



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

Hanne Melvold og Otto Overgaard

Veileder: Ida Eggen

Bacheloroppgave

Sykepleie ved postoperativ delirium

Nursing Care for Postoperative Delirium

Bachelor i sykepleie, deltid 2011, kull 2  
4DBACH  
2015

Samtykker til utlån hos biblioteket:  JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:  JA  NEI

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Delirium er en alvorlig og hyppig forekommende tilstand. Der det kirurgiske behandlingsforløpet er den somatiske behandlingen som gir størst risiko for utvikling av delirium. Sykepleieren spiller en sentral rolle i all forebygging og behandling av delirium.

**Hensikt:** Å se nærmere på sykepleierens rolle i behandlingen av delirium, med sykepleie ved postoperativ delirium som hovedtematikk. For derigjennom å belyse og om mulig besvare den valgte problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere best ivareta pasienter med postoperativ delirium, og er dagens sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis?

**Metode:** Dette er en litterær oppgave. Der en litteraturstudie basert på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, fagbøker, offentlige publikasjoner, seks vitenskapelige artikler og tretten fagartikler, ligger til grunn.

**Konklusjon:** Økt kunnskap og forståelse blant dagens sykepleiere, er nøkkelen til å kunne ivareta pasienter med postoperativ delirium på en best mulig måte. Her må betydningen av miljøterapi, og bruken av vurderingsverktøy i diagnostikken vektlegges. Basert på den faglitteraturen og forskningen vi har lagt til grunn, er det mye som tyder på at dagens sykepleie ikke er i tråd med kunnskapsbasert praksis.

**Nøkkelord:** Milieu Therapy (miljøterapi), Nursing Care (sykepleie), Postoperative Delirium (postoperativ delirium).

**”Kunnskap må forbedres,  
utfordres, og økes hele tiden,  
ellers forsvinner den”**

Peter Ferdinand Drucker (2001)

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	4
1.1 Problemstilling .....	4
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling .....	4
1.3 Avgrensninger og valg .....	5
1.4 Oppgavens struktur .....	6
<b>2. Metode</b> .....	7
2.1 Metodebegrepet .....	7
2.2 Den litterære oppgaven .....	7
2.3 Innhenting av data .....	8
2.4 Kildekritikk .....	9
<b>3. Teoretisk tilnærming</b> .....	11
3.1 Delirium .....	11
3.2 Postoperativ delirium .....	15
3.3 Forebygging og behandling .....	16
3.4 Pasientperspektivet .....	20
3.5 Sykepleieteori .....	21
3.6 Sykepleie ved postoperativ delirium .....	25
<b>4. Hvordan kan sykepleiere best ivareta pasienter med postoperativ delirium, og er dagens sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis?</b> .....	29
4.1 Ved økt kunnskap og forståelse .....	29
4.2 Ved å vektlegge pasientens perspektiv og relasjonens betydning .....	31
4.3 Miljøterapiens betydning i sykepleien til pasienter med postoperativ delirium .....	35
<b>5. Oppsummering og konklusjon</b> .....	37
<b>Litteraturliste</b> .....	39

**Antall ord: 12 581**

## **1. Innledning**

Vi ser i denne oppgaven nærmere på sykepleierens rolle i behandlingen av delirium, med *sykepleie ved postoperativ delirium* som hovedtematikk. Delirium er blant de første tilstandene som er omtalt i litteraturen. Beskrevet av Celsus allerede i det første århundre etter Kristus, og referert til av Hippokrates. Delirium er i likhet med demens klassifisert som en organisk psykisk lidelse, og har vært omtalt som akutt forvirring, akutt hjernesviktsyndrom, intensivpsykose, toksisk psykose osv. I dag er delirium den vitenskapelig korrekte og allment aksepterte betegnelsen (Helsedirektoratet, 2011; Juliebø, 2009; Snoek & Engedal, 2008).

Delirium er en alvorlig og hyppig forekommende tilstand, og er en vanlig komplikasjon ved akutt somatisk sykdom og/eller skade. Delirium er videre en betydelig påkjenning for den enkelte, og gir økt risiko for en tidlig død. Økt liggetid på sykehus og forsinket rekonvalesens forbindes også med delirium. Noen pasienter utvikler en posttraumatisk stresslidelse eller demens som følge av at de har gjennomlevd en delirium. Delirium kan ramme alle mennesker uavhengig av alder hvis traumet eller belastningen blir stor nok, men tilstanden er vanligst hos barn og eldre. Sykepleie, herunder sykepleieintervensjoner, har en sentral rolle i all tverrfaglig behandling av delirium (Engedal & Haugen, 2009; Ranhoff, 2008).

### **1.1 Problemstilling**

Vi har valgt følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleiere best ivareta pasienter med postoperativ delirium, og er dagens sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis?*

Kunnskapsbasert praksis kan defineres slik: "Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen" (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 17).

### **1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Vi har valgt dette temaet på bakgrunn av en personlig og faglig interesse. En interesse som i førsterekke ble vakt i forbindelse med medisinsk- og kirurgisk praksis. Vi erfarte at delirium er mer en den klassiske situasjonen; eldre pasient (> 65) med hoftebrudd. Tilfeldig eller ei,

det store flertallet vi møtte, som hadde utviklet delirium, var hverken demente eller eldre enn 65 år. All forskning viser at en alder over 65 år og/eller en underliggende demenssykdom gir økt risiko for å utvikle delirium, men forskning viser også at opptil 75 % av pasienter innlagt i intensivavdelinger, uavhengig av alder, utvikler delirium. Videre, at hyppigheten i den voksne befolkningen (yngre enn 65 år) er 15-20 %. Et ikke ubetydelig antall mennesker (Hem, 2012; Engedal & Haugen, 2009; Vinsrygg, 2005). Denne hyppigheten kombinert med hvor alvorlig delirium er for den som blir rammet, står sentralt i vårt valg av problemstilling.

Videre viser forskning at delirium er underdiagnostisert, og at kanskje så mange som 30-50 % av tilfellene aldri blir diagnostisert (Kragh-Sørensen & Lolk, 2009). Det er også mye som tyder på at forekomsten av delirium i sykehus er proporsjonal med kvaliteten på sykepleien og den medisinske behandlingen (Ranhoff, 2008).

Avgjørende for valg av problemstilling er allikevel sykepleierens sentrale rolle i behandlingen og i diagnostikken av delirium (Ranhoff, 2008). Herunder i den preoperative forebyggingen i forbindelse med det kirurgiske behandlingsforløpet (Kaasa, 2008; Ranhoff, 2008).

Det kirurgiske behandlingsforløpet er den somatiske behandlingen som gir størst risiko for utvikling av delirium (Kaasa, 2008). Erfaring fra vår egen kliniske praksis, tilsier at man har kommet ganske langt når det gjelder å forebygge delirium ved elektiv (planlagt) kirurgi, og det å kartlegge for mulige risikopasienter. Det står etter vår mening ikke like bra til når det gjelder bruken av standardiserte vurderingsverktøy i diagnostikken av delirium, og i den eventuelt påfølgende sykepleien til pasienter som har fått diagnosen. Hvorvidt dette skyldes manglende kunnskap, eller ressurser/tid, eller en kombinasjon, vites ikke. Dette har gitt økt nysgjerrighet for delirium generelt, og for postoperativ delirium spesielt.

### **1.3 Avgrensninger og valg**

Oppgaven avgrenses til å omfatte sykepleie til voksne pasienter uten underliggende demenssykdom innlagt i sykehus, diagnostisert med delirium postoperativt. Uavhengig av årsaken til det kirurgiske inngrepet, og inngrepets alvorlighet og lengde. Videre avgrenses sykepleien til sykepleierens selvstendige rolle i behandling av postoperativ delirium, og til sykepleierens sentrale rolle når det gjelder å diagnostisere delirium. Sykepleie relatert til forebygging og den medisinske behandlingen beskrives, men drøftes ikke nærmere. Vi ser ikke noe nærmere på

delirium utløst av alkohol – delirium tremens, eller andre psykoaktive stoffer. Delirium tremens antas å ha en patofysiologisk bakgrunn som på flere områder er ulik den vi finner ved delirium. Noe som blant annet gjenspeiles i ulikheter i sykdomsforløpet, og i den behandling som anbefales (Bodd, 2011; Helsedirektoratet, 2011).

Behandling, brukes i denne oppgaven som en samlet betegnelse på sykepleie og medisinsk behandling.

Vi har valgt å vekte opp teoridelen i denne oppgaven. Evnen til å observere og handle bygger blant annet på klinisk erfaring og teoretisk kunnskap. Kunnskap om patofysiologien ved delirium, herunder mulige utløsende årsaker, sårbarhetsfaktorer, og symptomer, vil etter vår mening gjøre oss bedre rustet til å forstå og nytte gjøre oss av anbefalt medisinsk behandling, forebygging og sykepleie ved delirium. Dette vil sammen med en god yrkesetisk holdning og kunnskap om pasientens perspektiv, og interaksjonen mellom pasient og sykepleier være sentrale elementer i en kunnskapsbasert praksis (Kunnskapsdepartementet, 2008). Andre valg og avgrensninger vil fremgå av teksten.

#### **1.4 Oppgavens struktur**

Oppgavens struktur bygger på det som Rienecker og Jørgensen (2013) beskriver som en klassisk vitenskapelig disposisjon. Vi har valgt å inndelegge oppgaven i fem hoveddeler, fra kapittel 1. Innledning til og med kapittel 5. Konklusjon. I oppgavens metodedel – kapittel 2. Metode, tar vi i hovedsak utgangspunkt i Dalland (2012). Her presenteres også noen utvalgte forskningsartikler. Oppgavens tredje del – 3. Teoretisk tilnærming, utgjør oppgavens teoridel. Denne danner et grunnlag og en ramme for vår tilnærming til problemstillingen. Avsnitt 3.1-3.4 tilligger pasientdomenet, og avsnitt 3.5 og 3.6 sykepleiedomenet. Avsnitt 3.3 Forebygging og behandling, omhandler elementer fra begge domenenene, men er plassert under pasientdomenet av hensyn til oppgavens overordnede disposisjon. I oppgavens fjerde del, belyses og drøftes problemstillingen med utgangspunkt i tre ulike temaer. Dette danner grunnlaget for oppgavens femte og siste del – kapittel 5. Konklusjon.

## **2. Metode**

### **2.1 Metodebegrepet**

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metodebegrepet slik: ”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Metode er med andre ord et redskap til å finne frem til ny kunnskap, herunder belyse og om mulig besvare en definert problemstilling. I arsenalet av metoder finner vi litteraturstudier. Kvantitative og kvalitative metoder står sentralt i den samfunnsvitenskapelige metodelæren. To ulike metoder til å innhente og analysere informasjon relatert til den sosiale virkeligheten – en metodisk tilnærming basert på åpenhet, grundighet og systematikk. Innhenting og analyse av konkrete og målbare data, eksempelvis i form av statistikk og tall, er det som kjennetegner en kvantitativ metode. En mye brukt metode i naturvitenskapelig forskning. Kvalitativ metode innhenter og tolker data relatert til menneskelige fenomener og erfaringer. Eksempelvis gjennom observasjon, intervjuer, spørreundersøkelser, og/eller tekstanalyse. Basert på blant annet parametere som overførbarhet og generalisering, så eksisterer det et hierarki innenfor den vitenskapelige forskningen – øverst troner randomiserte studier, deretter følger oppsummerende studier, etterfulgt av kvantitative enkelt studier og kvalitative enkelt studier (Dalland, 2012; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

### **2.2 Den litterære oppgaven**

En litteraturstudie ligger til grunn for arbeidet med denne oppgaven. Vi bruker denne metoden for å komme frem til kunnskap og forståelse omkring et emne, nemlig problemstillingen vår. Veien dit er via andres tenkning og forskning i forma av kvalitative og kvantitative data fra utgitte tekster. Noen av fordelene er at kunnskapen/ litteraturen er tilgjengelig hele tiden. Pensumlitteratur er vi kjent i – vi kan lete etter svar og mest sannsynlig finne disse, og gjerne også nye momenter som vi ikke hadde tenkt ut selv på forhånd. Vi mener at en av de største fordelene med litteraturstudie, er at det er gjort mye forskning og arbeid som vi kan dra nytte av i oppgave vår. All litteratur er selvfølgelig ikke basert på forskning. Noen bøker kan også for eksempel være basert på egen erfaringer (Dalland, 2012).

