



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 35

Antall ord: 7084

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Delirium er en vanlig tilstand, men den blir ofte oversett eller forvekslet med demens. Delirium er forbundet med forlenget liggetid i sykehus, funksjonssvikt, økt dødelighet og økte kostnader. Det skilles mellom hypermotorisk delirium, hypomotorisk delirium og blandet type. Det er lite forskning på temaet omsorg til eldre pasienter i delirium, og dette sammen med manglende kunnskap om emnet gjør at pasientene ikke får det tilbudet de trenger.

**Hensikt:** Hensikten med å skrive om dette temaet er å øke kunnskapen om delirium, og å få en økt forståelse for hvordan sykepleieren kan gi god omsorg til eldre pasienter som er i delirium.

**Problemstilling:** ”Hvordan kan sykepleiere gi god omsorg til eldre pasienter som er i delirium?”

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie hvor relevant litteratur for min problemstilling er benyttet.

**Funn:** Delirium kan være en ubehagelig opplevelse for pasienten og deres pårørende. Det kan også være vanskelig for sykepleieren som ikke forstår pasientens handlinger, og som ser hvor ubehagelig det er for dem. Mer kunnskap om delirium kan gjøre sykepleieren bedre i stand til å forebygge og oppdage delirium, og å gi pasienter som er i delirium et bedre tilbud. Å lære av pasientens opplevelse, og å gi dem trygghet er viktig.

## **Abstract**

**Background:** Delirium is a common condition, but it is often ignored or mistaken for dementia. Delirium is associated with prolonged hospital stay, disability, increased mortality and increased costs. There are three categories; hyperactive, hypoactive and mixed. There is little research on the subject of caring for the elderly patient in delirium, and this, together with a lack of knowledge on the subject, means that the patients are not getting the treatment that they need.

**Purpose:** The purpose of writing about this subject is to increase the knowledge about delirium, and to gain a greater understanding of how nurses can provide good care for elderly patients in delirium.

**Question:** "How can nurses provide good care for elderly patients in delirium?"

**Method:** This thesis is a literature study where relevant literature to answer my question have been used.

**Findings:** Delirium can be an unpleasant experience for the patient and their family. It can also be unpleasant for the nurse who does not understand the patient's actions, and to see how uncomfortable it is for them. More knowledge about delirium can help the nurse to be more able to prevent and detect delirium, and to give patients in delirium better treatment. To learn from the patients experiences, and to give them a sense of security is important.

## Innhold

1.0 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt .....	1
1.3 Problemstilling, avgrensning og presisering .....	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	2
2.0 Aktuelle teorier for å belyse min problemstilling.....	3
2.1 Delirium .....	3
2.1.1 Kjennetegn ved delirium .....	3
2.1.2 Årsaker, forløp og diagnose.....	4
2.1.3 Behandling av delirium .....	5
2.2 Sykepleie til eldre .....	5
2.3 Omsorg.....	6
2.3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	7
3.0 Metode .....	10
3.1 Kvantitativ metode.....	10
3.2 Kvalitativ metode.....	10
3.3 Litteratursøk som metode.....	11
3.4 Sterke og svake sider ved en litteraturstudie .....	11
3.5 Kildekritikk og etiske overveielser .....	12
3.6 Søk og valg av forskningsstudier.....	12
4.0 Drøftingsdel.....	16
4.1 Behovet for kunnskap om delirium .....	16
4.2 Kommunikasjon og relasjon.....	18
4.3 Tiltak i behandlingen av delirium.....	20
4.4 Pasientens opplevelse av å ha delirium.....	21
5.0 Avslutning .....	23
6.0 Litteraturliste .....	24

## 1.0 Innledning

Tema for denne oppgaven er delirium hos eldre pasienter innlagt i sykehus, og hvordan sykepleiere kan gi disse pasientene god omsorg.

Delirium er en av de første tilstandene beskrevet i medisinsk litteratur. Celsus (ca. år 100) var den første som brukte betegnelsen delirium, men Hippokrates refererte til tilstanden allerede for 2500 år siden. Delirium oppstår ofte hos eldre med en somatisk sykdom, er overmedisinert, er forgiftet eller har sluttet brått med et legemiddel eller alkohol. Tilstanden kan forstås som en akutt eller subakutt, uspesifikk, organisk reaksjon på forgiftning eller somatisk sykdom. Hjernen overbelastes og det oppstår en akutt hjernesvikt (Bondevik & Nygaard, 2012).

Delirium er spesielt hyppig hos eldre med kroniske eller akutte alvorlige somatiske sykdommer, og blant personer med demens. Forekomsten er rundt 20-30 % blant eldre innlagt i indremedisinske og geriatrike avdelinger. Blant personer med demens, pasienter i hjemmesykepleien og sykehjem er forekomsten rundt 25 %. Forekomsten blant pasienter med akutt hjerneslag og ortopediske pasienter kan være opp mot 40-50 % (Bondevik & Nygaard, 2012).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av sykepleierutdanningen er vi innom ulike praksissteder. I både sykehuspraksis og hjemmesykepleie har jeg møtt pasienter som er i delirium. Dette syntes jeg var et interessant tema som jeg ønsket å lære mer om. Noe av det som gjorde mest inntrykk på meg i møte med pasienter i delirium var å se hvilken påkjenning dette var, både for pasienten selv, og også for deres pårørende. Det er lite forskning på temaet omsorg til eldre pasienter i delirium, og dette sammen med manglende kunnskap om emnet gjør at pasientene ikke får det tilbudet de trenger. Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap gjennom denne studien, for i fremtiden å kunne bruke denne kunnskapen til det beste for pasientene jeg møter.

### 1.2 Hensikt

Pasienter med delirium kan vi treffe på over alt, både på sykehjem, i hjemmetjenesten og på sykehuset. Men det er ikke alltid like lett å oppdage om pasienten er i delirium, er dement eller deprimert. I særdeleshet er hypoaktivt delirium vanskelig å oppdage dersom man ikke

har nok kunnskap om delirium. Hensikten med å skrive om dette temaet er å øke kunnskapen om delirium, og å få en økt forståelse for hvordan sykepleieren kan gi god omsorg til eldre pasienter som er i delirium.

### **1.3 Problemstilling, avgrensning og presisering**

Problemstillingen jeg har valgt er:

*Hvordan kan sykepleiere gi god omsorg til eldre pasienter som er i delirium?*

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å skrive om eldre pasienter over 60 år som er innlagt på sykehus. Statistisk sentralbyrå (1999) regner personer over 67 år som eldre. Personer mellom 60 og 66 år blir kalt unge eldre, mens personer over 80 år defineres som de eldste eldre. WHO definerer eldre som personer over 60 år (u.å.).

Jeg har valgt å ikke skrive om delirium tremens, som er en tilstand som forekommer hos personer med alkoholabstinens (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). I oppgaven vil jeg heller ikke skrive om medikamentelle tiltak for å behandle delirium, da det er legens oppgave å forordne dette.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

I oppgavens andre kapittel vil jeg presentere aktuelle teorier for å belyse min problemstilling. Jeg skriver her om delirium, hva det er, og hvordan det kan forebygges og behandles. Deretter kommer et avsnitt om den gamle pasienten. Så følger generell teori om omsorgsbegrepet, fulgt av Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Kapittel tre omhandler metode. Herunder kommer en definisjon på hva metode er, litteratursøk som metode, kildekritikk og etiske aspekter. Under dette kapitlet presenteres også forskningsartiklene jeg har funnet relevante for oppgaven min.

