



”Hva gjør sykepleierne for å ivareta den gamle pasienten som har delirium, og som er innlagt på sykehus ved en medisinsk avdeling”

Monica Sjøvoll

Mastergradsoppgave i Helsefag

Institutt for helse - og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

2013

Førord

Ja så var jeg endelig der og skal levere min masteroppgave. Det har vært en lang og bratt læringskurve å gå på masterstudiet i helsefag. Startet opp med studiene høsten 2009, og etter en del stopp underveis er jeg med veis ende.

Først vil jeg takke studiedeltakerne som tok seg tid til å dele sine erfaringer fra sin sykepleiepraksis med meg.

Så vil jeg sende en stor takk til min veileder Geir Lorem for gode og konstruktive tilbakemeldinger, og takke for godt samarbeid.

Jeg vil rette en stor takk til mine medstudenter, spesielt Karin og Ankie og takke for alle de møtene vi har hatt underveis for å diskutere fag og vår prosess i oppgaven. En spesiell takk til Karin som har hatt språkvask på oppgaven, og for hennes tekniske bidrag for å få oppgaven innlevert i god datateknisk stand.

Videre en takk til min mann, barn og barnebarn som muligens gikk litt lei av at ”mommo” var så opptatt til tider. Jeg hadde ikke klart dette uten deres støtte.

Så vil jeg takke mine kollegaer på jobb som har gitt meg støtte og oppmuntring.

Takk til ledelsen som har gitt meg fri til studiene og stipend til dekning av utgifter.

Så håper jeg at jeg klarer å vise gjennom praksis på min jobb at jeg har lært noe, og at jeg dermed er bedre rustet til å bidra med utviklingsarbeid og faglige innspill.

Tusen takk alle sammen.

Monica Sjøvoll

Januar 2013.

Abstrakt

Denne masteroppgaven handler om sykepleiere sine erfaringer , vurderinger og handlinger fra sin sykepleiepraksis i møte med den gamle pasienten med delirium.

Bakgrunn for denne studien er at jeg er opptatt av den gamle pasienten og har lang erfaring med å møte den gamle pasienten som sykepleier. Jeg er kjent med at delirium er en ganske vanlig tilstand som den gamle opplever på sykehus, og noen ganger begrunnelsen til at pasienten blir innlagt på sykehus.

Forskning viser også at denne tilstanden er en utfordring på sykehus, og kan i noen tilfeller være vanskelig å identifisere og gi riktig behandling.

Forskning viser også at forebygging av tilstanden fører til færre tilfeller av delirium.

Forekomst kan forebygges dersom kunnskap, verktøy og rutiner er på plass.

I den forbindelsen hadde jeg et ønske om å spørre sykepleierne om deres erfaring i møte med den gamle pasienten med delirium.

Empirien i oppgaven er intervju med fem sykepleiere som arbeider ved en generell akuttmedisinsk avdeling på sykehus. Det er brukt intervju som metode for å få frem sykepleierne sine erfaringer fra praksisfeltet. Tema under intervjuene var: kunnskap om delirium, identifisering av delirium, tiltak og handlinger i sykepleiepraksis.

Funn i studien er kort oppsummert: liten tid til pasienter med delirium, det hyperaktive delirium blir identifisert, det hypoaktive delirium er ikke kjent og blir ikke diagnostisert men kan bli oppfattet som demenssykdom eller depresjon .Ønske om mer kunnskap fra sykepleierne, og bedre arbeidsforhold i form av tilrettelegging av omgivelser for å kunne gi optimal sykepleie til pasienter med delirium.

Konklusjon er at vi vet mye om delirium og verktøy som kan brukes for å forbygge denne tilstanden. Det er allikevel slik at det ikke er implementert anbefalte rutiner og bruk av verktøy for å avdekke og forebygge delirium.

Nøkkelord: sykepleierfaringer, den gamle pasienten, delirium og sykehus

Abstract

The aim of this master thesis is to gain knowledge about nurse`s experiences, recognition and actions when meeting delirium in older patients. My interest in this particular field comes from my extensive experience as a nurse working with older patients. I am familiar with that delirium is a condition that often occurs in hospitalized older patients. This can also be the reason they were hospitalized.

Previous studies in the field show that the condition can be a challenge in the hospital environment and can be difficult to recognize and give the right treatment. Studies also show that preventative actions can lead to less cases of delirium among older patients. Delirium can be prevented if the caring institution and the nurses have knowledge about the condition and developed routine`s for care/actions. This is the reason I wanted to ask nurses about their experiences when meeting delirium in older patients.

The empirical material for this (master) thesis is (depth) interviews with five nurses that work at an acute medical ward. Interview as a method was chosen because I wanted to gain in depth knowledge about their experiences in the practical field. The main subject`s in the interviews was knowledge about delirium, recognition of delirium and actions and treatment in hospitals.

General findings where that the nurses have too little time for patients in delirium. Another finding is that the patients that are agitated (hyperactive) are being recognized (identified) but the patients that are suffering from hypoactive delirium often don`t get recognized as delirium but can be mistaken as other conditions such as depression or dementia. The nurse`s expressed a wish for more knowledge about delirium and better facilitated working conditions in order to be able to treat and care for these patients in the best possible way.

From this study it is possible to conclude that there is a lot of knowledge about delirium and about how to prevent the condition. However it is not established routine`s for care and actions to prevent and recognize delirium in older patient.

Keywords: nurses experiences, the old patient, delirium and hospital

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	1
1.2 SYKEPLEIERS ROLLE OVERFOR DEN GAMLE PASIENTER OG TILSTANDEN DELIRIUM I SYKEHUS.	2
1.3 FORMÅL MED STUDIEN.....	3
1.4 PROBLEMSTILLING	3
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING OG BEGREPSAVKLARING.....	4
2.0 TIDLIGERE FORSKNING.....	5
2.1 ÅRSAKER OG FOREKOMST AV DELIRIUM.....	5
2.2 IMPLEMENTERING AV RUTINER OG BRUK AV VERKTØY.....	6
2.3 FOREBYGGING OG IDENTIFISERING AV DELIRIUM.....	7
2.4 SYKEPLEIERS ERFARINGER MED DELIRIUM.....	8
2.5 PASIENTER SINE ERFARINGER MED DELIRIUM	9
2.6 OPPSUMMERING	9
3.0 TEORETISK BAKTEPPE FOR OPPGAVEN.....	11
3.1 DEN GAMLE PASIENTEN	11
3.2 HVA ER DELIRIUM	11
3.3 BEHANDLING AV DELIRIUM.....	13
3.4 KOMMUNIKASJON MED MENTALT SVEKKET PASIENT	14
3.5 OMSORGSTEORI.....	16
3.5.1 OMSORG OG MORAL.....	16
3.5.2 REALSJONELLE DIMENSJON.....	17
3.5.3 PRAKSIS OG HANDLING	17
3.5.4 KUNNSKAP OG SKJØNN.....	18
3.5.5 TRAVELHET, TID OG ROM	18
4.0 METODE	20
4.1 TILNÆRMING OG PERSPEKTIV	20
4.2 FORFORSTÅELSE OG Å FORSKE I EGET FELT.....	22
4.3 INTERVJU.....	23
4.3.1 REKRUTTERING AV STUDIEDELTAERE.....	24
4.3.2 UTVALG	25
4.3.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJU	25
4.4 ANALYSE	26
4.5 STUDIENS TROVERDIGHET	28
4.6 ETIKK.....	29
4.7 METODEKRITIKK	30
5.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	31
5.1 SYKEPLEIERNES MØTER MED PASIENTER MED DELIRIUM.....	31
5.2 SYKDOMSBILDE OG IDENTIFISERING AV DELIRIUM.....	34
5.3 HYPOAKTIVT DELIRIUM	35
5.4 TILTAK OG HANDLINGER.....	37
5.5 KOMME I DIALOG MED PASIENTEN.....	38
5.6 EN KORT OPPSUMMERING	39
5.7 YTRE BETINGELSER	40
5.8 HANDLINGSROM.....	41

5.8.1 TIDSPRESS	41
5.8.2 SAMARBEID	42
6.0 DISKUSJONSDELEN	44
6.1 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN I OPPGAVEN	44
6.2 HVORDAN KAN SYKEPLEIERNE BLI BEDRE TIL Å IDENTIFISERE DELIRIUM TIDLIGERE	44
6.2.1 BETYDNINGEN AV KUNNSKAP	45
6.2.2 DE SPESIELLE RELASJONELLE FORHOLD	47
6.2.3 IDENTIFISERING AV DELIR, TILTAK OG HANDLINGER.....	48
6.3 ETISKE OVERVEIELSER.....	51
6.4 SYKEPLEIERROLLEN OG ARBEIDSDAGEN	53
6.5 TID, TYDELIGHET OG TILRETTELEGGING.....	55
7.0 AVSLUTNING.....	57
LITTERATURLISTE.....	58
VEDLEGG 1	A
VEDLEGG 2	C
VEDLEGG 3	D
VEDLEGG 4	F

1.0 Innledning

Denne studien har til hensikt å få frem sykepleiere sine erfaringer i møte med den gamle pasienten som har delirium når de innlagt på sykehus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Bakgrunn for valg av tema er min interesse for sykepleie og omsorg for den gamle pasienten på sykehus. Forskning har vist at det er hensiktsmessig med god opplæring og gode rutiner for å forebygge delirium. Videre sier forskning at delirium blir oversett av sykepleiere og at tilstanden kan være vanskelig å oppdage. Delirium hos pasienter fører til flere liggedøgn på sykehuset, og det er risiko for tidligere død hos pasientene som har hatt delirium (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff 2008).

Befolkningsframskrivninger viser at Norge står overfor en kraftig og langvarig økning av antall eldre over 67 år i perioden 2007-2050. Etter 2025 vil antall eldre over 80 og 90 år øke mest. Antall eldre med fremmedkulturell bakgrunn forventes også å øke (Helse og omsorgsdepartementet, 2008).

Antall eldre pasienter øker innen alle tjenestenivåer og i de aller fleste spesialavdelinger i helsetjenesten. Det er flere årsaker til økningen av eldres bruk av sykehustjenester.

Flere eldre er ved god helse, samtidig som den medisinske utviklingen har ført til mer skånsomme behandlingsmetoder. Denne utviklingen fører til at flere eldre kan benytte seg av behandling i spesialisthelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2008 s.4)

Sosial og helsedirektoratets rapport fra 2007, ”Respekt og kvalitet” skriver i forordet følgende om hvordan de vil styrke spesialisthelsetjenesten til eldre pasienter.

”spesialisthelsetjenesten ivaretar dette ved å møte dem med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse, og gjennom likeverdige og helhetlige tjenester av høy kvalitet som sørger for at pasientene får rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering”(2007 s.10)

Utfordringene for spesialisthelsetjenesten er mange og store, og det stilles spørsmål om eldre er tjent med spesialisering i helsetjenesten, færre senger og kortere liggetid. Rapporten sier videre at den geriatrike tilnærmingen ikke må forbeholdes geriatrike spesialiseringer, men må gjennomsyre alt arbeid med eldre pasienter. En kartlegging av dagens sykepleie kan være i stand til å øke oppmerksomheten både mot tilstanden delirium og identifisere og stille eventuelle forbedringskrav for å sikre fremtidig kvalitativ god sykepleiepraksis og sykepleiefaglig kompetanse overfor den gamle pasienter innlagt i sykehus.

1.2 Sykepleiers rolle overfor den gamle pasienter og tilstanden delirium i sykehus.

I en rapport fra Statens helsetilsyn sier Waler at behovet for helsepersonell til å utføre pleie og omsorgsoppgaver i sykehus vil øke. Han sier videre at på kvaliteten av helse og omsorgstjenester vil dominere, og at på veien mot livets slutt blir disse tjenestene viktige å rekruttere personell til (Waalder, 1999)

Dersom krav til økt kompetanse og kvalitet i sykepleien rettet mot den eldste gruppen pasienter skal opprettholdes er det nødvendig at helsepersonell møter pasientgruppen med kunnskap om geriatrike sykdommer og eldre pasienters sykdomspresentasjon. Sitatet fra rapporten støtter behovet for sykepleietjenester rettet mot gamle pasienter. Det er viktig at behovet vektlegges i en sykehus kontekst. Bakgrunn er sykepleiens kontinuerlige og tette kontakt med pasienten, samt deres viktige rolle i forbindelse med observasjon, rapportering, forebygging og behandling av tilstanden delirium. anbefalte forebygging og behandlingstiltak som å skape trygghet og ro rundt pasienten , opprettholde normal døgnrytme, observasjon og oppfølging av både pasient og pårørende hører til sykepleiefagets kjerneoppgaver. Veileder for utredning av delirium utarbeidet av Norsk geriatrik forening (2003) bekrefter legegruppens syn på sykepleierens rolle i behandling av delirium. Under punktet supplerende behandling står følgende:

” omsorgsfull sykepleie har god effekt ”. Fra sykepleiens ståsted kan en kjenne behov for å utdype og konkretisere hva omsorgsfull sykepleie er. Det er ikke denne studiens mål, sitatet anvendes for å bekrefte sykepleiens plass i behandlingen av delirium,og som et bidrag til å understreke gamle pasienters behov for sykepleie når pasienten har delirium. Studier beskriver samhandling med pasienter som har delirium som krevende. Sykepleie til pasienter med delirium medfører et stort ansvar i situasjoner der både pasienter og

sykepleiere er sårbare og utsatte. Forskning viser at sykepleiere opplever situasjoner der pasienten er i delir som vanskelig og uten åpenbare handlingsrekker. I noen situasjoner kan de betegnes som nærmest ”umulig”. Beslutningene som sykepleierne tar preges av det som er mulig i den konkrete situasjonen (Lou & Dai, 2002; Stenwall, Sandberg, Jönhagen, & Fagerberg, 2007).

Forskningsresultatene tyder på sykepleiere improviserer på bakgrunn av erfaringer uten at handlingen er forankret i kunnskapsbaserte praksisveiledninger (Dahlke & Phinney, 2008). Videre er det forskning som konkluderer med at sykepleie til eldre pasienter er annerledes enn til yngre, men at de utfordrende arbeidsoppgavene ikke ofte belyses som tema i sykehuspraksis. Sykepleietiltakene overfor gamle pasienter reflekterer kontekstens holdninger til gamle pasienter (Dahlke & Phinney, 2008; Skirbekk & Nordtevedt, 2010).

1.3 Formål med studien

Studien har som mål å beskrive sykepleiernes erfaringer og praksis i møte med den gamle pasienten som er i delirium. Videre å kunne bruke deres erfaringer og kunnskap til å være med å forbedre sykepleiepraksis ut i fra de beskrivelsene sykepleierne gir i denne studien. Kvalitetsforbedring i sykepleie kan innebære å øke både den personlige kompetansen og den generelle kunnskapen i sykepleiegruppen. Sykepleie er et selvstendig fag og utvikling av faget må bygge på kunnskap og erfaringer fra fagets egen praksis. Ett mål er å få en større forståelse for hvordan sykepleiere møter situasjoner hvor den gamle pasienten er i delir, eller i fare for å utvikle dette. Hva er det som innvirker på hvordan sykepleierne er i stand til å utføre kvalitativ god sykepleie? Det å gjøre de rette tingene på rett måte til riktig tid. Delirium er valgt med bakgrunn i at forskning viser relativ høy forekomst av delirium hos den gamle pasienten innlagt i sykehus, og at tilstanden innebærer fare for tidligere død, og omkostninger for både pasienten og helsetilbudene (Gustafson, Lundström, & Bucht, 2002; Wyller, 2011)

1.4 Problemstilling

Med bakgrunn i presentasjon i dette kapittelet har jeg valgt følgende problemstilling:

Hva gjør sykepleierne for å ivareta den gamle pasienten som har delirium, og som er innlagt på sykehus ved en medisinsk avdeling.

Relevante forskningsspørsmål er :

Hvordan oppdager, identifiserer og behandler sykepleierne delirium hos den gamle pasienten?

Hvordan beskriver sykepleierne sin kliniske praksis i møtet med den gamle pasienten i delirium?

Hvilken kunnskap og erfaring ligger til grunn for sykepleiepraksis knyttet til denne tilstanden hos den gamle pasienten ?

1.5 Oppgavens oppbygging og begrepsavklaring

I kapittel 1 beskriver jeg bakgrunn for studien og problemstilling. Kapittel 2 tar for seg tidligere forskning på området. Kapittel 3 presentasjon av teoretisk bakteppe for oppgaven. Kapittel 4 beskrives metode og analysedelen. I kapittel 5 er funn i oppgaven presentert. Kapittel 6 er drøftingsdel opp mot funn og teori og forskning. Kapittel 7 er avslutning og konklusjon.

I oppgaven bruker jeg ordet delirium og delir om hverandre. Delir er kortversjon av delirium og blir mye brukt i tekst og rapporter på sykehus, og i annen litteratur som beskriver tilstanden. Akutt forvirring er også mye brukt i praksisfeltet, og er det samme som delirium. Videre omtaler jeg pasienten som den gamle pasienten, og ikke betegnelsen den geriatrike pasienten. Forskjellen er forklart i kapittel 3.1 Den gamle pasienten.

Confusion Assessment Method (CAM) er en anerkjent sjekkliste for symptomer på delirium. CAM er et kort og enkelt skjema, men korrekt utfylling forutsetter at man har nokså inngående kjennskap til pasienten (Wyller, 2011 s.135)

2.0 Tidligere forskning

Utgangspunktet for mitt litteratursøk har vært hvilke erfaringer helsepersonell , og da med I arbeidet med oppgaven har jeg utført flere søk i databaser som Pubmed, Swemed, Scorpio, Clinichal. Jeg har også vært tilknyttet McMasterPluss gjennom Helsebiblioteket, hvor jeg har vært knyttet opp mot studier som handlet om geriatri. Jeg har ikke gjennom forbindelsen med McMasterPluss fått noen studier som omhandlet delirium og den gamle pasienten.

Jeg har brukt søkeord som: nurse experience, elderly, old adult, delirium, hospital, nurse.

Oppgaven er avgrenset ved at søkene som er gjort er om sykepleie til denne gruppen pasienter, og tar ikke med forhold som hvilke medisiner som er anbefalt å bruke dersom det skulle være aktuelt, jeg utdyper heller ikke de forskjellige medisinske forhold.