Litteraturstudie har også ulemper. Innholdet foreldes, det kommer til nye momenter og nye forskningsresultater. Det er derfor viktig at litteraturkilden er gyldig og relevant for problem-

stillingen. Et annet moment – hvor langt unna selve opphavet, eller kilden til kunnskapen er. Primærlitteratur er skrevet av opphavsmannen selv, og er dennes forskningsresultater, fortolkning, og forståelse av temaet. Dette er foretrukket kilde. Sekundærlitteratur eller sekundærkilde er basert på fortolkning og bearbeiding av en primærkilde og dermed tolket nok en gang. Vi igjen tolker innholdet på nytt (Dalland, 2012). Vi har alle en kunnskaps- og erfaringsbakgrunn som vi bruker bevisst eller ubevisst. Dette mener vi er vår forforståelse, og som bidrar til vår tolkning av litteratur og erfaringer.

Som supplement til litteraturstudiet, for å få fram det praktiske perspektivet, har vi med erfaringer og synspunkter fra både sykepleiere og pasienter som vi har møtt i praksis, samt personlige erfaringer fra egen klinisk praksis.

### **2.3 Innhenting av data**

Oppgaven bygger på data fra pensumlitteraturen og fra selvvalgt faglitteratur, herunder fagartikler og forskning. I tillegg tilkommer ulike offentlige dokumenter som kan være med på belyse relevante elementer knyttet til problemstillingen, eksempelvis lover og retningslinjer. Fagartiklene og forskningen (les: vitenskapelige artikler) er funnet som følge av at de har vært referert til i annen faglitteratur eller gjennom egne litteratursøk i relevante databaser. Vi har primært brukt Cinahl, EBSCOhost, McMaster PLUS og SweMed+. Vi har kun benyttet engelske søkeord: *care, delirium, experiences, intensive care delirium, nursing, patients, postoperative delirium, reduce, response, surgery, symptoms, treatment*. Disse har blitt brukt hver for seg, eller i kombinasjon – eksempelvis: ”delirium AND nursing”. Søkeordene er brukt som de står her, eller de er blitt trunkert. Vi har gjennomgått og vurdert totalt 15 vitenskapelig artikler, 6 av disse har vi benyttet i oppgaven – fem engelskspråklige og en norsk.

Relevans i forhold til problemstillingen ligger til grunn for innhenting data – uansett kilde. Fagartiklene og forskningen skal i tillegg være kvalitetssikret – peer reviewed, og av nyere dato (< 2004). Vi har her gjort et unntak for McCann og Bakers (2001) artikkel publisert i *Journal of Advanced Nursing*. I likhet med denne, er med et unntak alle fagartiklene og forskningen publisert i anerkjente fagtidsskrifter. Til drøftingen har vi vektlagt arbeider gjort av sykepleiere. For nærmere å beskrive og belyse postoperativ delirium og den medisinske behandlingen, har vi også lagt til grunn arbeider gjort av forskere med medisinsk bakgrunn.



Data relatert til delirium i lærebøker og i annen faglitteratur, fremstår etter vår mening som fragmentert – litt her og litt der. Det har derfor vært nødvendig å bruke en rekke ulike kilder, for å underbygge drøftingen og belyse den valgte problemstillingen. Relevante data har vi i første rekke hentet fra områder som: pre-, per- og postoperativ sykepleie, geriatrisk sykepleie, intensivsykepleie, og psykiatrisk sykepleie. Disse dataene er sammenholdt med data fra områdene: sykdomslære, anatomi og fysiologi, farmakologi, og sykepleieteori.

## 2.4 Kildekritikk

”Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet” sier Dalland (2012, s. 72). Hvor gyldig og hvor relevant er den valgte litteraturen? Litteratur omfatter ofte store forskningsarbeider som allerede finnes (Dalland, 2012). Skal resultatet vårt bli kvalitetsmessig må vi være kritiske til hva slags litteratur vi velger.

Pensumlitteratur er valgt ut av lærerstedet, og vi anser derfor pensumlitteraturen for å være relevant og valid (gyldig). Dette er ofte sekundærlitteratur fordi de er basert på kunnskap fra andre kilder. Boken til Marit Kirkevold (1998): *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*, er eksempelvis blitt anbefalt av lærerstedet. Vi anser den derfor å være gyldig på lik linje med pensumlitteraturen. Vi er klar over at det er Kirkevold’ tolkning og forståelse som kommer frem i boken. Både Travelbee og Orem er anerkjente sykepleieteoretikere. Selv om teoriene deres er skrevet for en god del år siden mener vi at de fortsatt er relevante og gyldige, blant annet fordi de refereres til i både pensumlitteraturen og i annen faglitteratur.

Vi har så langt det er mulig også kvalitetssikret den selvvalgte faglitteraturen. Blant annet på bakgrunn av parametere som forfatter, utgiver og publikasjonssted. Herunder hvor litteraturen befinner seg i kildehierarkiet - eksempelvis finner vi vitenskapelige artikler og monografier øverst, deretter følger fagbøker og lærebøker (Dalland, 2012).

Vi har også vurdert den forskningen og de fagartiklene vi har brukt i oppgaven. Her følger en nærmere presentasjon av tre vitenskapelige artikler:

**Bélanger, L. & Ducharme, F. (2011). Patients’ and nurses’ experiences of delirium: a review of qualitative studies.** Dette er en systematisk oversiktsartikkel, publisert i fagtid-

skriftet: *Nursing in Critical Care*. Studien har et klart formål, noe som gjenspeiles i tittelen. Studien er avgrenset til pasienter og sykepleiere i sykehus, nærmere bestemt kirurgisk eller medisinsk overvåkning. Studien ser på alle kvalitative studier i perioden 1990-2009, både engelske og franske. Basert på studiens formål, ble 68 kvalitative studier gjennomgått. 17 av disse ligger til grunn for studiens kvalitative innholdsanalyse. Etter vår mening er disse 17 relevante for studiens formål. Kvalitetsvurderingen av de valgte studiene har en sentral plass, men studien beskriver i beskjeden grad egen metodebruk. Den er ikke sterkt konkluderende, men mener at pasientenes erfaringer og perspektiv må legges til grunn for å forbedre sykepleien.

**Brown, S., Fitzgerald, M. & Walsh, K. (2007). Delirium dichotomy: A review of recent literature.** Dette er en systematisk oversiktsartikkel, publisert i fagtidsskriftet: *Contemporary Nurse*. Studiens hovedformål er å se på kvaliteten i sykepleien til eldre, eller godt voksne, pasienter med postoperativ delirium. Studien bygger på en kvalitativ innholdsanalyse av all tilgjengelig litteratur på engelsk i tidsrommet 2000-2006. Kvalitative enkeltstudier er i flertall, men også fagartikler og fagbøker er inkludert – totalt 38 litterære kilder. Kvalitetsvurderingen av disse, og egen metodebruk er ikke vektlagt i studien. Drøftingen er derimot vektlagt, og studien er på flere områder sterkt konkluderende. Spesielt hva angår sykepleieres manglende kunnskap og forståelse.

**Duppils, G. S. & Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious.** Dette er en kvalitativ studie, publisert i fagtidsskriftet: *Journal of Clinical Nursing*. Studiens formål er å beskrive pasienters opplevelse av å ha postoperativ delirium, og deres erfaringer relatert til den sykepleie de mottok. De har fulgt totalt 225 pasienter over 65 år gjennom det kirurgiske behandlingsforløpet. 45 av disse utviklet postoperativ delirium. Disse ble observert 3-8 ganger pr. døgn, til de var symptomfrie. 15 pasienter ble intervjuet i etterkant, de andre ble ekskludert fordi de ikke husket noe eller fordi de fremdeles hadde delirium ved utskrivelse. Studien bygger med andre ord på observasjoner og intervjuer. Forfatternes beskrivelse og vurdering av egen metodebruk er fremtredene, og er etter vår mening av høy kvalitet. Dette er en svensk studie, og er dermed overførbart til norske forhold. Studien er klart mer oppsummerende enn konkluderende. De vektlegger pasientperspektivet som et grunnlag for sykepleien, og videre betydningen av kommunikasjon og relasjonsbygging.

### 3. Teoretisk tilnærming

#### 3.1 Delirium

Psykiateren Zbigniew J. Lipowskis definisjon er ofte sitert, og klassifikasjonssystemer som DSM-IV og ICD-10 bygger begge sin klassifikasjon av delirium på denne. Lipowski definerer delirium slik: "Delirium er et transistorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våken rytme" (sitert i Engedal & Haugen, 2009, s. 152).

Et transistorisk globalt hjernesyndrom, eller transistoriske forstyrrelser, viser til etiologien og patofysiologien ved delirium. Lipowski beskriver her, med andre ord, en forstyrrelse i en eller flere av de ulike neurotransmitterene vi finner i sentralnervesystemet. Sentrale transmittere her er acetylkolin, dopamin, gammaaminosmørsyre (GABA), glutamat, noradrenalin og serotonin. Den biologiske årsakssammenhengen som gir disse transistoriske forstyrrelsene er ikke fullt ut kartlagt, men man har i dag to hovedhypoteser (Engedal & Haugen, 2009; Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006).

Tap av acetylkolin, forstyrrelser i metabolismen (omsetningen) av acetylkolin, er en hypotese. Acetylkolin er en meget sentral transmitter i sentralnervesystemet, og den viktigste transmitteren mellom sentralnervesystemet og det perifere nervesystemet, og videre mellom nervesystemet og de ulike muskelcellene. Forskning viser at et større tap av acetylkolin kan gi delirium. Tap av acetylkolin i hjernen har to hovedårsaker. Forstyrrelser i oksygentilførselen til hjernen påvirker først og fremst de cellene som er sentrale for metabolismen av acetylkolin. Her finner vi en rekke forskjellige utløsende årsaker som hver for seg eller sammen fører til redusert tilførsel eller økt behov for oksygen. Eksempelvis; akutt blodtap, blodtrykksfall, feber, hjerneslag, hjerteinfarkt, hjertesvikt, redusert blodsukker, søvnapné, og ulike lunge-sykdommer (Engedal & Haugen, 2009; Sand et al., 2006). Den andre hovedårsaken til tap av acetylkolin er legemidler. I første rekke legemidler med en sentralvirkende antikolinerg effekt – legemidler som blokkerer/bryter ned acetylkolin. Til denne gruppen legemidler hører, i tillegg til rene antikolinerge midler som atropin og skopolamin, midler mot parkinsonisme, antihistaminer, antipsykotika, trisykliske antidepressiva, og benzodiazepiner (Engedal & Haugen, 2009; Jacobsen, 2007; Ranhoff & Brørs, 2005). I tillegg kommer legemidler som passerer blod-hjernebarrieren og forstyrrer

metabolismen av acetylcholin. Her finner vi blant annet antiepileptika, NSAID-preparater, digitalispreparater, og enkelte legemidler til bruk ved generell anestesi (Engedal & Haugen, 2009; Pleym, 2007).

Kortisol, eller hyperkortisolisme, er den andre hovedhypotesen. Kortisol er et av kroppens viktigste stresshormoner, og har mange viktige virkeområder. Blant annet øker kortisol konsentrasjonen av glukose i blodet ved å stimulere til nedbrytning av fett og proteiner. Kortisol bidrar dermed til å sikre energitilførselen til vevene, og gjør kroppen i stand til å takle påkjenninger (Engedal & Haugen, 2009; Sand et al., 2006). Kortisol setter sammen med de andre stresshormonene kroppen i en kamp-eller-flukt-beredskap når dette er nødvendig. Sekresjonen av kortisol øker også når kroppen utsettes for stress. Vi snakker her i første rekke om biologisk stress, med andre ord, somatisk sykdom og/eller skade som truer med å endre, eller har endret kroppens indre miljø. Den økte sekresjonen av kortisol er selvfølgelig av det gode, men kortisol virker på alle kroppens celler og kan derfor også gi negative virkninger (Sand et al., 2006). Kortisol kan blant annet påvirke metabolismen av de ulike transmitterne i hjernen, spesielt i hippocampus. Dette kan gi kognitive endringer og delirium (Deiner & Silverstein, 2009; Engedal & Haugen, 2009).

Sekresjonen av kortisol er størst ved biologisk stress, spesielt som en del av en traumerespons ved akutt skade eller kirurgi, også omtalt som kirurgisk stressrespons (Desborough, 2000; Sand et al., 2006). Langvarig psykisk stress øker også sekresjonen av kortisol, men det er delte meninger om dette påvirker utviklingen av delirium (Engedal & Haugen, 2009; Sand et al., 2006). Ny forskning viser derimot at kortisol kan ha betydning for utviklingen av psykiske lidelser som bipolar lidelse og schizofreni, og kan være en medvirkende faktor i utviklingen av psykose (Bergset, 2011). Et psykisk traume kan sammen med somatisk sykdom eller skade, og/eller legemidler være en utløsende faktor ved delirium (Engedal & Haugen, 2009).