Det fjerde kapitlet er drøftingsdelen av oppgaven. Her drøftes hovedfunn i studiene opp mot annen faglitteratur, for å gi svar på min problemstilling.

Til sist rundes oppgaven av med en avslutning.

## 2.0 Aktuelle teorier for å belyse min problemstilling

### 2.1 Delirium

Delirium karakteriseres av forstyrrelse i bevissthet, orientering, tanker, hukommelse, adferd og evne til oppfatning. Det er en vanlig tilstand, men den blir ofte oversett eller forvekslet med demens. Den er til forveksling lik demens, men er annerledes ved at den oppstår akutt, som oftest i forbindelse med skade eller sykdom. Delirium er forbundet med forlenget liggetid i sykehus, funksjonssvikt, økt dødelighet og økte kostnader. Det hevdes at forekomsten av delirium i sykehus og sykehjem også kan knyttes til kvaliteten på den medisinske behandlingen og pleien. Forhold som kan bidra til eller opprettholde delirium er blant annet elektrolyttforstyrrelser, hypoksi, utilfredsstillende nærings- og væsketilførsel, stress, mangel på søvn og normal døgnrytme og legemiddelbehandling (Kirkevold et al. 2008).

#### 2.1.1 Kjennetegn ved delirium

Delirium kjennetegnes av en rekke forstyrrelser av hjernefunksjoner. Det diagnostiske klassifikasjonssystemet som brukes i Norge er ICD-10 I dette systemet defineres delirium som en følgetilstand i forbindelse med forgiftning, legemiddelpåvirkning eller somatisk sykdom. Psykologiske faktorer diskvalifiseres som utløsende faktorer. Hos gamle er det flere faktorer som bidrar til at delirium oppstår. Det skilles mellom to typer delirium. Ved hypermotorisk delirium er pasienten oppskaket og motorisk urolig, ved hypomotorisk delirium er pasienten stille og passiv. Hypomotorisk delirium kan ofte være vanskelig å oppdage. I noen tilfeller veksler pasientene mellom å være passive og hypermotoriske (Bondevik & Nygaard, 2012).

ICD-10 har flere kriterier for delirium. Ulike symptomer som kan være til stede ved delirium er; Redusert bevissthetsnivå, kognitive forstyrrelser, psykomotoriske forstyrrelser, forstyrret nattesøvn, akutt debut og fluktuerende forløp, og bevis for hjerneorganisk etiologi. Den våkne og observante kliniske medarbeider vil ofte kunne observere såkalte prodromalsymptomer ved nært forestående delirium. Motorisk uro, angst og tretthet med tendens til å duppe av i løpet av dagen, samt innsovningsproblemer og urolig søvn med mareritt er ofte til stede før delirium bryter ut (Bondevik & Nygaard, 2012). Bevissthetsnivået er forstyrret og redusert ved delirium. Oftest er oppmerksomhetsnivået senket i en slik grad at pasienten har nedsatt evne til å oppfatte og bearbeide informasjon i sin rette sammenheng, og de har problemer med

å opprettholde konsentrasjonen. Dette kan vise seg ved at pasienten ikke klarer å holde en samtale i gang, eller å utføre en handlingsrekke som å kle på seg. Pasienten kan samtidig reagere sterkere enn vanlig på for eksempel bakgrunnsstøy, og kan da reagere med angst, uro og inadekvat adferd. Ved delirium er evnen til å tenke ofte desorganisert og fragmentarisk. Vrangforestillinger forekommer ofte, og persepsjonsevnen er redusert. Pasienten har vansker med å skille mellom ulike opplevelser, og å sette dem i rett sammenheng, noe som kan gi grobunn til hallusinasjoner. Hallusinasjonene forekommer oftest om natten, og er nesten alltid skremmende og ubehagelige. Korttidshukommelsen er redusert, og ofte er ikke pasienten orientert for tid, sted og omgivelser. Døgnrytmen endres, og pasienten endrer seg også emosjonelt (Bondevik & Nygaard, 2012).

### 2.1.2 Årsaker, forløp og diagnose

Det er vanlig å skille mellom utløsende og bakenforliggende årsaker til delirium. Overgangen mellom disse kategoriene er imidlertid flytende. Wyller (2011) peker på høy alder, demens og andre hjernesykdommer, redusert hørsel og/eller syn, underernæring, søvnapne og bruk av legemidler med kognitive bivirkninger, som bakenforliggende årsaker til delirium. Noen av de vanlige utløsende årsakene til delirium er infeksjonssykdommer som pneumoni, urinveisinfeksjon, sepsis og erysipelas, akutt hjerteinfarkt, arytmier, hjertesvikt, KOLS-forverring, brudd og andre traumer samt inadekvat behandlet smerte. Andre utløsende årsaker kan være hjerneslag, hyperkalsemi, alvorlig obstipasjon og hyponatremi. I prinsippet kan alle akutte sykdommer og traumer utløse delirium. Men øverst på listen over tilstander av utløsende årsaker finner man infeksjonssykdommer. Ikke sjelden skyldes delirium en kombinasjon av flere utløsende årsaker. Selv om den umiddelbart utløsende årsaken elimineres, kan det være nødvendig å korrigere også medvirkende årsaker for å få pasienten til å klarne opp (Wyller, 2011). Delirium har en brå debut, det kan oppstå i løpet av timer eller dager, og varigheten er som regel kort. Noen ganger varer den bare over få timer eller dager, andre ganger over uker og måneder. Ved en varighet over tre måneder bør diagnosen revurderes med tanke på en eventuell demenssykdom. Dødeligheten ved delirium er høy, opptil 25 – 30 % dersom den utløsende årsak ikke finnes. Men når bakenforliggende årsaker blir funnet og adekvat behandling iverksatt er prognosen god (Bondevik & Nygaard, 2012). Dessverre blir ikke alltid pasienter med delirium diagnostisert. I vesentlig grad beror diagnosen på å gjenkjenne det kliniske bildet med de typiske symptomene. For å oppdage pasienter med delirium er det utviklet et skåringskjema som kalles CAM. Det står for



Confusion Assessment Method. Et annet instrument for å måle grad av delirium er Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS). For å kunne vite om pasientens kognitive status har forverret seg akutt, noe som er helt sentralt i diagnosekriteriene, trenger man komparentopplysninger fra en som kjenner pasienten godt, og helst over lang tid. Det er viktig å få vite hvordan pasienten er til vanlig, og eventuelt på hvilken måte en akutt endring har artet seg. Da kan med fordel et spørreskjema til pårørende benyttes, kalt IQCODE (Wyller, 2011).

### **2.1.3 Behandling av delirium**

Behandlingen av delirium består av ulike elementer. I første omgang må den eller de utløsende årsakene identifiseres og behandles. I andre omgang må selve deliriumtilstanden behandles, og så må det tas en beslutning om hvor pasienten skal behandles. Dersom pasienten for eksempel er innlagt i sykehjem, tilsynslegen er sikker på den utløsende årsaken, og det er mulig å iverksette tiltak som intravenøs væsketilførsel på stedet, er det ikke nødvendig å flytte på pasienten. Dersom dette ikke er tilfelle hører pasienten hjemme i et akutt sykehus, helst ved en geriatrisk avdeling eller sengepost der man er kjent med deliriumdiagnosen. Den somatiske helsetilstanden må overvåkes slik at ikke for eksempel lavt blodtrykk, urinretensjon, obstipasjon, manglende ernæring og væskeinntak kan underholde et delirium. Pasienten er ofte engstelig og urolig, så god omsorg med tett personkontakt er en hensiktsmessig behandling av delirium. Å lage dagene så forutsigbare som mulig, med minst mulig stress og uro er bra. Om mulig bør pasientens pårørende delta i behandlingen. Søvn er viktig, det er også å korrigere syn og hørsel så godt som mulig. Legemidler pasienten ikke må ha seponeres av behandlende lege. Man må også være obs dersom deliriumtilstanden forverrer seg, dette kan være et tegn på at den eller de bakenforliggende årsak (ene) ikke har respondert på den igangsatte behandlingen, eller at en ny komplikasjon har tilkommet (Bondevik & Nygaard, 2012).

