

Herman Aarstrand Kirste
Ola Strand Lien

Hvordan kan sykepleier forebygge og behandle delirium hos den eldre pasienten på sykehus?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7551

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Herman Aarstrand Kirste
Ola Strand Lien

Hvordan kan sykepleier forebygge og behandle delirium hos den eldre pasienten på sykehus?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7551

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt/problemstilling: Delirium er en akuttforvirringstilstand som ofte rammer eldre i sykehus, 2/3 av pasienter med delirium får ikke diagnosen stilt. Målet med denne studien er å belyse hvordan sykepleier kan forebygge og behandle delirium hos eldre innlagte pasienter på sykehus. Tiltakene som presenteres blir med bakgrunn i relevant faglitteratur, sett i lys av Hendersons behovsteori og Martinsens omsorgsfilosofi, og knyttet opp mot pasientens opplevelse av delirium.

Metode: Et litteraturstudium gjennomført våren 2023 basert på ni forskningsartikler. Analyse av artiklene ble gjennomført ved bruk av Evans' analysemodell.

Resultat: Resultatene viste at tiltakene kunne kategoriseres under pasientrettede- og organisatoriske tiltak. Pasientrettede tiltak iverksettes mot en bestemt pasients grunnleggende behov, mens organisatoriske tiltak er mer overordnet og tar for seg miljøtiltak på avdeling, opplæring av ansatte og fokus på bruk av screeningverktøy. Søvnhygiene, kognitiv stimulering og orientering er de sammensatte ikke-medikamentelle tiltakene med best dokumentert effekt.

Konklusjon: God standard sykepleie, gitt i form av pasientrettede ikke-medikamentelle tiltak og organisatoriske tiltak har en deliriumsforebyggende effekt. Økt hastighet og effektivisering av arbeidet er ikke forenelig med forebygging av delirium, pleien må få ta den tiden den tar.

Abstract

Background: Delirium is an acute brain dysfunction often affecting older patients in hospital care, the diagnosis is missed in about 2/3 of the patients. The goal of this study is to target how nurses can prevent and treat delirium in elderly patients in hospital care. The interventions will be presented accompanied with relevant literature, in consideration of Henderson's nursing need theory and Martinsen's philosophy of caring, tied to patients' experience of delirium.

Method: This study is a literature review, conducted the spring of 2023 based on nine scientific studies. The studies were analyzed using Evans' model of analysis.

Results: The interventions can be categorized into patient-targeted interventions and organizational interventions. Patient-targeted interventions are implemented towards a specific patient's basic needs. Organizational interventions are broader interventions and seeks to adjust the hospital environment, further educate the nursing staff, and increase the use of screening tools. Sleep hygiene, cognitive stimulation and re-orientation are the multicomponent non-pharmacological interventions with best documented effect.

Conclusion: Good standard care, in the form of patient-targeted and organizational interventions has a preventive effect. The increasingly rapid pace and streamlining of nursing procedures is not compatible with prevention of delirium. The care provided by nurses needs sufficient time.

«Farmor slet litt med hukommelsen, men hun klarte seg selv og fant glede i å lese bøker, løse kryssord og være sammen med familie og venner. Lårhalsbruddet endret alt. Dagen etter operasjonen var hun ikke skikkelig våken, plukket på sengetøyet, gråt, var redd og trodde Trond Giske lå i sengen hennes.»

(Evensen, 2020)

Innhold

1. Introduksjon	1
1.1. <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.1.1. Problemstilling	1
1.1.2. Avgrensninger til problemstilling	1
1.2. <i>Teoretisk bakgrunn</i>	2
1.2.1. Begrepsavklaring	2
1.2.2. Delirium.....	2
1.2.3. Motoriske subtyper.....	3
1.2.4. Problemer knyttet til påvisning av delirium.....	4
1.3. <i>Sykepleieteori</i>	4
1.3.1. Hendersons behovsteori	4
1.3.2. Martinsens Omsorgsfilosofi	5
2. Metode	6
2.1. <i>Beskrivelse av metode</i>	6
2.2. <i>Søkestrategi</i>	6
2.3. <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	11
2.4. <i>Analyse</i>	11
3. Resultater	13
3.1. <i>Artikkelmatrise</i>	13
3.2. <i>Pasientrettede tiltak</i>	19
3.3. <i>Organisatoriske tiltak</i>	20
3.4. <i>Perspektiver</i>	21
4. Diskusjon	23
4.1. <i>Pasientrettede tiltak</i>	23
4.2. <i>Organisatoriske tiltak</i>	25
4.3. <i>Perspektivdiskusjon</i>	26
4.4. <i>Styrker og svakheter</i>	28
4.5. <i>Konklusjon</i>	28
4.6. <i>Implikasjoner for praksis</i>	28
5. Referanser	30

Tabeller

Tabell 1 Hendersons sykepleieprinsipper	5
Tabell 2 PRISMA flytskjema	7
Tabell 3 Søketabell	8
Tabell 4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 5 Analyse av hovedtemaer og undertemaer	12
Tabell 6 Artikkelmatrise.....	13

1. Introduksjon

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Delirium eller «akutt forvirring» skyldes en akutt svikt i hjernens funksjon (Wyller, 2020, s. 300). Pasienter som gjennomgår dette har en høyere dødelighet, økt risiko for sykehjeminnleggelse og demens enn pasienter med tilsvarende sykdom uten gjennomgått delirium (Wyller, 2020, s. 300). En av de viktigste risikofaktorene for delirium er høy alder, 20% av eldre har delirium ved akutt innleggelse på medisinsk avdeling, og ved hoftebrudd er forekomsten nærmere 50% (Wyller, 2020 s. 299).

Delirium er underdiagnostisert; bare 1 av 3 pasienter med delirium på sykehus får diagnosen (Marcantonio, 2017). Dette fordi sykepleier har for dårlige kunnskaper om delirium, eller fordi de ikke henter inn nødvendige komparentopplysninger som gjør det mulig å finne ut om pasientens kognitive tilstand er akutt forverret (Wyller, 2020, s. 299). Sykepleiere er gruppen som tilbringer mest tid sammen med pasientene (NSF, u.å.a). En pasient i delirium krever gode kunnskaper, holdninger og ferdigheter fra sykepleieren for å ivareta prinsippene om autonomi, velgjørenhet, ikke skade og likebehandling for denne pasienten. Det stilles krav til sykepleiers etiske og moralske kompetanse og utfordringene vil blant annet kunne være å identifisere tilstanden, ivareta pasientens rett på respekt, vurdere tvang og gi nødvendig støtte til pårørende (Stubberud, 2020, s. 429). God, helhetlig sykepleie er en viktig faktor for å forebygge delirium (Stubberud, 2020, s. 434). Den totale forekomsten av delirium kan brukes som en markør for pleien på sykehuset (Inouye et al., 1999).

1.1.1. Problemstilling

På bakgrunn av valgt tema har vi formulert problemstillingen: Hvordan kan sykepleier forebygge og behandle delirium hos den eldre pasienten på sykehus?

1.1.2. Avgrensninger til problemstilling

Vi forholder oss til eldre (>65 år) da de har høyere forekomst av delirium (Ranhoff, 2020b, s. 58) og det meste av tilgjengelig forskning tar for seg denne gruppen. Vi begrenser oss til å se på delirium hos pasienter i sykehus, uavhengig av avdeling, da dette er bedre kartlagt enn i hjemmet og primærhelsetjenesten. Oksygenering og væskebehandling blir nevnt, men oppgaven tar ikke for seg videre medikamentell behandling. Hvilke patofysiologiske mekanismer som ligger bak et delirium er dårlig forstått og vil ikke være et fokuspunkt i denne oppgaven.

1.2. Teoretisk bakgrunn

1.2.1. Begrepsavklaring

Den eldre pasienten: er en heterogen gruppering, hvor det kan være stor variasjon fra pasient til pasient (Ranhoff, 2020b, s. 53). På grunn av høy levestandard i Norge defineres ofte eldre som >65 år eller ved pensjonsalder (Strand et al, 2023). Med økt alder kommer også en økt disposisjon for sykdom og funksjonssvikt. I løpet av 2022 var 740 000 (SSB, 2022b) eller 56,84% av alle personer >60 år innlagt på somatisk sykehus i Norge (SSB, 2022a). Den såkalte eldrebølgen gjør at det forventes en betydelig økning i personer i denne gruppen i årene som kommer (Strand et al, 2023).

Sammensatte ikke-medikamentelle tiltak: «Multicomponent non-pharmacological interventions» er et begrep som brukes i flere av studiene. Dette er ikke-medikamentelle tiltak bestående av to eller flere komponenter (Vreeswijk et al., 2022). Tiltakene er sammensatte og søker å redusere risikoen for delirium gjennom å behandle utløsende og predisponerende faktorer, da årsakene til delirium kan være sammensatte (Wyller, 2020, s. 302). Vi benytter denne oversettelsen da det mangler en standardisert norsk oversettelse.

Predisponerende faktorer: forstås her som allerede tilstedeværende faktorer ved innleggelse, som gir økt risiko for utvikling av delirium (Stubberud, 2020, s. 430). De to viktigste predisponerende faktorene for delirium er høy alder og demens (Wyller, 2020, s. 300).

Utløsende faktorer: Listen over utløsende årsaker er lang, de vanligste fysiologiske er: somatisk sykdom og tilstander som gir nedsatt oksygenomsetning i hjernen, kirurgi, smerter, urinretensjon, elektrolyttforstyrrelser, søvnmangel, infeksjon og generell anestesi. De vanligste psykologiske og miljømessige er: Angst og utrygghet, avhumanisering, fremmedgjøring, isolasjon og sårbarhet (Stubberud, 2020, s. 431).

Screeningverktøy for delirium: Verktøy for påvisning av delirium ved mistanke, som bidrar til å øke sykepleiers oppmerksomhet rundt symptomene på delirium (Wyller, 2020, s. 300). Enkelte verktøy kan brukes av lege som diagnostisk verktøy (Vreeswijk et al., 2022).

God søvnhygiene: Tiltak som med en bred og sammensatt tilnærming søker å lette pasientens søvnproblem. Pasientens medvirkning er viktig og tiltakene skal forbedre pasientens situasjon (Ranhoff, 2020c, s. 377).

1.2.2. Delirium

Delirium inntreffer akutt, og kan være over like raskt. I lettere tilfeller varer et delirium et par timer, mens det andre ganger kan vare i dager, uker eller i noen tilfeller enda lengre (Wyller, 2020, s.299). Fremgangsmåten for å behandle delirium er å konstatere og behandle underliggende utløsende problematikk (Wyller, 2020, s. 304). Behandlingen av delirium i seg selv går på letting av symptomer og ses ikke på som kurativ (Ranhoff, 2020a, s. 467). Tiltakene som brukes i forebygging av delirium, brukes også i behandlingen av det. Fokuset er ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, og ytre tiltak som bedrer pasientens søvn, motvirker frykt og angst, og letter orienteringsevnen (Stubberud, 2020, s. 435).