I denne studien har jeg valgt å ta med forskning som sier noe om årsaker, forekomst, bruk av verktøy for å forebygge og identifisere delirium, erfaringer fra pasienter som har vært i delir, og erfaringer fra sykepleierne som har møtt pasienter med delirium.

2.1 Årsaker og forekomst av delirium

Når det gjelder utbredelse og årsakssammenhenger så er det mye som beskrevet om etiologi og årsakssammenhenger med fokus på identifisering, forebygging og behandling av delirium hos akutt syke gamle i medisinsk litteratur. Flere av studiene har med sykepleietiltak som dokumentert effekt ved forebygging og behandling av delirium (Inouye, Schlesinger, & Lydon, 1999; Lundström et al., 2005).

En annen studie (Ranhoff, 2008a) viser at blant pasienter i en overvåkningsavdeling med pasienter over 65 år hadde 30 prosent delirium under oppholdet. Hos de pasientene som hadde demenssykdom i tillegg var forekomsten mye høyere enn hos de som tidligere var friske. På en generell medisinsk avdeling påvises det delirium hos 10 til 30 prosent av pasientene (Ranhoff, 2008a).

En studie ved Oslo universitets sykehus (Juliebø et al., 2009) viste at av 376 pasienter over 75 år som ble innlagt for operasjon etter hoftebrudd var 21 % i delirium før operasjonen, og 36 % i delirium etter operasjonen.

På sykehus i Norge blir eldre pasienter ikke prioritert høyt nok for hofteoperasjon. Ventetiden øker risikoen for delirium, ”akutt forvirring” – som i sin tur radikalt øker sannsynligheten for å utvikle demens innen seks måneder etter operasjonen (Juliebø et al., 2009).

To studier viser også at pasienter blir utskrevet med delirium, og har delirium i lang tid etter utskrivelsen. Hyppigst på de som er eldst og har demenssykdom. Disse studiene viste også dårligere utfall etter sykehusinnleggelsen. Flere kom på sykehjem, hadde nedsatt funksjon og høyere dødelighet. Cole viser til sin oversiktartikkel over 18 studier som inkluderte 1322 pasienter fordelt på 20 forskjellige sykehus. Den viste at etter en måned hadde 44,7 % av pasientene delir, etter 3 måneder 32,8 % og etter 6 måneder 21% delirium (Cole, Ciampi, Belzile, & Zhong, 2009). Inoye har gjort en studie med 491 pasienter over 70 år, av disse fikk 21,6 % delirium på sykehuset, og 11,8% hadde delirium ved utskrivelse (Inouye et al., 2007).

2.2 Implementering av rutiner og bruk av verktøy

I en studie som ble gjort i Spania (Vidàn, Sànces, Montero, Ortiz, & Serra, 2009) ble det konkludert med at implementering av nye rutiner for å redusere delirium uten bruk av medisiner viste at det reduserte tilfeller av delirium. Studien ble gjennomført på to medisinske avdelinger, og en avdeling som var spesielt tilrettelagt for geriatrike pasienter. Pasientene ble testet daglig blant annet ved bruk av CAM som er en anerkjent screeningtest for å avdekke delir. Endring i daglige rutiner og oppfølging av pasienter ble utført. Blant disse var å sørge for at det var klokke og kalender på alle rom, mobilisere pasientene opp av seng så tidlig som mulig, følge opp ernæringsstatus, sørge for å snakke med pasientene og orientere dem daglig om tid, dato og hvor de var og hvorfor de var på sykehuset. Sørge for at pasientene hadde en god døgnrytme og følge opp at de fikk sove på natten. Se til at pasientene hadde sine briller og høreapparater for de som vanligvis brukte det. Pasientene ble også testet ved en Mini mental status test (MMS) som er en mye brukt screeningtest spesielt tilrettelagt for eldre personer for å gi ett innblikk i mental kapasitet. Denne testen sier noe om hukommelse, oppmerksomhet, forståelse blant annet. Tiltakene ble gjennomført på den geriatrike enheten, men testene gjennomført på alle tre avdelingene. De ble så summert og sammen lignet, og konklusjon var at det var tydelig

mindre tilfeller av delirium på avdelingen hvor de nye rutinene var gjennomført (Vidàn et al., 2009)

En ny norsk studie konkluderer med at praksis på en intensivavdeling var i utakt med kunnskapsbaserte anbefalinger. Etter at gjennomførte enkle tiltak som systematisk bruk av CAM blant annet ble tilfellene av delirium identifisert hos 52,9 prosent av pasientene, mot tidligere 23,4 prosent (Sjøbø, Graverholt, & Jamtvedt, 2012)

Et eksempel på pleiepersonells mulighet for å påvirke behandlingsresultater er en studie som ble gjennomført i medisinske avdelinger (Lundstrom et al., 2005). Ved først å gi pleiepersonell opplæring med fokus på vurdering, forebygging og behandling av delirium. Samtidig tok de i bruk registreringer og tester knyttet til deliriske pasienter. Studien konkluderte med at intervensjonen som ble igangsatt reduserte varighet av delirium og forebygget at noen fikk delirium under oppholdet.

2.3 Forebygging og identifisering av delirium

Gustafson skriver i sin artikkel at delirium kan forebygges, og at det setter sykehusets kompetanse på prøve, og at tilfeller av delir som blir avdekket og behandlet sier noe om kvaliteten på sykehusets behandling. Det setter store krav til legenes kliniske kompetanse for å avdekke og behandle delirium. Videre setter tilstanden stor krav til god omsorg og trygge omgivelser for pasienten. Tilstanden til pasienten i delir setter krav til hele personalet, og krever samarbeid. Han sier videre at det er lettere å telle opp de diagnoser, komplikasjoner og legemidler som ikke kan føre til delirium enn motsatt (Gustafson et al., 2002).

Andre studier som er tilnærmet og lik den problemstillingen i min studie viser funn som: mangel på tid hos sykepleierne til å ivareta denne pasientgruppen, mangel på kunnskap om delirium, mangel på kunnskap om den gamle pasienten, ikke egnet og tilrettelagte omgivelser på et sykehus for å ivareta og skjerme pasienter (Dahlke & Phinney, 2008; Lou & Dai, 2002).

En undersøkelse fra USA (Flagg, Cox, Dcdowell, Mwose, & Buelow, 2010) om sykepleiernes evne til å identifisere delirium sier at det å gi sykepleierne mer kunnskap og muligheter til å bruke, få tilgang til verktøy som kan gjøres tilgjengelig i sin praksis, vil

øke mulighetene for at de kan identifisere pasienter i delir, og dette vil igjen medføre bedre behandling av pasientene, og riktig behandling.

Det ville også øke sykepleierne sin tilfredshet i sitt arbeid, da det øker deres kompetanse og trygghet i arbeidet. Spesielt er dette med det hypoaktive deliret som hos pasienter som var over 80 år, ble sett som at pasienten hadde en demenssykdom (Flagg et al., 2010).

2.4 Sykepleiers erfaringer med delirium

Bèlanger 2011 har gjennomført en oversiktstudie med fokus på kvalitative studier som sier noe om pasientens og sykepleiernes erfaringer med delirium. De fant også at det er mange studier som sier noe om årsak, forebygging og behandling av delir, dette i samsvar med med studiene som tidligere er nevnt fra Inouye og Lundström.

De fant 17 studier som omhandlet tema om pasienterfaringer og sykepleierfaringer. Av disse studiene var det ni som handlet om pasienters erfaringer, og seks studier som handlet om sykepleiere sine erfaringer.

Studien (Bèlanger & Ducharme, 2011) konkluderer med at sykepleierne har problemer med å forstå pasientene når delirium oppstår. Dette med bakgrunn i at pasientene endrer seg og sykepleierne blir usikre, de føler seg ukomfortable, blir stresset og noen ganger irritert. Selv om sykepleierne synes det kan være vanskelig å håndtere situasjonen går de inn for å håndtere den med de metodene de har i sin sykepleiepraksis. Studien påpeker også at siden det er få studier om dette tema vil man være forsiktig med å presentere disse funnene fordi det vil være nødvendig med videre forskning på området (Bèlanger & Ducharme, 2011).

Breitbart 2002 fant i sin studie at det som berørte og stresset sykepleierne mest var pasientene sine følelsemessige, kognitive og mentale uro og forstyrrelse når de var i delirium (Breitbart, Gibson, & Tremblay, 2002)

En annen studie viser hvordan sykepleiere forstår og tar omsorg for gamle pasienter i med delir ved akutt sykehusinnleggelse. Denne studien tar for seg erfaringer som sykepleiere har fra sine møter med pasienter i delir på sykehus. Funnene i denne studien bekrefter i sterk grad at det er nødvendig å forebygge delirium, ha dette i tankene hele tiden og når det er mulig å gjøre det. Det ble gjennomført intervju med sykepleiere, og det ble sett på skriftlig dokumentasjon som sykepleierne hadde med i sine rapporter om pasientene (Schofield, Tolson, & Fleming, 2012)

2.5 Pasienter sine erfaringer med delirium

Pasienterfaringene i studien (Bèlanger & Ducharme, 2011) sier at det er viktig at pasienter i delirium kan oppleve manglende forståelse, frykt og frustrasjon, og noen maskerer sin forvirring. Forståelse og kunnskap om hva pasienter i delirium kan oppleve er viktig.

Videre at pasientene kan få fortelle om sine opplevelser kan være med å hjelpe dem gjennom situasjonen. Det blir fremhevet også her at det ikke er utført mange studier med dette som tema. Erfaringene fra denne studien kaster allikevel lys over pasienterfaringene og kan gi grunnlag for å endringer i praksisfeltet (Bèlanger & Ducharme, 2011).

I en annen studie (Duppils & Wikblad, 2007) er pasienter som har gjennomgått delirium blitt intervjuet. Disse pasientene hadde vært innlagt på sykehus for en hofteoperasjon, og hadde fått delirium under oppholdet.

De beskriver sine opplevelser slik : de opplevde en plutselig endring som at sykepleierne ble uvennlige og at de ikke kjente dem igjen. De følte at de drømte samtidig som de viste at de ikke drømte .De følte seg fanget i en leir, hørte hva som ble sagt men forstod ikke, snakket men ble ikke hørt på, følte sinne, frykt og usikkerhet.

Når de kom ut av deliret følte de lettelse, frykt, følte seg ukomfortabel og hadde anger. De var skamfulle over egen adferd, og sjokket over hva de kunne finne på i en slik tilstand.

De beskrev også stor lettelse over at de var ikke blitt ” gale ” som en uttrykte det (Duppils & Wikblad, 2007)

Mange forteller om at de opplever å stå utenfor seg selv og ikke kontroll over egen .kropp (McCurren & Cronin, 2003).

Pasienter med hypoaktivt delirium hadde samme opplevelser og stress under sitt delirium som de med hyperaktivt delirium (Breitbart et al., 2002).

2.6 Oppsummering

I mine litteratursøk fant jeg få beskrivelser og lite forskning som har undersøkt hvordan sykepleierne erfarer og beskriver sykepleie til den gamle pasienten med delirium fra et klinisk ståsted.

Med et klinisk ståsted mener jeg erfaringer fra den praktiske hverdagen hvor sykepleierne møter og behandler den gamle pasienten.

Hypoaktivt delirium er underdiagnostisert, og det kommer frem av forskning som er gjort at den kan være vanskelig å få ” øye ” på.

Videre forskning og muligheter for å øke kunnskapen om hvordan det kan arte seg, hva man bør se etter og få muligheten til å prøve ut tiltak i praksis kan være med på ytterligere fokus på raskere behandling og forebygge delirium. Det vil igjen føre til at mange pasienter blir raskere frisk, kan raskere komme seg ut av sykehuset og forhindre dødsfall i ytterste konsekvens.

3.0 Teoretisk bakteppe for oppgaven.

3.1 Den gamle pasienten

Den gamle pasienten er et menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet. De unge eldre er i aldersgruppen 60-75 år , og er som regel friske og klarer seg selv. De har ikke behov for geriatrisk sykepleie eller geriatriske legetjenester. Mennesker over 75 år betegnes ofte som gamle, og mange har aldersforandringer som er av betydning for sykdom , diagnostikk, behandling , forløp og prognose. Det er allikevel slik at to pasienter som er like gamle kan være svært ulike når det kommer til hvordan sykdommer viser seg, når det gjelder funksjonsnivå, evne til autonomi og prognose. Derfor er det spesielt viktig å ta hensyn til individuelle forskjeller hos gamle pasienter (Ranhoff, 2008b) Oppsummert kan man si at den gamle pasienten møter mer sykdom med mindre ressurser. Dette innebærer ikke nødvendigvis at pasienter som er gamle også er geriatriske pasienter.

Den geriatriske pasienten defineres ut i fra aldring og helsetilstand, kombinasjon av høy alder, flere sykdommer samtidig, funksjonstap og sosiale problemer (Wyller, 2011). Kjennetegn og symptomkomplekser er polyfarmasi, nedsatt syn/hørsel, delirtilstander, inkontinens, vekttap, depresjon, fallelisoder, forflytningsvansker, demenssykdom og sengeleie. Den geriatriske pasienten har langtkommet aldersforandringer som innebærer redusert reservekapasitet og svekkede homeostatiske mekanismer. I dette studiet benyttes begrepet den gamle pasienten, og er knyttet til tilstanden delirium hos pasienter med høy alder, uten å skille mellom den geriatriske pasienten og den gamle pasienten (Ranhoff, 2008b; Wyller, 2011).

3.2 Hva er delirium

Delirium er en forstyrrelse av hjernens funksjon og kan kalles akutt hjernesvikt. Sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon er sentrale symptomer, og kognitive funksjoner som innlæringsevne og kortidshukommelse reduseres. Pasienten kan vanligvis ikke gjøre rede for seg og er desorientert for tid ,sted og situasjon. Feiltolkning av sanseintrykk, hallusinasjoner og paranoide forestillinger er vanlig og kan medføre utagerende adferd. Søvnforstyrrelser sees hos de fleste pasientene. Symptomene kommer som regel brått og har et svingende forløp. Gjennom døgnet og over dager kan symptomene komme og gå, avhengig av endringer i pasienten sin medisinske tilstand og stressbelastning

I prinsippet kan vi alle rammes av delirium bare påvirkningen er kraftig nok, men forekomsten er sterkt økende med alder og pasienten sin øvrige helsetilstand.

Variasjon gjør at det kan være hyperaktivt eller hypoaktivt eller en blanding av begge deler (Ranhoff, 2008a; Wyller, 2011).

Det hyperaktive delirium er meget synlig med agerende atferd, urolig pasient som tydelig tilkjenner sin situasjon, og hvor det er viktig med riktige tiltak for å skjerme og hjelpe pasienten. Hyperaktivt delirium kan gå over i en utmattet tilstand, noe som er uheldig dersom det oppstår i forbindelse med akutt sykdom som hjerteinfarkt eller hjerneslag (Ranhoff, 2008a).

Hypoaktivt delirium er mer vanlig, men blir ofte ikke erkjent. Pasienten ligger pent i senga, de krever ingenting og skaper ikke bryderi i avdelingen. Det dominerende symptomet på hypoaktivt delir er nedsatt oppmerksomhet, de kan sovne midt i en setning. Mange har også nedsatt psykomotorisk aktivitet og en generell stivhet i kroppen. Ved testing kan det påvises nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet, og pasienten er ikke orientert for tid, sted og situasjon (Ranhoff, 2008a)

Hypoaktivt delirium har minst like alvorlig prognose med hensyn til dødelighet og senere funksjonsevne. Wyller 2011 sier at det vanligste er at delirium veksler mellom hyper og hypoaktivt gjennom døgnet. Svært ofte med søvnforstyrrelser som at pasienten sover på dagen og våken på natten (Wyller, 2011)

Den store variasjon og det faktum at mange av de gamle pasientene har flere sykdommer gjør kan gjøre dette utfordrende å identifisere et delirium. Det blir ofte forvekslet med demenssykdom, og noen tenker at pasienten er deprimert. Delirium er ikke en enkeltstående sykdom, men et symptomkompleks med underliggende årsaker. Det at pasienten har en forstyrret bevissthet og kognisjon er viktig bakgrunnskunnskap når vi skal hjelpe pasienten og kommunisere med pasienten. Det medfører at vi ikke kan forvente det samme av denne pasienten som av andre pasienter som ikke er rammet av akutt forvirring eller har annen kognitiv svikt. Det krever kommunikasjonsferdigheter utover det som er nødvendig i en vanlig dagligdags samtale (Ranhoff, 2008b; Wyller, 2011).

Noen vanlige årsaker som kan utløse delirium er: infeksjoner som lungebetennelser eller urinveisinfeksjoner, hjerteinfarkt, brudd og fall, bruk av medisiner, hjerneslag.

Tabell med oversikt over demenssykdom, depresjon, delirium og akutt psykose som også kan være en differensialdiagnose.

	Delirium	Demens	Depresjon	Akutt psykose
Debut	Brå	Langsom	Langsom	Brå
Forløp	Raskt/svingende	Stabilt	Stabilt	stabil
Varighet	Timer/uker	Måneder/år	Uker/måneder	Uker/måneder
Døgnrytme	Forstyrret	Oftest normal	Oftest normal	Oftest normal
Bevissthet	Nedsatt	Klar	Klar	klar
Hukommelse	Nedsatt	Nedsatt	Iblant nedsatt	normal
Tenking	Desorganisert	Nedsatt	Normal	Desorganisert
Persepsjon	Forvrent	Normal	Normal	Forvrent

(Engedal, Haugen, & Brækhus, 2009)

3.3 Behandling av delirium

Utredning ved mistanke om delirium skal bekrefte eller avkrefte at delirium er til stede.

Den skal påvise utløsende årsak og kartlegge bakenforliggende forhold.

Anbefalingen er å bruke et diagnostisk verktøy som CAM, og hvis mulig få snakket med noen som kjenner pasienten godt slik som pårørende. De vil kunne være med å påpeke kognitive endringer hos pasienten (Wyller, 2011)

Videre anbefalte tiltak er som følger:

A) Tidlig mobilisering og skal startes fra første dag etter innkomst, opp av seng, sitte på sengekant alt etter hva som er mulig for pasienten. Tilstrekkelig smertelindring er ofte en forutsetning.