## **2.2 Sykepleie til eldre**

Sykepleierens fire grunnleggende ansvarsområder er å fremme helse, lindre lidelse, forebygge sykdom og gjenopprette helse. Sykepleie til eldre er grunnleggende sykepleie på høyt nivå. Det krever faglig og menneskelig innsikt og kvalitet. Gerontologi er kunnskap om den normale aldring, og er en nødvendig forutsetning for å kunne forstå geriatri. Geriatri er

kunnskap om og behandling av sykdommer hos eldre. Geriatrisk sykepleie omfatter innsikt i, forståelse for og kunnskap om det enkelte eldre menneskets situasjon (Bondevik & Nygaard, 2012).

Et karakteristisk trekk ved det moderne samfunn er at andelen eldre i befolkningen øker. Dette fører til at helsetjenesten stilles overfor store utfordringer. Eldre mennesker er den største gruppen av mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, og de opptar rundt halvparten av sykehussengene. Helsemessig sett er eldre mennesker en utsatt gruppe. Årsaken til dette er kombinasjonen av aldring og økt sannsynlighet for å pådra seg sykdom. Når kombinasjonen av aldring og sykdom fører til funksjonstap oppstår et behov for hjelp (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

De viktigste årsakene til sykehusinnleggelse hos gamle er hjerneslag, skader som i første rekke hoftebrudd, hjertesykdom, lungebetennelse, kreftsykdom samt mage- og tarmsykdom. Det er en større andel gamle menn som legges inn enn gamle kvinner. Gamle menn legges relativt oftere inn for kreft og hjerte- og karsykdommer, gamle kvinner legges relativt oftere inn for lårhalsbrudd (Kirkevold et al., 2008).

### 2.3 Omsorg

Eide og Eide (2007) beskriver begrepet omsorg som omtenkksomhet, å bekymre seg for noen eller å bry seg om dem. Tradisjonelt innebærer det å sørge for og våke omhyggelig og kjærlig over noen, men knyttes samtidig til sykdom, bekymring og det å ta på seg en byrde. I helsefaglig sammenheng kan omsorgsbegrepet i første rekke knyttes til å ivareta og sørge godt for andre som har behov for støtte og hjelp. Å arbeide med mennesker og hjelpe de som trenger det, opplever mange som både meningsfullt og viktig. Den profesjonelle omsorgsrollen er i dag mer rettet mot å styrke pasienten på ulike måter enn den var før. Eide og Eide (2007) presenterer begrepene omsorgsprofesjonalitet, omsorgsrasjonalitet og omsorgstemporalitet. En helhetlig modell for hjelpende kommunikasjon integrerer alle aspektene som kommer innunder disse tre.

**Omsorgsprofesjonalitet** består av tre stikkord; empati, fagkunnskap og målorientering.

Empati er evnen til å sette seg inn i den andres situasjon, til å lytte og til å forstå den andres reaksjoner og følelser. I profesjonell sammenheng innebærer empati at den følelsesmessige

forståelsen av den andre kommuniseres tilbake. Dette kan gjøres verbalt, non-verbalt eller gjennom handling. For å kunne leve seg inn i et annet menneske er også fagkunnskap viktig. God kunnskap om den andres situasjon og tilstand gjør det lettere å oppfatte hva den andre tenker og føler. Dette innebærer kunnskap om ulike sykdommer, legemidler og teknologi. Målorientering er her viljen og evnen til å la kommunikasjonen bli styrt av den overordnede målsetningen til yrkesgruppen, nemlig å gi omsorg og hjelp (Eide & Eide, 2007).

**Omsorgsrasjonalitet** består av stikkordene fornuft, følelser og etikk. Fornuft kan være kjølig, hard og rettlinjert, men den kan også være myk, varm og pendlende. Det å åpne seg for å snakke om andres følelser, og å forholde seg til dem er viktig av ulike grunner. Det kan styrke alliansen mellom pleier og pasient, lage et rasjonelt grunnlag for mestring og motivasjon, og det kan ha en behandlende og terapeutisk effekt. Etisk bevissthet er en forutsetning for å kommunisere godt og hensiktsmessig, og en forutsetning for å yte god omsorg. Etisk refleksjon er viktig for at beslutninger man tar skal være så gode og velbegrunnede som mulig (Eide & Eide, 2007).

**Omsorgstemporalitet** består av tilknytning, håp og fortelling. Pårørende og pasienters tillit og evne til tilknytning varierer, det kan derfor være en utfordring for hjelperen å finne gode måter å forholde seg til disse ulike formene for tilknytningsadferd. Tilknytning er av stor betydning i alle livets faser. Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig å oppnå på kort eller lengre sikt. Eide og Eide (2007) bruker her begrepet fortelling om det enkelte menneskets egen historie om seg selv og sitt liv.

### 2.3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Jeg har i denne oppgaven valgt å trekke frem Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Grunnen til at jeg mener hennes omsorgsfilosofi er relevant for min oppgave er i hovedsak at hun ser på omsorg som et mål i seg selv. Jeg mener hennes syn på omsorg var det som ble mest nærliggende for min problemstilling. Personer i delirium er i en vanskelig og ofte skremmende situasjon, derfor er det viktig at omsorgen er til pasientens beste, at man ikke alltid ser på at den skal være tilpasset avdelingens rutiner.

Kari Martinsens tenkning dreier seg i første rekke om omsorg og etikk, og kan beskrives som en omsorgsfilosofi. Hun ser på omsorg for det hjelpetrengende mennesket som et mål i seg selv. For Martinsen hviler begrunnelsen på å yte omsorg og pleie på vissheten om at det er

tilfeldigheter i livet som avgjør hvem som blir hjelpetrengende, det kunne like gjerne vært sykepleieren som var avhengig av hjelp. En sentral verdi blir da solidaritet med utsatte og svake grupper, og utgjør motivasjonen for profesjonell omsorg og pleie (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). Kari Martinsen beskriver at omsorg har tre sider; den relasjonelle, den praktiske og den moralske siden.

Omsorg er forbundet med å ta hånd om og å hjelpe, og har med nestekjærlighet å gjøre. Vi skal handle mot andre slik vi ønsker at andre skal handle mot oss. Omsorg er følelsen av å stå noen nær. Derfor er omsorg for det første et relasjonelt begrep. Det tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Avhengighet inngår i alle menneskelige forhold, det står ikke i ut fra dette menneskesyn i motsetning til selvhjulpenhet. Martinsen (2003) viser til et overordnet forbilde, prinsippet om omsorgen for de svake. Dette kan også uttrykkes gjennom det moralske universalismeprinsipp. Vi er alle avhengige av hverandre, og alle kan komme i den situasjonen at vi har bruk for hjelp fra andre. Derfor bør vi handle slik at alle får samme mulighet til å leve det beste livet de er i stand til (Martinsen, 2003).