For å forstå hvordan delirium påvirker pasienten kan en se på hvordan forstyrrelser i funksjonene våkenhet, agitasjon og klarhet, oppmerksomhet og kognisjon endres. Funksjonene kan betraktes i en enkel hierarkisk modell med tre nivåer (Wyller, 2020, s. 298):

Nivå 1: omfatter våkenhet og agitasjon. Og kan bedømmes ved vurdering av hvor mye stimuli som trengs for å fremkalle en normal respons. En vurdering av klarhet kan gjøres i en vanlig samtale ved å vurdere hvor lett pasienten lar seg distrahere og om han klarer å henge med i en samtale, eller om han kanskje mister tråden midt i sin egen setning.

Nivå 2: er oppmerksomhet, og omhandler pasientens konsentrasjon og evne til å holde fast ved en oppgave. En «baklengstest» er en måte å vurdere dette på, eksempelvis gjennom at pasienten bes si månedene i året baklengs. Hvis laveste nivå er påvirket er det veldig sannsynlig at nivå 2 også er det, da man må være klar og våken, for å være oppmerksom. Bevissthet kan brukes som en samlet betegnelse for de to første nivåene.

Nivå 3: Det øverste nivået i modellen er kognisjon, og omfatter språk, orientering hukommelse og visuospatiale- og eksekutive evner. Dersom en eller begge av de to første nivåene er rammet vil også nivå 3 være det. Delirium rammer typisk nivå 1 og 2, og som en konsekvens av dette blir nivå 3 påvirket, dette vil gi utslag på kognitive tester.

Ved akutt sykdom bør det være en huskeregel å vurdere enhver endring i kognitiv funksjon hos pasienten som mulig delirium. Spørsmålet «*Syntes du NN er mer forvirret nå enn han pleier å være?*» (Wyller, 2020, s. 297) til en som kjenner pasienten godt, viser seg å ha god diagnostisk treffsikkerhet for delirium. Delirium kan være eneste symptom på sykdom, mistolkes det som demens forsvinner muligheten til å benytte det som diagnostisk pekepinn. Pasienten kan dermed miste nødvendig behandling (Wyller, 2020, s. 299).

1.2.3. Motoriske subtyper

Delirium innebærer en endring i det psykomotoriske tempoet. Det kan ses i form av hyperaktive og hypoaktive tilstander, eller at pasienten fluktuerer mellom de to. *Hypoaktivt delirium* eller stille delirium, kan gjenkjennes ved at pasienten har for lavt psykomotorisk tempo, pasienten kan her bli liggende i en døs, ha en sløv reaksjon eller sovne i sin egen setning. Pasienter med hypoaktivt delirium har ofte ikke funksjonelt god søvn, selv om de tilsynelatende sover mye, bygges det opp et søvnunderskudd (Wyller, 2020, s. 299).

Ved *Hyperaktivt delirium* har pasienten for høyt psykomotorisk tempo; dette viser seg ved at han kan være agitert, motorisk urolig og preget av raske endringer i tankegangen (Wyller, 2020, s. 299). Den vanligste undergruppen er *blandet delirium*, hvor pasienten veksler mellom de to. Disse vekslingene kan variere fra minutter til at de skjer gjennom døgnet. Enkelte ganger kan pasienter ha både hypo- og hyperaktive symptomer på samme tid. Dette kan eksempelvis skje ved at de ligger apatiske i sengen, mens de plukker rundt i luften med fingrene (Wyller, 2020, s. 299).

1.2.4. Problemer knyttet til påvisning av delirium

For å få en deliriumsdiagnose skal ikke symptomene kunne forklares av allerede underliggende sykdom (APA, 2013; WHO, 1993). Delirium er underdiagnostisert hos eldre pasienter; en av årsakene til at det er vanskelig for helsepersonell å identifisere delirium er at symptomene ofte tilskrives demens (Stubberud, 2020, s. 430). Det er naturlig at denne slutningen trekkes, da økt alder gir økt risiko for å utvikle en demenslidelse (Skovdahl, 2020, s. 420). I motsetning til delirium er demens en kronisk lidelse som utvikles over tid (Stubberud, 2020, s. 430), og som hovedsakelig rammer pasientens kognitive funksjon knyttet til hukommelse (Wyller, 2020, s. 298). At demens og delirium opptrer samtidig er nokså vanlig i sykehuspraksis, da det ikke er uvanlig at pasienter med demens får delirium ved akutt somatisk sykdom og sykehusinnleggelse (Vreeswijk, 2020).

Andre tilfeller der delirium ikke blir påvist skyldes forveksling av depresjon med hypoaktivt delirium (Neerland et al., 2013). Hos eldre viser depresjon seg sjeldnere i form av redusert stemningsleie og fortvilelse sammenlignet med hos yngre. Fremtredende symptomer på depresjon hos eldre ligner de til hypoaktivt delirium og er: redusert psykomotorisk tempo, apati, uro og angst, og tap av interesse for omgivelsene (Wyller, 2020, s. 429).

1.3. Sykepleieteori

Virginia Hendersons sykepleieteori kom som et svar på spørsmålet om hva som er sykepleieren sitt spesielle ansvars- og funksjonsområde i møte med pasienten. (Kristoffersen, 2016, s.36). Hensikten hennes var å beskrive pleien alle pasienter trenger uavhengig av diagnose og behandlingen de mottar (Henderson, 1986, s. 6). Kari Martinsen er anerkjent for sine bidrag innenfor omsorg og omsorgsfilosofi, som er bygget på et fenomenologisk grunnsyn. Martinsen har tatt et oppgjør med den positivistiske sykepleievitenskapen og mener at sykepleie i større grad bør baseres på faglig skjønn (Alsvåg & Martinsen, 2018). Martinsen sin filosofiske tilnærming og overordnede perspektiv på omsorg i pleie komplimenterer Hendersons mer konkrete behovsteori. Teoriene preger fortsatt sykepleietenkningen i dag, og i diskusjonen vil vi vise dens relevans for oppgavens tematikk.

1.3.1. Hendersons behovsteori

En person som mangler de nødvendige ressursene til å utføre nødvendige gjøremål knyttet til å dekke sine grunnleggende behov, grunnet en ressursvikt i form av mangel på krefter, vilje eller kunnskap, vil ifølge Henderson kunne ha behov for sykepleie. Sykepleiers rolle er å hjelpe eller legge til rette for at pasienten får utført sine gjøremål de selv ellers ville ha gjort uten hjelp hvis de hadde hatt de nødvendige ressursene til det. «Å puste, å spise, bevege seg, bli kvitt ekskrementer, hvile, sove, å holde kroppen ren, varm og tilstrekkelig påkledt» (Henderson, 1986, s.10), inngår alle i det Henderson presenterer som generelle sykepleie komponenter eller grunnleggende sykepleieprinsipper. De består av 14 punkter innenfor fysiologiske og psykososiale grunnleggende behov, hvor de 8 første er fysiologiske og de resterende er psykososiale behov (Henderson, 1986, s. 14). Henderson mener at hver enkelt person opplever og ivaretar sine grunnleggende behov på ulike måter (Kristoffersen, 2016, s.39) og at «Ikke to livsmønstre er helt like» (Henderson, 1997, s. 13). Hun får på den måten frem

viktigheten av at sykepleier arbeider med en forståelse av at pasienten veit best hvordan hans/hennes behov kan tilfredsstilles (Kristoffersen, 2016, s.39). Og at pasientens: fysiologiske faktorer, sosiale og kulturelle bakgrunn, alder, og emosjonelle likevekt bør påvirke den generelle sykepleien. Derfor vil ikke to personer med like symptomer nødvendigvis ha behov for den samme sykepleien (Henderson, 1986, s.13). Henderson (1986, s. 16) påpeker også at kvaliteten på sykepleien vil avhenge av sykepleierens erfaring og kompetanse.

Tabell 1 Hendersons sykepleieprinsipper

1. Å puste normalt	9. Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
2. Å spise og drikke tilstrekkelig	10. Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer	11. Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
4. Å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling	12. Å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (produktiv sysselsetting)
5. Å sove og hvile	13. Å finne underholdning og fritidssysler
6. Å velge passende klær og sko, og kle av og på seg	14. Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling
7. Å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur	
8. Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet	

1.3.2. Martinsens Omsorgsfilosofi

Martinsen ser på omsorg som selve kjernen i sykepleien. Målet med omsorgen for pasienten er å fremme den subjektive følelsen av livsmot, helse og velvære (Kristoffersen, 2016, s. 53). Etikken som ligger bak omsorgshandlinger er ikke basert på regler eller utøverens egne følelser, men på kravene pasientens situasjon stiller (Martinsen, 2003, s. 141). Omsorg ytes på bakgrunn av innlevelse i pasientens situasjon og personlig engasjement, og omsorgen skjer innenfor pasientens rammer. Idealet for omsorgen er resultatløst og ubetinget. Med dette menes at alle tiltak ikke nødvendigvis er basert på at pasienten skal bli bedre, noe som skiller Martinsen sin filosofi fra de fleste andre sykepleieteoretikere (Kristoffersen, 2016, s. 59). I de fleste situasjoner vil omsorgsbasert praksis resultere i bedring, men denne bedringen i seg selv er ikke målet. Ikke alle pasienter vil kunne oppleve bedring, og da mener Martinsen at det blir feil å basere sykepleien på ønskede resultater (Kristoffersen, 2016, s 58). Forskningsbasert kunnskap er ikke nok, for å utøve god og riktig sykepleie stilles det krav til erfaringskunnskap. Erfaringskunnskapen er det Martinsen kaller det faglige skjønnet (Fonn, 2019). I komplekse situasjoner der retningslinjer og normer kommer i konflikt, stilles det krav til sykepleiers bruk av skjønn. Retningslinjer og normer er til stede for å forenkle fremgangsmåten og gjøre det lettere å komme frem til riktig handling, men de kan også ha motsatt effekt, og låse oss fast. I disse situasjonen er det det faglige skjønn som vil legge grunnlaget for hva som blir riktig handling (Alsvåg & Martinsen, 2018).

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I dette kapittelet redegjøres det for fremgangsmåten i oppgaven (Dalland, 2015, s. 228). Oversikt over søkene presenteres i Tabell 2 PRISMA flytskjema, fremgangsmåte for søkene er beskrevet i 2.2 Søkestrategi og historikk, mens begrunnelse for valg av inklusjons- og eksklusjonskriterier blir forklart i 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier. Oppgaven er utformet som en litteraturstudie. Vi har fordypet oss i aktuell forskning på forebygging og behandling av delirium i to relevante databaser. CINAHL, da det er en ledende database for tilgjengelig sykepleieforskning (EBSCO, u.å.), og MEDLINE, da det er en anerkjent database for å finne fagfellevurdert medisinsk forskning (FHI, 2022). Våre systematiske søk har ledet frem til ni forskningsartikler som vi mener bidrar til å besvare problemstillingen. Artiklene er en kombinasjon av kvantitativ forskning og kvalitativ forskning. De er analysert ved bruk av Evans' analysemodell (2002).