B) Enkel og gjentatt informasjon. Forløpet svinger ofte og enkle informasjonstiltak lykkes ofte selv om pasienten ikke oppfattet informasjonen første gang.

C) Berolige pasienten. Pasienter med delirium er ofte redde. Dersom man lykkes med å dempe angsten og skape forutsigbarhet vil angst og stressnivået kunne avta, og pasienten klarer opp raskere.

D) Pårørende kan oppmuntres til å være tilstede. For pasienten med delirium kan det være til stor hjelp å se noen kjente ansikter rundt seg.

E) Stor og synlig klokke og gjerne kalender. Like viktig er indirekte signaler om døgnrytmen, for eksempel at det er lyst på dagen og mørkt på natten. Sørge for at briller og eventuelt høreapparat er intakt og i bruk.

F) Ernæring. Delirium er assosiert med redusert sult og tørstefølelse. Underernærte pasienter har økt risiko for delirium. Pasienten må aktivt tilbys mat og drikke.

G) Skjerming og aktivisering. Både overstimulering og understimulering er uheldig. Pasienten må skjermes og få ro på nattetid, mens på dagtid stimuleres til mental og fysisk aktivitet. Overstimulering må unngås også når det er dagtid. Pasienten må så langt det er mulig skjermes for støy og distraherende stimuli. Fast personale som følger pasienten hele tiden har ofte god effekt og minimerer behovet for legemidler (Wyller, 2011 s.299)

Tidlig oppstart med mobilisering og rehabilitering er sannsynligvis det aller viktigste enkelttiltaket. Rutinene for dette må foreligge i alle akuttavdelinger som behandler akutt syke gamle med risiko for å utvikle delirium (Wyller, 2011)

Her har sykepleierne et spesielt ansvar for å følge opp og med gode sykepleietiltak.

3.4 Kommunikasjon med mentalt svekket pasient

Når man skal snakke med pasienter som har en svekket mental kapasitet er det viktig å snakke tydelig, være artikulert og ikke for fort. Setningene bør ikke være for lange og en bør holde seg til en ting av gangen. Vi kan bidra til overstimulering eller understimulering hvis man ikke doserer kommunikasjonen riktig. Direkte øyekontakt kan være viktig, og være klar over at sansesvekkelse hos pasienten kan gjøre kommunikasjonen utfordrende. Dersom både syn og hørsel er svekket har pasienten et dobbelt handikap. Berøring og annen sansestimulering kan da ha ekstra betydning (Wogn-Henriksen, 2008).

Wogn_Henriksen 2008 sier at det er fire ”sjangere” som forekommer hyppig i hverdagen når man snakker med personer som har demenssykdom. Det er informasjon til pasienten i passende mengde, og som gjerne må bli gjentatt. Videre er det småpratene om hverdagslige

ting som vær og vind. Ett viktig kjennetegn ved småpraten er at den er trygg, ufarlig og inkluderende. Språket er en måte å være sammen på, og her kreves ikke spesielle forkunnskaper. For mange kan småpraten være en trygg arena og et ”lim” som sikrer tilhørighet og delaktighet i det menneskelige fellesskapet (Wogn-Henriksen, 2008). Stimuleringssamtalen er en tilnærming der man ønsker å skape engasjement og utfoldelse. Den innebærer ofte et fokusskifte fra defekter og svikt til ressurser og muligheter. Så er det støtte og refleksjonssamtalen som er en mer personlig form for kommunikasjon med en klarere terapeutisk hensikt. Å snakke sammen kan dreie seg om å skape ny mening og ny forståelse for sin situasjon. I min studie var det funn som sa at noen av sykepleierne var kjent med tilnærminger som gikk på småprat, gjentatt informasjon og også andre kommunikasjonsmåter som avledning, skifte tema hvis det var mulig når de snakket med pasienter med delirium (Wogn-Henriksen, 2008)

Tid, tydelighet og tilrettelegging er tre nøkkelord sier Wogn-Henriksen 2008 og summerer opp følgende råd når vi skal ha en dialog med pasienter som har vansker med inngående kommunikasjon:

- Ta bort distraksjoner
- Nærme seg personen rolig og etablere blikkontakt
- Bruk korte enkle setninger
- Gi pasienten tid til å svare
- Bruk ja/ nei spørsmål dersom åpne spørsmål ikke gir respons
- Gjenta budskapet, gjenta budskapet med andre ord hvis nødvendig
- Oppmuntre pasienten til å snakke rundt manglende ord, eller beskrive det
- Bruk språket bevisst ved å nevne hva du gjør
- Suppler med ikke- språklig kommunikasjon, gester, kroppsspråk
- Bruk bilder, kommunikasjonsbok og andre visuelle stimuli
- Unngå å avbryte pasienten
- Lag en god og trygg situasjon, eventuelt ved hjelp av kroppskontakt
- Forenkle uten å gjøre det banalt (Wogn-Henriksen, 2008 s.99)

3.5 Omsorgsteori

Mitt teoretiske utgangspunkt er Martinsen sin omsorgsteori. Hun viser til tre dimensjoner med omsorgsbegrepet som er viktig. Det er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep (Martinsen, 2005). Hun sier videre at den moralske siden ved omsorg er overordnet. Jeg vil her beskrive en kort versjon av hennes sin omsorgsteori og begreper som jeg vil drøfte opp mot mine funn i kapittel 6.

3.5.1 Omsorg og moral

Moralen viser seg i den måten vi arbeider på i praksis, hvordan vi møter andre personer og forholder oss til våre omgivelser på. Menneskets grunnleggende verdiforutsetninger er at vi er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre. I det at vi er henvist til hverandre er tillit fundamentalt og bærende.

Martinsen viser til Løgstrup som sier det slik:

At menneskers liv er forviklet med hverandre, der af udspringer fordringen om å ta vare på hverandre. (Løgstrup 1995, s.196)

Omsorg er en sosial relasjon, det vil si det har med fellesskap og solidaritet med den andre å gjøre. Den har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler noen felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon på. Videre skal omsorgen være ekte må jeg forholde meg til den andre ut i fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra pasienten sin situasjon. I dette ligger en gjensidighet som er utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen, 2003) Et viktig poeng er at omsorg alltid forutsetter andre, man kan ikke forstå seg selv eller realisere seg selv uavhengig av andre. Omsorg vil altså si at å måtte ta hensyn til andre, for sin egen skyld. Det å ta hensyn til andre har med en felles eksistens å gjøre, og spørsmålet blir hvordan man kan være med eller sørge for andre. For å kunne forstå hverandre må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap som felles normer, regler, behov eller virksomhet (Martinsen, 2003) I min studie vil det være det de handlingene og tiltakene sykepleierne utfører i samarbeid med pasienter som har delirium.

3.5.2 Reasjonelle dimensjon

Det relasjonelle ved at sykepleieren som den som gir omsorg inngår i relasjonen til den som mottar omsorg. Tillit og respekt er viktige momenter her, at sykepleieren blir verdig pasienten sin tillit, slik at pasienten kan våge seg frem med sin plager. Sykepleier og pasient er sammen om noe felles, og sykepleieren forstår den situasjonen pasienten er i, og kan hjelpe pasienten fordi hun har kunnskap og ferdigheter som hun bruker i situasjonen. Samtidig er pasienten sin opplevelse viktig, at den føler seg ivaretatt og opplever seg trygg. Fellesskapet er at pasienten med sin sykdom har sine erfaringer, og sykepleieren forstår og handler ut i fra de erfaringene den har med sykdommen. Sykepleieren bruker sine ferdigheter og er fortrolig med situasjonen pasienten er i og kan noe om hva pasienten sine behov er nå (Martinsen, 2012).

3.5.3 Praksis og handling

Praktisk vil si at den som gir omsorg gir hjelp betingelsesløst, uten noen forventninger om å få noe tilbake, og uavhengig av hva resultatet blir. Martinsen viser til lignelsen om den barmhjertige samaritan som gikk bort til den skadde jøden, tok han med seg til et herberge og ga han pleie videre. Samaritanen deltar i den andre sin lidelse gjennom og gi praktisk hjelp, han stiller seg ikke på utsiden og ser på, men går inn og hjelper ut fra den situasjonen den hjelpetrengende befinner seg og ut i fra hvilken hjelp han har behov for. Dette er altruisme hvor sykepleieren yter omsorg og hjelp uten noen forventninger om å få noe tilbake, hjelpen er betingelsesløs (Martinsen, 2012). Samaritanen går inn og hjelper og kan ikke forvente å få noen gjenytelse, uavhengig av hva resultatet av hjelpen blir. Martinsen mener at dette et typisk trekk ved omsorgen og kaller det generalisert gjensidighet, eller altruisme (Martinsen, 2003) Hun sier videre at omsorg er noe vi er og gjør, og det vi er og gjør ikke kan skilles fra hverandre. Sykepleieren er til stede og handler i kraft av å være profesjonell sykepleier. Omsorgen vi utøver som sykepleiere kan derfor beskrives som profesjonell omsorg. I den profesjonelle omsorgen og i all annen omsorg ligger den universelle etiske appellen om å ivareta den andre. I følge Austgard skal ikke nestekjærlighet begrunnes, men sykepleierne skal begrunne sine handlinger (Austgard, 2010).

3.5.4 Kunnskap og skjønn

Innenfor helsevesenet er omsorg ofte blitt forbundet med paternalisme som kan forklares som en form for ekspertise og bedrevitenhet fra yrkesutøveren sin side (Martinsen, 2005). For å bygge opp et forhold grunnet i tillit i yrkessammenheng, her et sykepleier- pasient sammenheng, synes to forutsetninger være tilstede: At det i relasjonen er en autoritetsstruktur. Sykepleieren har en kunnskap som er nødvendig i situasjonen og som pasienten ikke har. Den andre forutsetningen er en svak paternalisme som må overordnes prinsippet om pasientens autonomi. Sykepleierens oppgave og ønske er å gå inn i relasjoner for å gagne den enkelte pasient mest mulig, herunder hindre at han skader seg. Det vil si at dersom det gagnar pasienten, er det riktig at han tas med i beslutningsprosessen om sin egen pleie. Det er imidlertid sykepleierens faglige skjønn som avgjør om hvordan hun skal handle slik at det blir best mulig for pasienten. Det blir en forutsetning at sykepleieren setter seg inn i pasienten sin situasjon, forsøker å fortolke den andres realitet, å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre mest mulig ut fra hvordan han selv ville handlet i den situasjonen hvis han kunne (Martinsen, 2005). I denne studien vil skjønn, kunnskap og en form for paternalisme være nødvendig i mange tilfeller der sykepleier møter pasient som ikke er i stand til å ivareta seg selv. Når sykepleierne står i en konkret situasjon og må bruke skjønn er det som å være i en vippeposisjon. Sykepleieren må mestre en balansegang gjennom det en sanser og det en faglig forstår. Martinsen kaller det tydningsarbeid som er en aktiv og stillferdig prosess som foregår samtidig. I tydningen er sykepleieren spesielt lydhør for det som pasienten uttrykker og den situasjonen de er sammen i, og samtidig som sykepleieren ”leter” etter kunnskap gjennom nysgjerrighet og undring. Sykepleieren tar i bruk sine erfaringer, sin fortrolighetskunnskap og ferdigheter for å vurdere hvordan en kan handle i denne konkrete situasjonen. Situasjonen er gjerne kompleks og det kan være flere valgmuligheter for handling, og vurderingen blir hva er det beste for pasienten i denne situasjonen (Martinsen, 2012).

3.5.5 Travelhet, tid og rom

Martinsen skriver at i helsevesenet i dag knyttes kvalitet i arbeidet til hastighet, effektivitet og minst mulig bruk av målbar tid i forhold til hvert enkelt gjøremål. Klokketiden styrer hverdagen i en hektisk gjøremålstravelhet (Martinsen, 2012 s.125).

Når overveielser og skjønnsmessige vurderinger blir borte i travelhet, da blir makten løst fra sin oppgave om å gjøre det beste for pasienten. Sykepleierens makt kan bli vond og undertrykkende for pasienten. Målet med gjøremålstravelheten er å få pasienten inn i den lineære tidsmaskin og helst så raskt som mulig. Da er sykepleieren i høyere grad underlagt sykehusets sosiale makt, enn den makt hun får fra oppgaver som pasienten utfordrer henne med (Martinsen, 2012)

Pleien krever en overskridelse av lineær og instrumentell tidsbruk. Pleien er flerkonstektuell, en må forholde seg til flere tidserfaringer og flere oppgaver samtidig. Martinsen sier videre at tiden er både romlig og rommelig. Som romlig er den stedlig, kroppslig og sansende til stede i begivenhetene. Som rommelig er den preget av åpenhet i det fiktive rom av undring (Martinsen, 2012). Klokketiden styrer vår hverdag og gjøremål, og pleiens tid er en oppstand mot den, samtidig som pleien foregår i klokketiden. Men pleiens tid er også en oppstand for å kunne være til stede i situasjonen på tross av klokketiden (Martinsen, 2012) Dette er når sykepleieren i min studie prøver å fornemme den tiden pasienten befinner seg når de skal hjelpe en pasient som har delirium. Når pasient og sykepleier møtes i pleiens tid, er de ikke tilstede i den samme opplevelsen av tid og rom. Det er da viktig at sykepleieren kan i det nåværende øyeblikket og er sansende til stede i situasjonen. Sykepleieren vil da kunne bli oppmerksom på hvordan pasientens oppstand mot tiden former seg, og bidra til å skape tydningsrom for han og dem begge i felleskap (Martinsen, 2012)

En kritiker til Martinsen sin teori er Hem 2008 som diskuterer altruisme opp mot moden omsorgsforståelse. Hun argumenterer for at det altruistiske omsorgsidealet kan være krevende for både pasient og sykepleier. Videre at et slik omsorgsideal kan bidra til idyllisering og kamuflering av maktutøvelse, og virke immuniserende mot kritikk. Hun spør i sin avhandling om det ikke er behov for å vurdere det altruistiske omsorgsidealet i sykepleie. Hun viser til moden omsorg hvor det ligger innebygget en tekning om betydningen av å balansere mellom egne og andres interesser og behov. Ved at omsorgsgiverens interesser også vies oppmerksomhet, kan ideen om moden omsorg bidra til å øke rommet for kritisk refleksjon i den hensikt å videreutvikle omsorgsforståelsen i faget (Hem, 2008).

4.0 Metode

Det er problemstillingen i oppgaven som bestemmer hvilken metode som er relevant for å få frem relevante data og meningsinnhold.

I denne studien som handler om sykepleiere sine erfaringer og opplevelser i møte med den gamle pasienten som har delirium, har det vært hensiktsmessig med kvalitativ metode.

I følge Malterud 2011 er denne metoden godt egnet til å få frem mangfold og nyanser, og det er mangfoldet og nyansene jeg ønsker å få frem i denne studien. Metoden egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2011). Denne metoden kan belyse spørsmål som ”hva er, hva betyr, eller hvordan foregår ”?

Malterud 2011 sier også at man kan bruke metoden til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiv og holdninger.

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. De omfatter et bredt spekter av systematisk innsamling ,organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnhold i sosiale og kulturelle fenomener, slik de selv opplever det i sin naturlige sammenheng (Malterud,2011).

Målet med metoden i denne studien er å få frem studiedeltakernes erfaringer og opplevelser i sin praktiske hverdag i forhold til tema som er delirium. De data som kommer frem vil være basert på deres forforståelse av tema, kunnskap og tidligere erfaringer (Gadamer & Jordheim, 2003).

4.1 Tilnærming og perspektiv

Dersom man vil vite hvordan mennesker opplever verden og livet sitt , hvorfor ikke spørre dem (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008).

I denne studien har jeg valgt en tilnærming i den hermeneutiske tradisjon, og med intensjon om å representere studiedeltakerne stemme så lojalt som mulig. Ved denne tilnærmingen vil forforståelsen være et utgangspunkt. Når erfaringer og refleksjoner skal

deles og diskuteres med sykepleierne i min studie, og dataene som kommer frem skal analyseres og fortolkes, for så å komme frem til en ny forforståelse.

Gadamer sier at hermeneutikk er en sirkelbevegelse hvor bevegelsen går fra helhet til deler og tilbake til helhet igjen (Gadamer & Jordheim, 2003).

Den kvalitative forskningsprosessen kjennetegnes av en fleksibel prosess der det kan arbeides med parallelt med ulike deler av prosessen. Det betyr at både problemstilling , data samling , analyse og tolkning kan ha en gjensidig påvirkning på hverandre i prosessforløpet. Kvalitativ forskning har dermed det en kan kalle en sirkulær form (Kvale & Brinkmann, 2009).

Denne metoden egnet seg i min studie da jeg ønsket å få frem sykepleiernes beskrivelse av sitt daglige arbeid i møte med den gamle pasienten med delirium, og de erfaringer og utfordringer det gir i praksisfeltet på en medisinsk avdeling på sykehus. Jeg ønsket å få vite hvordan sykepleierne arbeidet i praksisfeltet, hva de i praksis utførte av tiltak og handlinger samt hvilke erfaringer de hadde med disse i sin praktiske hverdag.

Martinsen sier at fenomenologisk tilnærming åpner for forskning hvor den daglige opplevde erfaringen, sansingen og dagligspråket står i sentrum. Hun mener at fenomenologien åpner for det hun kaller kjærlig forskning (Martinsen & Fink, 2010) Ved at sykepleiernes opplevelser vektlegges og deres erfaringer i møte med pasienter settes ord på, kan forskeren bidra til at kunnskap basert på sykepleiernes erfaringer blir synliggjort (Martinsen & Fink, 2010).

Ett intervju er en samtale som har en viss struktur og hensikt. Forskningsintervjuet er en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse. I intervjuet skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom (inter) intervjuerens og den intervjuedes synspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009 s.137) I denne studien har jeg intervjuet sykepleiere med erfaringer fra sitt arbeid på lokalsykehus, og med så lang erfaring at de har vært i situasjoner der de har møtt den gamle pasienten i delir. Temaet for intervjuet gis av intervjueren som følger opp intervjupersonens svar på spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien har jeg brukt det semistrukturerte intervju.

Min studie hadde en hermeneuistk tilnærming gjennom tolkning av intervjuteksten.