Det andre særtrekk ved omsorg er at det er et praktisk begrep. Man skal delta praktisk i den andres lidelse, og hjelpen begrunnes ut fra tilstanden til den hjelpetrengende, ikke ut fra forventet resultat. Det mest typiske ved omsorg er å gjøre noe for den andre uten å forvente noe tilbake. Martinsen (2003) peker på at forskningsarbeider viser at den som gir omsorg opplever at de får en gjenytelse av omsorgsmottaker, det kan være takknemlighet, omtanke og en følelse av å få gjøre noe godt for andre. men det viktigste i handlingsrelasjonen er at det ikke forventes av omsorgsgiver å få noe tilbake, eller at det oppnås resultat. Omsorgsarbeid er et uttrykk for generalisert gjensidighet, og den bestemmes ut fra mottakerens situasjon. Mottakerens tilstand strukturerer arbeidet, og omsorgsgiveren sørger for den andre ut fra en situasjonsforståelse. Innsikt i menneskers livssituasjon, menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen kreves for å ha en situasjonsforståelse. For å klare balansegangen mellom formynderi og selvbestemmelse må omsorgsgiver ha en god situasjonsforståelse. Det personlige engasjement sammen med situasjonsforståelsen gjør at bånd knyttes til andre (Martinsen, 2003).

For det tredje har omsorg en moralsk side. Det er kvaliteten i relasjonen som er viktig, og omsorgsmoral er noe som må læres gjennom erfaringer av og oppdragelse til godhet.

Omsorgsmoral er å handle ut fra prinsippet om ansvaret for de svake (Martinsen, 2003).

Denne siden er overordnet de andre. Moralene viser seg i måten omsorgen utøves på, og er dermed integrert i pleien som utføres. Martinsen mener at enhver handling sykepleieren står i

inneholder utfordringer av moralsk karakter. Utfordringen kan for eksempel stå mellom avdelingens beste, og pasientens beste. Å handle til beste for pasienten, og handle godt og riktig, er moralsk. Både fagkunnskap og kjennskap til pasienten er viktig for å kunne velge den beste handlingen ovenfor den enkelte pasienten. Det er ikke mulig for sykepleieren å handle moralsk kun ut fra den normative etikks prinsipper og regler. Det må også tas hensyn til den konkrete situasjonen. Dette kan kalles omsorgsetikk eller situasjonsetikk (Kristoffersen et al., 2005).

Det å stilles inn i forhold til den andre, å finne mennesket der mennesket er, ser Martinsen (2005) på som hemmeligheten i all hjelpekunst. Det er å møtes i gjensidig utleverthet og sårbarhet. Å lette byrdene for hverandre og å bære andres byrder, å hjelpe og bli hjulpet, er allmennmenneskelig.

### 3.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert blir ofte sitert i sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er. Han formulerer det slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med til arsenalet av metoder (1985, s.196).

Metoden er vårt redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke. Den hjelper oss å samle inn data, den informasjonen som er nødvendig for undersøkelsen. Både kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder bidrar på hvert sitt vis til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, institusjoner og grupper handler og samhandler (Dalland, 2012).

### 3.1 Kvantitativ metode

Kvantitative metoder har den fordel at de gir data i form av målbare enheter. Disse tallene gir mulighet til å foreta regneoperasjoner. Kvantitative metoder går i bredden og søker å få frem det som er felles, det representative. Forskeren ser fenomenet utenfra og tilstreber nøytralitet og avstand. Kvantitative metoder består av spørreskjema med faste svaralternativer, og strukturerte og systematiske observasjoner, og datasamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet. Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg – det – forhold. Kvantitative metoder kalles også harde metoder (Dalland, 2012).

Den kvantitative forskningen bygger på et historisk ideal om at virkeligheten kan studeres objektivt. Forskerens resultater presenteres ofte i form av tabeller, figurer eller diagram. En fare med denne typen forskning kan være at forskeren anser det som den beste måten å studere verden på er å være objektiv, og at denne da glemmer å reflektere over den subjektive opplevelsen av omverdenen og dens påvirkning i forskningsprosessen (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

### 3.2 Kvalitativ metode

De kvalitative metodene har som mål å fange opp opplevelse og mening som ikke kan tallfestes eller måles. Ordet kvalitet viser til karaktertrekkene eller egenskapene ved fenomener. Kvalitative metoder blir også kalt myke data. De går i dybden, og søker å få frem de særegne. De har en nærhet til feltet, og dataene som samles inn tar sikte på å få frem sammenheng og helhet. Kvalitative metoder består av intervju uten faste svaralternativer, og

ved ustrukturerte observasjoner. Forskeren ser fenomenet innenfra og har som mål å formidle forståelse. I kvalitative metoder er det et jeg - du -forhold mellom undersøkelsesperson og forsker (Dalland, 2012).

Den kvalitative metode har røtter i filosofi, historie og antropologi. Det brukes som regel ikke statistikk og diagrammer for å rapportere funn. Ved en kvalitativ metode synliggjøres opplevelser, meninger og betydningen et fenomen kan ha på alle involverte på et systematisk vis (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

### **3.3 Litteratursøk som metode**

Før en systematisk litteraturstudie begynner må et problemområde presiseres og avgrenses. Et tema inneholder mange ulike aspekter, derfor må det avgrenses. En problemstilling formuleres, et spørsmål som skal besvares med studien. Når dette er gjort kan man finne søkeord som brukes for å finne litteratur. Litteratursøk kan skje både manuelt og ved bruk av en datamaskin, på egenhånd eller ved hjelp av ansatte på biblioteket. Det er ulike databaser man kan søke etter relevant litteratur på. Eksempler på slike er PubMed, Cinahl og Cochrane (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Målet for den innledende litteratursøkingen er å få et bilde av hva som allerede er skrevet om det aktuelle temaet. Dalland (2012) presenterer et kildehierarki der vitenskapelige tidsskrifter og monografier troner øverst. Deretter kommer fagbøker og lærebøker, institusjonsserier og rapporter, offentlige publikasjoner, lover og forskrifter, ulike oppslagsverk. Det er viktig å være oppmerksom på at det er både gode og mindre gode arbeider innenfor alle disse områdene.

### **3.4 Sterke og svake sider ved en litteraturstudie**

En litteraturstudie har både sterke og svake sider. Hearn m.fl. referert i Forsberg og Wengstrøm (2008) peker på at svake sider ved en litteraturstudie kan være at ulike eksperter innen samme område kan komme til ulike konklusjoner, at man kan ha tilgang til en begrenset mengde relevant forskning, og at utvalget er selektivt dersom eksperten kun velger studier som støtter deres egne synspunkter. Av sterke sider kan nevnes at man kan tilegne seg mye kunnskap om et tema på kort tid, siden man benytter seg av allerede eksisterende forskning og litteratur. Da har man mulighet til å belyse problemet fra flere sider (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

### 3.5 Kildekritikk og etiske overveielser

Kildekritikk er metodene som benyttes for å fastslå om en kilde er sann. Kildekritikk har to sider. Den første handler om hjelp til å finne den litteraturen som er best egnet til å belyse problemstillingen. Den andre handler om å gjøre rede for litteraturen som er brukt i oppgaven. Kildekritikken skal vise at en kan forholde seg kritisk til det kildematerialet som er brukt i oppgaven, og hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2012).