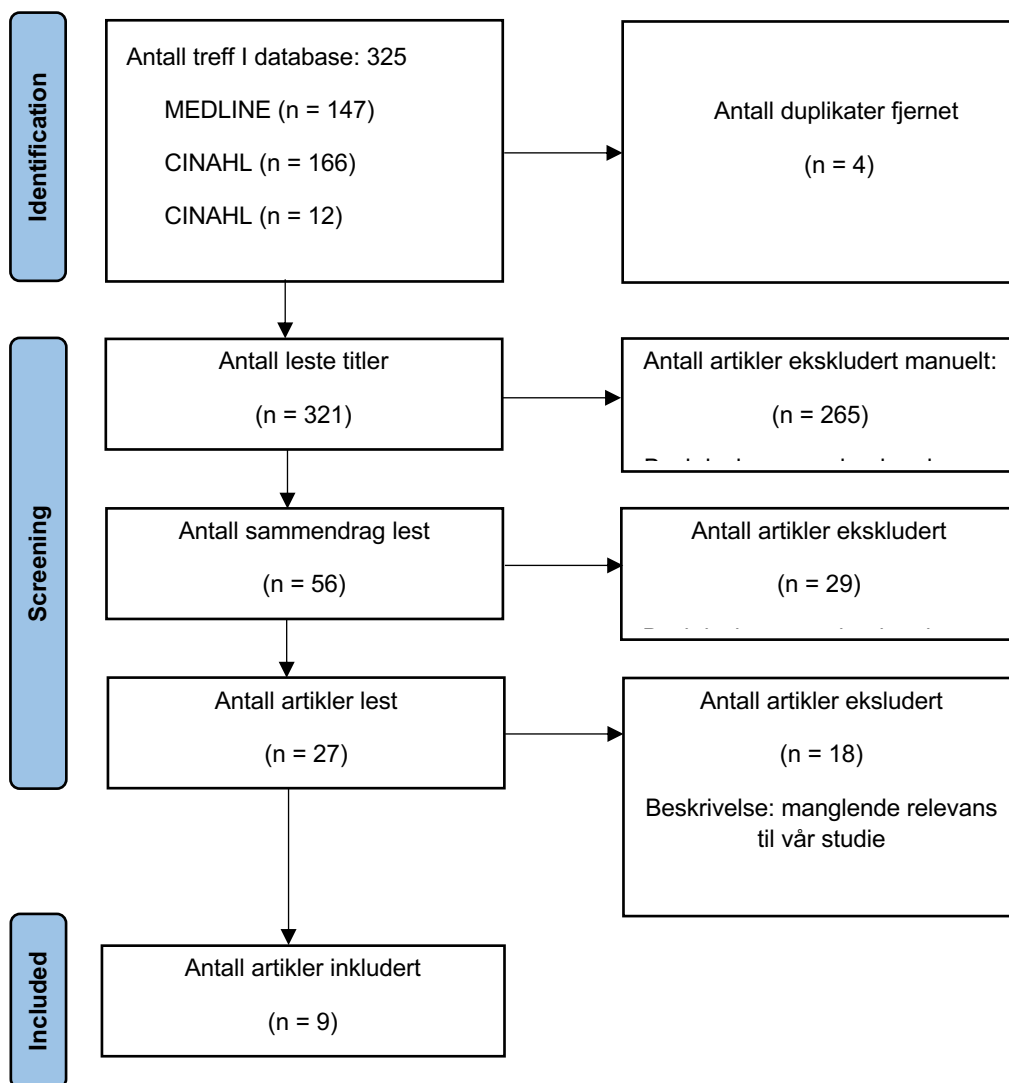
Litteraturstudium som metode er et verktøy designet for å oppsummere allerede eksisterende forskning og litteratur. Metoden søker å sammenfatte litteraturen som er tilgjengelig innenfor et emne. Forskning tolkes og presenteres gjennom en analyse av litteraturen. Individuelle forskningsartikler kan ses på som puslespillbrikker – meningen kommer best frem når de ses i sammenheng med hverandre (Aveyard, 2023, s. 4).

2.2. Søkestrategi

Det ble først foretatt to primærsøk i henholdsvis MEDLINE og CINAHL. «Delirium» var det eneste søkeordet som ble brukt i alle søkene. I MEDLINE ble det benyttet sammen med «prevent», «non-pharmacological interventions» og varianter av disse kombinert med OR/AND; fra dette søket har vi inkludert fire artikler i vår studie. I det første søket i CINAHL ble delirium søkt sammen med «hospitalization of older persons» og «preventive health care» og kombinert med AND; fra dette søket har fire artikler blitt inkludert i vår studie.

Da de to første søkene kun resulterte i relevant kvantitativ forskning, gjorde vi et supplerende søk i CINAHL for å kunne knytte pasientens perspektiver inn i besvarelsen. I dette søket ble i tillegg til «Delirium», «hospitalized» brukt sammen med «Interviews» og «qualitative studies». Fra dette søket ble en artikkel inkludert i vår studie. Beskrivelsene av søkene er presentert i Tabell 2 PRISMA flytskjema (Page et al., 2021) og Tabell 3 Søketablell.

Tabell 2 PRISMA flytskjema



Tabell 3 Søketabell

#	Dato for søk	Datab ase	Søk med kombinasjoner	Avgrensninger	Treff	Utvalg	Forfatter (årstall). <i>Tittel</i>
1	14.04 .23	MEDLINE	S1: "Delirium" OR (MH "Delirium") S2: "Prevent*" S3: Non-pharmacological interventions S4: Non-pharmacological nursing interventions S5: (MH "Nursing") S6: S3 OR S4 OR S5 S7: S1 AND S2 AND S6	2013 - 2023 Engelsk	147	4	Kasapoğlu & Enç (2022). <i>Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: a randomized controlled study</i> Smith et al. (2017). <i>Assessment of delirium in intensive care unit patients: educational strategies</i> Birge & Aydin (2016). <i>The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses</i> Burton et al. (2021). <i>Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients (Review)</i>

2	18.04 .23	CINA HL	<p>S1: "Delirium" OR (MH "Delirium")</p> <p>S2: (MH "hospitalization of older persons" OR (MH "aged")</p> <p>S3: (MH "preventive health care+")</p> <p>S4: S1 AND S2 AND S3</p>	Peer Reviewed, Engelsk, 2013- 2023	166	4	<p>Geriatric Medicine Research Collaborative (GeMRC). (2022). <i>Improving delirium screening and recognition in UK hospitals: results of a multi-centre quality improvement study</i></p> <p>Vreeswijk et al. (2022). <i>Recipe for primary prevention of delirium in hospitalized older patients</i></p> <p>Gode et al. (2020). <i>Reducing Delirium in Hospitalized Adults Through a Structured Sleep Promotion Program</i></p> <p>Smithburger et al. (2017). <i>Perceptions of family members, nurses and physicians on involving patients' families in delirium prevention</i></p>
3	20.04 .23	CINA HL	<p>S1: "Delirium" OR (MH "Delirium")</p> <p>S2: "hospitalized"</p> <p>S3: (MH "interviews") OR "interview"</p> <p>S4: (MH "qualitative studies") OR</p>	Peer Reviewed, Engelsk, 2013- 2023	12	1	<p>Weir & O'Brien (2019). <i>Don't go there – It's not a nice place: Older adults' experiences of delirium</i></p>

			"qualitative studies" S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4				
Inkluderte artikler							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kasapoğlu, E. S. & Enç, N. (2022). Role of Multicomponent Non-pharmacological Nursing Interventions on Delirium Prevention: A Randomized Controlled Study. <i>Geriatric Nursing</i>. 44: 207 – 214. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2022.02.015 2. Smith, J. M., Aman, N. V., Schneiderhahn, M. E., Edelman, R. & Ercole, P. M. (2017). Assessment of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Educational Strategies. <i>Journal of Continuing Education in Nursing</i>. 48 (5): 239 – 244. DOI: 10.3928/00220124-20170418-09 3. Birge, A. Ö. & Aydin, H. T. (2016). The Effect of Nonpharmacological Training on Delirium Identification and Intervention Strategies of Intensive Care Nurses. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>. 41: 33 – 42. DOI: 10.1016/j.iccn.2016.08.009 4. Geriatric Medicine Research Collaborative. (2022). Improving Delirium Screening and Recognition in UK Hospitals: Results of a Multi-Centre Quality Improvement Project. <i>Age And Ageing</i>. 51: 1 – 13. DOI: 10.1093/ageing/afab243 5. Wreeswijk, R., Maier, A. B. & Kalisvaart, K. J. (2022) Recipe for Primary Prevention of Delirium in Hospitalized Older Patients. <i>Aging: Clinical and Experimental Research</i>. 34: 2927 – 2944. DOI: 10.1007/s40520-022-02249-y 6. Gode, A., Kozub, E., Joerger, K., Roche, M. & Kirven, J. (2020). Reducing Delirium in Hospitalized Adults through a Structured Sleep Promotion Program. <i>Journal of Nursing Care Quality</i>. 36 (2): 1 – 6. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000499 7. Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L. & Alexander S. A. (2017). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. <i>Critical Care Nurse</i>. 37 (6): 48 – 58. DOI: 10.4037/ccn2017485 8. Weir, E. & O'Brien, J. O. (2019). Don't Go There – It's Not a Nice Place: Older Adults' Experiences of Delirium. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>. 28: 582 – 591. DOI: 10.1111/inm.12563 9. Burton J. K., Craig, L., Yong, S. Q., Siddiqi, N., Teale, E. A., Woodhouse, R., Barugh, A. J., Shepherd, A. M., Brunton, A., Freeman, S. C., Sutton, A. J. & Quinn, T. J. (2021). <i>Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients (Review)</i>. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>. 11: 1 – 122. DOI: 10.1002/14651858.CD013307.pub3 							

2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt på bakgrunn av problemstilling. Søkene ble avgrenset til å inkludere fagfellevurderte studier publisert de siste 10 årene, 2013 – 2023. På grunn av forståelse ble kun studier med engelsk språk inkludert. Konteksten ble satt til å være studier gjennomført på sykehus. «Gamle» eller «eldre» ble ikke satt som inklusjonskriterium for å favne bredere. Da vi ser at mange studier ikke benytter disse kriteriene til tross for høy gjennomsnittsalder blant deltagerne. Lokasjon på studienes opprinnelse ble i utgangspunktet satt til å ekskludere studier gjennomført utenfor Europa, det ble gjort unntak, se 4.4 Styrker og svakheter. Studier som tar for seg delirium tremens, forvirringstilstand fremkalt av alkoholabstinens ved kronisk misbruk (Stubberud, 2020, s. 432), er ekskludert.

Tabell 4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Delirium	Delirium tremens
Fagfellevurderte studier	
Engelsk språk	Studier publisert før 2013
Studier utført på sengepost på sykehus	
Studier publisert 2013 - 2023	Studier utenfor Europa og USA
Kvalitative og kvantitative studier	

2.4. Analyse

Artiklene er analysert med Evans' (2002) trinnvise analysemodell med hensikt om å trekke ut relevant data på en strukturert måte, for så å sammenligne funnene. Analysen består av fire deler, den viser vår tolkning av dataene, og leder frem til vår syntese.

Trinn 1: Relevant forskning er hentet gjennom systematiske søk for å best mulig besvare oppgavens problemstilling. Se 2.2 Søkestrategi og Tabell 3 Søketablell. Artiklene ble nummerert fra 1 til 9 etter rekkefølgen de ble funnet.

Trinn 2: Hver artikkel har blitt lest gjentatte ganger for å få en helhetlig oversikt over forskningen. Videre identifiserte vi nøkkelfunn med relevans for vår problemstilling.

Trinn 3: Nøkkelfunn ble sammenlignet på tvers av studiene og relaterte nøkkelfunn ble samlet under tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer, se Tabell 5 Analyse av hovedtemaer og undertemaer.

Trinn 4: Syntesen av funnene presenteres og knyttes opp mot de opprinnelige artiklene i kapittel 3 Resultat.

Tabell 5 Analyse av hovedtemaer og undertemaer

Hovedtema	Undertemaer med tilhørende studier
Pasientrettede tiltak	Søvnhygiene: 1, 3, 5, 6, 9 Ernæring og hydrering: 3, 5, 9 Eliminasjon: 3, 5, 9 Mobilisering: 3, 5, 9 Psykologiske behov: 1, 3, 5, 7, 9
Organisatoriske tiltak	Miljøtiltak: 1, 3, 5, 6 Opplæring: 2, 3, 4 Screeningverktøy: 2, 4, 5
Perspektiver	Pasientperspektiv: 8 Perspektiv på inkludering av pårørende: 7

3. Resultater

Opgaven inkluderer til sammen 9 fagfelleverderte studier; seks kvantitative studier, en kvalitativ studie og to oversiktsartikler ble valgt ut da vi mener de har relevans for problemstillingen (Dalland, 2015, s. 120). Studiene presenteres i 3.1 Artikkelmatrise. Videre presenteres de sammenfattede resultatene. Studiene legger frem flere forebyggende strategier rettet mot pasienter, hovedsakelig i form av ikke-medikamentelle tiltak. Disse intervensjonene er samlet under 3.2 Pasientrettede tiltak; her presenteres overordnede resultater først, hvordan de ulike gruppene av tiltak kan gjennomføres blir drøftet i diskusjonsdelen. Måten delirium kan forebygges og bedre håndteres med tiltak som er overordnet den enkelte pasienten er samlet under 3.3 Organisatoriske tiltak. Tiltakene går på organisering av avdeling og rutiner, og deles i miljøtiltak, opplæring av ansatte og fokus på bruk av screeningverktøy. Til slutt presenteres resultater fra pasienter, ansatte og pårørende sine tanker om behandling og tiltak, disse er presentert under 3.4 Perspektiver.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 6 Artikkelmatrise

1	Role of Multicomponent Non-Pharmacological Nursing Interventions on Delirium Prevention: A Randomized Controlled Study
Forfatter(e)	Kasapoğlu, E. S. & Eng, N.
Årstall	2022
Tidsskrift	Geriatric Nursing
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å vurdere effekten av ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge delirium, sammenlignet med vanlig pleie. Deltakerne ble delt i tre grupper. G1 fikk forebyggende tiltak fra de ansatte. G2 fikk de samme tiltakene, men med pårørende involvert i deler av orienteringen. G3 var en kontrollgruppe som fikk standard sykepleie.
Metode	Utvalg: 94 pasienter fra to intensivavdelinger i Tyrkia. Datainnsamling: Pasientenes RASS og APACHE II score ble vurdert, og påvisning av delirium ble gjort med screeningverktøyet CAM-ICU Analyse: Prospektiv, randomisert kontrollert studie, med tre parallelle grupper
Resultat/konklusjon	Kontrollgruppen hadde høyest forekomst av delirium, gruppen (G2) med involvering av pårørende hadde lavest forekomst av delirium.

	Studien konkluderer med at de ikke-medikamentelle tiltakene, samt involvering av pårørende, har en forebyggende effekt på delirium
Relevans	Har relevans da den tar for seg både pasientrettede og organisatoriske tiltak i forebygging av delirium, som tilrettelegging for bedre søvn og involvering av pårørende.
2	Assessment of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Educational Strategies
Forfatter(e)	Smith, J. M., Aman, N. V., Schneiderhahn, M. E., Edelman, R. & Ercole, P. M.
Årstall	2017
Tidsskrift	The Journal of Continuing Education in Nursing
Studiens hensikt	Målet med studien var å bruke CAM-ICU for å evaluere om en undervisningsstrategi med både online-moduler og pasientsimulering med trente skuespillere, var en effektiv metode for å forbedre sykepleiernes kunnskap om delirium og selvtilit i vurderingen av diagnosen.
Metode	Utvalg: 34 Intensivsykepleiere Datainnsamling: Det ble gjort pretest og posttest for å vurdere effekten av opplæringsprogrammet og simuleringsovelser om delirium. Det ble utviklet en kunnskapstest bestående av 10 flervalgsspørsmål, deltagerne tok testen før opplæringsprogrammet, etter gjennomført opplæring og seks uker etter opplæringen. Det ble også utdelt et skjema sykepleierne skulle fylle ut før opplæring og seks uker etter endt opplæring, som vurderte hvor trygge de følte seg på egen kunnskap. Analyse: Kvantitativ studie. Pretest-posttest studiedesign.
Resultat/konklusjon	Deltagerne følte seg tryggere på egen kunnskap om delirium etter opplæringen, og rapporterte at de brukte screeningverktøy mer aktivt enn det de gjorde før opplæringen. Det ble ikke sett en økning i kunnskap blant sykepleierne i posttesten, det kan tyde på at kunnskapen om delirium var høy før opplæringen.
Relevans	Studien er relevant til vår oppgave. Det som kommer frem i studien er at opplæring og simulerte pasientcaser er god trening og gjør at deltagere vil føle seg tryggere i forhold til håndtering av pasienter med delirium, og at screeningverktøy blir brukt mer aktivt.
3	The Effect of Nonpharmacological Training on Delirium Identification and Intervention Strategies of Intensive Care Nurses
Forfatter(e)	Birge, A. Ö. & Aydin, H. T.
Årstall	2016
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing

Studiens hensikt	Målet med studien var å undersøke effekten trening på bruk av ikke-medikamentelle tiltak har på identifisering og tiltaksstrategier mot delirium, blant sykepleiere som jobber på intensivavdeling.
Metode	<p>Utvalg: 19 sykepleiere og 95 pasienter</p> <p>Datainnsamling: Pretest-posttest for å vurdere sykepleiers evner og kunnskap knyttet til ikke-medikamentelle tiltak i forebygging av delirium. Disse inkluderte fem undergrupper: Sørge for fysisk støtte, orientering, mobilisering, miljøplanlegging og tilrettelegging for bedre søvnkvalitet.</p> <p>Mellom periodene gjennomførte sykepleierne to treninger på 40 minutter. I den første ble det trent på: deliriums patofysiologi, risikofaktorer, typer av delirium, forskjeller med demens, og bruken av screeningverktøy. Den andre handlet om ikke-medikamentelle tiltak og medikamentell behandling.</p> <p>Analyse: Kvasiekseptimentell studie, gjennomført med et pretest-posttest-design.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Til tross for en ikke-signifikant forskjell fikk færre pasienter delirium etter at sykepleiere hadde gjennomgått undervisning, i tillegg klarte sykepleiere å identifisere flere pasienter med delirium.</p> <p>Det ble funnet en signifikant forskjell i liggetid på intensivavdeling, gjennomsnittlig GCS og antall medikamenter brukt i behandlingen av pasienter med og uten delirium.</p> <p>Bruk av tvang og hypo-/hypernatremi øker risikoen for å utvikle delirium.</p>
Relevans	<p>Artikkelen er relevant da den tar for seg trening på bruk av ikke-medikamentelle tiltak blant sykepleiere. Og kan være effektivt i forebygging og diagnostisering av delirium.</p> <p>Den viser hvilke tiltak sykepleierne svarer at de oftest gjennomfører som forebyggende ikke-medikamentelle tiltak.</p>
4	Improving Delirium Screening and Recognition in UK Hospitals: Results of a Multi-Centre Quality Improvement Project
Forfatter(e)	Geriatric Medicine Research Collaborative (GeMRC)
Årstall	2022
Tidsskrift	Age and Ageing
Studiens hensikt	Studien er et samarbeidsprosjekt mellom flere helseinstitusjoner der målet var å øke kompetansen blant de ansatte i forhold til delirium. Med mål om å bli flinkere til å gjenkjenne delirium med hyppigere screening, og dokumentere delirium i utskrivningsjournalen
Metode	<p>Utvalg: 3013 pasienter (>65 år) som akutt ble lagt inn ved 82 utvalgte helseinstitusjoner i Storbritannia.</p> <p>Datainnsamling: Data ble hentet inn ved tre forskjellige tidspunkt med ca. 6</p>

	<p>måneder imellom. Mellom de tre tidspunktene ble det iverksatt lokale intervensjoner for å fremme hyppigere screening, bedre gjenkjenning og bedre dokumentering av delirium.</p> <p>Analyse: Det ble benyttet logistisk regresjonsanalyse for å sammenligne data fra de tre tidspunktene.</p>
Resultat/konklusjon	Hyppighet av screening, gjenkjenning og dokumentasjon av delirium økte fra studiens start til slutt. Studien konkluderer med at hyppigere screening for delirium vil medføre at det oftere blir gjenkjent. Intervensjoner rettet mot å øke kompetanse og bruk av screeningverktøy har gunstig effekt.
Relevans	Studien er relevant for vår oppgave da den demonstrerer at tiltak rettet mot å forbedre deliriumshåndtering på organisatorisk nivå er effektivt. Artikkelen fremhever hvordan organisatoriske tiltak kan bedre rutinene rundt pasienter med delirium.
5	Recipe for Primary Prevention of Delirium in Hospitalized Older Patients
Forfatter(e)	Vreeswijk, R., Maier, A. B. & Kalisvaart, K. J.
Årstall	2022
Tidsskrift	Aging: Clinical and Experimental Research
Studiens hensikt	Studien har som mål å oppsummere tilgjengelige risikomodeller for delirium, screeningverktøy for delirium, og ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge delirium.
Metode	<p>Utvalg: 5 oversiktsartikler og 8 originale studier.</p> <p>Datainnsamling: Aktuelle artikler og studier ble funnet gjennom strategiske søk i databasene Cinahl, Medline og Cochrane.</p> <p>Analyse: Artikkelen samler og sammenligner ikke-medikamentelle tiltak, screeningverktøy og risikomodeller.</p>
Resultat/konklusjon	Ikke-medikamentelle tiltak i forebygging av delirium er effektivt. Det ble funnet 28 risikomodeller for utvikling av delirium. Det ble funnet 21 screeningverktøy for delirium, hvorav 7 brukes i sykehus utenfor forskning. 3 screeningverktøy kan brukes uten opplæring.
Relevans	Studien er relevant da den gjennomgående viser at ikke-medikamentelle tiltak har effekt. De mest utbredte screeningverktøyene har god reliabilitet, men brukes i liten grad fast til påvisning av delirium,
6	Reducing Delirium in Hospitalized Adults through a Structured Sleep Promotion Program
Forfatter(e)	Gode, A., Kozub, E., Joerger, K., Roche, M. & Kirven, J.
Årstall	2020
Tidsskrift	Journal of Nursing Care Quality