Thaagard sier at hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger ved

å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som fremstår som innlysende. Denne fremstillingen vektlegger at det egentlig ikke finnes noe egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes ulikt, og kan bare forstås i lys av kontekst. Her er det viktig å tenke på sin egen forforståelse, og at studiedeltagerne har sin forforståelse med seg inn i studien (Thagaard, 2009)

Kvalitativ forskningsmetode innebærer alternative oppfatninger om sosial kunnskap, om mening og virkelighet, og den økende populariteten skyldes en kvalitativ holdning i sykepleievitenskap (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge denne holdningen må prosesser og fenomener i verden beskrives før det kan utvikles teorier om den og forstås før de kan forklares.

Videre sees som konkrete kvaliteter før de behandles som abstrakte kvantiteter (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.2 Forforståelse og å forske i eget felt

Min forforståelse var preget av at fagfeltet jeg skulle inn i var kjent for meg, at jeg har lang erfaring som sykepleier i arbeid med den gamle pasienten. Jeg har også videreutdannet meg innen sykepleie spesielt rettet mot den gamle pasienten, og ønsket å få vite mer om hva andre sykepleiere opplevde i sin praktiske hverdag i arbeid med den gamle pasienten som er i delir.

Malterud 2011 sier at forforståelse er den ryggsekken jeg bærer med meg inn i prosjektet før prosjektet starter. Innholdet i sekken bestemmer hvordan vi samler data, hva vi blant annet vektlegger (Malterud, 2011).

Forståelsen kan både være et hinder fordi alt handler om det vi har med oss i bagasjen og ikke det vi ser langs veien. Bagasjen består av erfaringer og hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen vi har ved prosjektets innledning. I min studie har jeg valgt å gå inn i mitt eget felt og interesseområde. En begrensning jeg møtte er at det kan være vanskelig å møte forskningsdataene med fordomsfrie og åpne øyne. Fordi at jeg har bred innsikt i feltet kunne jeg følge intervjupersonene på en annen måte enn en person som ikke er i fagfeltet. Et sentralt spørsmål blir da om det er mulig å innta en utenfra posisjon når man er i en innenfor posisjon (Paulgaard 1997). Det at jeg forsket i eget felt satte krav til meg om å være bevisst min forforståelse gjennom litteratur, diskusjon og analyse for å

være åpen i min undersøkelse. Samtidig var det en fordel å kjenne feltet, da det gir større muligheter for å få frem data som en utenforstående ikke kunne se og stille spørsmål fra et ”innsideperspektiv”. Det med bakgrunn i at jeg kjente fagspråket gruppen bruker og praksisfeltet deres.

Et hinder kunne være at jeg kan oppfatte problemstillingen som innforstått, og ikke gå videre med spørsmål under intervjuet for å få en mer utfyllende forklaring.

Studiedeltakerne kunne også oppfatte det samme og la være å fortelle om saker som de regner med at jeg er innforstått med.

4.3 Intervju

Et semistrukturert intervju brukes når temaer fra intervjupersonens dagligliv skal forstås ut fra hans ståsted (Kvale & Brinkmann, 2009) Det ligger nært opp til en samtale fra dagliglivet, men har som profesjonelt intervju ett formål. Semistrukturert vil si at det ikke er åpent eller lukket, men utføres i tråd med en intervjuguide som tar opp de tema intervjuer ønsker å vite noe om.

Intervjuguiden inneholder som regel noen spørsmål som leder inn på tema som er aktuelle å spørre om. Intervjuet blir som regel transkribert og den skrevne teksten og lydopptakene utgjør materialet som blir tolket og analysert (Kvale & Brinkmann, 2009).

I min studie var spørsmålene rettet mot sykepleierne sine erfaringer fra møter med den gamle pasienten i delir, Temaene i intervjuguiden var kunnskap om delirium, hvilken erfaringer de hadde fra praksisfeltet, hva gjorde de av tiltak og hvordan fikk de gjennomført tiltakene. Det ble også stilt spørsmål om rammene rundt arbeidssituasjonen, hvem samarbeidet de med blant annet.

Intervjuet i denne studien var en planlagt og fleksibel samtale som hadde som formål å innhente studiedeltagerne sin livsverden med henblikk på å tolke, forstå og analysere de fenomener som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2009)

Samtalen har engangskaraktter, den er tidsbegrenset og øyeblikkbestemt. Når samtalen er blitt skrevet ut til tekst, kommer vi ut av det felles rommet hvor samtalen foregikk, og det videre arbeidet med materialet blir bestemt ut fra den skrevne tekst. Samtidig er det forskeren som tidligere var i en dialog med studiedeltageren, nå har en dialog med det teksten og skal tolke og forstå denne (Fog, 2004). Samtalen i et kvalitativt

forskningsintervju er på den ene siden en måte å skaffe seg empiri, på den andre siden når samtalen er avsluttet og skrevet ut er det ”selve empirien ” Det er da en ”stivnet” utgave av

en levende prosess hvor to personer sendte en mengde budskap til hverandre gjennom ord og kroppspråk. Så lenge man er i selve intervjusituasjon kan man påvirke den, intervjuer sin oppfattelse og forståelse og de svar han får bestemmes delvis av studiedeltageren gjennom ord, bekreftelse og kroppspråk. Man er utlevert til hverandre og det felles ” tredje ” som man snakker om (Fog, 2004 s.110).

En svakhet ved denne metoden er at intervjuer ikke har oppfattet det studiedeltager sier riktig, og dermed tillegger det en annen betydning enn studiedeltager mener å si. Her er det viktig at jeg som intervjuer er oppmerksom på min egen forforståelse og ståsted, og at jeg gjennom spørsmål forsikrer meg om at jeg har oppfattet det personen forteller meg riktig. Det har jeg gjort ved å stille spørsmål som gikk slik: ” har jeg oppfattet det riktig slik at du her mener at ” ? Altså ved å gjenta det jeg mente at studiedeltakeren fortalte meg når jeg var i tvil om hva jeg oppfattet han sa.

Videre er det en mulighet for at forskeren ikke er åpen nok for de data han får, at forskeren tillegger data innhold som han selv har en mening om.

4.3.1 Rekruttering av studiedeltakere

I min studie hadde jeg et ønske om å intervju sykepleiere med minst to års praksis fra sykehus, dette med bakgrunn at de skulle ha opparbeidet seg praksis og ha erfaring fra møter med den gamle pasienten i delir. Jeg kontaktet ledelsen på to lokalsykehus ved kirurgisk avdeling, og fikk ledelsen til å dele ut forespørsel om å delta i dette forskningsprosjektet. Ved en anledning var jeg også til stede og informerte om studien. Det var ikke så lett å komme i posisjon for å si noe om hva jeg hadde ønske om, da det i en travel hverdag på sykehus er mange møter som nok ble viktigere dette. Etter en tid og jeg ikke hadde fått noen sykepleiere til å melde seg fra kirurgisk avdeling, gikk jeg også til medisinsk avdeling med min forespørsel og her fikk jeg kontakt med fire sykepleiere som var interessert etter kort tid.

Det var avdelingslederen ved avdelingen som sørget for at min forespørsel ble gitt ut til sykepleierne. Jeg fikk muntlig tilbakemelding fra noen av studiedeltakerne først da de ønsket flere opplysninger om hva det hele gikk ut på. Etter det fikk jeg samtykkeskjema tilsendt fra sykepleierne som ønsket å delta.

Utvalgskriteriene for intervjupersonene ble også endret underveis, dette med bakgrunn i at det var problematisk å få tak i intervjupersoner slik det var tenkt i utgangspunktet. Med

bakgrunn i min problemstilling hvor hovedfokus er sykepleie i møte med den gamle pasienten i delir, kunne det la seg gjøre å gjennomføre intervjuene med sykepleiere på medisinsk avdeling.

Endringene i kriteriene førte til at spørsmålene ikke kunne rettes mot erfaringer fra kirurgisk virksomhet, men gikk på erfaringer fra medisinsk avdeling, selv om en av studiedeltagerene arbeidet ved en kirurgisk avdeling. Dette medførte at data i studien er mer rettet mot det å møte den gamle pasienten i delir, og ikke spisset mot virksomheten i en kirurgisk avdeling.

4.3.2 Utvalg

I min studie har jeg intervjuet fem sykepleiere som alle arbeidet på lokalsykehus, men fra to forskjellige avdelinger. Sykepleierne hadde arbeidet på sykehuset i fra to til åtte år. Alderen på sykepleierne var mellom 30 og 55 år. Her fikk jeg med deltakere som alle hadde erfaring fra praksisfeltet, noen på to år og andre med åtte års erfaring. Samtidig var deltageren spredt i alder fra 30 til 55 år. Noen hadde erfaring fra andre yrker før de ble sykepleiere. Ingen av deltakerne hadde videreutdanning etter sykepleien, men hadde tatt diverse kurs innen sykepleiefaget. Bare en av deltakerne hadde tatt kompetansekurs spesielt rettet mot den gamle pasienten. Alle deltakerne hadde opp mot hundre prosent stilling. Disse studiedeltakerne var relevante for denne studien fordi de hadde praksis på minst to år. Det vil igjen si at de hadde erfaring fra praksisfeltet, og hadde vært i situasjoner hvor de hadde møtt den gamle pasienten med delirium.

Under presentasjon av mine funn brukte jeg bokstavkoder på sykepleierne, slik at det ble sykepleier A,B,C,D og E. Dette fordi at det er viktig at sykepleierne i studien er anonym, og ikke kan gjenkjennes på noen måte.

4.3.3 Gjennomføring av intervju

Data i min studie er resultat av intervju med studiedeltakerne. Etter at intervjupersonene hadde kontaktet meg og sagt ja til å være med i studien, ble vi enig om hvor intervjuene skulle gjennomføres. Alle intervjupersonene ønsket at vi tok intervjuene i forbindelse med at de var på jobb den dagen, og at det var fint om vi kunne avtale på slutten av en arbeidsdag. Det var da mest hensiktsmessig å ta intervjuene på sykehuset på mitt kontor. Dette syntes mine studiedeltagere var en god løsning.

Jeg sørget for at vi fikk sitte uforstyrret under intervjuene og at det var drikke og noe å spise.

Det var viktig å tilrettelegge slik at studiedeltakerne følte seg vel og komfortabel med situasjonen, fordi ingen av dem hadde vært med på intervju tidligere. Før jeg begynte med intervjuene gikk jeg igjennom samtykke de hadde gitt meg, og fortalte om hensikten med studien. Jeg forsikret meg om at vi hadde den samme oppfatningen av hvordan opplysningene de kom til å gi meg ville bli ivaretatt og behandlet. Under intervjuene brukte jeg intervjuguiden med tema som jeg ønsket å få vite noe om. Jeg og startet med at vi gikk gjennom definisjon av delirium, de fortalte hva de definerte som delirium eller akutt forvirring som også var en vanlig beskrivelse av tilstanden. Videre tema var erfaringer fra møter med pasienter med delirium, hvordan de handlet i sin praksis og de utfordringene denne tilstanden kunne gi på avdelingen. Et annet tema var kunnskap om delir og identifisering av delirium.

Jeg avsluttet med å spørre studiedeltakerne om hvordan de syntes det var å bli intervjuet og om det var noe de ville tilføye som de ikke var blitt spurt om. Alle deltakerne var positive til intervjusituasjonen og syntes at det hadde gått bra.

4.4 Analyse

Alle sykepleierne hadde kunnskap om og hadde møtt den gamle pasienten i delir. De fortalte at de første møtene der de i sin praksis fikk se og oppleve hvordan det kunne være var læring i praksisfeltet. Som en av dem sa :

”Jeg var ny og hadde jo aldri sett noen som var i delir, men de andre sa at dette var et delir”

Dette understreket at man må i praksisfeltet får å få innsikt og forståelse med seg om denne tilstanden.

I kvalitativ forskning er oppfatningen av ”sannhet” det som ”betrakteren ” ser veiledende, og at omverden er kompleks, kontekstavhengig og subjektiv (Lundman & Graneheim, 2008). Ut fra livsverdensperspektiv innebærer helsevitenskapelig forskning at både andre mennesker som studeres og forskerne som studerer dem , er uatskillelig forbundet med sine livsverdener (Bengtsson 2006).

Hermeneutikk er en teori om forståelse og fortolkningslære. Det er gjennom språket vi får tak i den hermeneutiske erfaringen. Det handler om å gå i dialog med teksten, lytte til

teksten og stille spørsmål til teksten. Gadamer 2003 beskriver den hermeneutiske spiral hvor helheten må forstås ut av delene og delene ut fra helheten de inngår i (Gadamer 2003).

Intervjuene ble tatt opp med digital opptaker og skrevet ut som tekst, og jeg skrev ut intervjuene forløpende. Transkriberingen ble gjort ordrett og inkluderte pauser og latter. Teksten fra intervjuene ble lest gjennom flere ganger, og jeg gikk frem og tilbake i teksten for å få en oversikt over hva teksten fortalte meg. Samtidig noterte jeg ned de temaene som kom tydelig frem. I det videre arbeidet med teksten brukte jeg Graneheim og Lundman sin metode steg for steg gjennom teksten. Graneheim og Lundman sier at kvalitativ innholdsanalyse skal beskrive variasjoner gjennom å identifisere likheter og ulikheter. De sier videre at man bestemmer seg for hva analysen skal fokusere på, det teksten sier, det manifeste innholdet eller det latente, underliggende innholdet. I min analyse har jeg fokusert på det manifeste innholdet og holdt meg konkret til tolkningen av teksten. De underliggende og latente temaene ville jeg komme tilbake til i diskusjonsdelen.

Begrep i analyseprosessen var meningsenhet, kondenserte meningsenheter og koder, kategorier til tema. Ved bruk av disse begrepene i analysen fikk jeg en større forståelse for å kunne gjennomføre analyseprosessen, og komme videre i arbeidet med studien.

Jeg startet med å finne meningsenhetene og kondenserte dem for så å sette de i koder. Etter at jeg hadde satt de i koder ble disse samlet i forskjellige kategorier. Kategorier er flere koder som har et felles innhold, og kategoriene er utgangspunktene for de tema som ble resultat av analysen.

Jeg har tatt med ett eksempel her på hvordan jeg arbeidet med første del av analysen.

- a. Identifiserte meningsbærende enheter
- b. Kondensert
- c. Kodet
- d. Kategori
- e. Sortering/ tema

Meningsbærende Enhet	Kondensering	Kode	Kategori / underkategori	Tema
Jeg tenker at den typen delir som er aggressiv er lettest å respondere på, da forstår jeg med en gang at det er noe som skjer, særlig hvis pasienten har vært rolig tidligere	Reagerer med en gang pasienten endrer adferd	Endring hos pasienten	Kartlegging og kunnskap	Identifisering av delirium
Så er det jo travelt, det er en avdeling hvor det skjer mye som gjør at den ikke er egnet for pasienter i delirium	Ikke egnet plass for pasient, og dårlig tid til pasienten	Travelt og lite tid	Lite tid,	Valg og muligheter

Tabell 1 – eksempel fra analyseprosessens ulike steg

4.5 Studiens troverdighet

Empirien i denne studien er resultat av fem intervju med sykepleiere, og er et lite materiale.

Det vil si at det ikke kan generaliseres, men det vil kunne vise til funn som er overførbare til andre situasjoner og at andre sykepleiere vil kjenne seg igjen i problemstillingen.

Jeg mener at dennes studien setter fokus på noen viktige fenomener som kan fremme at sykepleiepraksisen og sykepleierne løfter frem situasjoner som kan forbedres for så igjen føre til bedre behandling og tiltak for den gamle pasienten, og for gi muligheter til å kunne gi bedre sykepleie. Fenomener som travelhet, tidsbruk og muligheter for tiltak er avgjørende.

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser (Malterud, 2011).

Kvale 2009 viser til studier i psykologien som har bidratt til at kunnskapens mangfold og konteksthengighet vektlegges, og dette betyr en bevegelse fra generalisering til

kontekstualisering (Kvale & Brinkmann, 2009). I dennes studien vil det si at sykepleierne sine erfaringer og opplevelser er beskrevet ut fra den situasjonen de befant seg i og fortalte til meg under intervjuene. Kvale sier videre at i en bred fortolkning av validitet, har dette med å gjøre om metoden undersøker det den er ment å undersøke. Det vil si i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene vi ønsker å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.6 Etikk

Denne studien forholder seg til Helseforskningsloven (Helse-og omsorgsdepartementet, 2007).

Etiske retningslinjer innen forskning er informert samtykke som skal sikre at de som deltar har forstått hva det er jeg vil undersøke, at de er med frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra studien. Konfidensialitet innebærer at data som kan identifisere deltakerne ikke avsløres. Her er det spørsmål om hvilke data skal være tilgjengelig for hvem (Kvale & Brinkmann, 2009). Data som intervjuene i min studie ble oppbevart innelåst og var bare tilgjengelig for meg, og dette blir slettet når studien er ferdig. Studien er godkjent ved Norsk samfunnsviteskapelig datatjeneste.

Konsekvenser for deltakerne og for hele gruppen de representerer skal vurderes. Det etiske prinsippet om velgjørenhet betyr at risiko for å skade andre blir minst mulig.

Videre er det viktig at jeg som forsker hele tiden under mitt studie har med meg de etiske overveielserne, og tenker over min rolle og ansvar for å ivareta deltaker og de data den gir meg. I min studie intervjuet jeg sykepleiere om deres erfaringer i møte med pasienter, det var da viktig at de situasjonene de fortalte om ble anonymisert slik at de på ingen måte kunne identifiseres og ramme tredje person, i dette tilfellet pasienten eller kollegaer som også var tilstede i situasjonen.

Noen etiske overveielser som man bør tenke på er hvem er det som vil ha nytte av de funn min studie viser. Kan denne kunnskapen bidra med noe til de som stiller opp som intervjupersoner. Deres bidrag kan jo være med å gi noe ny kunnskap til andre sykepleiere, og de erfaringene kan ha en viss overføringsverdi til noen andre.