Før en systematisk litteraturstudie starter bør en del etiske overveielser foretas. Det er viktig å velge studier som har fått godkjennelse fra en etisk komité, eller der etiske overveielser har blitt gjort. Det er også viktig å vise både resultater som støtter og resultater som ikke støtter hypotesen, da det er uetisk kun å presentere artikler som støtter forskerens hensikt. I en litteraturstudie er undersøkingsfeltet tidligere dokumentert kunnskap, og spørsmålene stilles til litteraturen i stedet for til personer (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

I min oppgave må jeg vedstå meg hvilke kilder jeg bruker, og ikke fremstille stoffet som mitt eget. Jeg følger Høgskolen sine retningslinjer i forhold til kildebruk og litteraturlister. Dette for at det skal være mulig for andre å finne tilbake til kildene mine.

Plagiat vil si å utgi andres arbeid som sitt eget, og dette regnes som juks. Akademisk redelighet vil si at leseren får ta del i refleksjonene som er gjort rundt valg av litteratur i oppgaven, og hva de ulike kildene har bidratt med i oppgaven (Dalland, 2012). Jeg har i min oppgave forsøkt å presentere resultater fra forskningen som brukes så nøyaktig som mulig, for å unngå egne tolkninger. Artiklene jeg har brukt er fagfellevurdert, det vil si at de blir vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet. Artikler som publiseres i vitenskaplige tidsskrifter har bestemte krav om innhold og form. Disse artiklene gjennomgår en mye strengere kvalitetssikring enn artikler som publiseres i fagtidsskrifter (Dalland, 2012). Jeg har også brukt søkedatabaser som er godkjente gjennom skolen.

### 3.6 Søk og valg av forskningsstudier

For å finne relevant forskningslitteratur har jeg benyttet meg av Høgskolen sine helsefaglige artikkelbaser. Jeg har brukt artikkelbasene CINAHL og SveMed+, i tillegg til at jeg har søkt i Bibsys. Blant søkeordene jeg har brukt er delirium, delirium and old age, experience, communication, management, family og caring kombinert med den boolske søkeoperatøren AND. Søkene har jeg avgrenset ved å velge at de skal være Peer reviewed, full text og fra de siste ti årene. Forskningsartiklene jeg har valgt å ta med i oppgaven har jeg funnet i CINAHL. Etter søk i Bibsys har jeg funnet to masteroppgaver som jeg har tatt med her, siden jeg syntes



de var relevante for min problemstilling, de er skrevet av Talberg (2009) og Vassbø (2009). Jeg har også etter søk i sykepleien.no funnet en fagartikkel av Løvsletten (2013) som jeg har valgt å benytte i oppgaven.

**Belanger & Ducharme (2011). *Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies.***

Dette er en kvalitativ studie som presenterer funn fra 17 artikler. Hensikten med studien er å presentere kunnskapen som er kommet frem i kvalitative studier om erfaringene til personer som har vært i delirium, og sykepleierne som hadde omsorgen for dem. Bakgrunnen er at det over de siste to tiår har vært mer fokus på patofysiologien, karakteristikken og prognosene ved delirium, samt forebygging og gjenkjenning av dette, enn det har vært på pasienter og personales erfaringer med tilstanden.

Av funn i studien kommer det i hovedsak frem to temaer. Det første er at når pasientene var i delirium følte sykepleierne at det var vanskelig å identifisere pasientens behov, og at de følte ubehag, som i første rekke var knyttet til at de kjente på stresset pasienten i delirium og deres pårørende opplevde. Det andre funnet var at sykepleierne i de ulike studiene forskjellig tilnærming til pasientene når de var i delirium. Konklusjonen i studien er at erfaringene til pasienter og sykepleiere har gitt innsikt i hvordan pleien kan forbedres. Pasienter med delirium opplever ulike følelser av ubehag, og føler at forståelse, støtte og det å få snakke om sine erfaringer kan hjelpe dem å komme lettere gjennom slike episoder. Sykepleiere forstår ikke pasientenes oppførsel, og kan også føle ubehag. Mer kunnskap gjør det lettere for sykepleierne å gi god omsorg til pasientene.

**Brown, Fitzgerald & Walsh (2007). *Delirium dichotomy: A review of recent literature.***

Dette er en kvalitativ oversiktsartikkel. Hensikten er å finne moderne bevis å basere praksisen ved delirium på. Et av de viktigste funnene er behovet for å oppdage delirium på et tidlig tidspunkt. Studien viser at det ikke er tydelig hva som er de beste tiltakene å iverksette ved delirium. Screening ses på som en vesentlig del av det å oppdage delirium, og krever en god datasamling, samt en analyse av dataene. Bruk av kartleggingsverktøy krever opplæring av personalet, men disse verktøyene oppdager ikke alltid delirium på grunn av tilstandens fluktuerende forløp. Studien viser at personalet må bruke mer tid på pasientene som er i delirium, noe som tar oppmerksomheten deres fra andre pasienter og gjøremål, og som øker stressnivået blant personalet.

**Løvsletten (2013). *Fagutvikling i praksis.***

Dette er en fagartikkel. Hensikten med artikkelen er å finne ut hvilken plass fagutvikling har i den kliniske hverdagen. Funn i artikkelen viser at det skjer mye fagutvikling på de ulike enhetene, men at den ikke alltid er planlagt, systematisert og dokumentert. Det stilles større krav til personalet om kompetanse, kvalitet og effektivitet på grunn av de siste års endringer i spesialisthelsetjenesten. Personalet mener det er viktig med fagutvikling, men at dette ikke blir prioritert. Sykehuspersonale mangler tradisjonelt kompetanse på og erfaring med metodekunnskap. Økt fagutvikling vil gi dyktigere medarbeidere og bedre pasientbehandling.

**Gillis & MacDonald (2006). *Unmasking delirium: Nurses can play a key role in the prevention, detection and treatment of delirium in older adults.***

Dette er en kvalitativ case-studie. Hensikten med studien er å illustrere risikoen for delirium hos eldre pasienter, og å diskutere måter å forebygge, identifisere og behandle forekomsten. Funn i studien peker på viktigheten av opplæring av personale, kartleggingsverktøy og terapeutisk tilrettelegging av miljøet. Studien viser at kartleggingsverktøy kombinert med opplysninger fra pårørende gir et klarere bilde av pasientens tilstand. Ved tilrettelegging av miljøet menes tiltak som å opprettholde rutiner, kontinuitet i bemanning, å inkludere familiemedlemmer i behandlingen og å ha høreapparat og briller innenfor rekkevidde. Ved å lære mer om forebygging, diagnosen og behandlingen av delirium kan sykepleieren berolige pasientene med at de vil møte forståelse og støtte ved avdelingen.

**Peacock, Hopton, Featherstone & Edwards (2012). *Care home staff can detect the difference between delirium, dementia and depression.***

Dette er en kvalitativ studie. Hensikten med studien er å finne ut pleiepersonellens egen erfaring med å integrere forebygging av delirium i den daglige rutinen. I denne studien mener personalet at de kan skille mellom delirium, demens og depresjon. De mener grunnen er god kunnskap om forebygging, og at de kjenner pasientene godt. Men store utskiftninger i personalet og ufaglærte med liten erfaring fører igjen til at pasientene ikke alltid får den beste behandlingen.