Studiens hensikt	Målet med studien var å se hvordan iverksetting av et todelt søvnprogram for å bedre søvnkvalitet, påvirker forekomsten av delirium på to ulike sengeposter.
Metode	<p>Utvalg: Pasienter eldre enn 65 år innlagt ved en medisinsk kreftavdeling, og en avdeling for ryggkirurgi. Studien er en videreføring av en pilotstudie gjort på samme avdelinger året før. Deltagere måtte ha stabile vitalia og det må ha gått minst 24 timer siden innleggelse eller operasjon.</p> <p>Datainnsamling: Antall pasienter med positiv deliriumscreening ble sammenlignet fra de forskjellige årene.</p> <p>Analyse: Antall pasienter med positiv deliriumscreening ble sammenlignet fra de forskjellige årene. Kostnader ble kalkulert utfra gjennomsnittlig kostnad for deliriumspasienter.</p>
Resultat/konklusjon	Den medisinske kreftavdelingen hadde en nedgang i antall delirium på 33%, og den kirurgiske ryggavdelingen hadde en nedgang på 45%. Utfra gjennomsnittlige, kalkulerte kostnader for deliriumspasienter, estimerer studien at avdelingene sparte 160 505\$ og 241 802\$ i 2018, dette basert på estimert økt liggetid og komplisering av pasientforløpet av delirium.
Relevans	Studien er relevant da den viser at forbedret søvnkvalitet kan forebygge delirium. Den tar også for seg flere tiltak som vi ser på som aktuelle tiltak for å forebygge delirium.
7	Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention
Forfatter(e)	Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L. & Alexander, S. A.
Årstall	2017
Tidsskrift	Critical Care Nurse
Studiens hensikt	Å undersøke sykepleiere og legers oppfatning og vilje til involvere pasientens familie, til å gjennomføre enkle ikke-medikamentelle tiltak i akuttavdelingen. Og vedrørende familiene har ønske om å bli involvert. Hvorvidt inkludering av familie reduserer forekomsten av delirium, er ikke et fokus i studien.
Metode	<p>Utvalg: 60 sykepleiere og 58 leger på en intensivavdeling 60 familiemedlemmer</p> <p>Datainnsamling: 2 strukturerte undersøkelser med flervalg-svaralternativer, en for helsepersonell og en for familiemedlemmer.</p> <p>Analyse: Deskriptiv statistikk ble bruk til å evaluere alle respondentenes svar.</p>
Resultat/konklusjon	Helsepersonell og familiemedlemmer til pasientene i studien er positive til at sistnevnte kan være en ressurs i implementeringen

	av enkle forebyggende tiltak mot delirium. Alle gruppene foretrekker en-til-en undervisning som metode for undervisning av pårørende om delirium.
Relevans	Basert på resultatene i studien kan pasientens familie være en nyttig ressurs i å yte delirium-forebyggende tiltak på intensivavdelingen. Helsepersonellet i undersøkelsen ga uttrykk for at de ofte hadde for lite tid til å gjøre deliriumforebyggende aktiviteter.
8	Don't go There – It's Not a Nice Place: Older Adults' Experiences of Delirium
Forfatter(e)	Weir, E. & O'Brien, J. O.
Årstall	2019
Tidsskrift	International Journal of Mental Health Nursing
Studiens hensikt	Målet med studien er å avdekke hvordan pasienter opplevde å ha delirium, og hvordan de tenker tilbake på opplevelsen. Studien ønsker å belyse hvordan de kliniske symptomene oppleves subjektivt for pasientene.
Metode	Utvalg: Syv deltagere som har vært gjennom delirium. Datainnsamling: Semistrukturerte intervjuer med nøkkelspørsmål og ledetekst. Deltagere ble intervjuet innen en måned etter delirium. Analyse: Det ble gjennomført innholdsanalyse og fire gjennomgående hovedtemaer ble avdekket.
Resultat/konklusjon	Studien presenterer fire hovedtemaer: Forvirring, forstyrret følelse av autonomi, sansemessige forstyrrelser, og emosjonell respons. Opplevelsen av delirium satte preg på deltagerne og hadde negativ psykologisk innvirkning. Studien understreker at håndtering av delirium på sykehus burde innebære tiltak rettet mot å støtte pasienten etter at delirium er over. Selv om symptomene er borte, er flere av pasientene preget mentalt av deliriet i ettertid.
Relevans	Denne studien er relevant da den belyser pasientens perspektiv og subjektive opplevelse av delirium og den påfølgende tiden. Ved å få med pasientens opplevelse av delirium får vi et mer komplett bilde av tilstanden, hvordan sykepleie oppfattes og kan forbedres.
9	Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients (review)
Forfatter(e)	Burton J. K., Craig, L., Yong, S. Q., Siddiqi, N., Teale, E. A., Woodhouse, R., Barugh, A. J., Shepherd, A. M., Brunton, A., Freeman, S. C., Sutton, A. J. & Quinn, T. J.
Årstall	2022
Tidsskrift	Cochrane Database of Systematic Reviews
Studiens hensikt	Å vurdere effekten av ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge delirium hos innlagte pasienter utenfor intensivavdelinger på sykehus.

Metode	<p>Utvalg: 22 Randomiserte kontrollerte studier, hvorav 14 sammenlignet ikke-medikamentelle tiltak med vanlig pleie. 5718 Voksne deltagere.</p> <p>Datainnsamling: Søk ble gjort i Alois, Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, supplerende søk i MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, LILACS, Web of Science Core Collection, ClinicalTrials.gov og ICTRP Search Portal.</p> <p>Analyse: Standard Cochrane methodological prosedyre ble brukt. Studien ønsket å se på forekomst av delirium, dødelighet under og etter innleggelse, og ny demensdiagnose.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Sammensatte ikke-medikamentelle tiltak virker forebyggende mot delirium sammenlignet med vanlig pleie. Orientering, kognitiv stimulering og søvnhygiene blir tydelig assosiert med redusert forekomst av delirium.</p> <p>Sammensatte ikke-medikamentelle tiltak kan føre til en kortere deliriumsepisode. Liten eller ingen effekt ses på dødelighet under og etter innleggelse. Effekten av tiltakene opp mot alvorlighetsgrad av delirium er usikker.</p> <p>Ingen av studiene sa noe om nyoppstått demens i etterkant av deliriet.</p>
Relevans	<p>Studien er relevant da den tar for seg effekten av ikke-medikamentelle tiltak i forebyggingen av delirium.</p>

3.2. Pasientrettede tiltak

Begge oversiktsartiklene konkluderer med at sammensatte ikke-medikamentelle tiltak virker forebyggende mot delirium sammenlignet med vanlig pleie, sett i form av redusert forekomst av delirium (Burton et al., 2021; Vreeswijk et al., 2022). Begge antyder også at de ikke-medikamentelle tiltakene dreier seg om å yte en god standard sykepleie (Burton et al., 2021; Vreeswijk et al., 2022). Antallet sykepleiere som brukte de ikke-medikamentelle tiltakene regelmessig økte signifikant etter gjennomført trening, særlig økning sees på orientering, mobilisering og søvnhygiene (Birge og Aydin, 2016). Forekomsten av fall ble redusert blant pasienter som mottok sammensatte ikke-medikamentelle tiltak (Burton et al., 2021; Vreeswijk et al., 2022).

Søvnhygiene blir i særlig grad assosiert med redusert forekomst av delirium (Gode et al, 2020; Burton et al., 2021). Burton et al. (2021) trekker også frem orientering og kognitiv stimulering som forebyggende tiltak med trolig effekt, disse resultatene samsvarer med funnene til Kasapoğlu & Enc (2022). Oppmerksomhet knyttet til ernæring og hydrering, oksygenering, legemiddelgjennomgang, vurdering av tarm- og blærefunksjon og vurdering av humør: trekkes frem som tiltak som trolig reduserer forekomsten av delirium (Burton et al., 2021). Vreeswijk et al. (2022) presiserer at ingen av tiltakene alene forebygger delirium, men presenterer sammensatte tiltak rettet mot risikofaktorer for delirium, som kan redusere forekomsten: orientering, søvnhygiene, mobilisering, sansekorrigerings, ernæring og hydrering, smerteforebygging og eliminasjon.

Oversiktstudien til Burton et al. (2021) viste at sammensatte ikke-medikamentelle tiltak både kan redusere lengden på deliriumsperioden med omtrent en dag, og redusere varigheten av sykehusinnleggelsen sammenlignet med vanlig pleie. I Birge & Aydin (2016) ble det funnet at deliriumspasienter hadde en signifikant lenger innleggelse sammenlignet med de uten.

Burton et al. (2021) var den eneste studien som så på dødelighet hos innlagte pasienter og etter en, tre, seks og tolv måneder etter utskrivelse, de fant liten eller ingen effekt hos de som mottok de ikke-medikamentelle tiltakene sammenlignet med vanlig pleie. Det er usikkert om ikke-medikamentelle tiltak reduserer risikoen for reinnleggelse hos pasienter (Burton et al., 2021. Birge & Aydin (2016) fant at personer med påvist delirium i gjennomsnitt scoret signifikant lavere på Glasgow Coma Scale (GCS) og stod på flere medikamenter enn de uten delirium. Bruk av tvang eller tilstedeværelse av hypo- eller hypernatremi økte sjansene for delirium signifikant (Birge og Aydin, 2016). I Burton et al. (2021) blir å lytte til klassisk musikk tatt opp som et forebyggende ikke-medikamentelt tiltak, men uten signifikant resultat.

3.3. Organisatoriske tiltak

I følge tre av studiene har opplæring av ansatte i å identifisere og håndtere pasienter med delirium effekt, men i ulik grad (Birge & Aydin, 2016; GeMRC, 2022; Smith et al., 2017). GeMRC (2022) og Smith et al. (2017) viste i sine studier til en økning i bruk av screeningverktøy blant de ansatte. Økt bruk av screeningverktøy resulterer i at delirium oppdages hos flere pasienter, som resulterer i at flere pasienter får deliriumsdiagnosen (GeMRC, 2022). En annen effekt var at pasienter som hadde gjennomgått delirium oftere fikk det skrevet i sin journal ved utskrivelse. Dokumenteringen blant de ansatte økte fra 28,6% ved studiens start til 46,6% etter ett år (GeMRC, 2022). Studien til Smith et al. (2017) viste ingen endring i kunnskap blant sykepleierne etter opplæringen, noe som kan tyde på at kunnskapen allerede var høy. Studien viser også at de fleste sykepleierne var fornøyde med metoden, og ble tryggere på seg selv i bruken av screeningverktøy for å påvise delirium (Smith et al., 2017). Birge & Aydin (2016) viste en signifikant økning i bruken av ikke-medikamentelle tiltak blant sykepleierne etter opplæringen, blant annet på miljøtiltak. Det ble også registrert en nedgang i pasienter som fikk delirium, dog en ikke-signifikant endring.

Vreeswijk et al. (2022) undersøkte og fant totalt 21 screeningverktøy til bruk på sykehus for påvisning av delirium, de fleste er dog kun egnet til forskning. De mest validerte og brukte screeningverktøyene for delirium i praksis angis å være Confussion Assesment method (CAM), Delirium Observation (DOSS) og Confussion Assesment Method-ICU (CAM-ICU). Tre verktøy kan brukes uten trening: 4AT, Single Question for Delirium og Informant Assessment of Geriatric Delirium (IAGeD). Til tross for antallet verktøy tilgjengelig viser Vreeswijk (2022) at kun en av fire europeiske helsearbeidere alltid bruker et av verktøyene for å påvise delirium.

Blant de organisatoriske tiltakene er det to som viser signifikant forebyggende effekt. Kasapoğlu & Enc (2022) så etter innføring av ikke-medikamentelle tiltak som en standard, at det medførte en redusert forekomst av delirium. Gode et al. (2020) introduserte et todelt søvnprogram der alle pasientene fikk utdelt en «søvnmeny» der de kunne velge fra en liste med tiltak for tilrettelegging av bedre søvn. Den andre delen av

programmet var nye standardiserte rutiner. Samlet ga søvnprogrammet en nedgang på 33% og 45% i antall pasienter som utviklet delirium på to avdelinger (Gode et al., 2020).

I studiene kommer det frem flere måter avdelinger kan tilrettelegges: innføring av stilletid på avdeling; en periode på natt hvor ansatte tilstreber å lage minst mulig lyd (Gode et al., 2020). Generell redusering av bråk på avdelingen til alle tider (Birge & Aydin, 2017; Gode et al., 2020). Tilrettelegging slik at færrest mulig prosedyrer gjennomføres på natt (Birge & Aydin, 2017; Gode et al., 2020; Vreeswijk et al., 2022). Alle pasientrom skal ha klokke og kalender, dette for å hjelpe pasient med tidsorientering (Birge & Aydin, 2017; Vreeswijk et al., 2022). Tilpasset mengde lys, dette i form av åpning og lukking av gardiner, lys på rom og redusert lys på avdelingen på natt (Birge & Aydin, 2017; Vreeswijk et al., 2022). Et par av studiene nevner også viktigheten av egne spesialiserte tverrfaglige team (Burton et al., 2021; GeMRC, 2022).

Forebygging av delirium er økonomisk gunstig (Gode et al., 2020; Vreeswijk et al., 2022). Det ble etter innføring av det todelte søvnprogrammet beregnet at to avdelinger sparte henholdsvis \$160 505 og \$241 802 over et år (Gode et al., 2020).

3.4. Perspektiver

Weir & O'Brien (2019) intervjuet eldre pasienter som hadde opplevd delirium. Pasientenes svar ble kategorisert under fire hovedtemaer: forvirring, forstyrret autonomi, sansemessige forstyrrelser og emosjonelle responser.

Intervjuobjektene snakker om oppstykket minne, der de plutselig følte at de var i en ny situasjon. Nedsatt korttidsminne og manglende evne til å gjøre rede for situasjonen ble hos flere av pasientene tolket som problemer relatert til høy alder eller psykisk sykdom, ikke delirium: *"oh God I'm going mad or senile"*. Et av intervjuobjektene ville ikke gi pleierne full innsikt i situasjonen da hun var redd for følgene det ville få for behandlingen: *"I daren't say it to the psych team, they'd probably commit me."* (Weir & O'Brien, 2019).

"A whole range of emotions anger and fear the main thing behind it [...] it was terrifying." (Weir & O'Brien, 2019). Det kommer frem at frykt var en dominerende følelse for situasjonen. Frykt for egen helse, og for situasjonen de befant seg i. Pasientene opplevde sansemessige forstyrrelser i form av auditive og visuelle hallusinasjoner, og paranoide vrangforestillinger. Det kommer også frem at flere av pasientene var redde for at dette nå var en permanent tilstand, at deliriet ikke ville gå over. En av pasientene uttalte seg om besøk av pårørende på følgende måte: *"They were shocked, quite disturbed by the whole thing, [...] didn't think I'd come back."* Studien konkluderer med at opplevelsen kan være svært ubehagelig for pasienten og kan ha vedvarende negativ effekt på pasientenes psykologiske velvære. Det understrekes at sykepleier må ivareta pasienten ikke bare fysiologisk, men også psykologisk (Weir & O'Brien, 2019).

Leger og sykepleiere mente at involvering av pasientens familie kan være fordelaktig som et deliriumforebyggende tiltak (Smithburger et al., 2017). Alle sykepleierne og de fleste legene i studien rapporterte at familiemedlemmene kunne hjelpe til med enkle ikke-medikamentelle tiltak (Smithburger et al., 2017). Også familiene angir at de ville følt seg komfortable med dette (medianscore 9, på en skala fra 1 til 10). Familiene anså ikke frykt for å seponere et kateter, dren eller å være i veien for de ansatte, som en stresskilde som kan påvirke deres evne til å utføre de ikke-medikamentelle tiltakene

(medianscore 3, på en skala fra 1 til 10) (Smithburger et al., 2017). 50% av legene og sykepleierne rapportere at de diskuterte delirium med pasientenes familie, mens bare 38% av familiene svarte at de hadde blitt fortalt hva delirium var av en av gruppene (Smithburger et al., 2017). Både sykepleierne, legene og familiene var enige om at den foretrukne måten å undervise sistnevnte i bruk av ikke-medikamentelle tiltak, var en-til-en undervisning.

4. Diskusjon

Formålet med vår oppgave har vært å undersøke effekten av forebyggende ikke-medikamentelle tiltak hos eldre pasienter i sykehus, uavhengig av avdeling. Ikke-medikamentelle tiltak dreier seg om å yte en god standard sykepleiepleie (Burton et al., 2021; Vreeswijk et al., 2022). Dette kan bety at sykepleier etterstreber å ivareta pasientens grunnleggende behov. Disse er til stede uavhengig av diagnose, men forandres og blir mer eller mindre fremtredende avhengig av diagnose og symptomer. Dette er også tilfellet ved delirium (Henderson, 1986, s.13).

4.1. Pasientrettede tiltak

Underernæring og elektrolyttforstyrrelser er utløsende faktorer til delirium (Stubberud, 2020, s. 431; Wyller, 2020, s. 302-305). Birge og Aydin (2016) kommer frem til at tilstedeværelse av hypo- og hypernatremi er risikofaktorer for delirium. Tiltakene kan ses sammen med Henderson sitt prinsipp om ernæring og hydrering. Å være oppmerksom på pasientens behov for ernæring og væske kommer frem som et tiltak som trolig har god effekt i forebygging av delirium (Burton et al., 2021). Delirium reduserer sult- og tørstefølelsen, hvis pasienten er underernært kan delirium forverre underernæringen (Wyller, 2020, s. 305). Å stimulere til mat og væskeinntak hos pasienten trekkes frem som daglige sjekkpunkter, mens det å vurdere risiko for underernæring, dehydrering og elektrolyttforstyrrelser trekkes frem som oppmerksomhetspunkter for sykepleiere (Vreeswijk, 2022).

Hendersons prinsipp om å få fjernet kroppens avfallsstoffer, handler om det grunnleggende behovet for eliminasjon. Urinveisinfeksjon, urinretensjon og obstipasjon er risikofaktorer for delirium (Wyller 2020 s. 302). I Burton et al. (2021) blir ivaretagelse av pasientens tarm- og blærefunksjon trukket frem som tiltak med trolig forebyggende effekt. Unngåelse og eventuell seponering av permanent blærekateter ses på som forebyggende og behandlende tiltak (Birge & Aydin, 2016; Ranhoff, 2020a, s. 466; Vreeswijk, 2022). Blærescanning gjøres ved behov, mens å være oppmerksom på obstipasjon er noe sykepleiere bør gjøre daglig (Vreeswijk et al. 2022).

Hendersons neste punkt omhandler mobilisering og opprettholdelse av riktig kroppsstilling, liggende, sittende, gående og hjelp med stillingsendring. Tidlig mobilisering er et viktig prinsipp i forebygging av delirium (Burton et al. 2021; Vreeswijk, 2022; Wyller, 2020, s. 305). Seponering av medisinsk utstyr, en plan for mobilisering, samt minimering av tvang er tiltak som trekkes frem (Vreeswijk, 2022). Bruk av tvang nevnes av Birge og Aydin (2016) som en signifikant utløsende faktor for delirium. Dette kan ses i lys av sykepleieprinsippet om å verne pasienten fra farer i omgivelsene og unngå at han skader andre (Henderson, 1986, s. 34), også Sykepleieforbundets yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 «*Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg*» (NSF, u.å.b) er relevant. Vedtak om gjennomføring av helsehjelp ved bruk av tvang kan likevel treffes, hvis vilkårene oppfylles i § 4A-3 «*Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg*» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Det bør så langt det lar seg gjøre unngås bruk av tvang på en pasient i delirium, da

det kan forverre tilstanden (Stubberud, 2020, s. 436). Desto bedre sykepleie som ytes, desto mindre sannsynlig er det at dette vil være et nødvendig tiltak (Henderson, 1986, s. 35).

I Birge og Aydin (2016) ble fokuset på stillingsendring hver 2t økt betraktelig blant sykepleierne etter opplæring. Å hjelpe pasienten med å finne en komfortabel kroppsstilling i liggende og sittende stilling er et mobiliseringstiltak som fremmer Hendersons prinsipp om å puste normalt (Henderson, 1986, s. 21). Tilstander som gir nedsatt oksygenomsetning i hjernen er en utløsende faktor for delirium (Stubberud, 2020, s. 431). Sett i forhold til dette er oksygenering et tiltak som trolig har god forebyggende effekt mot delirium (Burton et al., 2020).

Et av de psykologiske prinsippene til Henderson handler om at pasienten skal få kontakt med andre og få gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Henderson, 1986, s. 36). Å vurdere og være oppmerksom på pasientens humørsvingninger er et deliriumforebyggende tiltak som trolig har effekt (Burton et al., 2021). Flere sykepleiere begynte å lytte til pasientene og prøvde å forstå de etter opplæring (Birge og Aydin, 2016). Kontakt med pårørende trekkes frem som et tiltak (Smithburger et al., 2017; Vreeswijk et al., 2022). Henderson beskriver sykepleieren som et talerør for den som ikke kan snakke (Henderson, 1986, s. 10). Sett i forhold til de nevnte grunnleggende behovene kan dette tolkes til å bety at sykepleier må sette ord på det pasienten selv ikke klarer, som sult, tørst, eliminasjon, sittestilling, smerter og lignende. For pasienter som allerede er i delirium, er behovet større da de kan ha manglende evne til å uttrykke seg klart (Wyller, 2020, s. 298).

Pasienten bør skjermes mot støy og irrelevant stimuli så langt det lar seg gjøre. Interagering med pasienten, sang og musikk kan fungere forebyggende (Wyller 2020, s. 305). Det å ha underholdning og fritidssysler er et av Hendersons sykepleieprinsipper (Henderson, 1986, s. 40), det kan stimulere pasienten kognitivt og er et tiltak som trekkes frem med forebyggende effekt (Burton et al., 2021). Både understimulering og overstimulering kan ha uheldig utfall for pasienten i et forebyggende perspektiv (Wyller, 2020, s. 305). Av tiltakene som kan bidra til kognitiv stimulering er musikklytting (Burton et al., 2021; Gode et al., 2020; Smithburger et al., 2017), avislesing (Kasapoğlu & Enc, 2022), besøk av pårørende (Vreeswijk et al., 2022).

Omtrent halvparten av personer over 65 år rapporterer om søvnplager (Wolkove et al., 2007). Nervøsitet, smerter, lite mobilisering og fremmede omgivelser vil trolig medføre at tallet er høyere hos den samme populasjonen under sykehusinnleggelse. Vreeswijk et al. (2022) trekker frem stimulering til aktivitet på dagtid, i seng eller utenfor hvis mulig, som tiltak som fremmer nattesøvn. Søvndeprivasjon blir nevnt som en mulig utløsende faktor for delirium (Stubberud, 2020, s. 430; Vreeswijk, 2022; Wyller, 2020, s. 301). Det illustreres at god søvnhygiene gir redusert deliriumsforekomst i resultatene til Burton et al. (2021) og Gode et al. (2020). Dette støtter opp under sykepleieprinsippet *å hjelpe pasienten til søvn og hvile* (Henderson 1986, s. 28). Tilstrekkelig mengde søvn er viktig for god livskvalitet, da for lite søvn kan medføre dårlig humør, nedsatt konsentrasjonsevne og dårligere yteevne (Ranhoff, 2020c, s. 372). Ved delirium er det vanlig at døgnrytmen endres helt, og pasienten er våken på nattestid, mens hans døser og har et redusert psykomotorisk tempo på dagen (Wyller, 2020, s. 299). Sammensatte ikke-medikamentelle tiltak tilrettelegger for god søvn, gjennom en strategisk kombinasjon av pasientrettede- og organisatoriske tiltak. Vreeswijk et al. (2022) trekker frem stimulering til aktivitet på dagtid, hvis mulig utenfor seng, som et tiltak som

fremmer nattesøvn. Samt å følge pasientens kveldsrutiner før legging og ha på nattlys (Vreeswijk et al., 2022). Øyemaske på natt blir tilbudt til alle pasientene som del av nye rutiner (Gode, 2020; Kasapoğlu & Enc, 2022), dette gjør at tiltaket faller innenfor både pasientrettede- og organisatoriske tiltak.

4.2. Organisatoriske tiltak

Søvnprogrammet til Gode et al. (2020) innfører standardiserte rutiner på avdeling og utdeling av en «søvnmeny» til alle pasienter. De nye standardiserte rutinene innebærer fast stilletid fra 01:00 – 06:00 alle dager, planlegging av medisintider som tar hensyn til pasientens søvn og hvile og unngåelse av prosedyrer på natt. Sistnevnte får også støtte i Birge & Aydin (2016) og Vreeswijk et al. (2022). Sterkt lys på avdelingen på natt vil ha en oppvekkende funksjon ved eventuelle toalettbesøk (Ranhoff, 2020c, s. 377). Redusert belysning på avdeling på natt er et forebyggende tiltak (Birge & Aydin, 2016; Vreeswijk et al., 2022). Det anbefales minimum 30 minutters dagslys i løpet av en dag, gjerne på morgenen da det har en oppvekkende effekt (Ranhoff, 2020c, s. 377). Dagslys trekkes fram som et forebyggende tiltak (Vreeswijk, 2022), dette kan også orientere pasient for tid på dagen. Miljøtiltak for orientering av pasient trekkes inn i flere av studiene. Alle pasientrom burde være utstyrt med klokke og kalender (Birge & Aydin, 2016; Vreeswijk et al., 2022). Det burde etterstrebes at det er færrest mulig pleiere på rommet samtidig, og at pasienten har en sykepleier å forholde seg til per vakt (Vreeswijk et al., 2022). Stadig skifte av personell kan utgjøre en risikofaktor, mens å forholde seg til samme pleier kan skape trygghet og god kommunikasjon (Ranhoff, 2020a, s. 466-467).

I henhold til NSF sine yrkesetiske retningslinjer, punkt 1.4 «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (NSF, u.å.b), er opplæring og fagutvikling en essensiell del av sykepleieryrket. Faget er i konstant utvikling, og som punktet viser er det viktig at sykepleiere lærer og tar i bruk ny kunnskap. Kvaliteten på pleien som pasienten mottar avhenger i stor grad av sykepleiers erfaring og kompetanse (Henderson, 1986, s. 16). GeMRC (2022) sine resultater illustrerer et trolig forbedringspotensial innenfor screening for delirium, gjenkjenning og dokumentasjon på generell basis i sykehus. Forbedringen fra studiens start til slutt viser rask respons på opplæringen som ble gjennomført. Riktig og grundig dokumentasjon av delirium er viktig da tilstanden kan predikere kognitiv svikt (Wyller, 2020, s. 300). Denne dokumenteringen kan gi et innblikk i hvilke pasienter som trenger tettere oppfølging og videre utredning etter utskrivelse.

I GeMRC (2022) er opplæring gjort på mange og uspesifiserte måter. Helseinstitusjonene som deltok i studiene delte læringsressurser seg imellom, som de selv mente var relevante. Studien spesifiserer ikke hvilke læringsstrategier som ble delt, men trolig var dette mest teoretisk materiale. Birge & Aydin (2016) lærte opp sykepleiere gjennom to seminarer på 40 minutter, der fokuset var teoretisk kunnskap. Smith et al. (2017) hadde teoretisk opplæring i form av internettmoduler og praktisk utprøvelse av kunnskapen i pasientcaser med skuespillere; der trente de på å gjenkjenne både hypoaktivt og hyperaktivt delirium. Trolig vil en kombinasjon av teori og praksis være den best egnede måten å lære opp ansatte. Dette gir sykepleier mulighet til å utvikle sin teoretiske kunnskap, og teste ferdighetene i praksis. Ved å få gjennomføre både teoretiske og praktiske øvelser vil sykepleier opparbeide seg en bredere erfaring. Martinsen mener at

forskningsbasert kunnskap ikke er nok, men erfaringskunnskapen, det faglige skjønn, er vel så viktig (Fonn, 2019). «Uten erfaringer, intet skjønn» (Alsvalg & Martinsen, 2018).

Screeningverktøy er ment å gjøre sykepleier mer oppmerksom på symptomer (Wyller, 2020, s. 300), men de blir i liten grad brukt fast blant europeiske helsearbeidere (Vreeswijk et al., 2022). GeMRC (2022) demonstrerer at økt bruk av screeningverktøy vil medføre at delirium blir gjenkjent hos flere pasienter, derfor er fokus på deliriumsscreening viktig. Smith et al. (2017) viser at gjennom opplæring blir ansatte mer komfortable i bruk av screening verktøy. Resultatene er trolig generaliserbare til større befolkninger. CAM, DOSS og CAM-ICU blir ansett som de mest validerte screeningverktøyene for delirium, hvilket av screeningverktøyene som brukes er ikke så viktig da flere av dem har godt dokumentert reliabilitet (Vreeswijk et al., 2022). I Norge er 4AT standarden for påvisning av delirium (Ranhoff, 2020a, s. 462; Wyller, 2020, s. 300), det er mindre komplekst, men fordelene er at det ikke krever opplæring (Vreeswijk et al., 2022).

Det moderne helsevesenet baserer seg i for stor grad på effektivisering av pleien (Martinsen, 2002, s. 258), men Martinsen (2002, s. 268) argumenter for at dette ikke burde være målet med hvordan helsetjenesten organiseres. Organisasjonskulturen er bakgrunnen for pleien som ytes, og kan defineres på følgende måte:

«Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben.» (Bang, 2020).

Verdiene og normene som bygges opp på arbeidsplassen bør vektlegge at sykepleiere jobber for pasientenes beste, ikke for å gjennomføre flest mulig gjøremål. Hvis vi ser på omsorg som kjernen i sykepleie, vil hastigheten være en ødeleggende kraft (Martinsen, 2002, s. 268). Økt hastighet og det teknologiske fokuset blant ansatte trekkes frem som en predisponerende faktor for delirium (Vreeswijk et al., 2022). Pleien må få ta den tiden det tar, og det er ikke alt som burde ha effektivisering som et overordnet mål. Ansattes holdninger sprer seg på arbeidsplassen og organisasjonskulturen kommer til uttrykk gjennom prosesser, strukturer og handlingsmønstre (Bang, 2020). Ved å fremme en kultur der pasientenes behov står i sentrum vil avdelingen kunne tilrettelegge for en pasientsentrert og omsorgsbasert arbeidsplass. Pleien bør ha et individualisert fokus, omsorg og sykepleie tilpasses hver enkelt pasient (Orvik, 2022, s 108), dette står sentralt for både Henderson og Martinsen.

4.3. Perspektivdiskusjon

Den kvalitative studien er inkludert for å avdekke hvordan delirium og behandlingen oppleves for pasienten. Ved å kun basere seg på kvantitative data forsvinner et viktig perspektiv, og virkeligheten som fremstilles vil være mangelfull (Brinkmann, 2012, s. 50). Pasientenes erfaringer belyser viktigheten av de tiltakene som kommer frem under pasientrettede-, og organisatoriske tiltak. Følelsene pasientene hadde av å ikke ha kontroll på situasjonen, tid eller sted, understreker dette.

Når effektivitet har blitt rettesnoren for pleien vil ikke sykepleier lenger være til stede i det som blir gjort, og kontekstuell informasjon blir borte. Da settes pasientens behov til side, og prosedyrer og rutiner gjennomføres med hastighet som mål, pleieren løsrives

dermed fra pasientkonteksten (Martinsen, 2021, s. 67). Flere av intervjuobjektene i Weir & O'Brien (2019) føler seg ikke godt ivaretatt, dette kan være en konsekvens av effektiviteten i pleiesammenhengen. Orientering vil trolig aldri ha den funksjon at deliriumspasienter får fullstendig oversikt, men det er en kontinuerlig prosess i håp om at pasienten føler seg bedre ivaretatt og at situasjonen er mer under kontroll. Selv om dette skulle vise seg å være forbigående, så vil det være godt nok da omsorgen skal være resultatløs (Kristoffersen, 2016). Sykepleien som ytes til deliriumspasienter må ha som mål å fremme velvære og en trygghetsfølelse. Weir & O'Brien (2019) viste at den subjektive opplevelsen av deliriet hadde preget pasientene psykisk etter at det var over. Dette illustrerer Hendersons prinsipp om å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Henderson, 1986, s. 36). Ved økt omsorg og oppmuntring til samtale om delirium ville pasientene kunne fått uttrykke sine erfaringer og følelser, dette kunne lettet de tunge følelsene. Det mangler forskning på hvordan opplevelsene best kan bearbeides, men samme prinsipper som ved debrifing etter kriser kan benyttes. Som å høre hva pasienten har å fortelle, informere om pasientens sykdomsforløp og forklare han hvorfor deliriet oppstod (Ranhoff, 2020a, s. 461). For pasienter med tunge opplevelser i etterkant av et delirium som i Weir & O'Brien (2019), vil å understreke for pasienten at det er naturlig med etterreaksjoner, trolig hjelpe han å håndtere opplevelsen (Ranhoff, 2020a, s. 461). Hos mange pasienter fører delirium til vedvarende psykiske lidelser, herunder også post-traumatisk stresslidelse (PTSD) (Bolton et al., 2021). Dette igjen er predisponerende faktorer for delirium og kan gjøre pasienten mer utsatt for et nytt delirium.

