningsartikler for å støtte opp funnene.

3.1 Fysisk og psykisk belastende

3.1.1 Stort arbeidspress

Sykepleierne erfarte at pasienter med delirium skapte et stort arbeidspress. Dette medførte at det ikke var nok tid til tilstedeværelse hos disse pasientene, da sykepleierne ofte hadde andre arbeidsoppgaver i tillegg. Konstant eller hyppig tilstedeværelse ble sett på som svært viktig, men i praksis erfart som vanskelig å gjennomføre. At dette ikke ble ivaretatt ble erfart som stressende (LeBlanc et al. 2018, Vassbø og Eilertsen 2011, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Brooke og Manneh 2018, Agar et al. 2012, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Schmitt et al. 2017, Schofield, Tolson og Fleming 2011, Lou og Dai 2002). En sykepleier fortalte at:

For me it is extremely distressing, because most of the time you are short staffed, and you are on your own and have 8 patients, and you have 2 confused patients, and you are just everywhere (Brooke og Manneh 2018, 4).

Manglende bemanning på avdelingen var også en kilde til stress og ga sykepleierne en følelse av at jobben ikke ble gjort skikkelig (Vassbø og Eilertsen 2011, Schmitt et al. 2017, Schofield, Tolson og Fleming 2011). De uttrykte også bekymring for at dette gikk utover andre pasienter (Agar et al. 2012, Schofield, Tolson og Fleming 2011, Lou og Dai 2002). I flere av studiene formidlet sykepleierne at de syntes det var utmattende å ta vare på disse pasientene. Den ene grunnen til dette var fordi de stadig måtte gjenta informasjon hos desorienterte pasienter, noe som krevde tålmodighet og ikke minst at de hadde tid til det. I tillegg erfarte de det som stressende å sørge for sikkerhet hos agiterte pasienter som kunne komme seg ut av sengen og skade seg hvis de ikke ble overvåket tilstrekkelig (LeBlanc et al. 2018, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Agar et al. 2012, Schofield, Tolson og Fleming 2011). Hvis sykepleierne satt for mye ned ved siden av pasienten, kjente de på

skyldfølelse for at de ikke hjalp til nok på avdelinga der andre kollegaer hadde det travelt (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018).

3.1.2 Utfordrende pasienter

Sykepleierne var ofte utsatt for fysisk og verbalt aggressive pasienter (LeBlanc et al. 2018, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Brooke og Manneh 2018, Agar et al. 2012, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Schmitt et al. 2017, Schofield, Tolson og Fleming 2011, Collet, Thomsen og Egerod 2019). Dette ble erfart som utmattende da de hele tiden måtte være på vakt (LeBlanc et al. 2018, Schmitt et al. 2017, Schofield, Tolson og Fleming 2011). De erfarte at pasientene kunne mistolke handlingene deres, noe som bidro til aggressiv atferd (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018). Pasientene kunne oppfatte handlingene deres som et overgrep og true med å anmelde dem. Sykepleierne erfarte dette som ubehagelig fordi de følte at det ikke var noen som kunne bevise at pasienten ikke snakket sant (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017). Hvis pasienter med delirium forsøkte å forlate avdelingen, var sykepleierne stresset for at det kunne være potensielle tilskuere tilstede, som kunne misforstå sykepleierens handlinger og måten pasienten oppførte seg på (Schofield, Tolson og Fleming 2011).

3.2 Manglende kunnskap

Sykepleierne ga uttrykk for at de hadde manglende kunnskap om delirium, noe som førte til usikkerhet (LeBlanc et al. 2018, Vassbø og Eilertsen 2011, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Brooke og Manneh 2018, Agar et al. 2012, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Schmitt et al. 2017, Collet, Thomsen og Egerod 2019, Lou og Dai 2002). For bedre å kunne behandle delirium, ble det etterspurt mer opplæring. Dette ville trolig føre til mindre frustrasjon ved at sykepleierne lettere kunne oppdage dette tidligere og gjøre tiltak for å hindre langvarige konsekvenser av delirium (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Brooke og Manneh 2018, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Collet, Thomsen og Egerod 2019).

3.2.1 Forveksling med andre tilstander

Sykepleiere formidlet at de noen ganger hadde vanskeligheter med å oppdage delirium, da dette kunne forveksles med andre tilstander som for eksempel demens, depresjon, bipolar lidelse eller smerter (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Brooke og Manneh 2018, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Lou og Dai 2002).

Sykepleierne erfarte at vurderingsverktøyet for delirium Confusion assessment method (CAM) ikke alltid var til å stole på. En av grunnene til dette var at delirium kunne forveksles med adferd ved store smerter. Sykepleierne forklarte dette med at pasienter med store smerter ofte kunne oppfattes som agiterte (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017). Selv om CAM-verktøyet ikke ga resultater på at pasienten hadde delirium, kunne det likevel være symptomer til stede. Dette var forvirrende for sykepleierne (LeBlanc et al. 2018). En sykepleier fortalte:

“if you’re in an extreme pain, and you’re agitated, you may well not answer the CAM-ICU negative correctly, because you can’t think straight” (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, 97).

Enkelte erfarte også at vurderingsverktøyet CAM ikke ble tatt i bruk, men de var likevel opptatt av å kartlegge om pasientene var klare og orienterte når de ankom avdelingen (LeBlanc et al. 2018, Vassbø og Eilertsen 2011 og Zamoscik, Godbold og Freeman 2017). Det ble erfart som vanskelig å opprettholde kontinuitet i arbeidet på grunn av skiftarbeid. Dette medførte at det ble vanskeligere for sykepleierne å oppdage tilstanden og observere endringer (Agar et al. 2012, Lou og Dai 2002).

3.2.2 Erfaring gir trygghet

Tidligere erfaringer ble erfart som nyttige i arbeidet med delirium (LeBlanc et al. 2018, Brooke og Manneh 2018, Agar et al. 2012, Collet, Thomsen og Egerod 2019). De var i tillegg opptatt av at prøving og feiling var sentralt for å finne den beste måten å ta vare på disse pasientene (LeBlanc et al. 2018, Brooke og Manneh 2018). Her brukte de kunnskap basert på tidligere erfaringer og klinisk skjønn for å gjøre sykepleien så personsentrert som mulig (LeBlanc et al. 2018). Sykepleiere som hadde erfaring med demens, var ofte i bedre stand til å håndtere delirium, da de erfarte at de kunne støtte seg på denne kunnskapen

(Brooke og Manneh 2018). De sykepleierne med mest klinisk erfaring var tryggere når det gjald forståelse og håndtering av delirium. Videreformidling av kunnskap til de med mindre erfaring var derfor nyttig (Agar et al. 2012). Når sykepleiere ikke vurderte retningslinjene for delirium som det beste for pasienten, var de mer avhengig av personlige erfaringer (Collet, Thomsen og Egerod 2019).

3.3 Ulike erfaringer med sykepleietiltak ved delirium

3.3.1 Miljøskapende tiltak

Sykepleierne erfarte at familiene til pasientene som er rammet av delirium ofte kan være til god hjelp. Familiene visste ofte hvordan pasientene oppførte seg før sykehusoppholdet, noe som gjorde dem til gode hjelpemidler for å legge merke til forandringer i pasientens atferd (LeBlanc et al. 2018, Vassbø og Eilertsen 2011, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Lou og Dai 2002). Sykepleierne erfarte at familiære ansikter ofte trygget denne pasientgruppen (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017).