4.7 Metodekritikk

I min studie har jeg hatt som mål å få frem studiedeltagerne sine erfaringer fra praksisfeltet i sitt arbeid som sykepleiere. Det er jeg som forsker som har ansvaret for det som har blitt vektlagt i analysen og presentert som funn. Jeg mener at jeg har fått frem viktige og troverdige funn om praksis og de utfordringene deltagerne fortalte om. På grunn av at det er få studiedeltagere kan ikke denne studien generaliseres, men det vil kunne være noen funn som kan gjenkjennes av andre sykepleiere. Flere funn i denne studien bekreftes også gjennom tidligere forskning på området.

Graneheim og Lundman skriver at det er verdifullt for troverdigheten om andre personer som er innenfor forskning og fagområdet ser på koder og kategorier. Andre i fagområdet vil da kunne se om tekstens innhold virker rimelig og troverdig. Jeg har delvis diskutert mine funn med veileder og i gruppearbeid sammen med medstudenter.

5.0 Presentasjon av funn

Mine forskningsspørsmål var :

Hvordan oppdager, identifiserer og behandler sykepleierne delirium hos den gamle pasienten?

Hvordan beskriver sykepleierne sin kliniske praksis i møtet med den gamle pasienten i delirium?

Hvilken kunnskap og erfaring ligger til grunn for sykepleiepraksis knyttet til denne tilstanden hos den gamle pasienten ?

De fleste innleggelser på sykehus ved medisinsk avdeling på lokalsykehus er eldre pasienter med funksjonssvikt, hjerte og lunge problematikk, slag og andre medisinske lidelser. Avdelingsleder på sykehuset hvor denne studien ble gjennomført sa at det er få planlagte innleggelser på denne avdelingen. Et funn er at virksomheten er preget av fokus på diagnosen for innleggelse og behandling av denne, slik at oppmerksomhet på muligheten for delir ikke primært er i fokus. Situasjonen er selvfølgelig annerledes dersom pasienten blir innlagt med delirium på avdelingen.

5.1 Sykepleiernes møter med pasienter med delirium

Sykepleierne fortalte om hvordan de første gang møtte en pasient med delirium, og på den måten ble kjent med tilstanden. Det var gjennom å være i praksisfeltet på jobb, og være med å se hvordan et delir kunne fremtre i avdelingen. Hva som ble gjort av tiltak og handlinger, og muligheten til å snakke med mer erfarne kollegaer som hadde sett dette tidligere. De kunne da observere at pasienten plutselig blir vandrende, urolig, sint, altså pasienten endrer adferd og er ikke seg selv. Når sykepleierne da prøver å snakke til pasienten og kanskje rettleder lar pasienten seg ikke påvirke av det. Det kan skje at pasienten opptrer på en måte som bare forsterker uroen eller blir bare mer sint for eksempel.

En sykepleier sier følgende om hva hun hadde erfart :

”Det kan starte med at de ser ting rundt seg, det er noe der i skapet på døren. Ting som ikke er normalt å plassere der. Man må ta dem på alvor, og ikke si at de skal roe seg ned for da blir det bare verre” (sykepleier D).

En annen fortalte om sitt første møte med en pasient i delir at pasienten var veldig urolig i lang tid, at det ble sagt til henne at dette var et delir. Denne pasienten skapte mye uro rundt seg, han var hofteoperert og ville ut av sengen og uttrykte seg høyt og tydelig at han ikke visste hvor han var, eller hvorfor han var kommet hit.

Hun hadde aldri møtt en pasient som var i delir, og forsto ikke hva det var hun så.

Denne pasienten som var så urolig, og hun koblet ikke denne adferden sammen med at pasienten var operert, og at dette kunne føre til delir.

Videre at dette var ganske vanlig etter en slik operasjon som denne pasienten hadde hatt.

Hun husker ikke hva som ble gjort med pasienten, men opplevelsen gjorde inn trykk på henne, hun klarte ikke å roe han, følte at hun ikke var til noe hjelp og syntes synd i pasienten. Hun sa følgende:

”Det var vondt å se på den uroen pasienten hadde, og jeg var ny som sykepleier. Men det ble sagt at dette var delir og det var ganske vanlig etter en slik operasjon som denne pasienten hadde hatt. Jeg husker ikke helt hva som ble gjort, men pasienten var urolig i lang tid. Denne situasjonen har allikevel vært til hjelp i andre situasjoner der jeg har møtt pasienter i delir. Jeg hadde aldri sett dette før”(sykepleier E).

Hun fortalte vider at denne opplevelsen lærte henne hvordan et delir kan se ut i praksis. På denne tiden var det en sykepleiestudent som var på avdelingen og han hadde skrevet en oppgave om delir. Sykepleieren hadde lest denne oppgaven og snakket med studenten om innholdet i den. Samtidig fikk sykepleieren veiledning fra kollegaer som hadde erfaring med delir og hadde vært i flere situasjoner som dette. I denne situasjonen fikk sykepleieren overført kunnskap i praksisfeltet fra andre kollegaer, og fikk samtidig brukt sine teoretiske kunnskaper, sett opp mot hvordan dette kan være i praksis. Hun fikk prøvd sine ferdighetskunnskaper, men var ikke fortrolig med denne situasjonen. Hun fikk opparbeidet

seg praksis i form av å være i en situasjon hun ikke følte seg fortrolig med, men som allikevel var en lærings-situasjon som hun hadde med seg i sin videre praksis på sykehuset. Erfaringen tok hun med seg i sin videre i sin praksis og det økte hennes fortrolighetskunnskap. Sykepleieren fikk se en situasjon hun ikke var forberedt på, hun fikk se hvordan kollega handlet i situasjon, fikk være med i en reel læringsssituasjon i praksisfeltet hvor hun fikk veiledning fra mer erfarne kollegaer om hvordan hun kunne gå frem for å kunne hjelpe pasienten.

Når det oppstår en situasjon hvor det blir brukt tvang er det en stor påkjenning for pasienten som ikke har noe innsikt i sin situasjon her og nå, og da blir medisinerert i form av å bli holdt fast og satt en sprøyte på oppleves som ett overgrep. Pleierne og legen griper da inn i pasienten sin selvbestemmelse og overprøver hva pasienten selv ønsker. Sykepleieren i denne stuasjonen kjente veldig godt på at hun utførte en handling som hun gjorde fordi legen hadde bestemt dette, og at dette var ikke i tråd med hennes intergritet som sykepleier. Hun fortalte at hun kjente på dette med verdighet for pasienten, og for seg selv som sykepleier.

En annen intervjupersonen fortalte:

” Jeg husker en pasient som fikk behandling med en stor dose Prednisolon og ble akutt forvirret, han ble veldig utagerende, han prøvde å knuse vinduet, slo etter personalet og den her pasienten var vi nødt til å skjerme på rommet, og han var til fare for seg selv og andre ” Den situasjonen lærte jeg mest av, hvor jeg virkelig måtte sette meg ned å tenke gjennom hva vi gjorde for å hjelpe og hvordan opplevde vi det ” (sykepleier D)

Denne pasienten ble til slutt overtalt til å ta medisin, og det var flere av personalet som måtte til for å få gitt han den. Sykepleieren fortalte om dilemmaet hun følte hun var i, hun var ny og hadde ikke sett pasienter i denne situasjonen før. Hun følte at dette ikke var riktig, at det ble brukt makt i situasjonen, at dette var et overgrep, selv om de andre som var med sa noe annet. Hun følte at hun var med på noe hun egentlig ikke ønsket, men samtidig hadde hun ingen erfaring med en slik situasjon. Selv om denne situasjonen ble sett på som nødverge for å beskytte pasienten og personalet, ble sykepleieren som ikke hadde sett eller vært i en slik situasjon satt ut av dette. Det ble en ekstra belastning for

henne og hun følte at hun var med på overgrep mot pasienten. I ettertid så hun hele situasjonen, og gjennom å snakke med kollegaer fikk hun større forståelse hvorfor det var nødvendig å gripe inn.

5.2 Sykdomsbilde og identifisering av delirium

Sykepleierne har en særlig viktig rolle når det gjelder å påvise delirium og melde det til legen. Legen setter da i gang tiltak for å kartlegge årsaken, dette innebærer en grundig klinisk undersøkelse, samt blodprøver, urinprøve, eventuelt røntgenundersøkelse.

Altså påvise sannsynlig utløsende årsak og behandle disse. Jeg har tidligere skrevet om optimal behandling kapittel 2, så derfor tar jeg ikke med om alle undersøkelsene her. Her vil jeg fokusere på de tiltakene sykepleierne gjør utenom det å ta prøver og gi medisin til pasienten.

Sykepleierne fortalte at det ofte var spørsmål om diagnose, og hva som plaget pasienten. Dersom pasienten hadde en kjent demenssykdom, var det å finne ut om disse endringene man nå kunne se var noe nytt, eller om denne adferden var vanlig for denne pasienten. Hvordan har pasienten vært tidligere i forløpet på sykehuset, og sykepleierne sa også at det ikke alltid var så enkelt å skille mellom delir og demenssykdom, dersom det var kjent at pasienten hadde demenssykdom.

Er dette noe nytt, hva har skjedd. Når pasienten tydelig viste gjennom adferd ved å begynne å plukke på ting, ikke visste hvor han var, eller hvorfor han var der. Han begynner å vandre rundt og uten noe tydelig mål og mening, eller uttrykker smerter for eksempel. Observasjoner av adferd som er endret fører ikke nødvendigvis til at det settes inn tiltak med en gang, sykepleierne fortalte at de brukte hele sitt sanseapparat, de ser pasienten, lytter og observerer hva pasienten gjør. En fortalte at vi ser det litt ann, men vi bruker blikket og videreformidler at vi synes at vi ser noen endringer, og undres på om pasienten er i ferd med å gå i delir, eller det mest brukte uttrykket som sykepleierne bruker er akutt forvirring. De fortalte at det kunne være pasienten ikke er orientert for tid og sted, han begynner å se ting på veggene som ikke er der, eller begynner å plukke på ting og inventar, og er urolig.

En intervjuperson uttrykker dette slik:

”ja det første vi egentlig gjør når vi oppdage at pasienten er tiltagende urolig, er at vi tar en urinprøve for å utelukke en urinveisinfeksjon. Dersom CRP og urinprøve ikke viser noe galt, så skjønner vi at det er noe annet ”

Ut i fra innleggelsesdiagnose og bakgrunnsopplysninger om hva som hadde hendt med pasienten gikk de videre med å undersøke mulige årsaker til endringen de så.

Det kunne være å måle blodsukker, måle oksygenopptak, får pasienten nok luft eller er det svikt i sirkulasjon. Mange av de gamle pasientene kan ha flere sykdommer fra tidligere som de nødvendigvis ikke er innlagt på sykehuset for nå. Det kan være hjertesvikt, tidligere slag, lungesykdom for eksempel. Videre om er det startet opp med ny medisin på sykehuset som kan ha en utløsende årsak til deliret.

5.3 Hypoaktivt delirium

Under intervjuet med sykepleierne var ett av spørsmålene om det hypoaktive deliret.

Ikke alle studiedeltagerne hadde hørt dette uttrykket, men da vi begynte å snakke om det kom det frem at det hypoaktive deliret ikke ble identifisert. Studiedeltagerne mente at de nok ofte tolket dette som depresjon eller demenssykdom. Det er et kjent fenomen at det er vanskelig å identifisere, og nok er underdiagnostisert. Jeg har skrevet om dette fenomenet under tidligere forskning og i teoridelen i min oppgave.

En av sykepleierne sa dette:

”Jeg har hørt uttrykket, og jeg har tenkt at det er kanskje det vi ser mest av, jeg tror vi opplever det uten å reflektere over det. Jeg er helt sikker på at vi har hatt det, og at det ofte kan bli forvekslet med at men tenker at pasienten er på tur inn i en depresjon. Tror man har lettere for å se det på den måten”(sykepleier A).

En annen sykepleier sa :

”Jeg kan ikke si at jeg har sett ett hypoaktivt delir, det er mer sånn at vi tenker at pasienten er deprimert. Det er ett ukjent begrep for meg” (sykepleier B).

Den tredje sykepleieren sa:

”Det var faktisk en dame her som aldri krevde noen ting. Hun var usynlig, hun fikk en liten dose Haldol fordi hun hallusinerte og så ting på veggene. Jeg snakket med legen, og han mente at hun ikke hadde noe demenssykdom, men mente hun var veldig deprimert. Hun brakk lårhalsen til slutt, og levde tre måneder etter dette. Hun spiste ikke, drakk mye væske, men ba aldri om noe. Hun ville være for seg selv, gikk aldri ut på stua sammen med de andre pasientene. De kan jo være at det var ett hypoaktivt delir hun hadde” (sykepleier C).

Denne pasienten hadde fått plass ved ett sykehjem og døde etter tre måneder der, uten at sykepleieren dermed kunne si at hypoaktivt delirium kunne være en årsak. Hun kom på denne historien da hun ble forespurt under intervjuet.

Uttalelser fra de to andre studiedeltakerne bekreftet det som refereres ovenfor. De videre at vi reagerer på det utagerende hypoaktive deliret hvor pasienten blir urolig, aggressiv og synes godt i avdelingen slik at det må settes inn tiltak for å roe situasjonen.

Det hypoaktive deliret kjente de ikke til, og noen ganger at vi setter inn tiltak i forhold til at vi tror pasienten er deprimert .De tiltak de da siktet til var at pasienten ble satt på medisin for å lette depresjon. I etterkant kunne de reflektere over at det muligens ikke var depresjon, men muligens et hypoaktivt delirium.

Ingen av studiedeltakerne fortalte noe om det hypoaktive deliret under intervjuene, men disse refleksjonene kom spontant da de ble spurt om de kjente til denne tilstanden hypoaktivt delir. Dette tolker jeg som et funn som sier at studiedeltakerne ikke kjente til hypoaktivt delir, selv om noen av dem hadde hørt uttrykket. Videre at ut fra det de sa om dette blir hypoaktivt delir underdiagnostisert, og at det forveksles med demenssykdom eller depresjon.

Erfaringene og uttalelsene stemmer med forskning som er gjort tidligere, og som jeg har skrevet om under forskning på området.

5.4 Tiltak og handlinger

Når en pasient har delirium er skjerming et viktig tiltak, det vil si ta bort inntrykk som kan forstyrre pasienten sin adferd ytterligere og øke pasienten sin uro.

Stedet skjerming foregår har praktisk betydning fordi sykepleieren er avhengig av å kunne se ofte til pasienten, og samtidig kunne ta seg av de andre pasientene de har ansvar for på vekten. I dag er det ingen slike rom på avdelingen, og sykepleierne improviserer og lager til enerom dersom det er mulig. Det vil si at de flytter ut andre pasienter fra rommet dersom det er en mulighet. I mange tilfeller er dette umulig på grunn av plassmangel og at avdelingen er full av pasienter. Dette fører til at pasienten ikke får den roen rundt seg som de har behov for, og det kan bli vanskeligere å stabilisere situasjonen. Konsekvensen kan bli at pasienten risikerer å bli lengre i delir enn den ville vært dersom forholdene hadde vært mer tilrettelagt.

En intervjuperson sa følgende om dette :

”Så fremt det er mulig legg vi dem på enerom. Hvis ikke må vi bruke skjermbrett og prøve å skape det så rolig som mulig på rommet. Noen ganger er det mye støy, og man har det travelt, og det kan være vanskelig å huske på at det er mye uro mange ganger fra andre rom. Det er mye sånn fra tid til annen, og så er det avhengig av hvor mye ressurser vi har, men vi prøve jo så godt vi kan (sykepleier B).

Sykepleieren står mange ganger i ett dilemma hvor de må velge tiltak i forhold til hvordan situasjonen er på avdelingen. Hva er best for denne pasienten i denne situasjonen, det er ikke mulig med enerom for eksempel. Avdelingen er full av pasienter, og hvilke ressurser og prioriteringer kan vi gjøre nå i denne situasjonen.

Her improviserer sykepleierne og setter i gang tiltak ut fra en helhetsvurdering av hvordan de opplever situasjonen , ut i fra hvordan pasienten har det, og sine kunnskaper og erfaringer de har i sin praksis fra før av.

Noen ganger når det er full avdeling og mye å gjøre, og pasienten har fått plass bak et skjermbrett på korridoren. Det kan være fordi vi har vært redd for hva den kan finne på inne på et rom hvor det også er andre pasienter. Vi har også tatt pasienter med å til

matpausen, gitt dem en kopp kaffe og hatt dem sammen med oss. Sykepleierne var opptatt av tilstedeværelse når pasienter er i delir eller i ferd med å utvikle dette. De fortalte at når det er slik at pasienten trenger kontinuerlig oppfølging, så avtaler personalet som er på vakt hvem som følger opp pasienten. Dette gjør at det blir mere ro både for pasienten og sykepleierne på vekten. Samtidig har vi et øye med situasjonen fortalte de. Så bytter vi på det dersom det er hensiktsmessig i forhold til hvor krevende oppgaven er.

En sykepleier sa det slik:

”Når vi har urolige pasienter avtaler vi på teamet at noen tar ansvar for den pasienten, så bytter vi dersom han trenger tilsyn hele tiden. Det er jo en prioritering hvordan man vil løse det, da tenker jeg slik at pasienten får det best mulig, og ikke ha den angsten og uroen” (sykepleier E).

Samtidig uttrykker sykepleierne at det ikke alltid blir slik at de får fulgt godt nok opp rundt pasienten fordi det ikke blir tid til dette. Det kan igjen medføre til økt bruk av beroligende medikamenter for å roe situasjonen.

5.5 Komme i dialog med pasienten

Det er viktig og avgjørende for pasienten som har delirium at man tilnærmer seg på en måte slik at man får roet ned situasjonen og at pasienten kan føle seg trygg og ivaretatt. Å komme i posisjon til dette krever at man bruker sine kommunikasjonsferdigheter og kan noe om måten å gjøre dette på. Som en sykepleier sa :

”Jeg tenker at bud nummer en er at man forholder seg rolig, og at kommuniserer med rolig stemme. Jeg har også opplevd at blikkontakt er viktig. Nå er det vanskelig å tilnærme seg deliret, fordi pasientene er ofte så oppjaget at de har ikke kontakt med seg selv. Men min erfaring er at dersom du forholder deg rolig, at du ikke går inn i noen diskusjon, da kan du prøve å fortelle pasienten hva som skjer, orientere han” (sykepleier B).