Bruken av pårørende i forebygging og behandling av delirium trekkes frem i flere studier (Birge & Aydin, 2016; Kasapoğlu & Enc, 2022; Smithburger et al., 2017; Vreeswijk, 2022). Det er viktig å se helhetlig på involvering av familie, slik at de involveres som en medspiller og ikke bare et middel. Pårørendes nød og lidelse ved å ha et sykt familiemedlem, kan forverres ytterligere ved et delirium. Et av intervjuobjektene til Weir og O'Brien (2019) forteller at familien var sjokkert over pasientens tilstand under deliriet, og trodde hun ikke ville komme til seg selv igjen. Dette understreker viktigheten av samarbeid med pårørende, da usikkerhet og redsel kan forvirre og stresse en pasient i delirium ytterligere (Stubberud, 2020, s. 436). Pårørende som er trygge i sin rolle, kan ha en positiv effekt på pasienten. Smithburger et al. (2017) viste at de fleste familiene var komfortable med å gjennomføre enkle tiltak. I den sammenhengen vil de kunne være en positiv ressurs. Men for pasienten i Weir og O'Brien (2019) som sitter igjen med disse tankene etter pårørendes besøk, har pårørende hatt en uheldig påvirkning på pasienten. Utsagnet kan tyde på at pårørende har fått for lite informasjon om delirium og hvordan de bør kommunisere med pasienten. I henhold til punkt 3.1 i sykepleiens yrkesetiske retningslinjer «*Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt*» (NSF, u.å.b), har pårørende rett på informasjon. Men kun 38% av pårørende hadde blitt fortalt hva delirium var på sykehuset (Smithburger et al., 2017). Hvis pårørende holdes utenfor og kontakt begrenses vil det føre til økt nød, i en allerede stressende situasjon. Dette kan bedres gjennom tidlig og kontinuerlig kommunikasjon, og gjennom samarbeid (Eggenberger & Stevens, 2016, s. 272). En-til-en undervisning av pårørende om delirium kan være en metode (Smithburger et al., 2017), som gjør at pårørende føler seg som en medspiller i situasjonen. På bakgrunn av dette vil det aller viktigste omsorgstiltaket for å ivareta pårørende være at pasienten får best mulig oppfølging og behandling. Dette innebærer også at pårørende får tilstrekkelig informasjon og ærlighet om pasientens tilstand (Kirkevold, 2001, s. 54). Inkludering av pårørende er et av de sammensatte

ikke-medikamentelle tiltakene som til sammen blir sett på som en god standard for sykepleie (Burton et al., 2021; Vreeswijk et al., 2022).

4.4. Styrker og svakheter

Effekten av hvert enkelt ikke-medikamentelle tiltak er dårlig dokumentert, da studiene gjerne innfører flere tiltak samtidig, på den måten kan ikke effekten av de ulike tiltakene sammenlignes. Den kvalitative studien til Weir & O'Brien (2019) fremmer godt den subjektive opplevelsen av delirium, men uten å nevne hvilke tiltak sykepleier har gjennomført. Dette var heller ikke et fokusområde for studien, men det kunne vært interessant for vår del om opplevelsene ble presentert i lys av tiltakene som ble gjennomført. Uten innsikt i pleietiltak og standarder pasientene hadde under innleggelse mister vi viktig kontekst.

Vi valgte å gå utenfor eksklusjonskriteriene da vi inkluderte studier fra New Zealand og USA, de ble inkludert på grunn av deres relevans. Ingen av de inkluderte studiene i oppgaven er gjennomført i Skandinavia, mens to av studiene er gjennomført i Tyrkia. Dette kan ses på som en svakhet med oppgaven da kulturelle og økonomiske forhold kan innvirke på resultatenes overførbarhet til norske sykehus. Deler av referansene vi har brukt er sekundærkilder da originalverkene var vanskelig å oppdrive. Sekundærkildene er pensumbøker fra sykepleierutdanningen og kan forventes å ha god standard.

4.5. Konklusjon

Oppgavens hensikt var å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge og behandle delirium hos den eldre pasienten på sykehus. Resultatene våre viser at både pasientrettede og organisatoriske tiltak vil kunne bidra i forebygging og behandling av delirium. Perspektiver fra pasienter, pårørende og helsepersonell belyser kompleksiteten i delirium. Resultatene blir mer enn bare en sjekklister over tiltak, det blir også utdypet hvordan tiltakene kan gjennomføres. Fokuset for denne oppgaven var den eldre pasienten definert som >65 år, men tiltakene vil trolig også virke forebyggede for andre pasientgrupper. Tiltakene er rettet mot predisponerende faktorer som kan være til stede hos alle pasientgrupper, men er særlig utbredt blant eldre.

Gode et al. (2020) konkluderer i sin studie med at tiltakene var enkle og kostnadseffektive å implementere i klinisk praksis, dette gjelder trolig også for de andre forebyggende tiltakene vi trekker frem i oppgaven. De krever at sykepleiere bruker tilstrekkelig tid per pasient. Forebygging av delirium medfører færre komplikasjoner, reduserte kostnader og kortere sykehusinnleggelse (Gode et al., 2020; Vreeswijk et al., 2022).

4.6. Implikasjoner for praksis

Effektiviseringen, sett ved at den økte hastigheten i arbeidet og det teknologiske fokuset er en predisponerende faktor for delirium. Fokuset burde trolig heller være på at pleien tar den tiden den tar, og den bør tilpasses hver enkelt pasient sine grunnleggende behov.

Søvnhygiene, kognitiv stimulering og orientering er de forebyggende tiltakene med best dokumentert effekt, og ved innføring av nye rutiner kan disse tre områdene være hovedfokus. Studiene tyder på at sykehusavdelinger i stor grad kan tilrettelegges for å forebygge delirium hos innlagte pasienter. Det finnes tilstrekkelig kunnskap, ikke-medikamentelle tiltak, screeningverktøy og strategier med positive utfall, som burde implementeres i praksis for å komme pasientene til gode.

5. Referanser

- Alsvåg, H. & Martinsen, K. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(3), 215 - 222. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-03>
- American Psychological Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). (5. utg.).
- Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. (5. utg.). McGraw-Hill Education.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(4).
- Birge, A. Ö., & Aydin, H. T. (2017). The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.009>
- Bolton, C., Thilges, S., Lane, C., Lowe, J. & Mumby, P. (2021). Post-traumatic stress disorder following acute delirium. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1). [10.1007/s10880-019-09689-1](https://doi.org/10.1007/s10880-019-09689-1)
- Brinkmann, S. (2012). Videnskabelige metoder og patientperspektivet. I Martinsen, B., Norlyk, A., Dreyer, P. & Steens, A. S. (Red.). *Patientperspektivet: En kilde til viden*. (s. 49 – 66). Munksgaard Forlag.
- Burton, J. K., Craig, L. E., Yong, S. Q., Siddiqi, N., Teale, E. A., Woodhouse, R., Barugh, A. J., Shepherd, A. M., Brunton, A., & Freeman, S. C. (2021). Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013307.pub3>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk forlag
- EBSCO. (u.å.). *CINAHL Database*. Hentet 23.04.2023 fra: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>
- Eggenberger, S. & Stevens, M. (2016). Family-focused care in acute illness. I Denham, S., Eggenberger, S., Young, P. & Krumwiede, N. (Red.), *Family-focused nursing care* (s. 253 - 292). F. A. Davis Company.
- Evans, D. (2002) Systematic review of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2).

- Evensen, S. (2020) Delirium – Mer enn forvirring. *NTNU Medisin og helse*. Hentet 27.05.2023 fra: <https://blog.medisin.ntnu.no/delirium-mer-enn-forvirring/>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2022). *Søke etter litteratur*. Hentet 05.05.2023 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/framgangsmate/soke-etter-litteratur/>
- Fonn, M. (2019). *Kari Martinsen: - Pleien tar den tiden den tar*. Hentet 10.05.2023 fra: <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Geriatric Medicine Research Collaborative. (2022). Improving delirium screening and recognition in UK hospitals: results of a multi-centre quality improvement project. *Age Ageing*, 51(2). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab243>
- Gode, A., Kozub, E., Joerger, K., Lynch, C., Roche, M., & Kirven, J. (2020). Reducing delirium in hospitalized adults through a structured sleep promotion program. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(2). <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000499>
- Henderson, V. (1986). *Sykepleiens grunnprinsipper*. (Oversatt av Mørland, I., 3. utg.). International Council on Nurses.
- Henderson, V. (1997). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk Sykepleieforbund (NSF).
- Inouye, S. K., Schlesinger, M. J., & Lydon, T. J. (1999). Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *The American Journal of Medicine*, 106(5). [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00070-4)
- Kasapoğlu, E. S., & Enc, N. (2022). Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatric Nursing*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.015>
- Kirkevold, M. (2001). Familiens plass i sykepleien. I Kirkevold, M. & Ekern, K. S. (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (s. 45 - 61). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - En historisk reise. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15 - 64). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of Medicine*, 377(15). <https://doi.org/10.1056/NEJMc1605501>
- Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I Bjørk, I. T., Helseth, S. & Nordtvedt, F. (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 250 - 271). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.
- Neerland, B. E., Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(15).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- Norges Sykepleieforbund (NSF). (u.å.a). *Utvikle helse- og omsorgstjenestene*. Hentet 19.05.2023 fra: <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene>
- Norges Sykepleieforbund (NSF). (u.å.b). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 10.05.2023 fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i falig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring*. (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, H., R. (2020a). Delirium (Akutt forvirring). I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. R. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 458 - 471). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Ranhoff, H., R. (2020b). Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. R. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 53 - 67). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Ranhoff, H., R. (2020c). Søvn og søvnproblemer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. R. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 372 - 380). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Ranhoff, H., R. & Engh, E. (2020). Eldre og legemidler. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. R. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 185 - 192). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv Svikt og Demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H. R. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 416 - 441). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Smith, J. M., Van Aman, M. N., Schneiderhahn, M. E., Edelman, R., & Ercole, P. M. (2017). Assessment of delirium in intensive care unit patients: educational strategies. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(5).
<https://doi.org/10.3928/00220124-20170418-09>
- Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L., & Alexander, S. A. (2017). Perceptions of family members, nurses, and physicians on involving patients' families in delirium prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6).
<https://doi.org/10.4037/ccn2017485>

- Statistisk Sentralbyrå (SSB). (2022a). *Statistikkbanken: Befolkning*. Hentet 10.04.2023 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>
- Statistisk Sentralbyrå (SSB). (2022b). *Statistikkbanken: Pasienter sykehus*. Hentet 10.04.2023 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/>
- Strand, B. H., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Totland, T. H., Vollrath, M. T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Gjertsen, F., Meyer, H. E., Kvaavik, E., Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., Dalene, K. E., Steingrimsdottir, O. A., . . . Håberg, A. K. (2023) Helse hos eldre I Norge. *Folkehelseinstituttet (FHI)*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Stubberud, D. G. (2020) Sykepleie ved delirium. I Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie*. (5. utg, bind 2, s. 429 – 438). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Verdens Helseorganisasjon (WHO). (2019). 6D70 Delirium. I *International Classification of Diseases* (11. utg.). Hentet fra: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F897917531>
- Vreeswijk, R., Maier, A. B., & Kalisvaart, K. J. (2022). Recipe for primary prevention of delirium in hospitalized older patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(12). <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02249-y>
- Weir, E., & O'Brien, A. J. (2019). Don't go there–It's not a nice place: Older adults' experiences of delirium. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2). <https://doi.org/10.1111/inm.12563>
- Wolkove, N., Elkholy, O., Blatzan, M. & Palayew, M. (2007). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association Journal* 176(9). <https://doi.org/10.1503/cmaj.060792>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici: En medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal Akademisk Forlag.