Sykepleierne erfarte at deres tilstedeværelse sammen med pasienter med delirium var nyttig. Dette var også noe som gjorde pasientene mer trygge og beroliget i situasjonen (LeBlanc et al. 2018, Vassbø og Eilertsen 2011, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Lou og Dai 2002). Det hjalp at sykepleierne gikk hyppige turer innom pasienten for å se til dem (LeBlanc et al. 2018, Vassbø og Eilertsen 2011). På grunn av at denne pasientgruppen ofte fremstår forvirret og agiterte, erfarte sykepleierne at det ofte var nødvendig med skjerming for å unngå unødig stimuli (Vassbø og Eilertsen 2011, Kristiansen, Konradsen og Beck 2018, Schofield, Tolson og Fleming 2011). En måte sykepleierne skjermet pasienten på var å holde pasienten på avdelingen. Dette for å skjerme andre mot en eventuelt agitert pasient, men også for å skjerme pasienten selv for å unngå at pasienten skulle føle skam over egen oppførsel i etterkant (Schofield, Tolson og Fleming 2011).

De erfarte nonverbal kommunikasjon som nyttig for å trygge pasienten (Vassbø og Eilertsen 2011, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017). Dette kunne blant annet være enkle tiltak som å stryke pasienten og holde pasienten i hånden (Zamoscik, Godbold og Freeman

2017). En annen viktig erfaring var å fortelle pasienten hyppig hva som skjer (Vassbø og Eilertsen 2011, Zamoscik, Godbold og Freeman 2017).

3.3.2 Medisinske tiltak

Sykepleierne erfarte ofte at pasientene kunne ha en dårlig reaksjon på medisinske tiltak. Medisiner gjorde ofte tilstanden verre (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Draper et al. 2012, Collet, Thomsen og Egerod 2019). Dette kunne blant annet forlenge recoveryprosessen, skape mer forvirring og føre til bivirkninger og større risiko for utvikling av flere komplikasjoner (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Draper et al. 2012, Collet, Thomsen og Egerod 2019). Det ble også erfart at sykepleierne ga sederende medisin når de ikke hadde tid til å ta hånd om pasienten så mye som de burde (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017). Studiene viste at medisinske tiltak var nyttig når pasienten var agitert (Zamoscik, Godbold og Freeman 2017, Draper et al. 2012, Schofield, Tolson og Fleming 2011). Om sykepleierne vurderte pasientene som en fare for seg selv og andre, ble medisinske tiltak vurdert øyeblikkelig (Collet, Thomsen og Egerod 2019).

4.0 Diskusjon

I denne delen presenteres litteraturstudiens metode og resultatdiskusjon. Ifølge retningslinjene ved Høgskolen i Molde skal vi i metodediskusjonen kritisk vurdere oppgavens styrker og svakheter. I resultatdiskusjonen skal vi knytte funnene fra resultatdelen opp mot relevant teori og forskning, og diskutere dette slik at kapitlet gjennomgående blir sykepleiefaglig rettet (Eines 2020).

4.1 Metodediskusjon

4.1.1 Eksklusjons og inklusjonskriterier

Utenom en er alle artiklene vi tok i bruk under ti år gamle. Dette ser vi på som en styrke, da forskningen er ny og relevant for sykepleiefaget. En av artiklene er fra 2002, og dette kan sees på som en svakhet. I vårt tilfelle er dette en styrke fordi den svarer godt på vår hensikt og hadde flere felles funn med de andre artiklene. Vi anser det også som en styrke at alle artiklene vi fant benyttet et kvalitativt design, da det er dette som egner seg best når det er sykepleiernes erfaringer vi skal belyse.

I vår studie fant vi ut at det var lite forskning på området, noe som gjorde at vi ikke benyttet en geografisk begrensning. Kun artikkelen som var skrevet på norsk omhandlet norske forhold. En svakhet med ikke å ha en geografisk begrensning, er at utøvelsen av sykepleie kan være forskjellige i de ulike landene. Noe som styrket studien vår var at erfaringene til sykepleierne viste seg å være like rundt om i verden.

Ni av de ti inkluderte forskningsartiklene er skrevet på engelsk, mens en er skrevet på norsk. Dette kan være en svakhet, da vi kanskje har oversett viktige detaljer på grunn av mindre gode engelskferdigheter eller brist i oversettelsesprogram.

En av forskningsartiklene inkluderte pårørende og pasientperspektiv i tillegg til sykepleieperspektiv. Dette kan være en svakhet da perspektivene kan forveksles med hverandre. Forskningsartikkelen hadde benyttet seg av en oversiktstabell som viste erfaringene til de ulike perspektivene. Vi trakk derfor ut sykepleieperspektivet i tabellen og

sammenlignet med det som sto i teksten, da dette var mer utdypende. Vi vurderer denne oversiktlige fremstillingen i artikkelen som en styrke.

4.1.2 Databasesøk

I begynnelsen av søkeprosessen hadde vi problemer med å forstå hvor vi skulle plassere de boolske operatørene i PIO-skjema, noe som medførte at vi kontaktet biblioteket for råd og veiledning tidlig. Dette er noe vi ser på som en styrke, da vi raskt fant ut hvordan vi skulle plassere de boolske operatørene for å få best mulig treff.

Det kan sees på som en svakhet at vi kun utprøvde søkeordet «intensiv*» i Proquest. Det er mulig vi har gått glipp av relevante artikler i de andre databasene på grunn av dette. En annen svakhet er at vi ikke benyttet AND mellom alle søkeordene i Proquest. Vi fikk store treff både i Proquest og CHINAL, og dette kan sees på som en svakhet da vi kanskje hadde funnet flere relevante artikler ved mer avgrensede søk. I tillegg søkte vi hver for oss, noe som gjorde at vi ikke fikk samkjørt søkene i starten.

4.1.3 Ethiske hensyn og kvalitetsvurdering

Alle våre artikler var etisk godkjente, og dette er noe vi ser på som en styrke. I enkelte artikler var det derimot lite informasjon om de var etisk vurderte. Dette kan forklares med at i enkelte tidsskrift er det slik at for å kunne publisere forskningsartiklene er det et krav at de skal være etisk godkjente. Vi var derimot nøye med å kontrollere at det i disse artiklene ble beskrevet at deltakerne deltok frivillig og hadde signert skriftlig samtykke.

I vår studie har vi benyttet sjekklister fra helsebiblioteket (2016) for kvalitative forskningsartikler. Vi ser på det som en styrke at vi tok i bruk sjekklistene på alle artiklene for å være sikre på at de var av god kvalitet. I tillegg var vi nøye med å sjekke på NSD-kanal at de var fagfelleverderte.