Funn i studien viser at de ansatte hadde god kunnskap om utløsende faktorer for delirium. De hadde også god trening i å oppdage delirium, gjerne gjennom endringer i pasientenes oppførsel, og oppdagelsene ble oftest gjort av den av de ansatte som hadde tettest kontakt med pasienten. De ansatte hadde også erfart at god kommunikasjon og godt samarbeid dem

imellom kunne lette det utfordrende arbeidet. Trening i forebygging av delirium kan utvide personalets repertoar når det kommer til å mestre forvirring hos beboerne.

**Talberg (2009). *Er det mulig å kartlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den eldre pasient som er akutt forvirret?***

Dette er en kvalitativ studie som har til hensikt å kartlegge områder hvor pleiepersonell kan påvirke opplevelsene av å hjelpe pasienter i delirium i positiv retning. I studien er det benyttet kvalitative intervju bestående av en fokusgruppe med fem medlemmer, samt fem personlige intervjuer.

Funn i denne studien tyder på at bevisstgjøring av allerede bestående kunnskap, og å innhente mer kunnskap om delirium og kommunikasjon, kan bidra til at personalet får en bedre forståelse av pasientgruppen. Dette kan bidra til at stressnivået hos personalet kan senkes når de skal hjelpe pasientene.

**Vassbø (2009). *Uro og uklarhet: En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd***

Dette er en kvalitativ studie. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om sykepleieres kliniske praksis knyttet til gamle pasienter med brudd som er i fare for, eller som har utviklet delirium. Det er anvendt halvstrukturerte fokusgruppeintervjuer i studien. Utvalget bestod av 15 sykepleiere i 3 grupper, og studien er utført i ortopedisk avdeling ved to sykehus.

Funn i denne studien bekrefter sykepleierens rolle som nøkkelperson i omsorgen for gamle pasienter med delirium, men viser også til at mangelfull kunnskap gjør det vanskelig for sykepleiere å identifisere og planlegge målrettede tiltak. Konklusjonen i studien er at kunnskap som setter sykepleiere i bedre stand til skille delirium fra andre sykdommer med lignende symptomer bør gis økt fokus, og at oppmerksomheten på delirium må økes.

## 4.0 Drøftingsdel

Her skal jeg ut fra hovedfunnene i studiene drøfte fire temaer sammen med utvalgt faglitteratur. Jeg trekker også inn egne erfaringer og opplevelser fra praksis. De fire temaene er

- Behovet for kunnskap om delirium
- Kommunikasjon og relasjon
- Tiltak i behandlingen av delirium
- Pasientens opplevelse av å ha delirium

### 4.1 Behovet for kunnskap om delirium

I en studie utført av Vassbø (2009) og Talberg (2009) kommer det frem at pleiepersonell mener de har kunnskap om delirium, men at den kunnskapen ikke så lett hentes frem fra hukommelsen. De har fått undervisning om det i grunnutdannelsen, men føler at det de har lært om delirium har de lært gjennom praksis. For å kunne gi pasienter i delirium god omsorg er det en forutsetning at man oppdager at pasienten er i delirium. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) slår fast at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og at sykepleieren selv har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleieren skal også holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde (Norsk sykepleierforbund, 2011). Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012) definerer kunnskapsbasert praksis 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 (2012, s. 17).

I en studie utført av Peacock et al. (2012) kommer det frem at kunnskapen om årsaker til delirium, som infeksjoner, dehydrering og obstipasjon, er god hos pleiepersonalet på sykehjem. Dette sammen med at de kjenner pasientene godt, gjør at de oppdager delirium på et tidlig tidspunkt. Men nærhet og kunnskap må brukes sammen for å unngå at endringer i pasientens oppførsel overses. Dette viser at god kjennskap til pasienten gjør det lettere å oppdage delirium, i motsetning til for eksempel på sykehuset, der man bare treffer pasientene for en kort periode. Men Peacock et al. (2012) viser også til at store utskiftninger i personalgruppen, og en stor andel ufaglært personale fører til at utrent personale har ansvar for beboere med sammensatte behov. Martinsen (2003) peker på at sykepleiere i tillegg til

sine kunnskaper og erfaring som medmenneske, også har en fagkunnskap som kan gjøre dem i bedre stand til å ta vare på pasientene.

Vassbø (2009) viser til at sykepleiere som jobber med pasienter som er i delirium hadde behov for opplæring og økt kompetanse. Fagutvikling er et viktig middel for å heve kompetansen i helsetjenesten, men dette krever ressurser, metodekunnskap og samarbeid hevder Løvsletten (2013). Endringer i spesialisthelsetjenesten de siste ti årene stiller nye krav til personalet om kompetanse, kvalitet og effektivitet. Løvsletten (2013) peker på at personalet mener det er viktig med fagutvikling, men at dette ikke blir prioritert fordi det ikke er nok ressurser, eller fordi det ikke er tradisjon for å jobbe systematisk med fag – og kompetanseutvikling. Hun mener kompetanseplaner kan være et godt hjelpemiddel for planlegging og iverksetting av fagutvikling. Et godt kunnskapsgrunnlag er selve grunnmuren i helsetjenesten, økt fagutvikling vil gi dyktigere medarbeidere og bedre pasientbehandling (Løvsletten, 2013). Gillis og MacDonald (2006) fastslår at feildiagnostisering og manglende evne til å oppdage delirium kan føre til alvorlige konsekvenser. Den høye forekomsten av feildiagnostisering bekrefter at det er et behov for kontinuerlig opplæring av personalet. Martinsen (2003) viser til at å kunne møte den syke med omsorg gjennom arbeidet innebærer forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Det er en selvfølge at sykepleielære og medisinske kunnskaper er viktige, men spørsmålet er hvordan fagkunnskapen bør tilegnes for å være et godt redskap i omsorgsarbeidet. Lærebokkunnskaper må samtidig praktiseres, faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen til en enhet. Her kommer også det tidligere nevnte begrepet omsorgsprofesjonalitet inn. Teori og annen fagkunnskap kan gjøre sykepleieren i stand til å få øye på ting man ellers ikke legger merke til eller tenker over (Eide & Eide, 2008). Brown et al. (2007) viser til at den høye forekomsten av delirium i sykehus bør føre til at det fokuseres på å gi mer ressurser til å gi omsorg til pasienter som er i delirium.

I studiene til både Vassbø (2009) og Talberg (2009) pekes det på at systematiske kartleggingsverktøy innrettet mot kognitiv svikt og delirium ikke benyttes i kartleggingen av pasientene. Dette kan komme av manglende rutiner ved avdelingen, og tidspress. Brown, Fitzgerald og Walsh (2007) viser til at svingninger i pasientens forløp gjør at kartleggingsverktøy ikke alltid plukker opp delirium. For eksempel kan sykepleiere på dagskift ikke oppdage tegn til delirium, mens på kveldsskiftet er symptomene på delirium mer tydelige. De viser også til at selv om kartleggingsverktøyet er på plass kan det være nødvendig med mer opplæring av personalet som skal bruke dem. Det fluktuerende forløpet

man finner ved delirium gjør det også nødvendig med kontinuerlig datasamling, også ved fravær av tydelige symptomer på delirium (Brown et al., 2007). For å kunne vite om pasientens kognitive status har forverret seg akutt, noe som er helt sentralt i diagnosekriteriene, trenger man komparentopplysninger fra en som kjenner pasienten godt, og helst over lang tid. Det er viktig å få vite hvordan pasienten er til vanlig, og eventuelt på hvilken måte en akutt endring har artet seg. Da kan med fordel et spørreskjema til pårørende benyttes, kalt IQCODE (Wyller, 2011).