I tillegg til disse to hovedhypotesene, er det en gruppe sykdommer og kjemiske substanser som kan forgifte hjernen og derigjennom utløse delirium. Her finner vi forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen, lever- og nyresvikt, og alvorlige infeksjoner – eksempelvis sepsis og meningitt (Engedal & Haugen, 2009; Stubberud, 2010). Blant de kjemiske substansene finner vi alkohol og andre psykoaktive stoffer som amfetamin, cannabis, kokain og opioider. Det er her snakke om både bruk (legemidler), misbruk, og seponerings- og abstinensproblematikk

(Helsedirektoratet, 2011; Slørdal, 2007). Alkohol påvirker eksempelvis metabolismen av GABA og glutamat (Hoffman & Weinhouse, 2013). Opiater derimot har en mer sammensatt påvirkning, hvor en forstyrrelse i acetylkolin- og dopaminbalansen står sentralt sammen med en nedsatt oksygentilførsel til hjernen på grunn av respirasjonsdepresjon (Ranhoff & Brørs, 2005).

Sammenholder vi de utløsende årsakene forbundet med de to hovedhypotesene og med gruppen potensielt toksiske sykdommer og substanser, så kan i prinsippet all akutt somatisk sykdom og skade, herunder forverring av kronisk sykdom, utløse delirium. I tillegg tilkommer den medisinske behandlingen i form av ulike legemidler og det kirurgiske behandlingsforløpet. Det kan være en utløsende årsak, eller det kan være flere tilstede samtidig (Engedal & Haugen, 2009; Ranhoff, 2008). De ulike utløsende årsakene er alle knyttet til en eller annen form for biologisk stress. Symptomer på underliggende sykdom og/eller skade, eksempelvis smerter, dehydrering og urinretensjon, forsterker dette stresset (Kaasa, 2008). Ved delirium finner man ofte at pasient har en eller flere predisponerende faktorer, som øker risikoen for delirium (Ranhoff, 2008). Med andre ord en økt sårbarhet.

Risikofaktorer, økt sårbarhet, er i første rekke alder. Barn og eldre over 65 år er mest utsatt. Videre personer med fysiologiske endringer i hjernen på grunn av gjennomgått hjerneslag, demenssykdom, eller andre hjernesykdommer – eksempelvis Parkinsons sykdom (Engedal & Haugen, 2009; Stubberud, 2010). Denne gruppen har blant annet lavere toleranse for hyperkortisolisme og forstyrrelser i metabolismen av acetylkolin (Engedal & Haugen, 2009; Sand et al., 2006). Personer med medfødt eller ervervet kronisk sykdom, der sykdommen i seg selv og/eller legemiddelbruken kan ha en antikolinerg effekt, tilhører også denne risikogruppen. Eksempelvis personer med kronisk hjertesvikt eller epilepsi (Stubberud, 2010). Palliative cancerpasienter og alle terminale pasienter har en økt sårbarhet (Helsedirektoratet, 2013). Polyfarmasi, bruk av flere forskjellige legemidler, gir også økt sårbarhet (Ranhoff, 2008).

Flere peker også på sensorisk deprivasjon, manglende informasjonsflyt på grunn av nedsatt syn og/eller hørsel, som en sårbarhetsfaktor. En tidligere eller underliggende psykisk lidelse, som depresjon, psykose og posttraumatisk stresslidelse, kan også gi økt sårbarhet (Engedal & Haugen, 2009; Stubberud, 2010).

En eldre pasient (> 65 år) med demens og eventuelt tilleggsproblematikk som polyfarmasi og hjertesvikt, vil ha en svært høy sårbarhet for å utvikle delirium, selv når den utløsende årsaken ikke er spesielt alvorlig. Tiltross for at det ofte er en sammenheng mellom økt sårbarhet og påført biologisk stress, en stress-sårbarhetsmodell, kan også yngre og friske personer utvikle delirium bare den utløsende årsaken er alvorlig nok (Engedal & Haugen, 2009).

Delirium har en brå debut, et fluktuerende forløp, og en svært varierende varighet. Fra kun noen timer, til over uker og måneder. Tilstanden kan vedvare over tid tiltross for at den utløsende årsaken er borte. En tidlig diagnose er derfor viktig (Engedal & Haugen, 2009).

Lipowskis definisjon inneholder også noen sentrale diagnostiske symptomer. Både Engedal & Haugen (2009) og Stubberud (2010) beskriver disse nærmere som fem hovedsymptomer:

**Forstyrret bevissthetsnivå:** Pasientens bevissthetsnivå kan veksle mellom de ulike gradene av bevissthet – fra lettere nedsatt til total bevisstløshet. Vi finner her en redusert oppmerksomhet med en manglende evne til å motta og bearbeide normale stimuli fra omgivelsen. Videre en sveket evne til å utføre en normal handlingsrekke, som det å kle på seg eller spise. Pasienten har vanskeligheter med å være tilstede i en her-og-nå-situasjon, og klare ikke å samtale eller fullføre en tankerekke. Pasienter med delirium kan reagere sterkt på stimuli fra omgivelsene, eksempelvis støy, som vedkommende normalt ikke ville ha registrert. Dette sammen med en manglende evne til å holde drømmer/mareritt og virkelighet fra hverandre, kan gi uro, angst og agitasjon.

**Forstyrret forståelse og oppfatning:** Her finner vi gjerne en manglende sykdomsinnsikt og vanskeligheter med å skille og sette i sammenheng ulike opplevelser og sanseintrykk, til alvorlige hørsels- og synshallusinasjoner og vrangforestillinger. Symptomer vi også ser ved psykose.

**Forstyrret atferd:** Her finner vi psykomotoriske endringer. Hyperaktivitet er vanligst ved delirium. Pasienten kan oppleves som agitert, engstelig, hallusinert og utagerende, men ofte lett distraherbar. Hypoaktive pasienter oppleves gjerne som mentalt lukket – likegyldige og apatiske, med lav eller ingen spontanitet i samtale eller aktivitet. Pasienten oppleves gjerne

som samarbeidsvillig, og delirium forveksles derfor ofte med depresjon. Hypoaktivitet ser man oftest hos eldre pasienter, men noen pasienter kan veksle mellom å være hypoaktive og hyperaktive.

Forstyrret hukommelse og orienteringsevne: Pasienten er ofte ikke orientert for tid, sted, situasjon eller person. Kortidshukommelse er gjerne nedsatt på grunn av en manglende evne til både registrering, innprentning og gjenkalling. Hukommelsen i situasjon er dermed sterkt redusert, og pasienten kan for eksempel ikke lære noe nytt, og har problemer med å nyttegjøre seg av informasjon fra langtidshukommelsen.

Forstyrret døgnrytme: Forstyrrelser i døgnrytmen er veldig vanlig ved delirium. Pasienten kan ha problemer med å få sove, snu døgnet, ha total søvnmangel, og/eller hyppige vekslinger mellom søvn og våkenhet.

I tillegg til disse diagnostiske symptomene, opplever i følge Engedal & Haugen (2009) de fleste pasienter med delirium store emosjonelle endringer/svingninger. Tilstander og atferd som kan gå fra depresjon til mani, fra apati til agitasjon, og fra uro og angst til total ro.

Delirium deler flere av de diagnostiske symptomene med andre sykdommer/lidelser, blant annet akutt psykose og demens. Det som først og fremst skiller demens fra delirium er forløpet. Demenssykdommer har ofte en langsam debut med et stabilt og progredierende forløp (Engedal & Haugen, 2009). Delirium kan beskrives som en organisk psykose med somatisk årsaksbakgrunn, hvor akutt psykose skyldes psykisk stress i kombinasjon med ulike sårbarhetsfaktorer. Akutt psykose har i likhet med delirium en brå debut, og vi finner noen av de samme forstyrrelsene i forståelse, oppfatning og atferd. En psykose er som regel stabil, og ikke fluktuerende som ved delirium. Forstyrrelser i døgnrytme, bevissthet, hukommelse, og orienteringsevne sees normalt ikke ved akutt psykose (Engedal & Haugen, 2009; Snoek & Engedal, 2008).

### **3.2 Postoperativ delirium**

Postoperativ delirium er en insident delirium – delirium som utvikles i forbindelse med sykehusoppholdet. I motsetning til en prevalent delirium som er til stede ved innleggelsen (Ranhoff, 2008). Postoperativ delirium er uløselig knyttet til det kirurgiske behandlings-

forløpet, og skyldes i all hovedsak en biologisk/fysiologisk stressrespons på det kirurgiske inngrepet. Forbindelsen mellom delirium og kirurgisk stressrespons er absolutt mest entydig ved elektiv kirurgi. Ved kirurgiske inngrep relatert til akutt somatisk sykdom eller skade, er bildet mer nyansert. Pasienten vil da allerede være påført biologisk stress i større eller mindre grad, men det kirurgiske inngrepet kan tippe utviklingen mot delirium i gal retning (Holm & Kummeneje, 2009; Rudolph & Marcantonio, 2011).

Den kirurgiske stressresponsen, kroppens svar på en unormal belastning, gir en rekke ulike fysiologiske reaksjoner. Både lokalt i operasjonsområdet, men også som en systemisk reaksjon fra operasjonsområdet via sentralnervesystemet og ut i kroppens organer. Størst betydning her, for utviklingen av delirium, har endokrine og metabolske endringer, og forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen. Videre eventuelle forstyrrelser i oksygentilførselen til hjernen, og valg av kirurgisk teknikk og anestesi metode. Inngrepets alvorlighet og lengde er proporsjonal med den opplevde stressresponsen (Burton, Nicholson & Hall, 2004; Nygaard & Gulbrandsen, 2010).

I det kirurgiske behandlingsforløpet, er det som skjer peroperativt som har størst betydning for utviklingen av delirium. Forebygging gjennom hele forløpet, pre-, per-, og postoperativt, står allikevel sentralt når det gjelder å redusere risikoen for delirium og andre komplikasjoner (Holm & Kummeneje, 2009).

### **3.3 Forebygging og behandling**

Vi ser her i første rekke på forebygging i forbindelse med det kirurgiske behandlingsforløpet, avgrenset til pre- og peroperativt, og den medisinske behandlingen relatert til delirium. Sykepleierens rolle beskrives nærmere i kapittelet: 3.6 Sykepleie ved postoperativ delirium.

Den preoperative fasen, er perioden fra det blir bestemt at pasienten skal opereres og fram til pasienten er kjørt inn på operasjonsstuen. Denne fasen er i stor grad basert på fastlagte rutiner og prosedyrer, som har til hensikt å legge til rette for et vellykket inngrep, og videre redusere risikoen og belastningen for pasienten (Nakstad, 2011).

Den preoperative utredningen består å i se på pasientens sykdomshistorie, leggemiddelbruk, allergier, ernæringstilstand, eventuelle rusmisbruk, almentilstand, naturlig funksjoner og



generelle funksjonsnivå. Videre å foreta medisinske undersøkelser og prøver – er pasienten over 60 år, vil det normalt bli tatt elektrokardiografi (EKG), røntgenbilde av thorax og en utvidet analyse av blodprøvene. Kartleggingen kan avdekke forhold som krever ytterligere utredning eller spesielle tiltak og hensyn i forbindelse med det forestående inngrepet. Her vil man kunne avdekke sårbarhetsfaktorer og mulige utløsende årsaker relatert til utviklingen av delirium. Informasjon som også er viktig for det postoperative forløpet, eksempelvis pasienter med svært høy sårbarhet – barn, eldre, og pasienter med fysiologiske endringer i hjernen. Ved øyeblikkelig hjelp-kirurgi, vil naturlig nok den tiden man har til rådighet til kartlegging og forbygging bli redusert (Holm & Kummeneje, 2009; Nakstad, 2011).

Forskning viser at forebygging av delirium nytter. God sykepleie er her tillagt særlig vekt. Pasientens informasjonsbehov og psykiske forberedelser før operasjonen, er noe som er viktig å ivareta på en god og riktig måte. Det vil normalt være legens ansvar å informere om den diagnostiske utredningen og det som skal skje under det kirurgiske behandlingsforløpet. Sykepleieren spiller allikevel en viktig rolle her, gjennom dennes informasjon og støtte til pasienten, og videre gjennom veiledning og undervisning av pasienten. Informasjonen bør være enkel, repetert og konsistent. Strukturert preoperativ informasjon vil gi pasienten en opplevelse av mestring, og har også effekt postoperativt i form av en redusert opplevelse av smerte og psykisk stress (Kaasa, 2008; Ranhoff, 2008).

Sykepleieren er den med tettest pasientkontakt, og den best plasserte til å observere og korrigere eventuelle tegn på sensorisk deprivasjon og psykisk stress, og videre sørge for at pasienten får tilstrekkelig ro og hvile. I tillegg til de preoperative forberedelsene av pasienten, gjør sykepleieren en rekke observasjoner og vurderinger av pasienten. Noen som en del av den preoperative utredningen, men også som en mer kontinuerlig observasjon av pasienten. Flere av disse observasjonene og eventuelle tiltak er knyttet til utviklingen av delirium. Pasientens puls, blodtrykk og oksygenmetning må observeres for å sikre at pasienten har tilfredsstillende sirkulatorisk perfusjon og oksygenering. Mobilisering, om mulig, kan blant annet bidra til økt oksygenering og redusere sensorisk deprivasjon. Andre viktige tiltak og observasjoner er knyttet til ernæring, eliminasjon, kroppstemperatur og væskebalansen. Disse kan knyttes opp mot utløsende årsaker som forstyrrelser i oksygentilførselen til hjernen, feber, urinretensjon, obstipasjon, blodsukkerverdier, og forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen. Sykepleieren må sørge for at pasienten får i seg tilstrekkelig med ernæring og væske, og har

regelmessig urinlating og defekasjon. Sykepleieren må videre bidra til, i samråd med legen, adekvat smertelindring og regulering av kroppstemperatur, og om mulig unngå polyfarmasi og lege-midler med antikolinerg effekt (Kaasa, 2008; Ranhoff, 2008). Flere av disse tiltakene vil vi finne igjen i den postoperative behandlingen av delirium.

Peroperativt er det særlig to forhold som er forbyggende med tanke på delirium. For det først må man sikre at pasienten har en tilfredsstillende sirkulatorisk perfusjon og oksygenering, og kroppstemperatur. Videre unngå for store forstyrrelser i kroppens metabolisme, og i væske- og elektrolyttbalansen. Pasientens vitale parametere overvåkes kontinuerlig, og mulige korrigerende tiltak kan være økt tilførsel av oksygen og væske, ventilasjonsstøtte, og ulike legemidler (Kaasa, 2008; Nakstad, 2011). Det andre forholdet, er valg av kirurgisk teknikk og anestesimetode. Kikkehullskirurgi og endoskopiske teknikker (kirurgi via kroppens naturlig åpninger) gir lavere kirurgisk stressrespons enn åpen kirurgi. Det er det samme forholdet mellom regional anestesi, herunder nerveblokkade, spinal- og epiduralanestesi, og generell anestesi. Generell anestesi består ofte av en kombinasjon av legemidler som er smertelindrende, søvnfremkallende og muskelavslappende. Intubering og ventilasjonsstøtte vil derfor som regel være nødvendig. Generell anestesi kan gi alvorlige forstyrrelser i perfusjon og oksygenering ved å virke hemmende på hjertets pumpeevne (Nakstad, 2011; Pleym, 2007).

Mindre bruk av generell anestesi og mer bruk av nye kirurgiske teknikker, vil sammen med en kontinuerlig overvåkning og korrigering av pasientens vitale parametere, være med på å forebygge utviklingen av delirium (Desborough, 2000; Nakstad, 2011). I første rekke som en følge av mindre forstyrrelser i oksygentilførselen til hjernen, men også på grunn av mindre bruk av legemidler som forstyrrer metabolismen av acetylkolin (Engedal & Haugen, 2009; Sand et al., 2006). Det finnes i dag ingen god metode for å forebygge eventuelle negative følger av økt kortisol sekresjon i forbindelse med kirurgi (Burton et al., 2004).

All kurativ behandling må være basert på en diagnose. Delirium er en klinisk diagnose, basert på pasientens sykdomshistorie sammenholdt med klinisk observasjon og undersøkelse. Bruk av et standardisert vurderingsverktøy er derfor sterkt å anbefale. Diagnostikken vil da ikke lenger kun være avhengig av den enkeltes kunnskap og kliniske erfaring (Ranhoff, 2008; Stubberud, 2010). Confusion Assessment Method (CAM) er mest brukt i norske sykehus, men det finnes en rekke ulike vurderingsverktøy. Blant annet Glasgow Coma Scale (GCS) og

Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). Disse er ikke spesielt rettet mot diagnostisering av delirium, og fanger i mindre grad opp endringer og det fluktuerende forløpet vi finner ved delirium. Observational Scale of Level of Arousal (OSLA) er et nytt vurderingsverktøy som er rettet spesielt mot pasienter med delirium. OSLA scorer pasientens bevissthetsnivå, og kan bidra til bedre og økt diagnostikk av delirium (Neerland, Ahmed, Watne, Hov & Wyller, 2014). Vi går ikke her noe nærmere inn på bruken av de ulike vurderingsverktøyene.

Den medisinske behandlingen av delirium følger noen hovedprinsipper. Først må man avdekke og behandle den utløsende årsaken. Postoperativt er det dog ofte den kirurgiske stressresponsen som er hovedårsaken. Å sikre adekvat oksygenering av hjernen står sentralt. Dette kan oppnås ved å gi oksygen, eventuelt sammen med ventilasjonsstøtte, og å gi blod ved tegn på anemi. Sørge for at blodsukkeret ligger mellom 6-12, og at pasienten er afebril. Videre sikre en adekvat sirkulatorisk perfusjon ved å holde det systoliske blodtrykket stabilt og over 100 (Juliebø & Wyller, 2010; Nakstad, 2011). Andre tiltak er å korrigere forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen, og om mulig seponere legemidler med antikolinerg effekt (Juliebø & Wyller, 2010).

Flere forhold kan være med på å opprettholde en delirium. Blant annet smerter, immobilitet, mangel på ro og hvile, redusert inntak av mat og væske, og forstyrrelser i eliminasjonen. Dette må observeres og tiltak igangsettes. Eksempelvis kateterisering ved urinretensjon og adekvat smertelindring (Ranhoff, 2008; Snoek & Engedal, 2008).

Medikamentell behandling er sentral ved enkelte av punktene over, men forbindes ellers med behandling av diagnostiske symptomer som; forstyrret forståelse og oppfatning, atferd, og døgnrytme. Ved hallusinasjoner og vrangforestillinger, agitasjon og uro, kan det være aktuelt å bruk antipsykotika. Man bør da velge et antipsykotika med lav eller ingen antikolinerg effekt, eksempelvis haloperidol. Uttalt søvnproblematikk og angst kan behandles med benzodiazepiner. Felles for denne legemiddelbruken, er at den skal være avgrenset i tid og kun benyttes i den akutte perioden (Engedal & Haugen, 2009).

Bruk av tvang forbindes dessverre også med denne pasientgruppen. Spesielt knyttet til skjerming og medikamentell intervensjon (Stubberud, 2010).

Sykepleieren har en svært viktig rolle i behandlingen og diagnostikken av delirium, og har en sentral rolle i den forebyggingen og behandlingen vi har beskrevet ovenfor. Den pasientnære og terapeutiske sykepleien er allikevel den viktigste ved behandling av delirium (Snoek & Engedal, 2008). Et sentralt element i all sykepleie er pasienten, og pasientens perspektiv – pasientperspektivet (Pedersen & Dreyer, 2012).

### **3.4 Pasientperspektivet**

Søren Kierkegaard har skrevet følgende: ”At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der” (sitert i Martinsen, Norlyk & Dreyer, 2012, s. 12). Kierkegaard beskriver her kunsten å hjelpe andre. For at hjelpen skal lykkes, må man alltid ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelse og forståelse av eget ståsted og situasjon – pasientperspektivet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) sier blant annet følgende om pasientperspektivet: ”Alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger” (s. 131). En påminnelse til oss, om ikke å miste av syne mennesket bak diagnosen. Departementet legger spesielt vekt på vårt ansvar som helsepersonell, til å legge til rette for pasientmedvirkning slik Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) har klare bestemmelser om. Pasientperspektivet er hvordan den enkelte opplever å bli akutt, langvarig eller alvorlig syk. Det er tanker og opplevelser rundt gjennomgripende forandringer i livet som tap av kontroll, fysiske og psykiske begrensninger, og endret selvbilde. Videre ens relasjon til andre mennesker, herunder i møte med oss som helsepersonell (Berg, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Pasienten og pasientens perspektiv er nær knyttet til autonomi. Det er viktig å verne om den enkeltes autonomi, selv når denne er avhengig av hjelp fra andre (Dreyer & Martinsen, 2012). Våre yrkesetiske retningslinjer sier blant annet følgende om forholdet mellom sykepleieren og pasienten: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Det autonome mennesket har selvråderett og selvbestemmelse, og har et iboende menneskeverd som er ukrenkelig. Autonomi kan forstås som vår plikt til og respektere det autonome

menneskets beslutninger og valg. Vi legger da autonomi som et prinsipp til grunn. Autonomi kan også forstås som en egenskap eller som en rettighet. Rettigheten til å få sine beslutninger og valg respektert av andre. Med egenskap mener vi menneskets evne til å ta beslutninger og valg som er kompetente og konsistente. Legger vi denne forståelsen til grunn, vil menneskets autonomi kunne variere med dets mentale kapasitet og psykiske tilstand (Brinchmann, 2012; Rokstad, 2009). Det autonome mennesket finner vi også nedfelt i lovverket. Blant annet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999), Lov om helsepersonell m.v. (1999), og i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011).

Hva så med pasientperspektivet hos personer med delirium? En kvinne i 50-årene beskriver sin opplevelse av å ha postoperativ delirium slik: ”Så våknet jeg opp i helvete, omgitt av ondskap og brutalitet. Det er det grusomste jeg noensinne har opplevd. Så mye frykt, så mye lidelse, rundt meg er bare brutale ansikter og folk som blir torturert. Jeg er fryktelig redd” (Fjerstad & Lang, 2013, s. 1084). Ikke alle husker noe, men de som gjør det kan berette om lignende opplevelser. Trygghet, støtte og omsorg fremheves av mange som viktig for å kunne håndtere disse opplevelsene. Mange vil også ha behov for bistand til å gjennomarbeide disse opplevelsene i etterkant (Fjerstad & Lang, 2013; Ranhoff, 2008).

Det i vårt møte og i den mellommenneskelige interaksjonen med pasienten at vi har mulighet til å ta rede på pasientens perspektiv. Disse erfaringene ligger til grunn for en god sykepleieutøvelse (Kim, 2007). Pasientperspektivet vil derfor være en sentralt utgangspunkt for den kunnskapsbaserte praksisen (Pedersen & Dreyer, 2012). Flere sykepleieteoretikere ser på interaksjonen mellom pasient og sykepleier, blant annet Travelbee og Orem.

### **3.5 Sykepleieteori**

Som sykepleieteoretisk referanseramme velger vi å ha størst fokus på Joyce Travelbee. Hun var amerikansk sykepleier født i 1926 og døde i 1973 bare 47 år gammel. Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleierutdanningen (Travelbee, 1999).

Travelbee bygger sin sykepleietenkning på det eksistensielle menneskesynet, og på det at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Med dette som utgangspunkt hevder hun at sykepleie består av å hjelpe den syke til å finne en mening i det han gjennomlever. For å hjelpe mennesket med dette retter hun spesielt sin sykepleietenkning mot de mellom-

menneskelige aspektene og hun forholder seg til at sykepleie består av å hjelpe den syke til å finne en mening i det han gjennomlever. For å hjelpe mennesket med dette retter hun spesielt sin sykepleietenkning mot de mellommenneskelige aspektene og hun forholder seg til at ethvert menneske er et unikt individ ulikt alle andre (Knutstad, 2010; Kristoffersen, 1995). Dette vil vi komme noe nærmere inn på i drøftingsdelen av oppgaven.

Travelbee sier ikke så mye om pasientens miljø, selv om hennes definisjon av sykepleie knyttes opp til familien og samfunnet. Hennes sykepleietenkning konsentrerer seg først og fremst mot enkeltmennesket (Kristoffersen, 1995). Vi vil fokusere på det hun sier om å etablere et menneske-til-menneske-forhold i samhandling mellom pasient og sykepleier. En sykepleier, er en person som innehar visse spesialiserte kunnskaper og er i stand til å anvende dem med sikte på å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom, eller opprettholde en best mulig helsetilstand (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) hevder at for å forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse av hva som foregår mellom pasienter og sykepleier. Denne forståelsen oppnår man best gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Hun hevder at det kun er mennesker som kan bygge opp et forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper. Kjennetegnene ved menneske-til-menneske-forholdet er opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk. For å skape dette forholdet er det avgjørende at det oppstår tillit mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbee må man da gjennom flere interaksjonsfaser. En interaksjon refererer til all kontakt mellom to individer som øver gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer både verbalt og nonverbalt. Travelbee presiserer at det er sykepleierens ansvar å etablere dette forholdet. Hun beskriver fem interaksjonsfaser:

Det innledende møtet preges av at det er et møte mellom to mennesker som ikke kjenner hverandre, og at det dermed kan bli preget av generaliserte og stereotype oppfatninger og forventninger til den andre. Travelbee sier at sykepleieren må forstå at hun har disse oppfatningene og at hun må bryte ned kategoriseringen for å se «mennesket» i pasienten. Hvis sykepleieren ikke forstår dette, vil det hindre den videre utviklingen i prosessen (Knutstad, 2010; Travelbee, 1999). Slik vi tolker dette, er det viktig at vi i det første møtet med pasienten tenker på han som et enkeltindivid og ulik alle andre pasienter vi har møtt. Vi har møtt flere

pasienter med delirium tidligere, og det kan være lett å legge erfaringer på en og samme pasient.

Travelbee (1999) sier at sykepleierens oppgave blir å være seg bevisst hvordan stereotype oppfatninger preger hennes inntrykk av den syke personen, og å bryte ut av denne oppfatningen for å se det spesielle individet som den enkelte pasient er. Sånn vi tolker Travelbee, så forventer vi ikke at pasienten skal gi så mye av seg selv i det første møtet, men heller at vi ved vår væremåte forteller pasienten hvem vi er. Vi mener det er viktig at sykepleieren byr på seg selv ved det innledende møtet. Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, både verbalt og nonverbalt, er avgjørende for hva slags inntrykk hun gir.

Fremvekst av identiteter baserer seg på at begge identitet og personlighet skrider frem. Dermed vil de stereotype oppfatningene gradvis forsvinne og de vil etablere et bånd seg imellom. Sykepleieren vil få en begynnende forståelse for hvem pasienten er, og hvordan hans situasjon er. Via observasjon og kommunikasjon mener vi å kunne finne ut hvem pasienten er. Allerede her kan vi begynne å få vite litt om hvordan han tenker og føler (Travelbee, 1999).

Empati er evnen til å leve seg inn i eller å ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Føler man empati, vil det si at man knytter seg til en annen og opplever nærhet med denne (Knutstad, 2010; Travelbee, 1999). Her mener vi at det er viktig at vi ikke er påtrengende, men oppfatter signaler som den enkelte pasient gir uttrykk for enten verbalt eller via sitt kroppsspråk. Travelbee (1999) mener at når empatien først har oppstått, er interaksjon-smønstret mellom dem ugjenkallelig forandret. Hun mener det ikke er lett å forstå eller forutsi det en ikke har erfart selv på et eller annet nivå.

Sympati og medfølelse er en evne som springer ut av empatiprosessen. Her foreligger det et grunnleggende ønske om å lindre den andres plager (Travelbee, 1999). Her mener vi at det å trøste kan være relevant. Vi må gjøre noe konkret i en situasjon for at den andre skal oppfatte at vi bryr oss om den som lider. Travelbee (1999) hevder at gjennom sympati og medfølelse blir man i stand til å forstå den andres plager og opplever medlidenhet med han.

Travelbee (1999) sier at et menneske-til-menneske-forhold og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt, er det overordnede målet for all sykeleie. Denne gjensidige forståelsen og kontakten er det som oppleves når sykepleieren og pasienten har gått gjennom de forannevnte fasene. Dette er en prosess som gjennomgås samtidig av både sykepleier og pasienten. Den består av en sammenveving av tanker, følelser og holdninger som formidles fra den ene til den andre.

En annen sykepleieteoretiker er Dorothea Orem, som ser sykeleie som erstatning for egenomsorg i situasjoner hvor pasienten selv ikke er i stand til å ivareta det, og at sykepleiens mål er å hjelpe pasienten til uavhengighet. Dette passer også bra i sykeleie av pasienter som er postoperativt deliriske, da de ofte har lite evne til egenomsorg igjen (Slettebø, 2002).

Det mest særegne ved Orem sin sykeleie teori er at den i stor grad bygger på kommunikasjon og relasjonsbygging. For å forklare det enkelt er Orems ønske å se mennesket med diagnosen, og ikke diagnosen til mennesket. Hun legger vekt på en modell som følger sykeleieprosessen via datasamling, planlegging, intervensjon og evaluering. Det er knyttet bånd mellom den teoretiske og praktiske utøvelsen (Kirkevold, 1998). Hun understreker at mennesket selv velger hva som er viktig for dem i ivaretagelsen av liv, helse og velvære.

Orems teori beskriver bl.a. sykepleiens ansvarsområder til å være at pasienter er personer med egenomsorgssvikt og som ikke har andre personer som er i stand til å oppfylle kravet om egenomsorg tilfredsstillende. Videre sier Orem at sykeleie er delvis å øke pasientens evne til egenomsorg og overta ved svikt i egenomsorg når pasient eller pårørende ikke opprettholder det. Teorien til Orem baseres på at vi som sykepleiere skal utfylle egenomsorgen der hvor det trengs hjelp av en karakter som ikke pasienten eller pårørende kan bidra med. Hun mener sykepleieren må ha evne til å observere pasienten, dette sammen med persepsjon, refleksjon og vurdering gir god sykeleie (Kirkevold, 1998; Slettebø, 2002).

Orems har sentrale trekk som underbygger de universelle behovene et menneske har. Slik som mat, luft, vann, hvile og aktivitet, eliminasjon, sosialisering, ensomhet, normalitet og fare for liv og helse.



Sykepleieren har et klart ansvar når det kommer til det helt kompensierende system som Orem beskriver. Her er det slik at pasienten ikke klarer noe selv, og sykepleier trer inn i rollen og tar over, og hjelper pasienten slik at den får den hjelpen den skal ha. Både når det gjelder det å utføre egenomsorgshandlinger og fysiske og/eller psykiske begrensninger. Delvis kompensierende, vil si at sykepleier trer inn og hjelper der egenomsorgen svikter noe, men at pasienten kan klare noe. Det støttende og undervisende system er det eneste som er et system der pasientens behov for hjelp er begrenset til det med å ta avgjørelser. I dette inngår også å kontrollere adferd og tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper (Kirkevold, 1998; Slettebø, 2002).

Orem beskriver hjelpesituasjoner som situasjoner der det finnes to parter; én som trenger hjelp og den som hjelper. Den hjelpetrengende har handlingsbegrensninger og trenger derfor hjelp av en som har evne til å identifisere og møte behovene. Orem mener at alle hjelpere med profesjon benytter fem hjelpemetoder: 1) å handle for/gjøre for, 2) å rettlede, 3) å støtte fysisk/psykisk, 4) sørge for utviklende miljø, 5) undervisning. Disse metodene fører til økt gjenopptakelse av egenomsorg og er viktige i vårt arbeid (Knutstad, 2010; Slettebø, 2002).

### **3.6 Sykepleie ved postoperativ delirium**

Det å skape et terapeutisk miljø rundt pasienten – miljøterapi, står sentralt i all sykepleie til pasienter med delirium (Arnold, 1996). Psykologen Vedeler definerer miljøterapi som: ”En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutiske virkende erfaringer på en koordinert og systematiske måte i, og ved hjelp av, det sosiale og materielle miljø i en institusjon” (sitert i Hummelvoll, 2012, s. 471). Vi snakker her om en aktiv bruk av pasientens omgivelser, både de fysiske og den mellommenneskelige interaksjonen, i behandlingen. En systematisk tilnærming som skal bidra til å sikre og optimalisere pasientens tilhelling. Denne må være forankret i en diagnose og i pasientens individuelle behov (Newcomer, 1996).

Det fysiske miljøet har stor påvirkningskraft og innflytelse på pasienten, og er en viktig faktor i miljøterapien. Pasienter med delirium må skjermes mest mulig for ytre stimuli. Dette gjelder blant annet lyd og støy fra omgivelsen, men også pasientrommets beskaffenhet og estetiske utforming. Rommet må være ryddig og oversiktlig, og uten mulig konfliktfylt utsmykning. At pasienten har enerom bør være en selvfølge (Hummelvoll, 2012; Stubberud, 2010).

Atmosfæren og miljøet ved avdelingen er også av betydning. Her finner vi faktorer som personalets trivsel på arbeidsplassen, deres holdninger og faglige kompetanse, men også den generelle trivselen blant de andre pasientene og deres pårørende (Hummelvoll, 2012).

En pasientnær sykepleie med vekt på relasjonsbygging og god omsorg står sentralt i den videre behandlingen. Trygghet, struktur, tydelighet, og reorientering er viktige prinsipper her (Snoek & Engedal, 2008; Stubberud 2010). Disse prinsippene finner vi igjen i Gundersons fem miljøterapeutiske elementer: Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement (involvering), og gyldiggjøring (validering) (Brathetland et al., 1999).

”Beskyttelse vil si å trygge, skjerme eller ta hånd om” skriver Brathetland et al. (1999, s. 8). Det å trygge pasienten er viktig. Pasienter med delirium er ofte utrygge på grunn av forstyrrelser i orienteringsevne, hukommelse, forståelse, oppfatning og bevissthetsnivå. Angst og frykt kan være en del av denne utryggheten, og kan gi økt uro og agitasjon. En-til-en-kontakt og en kontinuitet i hvem som har kontakt med pasienten må tilstrebes. Dette vil legge til rette for en relasjonsbygging med pasienten. Pasienten må få ro og litt alburom til å styre litt for seg selv. En bør derfor veksle mellom å ha tett pasientkontakt og å la pasienten være i fred. Det er videre viktig å kommunisere at man ikke ønsker å skade pasienten. Spesielt hvis det er nødvendig med fysisk kontakt eller hvis grensesetting er nødvendig. Fysisk kontakt oppleves ofte som beroligende, men hos denne pasientgruppen kan slik kontakt være en trigger for uønsket atferd. Å holde pasient og/eller bruk av mekaniske tvangsmidler anbefales ikke, da dette ofte virker mer eskalerende enn beroligende på pasienter med delirium. Grensesetting, skjerming til pasientrommet, og bruk av medikamentell intervensjon er å foretrekke (Snoek & Engedal, 2008; Stubberud 2010).

Skjerming med mer kan være nødvendig for å forhindre at pasienten gjør ting han eller hun normalt ikke ville ha gjort, eller skader seg selv. Skjerming i forbindelse med beskyttelse er i førsterekke skjerming fra ytre stimuli, som nevnt tidligere. Det å ivareta pasienten henspiller her på av vi som sykepleiere må kompensere for pasientens manglende evne til å ta vare på seg selv. Det vil være å sikre gjennomføringen av den somatiske behandlingen, både relatert til delirium og til det kirurgiske inngrepet, og videre ivareta pasientens grunnleggende behov. Eksempelvis relatert til personlig hygiene, søvn og hvile, og ernæring (Brathetland et al., 1999).

Støtte har til hensikt å øke pasientens selvfølelse og selvkontroll, gjennom å fokusere på pasientens opplevelse av velvære og trygghet. Det fysiske miljøet vil kunne virke støttende her, men mest sentralt står personalets tilgjengelighet og interesse. Sykepleieren må møte pasienten med oppmerksomhet og empati. Det er videre viktig å være tålmodig og å vise at man har tid til pasienten. Støtte kan gis i form av verbal kommunikasjon, herunder som småprat og/eller som råd og veiledning, men også i form av en nonverbal tilstedeværelse (Brathetland et al., 1999; Newcomer, 1996). Hummelvoll (2012) påpeker at for mye støtte kan gi pasienten en følelse av økt utilstrekkelighet og avhengighet. Graden av støtte må derfor tilpasses den enkelte pasients behov.

”Struktur er alle aspekter ved miljøet som legger vekt på forutsigbarhet og gjør miljøet mindre flytende” skriver Brathetland et al. (1999, s. 14). Et fysisk miljø som er stimulusbegrenset, og som oppleves som oversiktlig og trygt står sentralt her. Videre må avdelingen ha en struktur som bygger på klare rolledefinisjoner, faste rutiner, og klare regler. Eksempelvis relatert til avtalte møter, døgnrytme og måltider (Brathetland et al., 1999; Newcomer, 1996). Målet er at pasienten skal føle seg knyttet til miljøet, og ikke føle seg invadert, overlatt til seg selv, eller oppleve uforutsigbarhet. Struktur vil være med på å øke pasientens tilpasningsevne, og videre fremme samhandling, endring og reorientering (Brathetland et al., 1999; Stubberud, 2010).

Tydelighet er et annet sentral punkt relatert til struktur. For det første må sykepleieren, og andre, være punktlig og holde avtaler de har med pasienten. For det andre må det være tydelighet i kommunikasjonen med pasienten. Man må blant annet unngå å handle på en måte som fremviser usikkerhet og nøling i møte med pasienten. Kommunikasjonen her må ha et klart og entydig budskap. Man må videre, så langt det er mulig, forsikre seg om at budskapet er mottatt og forstått. De ulike symptomene ved delirium, eksempelvis vrangforestillinger, hallusinasjoner og et nedsatt bevissthetsnivå, kan vanskeliggjøre denne kommunikasjonen (Brathetland et al., 1999; Stubberud, 2010). Realitetsorientering er hovedregelen til pasienter med delirium (Arnold, 1996).

Beskyttelse, støtte og struktur vil være helt avgjørende sykepleieintervensjoner i den akutte fasen ved delirium. Struktur beskrives riktignok som et av fem elementer i miljøterapien, men

er også et overordnet element som administrerer og regulerer de andre. Her må sykepleieren fremvise oversikt og kontroll (Brathetland et al., 1999; Stubberud, 2010). En viss oversikt og kontroll kan også gis pasienten ved at det føres dagbok for vedkommende. Denne kan hjelpe pasienten til å sortere hendelser og å fylle eventuelle huller i hukommelsen, og videre bidra til reorientering (Fjerstad & Lang, 2013).

De to siste elementene i Gundersons miljøterapi – engasjement og gyldiggjøring, forbindes i hovedsak med behandlingen av psykiske lidelser, men har også en relevans i sykepleien til pasienter med postoperativ delirium. Spesielt hvis pasienten har et alvorlig lidelsestrykk over tid (Arnold, 1996; Brathetland et al., 1999).

Engasjement, er alle intervensjoner som hjelper pasienten til å knytte seg til miljøet. ”Målet med engasjement er at pasienten kommer inn i en aktivt handlende fase, en følelse av å mestre tilværelsen, spesielt i sosial sammenheng” skriver Brathetland et al. (1999, s. 18). Det primære her er relasjonen mellom pasient og sykepleier. Denne relasjonen må være bygget på trygghet, tillit, og gjensidig respekt, først da kan sykepleieren hjelpe pasienten til økt mestring, aktivitet, samhandling, og fellesskap (Brathetland et al., 1999). Den egostyrkende sykepleien er sentral her, ved at man løfter frem pasientens egne ressurser til vekst og mestring, for at disse skal få et overtak på faktorer som virker hemmende. De egostyrkende sykepleie-prinsippene går ellers som en rød tråd gjennom miljøterapien. Eksempelvis; omsorg, nærhet og avstand, skjerming, og realitetsorientering (Brathetland et al., 1999; Strand, 1990).

Gyldiggjøring, er å bekrefte og anerkjenne pasientens menneskeverd, individualitet og egenart (Brathetland et al., 1999). ”Det innebærer å forsikre dem at det de opplever er reaksjoner som flere enn de selv erfarer” skriver Hummelvoll (2012, s. 493). Sykepleierens omtanke og omsorg er det som i førsterekke legger til rette for en gyldiggjøring av pasienten. Gyldig-gjøring krever et visst kognitivt funksjonsnivå hos pasienten, herunder en viss forståelse av egen sykdom/lidelse (Brathetland et al., 1999; Hummelvoll, 2012).

Gundersons fem miljøterapeutiske elementer er ikke statiske som perler på en snor – de er overlappende prosesser. Beskyttelse, må allikevel være på plass før de andre har noen verdi for pasienten (Brathetland et al., 1999).

## **4. Hvordan kan sykepleiere best ivareta pasienter med postoperativ delirium, og er dagens sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis?**

### **4.1 Ved økt kunnskap og forståelse**

Vår kliniske erfaring og kjennskap til sykehus-Norge er naturlig nok begrenset, men den kan allikevel tjene som et øyeblikksbilde og et utgangspunkt for å drøfte sykepleierens kunnskap og forståelse relatert til postoperativ delirium.

Et slikt øyeblikksbilde er som følger: Ved et av praksisstedene var undervisning i kirurgisk stressresponsen en del av fagutviklingen. Denne hadde et klart patofysiologisk fokus, med en vektning mot forbygging og avdekking av sårbarhetsfaktorer preoperativt. Både relatert til utviklingen av delirium og andre komplikasjoner postoperativt. Postoperativ behandling ble ikke berørt. Sett i etterkant, i lys av den kunnskapen vi i dag besitter, så overskygget omtalen av kortisol-hypotesen betydningen av forstyrrelser i metabolismen av acetylkolin med mer. Dette fokuset er ikke i tråd med den virkeligheten Burton et al. (2004) beskriver: Utviklingen av postoperativ delirium på grunn av forstyrrelser i metabolismen av acetylkolin kan til en viss grad forebygges pre- og peroperativt, og er hovedfokuset for det meste av den medisinske behandlingen postoperativt. En utvikling av delirium som følge av økt kortisol sekresjon er det lite man kan gjøre noe med i form av forebygging eller medisinsk behandling.

Praksisstedet hadde også undervisning i delirium på agendaen. Her ble sårbarhetsfaktorer, preoperativ forebygging, og medisinsk behandling postoperativt vektlagt. I tillegg ble bruk av standardiserte vurderingsverktøy, i dette tilfelle CAM, gjennomgått. Begge disse kursene tok opp sentrale punkter relatert til postoperativ delirium. Det som etter vår mening manglet, var et tydeligere fokus på den pasientnære sykepleien. Herunder betydningen av beskyttelse, støtte og struktur i sykepleien til pasienter med postoperativ delirium (Arnold, 1996). Videre ble det ikke trukket noen linjer mellom etiologien og patofysiologien ved delirium og den medisinske behandling som ble anbefalt. Eksempelvis ble følgende spørsmål stående ubesvart: Hvorfor er det viktig å sikre adekvat oksygenering av hjernen hos en pasient med postoperativ delirium? Brown, Fitzgerald og Walsh (2007) konkluderer blant annet med at sykepleien til pasienter med postoperativ delirium må være basert på en forståelse av patofysiologien og etiologien ved delirium. Dette ser, etter deres mening, dessverre ikke ut til å være tilfelle blant sykepleiere i dag. Kunnskap om hva som er grunnleggende

sykepleieintervensjoner ved delirium, utover sykepleierens rolle i den medisinske behandlingen, er også svært begrenset.

Brown et al. (2007) går langt i sin kritikk av sykepleieres kunnskapsnivå. De begrunner dette med det store misforholdet de finner mellom kunnskap og forståelse på den ene siden, og tistandens alvorlighet og hyppighet på den andre. Andre studier støtter langt på vei dette synet. Deiner og Silverstein (2009) mener at et økt fokus på fagutvikling, kombinert med klare prosedyrer, er veien å gå. Prosedyrer, og en fagutvikling, som må bygge på de anbefalte sykepleieintervensjonene til pasienter med postoperativ delirium. De mener videre at denne kunnskap i dag, først og fremst finnes i miljøer og blant personer med geriatri som spesialitet. Dette korresponderer med erfaringer vi selv har gjort: Kunnskapen og forståelsen ser ut til å være størst blant sykepleiere med spesialutdanning i geriatri, men også blant sykepleiere med intensivsykepleie som spesialitet.

Taipale (2010) mener at hovedfokuset må bort fra pre- og peroperativ forebygging, og over på postoperativ sykepleie. Hun begrunner dette med at uansett hvordan man snur og vender på det, så er det svært begrenset hva man i dag kan gjøre for å kontrollere/forbygge utviklingen av postoperativ delirium. Sykepleieren kan i langt større grad påvirke og kontrollere de ulike virksomme faktorene i det postoperative miljøet. Dette kan kanskje virke kontroversielt, i og med at flere, deriblant Ranhoff (2008), viser til forskningsresultater som bygger opp under betydningen av forbygging. Taipale (2010) konkluderer med at nytteverdien av forbygging, ikke står i stil med den fremtredene plassen den har i faglitteratur og fagutvikling.

Både Deiner og Silverstein (2009) og Brown et al. (2007) beskriver hvor viktig det diagnostiske arbeidet er, og etterlyser derfor også her en større forståelse og kunnskap blant dagens sykepleiere. Det er to hovedgrunner til dette: For det første er postoperativ delirium underdiagnostisert, og for det andre har sykepleieren en sentral rolle i det diagnostiske arbeidet (Kragh-Sørensen & Lolk, 2009; Stubberud, 2010). Sykepleieren er den med tettest pasientkontakt, og er dermed den som er best plassert til å fange opp endringer og symptomer vi forbinder med utviklingen av delirium (Sjøbø, Graverholt & Jamtvedt, 2012). Tiltross for at dette er et tverrfaglig ansvar, må sykepleieren ta hovedansvaret for å frembringe det kliniske beslutningsgrunnlaget som må ligge til grunn for en diagnose (Brown et al., 2007).

Bruk av et standardisert vurderingsverktøy er avgjørende for kvaliteten på dette arbeidet. Hvorvidt en diagnose blir stilt eller ikke, kan ikke være avhengig av sykepleierens kliniske erfaring og faglige kunnskap (Ranhoff, 2008; Stubberud, 2010). Sjøbø et al. (2012) tilføyer at en normal klinisk observasjon ikke er strukturert og detaljert nok til å fange opp alle de ulike symptomene forbundet med delirium. Risikoen for at tilstanden ikke blir diagnostisert er derfor stor hvis man ikke systematisk bruker et vurderingsverktøy. Rudolph og Marcantonio (2011) mener at postoperative pasienter må screenes minimum en gang pr. døgn, og helst oftere, på grunn av ulikhetene i forløp og symptombelastning. En hypoaktiv delirium vil med andre ord kunne forbli udiagnostisert hvis man ikke benytter et vurderingsverktøy.

Vår erfaring tilsier at bruken av standardiserte vurderingsverktøy i beste fall er sporadisk. Bruk av vurderingsverktøy er begrenset selv ved avdelinger der slik bruk er forventet og en del av avdelingens prosedyre. Tilnærmingen til dette er ofte usystematisk, og overlatt til den enkeltes subjektive vurdering. Sjøbø et al. (2012) skriver videre at dette i all hovedsak skyldes manglende opplæring av personalet. En systematisk bruk av vurderingsverktøy avdekker beviselig langt flere tilfeller av delirium enn andre metoder. En gevinst ikke bare for den enkelte pasient, men også for samfunnet.

Sjøbø et al. (2012) erkjenner at det å implementere en systematisk bruk av vurderingsverktøy kan være en utfordring. Manglende forståelse og kunnskap om delirium blant sykepleierne er en mulig grunn, manglende tilrettelegging og allokering av ressurser en annen. ”Systematisk fagutviklingsarbeid er viktig for å heve sykepleien, både faglig og kvalitetsmessig. Dette er et viktig lederansvar. Tilrettelegging, prioritering og planlegging er avgjørende for å få til gode utviklingsprosesser” skriver Løvsletten (2013, s. 49).

Fagutvikling kan ikke være et lederansvar alene. Hver enkelt sykepleier må selv ta et ansvar her. Et personlig og faglig ansvar for egen kompetanse og videreutvikling. Herunder delta i, og etterspørre, nødvendig fagutvikling på arbeidsplassen (Kunnskapsdepartementet, 2008).

#### **4.2 Ved å vektlegge pasientens perspektiv og relasjonens betydning**

I følge Nortvedt et al. (2012) er erfaringsbasert kunnskap og pasientens perspektiv sentrale elementer i en kunnskapsbasert praksis, i tillegg til forskningsbasert kunnskap. Skal vi kunne legge pasientperspektivet til grunn for våre handlinger, vil det etter vår mening være en stor

fordel å ha kunnskap om hva som er andre pasienters opplevelse av å ha postoperativ delirium. Videre hva andre sykepleiere har erfart i møte med disse pasientene. Dette kan kompensere for manglende egenerfaring, og/eller gjøre slik erfaring mindre subjektiv. I følge Pedersen og Dreyer (2012), vil dette også bidra til å kvalitetssikre, eventuelt danne et grunnlag for å endre, den kunnskapsbaserte sykepleiepraksisen. Flere kvalitative studier har sett nærmere på dette:

”It began with an enormous thirst... it was like fire in my throat, my tongue was stuck up against my palate and then the nightmares began” (siteret i Duppils & Wikblad, 2007, s. 813). Duppils og Wikblads (2007) studie deler pasientenes opplevde symptombelastning i fem hovedgrupper: Endret virkelighetsoppfattelse, motstridende følelser/opplevelser, store emosjonelle svingninger, vrangforestillinger og hallusinasjoner, og kommunikasjonsvansker.

Den endrede virkelighetsoppfattelsen manifesterte spesielt i form av en endret oppfatning og forståelse av det fysiske miljøet og personen i det. Vanskeligheter med å skille virkelighet og fantasi, nåtid og fortid, positive inntrykk fra negative, var blant de motstridende følelsene-/opplevelsene pasientene beskrev. En fellesnevner her, er følelsen av utrygghet (Duppils & Wikblad, 2007). Skjerming i form av et stimulusbegrenset miljø og kontinuitet i hvem som har kontakt med pasienten ser ut til å være sentrale virkemidler her (Brown et al., 2007; Bélanger & Ducharme, 2011). I likhet med psykotiske pasienter, vil pasienter med delirium ha behov for et fysisk miljø som er velstrukturert og stimulusbegrenset. Dette vil bidra til økt orienteringsevne, økt mulighet for søvn og hvile, og videre være med på å dempe den generelle symptombelastningen – eksempelvis relatert til angst og frykt (Brathetland et al., 1999; Stubberud, 2010).

Store emosjonelle svingninger er gjenganger blant de fleste pasientene i studien til Duppils og Wikblad (2007). Flere opplevde sykepleierens fysiske tilstedeværelse som dempende på disse svingningene, spesielt på følelser som panikk og frykt (Bélanger & Ducharme, 2011). Vi har også erfart det motsatte – der vår eller andres tilstedeværelse har gitt økt uro, men pasientene ser ut til å ha behov for noen å forholde seg til i både gode og onde dager. Brown et al. (2007) vektlegger her betydningen av pårørendes tilstedeværelse. Vår erfaring, er at de pårørende ofte føler seg skremt og hjelpeløse i møte med delirium. Hummelvoll (2012) beskriver også pårørende som viktige støttespillere i arbeidet rundt pasienten, men som også



Bélangier og Ducharme (2011) nevner, krever dette kunnskap om tilstanden også hos de pårørende. I den akutte perioden vil det være sykepleierens kunnskap om og evne til relasjonsbygging som vil være avgjørende. McCann og Baker (2001) beskriver hvor viktig relasjonsbygging og det videre relasjonsarbeidet er for bedringsprosessen. Det er i møte med pasienten og i den mellommenneskelige interaksjonen med denne man har mulighet til å skape tilstrekkelig trygghet og tillit, slik at pasienten er i stand til å ta imot den hjelpen som tilbys. Dette finner vi igjen i Travelbees tenkning. Hun sier blant annet følgende: "Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller familien hans får sine behov ivaretatt" (Travelbee, 1999, s. 177). En slik relasjon vil i følge McCann og Baker (2001), være et godt utgangspunkt for å kunne bruke de egostyrkende prinsippene vi forbinder med dagens miljøterapi.

Perioder med vrangforestillinger og hallusinasjoner er en annen alvorlig symptombelastning blant pasientene i studien til Dupplis og Wikblad (2007), og blant pasienten i studiene som Bélangier og Ducharme (2011) har gjennomgått. Betydningen av realitetsorientering er her helt entydig. Målet for realitetsorientering er å gi pasienten mulighet til å oppleve seg selv i her og nå situasjonen, gjennom å møte pasienten på dennes nivå i tid og sted – for med respekt, empati og ærlighet, å lede ham eller henne frem til nåtid. Kommunikasjonen må være tilpasset pasientens symptombelastning og eventuelle sensoriske deprivasjon. Den må videre være avgrenset, konkret og spesifikk. Sykepleieren må gi klar respons til pasienten, sette ord på det som skjer omkring ham eller henne, å snakke om det man gjør. Det er viktig at pasienten får informasjon om tilstanden og de ledsagende symptomene (Berentsen & Solheim, 2009). Pasientens følelser og opplevelse av egen situasjon må tas på alvor, ikke bortforklares eller avvises. En slik bekreftende kommunikasjon, viser at man ser og forstår, og derigjennom anerkjenner den andre og vise respekt for dennes integritet og rett til selvbestemmelse. Man bør allikevel begrense pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser på områder som klart fremstår som problematiske i lys av pasientens symptombelastning (Eide & Eide, 2012; Stubberud, 2010). Elementene i realitetsorienteringen er også sentrale i arbeidet med å bygge en relasjon med pasienten (McCann & Baker, 2001).

Dette er etter vår mening en teknikk som krever gode kommunikasjonsferdigheter og en viss erfaring. Vi fant her trygghet i vår erfaring fra psykisk helsevern og demensomsorgen, men

langt fra alle har en slik erfaring å støtte seg på. Bélanger og Ducharme (2011) mener at mangelfulle kommunikasjonsferdigheter blant sykepleier, og/eller manglende kunnskap og erfaring om bruk av kommunikasjon til å skape en terapeutisk relasjon med pasient, senker kvaliteten på sykepleien til pasienter med postoperativ delirium. Videre en viktig grunn til at flere sykepleiere kvier seg i møte med disse pasientene.

Samtlige av de pasientene vi har møtt har hatt vanskeligheter med å forstå det vi sier til dem, herunder gjøre seg nytte av det som kommuniseres verbalt. Flere har også problemer med å gjøre seg selv forstått. Kommunikasjonsvansker rapporteres av alle pasientene i studien til Duppils og Wikblad, eksempelvis slik: "I do not know if the nurses realized that I was an outsider, they talked with each other and I did not understand what they wanted from me" (2007, s. 814). Dette kan gi økt forvirring, og være grunnen til økt uro og angst. Bélanger og Ducharme (2011) beskriver hvordan flere pasienter forsøker å kompensere for sin manglende evne til å forstå verbal kommunikasjon gjennom å vektlegge den nonverbale. I tillegg vil økt oppmerksomhet og manglende forståelse for ytre stimuli, rette ytterligere fokus mot det nonverbale. Pasientenes evne til å se verbal og nonverbal kommunikasjon i sammenheng er ikke så redusert som man skulle tro. I følge Arnold (1996) må sykepleieren bevisst forsøke å unngå unnvikende svar og dobbeltkommunikasjon i møte med pasienter med delirium. Ved dobbeltkommunikasjon, eller inkongruens, er det uoverensstemmelse mellom det vi kommuniserer verbalt og det vi kommuniserer nonverbalt. Den nonverbale kommunikasjonen utgjør en stor del av vår samlede kommunikasjon, og kommer til uttrykk gjennom; berøring, ansiktsuttrykk, blick og øyekontakt, kroppsholdning og kroppsspråk, stillhet og ikke-ord, tempo, stemme, herunder stemmens klang, styrke og intensitet (Eide & Eide, 2012). Det er en klar sammenheng mellom pasientenes opplevelse av trygghet og omsorg, og hvordan de opplevde sykepleierens tilstedeværelse i form av hvordan den nonverbale kommunikasjonen kom til uttrykk (Bélanger & Ducharme, 2011). Nonverbale uttrykksformer er med andre ord et responderende språk, fordi vi responderer uengasjert eller henvendt, og/eller avvisende eller bekreftende (Eide & Eide, 2012).

Bélanger og Ducharme (2011) vektlegger to forhold: Sykepleieintervensjonen ved delirium må bygge på elementene; beskyttelse, støtte og gyldiggjøring. Sykepleiere må videre anerkjenne relasjonens betydning, og inneha den nødvendige kompetansen for å kunne etablere en terapeutisk relasjon med pasienten. I følge Duppils og Wikblad (2007), må

pasientens perspektiv og opplevelse av å ha postoperativ delirium ligge til grunn for valg av sykepleieintervensjon.

### **4.3 Miljøterapiens betydning i sykepleien til pasienter med postoperativ delirium**

Hummelvoll (2012) stiller det betimelige spørsmålet: "Er miljøterapibegrepet modent for utskiftning?" (s. 489). Kritikken rettes blant annet mot innholdet i begrepet, og mangelen av en klar og allment akseptert forståelse av begrepet. I litteraturen omtales begrepet både som miljøterapi, terapeutisk miljø og terapeutisk samfunn. Det spenner fra intervensjoner basert på en-til-en-kontakt, til å ta for seg all mellommenneskelig interaksjon på gruppenivå både i og utenfor institusjon. Videre fra det fysiske miljøet nærmest pasienten (les: pasientrommet) til et makro nivå i avdelingen og i samfunnet ellers. Dette kan skape usikkerhet om hva som egentlig er de virksomme elementene i miljøterapien. Noe som kan være uheldig, siden miljøterapi er beskrevet som den grunnleggende sykepleieintervensjonen innenfor psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll, 2012). I likhet med sykepleieintervensjonen til pasienter med delirium, hvor hovedintervensjonen defineres slik: "Sørge for et trygt terapeutisk miljø for pasienten som opplever akutt forvirret tilstand" (Dochterman & Bulechek, 2006, s. 246).

Hummelvoll (2012) refererer til den amerikanske sykepleieprofessoren Delaney, som forsøker å bringe klarhet i denne forvirringen. Hun mener det i dag enten foreligger tre ulike retninger: miljøterapi, terapeutisk miljø og terapeutisk samfunn, basert på en historisk utvikling av de ulike retningene – eller at dagens miljøterapi er et samlet uttrykk for alle tre. Newcomer (1996) gir henne delvis rett i det siste, men har et mer klargjørende syn på saken. Newcomer mener at den moderne miljøterapien, basert på Gundersons fem miljøterapeutiske elementer, er en kombinasjon av miljøterapi (les: bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet) og et terapeutisk miljø (les: det sosiale og materielle miljøet). Hun sier videre at miljøterapien må ligge innenfor en medisinsk ramme, med systematiske og planlagte intervensjoner basert på en diagnose. Det terapeutiske samfunnet, med sin vekt på innflytelsen til det naturlige miljøet, ligger etter hennes mening utenfor denne rammen og er dermed ikke en del av miljøterapien. Newcomers begrepsavklaring støttes på flere punkter av Vedelers definisjon, slik den siteres hos Hummelvoll (2012), men Newcomer (1996) ser miljøterapi som en behandlingsmetode der Vedeler ser den mer som et virkemiddel til orientering/reorientering.

Et annet ankepunkt er mangel på tid og menneskelige ressurser i dagens sykehus struktur, og at utviklingen går mot færre sengeplasser og kortere behandlingstid. Videre får sykepleieren stadig flere oppgaver som tar tid på bekostning av den pasientnære sykepleien (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll beskriver her situasjonen i psykiatriske institusjoner, men den er etter vår mening overførbart til somatikken og behandlingen av postoperativ delirium. I somatikken har vi også erfart en annen problematisering – sykepleier hevder de ikke har nok kunnskap om eller nok tid til å implementere psykiatrisk sykepleie (les: miljøterapi), men må fokusere på den ”somatiske” sykepleien. Vi tror at både vi og andre sykepleiere helt automatisk bruker elementer fra miljøterapien i møte med disse pasientene, uten at vi direkte forbinder det med begrepet miljøterapi. Beskyttelse, støtte og struktur vil være naturlige valg i en sykepleie basert på god omsorg og pleie, og ofte helt nødvendig for å få gjennomført det vi normalt forbinder med postoperativ sykepleie og behandling. Brathetland et al. (1999) og andre hevder at miljøterapi er den grunnleggende og overordnede sykepleieintervensjonen ved en rekke psykiatriske lidelser, og da også ved postoperativ delirium. Det å ivareta pasientens grunnleggende behov, og å få gjennomført annen nødvendig medisinsk behandling, vil være en integrert del av miljøterapien (Dochterman & Bulechek, 2006).

Den miljøterapien Newcomer (1996) beskriver, er like anvendelig i en akutt situasjon som den er i annen behandling. En utvikling mot kortere behandlingstid i sykehus, er dermed ikke et viktig argument mot bruk av miljøterapi. Pasienter med postoperativ delirium blir ofte liggende lenger i sykehus, med dertil økte kostnader for samfunnet (Engedal & Haugen, 2009). Etter vår mening et godt argument for å bruke anbefalt medisinsk behandling og sykepleie til pasienter med postoperativ delirium. Somatiske sykehus må avsette nødvendige ressurser, og ha et større fokus på tilrettelegging, for bedre å ivareta denne pasientgruppens behov for pleie og omsorg (Brown et al., 2007).