Mange ganger er det nødvendig å reorientere pasienten mange ganger for å fortelle hva som skjer, og noen ganger når man ikke frem. Pasienten er ikke seg selv og blir bare urolig av hva sykepleieren sier, da må sykepleieren finne en annen tilnæringsmåte.

En av dem sa:

”På vår avdeling har vi møtt mange forskjellige typer, noen blir veldig aggressive, og noen ikke så aggressiv igjen. Jeg har sett og erfart at det som hjelper er å sette seg ned å snakke med pasienten om dagligdagse ting til de roer seg”(sykepleier C).

To andre sykepleier sa:

”Du må ha tid, men det kan være veldig vanskelig. Du har som sykepleier ansvar for flere pasienter og er stressa. En pasient i delir krever deg fullt og helt, så har du kanskje fått roet situasjonen for en liten stund, men så må du starte prosessen på nytt igjen, og da er ikke bare å ha den tålmodigheten som skal til for å stå i det”(sykepleier E).

”Det er sjelden du når inn til pasienten, og at han forstår hva som skjer med dem. Men det er viktig å være klar og tydelig, og ikke snakke for mye. Altså skape ro rundt pasienten, prøve å samarbeide med dem og skape trygghet det tror jeg er veldig viktig .Ofte er det slik at pasientene ikke vil ta medisin, de er mistenksomme og tror at vi vil forgifte dem”(sykepleier A).

Sykepleierne snakket med sine kollegaer om hvordan de skulle komme i dialog, og noen ganger ble det til at en annen gikk inn og snakket med pasienten. Noen ganger er man ikke rette personen fortalte en sykepleier, og da bruker man hverandre. Det er noen som er veldig god på dette med å få god kontakt med en pasient som har delirium.

5.6 En kort oppsummering

Sykepleierne i studien setter i gang tiltak og behandler pasienter med delirium etter retningslinjene som er anbefalt. De beskriver at det er en stor utfordring i mange tilfeller å få utført de tiltakene som de vurderer som det optimale. Bakgrunnen for at det kan være vanskelig er tilgang på personalressusser, handlingsrom og ytre betingelser. Videre i studien vil jeg presentere disse funnene.

Videre er det ikke etablert noen faste rutiner eller bruk av verktøy for å forebygge delirium. Bruk av kartleggingsverktøy for å avdekke delirium taes vanligvis i bruk når situasjonen har oppstått.

5.7 Ytre betingelser

Under denne overskriften vil jeg beskrive noe i hverdagen i praksisfeltet. Om hvordan arbeidsdagen kan være, og de rammeforhold som sykepleierne har å forholde seg til i sin praksis. Disse forholdene har betydning for de valg og mulighetene sykepleierne har for å kunne gi optimal sykepleie til den gamle pasienten i delir. Mine funn i oppgaven sier at dette er med på å påvirke hvordan sykepleierne vurderer og setter i gang tiltak i forhold til pasienter med delirium.

Med ytre betingelser mener jeg de rom, fasiliteter og omgivelser som sykepleierne i denne studien har i sin arbeidssituasjon. De har på en vakt mange pasienter å forholde seg til, de har flere pasientrom å forholde seg til. Særlig på kveldsvakt og nattevakt, da er det mindre personell på jobb. Det er ingen tilrettelagte rom for pasienter med delirium som trenger skjerming.

Avdelingen har flere pasientrom hvor det ligger to til tre pasienter på hvert av dem, og en sykepleier på vakt har ansvar for sitt team. Teamet på hver vakt kan bestå av ansvar for 10 til 15 pasienter. Det vil si pleie, medisinerer, observasjoner, rapport til ansvarlig lege og snakke med pasient og pårørende. Følge opp pasienten i henhold til de tiltak som er i gang. Sykepleier tar også i mot nye pasienter til avdelingen og setter i gang tiltak i forhold til problemstillingen som pasienten er innlagt for.

På hvert team arbeider det sykepleiere og hjelpepleiere som sammen utfører de arbeidsoppgavene som kreves, og som blir enig om arbeidsfordeling når de starter vekten, etter at de har vært i rapport med de som går av vakt. På den måten får de oversikt over hvilke pasienter de har ansvar for, og hvilke arbeidsoppgaver som er påkrevet.

Ansvarlig sykepleier på vekten har ansvaret og fordeler arbeidsoppgavene i samarbeid med sine kollegaer på vakt. For å kunne ta dette ansvaret må sykepleierne ha organisatorisk kompetanse og lederkompetanse, de må kjenne organiseringen av sykehuset og hvordan linjer de har å forholde seg til. Slik at de har mange oppgaver ved siden av de pasienterrettede utfordringene de har. En sykepleier sier det slik:

” Vi er en akutt medisinsk avdeling, og det er ikke lagt til rette for pasienter med delirium, men vi gjør så godt vi kan med de mulighetene vi har”(sykepleier B)

5.8 Handlingsrom

Handlingsrommet sykepleierne fortalte om var avhenging av hvor mye ressurser de hadde tilgang til, og her snakket de om tilgang på personal som de kunne bruke når det oppstår en situasjon med pasient i delir. De situasjonene som sykepleierne her pekte på var når pasienten var utagerende og vandrende og trenger oppfølging hele tiden. Med bakgrunn i at delir ofte viser seg på kveld og natt, og at det ofte fluktuerer gjennom døgnet, så var det slik at situasjonen ofte oppstår når det er minst personale på jobb. På avdelingen er det mindre personal på jobb på kveld og natt og i helger. En av sykepleierne sa det slik:

”De kan være fin hele formiddagen og plutselig når de står opp etter middagshvilen, så er de helt forandret. Det er ofte slik at vi ikke ser noe spesielt på dagvakt, men så får vi høre å rapporten neste dag at pasienten hadde vært veldig forvirret og trengte tett oppfølging” (sykepleier B).

Sykepleieren omtalte dette som et solnedgangsdelir, som er kjent uttrykk og som blir brukt. Bakgrunn for det er at mange pasienter blir forvirret og går i delir på ettermiddag og kveld, det er dette som ofte omtales som solnedgangsdelir.

Studiedeltagerne fortalte at det er ofte problematisk å kunne gi optimal oppfølging av pasienten med bakgrunn i at det er for lite personell på jobb. Samtidig er dette også knyttet til om det er mange pasienter på avdelingen. Er avdelingen helt belagt og alle rom er opptatt så er det ekstra krevende.

5.8.1 Tidspress

For best mulig å kunne ivareta en pasient som er i delir er en av de viktigste tiltakene at man har tid til å ta seg av dem. Sykepleierne fortalte at dette kunne være veldig utfordrende, da en pasient som er veldig krevende i forhold til tett oppfølging krever mye personalressurser. Dette med å ha tid til å sette seg ned og snakke med pasienten kunne være vanskelig å få til på en god måte, og en av sykepleierne sa følgende:

” så er det jo det at man har det så travelt, og rundt pasienter med forvirring/ delir så kan man ikke ha det travelt. Å ikke skynde seg, å ikke presse, å ikke vise at man har det travelt. Men man gjør jo det med hele kroppspråket sitt, viser at man har ikke tid til dette. Og det påvirker dem, de merker veldig godt situasjonen i

avdelingen, det ser vi. Når vi har det travelt og mye å gjøre, så blir pasienten også mer urolig”(sykepleier A).

En annen sykepleier uttrykte seg slik om dette med tidspress:

Du må ha tid, men det kan være veldig vanskelig når du som sykepleier har ansvar for tretten pasienter, og en pasient i delir krever deg fullt og helt. Da er det ikke bare å ha den tålmodigheten til ” å kunne stå i det ” (sykepleier D)

Sykepleieren blir utfordret i forhold til at det er andre pasienter som også skal ha tilsyn og har behov for hjelp, og det kan være et vanskelig valg, hva skal man velge å gjøre. Denne sykepleieren tok et eksempel frem som gikk på hva med den pasienten som ligger med lungesykdom og er redd og føler han ikke får puste. Sykepleieren sa det slik:

”Ja det handler om å prioritere, og noen ganger som å velge mellom pest og kolera. Vi er jo en akuttavdeling, og det kan være vanskelig når en annen pasient ligger å kjemper med å få puste ordentlig” (sykepleier D).

Sykepleierne uttrykte også at det det er en viss fare for at andre pasienter ikke får god nok oppfølging. Videre sa sykepleierne at når en pasient er urolig og i delir kan uroe de andre pasientene slik at de blir urolige og engstelig.

5.8.2 Samarbeid

Sykepleierne samarbeider med legen og hjelpepleierne som er på jobb sammen med dem. De har faste rapporter mellom vaktene hvor det blir gitt muntlig og skriftlig rapport om pasientene og tiltak som er satt i gang. Her diskuterer de tiltak og videreformidler hva de har observert av adferd dersom det er mistanke om at det er en pasient som muligens er i ferd med å utvikle et delir. Legen er vanligvis ikke til stede på disse rapportene, men har sin visittunde til pasientene både formiddag og kveld. Utenom det kommer legen dersom sykepleier kontakter han og informerer om endring og ønsker en vurdering fra legen.

Noen ganger kontakter også sykepleier pårørende får å få mer informasjon om pasienten, eller for å informere at pasienten er blitt dårligere, og at de trenger flere opplysninger. Dersom sykepleieren og legen vurderer det slik ber de også pårørende om å komme til sykehuset for å være sammen med pasienten hvis han er veldig urolig, og det vurderes som viktig at han har noen kjente sammen med seg. Når pasienten har pårørende hos seg kan det være til stor hjelp for at pasienten føler seg trygg, og har kjente ansikter rundt seg.

En sykepleier uttrykte seg slik:

”Vi samarbeider jo, både vi pleiere og dem som er på teamet. Vi har jo legen inne og diskuterer med han. Visitten fra legene er korte og de trenger masse informasjon fra oss” (sykepleier A).

Videre sa denne sykepleieren:

”Hadde man hatt mer tid, kunne man kanskje oppdaga det her tidligere, og jeg tror at det mange ganger er tilfeldig hvordan man oppdager delir, og mange ganger for sent, slik at det har fått utviklet seg. Med det mener jeg at vi hadde muligens kunne forhindre delir dersom vi hadde vært mer oppmerksom i noen tilfeller” (sykepleier A).

Hun refererte da på generelt grunnlag etter å ha vært i situasjoner og møter med pasienter som hadde utviklet delir. Hennes erfaring var at man ikke alltid er oppmerksom nok, og leser ikke tegnene tidsnok til at man tenker på delir. Så når det da oppstår så blir det slik at man i ettertid tenker at dette burde vi forstått kom til å skje.

Sykepleier A sa videre:

”Pårørende som er ofte på besøk kan si til oss at dette ligner ikke mamma eller pappa, og på den måten gjøre oss oppmerksom på at noe ikke stemmer. Vi blir litt blind noen ganger, og vi kjenner jo ikke disse menneskene”.

Samarbeid er viktig fordi det vil sikre pasienten, og det vil være flere som ser på og vurderer pasienten. Det er kvalitetssikring, og man er helt avhengig av det på en sykehusavdeling for å få til det beste for pasienten.

6.0 Diskusjonsdelen

Jeg har valgt å dele diskusjonsdelen i to deler med følgende spørsmål:

- a) Hvordan kan sykepleierne bli bedre til å identifisere delirium tidligere ?

- b) Hvordan erfarer sykepleierne rammer og de prioriteringer det innebærer i forhold til god sykepleiepraksis ?

6.1 Oppsummering av hovedfunn i oppgaven

Hovedfunn i oppgaven er at det hyperaktive deliret er det som blir identifisert og det er lett å observere da pasienten endrer adferd raskt og er meget synlig i avdelingen. Det vil igjen si at det hyperaktive delirium blir identifisert og behandlet, og det er en stor sykepleiefaglig utfordring å få gitt disse pasientene god nok oppfølging. Bakgrunn for at det kunne være veldig krevende var at det er mangel på tid, travelhet, tilgang på nok personalressurser blant annet. Mangel på kunnskap ble også nevnt som en faktor. Hypoaktivt delirium hadde ingen av sykepleierne erfaring med fra praksisfeltet, men de fleste kjente til benevnelsen. De mente også at det hypoaktive delirium blir identifisert som en mulig depresjon, eller demenssykdom.

6.2 Hvordan kan sykepleierne bli bedre til å identifisere delirium tidligere

En av sykepleierne i studien sa at hadde vi kanskje vært mer oppmerksom så hadde vi muligens kunne forhindre delirium. Når det skjer så er det slik at vi noen ganger sier at dette burde vi forstått kom til å hende. Denne uttalelsen peker på flere ting som mangel på kunnskap og mangel på fokus på mulighetene for at delirium oppstår. Flere studier bekrefter at der fokus på delirium, kunnskap om delirium og bruk av verktøy er satt i system på en avdeling så har det gode resultater. Flere pasienter blir diagnostisert med delirium og får behandling for det (Meako, Thompson, & Cochrane, 2011; Vidàn et al., 2009). Sykepleierne sa at de ikke hadde noen faste rutiner med bruk av verktøy som CAM for å identifisere delirium. Dersom en pasient gikk i delir, så var det vanlige å ta i bruk det de omtalte som et deliregime de hadde ved avdelingen. Deliregime som de omtalte her var

en oversikt over anbefalte medisiner som kan gis til pasienten for å berolige og dempe adferd, og medisin til hjelp for å få sove på natten. Da vurderte sykepleierne om det var behov for å gi medisin, eller om de skal avvete å se hvordan situasjonen utviklet seg.

Det vil si observere pasienten, snakke med pasienten, holde et øye med han.

De sa også at de var redde for å ”dope” pasienten ned, og at det var forskjellige holdninger til dette med medisiner. Erfaringer hadde vist at noen ganger er man for redd for å ta i bruk medikamenter, og når man da gir det så er det noen ganger for sent og har ikke ønsket effekt. Det kan være mange grunner til å være forsiktig med legemidler, i anbefalingene er et av tiltakene å ta bort alle legemidler som ikke er helt nødvendig når pasienten er i delir (Wyller, 2011).

Sykepleierne uttrykte at de ønsket mer opplæring om delirium, noen av dem kunne mer enn andre. De beskriver at tidspress og mange oppgaver å forholde seg til gjør det er utfordrende. Martinsen beskriver at sykepleierrollen er flerkonstekstuell, og at mange arbeidsoppgaver foregår samtidig (Martinsen, 2012). Sykepleierne sa også at noe om å bli avbrutt ofte fordi du må ut av den situasjonen de stod i for å ta seg av en annen pasient. Dette understøttes av (Vareide, Hofseth, Norvoll, & Røhme, 2001) sin rapport om sykepleierrollen hvor dette ble nevnt som en utfordring.

Skal sykepleierne få opplæring og lagt inn rutiner for kartlegging av delirium med tanke på å forebygge bør det forankres i ledelsen, gjennom at avdelingen tilrettelegger for og setter fokus på denne problemstillingen. Det vil si at sykepleierne får mulighet til å oppdatere seg. En bevisstgjøring om den gamle pasienten og delirium, og hvilke konsekvenser det kan få dersom delirium ikke blir diagnostisert og behandlet riktig.

Tilstrekkelig kunnskap og muligheter for å utøve god omsorg til den gamle vil spare pasienten for lidelse.

6.2.1 Betydningen av kunnskap

Martinsen fremhever læring gjennom læring i praksisfeltet og støtter seg til Dreyfus og Dreyfus sin kompetansesiste for ferdighetslæring. Hun sier at det som er nytt i kompetanselæringen er at det blir lagt vekt på praksis erfaring og at den tause kunnskapen som ikke er tilgjengelig gjennom begreper og regler, også er kunnskap (Martinsen, 2003).

Den norske filosofen Johannessen 1988 som er inspirert av Aristoteles deler kunnskap inn i tre områder, påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (Johannessen, 1988). Han tar denne inndelingen med seg inn i sitt arbeid med taus kunnskap og praksiskunnskap. Videre sier han at praksiskunnskapen viser seg i selve yrkesutøvelsen, her er den levende kunnskapen som ikke så lett lar seg artikulere, men viser seg i praksis.

Denne kunnskapen viser seg i form av å være fortrolig med i form av å være kjent med, inne i og fortrolig med situasjonen (Johannessen, 1988).

Jeg vurderer det slik at det er når sykepleierne i denne studien fortalte om at de brukte hverandre, rådførte seg med hverandre og utførte handlinger sammen, eller fikk være med den som var fortrolig med situasjonen inn i handlingen. Videre ble tiltak diskutert på rapporten ved vaktskifter som også er en arena for utveksling av erfaringer og en mulighet for å tilegne seg ny kunnskap. Rapport i vaktskifte har en varighet på femten til tyve minutter og er ikke primært lagt opp til en læringsarena. Rapporten er gjennomgang av pasientene sine diagnoser, behandling og observasjoner som er gjort og hvilke tiltak som er planlagt videre.

Praksis kommer til uttrykk i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn. Men det er her vanskelig å skille. Det er mye man ikke kan gjøre hvis man ikke også vet hva ting er. Omvendt er det mye viten om hva ting er, og som man ikke kan utvikle eller tilegne seg hvis man ikke kan gjøre bestemte ting (Martinsen, 2005; Nortvedt & Grimen, 2004).

Sykepleierne fortalte at de i sin praksis brukte hverandre gjennom å rådføre seg med en kollega som de visste hadde mer erfaring, og som hadde mye erfaring fra situasjoner med delirium. Sykepleierne søkte aktivt kunnskap gjennom sine kollegaer, der de følte de manglet kunnskap om delirium. Særlig når det angikk det hyperaktive delirium som er så synlig og man ser det. Derimot kan en mer stille tilstand som hypoaktivt delirium forblir stille fordi sykepleierne blir ikke like aktivt stimulert til å søke kunnskap. I tillegg så sa mine studiedeltakere at de ikke kjente tilstrekkelig til det hypoaktive delirium. Her blir det en kontrast mellom den tilstanden som tydelig vises i en avdeling, og den stille rolige tilstanden hos den ” stille” pasienten. Kunnskapen viser seg fordi pasienten krever tiltak gjennom en tilstand som synes godt i praksisfeltet, og sykepleierne kunne identifisere det på bakgrunn av kunnskap og erfaring (Martinsen, 2005).

Konsekvensen av mangel på kunnskap i forhold til pasienter med delirium som ikke blir identifisert kan være svært alvorlig. Pasienten får ikke riktig behandling, han får ett lengre sykehusopphold enn nødvendig. I ytterste konsekvens kan det føre til for tidlig død, og det øker risikoen for utvikling av demenssykdom å ha opplevd delirium (Lundström et al., 2005) Studier viser også at gamle skrøpelige pasienter er blitt utskrevet med delirium, og det kan også føre til dårligere utfall for pasienten (Cole et al., 2009; Inouye et al., 2007).

6.2.2 De spesielle relasjonelle forhold

Møtet mellom pasient og sykepleier skjer i en bestemt sammenheng og har en hensikt eller et mål om at pasienten skal få tilstrekkelig hjelp og bli frisk. Pasientene i denne studien er svært skrøpelige og hjelpetrengende i forhold til at de er i delir, de er gamle og mange har andre sykdommer som gjør at de er ekstra sårbare.

De har problemer med å uttrykke seg, eller de uttrykker seg slett ikke som de ville ha gjort dersom de var i sin normaltilstand. Dette krever spesielle kunnskaper i forhold til å komme i dialog med pasientene, og om måter å tilnærme seg på for å kunne få tillit og trygge pasienten. Martinsen beskriver at sansingen og forståelsens vekselvirkninger gir rom , et fiktivt rom der vi kan forsøke å forstå det vi er beveget av i sansingen. Det fiktive rommet er et tankerom der sansingens stemtheter kan tre frem for bevisstheten.

I sykepleiesammenheng når den er på sitt beste kan den uttrykkes slik: Pasienten er full av inntrykk som kaller på oppmerksomhet, og ber om å bli uttrykt. Dette viser pasienten i denne studien med sin uro og engstelse og sin forvirring fordi pasienten har delirium.

Hvordan kan sykepleieren i sitt fiktive rom bidra til å tyde og forløse pasientens opplevde ubehag, smerte, angst. Pasienten vil også forsøke å tyde sykepleierens nærvær i sitt stemte undrings og tankerom, i sitt eget fiktive tankerom med kroppsuttrykk og ord (Martinsen, 2012). Sagt på en annen måte så er skjønnets i sykepleien tydningsarbeid hvor faglig kunnskap og naturlig sansing arbeider sammen. De betinger hverandre ved at de griper inn i hverandre, uten sammenblanding, men også uten å adskilles. De går som en pendel fram og tilbake, naturlig sansing og fagkunnskaper i en vennlig vekselvirkning. Langsomt eller hurtig etter hva situasjonen krever(Austgard, 2010)

Det kreves mye tid og oppmerksomhet fra sykepleierne når de skal sørge for at pasienten opplever å bli sett og hørt og forstått. Når man fysisk er til stede og skal få kontakt med

pasienten, orientere han om hva som skjer, eller kanskje er det å ta seg tid til å trøste, holde i hånden, forsikre pasienten om at du er der for, og at du vil hjelpe pasienten. Vise gjennom holdning og væremåte at man er tilstede og forstår. Som en sykepleier sa at det hjelper å sette seg ned å snakke om dagligdagse for på den måten å få pasienten roligere, avlede fra, få pasienten over på andre tanker enn de vanskelige som uroer. Men det er bare en måte å prøve å gjøre det på, her bruker sykepleieren sin sansing og fornemmelse i situasjonen. Når man møter pasienten hva er det man ser og sanser. Erfaring og skjønn viser seg i håndteringen av situasjonen. Ferdigheter og fortrolighetskunnskapen kommer frem i konteksten. Eller som en annen sykepleier sa man må huske å være rolig, få øyekontakt, ikke si så mange ting av gangen da dette er en pasient som er forvirret og ikke har kontroll over sin egen situasjon.

Når sykepleieren tenker gjennom hvordan hun skal kunne gi god pleie og omsorg til pasienten som er i delir, kan hennes resonneringsprosess kalles en type skjønn. Sykepleieren skal finne ut hva som er best for denne pasienten her og nå. Tilnærmingen til denne pasienten kan ikke bestemme hvordan man skal forholde seg til andre pasienter som kan ha helt andre behov.

6.2.3 Identifisering av delir, tiltak og handlinger

Når sykepleierne registrerer at dette kan være et delir kontakter de legen for å si fra om sine observasjoner, og det settes i gang medisinske tiltak i forhold til retningslinjer. Her kan det være at pasienten er startet opp med en ny medisin på sykehuset, eller medisinske tilstand er i ferd med å forverre seg. Det tas blodprøver, måles oksygenopptak, blodtrykk måles. Man undersøker pasienten får å finne årsaken til at pasienten er i delir. Det er ikke alltid mulig å finne en enkelt årsak til at pasienten nå er i delir (Ranhoff, 2008a).

I denne studien sa sykepleierne at de brukte mye av sin tid til å snakke med, være sammen med og kartlegge hvordan pasienten hadde det når han var i delir. De var redd pasienten sin sikkerhet, og hva han kunne finne på når han var i denne tilstanden. Dette var spesielt i forhold til svært urolige og engstelige pasienter som viste gjennom adferd at de var forvirret og ikke forholdt seg til hva de fikk informasjon om.

Samtidig som du er i dialog med pasienten, må man vurdere om det han sier kan være sant. Det er ikke slik at man kan stole på hva en pasient i delir sier, dette fordi i hans virkelighet ser situasjonen helt annerledes ut (Ranhoff, 2008a; Wyller, 2011).

Sykepleierne gjør mange av de tiltak som de har i sine retningslinjer og som profesjonelle yrkesutøvere, som å gi god omsorg til pasienten. Tiltak som å sørge for at pasienten får dekket sine primære behov som mat, drikke, hjelp til toalettbesøk, se til at pasienten får nattero, mobilisere pasienten opp av seng for eksempel. Det kan allikevel være slik at de ikke identifiserer at denne pasienten muligens er i ferd med, eller er i delir.

Med bakgrunn at det er vanskelig å skille mellom demens og delir i mange situasjoner. Dette medfører at pasientene tilsynelatende får den hjelpen de trenger der og da, men at årsaken til endringen hos pasienten ikke blir kartlagt. Dette igjen kan medføre at pasienten blir utskrevet med delirium, eller at pasienten er i ferd med å utvikle delirium. Studiene til (Cole et al., 2009; Inouye et al., 2007) fant at pasienter blir utskrevet med delirium.

.Hypoaktivt delir er svært vanskelig å oppdage, og det er noen ganger at det er pårørende eller andre som kjenner pasienten godt som gjør sykepleierne oppmerksom på at det er noe galt her. Det kan være en datter eller sønn som besøker sin mor eller far, og kan si at dette er helt ulikt min mor. Eller at en sykepleier har fulgt opp pasienten noen dager, og blir oppmerksom på at pasienten har endret seg, trukket seg tilbake, tar ikke initiativ og virker likegyldig. Så da kan man si at dersom man har nok bakgrunnskunnskap om pasienten mye lettere kan se forandringer som sier at her skjer det noe med pasienten. Sykepleierne i denne studien fortalte at de tolket den ” stille ” pasienten som deprimert, eller at de hadde demenssykdom. Dette er i samsvar med flere studier som sier at det hypoaktive delirium er underdiagnostisert. Flagg sier i sin studie at grunnen til at dette ikke blir identifisert er mangel på kunnskap om delirium hos sykepleierne, og at det ikke er rutiner for å bruke verktøy som kan være med å avdekke denne tilstanden. Han sier også at en grunn kan være at sykepleierne ikke kjenner til verktøy som det er anbefalt å bruke, her nevner han bruk av CAM som er et anerkjent verktøy (Flagg et al., 2010; Steis, Shaughnessey, & Gordon, 2012).

Å utføre sykepleie på andres premisser, forhold til tvang og nødverge

En av sykepleierne fortalte om at hun hadde utført tvangsmedisinering av en pasient, noe hun opplevde som dramatisk inngripen i pasienten sin integritet. Hun ser allikevel at dette måtte gjøres, og at det var en nødverge situasjon. Allikevel er det slik at hun i etterkant gjør seg refleksjoner om dette var helt nødvendig, og om at retningslinjene ble fulgt helt riktig. Hun uttrykte tvil om egen og legens kompetanse på denne situasjonen.

Hun følte at hun manglet nok innsikt i forhold til lovverket som ble brukt her. Hun sa at det ble brukt Nødverge paragrafen i Helsepersonelloven.

Hamran 1991 beskriver pleiearbeidet på en sykehusavdeling slik. Samtidig som pasientene får hjelp til mat og stell, så får de hjelp og blir passet på. Disse to oppgavene er viktig i pleien og de skjer samtidig og flettet inn i hverandre. Begrepet flertydighet er dekkende for sykepleierne, for samtidig som de går med mat eller hjelper pasienten i ett stell så passer de på, eller ser etter, eller hjelper, men også uten å hjelpe. De har allikevel gjort seg sine observasjoner og ser hva er det pasienten selv kan klare, og hva er det han kan trenge hjelp til (Hamran, 1991). Sykepleierne i denne studien sa også at det var under samhandling med pasienten at man kunne få en oversikt over pasienten sin situasjon. Når vi hjelper pasienten med å stille seg, eller viser vei til toalettet for eksempel, så gjør vi også noen observasjoner. Som å se om pasienten finner tilbake til rommet sitt, om pasienten virker forvirret, er engstelig, og vi lytter til hva pasienten sier.

Vi har alle med oss vårt subjektive opplevde rom, det vil si at vi har en sone rundt kroppen som er vårt personlige rom og som det kan være vanskelig å slippe andre inn i. Det er en trygghetszone eller forsvarszone som vi omgir oss med. Dette rommet bestemmer avstanden til andre når vi samhandler.(Thornquist, 2009).

Mange handlinger i sykepleien er relatert til kroppslig nærhet og innebærer at man overskrider dette personlige rommet. Da kreves det at sykepleier er sensitiv og var for den andres grenser og integritet. For pasientene som er syke ser verden annerledes ut, det å bli syk gjør at det skjer en forrykning av hva som er mulig å gjennomføre, at de har tapt funksjon og mulighet akkurat her og nå til å stille seg selv for eksempel (Thornquist, 2009)

6.3 Ethiske overveielser

Sykepleierne var opptatt av å skjerme pasienten for å ivareta hans integritet og verdighet. Som en sa at det handler om verdighet for pasienten i en sånn situasjon.

De hadde erfaring med at pasienten hadde hatt det tungt og tøft under delirium, noe pasientene hadde fortalt i etterkant til sykepleierne. Sykepleierne sa også at man måtte være åpen for å snakke med pasienten i etterkant av delirium. Viktig å si at vi vet at du var syk og forklare hva det var som utløste situasjonen. Frita pasienten for skyldfølelse og skam.

En annen sa at man blir forbauset, man tror kanskje at de har en form for ”blackout” og at de ikke husker hva som er skjedd, men det gjør de jo.

På en medisinsk avdeling er det mange tilskuere, det er de andre pasientene og pårørende som er der og ser mange ganger at pasientene er ute av seg selv og viser en avvikende adferd. Her kommer momenter som skam og skyld inn i bildet, følelsen av å ha mistet kontrollen og vite at man har gjort eller sagt noe man normalt ikke ville ha gjort kan medføre enda større belastning for pasienten. Martinsen sier om skam at det er en vond og en god skam, den vonde skammen som pasienten kan oppleve ved å bli blottstilt gjennom sin adferd, eller ord og handlinger som pasienten uttrykker i sin tilstand. Når pasienten klarer opp og kommer til seg selv har opplevelsen og skammen med seg (Duppils & Wikblad, 2007; Martinsen, 2012; McCurren & Cronin, 2003)

Mange pasienter med delirium kan bli eksponert for tap av sin integritet. Sykepleierne fortalte at på den ene siden lidelsen som følger av deliret, og på den andre siden følelsen av tapt integritet og egenverd. Tap av kontroll over egen livssituasjon er sentralt her (Gustafson et al., 2002; Inouye et al., 1999)

I min studie er dette noe sykepleierne var veldig opptatt av, denne trusselen mot pasientens verdighet, samtidig som de måtte skjerme pasienten for å lette belastningen for pasienten selv. Å komme ut av deliret og møte sine medpasienter med sin verdighet i behold så godt som mulig.

Å føle seg utilstrekkelig i forhold til pasienten kan føre til avmektighet hos sykepleieren. Det er en vond skam som handler om at sykepleieren opplever å mislykkes med å møte pasienten som hun gjerne ville. Skam har med skyldfølelse å gjøre, har jeg handlet som jeg

burde gjøre. Ved å tenke over situasjonen komme til at skammen kan være god og stille seg spørsmål om hvordan er det for pasienten å bli utsatt for mitt ikke deltakende blikk for eksempel. Den gode skammen er tilbakeholdende og varsomt i berøring med pasienten sin sårbarhet (Martinsen, 2012 s.81). Jeg vurderer det slik at følelsen av å ikke alltid strekke til er noe sykepleierne i min studie ofte opplevde, men som en sa jeg har måttet lære meg å koble ut den dårlige samvittigheten når jeg går fra jobb.

En studie har studert helsepersonell sine etiske overveielser og prioriteringer og behandling av eldre pasienter på sykehus. Dette er en kvalitativ studie med deltagere fra intensiv avdelinger og vanlige akuttenheter på sykehus. Her var både sykepleiere og leger med i studien.

Resultat av studien var at både sykepleiere og leger fortalte at de behandlet eldre pasienter annerledes enn yngre pasienter, og at de eldre hadde lavere prioritet, dette var basert på at det var under- eller overbehandling av eldre pasienter relativt hyppig, og som en uønsket konsekvens. Dette handlet om høyt medikamentforbruk og for mange tiltak kombinert med mangelfull omsorg og oppfølging. En forklaring var at eldre pasienter tolererer behandlingen dårligere enn yngre, og flere av deltagerne stilte spørsmål ved livskvaliteten til de eldre pasientene etter gjennomført behandling (Skirbekk & Nordtevedt, 2010)

Denne studien sier noe om de utfordringer helsevesenet står foran i fremtiden, og om prioriteringer når vi vet at andelen av eldre pasienter bare vil øke i fremtiden.

Det var bare en av mine studiedeltakere som sa noe om dette med holdninger til eldre pasienter i sykehus, og da pekte hun på at det nok kunne være slik noen ganger at man tenker at pasienten er gammel og muligens har en demenssykdom.

En annen studie viser at eldre pasienter med delirium ikke mottar den hjelpen på sykehus som de burde. Studien viser til at pasientene blir møtt med fordommer og en diskriminerende holdning. Studien er gjennomført med intervju med pasienter som har vært i delir, og deres pårørende. Studien konkluderer med at sykepleierne som gruppe kan være med å sette søkelyset på fordommer og holdninger til den gamle pasienten (Neville, 2008).

Å etablere en ivaretaende relasjon mellom pasient og sykepleiere er viktig for å kunne gi en integritetsbevarende sykepleie overfor den gamle pasienten. Særlig viktig når pasienten er i en sårbar og svekket situasjon. De er avhengig av at hjelperne kjenner deres situasjon og behov når de ikke selv kan gjøre det.

Detter ikke bare avhengig av den enkelte sykepleiers holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Ledelsen ved avdelingen og teamet som utformer de rammer som ivaretar denne grunnleggende verdien, må også være med. Ved å skape rom til å virkeliggjøre den i den hektiske hverdagen (Kirkevold, 2008 s.99).

6.4 Sykepleierollen og arbeidsdagen

I dennes studien er det funn som sier at sykepleierne finner det tungt å krevende å arbeide med pasienter i delir, noen på grunn av usikkerhet i forhold til håndtering av situasjonen, og de utfordringer det skaper på avdelingen for å kunne gi det rette tilbudet. Det blir slik at vi gjør så godt vi kan ut fra de rammene vi har å arbeide etter. For eksemplet muligheten til å gi pasienten ro, få et eget rom, muligheten til å være tistrekkelig tilstede for å følge opp pasienten. Samtidig dette med å være usikker på hva kan vi gjøre nå, hvilke tiltak vil hjelpe. Videre sa de at prøvde ut forskjellige løsninger ut i fra hvordan situasjonen er på avdelingen. Er det fullt belegg med pasienter slik at pasienten i delir må være på rom med andre pasienter, hvor skal vi plassere pasienten, hva er det fornuftig å gjøre her.

Sykepleierne beveger seg inn og ut av situasjoner, og må hele tiden vurdere og ta stilling i den enkelte situasjon de er i. Lykkeslet skriver i sin avhandling om den bevegelige handlingskunnskapen i sykepleien. Hun sier at sykepleien er en gjøre og være dimensjon. Væredimensjon viser at sykepleieren er og vil være noen for pasienten. Lykkeslet mener at dette er den mest grunnleggende dimensjon i sykepleien. Gjøre dimensjon er når sykepleieren er sammen med pasienten, den er åpen og knyttet til situasjonen. Hun beskriver den praktiske kunnskapen som viser seg i sykepleiernes arbeid ved en sykehusavdeling (Lykkeslet, 2003). Jeg mener at hennes funn understøtter Martinsen sin omsorgsteori om tre dimensjoner i omsorg, den moralske, den relasjonelle og den praktiske (Martinsen, 2005).

Olsvold skriver i sin konklusjon at sykepleiers fleksible yrkesrolle gir store gevinster for sykehusorganisasjonen, men at de hierarkiske relasjonene mellom leger koblet med sykepleiers uavgrensede ansvarstaking kan få uheldige virkninger for pasientsikkerhet og organisatorisk effektivitet, og for anerkjennelse av sykepleiers bidrag i pasientbehandling og sykehusdrift (Olsvold, 2011). Dette er ett fenomen som sykepleierne i min studie fortalte om, de har mange forpliktelser i forhold til å organisere hjelp til mange pasienter. Når de da møter en pasient som er i delir kan dette medføre at de ikke får utført oppgaver de mener de kunne gjort, og at dette går ut over kvaliteten på den jobben de skal gjøre. Videre funn i hennes studie sier at sykepleierne tok ansvar en rekke udelegerte og uspesifiserte oppgaver (Olsvold, 2011)

En annen rapport om sykepleierrollen i sykehus sier at sykepleierne er de som koordinerer tjenestene og behandlingen av pasientene. De er mellomleddet begge veiene, inn mot legen og ut mot pasient og pårørende. Rapporten viser at sykepleierne har en assistentrolle til legen, og samtidig sin egen faglige sykepleierrolle å ivareta. Legen er kort tid hos pasientene, mens sykepleierne er på avdelingen og mye står og faller på dem. Det er de som gjør observasjonene og rapporterer endringene som krever medisinsk kompetanse fra legen. Videre er de som tar seg av informasjon til pasient og pårørende, og ofte etter at legen har vært og informert. Det dukker opp mange spørsmål også i etterkant av at legen har sett til pasienten, og disse er det ofte sykepleierne som sørger for at pasienten får svar på. En sykepleier i min studie sa at det er vi som står i det og er tilstede på avdelingen.

Sykepleierne i denne studien sa at omsorg og kommunikasjon med pasienten er like viktig som kunnskap og tekniske prosedyrer. Videre viste studien at hverdagen til sykepleierne er preget av å stadig bli avbrutt i sine oppgaver, og at det er blitt flere oppgaver utover direkte pasientbehandling. Sykepleieren blir omtalt som ”limet” i sykehussystemet gjennom sin koordinerende rolle. Samtidig som de kompenserer for uhensiktsmessig organisering av sykehuset (Vareide et al., 2001). I min studie hvor sykepleierne fortalte om arbeidspress og prioritering tolker jeg det slik at profesjonaliteten til sykepleierne er under press. De uttrykte også at de ønsket mer tid å være sammen med pasienten, og at å ivareta de relasjonelle forhold og å ta seg tid til å snakke med pasienten.

6.5 Tid, tydelighet og tilrettelegging

Tid, tydelighet og tilrettelegging er tre nøkkelord når men skal beskrive tilnærming til pasienter som er mentalt svekket (Wogn-Henriksen, 2008). Martinsen sier også noe om tid, rom og rommelighet. Hun sier at det er viktig å ta seg tid til å være sansende til stede i det rommet pasienten er, og det er ikke alltid at pasient og sykepleier er i det samme rommet (Martinsen, 2012). Hun beskriver det fiktive rom der pasient og sykepleier møtes og at dett er et rom for åpenhet, fantasi og kreativitet. Pasienten fra sitt ståsted, og sykepleieren fra sitt (Martinsen, 2012).

Pasienten i sitt delir kan ha og har ofte en helt annet oppfattelse av hvor han er og hvorfor han er der. Sykepleieren kan da velge å gå inn der pasienten er, og derfra prøve å få gitt pasienten svar på det han plages med i sin forvirring. Her må sykepleieren gjøre en vurdering om hvordan gå videre med tiltak eller handling. Vurderingen gjøres på bakgrunn av kunnskap, erfaringer og skjønn.

Sykepleierne i denne studien fortalte at de prøvde ut forskjellige tilnærminger til pasienten, dersom de ikke lyktes med å det de ønsket for å hjelpe første gang. Slik jeg vurderer det så brukte sykepleierne en helhetstenkning om pasienten sin situasjon, de triangulerte mellom den moralske, praktiske og relasjonelle dimensjon som i omsorgsteorien til (Martinsen, 2005).

Hun beskriver den gyldne regel i sin teori hvor sykepleierne går inn og tenker seg inn i situasjon til pasienten, og stiller seg spørsmålet, hvordan ville jeg ønsket å bli behandlet dersom jeg var i pasientens situasjon (Martinsen, 2012).

Sykepleierne fortalte gjennom sine erfaringer fra praksisfeltet at det var disse tiltakene og handlingene de ikke fikk utført godt nok på grunn av tidspress og andre oppgaver i avdelingen. De pekte da på at de ofte ble avbrutt, fordi det var andre pasienter som trengte hjelp, eller at pårørende ville snakke med dem. Eller ut å gi en hånd til en kollega som stod i en vanskelig situasjon med pasient. Sykepleierne sa de i mange tilfeller gikk hjem fra sitt arbeid med dårlig samvittighet fordi de ikke fikk utført sine oppgaver tilfredsstillende.

En studier viser at sykepleiere uttrykker usikkerhet og tviler på sin kompetanse i møte med pasienter i delir, særlig når tiltakene eller handlingene de utfører ikke går så bra og de blir stresset (Breitbart et al., 2002). En studie som understøtter dette sier at sykepleierne ikke følte seg komfortabel i forhold til at de ikke fikk tatt seg nok av andre pasienter de hadde ansvar for (Bèlanger & Ducharme, 2011).

Om tilrettelegging sa sykepleierne at avdelingen og omgivelsene er ikke tilrettelagt for pasienter med delirium. Som en sykepleier sa, det er ikke et egnet sted for pasienter med delirium.

7.0 Avslutning

Denne studien hadde til hensikt å sette søkelyset på sykepleierne sine erfaringer fra møte med den gamle pasienten med delirium i sykehus. Jeg ønsket å få vite hvilke erfaringer de hadde fra praksisfeltet, hvilken kunnskap de hadde om delirium, hvilke observasjoner de gjorde, tilnæringsmåter til pasienten når den hadde delirium.

Hvordan de handlet i sin sykepleiepraksis på en sykehusavdeling, samt hva de største utfordringene de hadde i sin arbeidshverdag.

Funn i studien er at sykepleierollen er vid og omfattende, og de har mange oppgaver på flere arenaer i sykehuset. De har en koordinerende rolle som er omfattende i avdelingen.

Et annet funn er at sykepleierne vet mye om hyperaktive som kan fluktuere gjennom døgnet, og fulgte anbefalte retningslinjer for å behandle det. De hadde ikke kjennskap til det hypoaktive delirium, men mente at denne tilstanden kunne bli identifisert som utvikling av depresjon eller demenssykdom. Dette er i samsvar med flere studier som sier at det hypoaktive delirium blir underdiagnostisert. Det var ikke etablert noen rutiner med tanke på forebygging av delirium.

Med bakgrunn i utviklingen i helsevesenet er det slik at det går mot mer og mer spesialisering. Hver avdeling blir spesialisert på sine diagnoser og sykdommer.

Den gamle pasienten med flere sykdommer risikerer å bli sendt mellom flere avdelinger og spesialister for videre behandling og utredning av sine lidelser. Derfor vil kjennskap til faren for delirium være viktig i alle ledd av behandlingsskjeden.

Mitt forslag til videre oppfølging er at praksisfeltet blir styrket gjennom at det etableres gode rutiner og bruk av verktøy for å forebygge delirium i alle avdelinger hvor den gamle pasienten befinner seg.

Litteraturliste

- Alsvåg, H. (2002). Hvor beveger sykepleien seg- mot vitenskap eller klokskap. In H. Alsvåg (Ed.), *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. (p. 217 s.). Oslo: Ad notam Gyldendal : Pensumtjeneste.
- Austgard, K. I. B. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Bèlanger, L., & Ducharme, F. (2011). Patients´and nurses`experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16, 303-315.
- Breitbart, W., Gibson, C., & Tremblay, A. (2002). The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium-Related Distress in Hospitalized Patients With Cancer, Their Spouses/ Caregivers and their Nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183-194.
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review og frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38, 19-26.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlke, S., & Phinney, A. (2008). Caring for Hospitalized Older Adults at Risk for Delirium. The Silent, Unspoken Piece of Nursing Practice. *Journal og Gerontological Nursing*, 34, 41-47.
- Duppils, G. S., & Wikblad, K. (2007). Patients´experiences of beeing delirious. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 810-818.
- Engedal, K., Haugen, P. K., & Brækhus, A. (2009). *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Flagg, B., Cox, L., Dcdowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing Identification of Delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24, 260-266.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- Gustafson, Y., Lundström, M., & Bucht, G. (2002). Delirium in old age can prevented and treated. *Den Norske legeforening*, 122, 810-814.
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo Gyldendal.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2008). *Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008 - 2012*. Departementenes servicesenter 11/2008 Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Spesialisthelsetjenestestrategi%20for%20eldre.pdf>.

- Helse-og omsorgsdepartementet. (2007). *Om lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Oslo: Regjeringen Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>.
- Hem, M. H. (2008). *An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD, University of Oslo.
- 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, 565-573.
- Inouye, S. K., Zhang, Y., Jones, R. N., Kiely, D. K., Yang, F., & Marcantonio, E. R. (2007). Risk Factors for Delirium at Discharge. *Arch Intern Medicine*, 167(13), 1406-1413.
- Johannessen, K. S. (1988). Tankar om tyst kunnskap. *Dialoger*, 6, 13-28.
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Wyller, T. B., & Ranhoff, A. H. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly hip fracture patients. *The American Geriatrics Society*, 57(8), 1354-1361.
- Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lou, M., & Dai, Y. (2002). Nurses' experience og caring for delirious patients. *The Journal of Nursing Research*, 10(4), 279-290.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Grønscar & B. Høgluna-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduce the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *The American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628.
- Lykkeslet, E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap: en studie i sykepleiens praksis*. 2003 : 9, Høgskolen, Molde.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skønnet og evidensen*. København: Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K., & Fink, H. C. (2010). *Fra Marx til Løgstrup*. København: Munksgaard Danmark.
- McCurren, C., & Cronin, S. N. (2003). Delirium: Elders Tell Their Stories and Guide Nursing Practice. *Medsurg Nursing, 12/No.5*, 318-323.
- Meako, M. E., Thompson, H. J., & Cochrane, B. B. (2011). Orthopaedic Nurses' Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. *Orthopaedic Nursing, 30(4)*, 241-248.
- Neville, S. (2008). Older people with delirium: Worthless and childlike. *International Journal of Nursing Practice, 14*, 463-469.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsvold, N. (2011). Flytende grenser. Forskningsintervju. *Sykepleien forskning, 01/11*, s.98-99.
- Ranhoff, A. H. (2008a). Delirium. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God sykepleie til den gamle pasienten*. (s. 395-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2008b). Den gamle pasienten. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 180-195). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schofield, I., Tolson, D., & Fleming, V. (2012). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: a Critical Discourse Analysis. *Nursing Inquiry, 19 (2)*, 165-176.
- Sjøbø, B., Graverholt, B., & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienter. *Sykepleien forskning(04/12)*, 359-367.
- Skirbekk, H., & Nordtevedt, P. (2010). Making a Difference: A Qualitative Study on Care and Priority Setting in Health Care. *Health Care Anal, 19*, 77-88.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Respekt og kvalitet: rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (52 s.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Steis, M. R., Shaughnessey, M., & Gordon, S. M. (2012). Delirium. A very Common Problem You May Not Recognize. *Journal of Psychosocial Nursing, 50*, 17-20.

- Stenwall, E., Sandberg, J., Jönhagen, M. E., & Fagerberg, I. (2007). Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scand J Caring Science*, 21, 515-522.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R., & Røhme, K. (2001). Stykkevis og helt - sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. SFT78A013506 (s. 84): SINTEF Teknologi og samfunn.
- Vidàn, M. T., Sàanches, E., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J. A. (2009). An intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduce the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *The American Geriatrics Society*, 57, 2029-2036.
- Waalder, H. T. (1999). Sykdomsutvikling for eldre fram mot 2030. I Statens helsetilsyn (Red.), *Utredningsserie* (p. 40). Oslo.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. In A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 25). Oslo: Akribes
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatry: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hva gjør sykepleierne for å fremme god sykepleie i møte med den gamle pasienten som har delirium”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra med din erfaring i møte med den gamle pasienten som har delirium, eller er i ferd med å utvikle dette. Det er kjent at mange pasienter som blir innlagt på sykehus utvikler delirium under oppholdet. Delirium kan være hypoaktivt eller hyperaktivt, eller en blanding av begge deler. Det er også kjent at denne tilstanden kan forveksles med demenssykdom og depresjon. Hensikten med denne studien er å si noe om hva sykepleierne erfarer som god praksis og hvilke erfaringer de har i sin praksis. Videre å bruke denne kunnskapen for å løfte frem denne problemstillingen og muligens få frem mer kunnskap som kan ha en overføringsverdi for andre som arbeider i feltet

Bakgrunn for studien er at jeg i min jobb som sykepleier ved et geriatrisk team har møtt pasienter med delirium, og har snakket med sykepleiere som har varierende kunnskap om delir, og de har fortalt om stor usikkerhet angående denne tilstanden. Der er allikevel slik at mange kan mye om delir, men at det kan være svært utfordrende å arbeide med pasienter som er i denne tilstanden. Når jeg nå skal skrive min masteroppgave er dette noe som interesser meg, og en god anledning å få vite mer om denne problemstillingen. Videre har forskning vist at noen sykepleiere opplever at de har for lite kunnskap om dette, og at det kan være vanskelig å kjenne igjen denne tilstanden, og at god sykepleie blir en utfordring. Formålet er å få frem sykepleiere sin vurdering av sin egen praksis, og hva de opplever vil fremme god sykepleie til denne gruppen pasienter.

Kriterier for å være med i studien er minst to års praksis. Bakgrunn for det er at erfaringer fra praksisfeltet er det jeg ønsker å få vite noe om. Videre er det slik at da har den enkelte fått noe praksis å henge teorien fra sin utdanning som sykepleier på

Planen er at denne studien skal være ferdig til mai 2012. Intervjuene og analyse av data ferdig i desember 2011. Videre skrives selve oppgaven ferdig i perioden januar til mai 2012.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer et intervju som varer en til to timer. Du vil få oppgitt noen spørsmål/ tema som jeg ønsker å få vite noe om. Spørsmålene vil være om dine erfaringer og den praksis du har erfaring med. Jeg ønsker å intervju fire sykepleiere som har minst to års erfaring.

Dersom du ønsker å delta i studien kan skrive på samtykke og sende til meg. Jeg vil da ta kontakt og vi kan avtale nærmere.

Mulige fordeler og ulemper

Selve intervjuet vil ta en til to timer, og dette er tid som du som studiedeltaker må være villig til å avsette til dette.

Fordeler med studien er å være med på å få frem erfaringer og vurderinger fra sykepleiere om problemstillingen. Videre kan dette være med på å løfte frem kunnskap om delir og sette fokus på denne utfordringen i sykepleiefaget. Det kan igjen føre til å få frem kunnskap som kan ha en overføringsverdi til andre sykepleiere, og føre til faglige diskusjoner i sykepleiegruppen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet blir tatt opp med lydopptaker og blir kun brukt av meg. Etter at data fra intervjuet er nedskrevet blir opptaket slettet. Din identitet vil ikke komme frem på opptaket eller i skriftlig materiale.

Alle opplysninger vil være anonymisert under hele undersøkelsen og i publisering av resultater.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Det blir brukt tallkoder i utskrivning av intervjuet for eksempel Intervjuperson 1, intervjuperson 2 også videre.

Når studien avsluttes i 2012 vil navnelistene og lydopptak bli slettet.

.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Monica Sjøvoll, mobilnr:41202695. Kan også bruke min mailadresse : msjvoll@gmail.com

Personvern

I denne studien er det dine erfaringer med delirium, dine vurderinger av sykepleie til denne gruppen i praksisfeltet som blir grunnlaget for funn i studien.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysningene du har gitt.

Informasjon om utfallet av studien

Studien vil bli publisert ved universitetet i Tromsø på biblioteket sammen med andre masteroppgaver i helsefag. Det vil være mulig for deg å lese den der, eller du kan få resultatet av studien fra meg. Dette er en avtale vi kan gjøre under intervjuet. Resultatene publiseres slik at identiteten til inkluderte ikke kommer frem.

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Invitere intervjuperson til å fortelle litt om seg selv og sin sykepleie praksis.

Hvor mange år sykepleier, praksis fra.....

Før selve intervjuet vil jeg starte med å fortelle litt om meg selv. Hvordan jeg har tenkt å gjennomføre intervjuet. Forklare at jeg har noen tema jeg gjerne vil vite noe om, men at intervjupersonen inviteres til å fortelle fritt, og at intervjuet ikke er bundet til noe bestemt rekkefølge av tema.

Hovedtema: delirium/akutt forvirring og god sykepleie

Definere begrepet delir: en uspesifikk reaksjon på en somatisk sykdom, forgiftning, det er akutt hjernesvikt.

Kunnskap og kompetanse

Kan du fortelle om et møte med en person med delirium ?

Hva fortalte deg at det var delir ?

Hva skjedde i den situasjonen du nevnte ?

Kan du beskrive hvordan situasjonen som innebærer læring for deg ?

Kan du beskrive hvordan du har tilegnet deg kunnskap om denne tilstanden ?

Sykepleiers erfaring og praksis

Hva gjør du når du oppdager at en pasient er i delir ?

Hva tenker du når jeg sier delir og demenssykdom eller andre sykdommer ?

Er det en annen situasjon du husker spesielt godt ?

Kan du si noe om utfallet av denne situasjonen ?

Hva er din tilnærming/ kommunikasjon med pasienter i delir ?

Hva vil du si om din egen praksis

Ramme -arbeidsforhold

Hvem samarbeider du med på avdelingen ?

Hva mener du er den største utfordringen hos dere på avdelingen når det gjelder delir ?

Er det noe du kunne tenke deg var annerledes for å kunne gi god sykepleie til disse pasientene?

Er det noe annet du vil si som vi ikke har snakket om ?

Trives du i jobben din som sykepleier ?

Hvordan synes du dette har vært ?

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Geir Lorem
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 28.09.2011

Vår ref: 27900 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27900	<i>Hva gjør sykepleierne for å fremme god sykepleie til den gamle pasienten som har delirium?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Geir Lorem</i>
Student	<i>Monica Sjøvoll</i>

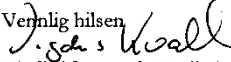
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i ~~meldeskjemaet~~, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Monica Sjøvoll, Håreks gate 48, 8514 NARVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27900

Utvalget består av inntil fem sykepleiere ved kirurgisk avdeling. Data samles inn via personlig intervju.

Førstegangskontakt foretas via ledelsen ved klinikken. Det gis skriftlig informasjon til utvalget. De som ønsker å delta, tar direkte kontakt med prosjektleder, jf. e-post av 27.09.2011. Informasjonsskriv av 27.09.2011 finnes tilfredsstillende, forutsatt at setningen vedrørende anonymitet endres til "Alle opplysninger vil behandles konfidensielt under hele undersøkelsen".

Det legges til grunn at informantene ikke skal uttale seg om identifiserbare enkeltpasienter, jf. e-post av 26.09.2011.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2012 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.