4.1.4 Analysevurdering

For å komme frem til de tre hovedtemaene leste vi gjennom artiklene og skrev utfyllende sammendrag hver for oss. Deretter gikk vi gjennom funnene i fellesskap, noe som ga rom for diskusjon. Dette hjalp oss med å velge ut de viktigste nøkkelfunnene fra artiklene. Vi

ser på det som en styrke at vi tolket artiklene likt. Vi fant også delfunn som kunne kategoriseres under de ulike hovedfunnene. Dette anser vi som en styrke, da det skaper mer struktur i oppgaven. Det bidrar til at hovedfunnene blir presentert mer oversiktlig.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 utfordringer sykepleierne møter på

Et sentralt funn i vår studie var stresset sykepleierne erfarte i forbindelse med delirium. Det var ofte ikke tilrettelagt for at sykepleierne både skulle gjøre sine faste arbeidsoppgaver i tillegg til den økte arbeidsmengden som førte med når de fikk ansvar for en pasient med delirium. Dette gjorde at tilstedeværelsen med pasientene ble knapp, noe de egentlig så på som svært viktig. I flere tilfeller var manglende bemanning en begrensning for sykepleierne. Delirium gir en forstyrret søvn- og våkenhetsrytme der pasienten ofte er døsig på dagen og har avbrutt søvnmønster om natten (Stubberud 2016). Det kan derfor tenkes at dette var en av grunnene til at manglende bemanning var et problem, da delirium ofte oppstår på natten når bemanningen ofte er liten. Vi har erfaring fra pasienter med delirium på dagtid og har sett at dette er pasienter som ofte krever at man er hyppig tilstede. Her har vi fått kjenne på stresset ved at man skulle vært på flere steder samtidig. Disse pasientene må observeres ofte og av og til kontinuerlig, noe som er vanskelig å gjennomføre når bemanningen er liten (Ranhoff 2016).

I studien vår kom det fram at sykepleierne erfarte det stressende når de ikke fikk gjort jobben skikkelig, og at de var bekymret for at det skulle gå utover andre pasienter. Her kan det tenkes at det vil oppstå etiske dilemma når de møter press fra flere hold, og dermed blir nødt til å gjøre prioriteringer. Når man gjør prioriteringer i sykepleie er det klart at det som er akutt og livsnødvendig går foran alt annet. En pasient med delirium er ofte alvorlig syk, og derfor tenker vi at disse pasientene bør ha en høy prioritet hos sykepleierne.

I vår studie så vi at sykepleierne ofte var utsatt for fysisk og verbal aggressivitet fra pasientene, noe de erfarte som utmattende. De synes også at det var ubehagelig når pasientene mistolket handlingene deres. Hos pasienter med delirium er den aggressive atferden ofte et tegn på redsel og utrygghet. Som sykepleier er det da viktig at man hjelper pasienten med å få tilbake kontroll over situasjonen. Pasientene har krav på å bli møtt med

respekt og omsorg, selv om de har en utagerende og truende oppførsel. Sykepleieren har her en utfordring med å handle på en måte slik at pasienten ikke føler seg ydmyket. Mange kan i ettertid huske hva de har gjort under et delirium (Stubberud 2016). Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren i oppgave å beskytte pasienten mot krenkende handlinger (Norsk sykepleierforbund 2019). Igjen tenker vi at det er viktig at sykepleiere rapporterer slike hendelser, slik at ledere får oversikt over omfanget av problemet. Ifølge Arbeidstilsynet (Lest 05.05.2020) er det like viktig å rapportere om nestenulykker. Dette fordi det koster mer å håndtere eventuelle skader, som for eksempel ødelagt utstyr og sykefravær, enn å forebygge at det skjer. På grunn av at sykepleierne erfarte pasienter med delirium som en fysisk og psykisk påkjenning, kan det tenkes at for eksempel kollegaveiledning kunne vært nyttig. Dette kan være med på å styrke arbeidsmiljøet og gi bedre trivsel. Negativt stress hos sykepleiere kan skyldes at arbeidspresset blir større enn det man er i stand til å håndtere, og at det ikke blir tatt hensyn til helse, miljø og sikkerhet. En slik kollegaveiledning kan være med på å skape et godt arbeidsmiljø og motstandskraft ved utfordrende hendelser. Når kollegaer reflekterer over hendelser de har opplevd som utfordrende, kan man prøve å finne handlingsalternativer for lignende situasjoner (Almvik og Vråle 2019).

4.2.2 Trygghet kommer med erfaring

Våre funn viser at sykepleierne hadde manglende kunnskap i møte med pasienter med delirium. Et av hovedproblemene sykepleierne erfarte var at de synes det var vanskelig å oppdage delirium når de ikke kjente pasienten godt nok. Tilstanden fører ofte til at det blir dårligere kontinuitet i behandlingen slik at behandlingstiden blir forlenget. Delirium kan også føre til at pasienten skader seg selv på grunn av aggressiv atferd, paranoide forestillinger og hallusinasjoner. Tilstanden kan gi en påvirkning på pasientens kognitive tilstand i lang tid etter utskriving, og i verste fall gir tilstanden en økt dødelighet (Stubberud 2016). Derfor er det viktig at man fanger opp delirium på et tidlig tidspunkt, slik at man unngår langvarige konsekvenser for pasienten. I tillegg kan det også tenkes at det vil gjøre det mer utfordrende for sykepleierne å håndtere, noe som i verste fall kan gå ut utover pleien til pasientene. Grunnen til at sykepleierne synes dette var vanskelig å fange opp, var at delirium lett kunne forveksles med andre tilstander som for eksempel demens.

Sykepleierne erfarte ikke alltid deliriumvurderingsverktøyet CAM som hjelpsomt i arbeidet med å fange det opp. Mange tok det derfor ikke i bruk. Ifølge Stubberud (2016) kan det være lett å tolke symptomene på delirium som demens. Dette fører ofte til at delirium blir underdiagnostisert. Derfor anbefales det å bruke standard vurderingsskjema for å vurdere pasientens mentale og kognitive funksjon. Studien vår viste at sykepleierne synes det var vanskelig å ha kontinuitet i arbeidet når de jobbet skift, og at dette gjorde det mer utfordrende å oppdage tilstanden og se endringer. Ifølge Ranhoff (2016) anbefales det at sykepleierne på hver vakt noterer om pasienten har symptomer på delirium. Sykepleieren skal i tillegg til sine egne observasjoner bringe videre observasjoner fra annet personale og pårørende i rapportering til legen.

For noen år siden ble det utviklet et nytt screeningverktøy for delirium som heter 4AT. Dette kan forbedre diagnostiseringen av delirium ved at det er kortfattet og lett å bruke, noe som er nødvendig for at sykepleierne skal kunne ta det i bruk i en travel hverdag (Berg, Watne og Gjevjon 2016). I sin masteroppgave analyserer Margit Kristine Hjartnes og Anne Kristiansen (2019) hvordan helsepersonell opplever å bruke det nye verktøyet. Her ble det funnet at 4AT ble opplevd som raskt og enkelt. Samtidig møtte de mange av de samme barrierene som tidligere screeningverktøy har gjort, som blant annet vansker relatert til kontinuitet, tid, lite kunnskap om delirium og manglende retningslinjer. Det ble foreslått mer undervisning om delirium i utdanningen og opplæring på avdelingene som en mulig løsning på disse barrierene.

Et annet problem sykepleierne erfarte var at det kunne være vanskelig å vite hvilke tiltak som fungerte best når pasientene reagerer ulikt på tilstanden. Når det kom til usikkerheten ved håndtering av delirium, etterspurte sykepleierne på den ene siden mer opplæring. Yrkesetiske retningslinjer formidler at sykepleieren selv har et personlig ansvar for at praksisen man utøver er faglig forsvarlig. I tillegg skal man være oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis i det fagområdet man jobber i. Man skal dermed bidra til at den nye kunnskapen blir brukt i praksis (Norsk sykepleierforbund 2019). På den andre siden erfarte sykepleierne at tidligere erfaringer var nyttige. Prøving og feiling var i mange tilfeller det som måtte til for å finne den beste måten å utøve god sykepleie på. Selv om det var egne retningslinjer for hvordan delirium skulle håndteres, var det likevel viktig å tilpasse dette individuelt hos pasientene. Det var ikke alltid at det retningslinjene sa var det beste for pasienten. Dermed ble sykepleierne mer avhengig av personlige erfaringer.

Sykepleierne med lengst arbeidserfaring kjente seg mye tryggere i håndteringen av delirium.

Alt dette understreker verdien av erfaringsbasert kunnskap, og at det kan tenkes at det er dette som er nøkkelen for å føle seg trygg nok i møte med disse pasientene. Erfaringsbasert kunnskap blir ervervet gjennom å lære fra erfaring, og mer erfaring gjør oss til dyktigere fagutøvere. Det er også nødvendig og viktig med praksiskunnskaper for å sette sammen modellen for kunnskapsbasert praksis ute i sykepleieutøvelsen (Nordtvedt et al. 2012). Yrkesetiske retningslinjer sier at ledere av sykepleietjenester har et ansvar for å tilrettelegge for fagutvikling og etisk refleksjon (norsk sykepleierforbund 2019). Dette vil være med på å bidra til at sykepleiere kan lære av hverandre, og sikre bedre kvalitet på pleien som gis.

4.2.3 Ulike erfaringer med sykepleietiltak ved delirium

Miljøskapende tiltak

Miljøskapende tiltak har en stor og viktig rolle i håndteringen av delirium. Relevante punkter innen miljøskapende tiltak er å skape ro, trygghet, struktur og tydelighet. På den ene siden er det svært viktig at pasienten skjermes mot unødig støy og stimuli, da pasienten trenger ro og struktur (Stubberud 2016). På den andre siden erfarte sykepleierne at pasientene kunne bli urolig og mer forvirret om de ble etterlatt alene. Dette åpner spørsmålet om pasienten egentlig bør skjermes. Det er imidlertid gjort gode erfaringer med å ha egne stuer med kontinuerlig tilsyn av pasienter med delirium (Flaherty et al. 2003).

Fra vår kirurgiske praksis erfarte vi en pasient rammet av hyperaktivt delirium som forlot rommet sitt med en gang sykepleieren gikk ut av rommet. Dette ble slitsomt i lengden, da sykepleier hele tiden måtte følge pasienten tilbake på rommet, og deretter sitte der en stund for å prøve å roe pasienten ned.

Sykepleiere kan ta i bruk miljøskapende tiltak for å gi pasientene mer orden og oversikt i sykehushverdagen. De kan for eksempel ta i bruk modeller som VIPS-praksismodellen. Denne modellen kan bidra til å løfte frem personsentrert omsorg på ulike sykehusavdelinger. Marte Meo-modellen kan også være nyttig å ta i bruk i arbeidet med pasienter med delirium. Sykepleiere kan løfte frem denne modellen, fordi den har fokus på å skape ro, oversikt og orientering for forvirrede pasienter (Sandvik og Eide 2020).

Studien vår har vist at sykepleierne ofte erfarte familieinkludering som nyttig i arbeidet med pasientgruppen. Sykepleierne erfarte at pårørende burde inkluderes i behandlingen av pasienten om mulig, da de ofte viste seg å være en god ressurs. For at dette skal fungere er det viktig at pasienten har et godt forhold til sine pårørende. Disse pasientene er ofte desorienterte og forvirret, og derfor kan eventuelt pårørende bidra til å gjøre situasjonen mer forutsigbar og strukturert for pasienten (Stubberud 2016). Fra vår kirurgiske praksis erfarte vi at pårørende beroliget pasienten når de var sammen med han/hun. Pasienten ble roligere og mindre agitert.

Medisinske tiltak

Sykepleierne rapporterte at pasientene ofte hadde dårlig nytte av medisinske tiltak. Grunner til dette er at det ofte resulterer til uheldige bivirkninger som kan forsinke recoveryprosessen. Medisinsk behandling skal hovedsakelig tas i bruk når pasienten har hyperaktivt delirium (Norsk legemiddelhåndbok 2020). Det er vanlig å behandle pasientene med antipsykotika, da dette blant annet kan fjerne hallusinasjoner og redusere aggresjon og uro. Uheldige bivirkninger som kan følge med kan være urinretensjon, obstipasjon, svimmelhet og ortostatisk blodtrykksfall (Stubberud 2016).

Bruk av sedativa kan bli tatt i bruk om pasienten er agitert og urolig. Dette skal unngås om pasienten har kjent respirasjons- eller sirkulasjonssvikt, da dette kan forverre tilstanden ytterligere (Stubberud 2016). På grunn av at polyfarmasi er en risikofaktor ved delirium, kan sykepleierne ta initiativ til legemiddelgjennomgang slik at dette kan unngås (Norsk legemiddelhåndbok). Polyfarmasi er når pasienter blir behandlet med overdrevent mange medikamenter (Hem 2020).

På den ene siden ser vi at medisinske tiltak ved delirium kan være skadelig for pasienten, da det kan forlenge recoveryprosessen og mulig forverre tilstanden. På den andre siden erfarte sykepleierne at det kan være nyttig å ta i bruk når pasienten er urolig og agitert så det ikke fører til flere skader. Et annet relevant punkt i vår studie er at sykepleierne må beskytte seg selv og andre ved å gi legemidler om pasienten er aggressiv. Dette er også viktig for å beskytte pasienten mot seg selv.

5.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleiernes erfaringer med delirium hos eldre pasienter på sykehus. I studien kom det fram at sykepleiere erfarer delirium som utfordrende på flere områder.

Sykepleierne erfarte å ivareta pasienter med delirium som stressende, utmattende og ubehagelig. Dette ofte på grunn av tidsbegrensinger, at man hele tiden må være på vakt og beskyldninger fra pasienter. De ga uttrykk for manglende kunnskap når det kom til identifisering og håndtering av delirium. Miljøskapende tiltak hadde sykepleierne ofte positive erfaringer med, mens ved medisinske tiltak erfarte de en del negative konsekvenser for pasientene. Vi fant ut at sykepleiere med lengre klinisk erfaring følte seg tryggere i håndteringen av pasientgruppen, og at sykepleierne ofte støttet seg på erfaringsbasert kunnskap.

5.1 Konsekvenser for praksis

Flere av de utfordringene sykepleierne møter på kan være en konsekvens av manglende fokus på området. At dette ikke er gitt nok oppmerksomhet kan komme av det hektiske miljøet det ofte er på sykehusavdelinger. Det er derfor viktig at ledelsen legger til rette for at sykepleierne skal ha den kunnskapen de trenger. I tillegg er det viktig at de legger forholdene til rette for å håndtere økt arbeidsmengde. Dette kan dreie seg om god opplæring, økt bemanning ved behov og gode rutiner og verktøy for å identifisere delirium tidlig. Dette vil trolig være med på å forebygge skader og konsekvenser av delirium hos pasienter.

5.2 Forslag til videre forskning

I vår studie har vi funnet ut at sykepleierne har manglende kunnskap når det kommer til identifisering og håndtering av delirium. På grunn av dette mener vi det bør løftes mer frem i undervisningen i sykepleieutdanningen. For eksempel ved bruk av simulering. Dette kan bidra til at sykepleiestudentene blir mer forberedt i møte med denne pasientgruppen ute i kliniske studier. Vi mener videre forskning bør ha et større fokus på hvordan sykepleiere lettere kan identifisere delirium ved at man for eksempel videreutvikler nye verktøy.

6.0 Referanseliste

Agar, M, Brian Draper, Pa Phillips, Jane Louise Phillips, Aileen Collier, Janeane Harlum, David C. Currow. 2012. «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. <https://doi.org/10.1177/0269216311419884>

Almvik, Turid Neverdal og Gry Bruland Vråle. 2019. «Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel.» *Sykepleien*. 107 (80661): e-75095. [10.4220/Sykepleiens.2019.75095](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75095)

Arbeidstilsynet. «Avvik og avvikshåndtering.» Lest 05.05.2020. <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/avvik-og-avvikshandtering/>

Belanger, Louise og Francine Ducharme. 2011. «Patients and nurses experiences of delirium: a review of qualitative studies.» *Nursing in critical care* 19 (6): 303-315. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x>

Berg, Geir Vegard, Leiv Otto Watne, Edith Roth Gjevjon. 2016. «Ny screening gir sikrere diagnose.» *Sykepleien*. 104 (3): 52-53. [10.4220/Sykepleiens.2016.56686](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56686)

Brooke, Joanne og Claire Manneh. 2018. «Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses.» *International journal of nursing practice* 24 (4): 1-8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12643>

Christoffersen, Line, Asbjørn Johannesen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.

Collet, M.O, T. Thomsen og I. Egerod. 2019. «Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation.» *Australian Critical Care* 32 (4): 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.07.001>

Eines, Trude. 2020. Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.

Evans, David. 2002. «Systematic reviews og interpretive research: Interpretive data synthesis og processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.

Flaherty, Joseph H, Syed H. Tariq, Srinivasan Raghavan, Sanjeev Bakshi, Asif Moinuddin, John E. Morley. 2003. «A Model for Managing Delirious Older Inpatients.» *Journal of the American Geriatrics Society* 51 (7): 1031-1035. [10.1046/j.1365-2389.2003.51320.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2389.2003.51320.x)

Hem, Erlend. 2018. «Polyfarmasi.» Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/polyfarmasi>

- Helsebiblioteket. 2016. «Sjekklistor.» Oppdatert 23.november 2017.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. 2019. «Omsorg 2020 – årsrapport 2018.» Oppdatert 21.juni 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport/sammendrag>
- Hjartnes, Margit Kristine og Anne Kristiansen. 2019. «Delirium – kan vi klare å screene for dette i en hektisk hverdag?.» Masteroppgave, NTNU Gjøvik.
<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2613313/no.ntnu%3Ainspera%3A2249824.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juliebø, Vibeke. 2016. «Delirium – en vanlig komplikasjon hos kardiologiske pasienter.» *Hjerteforum* 29 (1): 51.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/cc98bc066db84ef0afdbabd858036ae4/hjerteforum.1.2016-8-delirium-hos-kardiologiske-pasienter.pdf>
- Kristiansen, Susanne, Hanne Konradsen og Malene beck. 2018. «Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department.» *Journal of Clinical Nursing* 28 (5-6): 920-930.<https://doi.org/10.1111/jocn.14709>
- LeBlanc, Allana, Frances Fothergill Bourbonnais, Denise Harrison og Kelly Tousignant. 2018. «The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study.» *Intensive and Critical Care Nursing* 44: 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.002>
- Lou, Meei-Fang og Yu-Tzu Dai. 2002. «Nurses' Experience of Caring for Delirious Patients.» *Journal of Nursing Research* 10 (4): 279-290. 10.1097/01.JNR.0000347609.14166.84
- Norsk legemiddelhandbok. 2020. «Delirium.» Lest 06.05.2020.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.2.8/Delirium>
- Norsk legemiddelhandbok. 2015. «Delirium.» Oppdatert 3.januar 2019.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T5.8/Delirium>
- Norsk sykepleierforbund. 2020. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.» Lest 29.04.2020. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2017. *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm
- Personopplysningsloven. *Lov om behandling av personopplysninger av 8. mai 2002 nr.8*
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>

Ranhoff, Anette Hylene. 2016. *Geriatrisk sykepleie*. «Delirium (akutt forvirring).» I geriatrisk sykepleie, redigert av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 452-462. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sandvik, Reidun K.N.M og Leslie S.P Eide. 2020. «Smertekartlegging kan forebygge delirium hos eldre.» *Sykepleien*. 108(80661): e-80661. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80661>

Schmitt, Eva M, Jacqueline Gallagher, Asha Albuquerque, Patricia Tabloski, Hyo Jung Lee, Lauren Gleason, Lauren S. Weiner, Edward R Marcantonio, Richard N. Jones, Sharon K. Inouye og Dena Schulman-Green.

2017. «Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses.» *The Gerontologist* 59 (2): 327-337. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx153>

Schofield, Irene, Debbie Tolson og Valerie Fleming. 2011. «How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis.» *Nursing Inquiry* 19 (2): 165-176. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00554.x>

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri*. Oslo: Cappelen damm Akademisk.

Stubberud, Dag. 2016. *Klinisk sykepleie bind 1*. «Sykepleie ved delirium.» I *Klinisk sykepleie bind 1*, redigert av Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 429-437. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vassbø, Tove K og Grethe Eilertsen. 2011. «Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd.» *Nordisk Sygeplejeforskning* 1 (2): 129-142. <https://www.idunn.no/nsf/2011/02/art03>

Watne, Leiv Otto. 2019. «Delirium og demens.» <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/delirium-og-demens>

Zamoscik, Katarzyna, Rosemary Godbold og Pauline Freeman.

2017. «Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care.» *Intensive and Critical Care Nursing* 40: 94-100. [10.1016/j.iccn.2017.01.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003)

Vedlegg 1: PO-skjema

<p>Norske søkeord Delir* Eldre sykehus (Intensiv*) – kun brukt i proquest</p> <p>Engelske søkeord/Emneo rd/ MESH delir* Elderly OR old* OR age* Hospital* (Intensiv*) – used in proquest</p>	<p>Norske søkeord</p> <p>Engelske søkeord/Emneo rd/ MESH</p>	<p>Norske søkeord</p> <p>Engelske søkeord/Emneo rd/ MESH</p>	<p>Norske søkeord Erfar* Sykepleie*</p> <p>Engelske søkeord/Emneo rd/ MESH Experienc* Nurs*</p>
--	--	--	---

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff
Delir* AND Elderly OR old OR hospital OR intensiv* AND Nurs* AND experienc*	14.02.20	Proquest	996

Søkeord	Dato	Database	Antall treff
Delir* AND hospital* AND elderly OR age* OR old* AND nurs* AND experienc*	18.02.20	Medline	154

Søkeord	Dato	Database	Antall treff
Delir* AND Hospital AND elderly OR age* OR old* AND nurs* AND Experienc*	05.03.20	CHINAL	567

Vedlegg 3: Oversiktstabell

Forskningsartikkel 1

Forfattere År Land Tidsskrift	LeBlanc, Allana; Bourbonnais, Frances Fothergill; Harrison, Denise; Tousignant, Kelly. 2018 Nederland Intensive & critical care nursing
Tittel	The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study.
Hensikt	Hensikten med studien var å få økt forståelse for intensivsykepleieres erfaringer med å pleie pasienter med delirium.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode, fenomenologisk tilnærming med individuelle samtaleintervjuer.
Deltakere/Frafall	8 deltakere. Alle intensivsykepleiere.
Hovedfunn	Det erfares som mentalt og emosjonelt utmattende, da pasienter med delirium oftest er svært utfordrende. Fagkunnskaper, tidligere erfaringer og informasjon fra familiemedlemmer var nyttige i arbeidet. utfordringer knyttet til å holde pasientene trygge når de var desorienterte og agiterte. Sykepleierne var opptatt av å gi personsentrert omsorg og erfarte at de trengte mer tid til dette. I tillegg beskrev de at prøving og feiling måtte til for å finne effektive strategier til dette. Deltakerne i studien så også verdien i å bygge opp personlige ferdigheter og kunnskaper for effektivt å ta vare på disse utfordrende pasientene.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra det tilknyttede universitetets og den deltakende institusjonens forskningsetiske styre. Informert samtykke ble innhentet fra deltakerne før hvert intervju.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 2

Forfattere År Land Tidsskrift	Vassbø, Tove Karin; Eilertsen, Grethe 2011 Norge Nordisk Sygeplejeforskning
Tittel	Uro og uklarhet – sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd.
Hensikt	Hensikten var å undersøke hva som kjennetegner sykepleieres erfaringer fra praksis med delirium hos eldre som legges inn for ortopedisk kirurgi.
Metode/ Instrument	Kvalitativt deskriptivt design med fokusgruppeintervjuer
Deltakere/Frafall	15 sykepleiere fra to ortopediske avdelinger.

Hovedfunn	Funn viser at utilstrekkelig kunnskap blant sykepleiere gjør det vanskelig å identifisere og planlegge tiltak hos eldre pasienter som er i ferd med å utvikle eller har utviklet delirium. I tillegg er det store utfordringer knyttet til akuttinnleggelse, uforutsigbare operasjonsprogram og stort arbeidspress når det kommer til eldre utsatte pasienter.
Etisk vurdering	Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste samtykket til materialoppbevaring og bekreftet at krav til personvern og oppbevaring av elektroniske data var oppfylt.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Zamoscik, Katarzyna; Godbold, Rosemary; Freeman, Pauline. 2017 Intensive & critical care nursing Nederland
Tittel	Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care.
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske sykepleieres erfaringer og oppfatninger av delirium, hvordan de håndterer pasienter med delirium og screening for delirium
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie med fokusgrupper
Deltakere/Frafall	12 sykepleiere fra medisinsk/kirurgisk sengepost
Hovedfunn	Sykepleiere erfarer delirium som et lite prioritert problem. De erfarer å få liten tid til å ta vare på pasienter som er forvirret. Det å gi sykepleiere god psykologisk støtte og trening i hvordan håndtere pasienter med delirium kan forbedre og effektivisere pasientbehandlingen. Studien viser at sykepleiere ofte mangler tid og tålmodighet til å takle pasienter som var agiterte. Funnene fra litteraturstudien viser kunnskapen rundt delirium bør styrkes.
Etisk vurdering	Denne studien ble godkjent av University of Hertfordshire etiske komité og av administrasjonene til ICU og det lokale sykehuset. Deltakelsen var informert om samtykke. Alle parter signerte konfidensialitetsavtaler for å sikre deltakernes anonymitet.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 4

Forfattere År Land Tidsskrift	Brooke, Joanne; Manneh, Claire 2018 Australia International Journal of Nursing Practice
----------------------------------	--

Tittel	Caring for a patient with delirium in an acute hospital: The lived experience of cardiology, elderly care, renal, and respiratory nurses.
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske hvordan det erfarer å ta vare på en pasient med akutt delirium blant sykepleiere som jobber på ulike avdelinger på sykehus.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.
Deltakere/Frafall	23 sykepleiere, 6 fra kardiologi, 5 fra eldreomsorgen, 6 fra nyre og 6 fra lunge.
Hovedfunn	Tre hovedfunn ble identifisert. Det første var at sykepleierne syns delirium er forvirrende fordi det lett kan forveksles med demens. Det andre temaet var at de verdsetter teamarbeid fordi pasientgruppen er utfordrende og vil trenge overvåkning, noe som igjen er utfordrende på grunn av konkurrerende arbeidsforpliktelser. Det tredje temaet var verbal og fysisk aggresjon, der sykepleierne i studien mente det var upassende å rapportere om disse hendelsene når det ikke skjedde noe skade. Dette vil hindre ledelsen i å få vite om hvordan det er å ta vare på disse pasientene, som igjen ikke vil føre til utvikling og læring av hva som kan forbedres.
Etisk vurdering	Studien ble etisk godkjent av University Research Ethics Committee, Health Research Authority og av forsknings og utviklingskontoret ved det sykehuset studien ble utført.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 5

Forfattere År Land Tidsskrift	Agar, M; Draper, B; Phillips, PA; Phillips, J; Collier, A; et al. 2012 England, London Palliative Medicine
Tittel	Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology.
Hensikt	Hensikten med studie var å sammenligne avgjørelser/ erfaringer sykepleiere hadde med delirium hos pasienter innen palliativ omsorg, eldreomsorg, psykiatrisk eldreomsorg og onkologi
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.
Deltakere/Frafall	40 sykepleiere. 10 fra palliativ avdeling, 10 fra onkologisk avdeling, 10 fra psykiatrisk eldreomsorg og 10 fra eldreomsorg.
Hovedfunn	Studien viser at det er behov for nye strategier for å jobbe med pasienter med delirium. En må finne nye metoder å

	<p>tilnærme seg en syk pasient som lider av delirium. Studien viser at sykepleiere mangler erfaring for å arbeidet godt med denne pasientgruppen. 4 ulike tema gikk igjen:</p> <p>1. Gjenkjennelse og forståelse av delirium som en sykdom. Mange sykepleiere hadde problemer med å forklare hva delirium egentlig er.</p> <p>2. Sykepleievurdering: utforske eller problemløsning. Viktig med et trygt miljø og kjente objekter for pasienter med delirium.</p> <p>3. Overholde respekt og minimalisere kaos. Kommunisere godt og være tilstede for pasienten var svært viktige funn. Sykepleierne forklarte at den beste måten å ta vare på pasientene på var en blanding av farmalogiske og ikke- farmalogiske tiltak. Om farmalogiske tiltak hadde en god effekt på pasienten, er det fortsatt viktig med miljøtiltak. Mange sykepleiere syntes det var vanskelig, for om de greide å håndtere pasientens delirium, hadde de fortsatt «resten av sykdommen» å ta hånd om (02 maske, medisiner osv..).</p> <p>4. Stress og effekten av stress det på andre. Sykepleiere opplevde det vanskelig å ta hånd om disse pasientene, da de ofte hadde mange pasienter å ta hånd om, dårlig tid, budsjett restriksjoner og hyppig utskifting av personal. Sykepleierne ble ofte utslitt av arbeidet.</p>
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av South West Sydney Human Research Ethics, og Hope Healthcare Human Research Ethics Committee.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 6

Forfattere År Land Tidsskrift	Kristiansen, Susanne; Konradsen Hanne; Beck Malene 2018 Danmark Journal of Clinical Nursing
Tittel	Nurses experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department.
Hensikt	Hensikten med studiet var å undersøke sykepleiernes erfaringer og opplevelser av å ta vare på eldre pasienter med delirium på en nevrologisk avdeling.
Metode/ Instrument	Kvalitativt utforskende design med fokusgruppe intervjuer.
Deltakere/Frafall	Totalt 14 sykepleiere deltok i 3 ulike fokusgrupper.
Hovedfunn	3 tema ble identifisert:

	<p>Det første var at forholdet sykepleieren har til pasienten utfordres. De syntes det var vanskelig å nå pasienten ved blant annet bruk av kommunikasjon, da pasientens evne til å tenke logisk ble påvirket. Sykepleierne erfarte ofte at pasienten misforsto hjelpen de prøvde å gi, og reagerte med aggressivitet og sinne. De opplevde arbeidet med disse pasientene som svært tidskrevende. Grunnet høyt tempo på avdelingen følte ikke sykepleierne at de greide å gi pasienten den omsorgen de trengte.</p> <p>Det andre som ble identifisert er at det trengs ekspertise. Studien viste at sykepleierne ønsket mer kunnskap om hvordan de kan hjelpe/behandle pasienter som har delirium. Mange sykepleiere mente de manglet både grunnleggende, spesialiserte og oppdaterte kunnskaper om delirium.</p> <p>Det tredje var barrierer for samarbeid. Sykepleierne var enige om at pasienter med deliriumsymptomer trengte skjerming, rolige omgivelser, nær observasjon og omsorg. Sykepleierne opplevde ofte usikkerhet knyttet rundt kollegaens tanker om de for eksempel ble sittende ned sammen med pasienten. De var redde for at andre kollegaer skulle tro de bare sitter der og «slapper av» og «lurer seg unna arbeidet». De uttrykte at det hadde vært enklere å sitte sammen med pasienten om det var egne retningslinjer for det, slik som for eksempel ved trombolysbehandling. Sykepleierne uttrykte også at de syntes det virket som legene ofte var usikre rundt denne pasientgruppen.</p>
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av det danske datatilsynsutvalget av Region Zeeland J.nr. 18-000080.
Kvalitetsvurdering	Nivå 2

Forskningsartikkel 7

Forfattere År Land Tidsskrift	Schmitt, Eva M; Gallagher, Jacqueline; Albuquerque, Asha; Tabloski, Patricia; Lee, Hyo Jung; Gleason, Lauren; Weiner, Lauren S; Marcantonio, Edward R; Jones, Richard N; Inouye, Sharon K; Schulman-Green, Dena. 2017 USA The gerontologist
Tittel	Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses.
Hensikt	Hensikten var å undersøke samlet pasienter, pårørende og sykepleierne erfaringer og belastninger knyttet til delirium.
Metode/ Instrument	Semistrukturerte kvalitative intervju

Deltakere/Frafall	18 pasienter, 16 pårørende, 15 sykepleiere.
Hovedfunn	<p>Det ble identifisert tre vanlige belastningstemaer for sykepleierne: Symptombelastning, emosjonell belastning og situasjonsbelastning.</p> <p>Symptomene skaper belastning for sykepleiere ved at desorientering påvirker omsorgen. Hallusinasjoner gjør omsorgen utfordrende. utfordringer i forhold til at pasienten har manglende evne til å formidle sine behov. Pasienten trenger å få gjentatt instruksjoner. Pasienten er annerledes i forhold til det som er gitt rapport om. Økte krav om å få pasienten til å sove.</p> <p>Emosjonelle belastninger sykepleiere erfarer er at det er vanskelig å styre pasientens atferd. Noen tenker på pasienten etter jobb. Sykepleiere kan erfare pasienten som farlig/voldelig. Det er også utfordrende med andre pasienter som også trenger pleie samtidig. Sykepleiere kjenner seg også hjelpeløse når ingen tiltak ser ut til å virke.</p> <p>Situasjonsbelastninger er følelsen av å miste kontroll når pasienten ikke er villig til å ta imot pleie. De erfarer også at de ikke kan gi nødvendig oppmerksomhet. Mangel på erfaring med omsorg til pasienter med delirium er også et viktig funn. Mangel på bemanning gjør også situasjonen vanskelig, spesielt om natten. Sykepleiere erfarer en manglende evne til å utføre behandlingsplan på grunn av pasientens motstand. Det kommer også fram at de kjenner seg uforberedt på å behandle delirium.</p>
Etisk vurdering	Godkjent av alle de deltakende institusjonene og gitt skriftlig samtykke fra pasienter og muntlig samtykke fra pårørende og sykepleiere.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 8

Forfattere År Land Tidsskrift	Schofield, Irene; Debbie Tolson, Valerie Fleming 2011 Australia Nursing Inquiry
Tittel	How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis.
Hensikt	Hensikten med studien var å avdekke hvilke kunnskaper som ligger bak sykepleieres pleie og å undersøke grunnlaget for denne kunnskapen.
Metode/ Instrument	Kritisk diskursanalyse, intervjuer
Deltakere/Frafall	15 sykepleiere

<p>Hovedfunn</p>	<p>Artikkelen beskrev tre punkter som går igjen gjennom studien:</p> <p>Nr 1: Eldre pasienter med delirium blir ofte karakterisert som uforutsigbare og svært urolige av sykepleiere.</p> <p>Nr 2: Sykepleierne har et stort behov for kontinuerlig overvåkning av pasienten.</p> <p>Nr 3: Sykepleierne har et stort behov for å bevare og skjerme pasienten. Studien viste at sykepleiere erfarer det som stressende og utmattende å ta vare på pasienter med delirium.</p> <p>Sykepleiere erfarer det som skremmende at de ofte er utsatt for vold og aggresjon fra pasienter med delirium. En sykepleier fra studiet beskrev det som «et mareritt». Ofte var avdelingen ubemannet, noe som gjorde det ekstra utfordrende og utmattende. Ifølge de evidensbaserte retningslinjene skal farmakologi brukes som siste utvei i møte med pasienter med delirium. Dette opplevde sykepleierne ofte som veldig vanskelig, med tanke på at pasientene ofte kan være aggressive.</p> <p>Studien viste at sykepleierne ikke ønsket at pasienter med en hyperaktiv deliriumstilstand skal vandre mye ut av sengen, da dette skaper uro for dem selv, og andre pasienter. Studien viste derimot at farmakologisk behandling ikke var førsteprioritet hos sykepleierne.</p> <p>Sykepleierne opplevde det ofte vanskelig å klare å ta vare på disse pasientene samtidig med de andre pasientene de hadde ansvaret for den dagen. De opplevde det oversiktlig når den forvirrede pasienten var plassert på rom med flere pasienter. De mente at det var bedre for pasienten å være på et stort rom med andre tilstede, enn helt alene på et mindre enmannsrom.</p> <p>I og med at sykepleierne fra studien ofte ikke hadde tid til å kun være inne hos denne pasienten, førte det til at pasienten ofte ble enda mer urolig og vandrende. Ett annet viktig og sentralt funn var at sykepleiere ofte opplevde og erfarte at hyperaktive pasienter med delirium burde holde seg rolige på avdelingen uten vandring til andre seksjoner. Dette er dermed vanskelig å gjennomføre med tanke på juridiske hensyn, da pasienten er på post frivillig. Dette var noe som skapte en ekstra kilde til stress, da slike hendelser (med vandrende og urolige pasienter) ofte fant sted i fellesrom der det var potensial for tilskuere som lett kunne misforstå pasientens oppførsel og sykepleierens handlinger.</p> <p>Sykepleierne hadde et stort fokus på å beskytte pasienten med delirium sin verdighet ved å ikke fortelle om hvordan</p>
------------------	--

	oppførselen til pasienten var under episoden med delirium, med mindre pasienten selv spurte. Sykepleierne hadde et stort fokus på medmenneskelighet og personsentrert omsorg.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av universitetets etiske komité og den lokale forskningsetiske komiteen for helsetjenester.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 9

Forfattere År Land Tidsskrift	M.O. Collet RN, MSc; T.Thomsen RN, MSN, PhD 2018 Australia Australian Critical Care
Tittel	Nurses' and physicians approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation.
Hensikt	Hensikten med studiet var å utforske sykepleiernes og legenes tilnærminger og erfaringer til deliriumhåndtering på intensiv avdeling. (Ekskluderte legene)
Metode/ Instrument	Kvalitativt design med tverrfaglige fokusgrupper og rammeanalyse.
Deltakere/Frafall	Fokusgruppeintervjuer med 24 sykepleiere og 15 leger. Deltakerne var sykepleiere og leger fra fem blandede medisinske-kirurgiske ICUer (8–28 senger) ved regionale og universitetssykehus i fire av fem regioner i Danmark.
Hovedfunn	Studien fant ut at når evidensbaserte løsninger var uklare, stolte sykepleiere på personlig erfaring. Det var stor mangel på evidensbaserte intervensjoner når det kom til behandling av delirium. Sykepleierne måtte som sagt ofte bruke personlige preferanser som var basert på personlig erfaringer og kunnskap delt i enheten for å håndtere pasienter med delirium. Alle deltakerne var enige om at både ikke-farmalogiske tiltak og farmalogiske tiltak er nødvendige for å håndtere tilstanden. Sykepleierne i undersøkelsen var enige om at ikke-farmalogiske løsninger er grunnleggende for god sykepleie. Et av hovedtiltakene var å opprettholde god døgnrytme for pasientene. Initiativer som ble gjort inkluderte tilbud om privatrom, individualisert tidlig mobilisering (når dette lot seg gjøre). Sykepleierne foretrakk en ikke-farmakologisk tilnærming, da de syntes dette følte mest riktig, og er en naturlig del av god sykepleie. Ett annet sentralt funn var at sykepleierne var enige om at farmalogisk behandling skulle iverksettes først om pasienten er voldelig og en fare mot seg selv og andre.
Etisk vurdering	Hver deltakende ICU-ledergruppe godkjente studien i samsvar med det danske databeskyttelsesbyrået. Alle deltakerne samtykket til å delta etter å ha mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien. Deltakerne ble forsikret

	om at deltakelse var frivillig og at alle data ble behandlet konfidensielt.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

Forskningsartikkel 10

Forfattere År Land Tidsskrift	Lou, Meei-Fang; Dai, Yu-Tzu 2002 Kina Journal of Nursing Research
Tittel	Nurses' experience of caring for delirious patients.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å: <ul style="list-style-type: none"> - Forstå hvordan sykepleiere beskriver delirium og hvilke begrep de bruker for å beskrive det. - Beskrive sykepleieres erfaringer med pasienter med delirium.
Metode/ Instrument	Semistrukturerte intervju
Deltakere/Frafall	4 sykepleiere og 4 avgangssykepleierstudenter
Hovedfunn c	<p>Funn viser at det å ta vare på en pasient med delirium fører til usikkerhet og stress. Usikkerheten kan deles inn i tre området: begrepsklarhet, gjenkjennelsesvansker og valideringsvansker.</p> <p>Begrepet delirium var uklart for informantene. De var ikke tydelige i definisjonen og årsakene. Informantene oppfattet delirium som et ukjent fenomen og hadde aldri tenkt på det.</p> <p>Funn viser også at sykepleierne hadde vansker med å gjenkjenne delirium, og at det kunne forveksles med andre problemer som smerte, emosjonell reaksjon eller påvirkning av anestesi. På grunn av skiftarbeid var det ikke lett å opprettholde kontinuitet i arbeidet, og det gjorde det vanskeligere for sykepleierne å gjenkjenne problemet. Det opplevdes som stressende, fordi det økte sykepleiernes arbeidsmengde. De nevnte at når administrasjonen ikke anerkjente alvoret i problemet, bidro det til økt stress. Sykepleierne prøvde å bevare en viss balanse mellom å ta vare på pasienten med delirium og andre pasienter. For å opprettholde denne balansen måtte sykepleierne ta valg som var det beste framfor det som var «riktig». Handlingene sikret at pasienten er så trygg som mulig, og at familiemedlemmer om mulig kunne få informasjon slik at de kunne ta seg av pasienten.</p>
Etisk vurdering	Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakere som deltok i studien.
Kvalitetsvurdering	Fagfellevurdert

Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekkliste

(Vassbø og Eilertsen 2011)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

- Hensikten var å undersøke hva som kjennetegner sykepleieres erfaringer fra praksis med delirium hos eldre som legges inn for ortopedisk kirurgi.

- De ønsket å finne svar på det, fordi forskning vedrørende sykepleieres praksiserfaringer med delirium hos gamle er begrenset samtidig som forekomst av delirium hos gamle med brudd er høy. Dette utgjorde dermed en viktig bakgrunn for studien.

- Vi vurderte hensikten i studien som relevant til vår oppgave.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Ja, fordi studien ønsket å belyse hva som kjennetegner sykepleieres erfaringer fra praksis. For å finne ut av dette egner intervju seg godt.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Til undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018
Side 2 av 6

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Ja dette er godt beskrevet.

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

- Ja, det blir beskrevet at 15 sykepleiere fra to ortopediske avdelinger ble inkludert.

- Ja, to sykehus ble kontaktet, og sykepleierne måtte minimum ha en 50 prosent stilling for å kunne delta.

- Det blir beskrevet i studien at uforutsette forhold førte til det endelige deltakertallet.

- Begge kjønn og ulike europeisk bakgrunn ble inkludert.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

- Ja. Studien omhandler forskning på pasienter med brudd, derfor egner forskning på ortopediske avdelinger seg godt.

- Ja. Studien brukte fokusgruppeintervju, og dette egner seg godt når man ønsker å finne ut av gruppeerfaringer.

- Det ble utarbeidet en intervjuguide der spørsmålene ble formulert på en slik måte at det skulle gi rom for refleksjon.

- Nei.

- Ja, intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter ordrett transkribert.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Ja. Skriftlig informasjon ble gitt til informantene og praksisfeltet. Det ble også innhentet skriftlig samtykke fra alle informantene.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Studien har satt lys på at økt kompetanse vil være et riktig steg når det kommer til tilpasset og effektivt helsetilbud hos eldre.

- Ja, studien avdekker at det blant annet er nødvendig med større fokus på dette i sykepleierutdanningen og forskning.

- Denne studien er gjennomført i spesialavdelinger for eldre med brudd. Videre studier bør designes på en slik måte at resultatene får overføringsverdi i vanlige ortopediske avdelinger.