Orem setter et likhetstegn mellom det å skape et terapeutisk miljø for pasienten, og det å gi en helhetlig omsorg. Hun mener at dette må være et overordnet mål, som må gjennomsyre alle andre former for omsorg og tiltak rettet mot pasienten. Et terapeutisk miljø kjennetegnes ved at de ulike elementene i dette miljøet bidrar til å stimulere egenomsorgsevnen til pasienten (Hansen, 1996). Vi kan dermed knytte Orems sykepleiemodell til miljøterapiens idegrunnlag. Blant annet kan Orems tre sykepleiesystemer knyttes direkte opp mot Gundersons fem miljø-terapeutiske elementer: Det helt kompenserende system mot *beskyttelse*, og det delvis

kompeniserende system mot *støtte, struktur og engasjement*. Det støttende og undervisende system knyttes i hovedsak mot *gyldiggjøring*. Videre ligger Orems forståelse av sykepleieprosessen som en kombinasjon av mellommenneskelige og sosiale prosesser og problemløsningsprosesser nær opp mot prosessene i miljøterapien (Brathetland et al., 1999; Cavanagh, 1999).

Miljøterapien må være tverrfaglig forankret, men den er i førsterekke et sykepleiedomene (Newcomer, 1996). Fjerstad og Lang (2013) beskriver den som psykologisk førstehjelp ved postoperativ delirium, der den pasientnære sykepleien er avgjørende. De ulike elementene i miljøterapien må selvfølgelig tilpasses pasientens symptombelastning, men relasjonens betydning og pasientens perspektiv må alltid ligge til grunn (Brathetland et al., 1999).

## **5. Oppsummering og konklusjon**

Flere forskere mener at sykepleieres kunnskap og forståelse vedrørende delirium er mangelfull på flere områder: Vi har ikke tilstrekkelig kunnskap til å se etiologien og patofysiologien i sammenheng med anbefalt (les: forskningsbasert) medisinske behandling og forebygging. Vi har videre ikke tilstrekkelig kunnskap og forståelse om viktigheten av å bruke standardiserte vurderingsverktøy i diagnostikken. Betydningen av den pasientnære sykepleien ved postoperativ delirium er overskygget av et ensidig fokus på pre- og peroperativ forebygging, og den medisinske behandlingen. Det er også mye som tyder på at sykepleiere ikke vet hva som er denne sykepleiens innhold og fokus – hva som er de anbefalte sykepleieintervensjonene ved delirium.

Studier viser videre, hvor viktig det er å legge pasientperspektivet til grunn for sykepleien. I møtet med pasienter, der lidelsen og/eller symptombelastningen gjør det vanskelig å ta rede på pasientens perspektiv, må man legge til grunn andres erfaringer – eksempelvis forskning. Denne forskningen viser blant annet hvor viktige de miljøterapeutiske elementene er i sykepleien til pasienter med postoperativ delirium. Disse intervensjonene er blant annet avhengig av sykepleierens forståelse og kunnskap om hvordan man bygger en terapeutisk relasjon til pasienten. Gode kommunikasjonsferdigheter er en hjørnestein her. Mye tyder på at disse ferdighetene er en mangelvare blant flere av dagens sykepleiere.

Bruk av miljøterapi i sykepleien til pasienter med postoperativ delirium, ser ikke ut til å være særlig utbredt. Noen av elementene vi forbinder med miljøterapi, benyttes – om enn ubevisst. Mye tyder på at en koordinert og systematisk bruk av miljøterapi ikke er en del av dagens sykepleiepraksis. Igjen legges manglende kunnskap og forståelse til grunn, men også uenighet om miljøterapiens betydning og innhold. Videre, om den er egnet til bruk i dagens sykehusstruktur – kjennetegnet ved kortere behandlingstid og en påstått knapphet på tid og resurser. Mye av denne kritikken er imøtegått, uten at de anbefalte sykepleieintervensjonene ved delirium tillegges mer vekt av den grunn.

*Hvordan kan sykepleiere best ivareta pasienter med postoperativ delirium, og er dagens sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis?* Det er behov for økt kunnskap og forståelse blant dagens sykepleiere, ikke bare om tilstanden delirium, men også om hva som bør være sykepleiens innhold og fokus i behandlingen av pasienter med postoperativ delirium. Miljøterapi og de underliggende prosessene, deriblant relasjonens betydning, bør ligge til grunn for denne sykepleien. En systematisk bruk av vurderingsverktøy i diagnostikken av delirium, må implementeres i avdelingene og blant de som arbeider der. Undervisning og fagutvikling, bør legge større vekt på den postoperative sykepleien. Fagutvikling er i første rekke et lederansvar, men hver enkelt sykepleier må selv ta et ansvar her – et personlig og faglig ansvar for egen kompetanse og videreutvikling. Økt kunnskap og forståelse, er med andre ord nøkkelen til en sykepleie som ivaretar pasienter med postoperativ delirium på en best mulig måte.

Basert på den faglitteraturen og forskningen vi har lagt til grunn, er det mye som tyder på at dagens sykepleie ikke er i tråd med kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert kunnskap og pasientens perspektiv, ser ikke ut til å bli tilstrekkelig vektlagt i sykepleie ved postoperativ delirium.

## Litteraturliste

Arnold, E. N. (1996). The Journey Clouded by Cognitive Disorders. I V. B. Carson & E. N. Arnold (Red.), *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey* (s. 977-1020).

Philadelphia: W. B. Saunders Company. \*

Bélangier, L. & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care* 16(6), 303-315.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x> \*

Berentsen, V. D. & Solheim, K. V. (2009). Validering, realitetsorientering og reminisens.

I *Demensomsorgens ABC: Hefte nr. 7: Perm 2: studiehefte*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. \*

Berg, E. (2011). Pasientperspektiv på sykdom og lidelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(5), 89. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.1340> \*

Bergset, T. (2011). Hormonelle forhold av betydning for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(24), 2438. \*

Bodd, N. (2011). *Fra delirium til demens: Et patofysiologisk perspektiv med hovedvekt på nevroinflammasjon*. Lokalisert på <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28970> \*

Brathetland, O., Dahle, A. S., Henriksen, A., Hammervold, U. E., Nijkamp, S., Smedvig, K., ... Østebø, G. (1999). *Miljøterapi: En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon* (2. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. \*

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brown, S., Fitzgerald, M. & Walsh, K. (2007). Delirium dichotomy: A review of recent literature. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(2), 238-247. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2007.26.2.238> \*

Burton, D., Nicholson, G. & Hall, G. (2004). Endocrine and metabolic response to surgery. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain* 4(5), 144-147.

<http://dx.doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkh040> \*

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Deiner, S. & Silverstein, J. H. (2009). Postoperative delirium and cognitive dysfunction. *British Journal of Anaesthesia*, 103( ), 41-46. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aep291> \*

Desborough, J. P. (2000). The stress response to trauma and surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 85(1), 109-117. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/85.1.109> \*

Dochterman, J. M. & Bulechek, G. M. (Red.). (2006). *Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC)* (4. utg.). Oslo: Akribes. \*

Dreyer, P. & Martinsen, B. (2012). Afhængighed af pleje. I B. Martinsen, A. Norlyk & P. Dreyer (Red.), *Patientperspektivet: En kilde til viden* (s. 119-138). København: Munksgaard Danmark. \*

Drucker, P. F. (2001). *The Essential Drucker: The Best of Sixty Years of Peter Drucker's Essential Writings on Management*. Oxford: Butterworth-Heinemann. \*

Duppils, G. S. & Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 810-818. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01806.x> \*

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. \*



Fjerstad, E. & Lang, N. (2013). "Dantes Inferno" – psykologisk førstehjelp ved postoperativt delirium. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(10), 1084-1086. \*

Hansen, Å.-M. (1996). *Grunnleggende teorier og begreper i pleie- og omsorgsarbeid*. Oslo: NKS-Forlaget. \*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2005:3). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579> \*

Helsedirektoratet. (2011). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. revisjon). Oslo: Direktoratet. \*

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (IS-2101). Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx> \*

Hem, E. (2012). Delirium eller delir? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(5), 550. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.12.0024> \*

Hoffmann, R. S. & Weinhouse, G. L. (2013). *Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes*. Lokalisert 25. mars 2014, på <http://www.uptodate.com/contents/management-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes/> \*

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. \*

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, D. (2007). Akutte forgiftninger. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 149-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Juliebø, V. (2009). Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre. *Demens & Alderspsykiatri* (13)1, 13-16. Lokalisert på

<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?ItemID=2525> \*

Juliebø, V. & Wyller, T. B. (2010). Delirium – en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrisk sykepleie*, 2(3), 4-6. Lokalisert på

[https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/759630/Geriatrisk%20Sykepleie%203\\_2010.pdf](https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/759630/Geriatrisk%20Sykepleie%203_2010.pdf) \*

Kaasa, L. (2008). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (s. 21-80). Oslo: Akribe.

Kim, H. S. (2007). Sykepleieutøvelse. I T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie* (3. utg., s. 87-94). Oslo: Akribe.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knutstad, U. (Red.). (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg.). Oslo: Akribe.

Kragh-Sørensen, P. & Lolk, A. (2009). Organiske psykiske lidelser. I O. Mors, P. Kragh-Sørensen & J. Parnas, *Klinisk psykiatri* (3. utg., s. 119-214). København: Munksgaard Danmark. \*

Kristoffersen, N. J. (Red.). (1995). *Generell sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. \*

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Departementet. Lokalisert på

[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) \*

Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64. (2012).

Lokalisert på <http://www.lovdata.no>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2011-06-24-30. (2012).

Lokalisert på <http://www.lovdata.no>

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. (2012).

Lokalisert på <http://www.lovdata.no>

Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien*, 101(2), 47-49. \*

Martinsen, B., Norlyk, A. & Dreyer, P. (Red.). (2012). *Patientperspektivet: En kilde til viden*. København: Munksgaard Danmark. \*

McCann, T. V. & Baker, H. (2001). Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing* 34(4), 530-537.

<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01782> \*

Nakstad, A. R. (2011). Pre-, per- og postoperativ behandling. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 563-578). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Neerland, B. E., Ahmed, M., Watne, L. O., Hov, K. R. & Wyller, T. B. (2014). Ny bevissthetsskala ved delirium. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(2), 150. \*

Newcomer, R. A. (1996). Milieu Therapy. I V. B. Carson & E. N. Arnold (Red.), *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey* (s. 443-462). Philadelphia: W. B. Saunders Company. \*

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Nygaard, A. M. & Gulbrandsen, T. (2010). Den postoperative pasienten. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., s. 621-665). Oslo: Akribe. \*

Pedersen, P. U. & Dreyer, P. (2012). Patientperspektivet i en evidensbasert sygeplejepraksis. I B. Martinsen, A. Norlyk & P. Dreyer (Red.), *Patientperspektivet: En kilde til viden* (s. 67-82). København: Munksgaard Danmark. \*

Pleym, H. (2007). Legemidler ved anestesi. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 423-430). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ranhoff, A. H. & Brørs, O. (2005). Legemidler som kan gi delirium hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(17), 2366-2367. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1252508> \*

Ranhoff, A. H. (2008). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 395-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Rokstad, A. M. M. (2009). Etiske utfordringer. I *Demensomsorgens ABC: Hefte nr. 1: Perm 2: studiehefte*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. \*

Rudolph, J. L. & Marcantonio, E. R. (2011). Postoperative Delirium: Acute Change with Long-Term Implications. *Anesthesia & Analgesia* 112(5), 1201-1211. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182147f6d> \*

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sjøbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 359-368. \*

Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Slørdal, L. (2007). Misbruk av legemidler og rusmidler. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 439-450). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykatri: Kunnskap – forståelse – utfordringer*. (3. utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2010). Delir. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., s. 208-220). Oslo: Akribe. \*

Taipale, P. G. (2010). *Nursing care and post-operative delirium in the cardiac surgery intensive care unit* (Masteroppgave, The University of British Columbia). Lokalisert på <https://circle.ubc.ca/handle/2429/29278> \*

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vinsrygg, G. (2005). *Delirium – akutt hjernesviktsyndrom*. Lokalisert 11. april 2014, på <http://www.sinneshelse.no/artikler/delirium.htm> \*

\*) Selvvalgt litteratur