Vassbø (2009) viser i sin studie til at fokuset ved en kirurgisk avdeling er på fagfeltet kirurgi, ikke pasientgruppen gamle, og det å oppdage delirium. Dette kan nok stemme ved flere avdelinger, fokuset er på hoveddiagnosen, på behandling og eventuelle komplikasjoner av denne, noe som kan ta oppmerksomheten vekk fra å oppdage om pasienten er i delirium.

Belanger og Ducharme (2011) peker på at når pasienter er i delirium forstår ikke lenger sykepleieren deres handlinger, noe som gjør at sykepleieren får følelser av ubehag med å jobbe med dem. Disse følelsene kan være stress, tvil, skyldfølelse og frustrasjon. Men til tross for dette gjør de det de kan for å beherske situasjonen, og setter i gang tiltak for å hjelpe pasienten. Også Peacock et al. (2012) viser til at sykepleiere uttrykker disse følelsene, og peker på at erfaring med å jobbe med personer i delirium gjør dem bedre i stand til å håndtere både disse følelsene og samhandlingen med pasientene på en god måte. Martinsen (2003) peker på at dersom omsorgen skal være ekte må vi forholde oss til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Omsorg har også med forståelse å gjøre, og denne forståelsen tilegnes gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Men dersom man "griper inn i" den andres situasjon uten å anerkjenne vedkommende, blir omsorgen uekte. Derfor må sykepleieren, selv om de ikke forstår pasientens handlinger, bestrebe seg på likevel å anerkjenne den andre og forsøke etter beste evne å tilegne seg forståelse.

## **4.2 Kommunikasjon og relasjon**

Belanger og Ducharme (2011) viser til at tilstedeværelsen av delirium underminerer omsorgsrelasjonen og fører til brudd i kommunikasjonen mellom sykepleiere og pasient. Dette gir grunn til bekymring, fordi det er bevist at relasjonen mellom pleier og pasient har betydning for utfallet. Eide og Eide (2012) angir at begrepet kommunikasjon kommer av det

latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med og delaktiggjøre en annen i. I dagligtale brukes begrepet om alt fra personlige samtaler til massekommunikasjon gjennom globale satellittnettverk. Begrepet relasjon kommer av det latinske *relatio*, som opprinnelig betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Her brukes begrepet om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende og samfunnet som sådan. Belanger og Ducharme (2011) sier i sin studie at det er viktig å etablere kontakt, berolige og beskytte pasientene som er i delirium. En måte å gjøre dette på kan være å gi informasjon og forklaringer på det som skjer, og å lytte til det de har å si. Å være til stede for dem, beskytte dem fra fysisk og psykisk skade, og å redusere deres lidelse er måter å vise god omsorg på. Eide og Eide (2012) peker på symptomhåndtering som et eksempel på at fagkunnskap og kommunikasjon må spille på lag. Fagkunnskap er avgjørende for å vite hva man skal spørre om, og hvordan man skal tolke informasjonen man får, og god kommunikasjon er vesentlig for å kunne kartlegge og utforske symptombildet i detalj. Samspill mellom kommunikasjon og fagkunnskap er deretter avgjørende for å kunne utvikle gode strategier og planer for mestring og lindring sammen med pasienten.

Gamle menneskers sårbarhet stiller høyere krav til hjelperens evne til empati og vilje til å komme den gamle aktivt i møte på dennes prinsipper. Dette er svært viktig for å ivareta hensynet til den gamles helse, verdighet og livskvalitet. Et viktig stikkord i møte med den eldre pasient er respekt, men i arbeidet settes respekten for det enkelte menneskets iboende verdighet på prøve. Man må være i stand til å se det unike med personen man står ovenfor for å kunne ivareta hensynet til verdighet, respekt og integritet (Eide & Eide, 2012). Peacock et al. (2012) sin studie viser at personalet ved sykehjem mener de lettere oppdager delirium, fordi de kjenner pasientene godt. Siden gode relasjoner bygges opp over lengre tid vil det være vanskeligere å få dette til i et travelt sykehusmiljø. Men sykepleier må uansett hele tiden jobbe for å skape gode relasjoner med pasientene. Brown et al. (2007) peker på at personalet må bruke mer tid på pasienter som er i delirium, noe som medfører mindre tid til de andre pasientene, og som igjen fører til økt stress hos de ansatte.

Nonverbal kommunikasjon er ekstra viktig i situasjoner der man ikke kan nå den andre via verbalt språk. Det er mulig å formidle det man vil si og oppnå kontakt gjennom kroppslige uttrykk og bevegelser, berøring, intonasjon, stemmebruk, ansiktsuttrykk og mimikk. Dette er kommunikasjonshandlinger som forteller hva som skal skje, og som gir den andre mulighet til å reagere på situasjonen. De får også mulighet til å uttrykke noe om hvordan han eller hun oppfatter den (Eide & Eide, 2012). Pasienter i delirium oppfatter ikke alltid det som blir sagt,

da er nonverbal kommunikasjon viktig. Martinsen (2003) viser til at det er en selvfølge at det pasienten ser og hører rundt seg i en fremmed sykehusverden formidles til ham eller henne på pasientens og pleierens dagligspråk, og ikke i et sykehusinternt fagspråk.

### 4.3 Tiltak i behandlingen av delirium

Brown et al. (2007) setter opplæring av pårørende og ansatte øverst på listen over tiltak. Tidlig oppdagelse av tilstanden, og tidlig mobilisering av pasientene er også viktige tiltak. Kirkevold et al. (2008) viser til flere tiltak i behandlingen av delirium. I første rekke må den sannsynlige utløsende årsak påvises og behandles. Optimal lindring av smerter og ubehag er også av stor betydning. Å sørge for tilfredsstillende eliminasjon er grunnleggende, som engangskateter ved urinretensjon og forebygging og behandling av obstipasjon. Invasive tiltak som permanent kateter, venekanyler og lignende bør unngås, da pasienten ikke forstår betydningen av disse (Wyller, 2011). Ofte river de ut kateter og venekanyler, og disse kan bidra til å holde et delirium ved like. Derfor er intermitterende kateterisering langt å foretrekke ved urinretensjon. Wyller (2011) viser også til at allmenne miljøtiltak, god tverrfaglig behandling og omsorg er sentrale tiltak ved delirium.

Også Gillis og MacDonald (2006) trekker frem ulike tiltak i omgivelsene som kan redusere episodene med delirium, og som fremmer pasientens følelse av uavhengighet. Å opprettholde rutiner og sørge for ro, hvile og skjerming er viktig. Men Kirkevold et al. (2008) viser til at stress som pasienter i sykehus kan oppleve, representerer en fare, som for eksempel støy fra medpasienter, uheldige rutiner samt for lite informasjon og personkontakt. Enkel, repetert og konsistent informasjon er av stor betydning for at pasientene skal ha det bra. Stadig skiftende personell er også en risikofaktor. Belanger og Ducharme (2011) viser til at pasienter i delirium følte de var hypersensitive for inntrykk utenfra, de var inne i en vond sirkel, der hver eneste liten forstyrrelse fikk en stor betydning. Bondevik og Nygaard (2012) nevner også at bakgrunnsstøy kan gi økt angst og motorisk uro hos pasienten. Omgivelsene bør være rolige, men ikke mørke. Syn og hørsel må korrigeres så godt som mulig fordi kommunikasjon mellom personalet og pasienten kan dempe stressnivået, og syn og hørsel er en forutsetning for å kunne orientere seg i miljøet. Men egen erfaring viser at pasienter ofte kommer til avdelingen uten briller og høreapparat, fordi de ble innlagt i hui og hast. Andre ganger mangler høreapparatet batteri, eller er ikke skikkelig tilpasset. Omgivelsene er ofte heller ikke rolige, det er travelt på avdelingen og mange pasienter. Der det er mulig kan enerom benyttes, men dette er ikke alltid tilgjengelig.



