



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

**Sykepleieres erfaringer med forebygging av delirium/
Nurses experiences with delirium prevention.**

May Nygard Madsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 70

Molde, 16.05.18



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">• 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 <u>betrakte som fusk</u> 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 Ephorus, 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"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

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: 12.05.18

Antall ord: 9676

Sammendrag

Bakgrunn: Antallet eldre vil sannsynligvis doble seg i løpet av de neste 30 – 40 årene. Med et stigende antall eldre vil også forekomst av sykdom, skader og varierende grader av funksjonsnedsettelse øke. Om lag 14 prosent av alle mennesker over 85 år lider av delirium. Delirium kan føre til kognitiv svikt, behov for økt omsorgsnivå og i verste fall død. Forskning viser at det er mulig å forebygge 1 av 3 tilfeller av delirium.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleieres erfaringer med delirium hos personer som er innlagt i en døgnbemannet institusjon.

Metode: En litteraturstudie basert på systematiske søk med syv kvalitative forskningsartikler, to kvantitative forskningsartikler og en med mixed methods.

Resultat: Sykepleierne hadde lite kunnskap om forebygging av delirium. De etterlyste mer kunnskap om delirium og bruk av evidensbaserte kartleggingsverktøy. Sykepleierne opplevde det ofte stressende å yte god pleie og omsorg for disse pasientene. Dette på grunn av manglete tid og ressurser. Sykepleierne utfører mange gode forebyggende tiltak, men de tenker ikke på delirium når de utføres. Pårørende blir trukket frem som en viktig samarbeidspartner i det forebyggende arbeidet.

Konklusjon: Det er behov for å øke sykepleiernes kunnskap og kompetanse innen forebygging av delirium. Mangel på kunnskap, tid og ressurser førte til at sykepleierne opplevde det belastende å yte pleie og omsorg til pasienter med delirium. Riktig bruk av ressurser, kartleggingsverktøy og tett samarbeid med pårørende vil kunne redusere antall tilfeller av delirium og dermed også sykepleiernes opplevelse av stress.

Nøkkelord: Sykepleiere, erfaringer, forebygging, delirium

Abstract

Background: The number of elderly will probably double in the next 30-40 years. With an increasing number of elderly, the incidence of disease, injuries and varying degrees of disability will also increase. About 14 percent of all people over 85 years suffer from delirium. Delirium can lead to cognitive failure, need for increased care and, worst of all, death. Research shows that it is possible to prevent 1 of 3 cases of delirium.

Aim: The purpose of the literature study was to investigate nurses' experiences with delirium in persons admitted to a day-to-day institution.

Method: A literature study based on a systematic search, with seven qualitative and two quantitative and one mixed methods research articles.

Results: Nurses had little knowledge about the prevention of delirium. They sought more knowledge about delirium and the use of evidence-based mapping tools. Nurses often felt it stressful to provide good care for these patients. This is due to a lack of time and resources. Nurses perform a variety of good preventive measures, but they do not think about delirium when these are performed. Relatives are mentioned as an important partner in the prevention of delirium.

Conclusion: There is a need to increase nurses' knowledge and competence in preventing delirium. Lack of knowledge, time and resources led the nurses to experience stress when caring for patients with delirium. Correct use of resources, mapping tools and close cooperation with relatives could reduce the number of cases of delirium and thus the nurses' experience of stress.

Keywords: Nurs, experience, prevention, delirium

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling	2
2.0	Teori	3
2.1	Sykepleierkompetanse og praksis.....	3
2.2	Den sårbare eldre.....	4
2.3	Delirium.....	5
2.4	Predisponerende faktorer og utløsende faktorer.....	6
2.5	Forebyggende sykepleie	6
3.0	Metode.....	8
3.1	Datainnsamling.....	8
3.2	Inklusjon og eksklusjon av artikler	8
3.3	PIO-skjema	9
3.4	Databasesøk.....	10
3.5	Kritisk vurdering	11
3.6	Etiske overveielser	13
3.7	Analyse.....	13
4.0	Resultat	15
4.1	Manglende kunnskap og kompetanse.....	15
4.1.1	Behov for økt kompetanse	16
4.1.2	Manglende kunnskap om hypoaktivt delirium.....	16
4.2	Ressurskrevende	17
4.2.1	Manglende ressurser.....	17
4.2.2	Manglende tid.....	17
4.2.3	Fysisk og psykisk krevende	18
4.3	Bruk av kartleggingsverktøy	18
4.4	Forebyggende strategier	19
5.0	Diskusjon.....	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Inklusjonskriterier	21
5.1.2	Datainnsamling	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske overveielser.....	23
5.1.4	Analyse.....	23

5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Kunnskap og kompetanse som nøkkelfaktorer i forebyggingen.....	24
5.2.2	Riktig bruk av ressurser	27
5.2.3	Kartleggingsverktøy gjør forebygging enklere	28
5.2.4	Forebygging som eget innsatsområde	28
6.0	Konklusjon.....	31
6.1	Konsekvenser for praksis	31
6.2	Forslag til videre forskning	32
	LITTERATURLISTE.	33
	VEDLEGG.....	37

1.0 Innledning

I følge Demensplan 2020 (2015) vil antallet eldre med demens sannsynligvis doble seg i løpet av de neste 30 – 40 årene. Med et stigende antall eldre vil også forekomst av sykdom, skader og varierende grader av funksjonsnedsettelse øke (St.meld. nr. 29. 2012- 2013). Samhandlingsreformen legger til grunn at kommende behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Det vil si at kommunene skal sørge for en helhetlig pasientforløpstenking der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging i størst mulig grad skal dekkes innen beste effektive omsorgsnivå (St.meld. nr. 47, 2008 – 2009).

Dagens helse- og omsorgstjenester har store mangler når det kommer til kunnskap om og tilrettelegging for personer med demens. Det sier seg derfor selv at det er et stort behov for oppgradering av tjenestens organisering, fysiske utforming og sist men ikke minst kompetanse (Demensplan 2020, 2015). Helsedirektoratet ga i 2017 ut rapporten:

Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden? I rapporten konkluderes det med at det er behov for sykepleiere med høy kompetanse i kommunene. Som følge av kortere liggetider i sykehus og nye oppgaver for sykepleiere, er det behov for sykepleiere med en videreutdanning som gir breddekompetanse til å ivareta nye roller og pasienter i ustabile og uavklarte sykdomstilstander.

Delirium ble beskrevet i medisinsk litteratur allerede for ca. 2500 år siden (Engedal, 2008). I dag vet vi at risikoen for å få delirium øker desto eldre en blir. Om lag 14 prosent av alle mennesker over 85 år lider av delirium. Mennesker som har en demenstilstand er ekstra utsatt. En svensk studie viste at 44 prosent av beboerne i sykehjem ble diagnostisert med delirium på undersøkelsestidspunktet. Delirium kan få store konsekvenser og er gjerne assosiert med kognitiv svikt, behov for økt omsorgsnivå i form av sykehjemsplass og i verste fall død (Juliebø, V. 2009).

På bakgrunn av det ovenstående kan det antas at en vekst av sårbare eldre også vil føre til en økning i tilfeller av akutt funksjonssvikt eller delirium. Dette vil medføre et større krav til sykepleiernes kompetanse innenfor forebygging og behandling av delirium hos eldre.

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleieres erfaringer med delirium hos personer som er innlagt i en døgnbemannet institusjon.

1.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleier med forebygging av delirium hos pasienter innlagt i døgnbemannet institusjon?

2.0 Teori

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for sykepleierkompetanse, den sårbare eldre, diagnosen delirium, risikofaktorer for utvikling av lidelsen og forebyggende sykepleie til pasienter med høy risiko.

2.1 Sykepleierkompetanse og praksis

Skal en sykepleier kunne utøve god sykepleie må en ha tilegnet seg visse ferdigheter og kunnskaper gjennom utdanning og ved å opparbeide seg erfaring. Det trengs både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap innen sykepleie. Kompetanse betyr «evne til å gjøre noe». En må kunne bruke disse ferdighetene og kunnskapen på en god og effektiv måte i konkrete situasjoner. På samme tid innebærer kompetanse evnen til å utvikle både kognitive, sosiale og atferdsmessige egenskaper. En må kunne handle fleksibelt og tilpasse sine handlinger i forhold til det situasjonen krever (Kirkevold, 2002).

Sykepleiepraksis spenner over ulike situasjoner. Ulike situasjoner har ulike utfordringer og stiller dermed ulike krav til kunnskap og kompetanse. Kirkevold (2002) deler sykepleiepraksis inn i fire ulike pasienthendelsesforløp. Disse er akutsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke- problematiske situasjoner og probleminentifiserende situasjoner. Situasjonssindelingen må betraktes som et analytisk redskap for å kunne beskrive forskjeller mellom ulike typer sykepleiepraksissituasjoner. I de fleste tilfeller vil det være elementer fra flere av situasjonene samtidig. Disse fire situasjonene skiller seg ved hensyn til følgende aspekter: Hvordan sykepleier foretar kliniske vurderinger og beslutninger. Tiden sykepleier har til rådighet til å foreta kliniske vurderinger, gjøre beslutninger og gjennomføre nødvendig handling. Hvilke krav som stilles sykepleier i den aktuelle situasjonen, altså hvilke mål eller verdier som bør virkeliggjøres. Hvilke typer handlinger situasjonen krever av sykepleier, altså mellommenneskelige, kommunikative, tekniske og koordinerende ferdigheter. God sykepleie vil variere med type situasjon, og bedømmelsen av pleiens kvalitet og nødvendig kunnskap må derfor ha forskjellig utgangspunkt. Det handler om å virkeliggjøre aktuelle muligheter med ulik kunnskap og kompetanse hos sykepleier fra situasjon til situasjon (Kirkevold, 2002).

2.2 Den sårbare eldre

Når en blir eldre blir en mer utsatt for sykdom som igjen fører til ulik grad av funksjonssvikt. Mennesker som er over 75 år betegnes som gamle. De har ofte aldersforandringer som er av betydning for sykdom, diagnostikk, behandling, forløp og prognose. Variasjonene er selvsagt store. To mennesker som er like gamle vil ofte være svært ulike når det gjelder funksjonsnivå, evne til autonomi og prognose. Det er derfor viktig å ta hensyn til individuelle forskjeller hos gamle pasienter (Kirkevold, M. et.al. 2008).

I den medisinske litteraturen brukes gjerne det engelske ordet «frailty». Wyller (2011) forklarer at dette ordet ikke har noen god norsk oversettelse. I mange sammenhenger oversettes det med skrøpelig, men dette ordet er muligens noe mer negativt ladet enn det engelske. Wyller (2011) velger heller ordet sårbar i sin oversettelse av ordet, men han påpeker at frailty i geriatrisk sammenheng må forstås videre enn dette.

Holm og Rønholt (2016) definerer skrøpelighet (frailty) slik:

En tilstand eller et syndrom der er et resultat af en reduktion af kroppens reservekapacitet i en sådan grad, at et antal fysiologiske og biologiske systemer er tæt på eller allerede har overskredet tærskelen for symptomatisk klinisk svigt.

Aldersforandringer fører ofte til endringer i de fleste organer. Dette fører igjen til økt sårbarhet og økt mottagelighet for sykdom. Den typiske geriatriske pasient har ofte både aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt. En bruker ofte tre begreper til å beskrive sårbare gamle pasienter: skrøpelige, multisyke (to eller flere kroniske sykdommer) og funksjonsvekkede (svikt i en eller flere av dagliglivets funksjoner). Skrøpelighet kan ofte ses i sammenheng med det å ha flere sykdommer. Funksjonssvikt er ofte en konsekvens av skrøpelighet. Gamle kan være skrøpelige uten å være syke. Det er derfor viktig å forebygge skrøpelighet slik at en i det lengste unngår at den gamle blir hjelpetrengende. Fysisk aktivitet, god ernæringsstatus og forebygging av spesifikke sykdommer er alle viktige forebyggende tiltak (Kirkevold, M. et.al. 2008).

2.3 Delirium

Delirium ses på som en uspesifikk reaksjon på somatisk sykdom eller forgiftning. Dette medfører at hjernen blir overbelastet og en får akutt hjernesvikt. Opp gjennom tidene har tilstanden hatt mange navn for eksempel akutt konfusjon, forvirring, transitorisk konfusjon, akutt psykoorganisk syndrom, toksisk psykose og medikamentell psykose. Det er i dag internasjonal enighet om å bruke betegnelsen delirium. Delirium kan arte seg et hyperaktivt og hypoaktivt (stille) eller det kan veksle mellom disse. Det er viktig å merke seg at det er forskjell på delirium og delirium tremens som blir utløst av alkohol og alkoholabstinens (Engedal, K. 2008). Delirium tremens blir ikke tatt med i denne oppgaven.

Lipowski har definert delirium på følgende måte:

«Delirium er et transitorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våkenrytme». (Engedal, K. 2008).

Klassifikasjonssystemene DSM-5 og ICD-10 inneholder Lipowskis momenter, men begge har lagt mer vekt på den kognitive svikten som vanligvis ses ved delirium. Hos eldre ser en ofte at det er flere faktorer som bidrar til at delirium oppstår (Engedal, K. 2008). Under vises de diagnostiske kriterier for delirium hentet fra American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5):

A: Forstyrret oppmerksomhet (for eksempel redusert evne til å fokusere, opprettholde og/eller endre oppmerksomhet) og bevissthet (redusert evne til å orientere seg i omgivelsene).

B: Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), representerer en akutt endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktere i grad av alvorlighet gjennom døgnet.

C: Ytterligere forstyrret kognisjon (for eksempel redusert hukommelse, desorientering, språk -eller persepsjonsforstyrrelser).

D: Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en allerede kjent nevrokognitiv lidelse eller oppvåkingsfasen fra koma.

E: Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser (rus eller legemidler), abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker.

2.4 Predisponerende faktorer og utløsende faktorer

Blant eldre forekommer delirium hyppig. Spesielt hyppig rammes de som har en kronisk eller akutt alvorlig somatisk sykdom og de som har en demenssykdom (Engedal, K. 2008). Delirium ikke er en sykdom i seg selv, men et tegn på akutt hjernesvikt og ubalanse som kroppen ikke klarer å kompensere for. En kombinasjon av predisponerende og utløsende faktorer kan føre til delirium. En kan ikke påvirke de predisponerende faktorene, slik som alder over 75 år, kognitiv svikt, komorbiditet eller tidligere gjennomgått delirium. Når det gjelder de utløsende faktorene kan det for eksempel være direkte påvirkning av hjernen (eks hjerneslag), ubalanse i kroppen slik som hypoksi, inflammasjon og metabolske forstyrrelser i blodsukker eller elektrolytter. Redusert reservekapasitet i mange organer, som følge av aldersforandringer, fører til økt sårbarhet for organsvikt. Dette igjen fører til redusert homeostase og reduserte kompensasjonsmekanismer. En urinveisinfeksjon, stress, høreapparat eller briller som ikke blir benyttet kan bidra til å løse ut delirium hos eldre. Videre er det verdt å nevne at også smerter, urinretensjon, obstipasjon, redusert mobilitet, bruk av monitoreringsutstyr og redusert søvnkvalitet kan være utløsende faktorer (Eide, L. S. P. et.al. 2017).

2.5 Forebyggende sykepleie

Pasienter kan veksle mellom å ha hypo- og hyperaktivt delirium. Det kan være vanskelig å oppdage akutte forandringer i oppmerksomhet, bevissthet og kognitiv funksjon. Spesielt vanskelig kan dette være hos pasienter som nylig har kommet til avdelingen eller hos personer som har en demenssykdom fra før (Eide, L. S. P. et.al. 2017).

Det er ikke uvanlig at pasienter blir urolige, vandrende, aggressive og forstyrrende på den tiden av døgnet hvor det er minst bemanning som på kveld- og natt. En god og observant klinisk medarbeider bør være i stand til å observere såkalte prodromalsymptomer. Det er tegn eller symptom ved et nært forestående delirium og kan for eksempel være angst, motorisk uro og tretthet med tendens til å sovne i løpet av dagen. Før delirium bryter ut i full blomst er også gjerne innsovningsproblemer og urolig søvn med mareritt vanlig (Engedal, K. 2008). Det er ofte sykepleieren som først registrerer endring i pasientens mentale tilstand. Derfor har sykepleierne en viktig rolle for å forbygge delirium og for å sette i gang videre oppfølging og behandling (Eide, L. S. P. et.al. 2017).

Flere av de utløsende faktorene er tett relatert til sykepleiefaglige oppgaver. Likevel kan det kan være utfordrende å ivareta disse pasientene, for eksempel på grunn av manglende ressurser og tid. For å gjøre jobben med å identifisere delirium mer systematisk har det blitt utviklet flere forskjellige kartleggingsverktøy (Eide, L. S. P. et.al. 2017). The Confusion Assessment Method (CAM) vurderer om det har oppstått forstyrrelser i oppmerksomhet og bevissthet i løpet av kort tid og om forstyrrelsene representerer en akutt endring i tilstanden. I tillegg identifiserer den om pasienten har en desorientert tankegang, og om denne veksler i alvorlighetsgrad gjennom døgnet (Inouye S. K, et.al. 1990).

I følge forskning er det mulig å forebygge en tredjedel av alle tilfeller av delirium. En må vie ekstra stor oppmerksomhet til pasienter som har høy risiko for å utvikle delirium (Kukreja D. et.al. 2015). Ved å optimalisere medisinsk behandling, sørge for god ernæring, smertelindring, mobilisering og generelt god pleie kan delirium forebygges. Forebygging vil mest trolig redusere dødelighet og andre komplikasjoner som dukker opp som følge av delirium (Juliebø, V. 2009).

3.0 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det kreves et tilstrekkelig antall artikler av god kvalitet for å kunne utføre en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie ved at man svarer tydelig på en problemstilling. Dette gjøres ved at en identifiserer, velger, vurderer og analyserer relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2013). I følge retningslinjene for fordypningsoppgaven i Avansert klinisk sykepleie ved høyskolen i Molde skal litteraturstudien være basert på systematiske søk. Hensikten med litteraturstudiet er å få innsikt i hvordan en planlegger og gjennomfører et selvstendig vitenskapelig arbeid, og at studiens resultater kan anvendes i undervisning og klinisk praksis. Litteraturstudien skal baseres på minimum 10 forskningsartikler (Orøy, 2018). Her under vil det bli gjort rede for inklusjon/eksklusjon av artikler, utarbeidelse av PIO-skjema, databasesøk, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse.

3.1 Datainnsamling

For å tilegne meg kunnskap startet jeg høsten 2017 å lese forskjellig litteratur som belyste temaet for litteraturstudiet. Jeg har lest mye fagartikler på nett og utførte noen prøvesøk i biblioteket ved høyskolen i Molde sine databaser. Dette gjorde jeg for å se om det var tilstrekkelig med forskning innenfor temaet delirium. På grunn av liten erfaring med søk i databasene ble søkene noe ustrukturerte. Jeg bestilte meg derfor time med bibliotekar for å få veiledning i søkeprosessen. I boken til Nordtvedt et.al. (2012) fant jeg en god beskrivelse av hvordan en skal gå frem for å søke etter litteratur.

3.2 Inklusjon og eksklusjon av artikler

For å gjøre jobben med datainnsamling og litteratursøk enklere og mer oversiktlig ble det utformet inklusjons -og eksklusjonskriterier før søkeprosessen startet. En litteraturstudie bør blant annet inneholde tydelige inklusjon -og eksklusjonskriterier som bestemmer valg av artikler (Forsberg, C. og Wengström, Y. 2013). Med inklusjonskriteriene skal en spesifisere karakteristika for de forskningsartiklene en leter etter. De bør inneholde hvilken populasjon, hvilket tiltak eller fenomen som ble studert, om studiene skal være publisert innenfor visse tidsrom, språk og hvilken publikasjonsstatus artiklene skal ha. En må også tydeliggjøre hva slags studiedesign som skal tas med. På samme måte bør

eksklusjonskriteriene bli synliggjort (Reiner, L. M. og Jamtvedt, G. 2010). Jeg har valgt og ikke begrense på utgivelsesår. Grunnen til det er at det i kunnskapsbasert praksis er den beste kunnskapen en er ute etter. Nyest er ikke nødvendigvis synonymt med best (Tholens, B. og Leegard, M. 2017).

Inklusjonskriterier:

- Kvalitativ eller kvantitativ
- Originale artikler
- Sykepleieperspektiv
- Arbeider i sykehjem eller i sykehus
- Hadde erfaring med denne pasientgruppen og forebygging
- Etisk godkjenning eller at det er gjort etiske overveielser
- Fagfellevurderte originalartikler publisert i vitenskapelig tidsskrift
- Artikler på norsk, engelsk, svensk eller dansk

Eksklusjonskriterier:

- Artikler uten fagfellevurdering eller etisk vurdering
- Review – og fagartikler
- Artikler som ikke var relevante for min problemstilling

3.3 PIO-skjema

For å klare og utforme en tydelig og fokusert problemstilling har jeg tatt i bruk PICO-rammeverket som hjelp. Dette rammeverket representerer en måte å dele opp problemstillingen på slik at den struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene står for bestemte elementer:

- **P:** Hvilken pasient eller pasientgruppe gjelder spørsmålet?
- **I:** Hvilket tiltak eller intervensjon vil vi vurdere? Intervensjon må her tolkes vidt.
- **C:** Skal tiltaket sammenlignes med et annet?
- **O:** Hva slags utfall er vi interessert i? Hva er det med tiltaket som vi ønsker å vurdere eller oppnå?

Jeg var ute etter sykepleiernes erfaringer, og skulle ikke sammenligne noe tiltak. Derfor ble det utarbeidet et PIO-skjema (Nordtvedt et.al 2012). For utfyllende PIO-skjema, se vedlegg nr.1.

3.4 Databasesøk

Jeg startet søk i januar 2018. Jeg kom frem til hvilke databaser jeg skulle bruke ved å bruke boken til Nordtvedt et. al. (2012). Den gir en god oversikt over de ulike databasene. Jeg fikk også veiledning med bibliotekar for å få en grundigere forståelse av hvordan jeg skulle bruke de ulike søkemotorene.

Søkene ble utført i fritekst og det ble brukt advanced search. Jeg har brukt såkalte boolske operatører for å kombinere søkeord (AND og OR). Når en bruker boolske operatører kan en utvide eller avgrense søket slik en ønsker. AND avgrenser søket ved at det kun gir treff på artikler som inneholder begge søkeordene. OR utvider søket ved at det gir treff på enten det ene eller det andre søkeordet en bruker. Jeg har også valgt å bruke trunkering på noen av søkeordene (*). Ved å bruke trunkeringstegn på slutten av ordet fikk jeg resultater på alle ordene som startet med det som ble skrevet inn før ordet ble trunkert. Under søket ble det haket av for de MeSH-termer (Medical subject headings) jeg ønsket å bruke. De fleste var inkludert i PIO-skjemaet. MeSH er medisinske termer eller nøkkelord som brukes av The National Library of Medicine for å indeksere referanser til databasen MEDLINE (Nordtvedt et.al. 2012).

Både overskrifter og abstracter ble lest for å vurdere om artiklene kunne være relevant. Jeg brukte to overordnede spørsmål som første ledd i den kritiske vurderingen av artiklene: Har artikkelen en klart formulert problemstilling? og er designet som er benyttet velegnet til å besvare problemstillingen? (Nordtvedt et.al. 2012). Dette vil jeg komme mer inn på i eget kapittel om kvalitetsvurdering. Se vedlegg nr.2 for oversikt over gjennomførte søk og valg av databaser.

IDUNN: (søkeord: delirium, demens, sykepleie*, forebygg*, erfaring*) Idunn er Universitetsforlagets digitale publiseringsplattform for fag- og forskningstidsskrifter

(<https://www.idunn.no/info/om>. Lest: 15/1-18). 15/1-18: treff på 1 artikkel. 1 stk inkludert i studien:

- Vassbø, T.K., Eilertsen, G. (2014).

OID MEDLINE: (søkeord: delir*, demen*, nurs*, experienc*). Dette er den største databasen innen medisin og sykepleie (Nortvedt et al. 2012). 26/2-18: treff på 54 artikler. 4 stk inkludert i studien:

- Yue, P., Wang, L. Liu, C., Wu, Y. (2015).
- Zamoscik, K., Godbold, R., Freeman, P. (2017).
- Morandi, A., Lucchi, E. et.al. (2015).
- Coyle, M. A., Burns, P., Traynor, V. (2017).

Manuelt søk: Sykepleien Forskning: Forebygging av delirium hos eldre. Søk 2/2-18: 2 treff. 1 stk inkludert i studien:

- Bøyum, Å. (2013).

PROQUEST: (søkeord: delir* AND nurs* AND elder* AND prevent* AND experienc*). Avansert søk. Limitations: artikkel, språk norsk, dansk, svensk og engelsk, Age <65 år og <80 år. Fulltext. Søk 6/3-18: 1212 treff. 4 stk inkludert i studien:

- Inouye, S.K., Foreman, M.D, Mion, L.C, Katz, K.H., Cooney, L. M. (2001)
- Agar, M., Draper, B., Phillips PA., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., Currow D.D. (2011).
- Robinson, S., Rich, C., Weitzel, T., Vollmer, C., Eden, B. (2008).
- Birge, A.Ö., Aydin, H. T. (2016).

3.5 Kritisk vurdering

Som nevnt over brukte jeg som første steg i kvalitetsvurderingen av artiklene to overordnede spørsmål. Dersom jeg svarte nei på et av disse spørsmålene ble ikke mer tid brukt på artikkelen. Jeg undersøkte alle tidsskrift som artiklene hadde blitt publisert i for å finne ut om de var fagfelleverderte originalartikler. Det innebærer at artiklene er gjennomgått av minst to eksperter på de aktuelle områdene. Artiklene har blitt vurdert ut fra definerte kriterier før de har blitt akseptert og publisert (Svartdal, F. 2015). Jeg valgte å bruke NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste) sin nettside. Det er et register

over vitenskapelige publiseringskanaler (tidsskrifter, serier og forlag) som drives i samarbeid mellom Det nasjonale publiseringsutvalget (NPU) og NSD på oppdrag fra kunnskapsdepartementet (<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>).

En viktig faktor i kunnskapsbasert praksis er å kunne vurdere informasjonen en finner på en kritisk og konstruktiv måte. Når en har funnet en artikkel som er klart formulert, forståelig og relevant kan en gå videre å lese den med et kritisk blikk (Tholens, B. og Leegard, M. 2017). Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler. Målet med kvalitativ forskning er å komme frem til dybdetenkning og å få helhetlig forståelse av få enheter. Målet med kvantitativ forskning er å finne kunnskap om omfang og utbredelse, frekvenser og fordelinger, og statistiske sammenhenger i forhold til mange enheter (Thornquist, E. 2003).

Selv om en artikkel er publisert i et velrenommert tidsskrift og har gjennomgått fagfelleevaluering er det viktig å kunne vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten (Nortvedt et. al 2012). I det videre arbeidet med og kritisk vurdere de vitenskapelige artiklene brukte jeg sjekklister. De inneholder kontrollspørsmål som skal gjøre jobben enklere. Forskjellige studiedesign krever ulike kontrollspørsmål og en må derfor ta i bruk en sjekklister som passer studiedesignet som er brukt (Nortvedt et. al 2012).

Til de kvalitative artiklene har jeg valgt å bruke Malteruds Sjekkliste for kritisk lesning av kvalitative studier (Malterud, K. 2011). Til de kvantitative artiklene har jeg valgt å bruke Sjekkliste – tverrsnittstudier (Nortvedt et. al 2012). I følge Malterud (2011) må sjekklisten aldri bli et mål og en skal ikke stille urealistiske krav å forlange at alle spørsmål besvares med «ja», men dersom en svarer «nei» på et stort antall av spørsmålene skal det godt gjøres å komme med en positiv konklusjon. Det er ikke tilstrekkelig vitenskapelig kvalitet å mene at problemstillingen eller teksten er viktig eller fascinerende. Dette gjelder både kvalitative og kvantitative studier.

Nivået på artiklene ble vurdert ut fra hvor mange punkt i de to skjemaene som svarte «ja», «nei» eller «uklart». Utfra Malteruds Sjekkliste, ble artiklene vurdert som gode om det var minst 20 av 33 «ja». I Sjekkliste for tverrsnittstudier ble artiklene vurdert som gode om de hadde minst 8 av 12 «ja». De artiklene jeg fant gjennom databasesøkene som svarte på

min problemstilling ble tatt med i kvalitetsvurderingen. Alle svarte «ja» på minst 20 på de kvalitative eller åtte på de kvantitative. Artikkene ble betegnet som gode og ble dermed inkludert i studien.

3.6 Etiske overveielser

Historien er full av eksempler på alvorlig misbruk og forbrytelser mot menneskeheten. Mange av dem er gjort i den medisinske forskningens navn. I etterkant av 2.verdenskrig førte Nürnbergprosessen til utformingen av Nürnbergkodeksen. Den inneholder ti punkter, hvorav det mest sentrale er kravet om informert samtykke. Helsinkideklarasjonen fra 1975 krevde i tillegg at forskningsprosjekter skal vurderes av en uavhengig etisk komité (Ruyter, K.W et.al. 2014). Videre hetes det også i Helsinkideklarasjonen at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og som beskytter deres helse og rettigheter. Slik forskning må bare gjennomføres dersom formålet er viktigere enn de belastninger og risikoer som forskningen innebærer for forsøkspersonen. I tillegg til dette skal forskningen være regulert av helseforskningsloven og forskningsetikkloven (Malterud, K. 2011).

Etiske overveielser bør også gjøres før en starter arbeidet med en systematisk litteraturstudie (Forsberg, C. og Wengström. Y. 2013). Jeg har derfor valgt å ha med etisk godkjenning eller at det er gjort etiske overveielser av artikkene i inklusjonskriteriene mine. Alle artikler som er inkludert i litteraturstudien er blitt vurdert med tanke på å sikre at etiske normer og regler har blitt ivarettatt. Jeg har også gjort etiske overveielser i forhold til denne litteraturstudien. I obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring, er det erklært at denne oppgaven er eget arbeid, og at det ikke er tatt i bruk andre kilder enn det som er opplyst i besvarelsen. Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bruk av kilder og referanser har blitt brukt og det har også i størst mulig grad blitt brukt primærlitteratur.

3.7 Analyse

I arbeidet med å analysere artikkene har jeg valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) sin analysemodell. Modellen er bygd opp av fire faser. Første steg er å samle inn data. Denne

delen har jeg beskrevet tidligere i oppgaven. Ti artikler ble funnet. Disse ble så etisk – og kvalitetsvurdert. Artiklene ble nummerert fra 1 – 10. Se vedlegg nr. 3 og 4.

Andre steg i analysemodellen er å identifisere hovedfunn. Når jeg las gjennom artiklene dannet jeg meg et bilde av hovedfunn (Evans, 2002). Jeg brukte tusjer med forskjellig farge for å «kode» de forskjellige funnene. Videre laget jeg et Word-dokument for å få enda bedre oversikt. Se vedlegg nr.5.

I tredje steg skal funnene sorteres og sammenlignes på tvers av artiklene (Evans, 2002). Som nevnt brukte jeg farger for å kode funnene i artiklene som kunne samles sammen i en kategori.

I fjerde og siste fase skal en lage en syntese av funnene (Evans, 2002). Etter at jeg hadde gått gjennom alle artiklene og kodet funn med forskjellige farger kom jeg frem til fire hovedfunn. Det ble utarbeidet en syntese for hvert hovedfunn. Jeg har laget en figur som viser hvordan dataen fordeler seg i de inkluderte artiklene og som dermed danner mine hovedfunn. Se figur nr. 1.

Hovedfunnene blir nærmere beskrevet i litteraturstudiens resultatdel.

Figur 1: Datatelling

Kunnskap/ kompetanse (grønn)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10
Manglende ressurser (rød)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
Kartlegging og observasjon (blå)	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10
Forebyggende strategier (gul)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere hovedfunnene fra de ti inkluderte artiklene. Det er viktig å se funnene som en helhet, da de ulike temaene påvirkes av hverandre.

4.1 Manglende kunnskap og kompetanse

Jeg fant at økt kunnskap og kompetanse var en nøkkelfaktor for å kunne forebygge delirium. Mange av deltakerne oppga manglende kunnskap som en barriere for å kunne utføre dette arbeidet. På samme tid var det viktig at ledelsen hadde forståelse for dette behovet og gjorde sitt for å øke kompetansen til sykepleierne. Sykepleierne opplevde det svært belastende og stressende å yte pleie og omsorg til pasienter med delirium. Jeg fant også at mange har svært lite kunnskap om hypoaktivt delirium og at denne typen delirium sjelden eller aldri blir identifisert (Yue, P., et.al., 2015, Morandi, A., et.al. 2015, Bøyum, Å.W., 2013, Zamoscik, K., et.al., 2017, Vassbø, T.K., Eilertsen, G., 2014, Coyle, M.A., et.al., 2017, Inouye, S.K., et.al., 2001, Agar, M., et.al., 2011, Birge, A.Ö., Aydin, H. T., 2016).

De fleste sykepleierne følte at de trengte mer kunnskap om delirium. En av sykepleierne i studien til Yue, P., et.al. (2015) beskrev dette slik:

«It is difficult for me to distinguish delirium from other neurological disorders as I havent learned how to tell the difference... Therefore, I can't tell if the symptoms are the results of cerebral haemorrhage or delirium. I don't know what the definition of delirium is».

Manglende kunnskap førte til stor stressbelastning for sykepleierne. De var ofte bekymret for pasientene som var i risiko for å få delirium. På samme tid ble forebygging og behandling av delirium beskrevet som «airy-fairy» av en sykepleier i studien til Zamoscik, K., et.al. (2017). Her kommer det tydelig frem at mange sykepleiere har manglende helhetlig forståelse av tilstandens kompleksitet og alvorlighetsgrad. Dette kommer også frem i studien til Vassbø, T.K. og Eilertsen, G. (2014).

4.1.1 Behov for økt kompetanse

Et av funnene i studien min er at sykepleierne hadde et ønske om å få økt kompetanse innen forebygging og behandling av delirium. De følte ofte at pleie av pasienter som var i et delirium var stressende og frustrerende. I artikkelen til Morandi et.al. (2015) rapporterte helsepersonellet (sykepleiere, pleieassistenter og fysioterapeuter) at deres største bekymring var deres manglende evne til å forstå pasientenes behov og yte riktig pleie. I denne studien kom det også frem at sykepleierne opplevde mindre stress enn pleieassistentene og fysioterapeutene. I konklusjonen til artikkelen kommer det frem at det er svært viktig å øke kompetansen til helsepersonellet gjennom utdanning, opplæring/ trening og støtte for å redusere opplevelsen av stress (Morandi et.al. 2015).

En av sykepleierne i studien til Yue, P., et.al. (2015) opplevde sine vansker med å identifisere delirium slik:

«Sometimes I feel confused, because delirium can occur in any of the ICU patients. Delirium patients don't always show symptoms, so I don't know when patients is awake or confused. I just don't know! So my work is very passive. Because I'm not sure whether the patient is confused, I don't know when or if they will pull out their tube».

4.1.2 Manglende kunnskap om hypoaktivt delirium

Funnene mine viser at hypoaktivt delirium ofte ble beskrevet som svært vanskelig å identifisere. Sykepleierne tenker ofte på pasienter med delirium som urolige, uklare og aggressive. Slik beskrives det av en sykepleier:

«I am even more afraid of hypoactive delirium, because it is more difficult to recognize. When patient wants the nurse to do the same thing over and over again or has some other behavioural problems, the nurse in charge will pay more attention to him, and it's easier to notice that patient. But if the patient doesn't have any of the hyperactivity symptoms, it is extremely hard to identify delirium.»
(Yue, P., et.al. 2015).

Også i studien til Vassbø, T.K. og Eilertsen, G. (2014) kommer det tydelig frem at kliniske tegn på hypoaktivt delirium ikke ble forstått og satt i sammenheng med delirium og risikoen dette er forbundet med.

4.2 Ressurskrevende

Studien min viser at delirium ble sett på som krevende både med tanke på tid og ressurser. Forebygging ble rett og slett ikke ble prioritert av sykepleierne. Grunnen til det var ofte at de trodde de ikke hadde god nok kunnskap om forebyggende tiltak og/ eller at det var manglende kunnskap. Manglende tid ble oppgitt som en barriere i flere av studiene. Det er ikke ressurser å bruke på beroligelse og miljøtiltak. Dette opplevdes belastende og stressende for sykepleierne (Yue, P., et.al., 2015, Morandi, A., et.al. 2015, Bøyum, Å.W., 2013, Zamoscik, K., et.al., 2017, Vassbø, T.K., Eilertsen, G., 2014, Coyle, M.A., et.al., 2017, Agar, M., et.al., 2011).

4.2.1 Manglende ressurser

Jeg fant i studien min at manglende ressurser ofte ble tatt opp som et problem. Det var både interne og eksterne barrierer. For eksempel ble delte skift og manglende kontinuitet hos personalet som var på jobb beskrevet som en vanskeliggjørende faktor for å kunne identifisere delirium. Dette gjorde det også vanskelig å sette i gang tiltak i tide.

Sykepleierne kunne rett og slett ikke vite om pasienten var i et delirium eller var urolig på grunn av for eksempel demens. Psykisk pleie til pasienter som hadde et delirium førte ofte til at sykepleierne følte seg uglesett av kollegaer for eksempel fordi de satt sammen med pasienten for å berolige i stedet for å hjelpe kollegaene sine ute i avdelingen. De hadde rett og slett ikke ressurser til å drive med forebygging, kartlegging og behandling av delirium:

«keeping my patient physically alive, I would say, is more important than doing my CAM-ICU» (Zamoscik, K., et.al., 2017).

4.2.2 Manglende tid

Funnene mine viser at mangel på tid ofte ble oppgitt som en begrensning for forebygging og kartlegging av delirium. Spesielt var det mangel på tid til å gi informasjon og til å

berolige pasientene som mange av deltakerne trakk frem som en utfordring. Studien min fant også at mange opplever manglende tid til god pleie som en stor stressfaktor. Det oppleves også stressende og belastende at en får mindre tid til andre pasienter på avdelingen. En sykepleier i studien til Zamoscik, K., et.al. (2017) beskrev utfordringen med mangel på tid slik:

«at the end of the day you still have all the other ICU stuff that you need to do and as much as we want to be able to sit with that patient... Sometimes they are really sick at the same time. They might be on the filter. You might be guarding that line with your life (...) if somebody could just focus on the psychological aspect of care, specifically, I think that would be a big help».

4.2.3 Fysisk og psykisk krevende

Studien min viser at pleie og omsorg for pasienter som har delirium er svært krevende. Sykepleiere opplever det belastende både fysisk og psykisk. Arbeidsbelastningen er stor og mange er redde for å bli utbrent i jobben sin. Flere av sykepleierne i studien til Vassbø, T.K. og Eilertsen, G. (2014) etterlyser et tettere tverrfaglig samarbeid i det forebyggende arbeidet. Ofte er det dårlig kommunikasjon mellom sykepleiere, leger og andre som igjen fører til stor fare for utvikling av delirium. På samme tid opplevde sykepleierne mindre stress/ belastning i pleie av pasienter med delirium enn for eksempel fysioterapeuter og hjelpepleiere. Dette funnet blir forklart med at sykepleiere ofte har mer erfaring med og kunnskap om delirium enn andre yrkesgrupper (Morandi, A., et.al. 2015).

4.3 Bruk av kartleggingsverktøy

Studien min fant at sykepleiere etterlyser prosedyrer og gode kartleggingsverktøy for å identifisere risikopasienter. Det er vanskelig å få kjennskap til pasientene som igjen fører til at det er vanskelig å identifisere om det er uro på grunn av delirium eller andre diagnoser, spesielt demens. Mange av pasientene har komplekse sykdomstilstander. Flere sykepleiere hadde liten erfaring med bruk av kartleggingsverktøy, for eksempel CAM. Ofte var det sykepleiernes erfaring som ble brukt som «hovedverktøy» i kartlegging og forebygging av delirium. Bruk av kartleggingsverktøy ble ikke prioritert, både på grunn av manglende tid og manglende kompetanse (Yue, P., et.al., 2015, Morandi, A., et.al., 2015,

Zamoscik, K., et.al., 2017, Vassbø, T.K., Eilertsen, G., 2014, Coyle, M.A., et.al., 2017, Inouye, S.K., et.al., 2001, Agar, M., et.al., 2011, Birge, A.Ö., Aydin, H. T., 2016).

Denne studiens funn viser at sykepleierne mente at det er behov for å få på plass rutiner for bruk av kartleggingsverktøy allerede i innkomstsituasjonen. En sykepleier sa:

«Her må jeg være ærlig, jeg tenker ikke på delirium når pasienten kommer inn. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min» (Vassbø, T.K. og Eilertsen, G., 2014).

Sykepleierne i studien erfarte at det er behov for god opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Delirium ble ofte ikke oppdaget av sykepleiere til tross for at de brukte CAM. Dette kan nok være et resultat av at det ikke er gode nok rutiner for bruk av kartleggingsverktøy og for lite kunnskap om delirium blant sykepleierne (Inouye, S.K., 2001). Mange sykepleiere følte at kartlegging av delirium var en oppgave for leger og spesialsykepleiere. Derfor ble det ikke forventet at sykepleiere skulle gjøre det (Coyle, M.A., et.al., 2017). En av deltakerne i studien til Coyle, M.A., et.al. (2017) la det frem slik:

"They love that stuff and that's their niche...so they see it every day. Like we see it every day but they have the time."

Funnene i denne studien viser også at det er manglende tilgang på evidensbaserte verktøy og metoder for kartlegging og identifisering av delirium. Det er lite tilrettelagt for sykepleierne, både når det gjelder opplæring og trening.

"The wards aren't using any sort of delirium assessment tool because they haven't got any." (Coyle, M.A., et.al., 2017).

4.4 Forebyggende strategier

I studien min fant jeg at sykepleierne ofte utførte forebyggende tiltak, men at det ikke alltid var bevisst. Det var ikke delirium de tenkte på når de utførte tiltakene. Mange av de forebyggende tiltakene er tett relatert til grunnleggende sykepleiefaglige oppgaver. Sykepleierne ser god nytte av forebygging av delirium, men de etterlyser prosedyrer som

gjør jobben mer systematisk. Det viser seg en positiv nedgang av tilfeller av delirium når sykepleiere setter i gang systematiske forebyggende tiltak. Jeg fant at de fleste sykepleierne mener at pårørende er en viktig samarbeidspartner i dette forebyggende arbeidet (Yue, P., et.al., 2015, Morandi, A., et.al. 2015, Bøyum, Å.W., 2013, Zamoscik, K., et.al., 2017, Vassbø, T.K., Eilertsen, G., 2014, Coyle, M.A., et.al., 2017, Agar, M., et.al., 2011, Robinson, S., et.al., 2008, Birge, A.Ö., Aydin, H. T., 2016).

Mange av sykepleierne så effekt av grunnleggende sykepleier tiltak som for eksempel tidlig mobilisering, hydrering og skjerming for de mest sårbare pasientene. På samme tid etterlyste de en mer systematisk oppfølging med tanke på forebygging av delirium. Korrigering av syn- og hørsel ble ikke nevnt selv om dette er sentrale tiltak i skjermingsammenheng (Vassbø, T.K. og Eilertsen, G., 2014). Sykepleierne trakk frem viktigheten av en full anamnese og klinisk undersøkelse for å avdekke risikofaktorer for utvikling av delirium (Coyle, M.A., et.al, 2017).

Det er viktig med tett oppfølging av pasienter som har høy risiko. De fleste artiklene i studien min trekker frem samarbeid med pårørende som svært positivt i forebygging og behandling av delirium. Her igjen blir mangel på ressurser og tid tatt opp som et problem. Sykepleierne så at det var viktig med god informasjon til pårørende (Vassbø, T.K. og Eilertsen, G., 2014). En sykepleier i studien til Yue, P., et.al. (2015) sa dette om samarbeid med pårørende:

«Sometimes, we call the family member and ask them to come to the ICU to comfort the patient. This approach works well. As soon as the patients see their family members, they calm down and regain their consciousness».

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen er delt i to deler: Metodediskusjon og resultatdiskusjon.

Metodediskusjonen skal inneholde diskusjon av fremgangsmåte. Styrker og svakheter i litteraturstudien skal komme frem. Dette gjøres på bakgrunn av inklusjonskriterier, datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse. I resultatdiskusjon skal studiens resultater drøftes i forhold til studiens hensikt og problemstilling. Funnene drøftes opp mot bakgrunnsteori og annen relevant sykepleieteori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjonskriterier

For å få frem sykepleiernes erfaring med forebygging av delirium blant pasienter i sykehjem tenkte jeg først at jeg kun ville ha kvalitative studier med i litteraturstudien. Det er i hovedsak kvalitativ metode som egner seg best når en ønsker å finne ut av spørsmål som er knyttet til subjektivitet og helhetlig forståelse av mennesker og deres opplevelser. Forskerne bruker gjerne en fenomenologisk tilnærming når de ønsker å studere menneskers opplevede erfaringer. Funn fra slike studier er gode når en ønsker en dypere forståelse av hvordan mennesker opplever sin situasjon (Nordtvedt, et.al. 2012).

Av de ti artiklene jeg valgte å inkludere var 7 kvalitative, 2 kvantitative og 1 med både kvalitative og kvantitative data (mixed method). Inklusjon av kvantitative artikler kan ses på som en svakhet fordi selve problemstillingen er kvalitativ. Likevel valgte jeg å kombinere disse metodene fordi fenomenet som blir undersøkt da blir belyst utfra ulike synsvinkler. Dette kan ses på som en fordel og styrke for litteraturstudien. De kvalitative artiklenes kan støttes av funnene i de kvantitative artiklene (Forsberg, C. og Wengström, Y. 2013).

Artiklene er fra Kina, Italia, Norge, Storbritannia, Australia, USA og Tyrkia. Det kan ses på som en svakhet at artikler fra eks Kina og Tyrkia er inkludert i studien. Dette på bakgrunn av kulturelle forskjeller. Jeg har valgt å ta med artiklene fordi jeg mener at

funnene er overførbare til norske forhold. Det er en styrke i studien at artikler fra forskjellige kulturer er inkludert, nettopp fordi det kan belyse om opplevelsen til sykepleierne er lik til tross for kulturelle forskjeller. Eventuelle ulikheter kan også føre til at en lærer av hverandre i utvikling nye gode praksisrutiner.

Et av inklusjonskriteriene var at det var opplevelsen til sykepleiere som skulle undersøkes. I studien til Morandi, A., et.al. (2015) har også pårørende, fysioterapeuter, hjelpepleiere og assistenter deltatt. Det kommer tydelig frem hva som var sykepleiernes opplevelser. Funnene er relevante og majoriteten av deltakere som svarte på spørreskjemaene var sykepleiere. Jeg fant det interessant at sykepleiere opplevde mindre stress ved pleie av pasienter med delirium sammenlignet med fysioterapeuter og hjelpepleiere / assistenter. Derfor har jeg valgt å inkludere studien.

Jeg har valgt å inkludere sykepleiere som jobber både i sykehus og i sykehjem. Det fins lite forskning som er utført blant sykepleiere som jobber i sykehjem. Dersom jeg skulle begrense meg til en gruppe ville det blitt svært vanskelig å finne nok artikler. Opplevelsene til sykepleierne var stort sett lik i både sykehjem og sykehus. På denne måten vil resultatet være gjeldende for flere sykepleiere og er derfor å anse som en styrke.

Det er heller ikke satt noen begrensning på utgivelsesår. Grunnen til det er at det i kunnskapsbasert praksis er den beste kunnskapen en er ute etter. Nyest er ikke nødvendigvis synonymt med best (Tholens, B. og Leegard, M. 2017). Funnene i de eldste artiklene samsvarer mye med de nyere studiene.

5.1.2 Datainnsamling

I utgangspunktet hadde jeg lite erfaring med å søke i forskjellige databaser. Jeg valgte å utføre noen test-søk på valgt tema. Jeg fant fort ut at jeg trengte hjelp og fikk derfor en veiledningstime med bibliotekar. På forhånd utarbeidet jeg et PIO-skjema og en problemstilling. PIO-skjema ble endret og søkene ble mer strukturerte etter jeg fikk veiledning.

Søkene som ble utført resulterte i 9 artikler. Jeg utførte et manuelt søk i Sykepleien Forskning. Her fikk jeg to treff hvor en artikkel ble inkludert i studien. De andre søkene

ble utført i Ovid Medline, Proquest og Idunn. Det at søkene ble utført i flere databaser kan ses på som en styrke da det reduserer sjansen for at relevante artikler har blitt oversett.

Mange abstracts og artikler ble lest, men de fleste oppfylte ikke inklusjonskriteriene. Det ble brukt mye tid på å finne gode artikler som kunne brukes til å svare på problemstillingen. Dette kan ses på som en styrke fordi artiklene er kvalitetssikret og relevante for denne oppgaven.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

For å vurdere kvaliteten på de vitenskapelige artiklene har jeg brukt sjekklister med kontrollspørsmål (Nordtvedt, et.al. 2012). Jeg har brukt en sjekkliste for de kvantitative og en for de kvalitative. Alle artiklene ble vurdert til å være gode. Det er mine tolkninger. Det kan være en svakhet fordi det er mulighet for feiltolkning. Det ble lagt mest vekt på at det ble svart «ja» på de spørsmålene som jeg mente var av betydning for om studien var god eller ikke, og om de svarte på min problemstilling.

Alle artiklene ble undersøkt via Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sitt register over publiseringskanaler. Dette for å finne ut om de var fagfellevurdert. Artiklene som ble tatt med i denne studien var enten på nivå 1 eller 2.

I alle de inkluderte studiene er det gjort etiske overveielser. Artiklene er enten godkjent i regionale etiske komiteer eller at det er gjort grundige etiske overveielser. Jeg forsikret meg om at deltakerne ble ivaretatt gjennom anonymisering og at de hadde mottatt informasjon om studiens hensikt. Dette ble gjort under kvalitetssikringen av artiklene. Det er svært viktig at etiske aspekter blir ivaretatt. Dette for at enkeltmennesket skal bli ivaretatt (Jacobsen, D.I., 2010).

5.1.4 Analyse

Jeg har brukt mye tid på analyse av artiklene. Arbeidet med analysen kan ses på som den største jobben i denne litteraturstudien. Ved å ta i bruk Evans (2002) sine fire steg ble jobben med analyse enklere og resultatene ble mer synlige for meg. Det vart lettere å danne mine hovedfunn. Jeg har utført analysen alene. Det ser jeg på som en styrke fordi

jeg har lest alle artiklene og hentet ut funn fra hver artikkel. Jeg har lite kunnskap om og erfaring med analysearbeid fra før. Det kan ses på som en svakhet for studien.

Mistolkinger og misforståelser kan ha oppstått.

8 av 10 artikler er engelskspråklige. Jeg har derfor brukt ordbok, Google Translate og mine egne engelskkunnskaper i arbeidet med å oversette artiklene. En bør derfor merke seg at det kan ha oppstått mistolkinger som igjen kan ha påvirket resultatet i studien min. Jeg har valgt å skrive sitater fra artiklene på originalspråket (engelsk). Dette for å sikre at budskapet ikke skulle gå tapt på grunn av mine mistolkinger. Jeg valgte også å gjøre det slik for å sikre at sykepleiernes egne utsagn ikke ble feilanalysert. Sitatene er direkte fortalt av sykepleierne i de inkluderte studiene. Jeg har tatt med dette for å forsterke og underbygge funnene mine. Det ser jeg på som en styrke i denne litteraturstudien.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kunnskap og kompetanse som nøkkelfaktorer i forebyggingen

I denne studien fant jeg at sykepleiere generelt sett mangler nok kunnskap og kompetanse innen forebygging av delirium. Forebygging av delirium er tett knyttet til grunnleggende sykepleietiltak. Sykepleierne utfører god grunnleggende sykepleie slik som mobilisering, hydrering, ernæring og skjerming, men de tenker ikke på delirium når de utfører disse tiltakene. Delirium og deliriumforebygging blir ofte underprioritert og mange synes det er vanskelig å forholde seg til disse pasientene. Kanskje nettopp fordi kunnskapsnivået er for lavt?

Mye av grunnen til at jeg valgte dette temaet er at jeg ofte har møtt akutt forvirrede og urolige pasienter. Ofte har jeg synes situasjonene er vanskelige å forholde seg til. Hva skal en gjøre når pasienten går til fysisk angrep på både medpasienter og pleiere fordi han tror at han er blitt kidnappet av terrorister, eller snakker engelsk fordi han tror at han er i utlandet? Ingen ting ser ut til å hjelpe og spørsmålet om beroligende henger tungt i luften. Jeg jobber på en korttidsavdeling hvor pasienter ofte kommer etter at de har vært innlagt på sykehuset. Typisk for disse pasientene er at de kommer til avdelingen, noen er forvirret og uklare når de kommer, andre blir det etter en kort stund i avdelingen. De fleste som

jobber i helsevesenet kan nok kjenne seg igjen i den typiske beskrivelsen av urolige pasienter, spesielt på kveld og natt. Sykepleiernes vurdering av behovet til disse pasientene kan få stor betydning for den avgjørelsen legen tar. I en nyhetsartikkel på Sykepleien.no (2018) skriver lege Gunhild Nyborg at hun gjennom sitt doktorgradsarbeid fant at:

«Bruken av psykotrope medisiner, det vil si legemidler som påvirker hjernens funksjon, var omfattende. I sykehjemsstudien fant vi at cirka 15 prosent av sykehjemsbeboerne brukte tre eller flere ulike psykotrope legemidler samtidig, og denne gruppen hadde økt risiko for fall i forløpet av en akutt infeksjon eller dehydreringsepisode».

Vi vet at de sårbare eldre på grunn av redusert reservekapasitet i mange organer, som følge av aldersforandringer, har økt sårbarhet for organsvikt. Det kan da i mange tilfeller være skummelt å pøse på med flere legemidler som mest trolig vil forverre svikten (Kirkevold, M. et.al. 2008).

Selv om jeg ofte har møtt disse pasientene er det veldig sjelden at ordet «delirium» har blitt nevnt. Jeg skal ærlig innrømme at jeg tidligere sjelden tenkte på dette selv. På mange måter speiler funnene i denne studien mine egne erfaringer med forebygging av delirium. Og det er mitt inntrykk at jeg ikke er alene med disse erfaringene.

Ofte blir symptomene en ser i forbindelse med delirium forklart som følge av andre sykdommer, for eksempel forverring av demenssykdom (Wyller, T. 2011). Kanskje finner en ikke noen god forklaring og ei heller løsning på problemet. Det er veldig skremmende fordi det potensielt sett kan få fatale følger for pasienten, i verste fall død. I følge Wyller (2011) er det viktig å være klar over at delirium skiller seg fra demens ved tre kliniske tegn. For det første kommer den kognitive svikten ved delirium raskt (timer til få døgn). Demens utvikler seg langsomt over måned og år. For det andre vil symptomatologien variere mer ved delirium enn ved demens. For det tredje innebærer delirium en bevissthetsforstyrrelse, mens demens ikke fører til nedsatt bevissthet. Det er min oppfatning at mange leger er tilbakeholdne med å beskrive akutt forvirring som delirium. Sobril er nok en «lettvin» og hyppig brukt løsning. Jeg diskuterte problemet med en farmasøyt som jobbet på arbeidsstedet mitt. Vi begge var enige i at det er for lett å

foreskrive beroligende til eldre. Det burde vært en prosess hvor for eksempel delirium ble utelukket og tryggende tiltak ble forsøkt før beroligende ble gitt til pasienten.

Enda verre er det for de pasientene som har hypoaktivt delirium. Denne studien viser at det er svært lite kunnskap om «stille» delirium. Sykepleierne tenkte ikke mye på denne formen for delirium, muligens fordi pasientene er rolige. Pasienter som er rolige og ikke krever så mye av omgivelsene sine blir nok ikke viet så mye oppmerksomhet som pasienter som er urolige. Jeg kjenner meg mye igjen i utsagnene til sykepleierne i de forskjellige artiklene som er inkludert i denne studien. Det er ofte slik at den som skriker høyest får mest. Ofte må det være slik også av hensyn til andre pasienter i avdelingen som kan bli både redde og forvirret av andre urolige pasienter. Sykepleierne må storme inn som «voktere» av pasientsikkerheten i både det ene og det andre tilfellet. Hypoaktivt delirium bør uansett komme frem i søkelyset til sykepleiere og annet helsepersonell. Her tenker jeg at det snarlig bør løftes frem informasjon om at så mye som 44% av beboere i sykehjem har delirium til enhver tid (Juliebø, V. 2009). Det er ikke spesifisert hvor mange av disse 44% som har hypoaktivt delirium, men jeg vil tro at det er mange. Kanskje til og med enda flere? Tallene er skremmende nok slik de er.

Denne studien viser at sykepleiere har mye kunnskap om mye. De er generalister som skal tilpasse seg alle slags situasjoner og utfordringer. På samme tid er det nødvendig med spesialister som kan støtte sykepleierne med sin spesielle kompetanse (Kirkevold, 2002). Spesialsykepleiere, for eksempel avansert klinisk sykepleier, kan lære opp annet helsepersonell i bruk av evidensbaserte kartleggingsverktøy. Egne fagdager og internundervisning om for eksempel forebygging av delirium bør gjennomføres på alle døgnbemannede institusjoner. Funnene mine viser at sykepleiere etterlyser slik opplæring og undervisning. Helsedirektoratet (2017) har konkludert med at det er behov for sykepleiere med høy kompetanse i kommunene. Kortere liggetider i sykehus og nye oppgaver for sykepleiere fører til et behov for en videreutdanning som gir breddekompetanse til å ivareta nye roller og pasienter i ustabile og uavklarte sykdomstilstander. Jeg tenker at det trengs mye kunnskap og kompetanse innen forebyggende sykepleie for pasienter som har høy risiko for å få delirium. Et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier, lege, fysioterapeut osv. er viktig for å få mest mulig breddekompetanse i dette arbeidet.

5.2.2 Riktig bruk av ressurser

Funnene mine viser at sykepleiere ofte underprioriterer forebygging og behandling av delirium. Noen av grunnene til dette er mangel på tid og personale. Sykepleierne opplever at pasienter med delirium er krevende og at det tar mye tid fra andre pasienter og oppgaver de har i avdelingene. Dette igjen fører til stor stressbelastning for sykepleierne. Forskning viser at det er mulig å forebygge 1 av 3 tilfeller av delirium (Kukreja D. et.al. 2015).

Spørsmålet er da om forebyggende tiltak til pasienter som har høy risiko kan dempe denne belastningen? Jeg mener at det. For selv om en ikke kan forebygge alle tilfeller av delirium vil 1 av 3 utgjøre en stor del i en avdeling med for eksempel 18 pasienter. Mange av de forebyggende tiltakene er grunnleggende sykepleietiltak (Eide, L. S. P. et.al. 2017). Det handler om å gjøre sykepleierne bevisst på at forebygging ikke trenger å føre til mindre tid til andre pasienter eller oppgaver. Riktig bruk av ressurser vil nok hjelpe på mange av belastningene som helsepersonell blir utsatt for.

På min arbeidsplass har jeg siste årene sett en utvikling i retning av at sykepleiere skal gjøre alt. Det er snakk om vask av tøy, renhold i avdelingen, matlaging, aktiviteter osv. Samtidig kommer det stadig nye krav om risikokartlegginger, dokumentasjon og flere pasienter med komplekse sykdomstilstander blir skrevet ut tidligere fra sykehuset. Også her kjenner jeg meg igjen i studiens funn. Det er belastende å føle at en aldri får gjort alt en burde. Det vies mer tid til pasienter som er urolige, men det betyr ikke at en ikke ser pasienten som sitter stille og sover mesteparten av dagen. En kjenner på et ubehag for at en gjerne skulle tatt seg mer tid til den stille pasienten også. Her tenker jeg at lederne må komme på banen, ja gjerne de lenger opp i systemet også. En håper at fremtiden vil bringe mer ressurser til kommunehelsetjenesten og kanskje spesielt til eldreomsorgen. I mellomtiden må en forsøke å utnytte de ressursene en har på en god måte. Ved å forebygge mer vil en nok også vinne mer tid og at ressurser blir brukt på riktig sted. Dette henger muligens også sammen med behovet for kunnskap og kompetanse. Ved å øke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne tror jeg at forebygging og behandling av delirium vil oppleves mindre belastende.

5.2.3 Kartleggingsverktøy gjør forebygging enklere

Studiens funn må ses som en helhet da de henger sammen. Når det gjaldt bruk av kartleggingsverktøy hadde sykepleierne noe delte erfaringer. Noen mente at de så nytten av slike redskap, men at de trengte mer opplæring i bruken av dem. Andre syns kartlegging av delirium var en oppgave for spesialister og leger. De tenkte ikke på dette som deres jobb. Noen syns til og med at delirium er en teoretisk diagnose som de ikke hadde ressurser å bruke tid på. For disse sykepleierne var det viktigste å holde pasientene i live.

Jeg fant at bruk av kartleggingsverktøyet CAM førte til en nedgang i tilfeller av delirium. Det er tydelig at kartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel i det forebyggende arbeidet. Det viste seg også at sykepleierne ble mer selvsikre når de skulle legge frem sine observasjoner for legene. Det var en utfordring at det ikke var tilrettelagt for bruk av CAM. Mange sykepleiere etterlyste en prosedyre for bruk av CAM allerede i innkomstsituasjonen.

Dersom sykepleierne får god opplæring i bruk av kartleggingsverktøy tror jeg det vil ta både mindre tid og spare unødig ressursbruk. Kanskje vil dette også føre til at sykepleierne opplever det mindre belastende å yte forebyggende sykepleie til pasienter som har delirium. Det heter seg at kunnskap gir makt. Med det tenker jeg at det er lettere å utføre en oppgave som en føler seg kompetent til å utføre. Kartleggingsverktøy, for eksempel CAM, er et svært godt redskap som er enkelt å bruke. Det tar ikke lang tid å fylle ut et slikt skjema, men det krever at en har observert pasienten nok til å vurdere for eksempel bevissthetsnivået til pasienten. CAM tar også høyde for hypoaktivt delirium (Inouye S. K, et.al. 1990). Dette er med på å øke fokuset på at delirium også kan være stille, som igjen kanskje fører til at behandling settes i gang raskere også hos disse pasientene. CAM-skjema ligger vedlagt. Se vedlegg nr. 6.

5.2.4 Forebygging som eget innsatsområde

Denne studien fant at forebyggende tiltak er nært knyttet til grunnleggende sykepleie. Mange sykepleiere utfører gode forebyggende tiltak, men det er ikke forebygging av delirium som er fokuset. Jeg kan godt relatere meg til dette. På min arbeidsplass er det stort fokus på kartlegging av risikofaktorer. Vi følger Pasientsikkerhetsprogrammet, I

trygge hender 24/7 (<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/forside>). Dette programmet har flere innsatsområder som vi systematisk kartlegger når pasientene kommer til avdelingen. Vi kartlegger fallrisiko, ernæringsstatus, trykksårrisiko, urinveisinfeksjoner og legemiddelbruk. At vi kartlegger disse risikoområdene og setter i verk tiltak der det er nødvendig øker pasientsikkerheten betraktelig. Det er også en stor hjelp i en hektisk arbeidshverdag at det fins gode retningslinjer og evidensbaserte kartleggingsverktøy.

Mange av innsatsområdene til Pasientsikkerhetsprogrammet er også viktige med tanke på forebygging av delirium. Det jeg savner med dette programmet er opplysninger om nettopp dette. Da jeg søkte på «delirium» inne på nettsiden 8. mai 2018, fikk jeg 0 treff. Dette kan underbygge funnet i studien min om at det er for lite fokus på forebygging av delirium. Jeg mener at Pasientsikkerhetsprogrammet burde hatt forebygging av delirium som eget innsatsområde. Om ikke annet burde en få opp evidensbaser kartleggingsverktøy når en søker på «delirium» på nettsiden deres.

Funnet i studien viser også at pårørende er en svært viktig ressurs. Ikke bare som støtte til pasienten, men sykepleierne også. Pårørende kjenner pasienten som regel best. De merker svært fort om det er endring i for eksempel den mentale tilstanden til pasienten. Det er ikke sjelden jeg har opplevd at pårørende kommer og forteller at mor er unormalt trøtt i dag, eller far er mer desorientert enn vanlig. I mange av disse tilfellene finner vi at pasienten for eksempel har en urinveisinfeksjon. Pasienten kommer seg ofte raskt når behandling er påbegynt. Helsedirektoratet har gitt ut en egen veileder om pårørende i helse -og omsorgstjenesten (2018). I veilederen står det blant annet at:

«Helsepersonell skal ta den pårørende på alvor når han eller hun tar kontakt med bekymringer og lytte til hva bekymringen består i. Med samtykke fra pasienten/brukeren kan helsepersonell informere om behandlingen eller tjenestene som blir gitt og stille spørsmål så langt samtykket rekker. Helsepersonellet må føre nødvendig og relevant informasjon fra pårørende i journal eller annet dokumentasjonssystem, og ved behov følge opp bekymringen med tiltak overfor pasienten eller brukeren».

Veilederen anbefaler at helsepersonell bør bruke mer tid på å få til en god dialog med pårørende (Helsedirektoratet, 2018). Pårørende kan fortelle om pasientens sykehistorie (anamnese) og om det for eksempel har vært tilfeller av akutt forvirring tidligere. Tidligere tilfeller av delirium er en risikofaktor som sykepleiere bør merke seg (Engedal, K. 2008). Alt i alt vil et tettere samarbeid mellom sykepleiere og pårørende mest trolig føre til at delirium oppleves mindre krevende og belastende. Dette gjelder nok for både sykepleiere og pårørende.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med delirium hos personer som er innlagt i en døgnbemannet institusjon. Mine funn viser at sykepleierne har for lite fokus på forebygging av delirium. Forebyggende tiltak er ofte nært knyttet til grunnleggende sykepleietiltak. Mange sykepleiere utfører disse tiltakene, men de tenker ikke på delirium når de gjennomfører dem. Sykepleiere tenker ofte ikke på delirium før pasienten har fått det. Når delirium bryter ut hos pasientene oppleves det svært belastende for sykepleierne, både når det kommer til ressursbruk og opplevelse av stress. Det er pasienter som er urolige og aggressive som først og fremst assosieres med delirium. Sykepleierne har altfor lite kunnskap om at delirium også kan være stille. Det er viktig å øke sykepleieres kunnskap om at forebygging av delirium er viktig. Til hjelp i dette arbeidet må det brukes evidensbaserte kartleggingsverktøy. Det er viktig at sykepleierne får god opplæring i bruk av slike verktøy. Avansert klinisk sykepleier har en viktig rolle i opplæring og kunnskapsheving for sine sykepleierkollegaer. Sykepleiere ser på pårørende som en viktig samarbeidspartner i det forebyggende arbeidet. De kan tilføre viktig informasjon om pasientens sykehistorie og ikke minst være en støtte for både pasienten og sykepleierne.

6.1 Konsekvenser for praksis

Sykepleiere vil møte pasienter med delirium i økende grad fremtiden. Dette på grunn av den økende veksten av sårbare eldre. Forebyggende tiltak ovenfor denne gruppen har fått mer fokus siste årene og det vil nok bli mer fokus på det i årene som kommer. Da er det viktig at kunnskapsnivået og kompetansen til sykepleierne heves også med tanke på forebygging av delirium. Sykepleiere har et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, men arbeidsplassene må legge til rette for dette. En antar at økt kunnskap om delirium også kan dempe opplevelsen av stress som sykepleiere ofte har i møte med disse pasientene. Det bør gjennomføres fagdager og interundervisning om delirium på alle døgnbemannede institusjoner. Det er viktig at sykepleierne samarbeider slik at ressursene og belastningen fordeles likt. Det er også viktig at det er klare prosedyrer og retningslinjer som følges av alle sykepleiere som jobber på samme sted. Dette vil skape trygghet for sykepleierne.

6.2 Forslag til videre forskning

Problemstillingen er svært aktuell. Erfaringsmessig er det lite fokus på delirium. Det fantes svært lite forskning som sa noe om hva slags erfaringer sykepleiere hadde med dette i sykehjem. Det vil derfor være viktig å øke fokuset på erfaringer fra sykepleiere som jobber i sykehjem. Fremtidig forskning bør utforske dette i større grad. Geriatri er et fagfelt som er stort og viktig. Nyere forskning kan føre til viktige løsninger på problemstillinger som i økende grad vil oppstå når antallet med eldre i befolkningen vokser. Tverrprofesjonell forskning som fokuserer på å utvikle metoder og verktøy som styrker diagnostisering og tidlig oppdagelse av forverring av tilstand vil være viktig for å forbedre samhandlingen innad og på tvers av helsetjenestenivåer.

LITTERATURLISTE.

Agar, M., Draper, B., Phillips PA., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., Currow D.D. (2011). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. Australia: Palliative Medicine

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Virginia, USA: American Psychiatric Association; 2014.

Birge, A.Ö., Aydin, H. T. (2016). The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. Tyrkia: Intensive and Critical Care Nursing

Bøyum, Å. W. 2013. Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Norge: Sykepleien Forskning

Coyle, M.A., Burns, P. and Traynor, V. (2017). Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults: an exploratory qualitative study. Australia: Journal of Gerontological Nursing

Demensplan 2020. (2015). Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet.

Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofah, H. A., Norekvål, T. M. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. Sykepleien 2017 105 (7) (52-55). Lest: 24.01.18. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>

Engedal, K. (2008). Lærebok. Alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Evans, David. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretative data synthesis of processed data. Australian Journal of Advanced Nursing; 2.vol 20: 22-26.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. (2013). At göra systematiska litteraturstudier. 3. utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

Helmers, A-K. B. (2018). Lege Gunhild Nyborg disputerte: – Eldre utsatt for risikabel legemiddelbruk. Lest: 20/4-18. <https://sykepleien.no/2018/01/eldre-utsatt-risikabel-legemiddelbruk>

Helsedirektoratet. (2018). Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2017). Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden? Oslo: Helsedirektoratet

Holm, E.A., Rønholt, F. (2016). Geriatri. København: Forfatterne og Munksgaard.

Inouye, S.K., Foreman, M.D, Mion, L.C, Katz, K.H., Cooney, L. M. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researchers ratings USA: Archives of Internal Medicine; Chicago

Inouye S. K, van Dyck C. H, Alessi C. A, Balkin S, Siegal A. P, Horwitz R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of Internal Medicine ;113:941-948.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. Forståelse, beskrivelse og forklaring – innføring i metode for helse og sosialfag, 2 utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Juliebø, V. (2009). Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre. Oslo: Demens & Alderspsykiatri vol.13. nr. 1.

Kirkevold, M. (2002). Vitenskap for praksis? Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (2008). Geriatrisk sykepleie. Omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kukreja D., Gunther U., Popp J. (2015). Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. *Indian Journal of Medical Research*;142(6):655–62

Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Morandi, A., Lucchi, E. et.al. 2015. Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience. *Journal of Psychosomatic Research*. Side: 272 – 280.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utgave. Oslo: Akribe.

Orøy, A. 2018. VAK706 Fordypningsoppgave. Master del I – Avansert klinisk sykepleie i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Molde: Avdeling for helse- og sosialfag.

Pasientsikkerhetsprogrammet. I trygge hender 24/7. Lest: 8/5-18.

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/forside>

Register over vitenskapelige publiseringskanaler (2018).

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Reiner, Liv Merete og Gro Jamtvedt. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt. Lest 17/3-18: *Sykepleien Forskning*. <https://sykepleien.no/forskning/2010/11/hvordan-skrive-en-systematisk-oversikt>

Robinson, S., Rich, C., Weitzel, T., Vollmer, C., Eden, B. (2008). *Delirium Prevention for Cognitive, Sensory, and Mobility Impairments*. USA: Research and Theory for Nursing Practice

Ruyter, K.W., Førde, R., Solbakk, J.H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

St.meld. nr 29 (2012 – 2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 47. (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet.

Strand, B.H., Skirbekk, V.F. (2015). Folkehelse rapporten. Demens. Lest: 4/3-18:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse- rapporten-2014/>

Svartdal, F. (2015). Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tholens, B og M Leegard. (2017). Forskningens A, B, C. Søk, lese, vurdere, bruke, skrive. Oslo: Sykepleien

Thornquist, Eline. 2003. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen, Fagbokforlaget

Vassbø, T.K., Eilertsen, G. 2014. Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. Nordisk sygeplejeforskning01 / 2014 (Volum 4). Side: 59-71. https://www.idunn.no/nsf/2014/01/faser_under_sykehusoppholdet_-_sykepleieres_erfaringer_med

Wyller, T. B. (2011). Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Yue, P., Wang, L. Liu, C., Wu, Y. (2015). A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas. International Journal of Nursing Sciences 2. Side: 2- 8.

Zamoscik, K., Godbold, R., Freeman, P. (2017). Intensive care nurses`experiences and perceptions of delirium and delirium care. United Kingdom: Intensive and Critical Care Nursing

VEDLEGG

Vedlegg 1: PIO-skjema

P	I	O
Delir* Forvirr* Sykehjem* Delir* Disorientat* Confus* Nursing homes Homes for the aged	Sykepleie* Forebygg* Nurs* Prevent*	Erfar* Opplev* Experienc*

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
delirium, demens, sykepleie*, forebygg*, erfaring*	15/1-18	Idunn	1	1	1	1
delir*, demen*, nurs*, experienc*	26/2-18	OVID Medline	54	20	4	4
delirium OG demens OG sykepleie* OG forebygg* OG erfaring*	2/2-18	Sykepleien forskning	2	1	1	1
delir* AND nurs* AND elder* AND prevent* AND experienc*	6/3-18	Proquest	1212	6	5	4

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltakere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Yue, P., Wang, L. Liu, C., Wu, Y. 2015 Kina International Journal of Nursing Sciences	A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas	Undersøke opplevelsen og erfaringen til sykepleiere som pleier pasienter med delirium i intensivavdelinger (ICU) i Kina	Semi-strukturerte kvalitative intervju med 14 sykepleiere som jobbet i intensivavdelinger i Beijing.	Deltakere: 17. Frafall: 3	Sykepleierne i studien manglet nok kunnskap og erfaring til å kunne evaluere og behandle pasientene så tidlig som mulig. Arbeidet førte til psykisk og fysisk stress. Det var ofte dilemmaer i forhold til behandling av pasienter med delirium.	Etisk godkjenning ble gitt av The Capital Medical University Human Research Ethics Committee	Nivå 1 Fagfelle-vurdert GOD
Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., Gentile, S., Meagher, D., Voyer, P., Fick, D.M., Schmitt, E.M., Inouye, S. K., Trabucchi, M., Bellelli, G. 2015 Italia	Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience.	Finne pårørende og helsepersonell sin opplevelse/ erfaring med omsorg for pasienter som har delirium og demens.	Kohortstudie. Pårørende og helsepersonell ble intervjuet med standardisert spørreskjema (kvalitativ) og kvalitative spørreskjema (open- ended) tre dager etter utbrudd av delirium for å evaluere deres opplevelse/ erfaring.	74 deltakere (33 pårørende, 8 sykepleiere, 20 fysioterapeuter, 13 hjelpepleiere).	Studien gir informasjon om opplevelsen av delirium for pårørende og helsepersonell og fremhever viktigheten av opplæring/ kunnskap, støtte og erfaring når en byter omsorg for personer som har delirium og demens.	Godkjenning: The local ethics committee.	Nivå 1 Fagfelle-vurdert GOD

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Journal of Psychosomatic Research							
Åge Wilberg Bøyum 2013 Norge Sykepleien Forskning	Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd	Studere sykepleiepersonale's erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd	Kvalitativ metode: fokusgruppeintervju.	11 deltakere. Ni sykepleiere og to hjelpepleiere.	Sykepleiere har kunnskaper og erfaring når det gjelder å iverksette intervensjoner i forhold til pasienter med delirium. De fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på symptomer. Det var flere etiske utfordringer knyttet opp mot pasienter med delirium.	Søknad om datainnsamling, lagring og sletting, ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet for forskning	Nivå 1 Fagfelle-vurdert GOD
Zamoscik, K., Godbold, R., Freeman, P. 2017 United Kingdom Intensive and Critical Care Nursing	Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care	Finne sykepleieres opplevelse og oppfatning av delirium, pleie til deliriøse pasienter, kartlegging av delirium – fem år etter at Confusion Assessment Method for Intensive Care ble innført i praksis.	Kvalitativ metode: fokusgruppeintervju.	12 sykepleiere	Delirium ble lavt prioritert knyttet til arbeidskultur. Samtidig uttrykte de at de var klar for å utfordre denne kulturen og løfte frem viktigheten av å utøve pleie av høy kvalitet ovenfor pasienter med delirium. Sykepleierne var frustrerte over liten selvtillit når det kom til å vurdere delirium og mangel på effektive terapier. Sykepleierne erklærte at de satt pris på ikke-farmakologiske intervensjoner og	Godkjent av University of Hertfordshire Ethics Committee	Nivå 1 Fagfelle-vurdert GOD

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

					foreslo psykologisk støtte til sykepleiere som arbeider med deliriøse pasienter.		
Vassbø, T.K., Eilertsen, G. 2014 Norge Nordisk sygeplejeforskning	Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i et sykehusopphold.	Kvalitativ metode – fokusgruppeintervju.	15 sykepleiere	Begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner var gjennomgående i ulike faser, og stilte sykepleiere overfor ulike utfordringer. Sykepleiernes beskrivelser synliggjorde uønskede og ønskede pasientforløp. Preoperativ fase ble beskrevet som særlig kritisk for utvikling av delirium uten at sykepleierne opplevde å ha et nødvendig handlingsrom for forebygging.	Godkjent av: Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD
Coyle, M.A., Burns, P. and Traynor, V. 2017 Australia	Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults: an exploratory qualitative study	Målet med studien var å utforske nåværende praksis for identifisering av delirium hos eldre innlagt i sykehus	Kvalitativ metode med 8 semi-strukturerte intervju	24 sykepleiere	Funnene viste at sykepleierne hadde delte meninger når det gjaldt karlegging og behandling av delirium. Studien viser også at det er behov for å utvikle gode rutiner for	Godkjent av: university and local health district's Health and Medical Human Research Ethics Committee	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Journal of Gerontological Nursing					kartlegging og behandling av delirium.		
Inouye, S.K., Foreman, M.D, Mion, L.C, Katz, K.H., Cooney, L. M. 2001 USA Archives of Internal Medicine; Chicago	Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researchers ratings	Sammenligne sykepleiers kartlegging av delirium (Confusion Assessment Method) med rutinemessige observasjoner av forskere (kognitiv testing) og å identifisere faktorer knyttet til sykepleiers underkjenning av delirium	Prospektiv kvantitativ studie	797 pasienter over 70 år	Sykepleiere er en viktig brikke i forebygging og identifisering av delirium. Likevel blir delirium ofte blir underkjent av sykepleiere – spesielt fire risikofaktorer for underkjenning ble identifisert: hypoaktivt delirium, 80 år eller eldre, nedsatt syn og demens.	Godkjent av The institutional review board of Yale University School of Medicine, New Haven.	Tidsskrift nedlagt i 2012? GOD
Agar, M., Draper, B., Phillips PA.,	Making decisions about delirium:	Undersøke sykepleieres evalueringer og	Kvalitativ studie – semistrukturerte intervju	40 deltagere	Analyse viste fire hovedtema: 1) overfladisk oppfatning	Godkjent av Human Research Ethics	Nivå 1 Fagfellevurdert

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., Currow D.D. 2011 Australia Palliative Medicine	A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology	ledelse i pleie for personer som har delirium.			og oppdagelse av delirium 2) sykepleieevaluering – utforskende eller problemløsende 3) ledelse – opprettholde verdighet og minimalisere kaos 4) plage for og effekt på andre		GOD
Robinson, S., Rich, C., Weitzel, T., Vollmer, C., Eden, B. 2008 USA Research and Theory for Nursing Practice	Delirium Prevention for Cognitive, Sensory, and Mobility Impairments	Studiens hensikt er å finne ut om et kartleggingsverktøy for å finne risikofaktorer for utvikling av delirium kunne forebygge delirium hos eldre innlagt i en sykehusavdeling.	Kvantitativ metode	160 pasienter over 65 år	Studien viser en nedgang i antall tilfeller av delirium fra 37.5% til 13.8%	Godkjent av: the Institutional Review Board of the local university og av the research committee of the participating midwestern hospital.	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Birge, A.Ö., Aydin, H. T. 2016 Tyrkia Intensive and Critical Care Nursing	The effect of nonpharmacologica l training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses	Denne studien undersøker effekten av opplæring av ikke- farmakologiske tiltak for identifisering av delirium og tiltaksstrategier hos intensivsykepleiere.	Kvantitativ metode	135 pasienter og 23 sykepleiere	Antall delirium som ble oppdaget av sykepleiere steg fra 7,7 % til 33,3% etter at de hadde fått opplæring på bruk av kartleggingsverktøy	Godkjent av Sivas Cumhuriyet University Clinic Research Ethics Committee	Nivå 1 Fagfellevurdert GOD
---	--	---	--------------------	------------------------------------	---	--	--------------------------------------

Vedlegg 4:

OVERSIKTSTABELL OVER INKLUDERTE ARTIKLER

ARTIKKEL 1	
Forfatter	Yue, P., Wang, L. Liu, C., Wu, Y.
År	2015
Land	Kina
Tidsskrift	International Journal of Nursing Sciences
Tittel	A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas
Hensikt	Undersøke opplevelsen og erfaringen til sykepleiere som pleier pasienter med delirium i intensivavdelinger (ICU) i Kina
Metode/ instrument	Semi-strukturerte kvalitative intervju med 14 sykepleiere som jobbet i intensivavdelinger i Beijing.
Deltagere/ frafall	Deltakere: 17. Frafall: 3?
Hovedfunn	Sykepleierne i studien manglet nok kunnskap og erfaring til å kunne evaluere og behandle pasientene så tidlig som mulig. Arbeidet førte til psykisk og fysisk stress. Det var ofte dilemmaer i forhold til behandling av pasienter med delirium.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt av The Capital Medical University Human Research Ethics Committee
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 2	
Forfatter	Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., Gentile, S., Meagher, D., Voyer, P., Fick, D.M., Schmitt, E.M., Inouye, S. K., Trabucchi, M., Bellelli, G.
År	2015
Land	Italia
Tidsskrift	Journal of Psychosomatic Research
Tittel	Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience.
Hensikt	Finne pårørende og helsepersonell sin opplevelse/ erfaring med omsorg for pasienter som har delirium og demens.
Metode/ instrument	Kohortstudie. Pårørende og helsepersonell ble intervjuet med standardisert spørreskjema (kvantitativ) og kvalitative spørreskjema (open-ended) tre dager etter utbrudd av delirium for å evaluere deres opplevelse/ erfaring.
Deltagere/ frafall	74 deltakere (33 pårørende, 8 sykepleiere, 20 fysioterapeuter, 13 hjelpepleiere).
Hovedfunn	Studien gir informasjon om opplevelsen av delirium for pårørende og helsepersonell og fremhever viktigheten av opplæring/ kunnskap, støtte og erfaring når en yter omsorg for personer som har delirium og demens.
Etisk vurdering	Godkjenning: The local ethics committee.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 3	
Forfatter	Åge Wilberg Bøyum
År	2013
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forskning
Tittel	Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd
Hensikt	Studere sykepleiepersonalets erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd
Metode/ instrument	Kvalitativ metode – fokusgruppeintervju.
Deltagere/ frafall	11 deltakere. Ni sykepleiere og to hjelpepleiere.
Hovedfunn	Sykepleiere har kunnskaper og erfaring når det gjelder å iverksette intervensjoner i forhold til pasienter med delirium. De fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på symptomer. Det var flere etiske utfordringer knyttet opp mot pasienter med delirium.
Etisk vurdering	Søknad om datainnsamling, lagring og sletting, ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet for forskning
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 4	
Forfatter	Zamoscik, K., Godbold, R., Freeman, P.
År	2017
Land	United Kingdom
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Tittel	Intensive care nurses`experiences and perceptions of delirium and delirium care
Hensikt	Finne sykepleieres opplevelse og oppfatning av delirium, pleie til deliriøse pasienter, kartlegging av delirium – fem år etter at Confusion Assessment Metod for Intensive Care ble innført i praksis.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode – fokusgruppeintervju.
Deltagere/ frafall	12 sykepleiere
Hovedfunn	Sykepleierne oppfattet at delirium ble lavt prioritert og at det var nyttet opp mot arbeidskulturen. Samtidig uttrykte de at de var klar for å utfordre denne kulturen og løfte frem viktigheten av å utøve pleie av høy kvalitet ovenfor pasienter med delirium. Sykepleierne var frustrerte over liten selvtillit når det kom til å vurdere delirium og mangel på effektive terapier. Sykepleierne erklærte at de satt pris på ikke-farmakologiske intervensjoner og foreslo psykologisk støtte til sykepleiere som arbeider med deliriøse pasienter.
Etisk vurdering	Godkjent av University of Hertfordshire Ethics Committee
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 5	
Forfatter	Vassbø, T.K., Eilertsen, G.
År	2014
Land	Norge
Tidsskrift	Nordisk sygeplejeforskning
Tittel	Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i et sykehusopphold.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode – fokusgruppeintervju.
Deltagere/ frafall	15 sykepleiere
Hovedfunn	Begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner var gjennomgående i ulike faser, og stilte sykepleiere overfor ulike utfordringer. Sykepleierne beskrev uønskede og ønskede pasientforløp. Preoperativ fase ble beskrevet som særlig kritisk for utvikling av delirium uten at sykepleierne opplevde å ha et nødvendig handlingsrom for forebygging.
Etisk vurdering	Godkjent av: Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 6	
Forfatter	Coyle, M.A., Burns, P. and Traynor, V.
År	2017
Land	Australia
Tidsskrift	Journal of Gerontological Nursing
Tittel	Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults: an exploratory qualitative study
Hensikt	The aim of the current study was to (a) explore current practices of RNs in assessing and identifying delirium in hospitalized older adults and (b) inform new educational initiatives
Metode/ instrument	Kvalitativ metode med 8 semi- strukturerte intervju.
Deltagere/ frafall	24 sykepleiere
Hovedfunn	Thematic analysis revealed a dichotomy in practice where RNs described delirium assessment and identification as (a) It's Not My Job, (b) It is My Job, and (c) It's Complex. The imperative to improve delirium assessment and identification to create safer and more caring health care environments means the current findings provide important evidence to build into practice and education strategies.
Etisk vurdering	Godkjent av: university and local health district's Health and Medical Human Research Ethics Committee
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 7	
Forfatter	Inouye, S.K., Foreman, M.D, Mion, L.C, Katz, K.H., Cooney, L. M.
År	2001
Land	USA
Tidsskrift	Archives of Internal Medicine; Chicago
Tittel	Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researchers ratings
Hensikt	Sammenligne sykepleiers kartlegging av delirium (Confusion Assessment Method) med rutinemessige observasjoner av forskere (kognitiv testing) og å identifisere faktorer knyttet til sykepleiers underkjenning av delirium
Metode/ instrument	Prospektiv kvantitativ studie
Deltagere/ frafall	797 pasienter over 70 år
Hovedfunn	Sykepleiere er en viktig brikke i forebygging og identifisering av delirium. Likevel blir delirium ofte blir underkjent av sykepleiere – spesielt fire risikofaktorer for underkjenning ble identifisert: hypoaktivt delirium, 80 år eller eldre, nedsatt syn og demens.
Etisk vurdering	Godkjent av The institutional review board of Yale University School of Medicine, New Haven.
Kvalitetsvurdering	Tidsskrift nedlagt i 2012. ??

ARTIKKEL 8	
Forfatter	Agar, M., Draper, B., Phillips PA., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J., Currow D.D.
År	2011
Land	Australia
Tidsskrift	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	Undersøke sykepleieres evalueringer og ledelse i pleie for personer som har delirium.
Metode/ instrument	Kvalitativ studie – semistrukturerte intervju
Deltagere/ frafall	40 deltagere
Hovedfunn	Analyse viste fire hovedtema: 1) overfladisk oppfatning og oppdagelse av delirium 2) sykepleieevaluering – utforskende eller problemløsende 3) ledelse – opprettholde verdighet og minimalisere kaos 4) plage for og effekt på andre
Etisk vurdering	Godkjent av Human Research Ethics
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfelleurdert

ARTIKKEL 9	
Forfatter	Robinson, S., Rich, C., Weitzel, T., Vollmer, C., Eden, B.
År	2008
Land	USA
Tidsskrift	Research and Theory for Nursing Practice
Tittel	Delirium Prevention for Cognitive, Sensory, and Mobility Impairments
Hensikt	Studiens hensikt er å finne ut om et kartleggingsverktøy for å finne risikofaktorer for utvikling av delirium kunne forebygge delirium hos eldre innlagt i en sykehusavdeling.
Metode/ instrument	The study was a preintervention and postintervention study. Data were collected using retrospective record review.
Deltagere/ frafall	The preintervention group consisted of a convenience sample of 80 patients over the age of 65 with any combination of the risk factors of dementia, vision impairment, hearing impairment, and mobility impairment who were admitted prior to the implementation of the delirium prevention protocol. This group was matched with a postintervention group of 80 patients with the same risk factors who were admitted to the unit after the implementation of the protocol. In addition to risk factors, the two groups were matched on age (within 5 years) and gender. The patients were all admitted to a 36-bed renal unit in a 562-bed hospital over a period of a year.

Hovedfunn	Records of patients in both groups were reviewed to identify patients with delirium. A significant reduction in delirium, from 37.5% to 13.8%, occurred in the elders receiving the protocol.
Etisk vurdering	The study was granted exemption by the Institutional Review Board of the local university and was approved by the research committee of the participating midwestern hospital.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Fagfellevurdert

ARTIKKEL 10	
Forfatter	Birge, A.Ö., Aydin, H. T.
År	2016
Land	Tyrkia
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Tittel	The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses
Hensikt	Denne studien undersøker effekten av opplæring av ikke-farmakologiske tiltak for identifisering av delirium og tiltaksstrategier hos intensivsykepleiere.
Metode/ instrument	This is a quasi-experimental study conducted using a pretest—posttest design.
Deltagere/ frafall	The total number of nurses and patients in the study population was 23 and 135, respectively. The ICU principal nurse (2), nurses on maternity leave (1), and those who left the ICU due to a change of position (1) were not included in the analysis. Therefore, the number of nurses included in the study was 19. Patients aged ≥ 18 years who were fluent in Turkish and who were hospitalised in the ICU for more than 48 h were included in the patient sample of the study, whereas patients with dementia, neurological dysfunction and associated aphasia and coma, and hearing loss that would affect communication were excluded. Among the 135 patients included in the study, 73 patients were evaluated in the pretraining phases and 62 patients were evaluated in the

	<p>posttraining phases. Of these, 22 patients in the pretraining and 18 patients in the posttraining were excluded from the analysis for the reasons indicated above. Consequently, 51 patients in the pre-training phase and 44 patients in the posttraining phase were included in the study, making a total of 95 patients</p>
Hovedfunn	<p>Delirium was identified in 26.5% and 20.9% of the patients in the pre- and posttraining phase, respectively. Patients with delirium had a longer duration of stay in the ICU, lower mean Glasgow Coma Scale score and a higher number of medications in daily treatment ($p < 0.05$). The risk of delirium increased 8.5-fold by physical restriction and 3.4-fold by the presence of hypo/hyponatremia. The delirium recognition rate of nurses increased from 7.7% to 33.3% in the post-training phase.</p>
Etisk vurdering	<p>Ethical and scientific approval for the study was obtained from Sivas Cumhuriyet University Clinic Research Ethics Committee</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Nivå 1 Fagfelleurdert</p>

VEDLEGG 5: ANALYSE

Fargekoder:

Kunnskap/ kompetanse (grønn)
Manglende ressurser (rød)
Kartlegging og observasjon (blå)
Forebyggende strategier (gul)

Artikkel 1:

1. Manglende kunnskap og opplæring
2. Komplekse symptomer
3. Manglende ressurser
 - vansker med å sette i gang tiltak i tide
 - «systemets» restriksjoner. Interne og eksterne barrierer.
4. Vansker med å identifisere symptomer
 - skiftende personale
 - vanskelig å få kjennskap til pasientene
5. Tett oppfølging av pasienter som har høy risiko for å utvikle delirium
6. Manglende bruk av kartleggingsverktøy
 - sykepleiers erfaring som «hovedverktøy»
7. Psykisk og fysisk krevende å ha omsorg for pasienter med delirium
 - høyt nivå av stress
 - stor arbeidsbelastning
 - sykepleiere utsatt for psykisk -og fysisk utbrenthet
8. Ressurskrevende/ mindre tid til andre pasienter
9. Bruk av pårørende
10. Mobilisering

Artikkel 2:

1. Sykepleiere taklet pasientene bedre enn fysioterapeuter og assistenter
2. Bekymring for at pasientene fikk god nok pleie og behandling
3. Bruk av pårørende
4. Manglende tid

5. Mindre tid til andre pasienter
6. Vansker med å identifisere pasientens behov under den fluktuerende fasen
7. Opplæring av pårørende
8. Undervisning og opplæring til sykepleiere og andre

Artikkel 3:

1. Sykepleiere har kunnskap om forebygging og behandling
2. Manglende ressurser som begrensning
3. Mangel på tid
 - til informasjon
 - til beroligelse
4. Korte ned på ventetid før operasjon
5. Hydrering
6. Behandle infeksjon
7. Restriktiv holdning til medikamentbruk
8. Bruk av skjerming
9. Manglende kunnskap om korrigering av syn -og hørsel
10. Positiv erfaring med samarbeid med pårørende

Artikkel 4:

1. Delirium som lav prioritet
 - manglende tid
2. Bruk av CAM lite prioritert
3. Manglede kunnskap om delirium
4. Større fokus på fysiske aspekt – delirium får lite oppmerksomhet
5. Lite tid til å gi nødvendig pleie
 - opplevelse av stress pga tidsnød
 - emosjonelt krevende og frustrerende
 - fysisk krevende
6. Bruk av CAM positivt, men med noen begrensninger
7. Nødvendig å bruke intuisjon i tillegg til CAM
8. Lite fokus på tiltak som forebygger og behandler delirium
 - til tross for kunnskap om effekt
9. Manglede iverksetting av forebyggende tiltak

10. Krevende å samarbeide med pårørende pga liten tro på tiltakene
11. Behov for å informere og involvere pårørende mer
12. Behov for økt kompetanse
13. Behov for offisielle retningslinjer for standard behandling av delirium
 - Viser igjen manglende kunnskap blant sykepleierne
14. Behov for forebyggende tiltak

Artikkel 5:

1. Avventende holdning til utvikling av delirium
2. Viktig å kartlegge delirium i innkomstsituasjonen
3. Utilfredsstillende at det ikke var etablert faste rutiner for systematisk identifisering
4. Vanskelig ved samtidig demensdiagnose
5. Behov for forebyggende tiltak
6. Uklare prosedyrer vanskeliggjorde systematisk oppfølging
7. Behov for tettere tverrfaglig samarbeid
8. Stort ansvar, lite myndighet og manglende kontroll over arbeidssituasjon
9. Kunnskap om viktige forebyggende tiltak
10. Manglende kunnskap om hypoaktivt delirium
11. Manglende konkrete prosedyrer for oppfølging av pasienter med høy risiko
12. Erfarne sykepleiere versus de med mindre erfaring
13. Manglende helhetlig forståelse av tilstandens kompleksitet og alvorlighetsgrad

Artikkel 6:

1. Noe erfaring med bruk av kartleggingsverktøy, men det ble ikke forventet brukt
2. Kartlegging ble sett på som en oppgave for leger eller spesial sykepleiere
 - delirium hos eldre ikke sett på som en prioritet
3. Manglende tid
 - stressende for sykepleierne
4. Ønske om økt kompetanse
5. Manglende kunnskap om kartleggingsverktøy
6. Manglende ressurser
7. Manglende kunnskap om hypoaktivt delirium
8. Samarbeid med pårørende
9. Viktighet av anamnese og full klinisk undersøkelse

10. Stabilt personale – kjennskap til pasienten
11. Legens jobb å sette diagnosen
12. Manglende kunnskap om delirium
13. Lett å mistolke delirium som demens og omvendt

Artikkel 7:

1. Delirium ble ofte underkjent av sykepleiere selv om de brukte CAM
2. Behov for kunnskap og kompetanse

Artikkel 8:

1. Manglende kunnskap
2. Manglende bruk av kartleggingsverktøy
3. Grunnleggende sykepleie som forebyggende strategi
4. Miljøtiltak
5. Manglende tid og ressurser
6. Stress og energikrevende

Artikkel 9:

1. Prosedyrer for forebygging kunne ikke forebygge alle tilfeller
2. Anbefaler bruk av eks HELP-programmet

Artikkel 10:

1. Nedgang i tilfeller ved bruk av forebyggende tiltak
2. Bruk av CAM - positivt
3. Øke kunnskap
4. Kartlegge risikofaktorer

Kunnskap/ kompetanse (grønn)	Manglende ressurser (rød)	Kartlegging og observasjon (blå)	Forebyggende strategier (gul)
<p>(1) 1.Manglende kunnskap og opplæring</p> <p>(2) 1.Sykepleiere taklet pasientene bedre enn fysioterapeuter og assistenter.</p> <p>2.Bekymring for at pasientene fikk god nok pleie og behandling.</p> <p>8.Undervisning og opplæring til sykepleiere og andre</p> <p>(3) 1.Sykepleiere har kunnskap om forebygging og behandling</p> <p>(4) 3.Manglende kunnskap om delirium</p> <p>4.Større fokus på fysiske aspekt – delirium får lite oppmerksomhet</p> <p>12.Behov for økt kompetanse</p> <p>13.Behov for offisielle retningslinjer for standard behandling av delirium</p> <p>- Viser igjen manglende kunnskap blant sykepleierne</p> <p>(5) 9.Kunnskap om viktige forebyggende tiltak</p> <p>10.Manglende kunnskap om hypoaktivt delirium</p>	<p>(1) 3.Manglende ressurser</p> <p>-vansker med å sette i gang tiltak i tide</p> <p>- «systemets» restriksjoner. Interne og eksterne barrierer.</p> <p>7.Psykisk og fysisk krevende å ha omsorg for pasienter med delirium</p> <p>- høyt nivå av stress</p> <p>-stor arbeidsbelastning</p> <p>-sykepleiere utsatt for psykisk -og fysisk utbrenthet</p> <p>8.Ressurskrevende/ mindre tid til andre pasienter</p> <p>(2) 4.Manglende tid</p> <p>5.Mindre tid til andre pasienter</p> <p>(3) 2.Manglende ressurser som begrensning</p> <p>3.Mangel på tid</p> <p>- til informasjon</p> <p>- til beroligelse</p> <p>(4) 1.Delirium som lav prioritet</p> <p>- manglende tid</p> <p>5.Lite tid til å gi nødvendig pleie</p> <p>- opplevelse av stress pga tidsnød</p>	<p>(1) 2.Komplekse symptomer.</p> <p>4.Vansker med å identifisere symptomer</p> <p>- skiftende personale</p> <p>- vanskelig å få kjennskap til pasientene</p> <p>6.Manglende bruk av kartleggingsverktøy</p> <p>- sykepleiers erfaring som «hovedverktøy»</p> <p>(2) 6.Vansker med å identifisere pasientens behov under den fluktuerende fasen</p> <p>(4) 2.Bruk av CAM lite prioritert</p> <p>6.Bruk av CAM positivt, men med noen begrensninger</p> <p>7.Nødvendig å bruke intuisjon i tillegg til CAM</p> <p>(5) 1.Avventende holdning til utvikling av delirium</p> <p>2.Viktig å kartlegge delirium i innkomstsituasjonen</p> <p>3.Utilfredsstillende at det ikke var etablert faste rutiner for systematisk identifisering</p>	<p>(1) 5.Tett oppfølging av pasienter som har høy risiko for å utvikle delirium.</p> <p>9.Bruk av pårørende</p> <p>10.Mobilisering</p> <p>(2) 3.Bruk av pårørende</p> <p>7.Opplæring av pårørende</p> <p>(3) 4.Korte ned på ventetid før operasjon</p> <p>5.Hydrering</p> <p>6.Behandle infeksjon</p> <p>7.Restrictiv holdning til medikamentbruk</p> <p>8.Bruk av skjerming</p> <p>9.Manglende kunnskap om korrigerende av syn -og hørsel</p> <p>10.Positiv erfaring med samarbeid med pårørende</p> <p>(4) 8.Lite fokus på tiltak som forebygger og behandler delirium</p> <p>- til tross for kunnskap om effekt</p> <p>9.Manglede iverksetting av forebyggende tiltak</p> <p>10.Krevende å samarbeide med pårørende pga liten tro på tiltakene</p>

<p>12.Erfarne sykepleiere versus de med mindre erfaring</p> <p>13.Manglende helhetlig forståelse av tilstandens kompleksitet og alvorlighetsgrad</p> <p>(6) 4.Ønske om økt kompetanse</p> <p>5.Manglende kunnskap om kartleggingsverktøy</p> <p>7.Manglende kunnskap om hypoaktivt delirium</p> <p>12.Manglende kunnskap om delirium</p> <p>13.Lett å mistolke delirium som demens og omvendt</p> <p>(7) 2. Behov for kunnskap og kompetanse</p> <p>(8) 1. Manglende kunnskap</p> <p>(10) 3.Øke kunnskap</p>	<p>- emosjonelt krevende og frustrerende</p> <p>- fysisk krevende</p> <p>(5) 7.Behov for tettere tverrfaglig samarbeid</p> <p>8.Stort ansvar, lite myndighet og manglende kontroll over arbeidssituasjon</p> <p>(6) 3.Manglende tid - stressende for sykepleierne</p> <p>6.Manglende ressurser</p> <p>(8) 5. Manglende tid og ressurser</p> <p>6. Stress og energikrevende</p>	<p>4.Vanskelig ved samtidig demensdiagnose</p> <p>(6) 1.Noe erfaring med bruk av kartleggingsverktøy, men det ble ikke forventet brukt</p> <p>2.Kartlegging ble sett på som en oppgave for leger eller spesial sykepleiere</p> <p>- delirium hos eldre ikke sett på som en prioritet</p> <p>11.Legens jobb å sette diagnosen</p> <p>(7) 1. Delirium ble ofte underkjent av sykepleiere selv om de brukte CAM</p> <p>(8) 2. Manglende bruk av kartleggingsverktøy</p> <p>(10) 2.Bruk av CAM – positivt</p> <p>4.Kartlegge risikofaktorer</p>	<p>11.Behov for å informere og involvere pårørende mer</p> <p>14.Behov for forebyggende tiltak</p> <p>(5) 5.Behov for forebyggende tiltak</p> <p>6.Uklare prosedyrer vanskeliggjorde systematisk oppfølging</p> <p>11.Manglede konkrete prosedyrer for oppfølging av pasienter med høy risiko</p> <p>(6) 8.Samarbeid med pårørende</p> <p>9.Viktighet av anamnese og full klinisk undersøkelse</p> <p>10.Stabilt personale – kjennskap til pasienten</p> <p>(8) 3. Grunnleggende sykepleie som forebyggende strategi</p> <p>4. Miljøtiltak</p> <p>(9) 1.Prosedyrer for forebygging kunne ikke forebygge alle tilfeller</p> <p>2.Anbefaler bruk av eks HELP-programmet</p> <p>(10) 1.Nedgang i tilfeller ved bruk av forebyggende tiltak</p>
<p>Artikler: 1,2,3,4,5,6,7,8,10</p>	<p>Artikler: 1,2,3,4,5,6,8</p>	<p>Artikler: 1,2,4,5,6,7,8,10</p>	<p>Artikler: 1,2,3,4,5,6,8,9,10</p>
<p>Antall artikler: 9</p>	<p>Antall artikler: 7</p>	<p>Antall artikler: 8</p>	<p>Antall artikler: 9</p>

Vedlegg 6:

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

KORTVERSJON

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette

Hysten

Ranhoff, Marianne Hjermsstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

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

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