Det varierer fra pasient til pasient hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige. Egen erfaring med pasienter i hypermotorisk delirium viste at det å ha tett oppfølging av få personer var et godt tiltak. Ved å være rolig, ikke snakke så mye og gjenta informasjonen ble pasienten roligere. Å hente frem ting og snakke om ting de selv hadde fortalt gjorde også at de slappet mer av. Også det å snakke om de pårørende, at de visste hvor de var og at de snart kom på besøk kunne berolige pasienten selv når de pårørende ikke var til stede. Å vise at du er til stede og forsøker å forstå er å gi god omsorg til pasienten.

Martinsen (2003) peker på at man bør tilstrebe å gjøre pleiesituasjonen så enkel som mulig, og ikke bruke unødvendig mange fremmede ord og gjenstander. Å anvende sine fagkunnskaper gjennom bruken av de enkle redskapene som pasienten er kjent med fra sitt dagligliv er noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon.

#### **4.4 Pasientens opplevelse av å ha delirium**

Vassbø (2009) viser at sykepleiere med lang klinisk erfaring hadde gjort erfaringer både i samtale med pasienter, og ved egne refleksjoner over pasienters erfaringer. Dette hadde mindre erfarne sykepleiere gjort i langt mindre grad. Å forstå at pasientens uro og angst kan føre til sinne, og at pasienten ikke bare er vanskelig kan gjøre sykepleierens møte med pasienten lettere. Hun viser også i sin studie til at det ikke var rutiner for samtale med pasienter etter delirium, men at sykepleierne så på dette som et viktig tema de ønsket å gripe fatt i (Vassbø, 2009). Belanger og Ducharme (2011) konstaterer at sykepleiere i møte med pasienter med delirium skal se etter tegn på delirium, lete etter årsaker og behandle dem, men at det også er viktig å tilegne seg kunnskap fra pasientens levde erfaringer. Kirkevold et al. (2008) forteller om pasienters egne erfaringer med å ha delirium. Mange beskriver en drømmelignende tilstand, ofte med skremmende innhold som skaper angst og behov for flukt. Noen beskriver det også som å stå utenfor seg selv og ikke ha kontroll over sin egen kropp. I en studie av delirium hos kreftpasienter som Kirkevold et al (2008) henviser til kunne rundt halvparten huske noe fra tiden de var i delirium. De aller fleste opplevde dette som stressende og vanskelig, og særlig de som hadde vrangforestillinger følte stort ubehag. De viste også at pasienter med hypoaktivt delirium erfarte like mye ubehag og stress som de pasientene som hadde hyperaktivt delirium. Disse beretningene om ubehag under delirium viktiggjør alt arbeidet for å forebygge og håndtere delirium. Belanger og Ducharme (2011) peker på at mange pasienter følte avstand mellom dem selv og personene rundt dem, de kunne høre og

snakke, men hadde vansker med å kommunisere og påvirke det som skjedde rundt dem. Mange opplevde også å veksle mellom virkelighet og fantasi, bevissthet og ubevissthet, frykt og glede i en verden hvor fortid og nåtid gikk inn i hverandre.

At de mer erfarne sykepleierne oftere gikk inn i samtaler med pasientene i etterkant og lærte av dette, kan ha sammenheng med at de er tryggere i sin rolle, og at de da har mer tro på at de klarer å stå i den vanskelige situasjonen det kan være å høre pasienten fortelle om sine opplevelser. Martinsen (2003) påpeker at når vi forsøker å forstå den andres situasjon, vil vi sørge for å anerkjenne vedkommende som person, det vil si å se den andre personens situasjon mest mulig fra den andres synspunkt. Vi griper da ikke inn i og umyndiggjør den andre, men kan da akseptere den andre med ressurser og begrensninger.

## 5.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere kan gi god omsorg til eldre pasienter i delirium.

Et karakteristisk trekk ved det moderne samfunn er at andelen eldre i befolkningen øker, noe som tilsier at økt fokus på kunnskap om delirium også kommer til å være viktig fremover.

Pasientenes egne opplevelser av å være i delirium viktiggjør arbeidet for å forebygge og håndtere delirium. For å kunne gi god omsorg er det nødvendig at sykepleiere har god kunnskap om delirium. Her kommer viktigheten av fagutvikling inn. Å ta vare på pasienten under delirium, og det å gi dem mulighet til å prate om opplevelsen i ettertid er meget om å gjøre i omsorgen. Å skape trygghet og en mest mulig behagelig tilværelse i situasjonen, tett oppfølging, minst mulig stress og velkjente personer er avgjørende for å gi pasientene god omsorg. Dersom det er observert at pårørende har en beroligende effekt på pasienten bør de oppfordres til å være til stede. De kan være en viktig ressurs i behandlingen. God kommunikasjon, og en god relasjon mellom sykepleier og pasient er også av stor betydning for å kunne gi god omsorg.

## 6.0 Litteraturliste

Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Hentet fra

<http://www.nb.no/nbsok/nb/3d7019afc9845853d87eaa84620921f6.nbdigital;jsessionid=E71067A998DC46C3A1110AE07E5D3290.nbdigital3?lang=no#201>

Belanger, L. & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in critical care*. 16(6). 303-315.

Bondevik, M. & Nygaard, H.A. (Red.).(2012). *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Brown, S., Fitzgerald, M. & Walsh, K. (2007). Delirium dichotomy: A review of recent literature. *Contemporary Nurse* 26(2), 238-247

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

Eide, H. & Eide, T (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (2. utg.). Stockholm: Natur och Kultur

Gillis, A.J. & MacDonald, B. Unmasking delirium: Nurses can play a key role in the prevention, detection and treatment of delirium. *Canadian Nurse*, 102(9). 18-24

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.). (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A.(Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien*. 101(02), 47-49

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe

- Norsk Sykepleierforbund.(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe
- Peacock, R., Hopton, A., Featherstone, I. & Edwards, (2012). Care home staff can detect the difference between delirium, dementia and depression. *Nursing older people*. 24(1), 26-30.
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Hentet fra [http://www.ssb.no/emner/00/02/sa\\_seniorer/sa32/sa32.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf)
- Talberg, L.K. (2009). *Er det mulig å kartlegge områder som påvirker opplevelsen pleiepersonalet har når de skal hjelpe den eldre pasienten som er akutt forvirret?* (Mastergradsoppgave, Høgskolen i Molde). Hentet fra [http://brage.bibsys.no/hsm/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_11230/1/master\\_talberg.pdf](http://brage.bibsys.no/hsm/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_11230/1/master_talberg.pdf)
- Vassbø, T.K. (2009). *Uro og uklarhet: En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd* (Mastergradsoppgave, Høgskolen i Buskerud). Hentet fra [http://brage.bibsys.no/hibu/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_10164/1/Master2009Vassbo.pdf](http://brage.bibsys.no/hibu/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_10164/1/Master2009Vassbo.pdf)
- World Health Organization. (u.å). Definition of an older or elderly person. Hentet 20. januar 2013 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- Wyller, T.B. (2011). *Geriatrici: En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk