



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Anita Moen Hakestad		

Deltaker

Kandidatnr.: 609

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Forebygging av delirium postoperativt hos eldre pasienter
Antall ord *: 8964
Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

Forebygging av delirium postoperativt hos eldre pasienter

Hvordan kan sykepleiere være med på å forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter med hoftebrudd



”Young Female Nurse Assisting Man Walk in Hospital Corridor”, 2016, Britannia ImageQuest.
(quest.eb.com/search/107_296946/1/107_296946/cite).

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet, avd. Stord, kull 2017

Innleveringsdato: 22.04.20

Antall sider: 26

Antall ord: 8964

Sammendrag

Tittel: Forebygging av delirium postoperativt hos eldre pasienter

Bakgrunn:

Hoftebrudd er vanlig blant eldre i den norske befolkningen. Det forekommer ca. 9000 hoftebrudd årlig i Norge, der eldre over 65 år er mest utsatt. Blant eldre pasienter med hoftebrudd er forekomsten av delirium ekstra høy. Temaet vekket min interesse da jeg var i kirurgisk praksis og erfarte flere tilfeller av delirium hos eldre pasienter. På bakgrunn av dette ønsket jeg å se nærmere på dette fenomenet.

Problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere være med på å forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter med hoftebrudd?”

Hensikt:

Flere sykepleiere beskriver manglende kunnskap om delirium og usikkerhet rundt identifiseringen av tilstanden. Derfor er hensikten å finne ut hvilke forebyggende tiltak en kan iverksette for å forebygge utvikling av delirium hos eldre, hofteopererte pasienter.

Metode:

Det er benyttet litteraturstudie som metode i denne oppgaven, basert på litteratursøk i databaser som Swemed+ og Cinahl. Pensumlitteratur og 5 utvalgte forskningsartikler er tatt i bruk for å belyse og svare på problemstillingen.

Resultater/funn:

Samlet viser de forskjellige studiene at det rettes for lite fokus mot forebygging av delirium og at avdelingene er preget av mangel på ressurser og tid. Vi ser at manglende faglig bevissthet blant helsepersonell går igjen og at det er en sammenheng mellom kompetansen deres og identifisering/behandling av delirium. De viktigste forebyggende tiltakene for delirium viser seg å være ikke-medikamentelle, da noen medikamenter kan bidra til å utvikle tilstanden.

Konklusjon:

Ut ifra resultatene kan det virke som at det er behov for et kunnskapsløft når det gjelder forebyggende tiltak, samt bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere delirium. Ettersom tilstanden oftest oppdages på bakgrunn av symptomer, blir den hypoaktive formen for delirium ofte oversett. Derfor er økt fokus på bruk av kartleggingsverktøy spesielt nødvendig.

Nøkkelord: forebygging, delirium, eldre, hoftebrudd

Summary

Title: Prevention of post-operative delirium in elderly patients

Background:

Hip fractures are common in the Norwegian population. In a year, there are approximately 9000 hip fractures in Norway, where the people over 65 years are most at risk. Among older patients with hip fractures, the incidence of delirium is extremely high. The topic was selected during my work placement in the surgical department; where I witnessed several cases of delirium amongst older patients. This left me wanting to research the phenomenon further.

Research Question:

“How can nurses help prevent post-operative delirium in older patients with hip fractures?”

Purpose:

Several nurses describe a lack of knowledge of delirium and insecurity regarding the identification of the condition. Therefore, the purpose is to discover which preventive measures can be implemented to prevent delirium from developing in older hip operation patients.

Method:

The method used in this paper is a study of literature, based on literature searches in relevant databases, including “Swemed+” and “Cinahl”. Five research journal articles, as well as syllabus literature, have been selected to shed light on and answer the research question.

Findings:

The studies show that there is not enough focus on preventing delirium, and that departments are showing signs of lacking both time and resources. Inadequate professional awareness of delirium amongst health care workers is identified as a recurring issue, as is the connection between workers’ competence and recognition/treatment of delirium. The most important preventative measures for delirium appear to be non-drug treatments, as some drugs can contribute to the condition.

Conclusion:

The findings of this study show that there is a need to expand the field of knowledge regarding preventative measures, as well as the development of assessment tools to identify delirium. Due to the fact that delirium is most often recognised from its symptoms, health care workers regularly fail to identify the hypoactive kind of delirium. Therefore, it is especially necessary to place focus on, and highlight the importance of, assessment tools.

Keywords: Prevention, delirium, elders, hip fractures

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2 BEGRUNNELSE AV TEMA	8
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
1.4 AVGRENSING	8
2.0 TEORI	9
2.1 SYKEPLEIETEORI.....	9
2.2 HOFTEBRUDD.....	10
2.3 DELIRIUM.....	11
2.3.1 Årsaker til delirium.....	11
2.3.2 Sykepleie ved delirium.....	12
2.4 POSTOPERATIV SYKEPLEIE	12
2.5 YRKESETISKE RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIERE	13
3.0 METODE	14
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	14
3.2 FREMGANGSMÅTE	15
3.2.1 Tabell 1 – Swemed+	15
3.2.2 Tabell 2 – Swemed+	16
3.2.3 Tabell 3 - CINAHL	16
3.3 METODEKRITIKK.....	17
3.3.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	17
3.3.2 Etske overveielser i oppgaven	18
4.0 RESULTAT	19
4.1 SAMMENDRAG AV ARTIKKEL	19
4.1.1 Artikkel 1	19
4.1.2 Artikkel 2	20
4.1.3 Artikkel 3	20
4.1.4 Artikkel 4	21
4.1.5 Artikkel 5	22
4.2 ANALYSE AV RESULTAT	22
5.0 DRØFTING	23
5.1 PÅRØRENDE SOM RESSURS	23
5.2 MANGEL PÅ KUNNSKAP/MANGLENDE VERKTØY.....	24
5.3 MANGLENDE RESSURSER.....	26
5.4 IKKE-MEDIKAMENTELLE VS. MEDIKAMENTELLE TILTAK.....	27
5.5 LANG PREOPERATIV VENTETID	29
5.6 SYKEPLEIETEORETISK TILNÆRMING TIL DELIRPASIENTEN	30
6.0 AVSLUTNING	32
6.1 IMPLIKASJON FOR VIDERE FORSKNING	32
LITTERATURLISTE	33
VEDLEGG	35

1.0 Innledning

I dette kapitlet presenteres bakgrunn og begrunnelse for valg av tema, problemstillingen til oppgaven og hvilke avgrensninger jeg har valgt å bruke. Kort forklart hva delirium er og forekomsten av hoftebrudd i Norge blir også presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge forekommer det årlig ca. 9000 hoftebrudd, og forekomsten er høyest hos eldre over 65 år. Forekomsten av delirium blant eldre pasienter med hoftebrudd er særskilt høy, opp mot 59%, og er forbundet med økt morbiditet og mortalitet (Bøyum, 2019, s. 211).

Delirium kan kalles akutt hjernesvikt og er en forstyrrelse av hjernens funksjon. Sentrale symptomer er sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon, og kognitive funksjoner som innprentingsevne og korttidshukommelse reduseres. Desorientering for tid, sted og situasjon, samt feiltolkning av sanseinntrykk og psykiatriske symptomer som hallusinasjoner og paranoide forestillinger er vanlig, og kan medføre utagerende atferd. Det finnes tre typer delirium; hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium og en blanding av disse to. Hyperaktivt delirium er den som er enklest å kjenne igjen, der pasienten er psykomotorisk urolig, ofte vandrende, drar ut katetre/venekanyler og har paranoide hallusinasjoner. Hypoaktivt delirium er mer vanlig (ofte ikke erkjent) og er kjennetegnet av svekket oppmerksomhet og bevissthet, samt nedsatt psykomotorisk aktivitet. Pasientene er ofte rolig, krever ingenting og skaper ikke bryderi i avdelingen (Ranhoff, 2016, s. 453).

Denne oppgaven belyser temaet delirium. Bakgrunnen for valg av delirium er at jeg finner temaet interessant og jeg ønsker å fordype meg mer i dette. Da jeg var i kirurgisk praksis observerte jeg flere pasienter som hadde utviklet denne tilstanden, av ulike årsaker. Jeg skrev en kunnskapsbasert praksisoppgave om forebygging av delirium og fant da ut at jeg gjerne ville fordype meg mer i dette temaet.

1.2 Begrunnelse av tema

Da jeg var i praksis fikk jeg høre av sykepleierne på avdelingen at delirium er noe mange sykepleiere kan for lite om, og at det derfor ofte blir oversett. Å forebygge delirium er viktig av flere årsaker, blant annet for å unngå økt dødelighet, lengre sykehusopphold og økte kostnader. Delirium som ikke blir utredet eller behandlet fører til økt forekomst av andre kompliserende kroppslige sykdommer, som gir økt sykkelighet og videre fører til økt dødelighet. Dette resulterer i lengre sykehusopphold som igjen gir redusert fysisk og mentalt funksjonsnivå, som til slutt kan ende med livslangt opphold i institusjon. Alt i alt blir det større kostnader for samfunnet og livskvaliteten og livslengden for den eldre blir redusert (Thomsen, 2016). Hensikt og mål med oppgaven er å finne ut hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å forebygge at pasienter utvikler delirium postoperativt etter hoftebruddskirurgi.

1.3 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleiere være med på å forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter med hoftebrudd?”

1.4 Avgrensning

I problemstillingen nevner jeg eldre pasienter, men jeg velger å avgrense oppgaven til eldre over 65 år ettersom dette er den aldersgruppen som er høyest rammet. Delirium er også vanlig ved ulike andre tilstander, men her velger jeg å fokusere på postoperativt delirium hos pasienter etter hoftekirurgi.

2.0 Teori

Denne oppgaven tar utgangspunkt i pensumlitteratur som belyser problemstillingen og som gir en teoretisk referanseramme. I dette kapitlet blir sykepleieteoretiker, Joyce Travelbee, presentert og hennes teori rundt kirurgiske inngrep, menneske-til-menneske-forhold og viktigheten av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Teori om hoftebrudd, delirium og postoperativ sykepleie presenteres også, samt sykepleieres yrkesetiske retningslinjer når det gjelder sykepleier-pasient perspektivet.

2.1 Sykepleieteori

Å gjennomgå et kirurgisk inngrep er en menneskelig erfaring som den enkelte vil reagere på, på sin egen måte. De fleste møter problemer som dreier seg om forsøkene på å få oppfylt to grunnleggende behov; behovet for informasjon og behovet for sikkerhet. Behovet for informasjon referer til den enkeltes behov for å forstå hva som skjer med ham, mens behovet for sikkerhet handler om den enkeltes behov for å tro at han vil overleve inngrepet, og at han vil få god og kyndig pleie. Dersom en ikke vet hva realitetene går ut på, er det heller ikke mulig å akseptere disse realitetene. Derfor er det å vite, det første nødvendige skrittet mot å kunne akseptere realitetene. Joyce Travelbee mener at en sykepleiers rolle er å gi god og kyndig fysisk omsorg og arbeide for å ivareta den sykes behov for informasjon og sikkerhet før, under og etter det kirurgiske inngrepet. Hennes overbevisning er at mange ”sykepleieproblemer” oppstår fordi sykepleiere og andre helsearbeidere ikke anerkjenner og ivaretar nettopp disse behovene (Travelbee, 2017, s. 262-263). Denne teorien betraktes som relevant for oppgaven, ettersom eldres risiko for å utvikle postoperativt delirium øker betraktelig ved frykt og mangel på informasjon. Økning av stresshormoner kan kombinert med fysiske risikofaktorer bidra til utvikling av delirium. Når pasienten ikke har innflytelse på, eller mulighet til å påvirke situasjonen den er i kan stresshormonene ofte øke. Blant annet manglende innsikt og oversikt i situasjonen, fare for svikt eller tap av fysisk funksjon eller opplevelse av smerte og ubehag kan være årsaker til at pasienten opplever angst og utrygghet (Stubberud, 2016, s. 431).

Kirkevold (2008, s. 113) siterer Joyce Travelbee's (1926-1973) definisjon av sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene.

Ifølge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene en sykepleier har. Det er en gjensidig prosess der tanker og følelser deles eller overføres. Å hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene er for Travelbee selve hensikten med sykepleie, og kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå dette. Forebygging av sykdom og lidelse, samt å fremme helse er sykepleiens mål (Kirkevold, 2008, s. 118-121). Gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske-forhold er eneste måten sykepleiens mål og hensikt kan nås, og kan kun etableres mellom personer, mener Travelbee. Derfor er det avgjørende at man ser bort ifra roller slik som ”sykepleier” og ”pasient”, og at man heller for alvor ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike personer. Gjennom en interaksjonsprosess med faser som det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt er hvordan et menneske-til-menneske-forhold etableres (Kristoffersen, 2016, s. 32).

2.2 Hoftebrudd

Hvert år i Norge blir omtrent 10 000 rammet av hoftebrudd, hvor 55% er lårhalsbrudd. Vi kan dele hoftebrudd inn i tre kategorier; mediale lårhalsbrudd, laterale lårhalsbrudd og brudd gjennom trokanterregionen. At beinet ikke kan belastes, at det er forkortet og ligger utadrotert er typiske tegn på brudd, samt at det er smertefullt. Nedsatt funksjon og smerter kan være komplikasjoner til bruddet. Hos eldre og skrøpelige mennesker er mortaliteten høy ved brudd i hoften, og i løpet av de første 30 dagene dør ca. 10-15% av disse pasientene. Årsaken til de fleste av tilfellene av hoftebrudd hos eldre er osteoporose og økt fallrisiko. Fall eller snubling er årsaken til brudd i ca. 95% av tilfellene. Ca. 75 % av dem som får lårhalsbrudd er kvinner, som delvis kan forklares ved at osteoporose rammer kvinner mye mer enn menn (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s. 184-185).

I Norge har det vært ønskelig at pasientene med hoftebrudd skal opereres så fort som mulig, men ventetiden har lenge vært diskutert. Ifølge nyere studier skal det være viktigere å blant annet korrigere væske- og elektrolyttforstyrrelser, enn å operere innen et døgn, men det har vist seg å være uheldig dersom ventetiden blir på over to døgn. Hemiprotese blir vanligvis brukt ved mediale lårhalsbrudd. Ved laterale lårhalsbrudd og pertrokantære brudd, blir man etter at bruddet er reponert, operert med glideskrue og plate (Grønsløth et al., 2016, s. 184-185).

2.3 Delirium

Delirium er en ganske vanlig og alvorlig komplikasjon av ulike akutte sykdommer, og er kjennetegnet av akutt forvirring. Delirium er ikke en sykdom, men symptomer på at noe er galt et sted i kroppen. Når hjernekapasiteten vår overskrides kan man få alvorlige forvirringstilstander som følge. Dette kan skje ved for eksempel sykdom eller store påkjenninger, og hjernen får et slags ”sammenbrudd”. Under ekstreme forhold kan hvem som helst bli rammet av dette, men en årsak til at eldre er spesielt utsatt er at reservekapasiteten i deres hjerne er redusert som følge av aldringsprosessen. Tilstanden kan være livstruende dersom bakenforliggende årsaker ikke blir klarlagt og behandlet (Thomsen, 2016).

Demens er en betydelig risikofaktor for delirium. Pasienter med en demenstilstand som blir innlagt på sykehus er spesielt utsatt for delirium. Dette er fordi miljøet på sykehuset er fremmed og stressende, og det skal mindre påkjenninger til for at personer med demens får delirium enn hos personer uten demens. Demens kan også utvikles hos pasienter etter at de har hatt delirium. Grunnen til dette kan være at deliriet har bidratt til en skadelig prosess som gir demensutvikling eller at det har vært en underliggende begynnende demenstilstand, men årsaken er uavklart (Ranhoff, 2016, s. 453-454).

2.3.1 Årsaker til delirium

Årsaksfaktorene til delirium kan være predisponerende eller utløsende faktorer, ofte en kombinasjon av disse. I overvåkings- eller intensivavdeling forekommer delirium ofte, spesielt etter kirurgi og under behandling av kritisk sykdom. Faktorer hos pasienten som er tilstede før innleggelse i sykehus kalles predisponerende faktorer, og er faktorer som gir stor risiko for utvikling av delirium. Eksempler på slike faktorer kan blant annet være høy alder, kroniske sykdommer, nedsatt syn og hørsel, demens, hjerneskader og underernæring. Utløsende faktorer kan være hendelser som oppstår i løpet av behandlingen eller miljømessige, psykologiske og fysiske faktorer. De viktigste utløsende faktorene for delirium er de fysiske faktorene. Sentralnervesystemet blir påvirket av fysiologiske symptomer som kommer av skade, alvorlig sykdom, medisinsk behandling og komplikasjoner til medisinsk behandling, som fører til at hjernens evne til adekvat tolking og bearbeiding av informasjon blir svekket. Faren for å utvikle en akutt forvirringstilstand oppstår når denne evnen svikter. Eksempler på fysiske faktorer som kan utløse delirium er blant annet kirurgi, smerter, søvnmangel, infeksjoner, urinretensjon, elektrolyttforstyrrelser, generell anestesi osv. (Stubberud, 2016, s. 429-431)

2.3.2 Sykepleie ved delirium

For å kunne utøve sykepleie til pasienter som er uklare, aggressive, har nedsatt kognitiv funksjon, er utagerende, motorisk urolige og som har liten evne til å samarbeide, kreves det gode kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Det er utfordrende å klare og ivareta autonomiprinsippet, ikke skade-prinsippet, likebehandlingsprinsippet og velgjørhetsprinsippet. Å kunne gi støtte til pårørende, identifisere tilstanden, vurdere bruk av tvang og ivareta kravet om respekt er noen av de sykepleiefaglige utfordringene man gjerne vil komme borti. Delirium hos eldre blir ofte underdiagnostisert, ettersom symptomene lett kan mistolkes som demens. Pasienter med delirium kan ofte ha en utagerende og aggressiv atferd, men har likevel krav på respekt og omsorg. Det kan bli en utfordring for sykepleieren å handle på en måte der pasienten ikke føler seg krenket. I tilfeller der pasienten motsetter seg behandlingstiltak og river ut utstyr kan det bli vanskelig å sikre kontinuitet i rehabiliteringen til pasienten, og dersom pasienten motsetter seg livreddende helsehjelp kan det bli nødvendig med bruk av tvang. For at pårørende skal være innforstått med evt. bruk av tvang i behandlingen trenger de informasjon og støtte. Dette gjelder også for at de skal forstå atferden til pasienten, ettersom dette kan oppleves belastende for pårørende (Stubberud, 2016, s. 429-431).

For å belyse pårørendes rolle i identifisering og forebygging/behandling av delirium inkluderes også to fagartikler i oppgaven, som forteller om tegnene på delirium hos eldre og viktigheten av oppfølging av intensivpasienter (Eide, Instenes, Ranhoff, Amofah & Norekvål, 2020) (Kolloen, 2020).

2.4 Postoperativ sykepleie

Postoperativ fase starter når det kirurgiske inngrepet er avsluttet. Når tilstanden er tilstrekkelig stabil blir pasienten kjørt til postoperativ avdeling. Postoperativ avdeling og intensivavdeling ligger som oftest nær operasjonsavdelingen slik at transporttiden blir kortest mulig, ettersom man da har lite kontroll over blodtrykk og hjerteaksjon og tiden dermed er relativt risikofyllt. Umiddelbart etter at pasienten er ankommet fra operasjonsavdelingen starter overvåkning og registrering av vitale tegn og andre parametere hvert 15 minutt, før det etter en time registreres med litt større mellomrom. Dette er likevel bare retningsgivende ettersom overvåkingen må tilpasses hver enkelt pasient ut ifra tilstand før operasjonen og hvilken kirurgisk behandling som er gjennomgått. Først og fremst bør observasjoner og kliniske vurderinger ta utgangspunkt i ABCD; altså frie luftveier, ventilasjon, sirkulasjon og våkenhetsgrad og bevissthet. Utenom dette bør en kontrollere kroppstemperatur, ettersom det

under operasjon er fare for hypotermi. En bør også vurdere smerte og kvalme og eventuelt behandle dette, slik at pasienten unngår unødvendig ubehag (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dāvøy & Eide, 2016, s. 345-346).

Som følge av anestesi, smertene, den kirurgiske behandlingen og immobiliseringen kan det oppstå postoperative komplikasjoner. For å forebygge og behandle eventuelle komplikasjoner er det viktig å oppdage tidlige tegn på endringer hos pasienten. Allmenntilstand, bevissthet, vitale tegn, mage-tarm-funksjon og tegn til sårkomplikasjoner må observeres av sykepleieren, og vanlige tegn på komplikasjon er feber og generell sykdomsfølelse. Vurderingsskjemaer som Modified Early Warning Score (MEWS) eller National Early Warning Score (NEWS) kan være hensiktsmessig å bruke for å observere vitale tegn og tidlige tegn på endringer (Berntzen et al., 2016, s. 346-347).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Sykepleiens grunnlag skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal være kunnskapsbasert, bygge på omsorg og respekt for menneskerettighetene og barmhjertighet. Sykepleieren skal ivareta retten til helhetlig sykepleie, retten til ikke å bli krenket og retten til å være medbestemmende, altså verdigheten og integriteten til den enkelte pasient skal ivaretas. Sykepleieren har også ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, samt å understøtte pasientens håp, mestring og livsmot. Ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått, fremmer sykepleieren også pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

3.0 Metode

I denne oppgaven har litteraturstudie blitt brukt som metode. Metoden blir presentert i dette kapitlet sammen med fremgangsmåte og søketabeller, samt kritisk vurdering av både oppgaven og forskningsartikler, og studiens etiske overveielser.

Når vi vil undersøke noe, er det metoden som er redskapet vårt, som hjelper oss å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Vi har kvantitativ metode og kvalitativ metode. Ønsker vi for eksempel å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp, bruker vi kvantitativ metode. Disse metodene gir data i form av målbare enheter. Dersom vi ønsker å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste, bruker vi kvalitativ metode. På hver sin måte bidrar begge disse metodene til bedre forståelse av det fenomenet vi undersøker, og hvordan vi handler og samhandler som enkeltmennesker, grupper og institusjoner (Dalland, 2019, s. 52). I denne studien har det blitt inkludert både kvalitative og kvantitative studier for å besvare oppgavens problemstilling.

3.1 Litteraturstudie som metode

Å være metodisk i vitenskapelig forstand er å bruke og overholde intellektuelle standarder i vår argumentasjon. Det stiller krav til å tenke og systematisere våre tanker, i tillegg til ærlighet og sannhet. Med ordet ”metode” tenker vi oftest på en bestemt metode som for eksempel intervju, observasjon eller spørreskjema. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Den kan beskrives som det å følge en vei mot et mål der forskeren utfordres til å beskrive veien og redegjøre for valgene som er tatt underveis. Forskeren må ha fulgt godkjente regler som er knyttet til bruk av anerkjente metoder for at undersøkelsen skal bli karakterisert som forskning (Dalland, 2017, s. 51-54). Litteraturstudie som metode innebærer å finne den beste tilgjengelige kunnskap. Når man skal finne dette trenger man å søke i spesielle kilder for forskningslitteratur. Hvilke kilder som er best å søke i avhenger av hva du skal finne svar på, og for å finne den beste kunnskapen er det viktig å finne de rette søkeordene og bruke søketeknikker tilpasset kildene du søker i (Helsebiblioteket, u.å.).

3.2 Fremgangsmåte

For å samle inn data ble kilder som Swemed+, sykepleien.no og Cinahl tatt i bruk for å søke etter aktuell litteratur. Disse tre søkebasene har vi lært å bruke gjennom studiet og det har vært kurs på skolen i både Swemed+ og Cinahl, som derfor gjorde det naturlig å velge disse databasene. Swemed+ og Sykepleien ble brukt for å se utvalget av norske forskningsartikler først, deretter ble det gjort søk på Cinahl for å få et litt bredere utvalg. På disse sidene ble det tatt i bruk søkeord som ”forebygging”, ”delirium”, ”postoperativ”, ”hoftekirurgi”, ”hoftebrudd”, ”sykehus” og ”sykepleier”, og disse søkene ble gjort både på norsk og på engelsk. De ulike artiklene ble valgt ved å gå igjennom listen over ulike treff, lese metode- og resultatdel på de artiklene som ble plukket ut, og dermed vurdere om artiklene var relevant til problemstillingen og det som var ønskelig å finne ut av.

3.2.1 Tabell 1 – Swemed+

Søk i Swemed+ 25.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Forebygge*		1253
2	Delirium		143
3	Hoftebrudd		360
4	Eldre		2072
5	#1 OR #2 OR #3		1734
6	#4 AND #5		75

Søk nr. 6 i Swemed+ ga treff på artikkelen ”*Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd*” av Bøyum (2019). Denne artikkelen ble valgt ut ifra 75 artikler ettersom den svarer ganske nøyaktig på det problemstillingen i denne oppgaven er ute etter. Den ble betraktet som den mest relevante artikkelen blant treffene.

3.2.2 Tabell 2 – Swemed+

Søk i Swemed+ 25.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Forebygge*		1253
2	Delirium		143
3	Hoftebrudd		360
4	Eldre		2072
5	#1 OR #2 OR #3		1734
6	#4 AND #5		75
7	#4 AND #5	Språk: Norwegian	33

Ut ifra 33 treff endte det opp med tre artikler som ble ansett som relevante til oppgaven. Søk nr. 7 ga treff på artikkelen ”Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd” av Vassbø & Eilertsen (2011) som ble valgt på grunn av relevansen til problemstillingen. Søk nr. 7 ga også treff på artiklene ”Delirium hos eldre pasienter” av Neerland & Wyller (2013) og ”Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmodtak” av Evensen, Saltvedt, Ranhoff, Myrstad, Mellingsæter, Wang-Hansen & Neerland (2019). Disse to artiklene ble valgt ettersom de belyser oppgavens problemstilling.

3.2.3 Tabell 3 - CINAHL

Søk i CINAHL 25.02.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Prevent		196515
S2	Delirium		17744
S3	Post operative		22355
S4	Hip fracture		24654
S5	Elderly		178728
S6	Hospital		854097
S7	Nurse		897632
S8	S1 OR S2		213341
S9	S3 OR S4 OR S7		942539
S10	S5 AND S8 AND S9		1256
S11	S5 AND S8 AND S9	Publisert: 20100101-	402

		20201231; Språk: English; Peer Reviewed; Age Groups: 65+ years	
--	--	---	--

Søk nr. 11 ga treff på artikkelen ”*Association between postoperative delirium and mortality in elderly patients undergoing hip fractures surgery: a meta-analysis*” av Bai, Liang, Zhang, Liang, He, Wang & Wang (2019). Denne artikkelen ble valgt og anses som relevant ettersom den tar for seg sammenhengen mellom postoperativt delirium og dødelighet hos eldre som har gjennomgått hoftebruddskirurgi. Her ble ikke alle 402 treffene gjennomgått ettersom det blir svært omfattende, men de to første sidene med treff ble gått igjennom og vurdert. Slik endte det opp med denne artikkel, som ble ansett som den mest relevante blant disse treffene.

3.3 Metodekritikk

Kildekritikk er når man vurderer og karakteriserer den litteraturen man har funnet, samt redegjøring under utvelgelsen, altså hvilke kriterier en har benyttet. En må vurdere så godt en kan om litteraturen man har funnet kan brukes til å beskrive og belyse den valgte problemstillingen (Dalland, 2019, s. 158). Dette har blitt gjort i denne oppgaven ved å ta i bruk sjekklister og kritisk vurdere artiklene på denne måten.

3.3.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

For å kritisk vurdere forskningsartiklene som ble utvalgt, ble det tatt i bruk sjekklister fra helsebiblioteket.no for både kvalitativ og kvantitativ metode. Dette ble gjort for å vurdere om artiklene er til å stole på og om innholdet svarer til problemstillingen. Ettersom flere av artiklene har gitt noenlunde samme resultater, anser jeg dette som en stor sannsynlighet for at resultatene er gyldige. Oversiktsartikkelen ”*Delirium hos eldre pasienter*” har lite utfyllende metodedel der man får minimalt innblikk i hvordan litteraturen ble plukket ut og vurdert. Likevel kommer det frem nyttig informasjon i artikkelen som kan belyse problemstillingen i oppgaven, og som derfor blir kombinert med fire andre, veldig gode artikler. Vurderingen fra sjekklister viser at artiklene sannsynligvis er til å stole på og alle fem artiklene har overføringsverdi til praksis. Ettersom alle de 402 treffene i søket i Cinahl ikke ble gjennomgått, er det en mulighet for at andre relevante artikler ikke ble funnet. Jeg konkluderte med at dersom flere begrensninger hadde blitt brukt for å få færre treff, kunne også dette ført til at jeg ville gått glipp av relevante artikler. Konklusjonen ville sannsynligvis ikke blitt

annerledes likevel. I oppgaven er det inkludert en forskningsartikkel om forekomst av delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. Tanken bak dette er at det kan være greit å ha en viss forståelse av forekomsten av delirium på sykehus generelt, samt at den også inkluderer eldre pasienter til kirurgi. Selv om temaet går litt utenfor problemstillingen er tanken at den likevel kan bidra til å belyse problemstillingen.

3.3.2 Etiske overveielser i oppgaven

Etiske overveielser handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og ikke bare det å følge regler. I forhold til samfunnets normer og verdier er forskningsetikk et område av etikken som har med vurdering av forskning. Vurderingen innebærer alt fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke metoder som brukes. Hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres blir også vurdert. Å sikre at deltakerne i en forskning ikke påføres skade eller unødvendige belastninger, samt å ivareta personvern er det forskningsetikk handler om. Enkeltpersoners integritet og velferd må ikke bli glemt i forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt (Dalland, 2019, s. 235-236). Anonymitet er ivaretatt i alle artiklene som er tatt i bruk, og i de kvalitative studiene der intervjuene ble spilt inn på lydopptak er det gjort rede for at disse ble slettet etter at de var ferdig med transkriberingen, samt at alt ble anonymisert i transkripsjonene. I artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2011, s. 132-133) er det gjort rede for at begge kjønn og ulike europeiske bakgrunn var representert, samt at Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) samtykket til oppbevaring av materialet og bekreftet oppfylte krav til personvern og oppbevaring av elektronisk data. I artikkelen til Bøyum (2019, s. 213) er det også gjort rede for etiske hensyn slik som at søknad om datainnsamling, lagring og sletting ble godkjent av NSD og personvernombudet for forskning. Opplysninger er anonymisert når man ikke kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale på noen som helst måte, verken indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller direkte gjennom navn eller personnummer. Lyd- eller billedopptak skal slettes/makuleres eller sladdes ved avsluttet prosjekt dersom dette er brukt og avtale om gjenbruk ikke er inngått (Dalland, 2019, s. 239).

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres forskningsartiklene som er brukt i oppgaven, sammendrag av artiklene og en kort oppsummering av de sentrale funnene i studiene. I oppgaven benyttes det to forskningsartikler som tar for seg sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd, samt hvordan en kan forebygge dette (Bøyum, 2019) (Vassbø & Eilertsen, 2011). Disse artiklene anses som aktuell ettersom problemstillingen er hvordan sykepleiere kan forebygge postoperativt delirium. Andre forskningsartikler som blir brukt er artikler som belyser delirium hos eldre pasienter, forekomsten av delirium og kognitiv svikt i akuttmottak og sammenhengen mellom utvikling av delirium og dødelighet etter hofteoperasjon (Neerland, Watne & Wyller, 2013) (Evensen et al., 2019) (Yang, Zhao, Dong, Yang, Zhang & Zhang, 2016). Oversiktstabell over de ulike forskningsartiklene ligger vedlagt i oppgaven.

4.1 Sammendrag av artikkel

4.1.1 Artikkel 1

”Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd”.

Artikkelen er fagfellevurdert og publisert i tidsskriftet Sykepleien i 2013, oppdatert i 2019, og er skrevet av Åge Wiberg Bøyum. Bakgrunnen for denne studien er at utvikling av delirium er svært høy hos eldre pasienter med hoftebrudd. Hoftebrudd er også ganske vanlig blant eldre og det forekommer årlig ca. 9000 hoftebrudd i Norge, der eldre over 65 år er mest utsatt. Hensikten var å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere har når det gjelder å forebygge delirium blant eldre pasienter med hoftebrudd. Datainnsamlingen ble gjort ved bruk av to fokusgruppeintervju basert på Casey og Kruegers metode, der til sammen 11 informanter deltok. Ni av disse var sykepleiere og to var hjelpepleiere, med erfaring på avdelingen fra 3-25 år. Resultater som kommer frem i studien var at kunnskap og erfaring med å forebygge delirium stod sterkt hos sykepleierpersonalet, men det utgjorde en begrensning at de hadde mangel på ressurser. Momenter som utgjorde risiko for å utvikle delirium var blant annet dehydrering, utilstrekkelig smertelindring og skjerming, lang preoperativ ventetid, ulike beroligende medikamenter, for lite informasjon og dårlig kommunikasjon. Konklusjonen er at man må ha bevissthet på slike komplekse forhold og et helhetlig perspektiv i forebygging av delirium. I studien er det klart for sykepleierne at det er viktig med gjentakende informasjon til pasientene og at en må unngå et kaotisk miljø. Det er lite vektlagt pasienter med hypoaktivt delirium i denne studien. Informasjon og støtte er også viktig blant pårørende ettersom

kontakten med disse kan være et viktig element i å forebygge delirium hos pasientene (Bøyum, 2019, s. 210-217).

4.1.2 Artikkel 2

”Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd”.

Artikkelen er skrevet av Tove K. Vassbø og Grethe Eilertsen, og er publisert i tidsskriftet, Nordisk Sygeplejeforskning, i 2011. Den er også fagfellevurdert. Bakgrunnen for denne studien er at det viser seg å være begrenset med forskning vedrørende sykepleieres praksiserfaringer med delirium hos eldre, samtidig som forekomsten av delirium hos eldre med brudd er høy. Studien har et kvalitativt, deskriptivt design og det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer der totalt 15 sykepleiere fra to ortopediske avdelinger deltok. Deltakerne ble rekruttert via en kontaktperson ved hver avdeling, som ble utpekt av ledelsen. Inklusjonskriteriene for deltakelse var at det måtte være autoriserte sykepleiere som jobbet i ortopedisk avdeling i minimum 50% ansettelse. Blant deltakerne varierte det fra 4 måneder til 14 år i erfaring med pasienter med delirium i ortopedisk avdeling. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett transkribert og analysert i ettertid. Resultater som kommer frem viser at annen klinisk forskning samsvarer med deltakernes kliniske erfaringer, som styrker argumentet for å prioritere gamle med brudd til kirurgisk ortopedi. Å identifisere og planlegge målrettede tiltak knyttet til eldre som er i risiko for eller har utviklet delirium, blir vanskelig ettersom mange sykepleiere har utilstrekkelig kunnskap rundt dette. Resultatene tyder også på at deltakerne ble inspirert av fokusgruppeintervjuene til å sette i gang nye refleksjoner, jo dårligere pasienten er rustet for operasjon, jo mer utsatt er den for delirium. Konklusjonen er at gamle pasienter som er i fare for eller har utviklet delirium ikke får adekvat hjelp, som er en konsekvens av dagens korte sykehusinnleggelses. Da kan nemlig grunnleggende sykepleie bli nedprioritert, noe deltakerne i denne studien gir uttrykk for. I arbeidet med å effektivisere og tilpasse helsetilbud for gamle kan økt kompetanse være et viktig steg i riktig retning. Dette har studien bidratt til å sette mer fokus på (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 129-141).

4.1.3 Artikkel 3

”Delirium hos eldre pasienter”

Artikkelen er skrevet av Bjørn Erik Neerland, Leiv Otto Watne og Torgeir Bruun Wyller og er publisert i tidsskriftet, Den norske legeforening, i 2013. Formålet med denne studien er å gi oppdatert kunnskap om delirium til helsepersonell som håndterer denne tilstanden, ettersom det er en så vanlig og alvorlig komplikasjon til akutt sykdom. Datainnsamlingen foregikk ved

å søke etter litteratur i PubMed ved å kombinere ulike søkeord med ”delirium”. Søket ble gjort på engelsk og artikler ble skjønnsmessig plukket ut. I tillegg supplerte de med egen klinisk erfaring i feltet og med artikler fra eget litteraturarkiv. Resultatene som kommer frem i artikkelen er ulike forebyggende tiltak, samt medikamentell og ikke-medikamentell behandling, risikofaktorer som høy alder og demens, patofysiologi og at utvikling av delirium er forbundet med økt dødelighet. Prevalensen for delirium er nær 50% hos pasienter med hoftebrudd. Det kommer frem at forebygging med en multifaktoriell og tverrfaglig tilnærming er angitt å gi en 40% relativ risikoreduksjon for delirium. Det konkluderes med at for å forebygge og behandle delirium er ikke-medikamentelle tiltak viktigst og påvisning og behandling av utløsende årsak må ha høy prioritet ved tilstanden. Kunnskapsgrunnlaget rundt delirium er mangelfull og forskningen er sparsom. Det er derfor nødvendig med mer forskning og bedre kliniske kunnskaper for at behandlingstilbudet til pasienter med delirium skal bli bedre (Neerland, Watne & Wyller, 2013, s. 1596-1600).

4.1.4 Artikkel 4

”Association between postoperative delirium and mortality in elderly patients undergoing hip fractures surgery: a meta-analysis”.

Artikkelen er publisert i Osteoporosis International i 2019, og er skrevet av J. Bai, Y. Liang, P. Zhang, X. Liang, J. He, J. Wang og Y. Wang. Bakgrunnen for denne metaanalysen var å vurdere sammenhengen mellom postoperativt delirium (POD) og dødelighet hos eldre pasienter som hadde gjennomgått hoftebruddskirurgi. Denne metaanalysen ble utført i samsvar med de foretrukne rapporteringselementene for systematiske oversikter og metaanalyser. Det ble gjort søk i PubMed, Embase, Web of Science og Scopus for studier som forsket på effekten av POD på dødelighet hos eldre pasienter med gjennomgått hoftekirurgi. Søkeordene som ble brukt var ”delirium”, ”hip”, ”mortality” og deres varianter. To anmeldere valgte studier uavhengig av hverandre, vurderte kvalitet og hentet ut data, og metaanalysen inkluderte til slutt 21 kohortstudier. Resultatene viste at POD var assosiert med en økning i perioperativ dødelighet. Fem artikler viste at delirium var en betydelig risikofaktor for 30-dagers dødelighet. De samlede resultatene demonstrerte at tilnærmet en fjerdedel av pasientene som gjennomgikk hoftekirurgi ville utvikle POD, og delirium økte dødeligheten på kort og lang sikt hos disse pasientene (Bai et al., 2019, s. 317-325).

4.1.5 Artikkel 5

”Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak”

Artikkelen er publisert i Tidsskriftet, Den Norske Legeforening, i 2019 og er skrevet av Sigurd Evensen, Ingvild Saltvedt, Anette Hysten Ranhoff, Marius Myrstad, Christian Myrstad, Marte Mellingsæter, Marte Sofie Wang-Hansen og Bjørn Erik Neerland. Bakgrunnen og hensikten til denne studien var å undersøke forekomsten av delirium og kognitiv svikt blant eldre pasienter i norske akuttmottak på World Delirium Awareness Day 14. Mars 2018, ettersom disse tilstandene ikke er kartlagt i norske sykehus. Det ble gjennomført en punktprevalensundersøkelse, der de inkluderte pasienter over 75 år som ankom ti norske akuttmottak i tidsrommet 08-22 denne dagen. Ved hjelp av det validerte screeningverktøyet 4AT vurderte en geriatrer eller lege, med lang erfaring i geriatri, pasienten for delirium og kognitiv svikt. Han registrerte alder, kjønn, klokkeslett og innleggelsesavdeling. Resultatet viser at av totalt 118 inkluderte pasienter som ankom akuttmottakene var det 17% som hadde funn forenlig med delirium, mens ytterligere 30% hadde tegn på kognitiv svikt. Konklusjonen er at alle avdelinger som behandler eldre pasienter bør ha rutiner og kompetanse for å ivareta pasienter med delirium og kognitiv svikt på best mulig måte. Dette underbygges i denne studien ettersom alle sykehus og typer avdelinger mottok pasienter med tegn til delirium og/eller kognitiv svikt (Evensen et al., 2019).

4.2 Analyse av resultat

Felles for alle artiklene er at resultatdelen viser at forekomsten av delirium hos eldre er vanlig, spesielt ved hoftebrudd. Sammenhengen mellom sykepleieres kompetanse og identifisering og behandling av delirium går også igjen i flere av studiene, altså manglende faglig bevissthet blant helsepersonell. Mangel på ressurser og tid er også noe som blir gjentatt, dette utgjør en begrensning for sykepleiepersonalet ettersom eldres behov for at ting skjer i et rolig tempo ikke blir prioritert. Hypoaktivt delirium er lite vektlagt i studiene. Ikke-medikamentelle tiltak fremfor medikamentelle tiltak synes å være det mest effektive for både å forebygge og behandle delirium. Artikkelen til Bai et al. (2019) viser en noe høyere andel av forekomst av postoperativt delirium hos pasienter med hoftebruddskirurgi, enn det de norske artiklene gjør. Denne viser at tilnærmet en fjerdedel av pasientene ville utvikle postoperativt delirium. Artiklene viser også at tilstanden er assosiert med økt dødelighet.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes det hvordan sykepleiere kan være med på å forebygge delirium hos eldre pasienter over 65 år, som har gjennomgått hoftebruddskirurgi. For å besvare oppgavens problemstilling, drøftes det også litt omkring dødelighet ved delirium og preoperative faktorer som har innvirkning på postoperativ forebygging.

5.1 Pårørende som ressurs

I flere av studiene kommer det frem hvor viktig det kan være å involvere pårørende i tilfeller der pasienten er utsatt for eller har utviklet delirium. I studien til Bøyum (2019) kommer det godt fram i gruppeprosessen under intervjuene at sykepleiepersonalet anså pårørende som en betydelig ressurs for pasientene. Pårørendes tilstedeværelse kunne være en avgjørende faktor for forebygging av delirium, ettersom det for pasientene kunne ha en svært beroligende og/eller realitetsorienterende effekt. I perioder der pasienten hadde hallusinasjoner og paranoia kunne tilstedeværelsen av pårørende av og til også reversere tilstanden. Svært forvirrede pasienter kan bli mottakelige for realitetsorientering når de kjenner igjen sine pårørende (Bøyum, 2019, s. 214-215). I arbeidet med pasienter med delirium er trygghet et nøkkelord. For å øke tryggheten hos disse pasientene kan det å legge til rette for at pårørende kan være mest mulig til stede og at pasienten får enerom være spesielt viktig, dersom dette er mulig (Eide et al., 2020). I intensivavdelinger kan pasientens syn på veien tilbake til den vanlige hverdagen føles lang, der de føler seg ensom og savner ektefelle, venner og pårørende. Ved å fokusere på ressursene og kreftene til pasienten, kan sykepleieren bidra til å gi mening i den vanskelige situasjonen pasienten er i. Pårørende kan være en av pasientens ressurser ettersom de ofte kan hjelpe til å lindre den ubehagelige opplevelsen pasienten har. Gjennom informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende kan sykepleieren bidra til å aktivere mestringsstrategiene til pasienten (Kolloen, 2020, s. 56).

På den andre siden kommer det også fram i studien til Bøyum (2019, s. 214) at dersom en mor eller far er sterkt mentalt forandret, så kan dette oppleves vanskelig for de pårørende.

Informantene i studien hadde erfaring og kunnskap om viktigheten av å informere pårørende, men likevel var ikke dette et budskap som alltid ble sikret at ble forstått. Dette kunne medføre at det gikk tid før pårørende som ressurs ble en forebyggende faktor. Mange pårørende har også mangel på tid og mulighet til å besøke, og får dermed ikke tilbragt like mye tid hos pasienten som de gjerne ønsker. I slike tilfeller hadde informantene erfaring med at pasientene kunne snakke med pårørende på telefon, noe som kunne bringe inn et kjent element som de

kunne forholde seg til (Bøyum, 2013, s. 214-216). Stubberud (2016, s. 429) skriver også at det å gi støtte til pårørende kan være en sykepleiefaglig utfordring. Det kan være svært belastende for pårørende å oppleve et familiemedlem med delirium. For å forstå hvorfor pasienten oppfører seg som den gjør, og for å eventuelt være innforstått med bruk av tvang, er det viktig at pårørende får støtte og informasjon (Stubberud, 2016, s. 429-430).

I Vassbø og Eilertsens (2011) studie kommer det fram at det manglet rutiner og systematikk for innsamling av data om pasientenes mentale status før innleggelse. Sykepleierne sier at hos pasienter med svekkede sanser og endret bevissthetsnivå kan det å komme i kontakt være en vanskelig utfordring. I slike tilfeller var de oppmerksomme på den informasjonen pårørende kunne komme med. Dersom sykepleierne ikke kjenner pasienten kan det være vanskelig å vite om pasienten er klar til vanlig, og dermed er det veldig usikkert hvilket utgangspunkt de har. Her kan pårørende komme med nyttig informasjon (Vassbø og Eilertsen, 2011, s. 136-137). Det kan være vanskelig å identifisere delirium i tilfeller der pasienten i løpet av kort tid veksler mellom å ha hypo- og hyperaktivt delirium. Spesielt for pasienter med akutte innleggelser kan det i tillegg være vanskelig å oppdage akutte forandringer i kognitiv funksjon, oppmerksomhet og bevissthet. I slike tilfeller er pårørendes innspill viktige ettersom det ofte er de som oppdager slike forandringer først (Eide et al., 2020). Det sentrale i forebygging av delirium anses som pasientens opplevelse av trygghet (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 130). Fra egen erfaring i praksis har jeg sett at pårørende representerer en stor trygghet hos pasientene.

5.2 Mangel på kunnskap/manglende verktøy

Ettersom de fleste pasienter som gjennomgår hoftebruddskirurgi er preget av avansert alder, er de også spesielt utsatt for postoperativt delirium. Likevel retter ikke profesjonelle klinikere nok oppmerksomhet mot dette, ettersom det ofte underrapporteres og ikke blir anerkjent. På grunn av manglende kunnskap om kriterier og metoder for å oppdage delirium, gjelder dette spesielt den hypoaktive formen for delirium (Bai et al., 2019, s. 318). Det kommer fram i Vassbø og Eilertsens (2011, s. 131) studie at for å kunne identifisere, forebygge og behandle delirium er det blant sykepleiere behov for kunnskapsutvikling og kompetanseheving. De skriver også at i flere tilfeller blir pasienter med delirium opplevd som krevende og sykepleierne beskriver begrensede handlingsalternativer. I forbindelse med innleggelse av pasienter i fare for å utvikle delirium, ble manglende systematisk datainnsamling beskrevet av sykepleierne, samt mangel på observasjon av endringer i bevissthetsnivå, der de ikke anvendte standardiserte tester som undersøker/diagnostiserer delirium eller mental svikt. At

delirium krever spesiell oppmerksomhet og handling, kommer frem i studien som lite oppfattet av sykepleierne før intervjuet. I etterkant av intervjuet ble det derimot økt bevissthet rundt alvorlighetsgraden og kompleksiteten av tilstanden. Når det gjelder gamle pasienter og delirium kan det synes som at det ikke er satt fokus på kunnskap og kompetanse, ettersom innarbeidet systematisk problemløsning er manglende i praksis. Det sykepleiere anser som normalt hos gamle kan være årsaken til at systematisk kartlegging av risikopasienter er mangelfull, ettersom en del av den normale aldringen er sykdom og mental svikt.

Sammenhengen mellom kompetansen til sykepleiere og identifisering og behandling av delirium blir fremhevet i flere studier. For effektiv forebygging av tilstanden blir det ansett som avgjørende med fokus på kompetansebygging når det gjelder forebygging og konsekvenser av delirium. Manglende faglig bevissthet og fravær av systematisk forebygging kommer frem i resultatene. Dette gjør det sannsynlig å tro at delirium er en underrapportert tilstand. For å bidra til bedre fokus på identifisering av forskjellige sykepleiebehov i løpet av forløpet, mente flere av sykepleierne som deltok i studien at man kunne dele inn pasientforløpet i flere faser som; pre-operativ, post-operativ og utskrivings-/overflyttingsfase (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 134-139).

I studien til både Bøyum (2019, s. 215) og Vassbø og Eilertsen (2011, s. 130) kommer det fram at det rettes liten oppmerksomhet til hypoaktivt delirium og at den derfor ofte blir oversett og pasienten forblir udiagnostisert. Det at avdelingen ikke benyttet registreringsverktøy som blant annet Confusion Assessment Method (CAM), kunne være en årsak til at sykepleierne i studien til Bøyum fokuserte mest på hyperaktivt delirium (Bøyum, 2019, s. 215). Stubberud (2016) skriver at i identifiseringen av delirium benyttes kartleggingsskjemaer, ulike målinger og kommunikasjon med pasient og pårørende sammen med SKUV (inspeksjon, perkusjon, palpasjon og auskultasjon) i datasamlingen. På bakgrunn av pasientens symptomer blir pasienten oftest diagnostisert, men det anbefales å utføre en mer systematisk vurdering, som å ta i bruk vurderingsskjemaer og vurdere pasientens fysiologiske status og sykehistorie. Vurderingsskalaen CAM blir anbefalt til bruk for diagnostisering av delirium for sykepleiere. Å identifisere tilstanden raskt har betydning for rehabiliteringen til pasienten (Stubberud, 2016, s. 434).

I studien til Evensen et al. (2019) er det derimot utført en punktprevalensundersøkelse om delirium og kognitiv svikt på World Delirium Awareness Day i norske akuttmottak, der de tok i bruk screeningverktøyet 4AT, som registrerte alder, kjønn, klokkeslett og innleggelsesavdeling. Resultatet av denne undersøkelsen viste at 17% av pasientene som ble

vurdert med 4AT denne dagen hadde delirium, der kirurgisk avdeling hadde størst andel. For pasientsikkerheten i norske sykehus mener de i denne studien at det vil ha stor positiv betydning dersom man får i gang bedre forebyggende tiltak og håndtering av delirium, ettersom dette er en svært vanlig tilstand som i stor grad kan forebygges. De anbefaler at det blir innført rutiner i akuttmottak, for å undersøke delirium og kognitiv status slik at flere tilfeller blir erkjent. Sannsynligvis vil dette også føre til grundigere diagnostikk og bedre behandling ettersom delirium er et tegn på sykdom. De anbefaler også bruk av et standardisert screeningverktøy som 4AT ettersom delirium er underdiagnostisert (Evensen et al, 2019). Jeg tenker at dersom innføring av rutiner og bruk av screeningverktøy ble gjort i alle avdelinger som mottar eldre pasienter, ville trolig ikke delirium vært en underdiagnostisert tilstand i like stor grad, og man kunne da gitt tettere oppfølging til pasienter med behov for dette.

5.3 Manglende ressurser

Postoperativt delirium er en vanlig komplikasjon hos kirurgiske pasienter og er assosiert med økt morbiditet, dødelighet og kostnad (Bai et al., 2019, s. 318). I studien til Bøyum (2019) viser funnene at erfaringen og kunnskapen om å forebygge delirium var på plass blant sykepleierne, men at en begrensning for dette var mangel på ressurser. En av de begrensende faktorene var mangel på tid som spesielt gikk utover informasjon og tid til å berolige pasientene. Det kom frem frustrasjon hos flere av informantene grunnet svært krevende situasjoner de kunne komme opp i, og de trakk fram sammenhenger mellom helsesvikt og akutt forvirring. Infeksjoner var et viktig moment her, der urinveisinfeksjon blir trukket fram som noe som kunne bidra til å utløse eller forverre delirium. For pasientene var urinveiskateter en betydelig stressfaktor ifølge informantene. Hvilke intervensjoner og strategier sykepleierne skulle bruke i møte med akutt forvirrede pasienter var klare, men her var tiden ofte en knapp ressurs som førte til begrensede muligheter til å iverksette disse tiltakene. Det kommer fram at personalressursene var et klart problem når det gjaldt disse pasientene. Informantene fortalte også at på nattes- eller kveldstid, da det var lavest bemanning og dermed minst ressurser, var den tiden de mest utagerende symptomene kom. Det var også da mindre rådighet for å takle hyperaktivt delirium. Dette kommer fram i flere kilder og er et velkjent fenomen (Bøyum, 2019, s. 213-215).

I studiene til både Vassbø og Eilertsen (2011) og Evensen et al. (2019) kommer det fram at utvikling av delirium er assosiert med lenger liggetid og økte kostnader og pleieressurser. En viktig side ved den beskrevne sykepleiepraksisen er manglende pleieressurser og tilstrekkelig tid. Sykepleieres tilstedeværelse hos pasienten viser seg ikke å være prioritert, heller ikke

hensynet til behovet de gamle har for et saktere tempo. Økt behov for pleieressurser kan bli en konsekvens av å ignorere forebygging av delirium (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 139). Jeg mener at mye av forebyggingen av delirium ligger i den grunnleggende sykepleien til pasientene, og at det dermed ikke burde være et stort behov for pleieressurser for å ivareta dette. Å ha nok ressurser på avdelingen til å ivareta grunnleggende behov, mener jeg burde være prioritert som nummer en. Grunnleggende sykepleie kan bli nedprioritert som en konsekvens av dagens korte sykehusinnleggelser, og som dermed fører til at pasienter som er utsatt eller har utviklet delirium ikke mottar adekvat hjelp (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 140). At sykehusene fokuserer på å forebygge og å håndtere delirium på en god måte er avgjørende ettersom delirium er assosiert med dårlig prognose, komplikasjoner, økt liggetid og økte kostnader (Evensen et al., 2019).

5.4 Ikke-medikamentelle vs. medikamentelle tiltak

I både Bøyum (2019), Vassbø og Eilertsen (2011), Neerland et al. (2013) og Evensen et al. (2019) sine studier viser resultatene at ikke-medikamentelle tiltak er de viktigste tiltakene i både forebygging og behandling av delirium. Neerland et al. (2013, s. 1598) skriver at selv om delirium kommer av en underliggende sykdom, så kan også blant annet uhensiktsmessig medikasjon være med på å vedlikeholde eller forverre tilstanden. De mener at for å redusere forekomst og konsekvenser av delirium er forebygging det mest effektive tiltaket. Dette krever identifikasjon av risikopasienter, med målrettede tiltak tilpasset den enkelte pasient, og dersom dette blir utført anslås det å gi en 40% relativ risikoreduksjon for delirium (Neerland et al., 2013, s. 1597-1598). Evensen et al. (2019) skriver også at med enkle, men personellkrevende tiltak kan nær halvparten av alle tilfeller av delirium forebygges. Dette er tiltak slik som fokus på drikke og ernæring, orientering, mobilisering, aktivisering og god søvnhygiene. Ved allerede etablert delirium er det også dokumentert effekt med slike tiltak, men ved både forebygging og behandling av delirium frarådes rutinemessig bruk av psykofarmaka (Evensen et al., 2019).

Deltakerne i studien til Bøyum (2019, s. 214) fortalte at de hadde en restriktiv holdning når det kom til medikamentbruk som gjaldt smertestillende og beroligende midler, til tross for at de var klar over at smerter i seg selv kunne være en betydelig stressfaktor. Årsaken til dette var at flere hadde erfaring med at bivirkninger av medikamentene kunne forverre pasienten sin situasjon enda mer. Når det gjaldt ikke-medikamentell smertelindring hadde deltakerne positiv erfaring som blant annet leieforandring og informasjon/omsorg, og de så på medikamentell smertelindring som krevende og utfordrende. Likevel blir det framhevet at det

er mye lavere risiko for å utvikle delirium fra bivirkninger av opioider enn det er av utilstrekkelig smertelindring (Bøyum, 2019, s. 214-216).

Informantene i Vassbø og Eilertsens (2011, s. 135) studie hadde derimot helt motsatt holdning til smertelindrende medikamenter. Her var smertelindring en høyt prioritert oppgave for å dempe uro og å hindre situasjoner som ga økt fare for komplikasjoner etter bruddet og operasjonen. De var opptatt av å hindre negative konsekvenser av smerter, men målet med smertelindring var ikke i bunn og grunn å forebygge utvikling eller redusere omfanget av delirium. Deltakerne fortalte at smertelindring er nummer en når det kommer til søvn og ro, ettersom dette er forebyggende faktorer, og at dersom en pasient har svært store smerter vil det føre til uro, rastløshet og mangel på trygghetsfølelse. De fremhevet også at smerter kan gi dårlig matlyst og påvirke mobilisering negativt. Sykepleierne på avdelingen konkluderte derfor med å ta i bruk medikamenter for å roe pasientene, basert på en etisk og faglig vurdering (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 135-136). Dette har jeg også erfart fra min kirurgiske praksis, hvor jeg lærte viktigheten av tilstrekkelig smertelindring hos hofteopererte pasienter. Dette gjelder imidlertid alle opererte og ikke bare hofteopererte, og slik jeg har lært er det et viktig tiltak for å mobilisere, redusere lengde på opphold og for å gjøre det så behagelig for pasienten som mulig. Bai et al. (2019, s. 324) beskriver også at delirium og smerter både er vanlige og alvorlige komplikasjoner ved hoftekirurgi, og som også er assosiert med dårligere resultat etter operasjon. Akutte smerter kan gi traumatiske minner og utilstrekkelig søvn, som begge kan være med på å utvikle delirium.

Videre mener deltakerne i Bøyums (2019, s. 214) studie at et av de sentrale tiltakene overfor pasienter i risiko eller som har utviklet delirium var bruk av skjerming. Dette omfattet en fast ansvarlig pleier og bruk av enerom dersom dette var mulig, samt fravær av fjernsyn og radio. Enerom ble i noen tilfeller brukt for sårbare pasienter i risiko for å utvikle delirium, men ble mest brukt for pasienter med utagerende delirium. Dette ser vi også i Vassbø og Eilertsens (2011, s. 134) studie der deltakerne forteller at for å roe og redusere symptomer så var skjerming et viktig tiltak. Dette omfattet også bruk av enerom, men at behovet var større enn tilgangen de hadde på enerom som egnet seg til dette. Flere likheter vi kan se i disse to studiene er viktigheten av tilstedeværelse. Dette var viktig for å sikre at pasienter som hadde endret bevissthetsnivå ikke skulle påføre seg skader, for å gi trygghet og ro, informasjon og for å kunne gjøre observasjoner (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 134). Behovet pasientene har for en fast fagperson å forholde seg til, samt ofte og gjentakende informasjon var klart for sykepleierne, ettersom de skjønnte hvor forvirrende et kaotisk og fremmed miljø kan være for

eldre med lårhalsbrudd. Det kreves et helhetlig perspektiv og bevissthet på komplekse forhold i forebygging av delirium. Dette kan være forhold som dehydrering, utilstrekkelig smertelindring, bevisst kommunikasjonsstrategi, forlenget preoperativ ventetid og et avskjermet miljø (Bøyum, 2019, s. 217).

5.5 Lang preoperativ ventetid

Lang ventetid på operasjon er noe som går igjen i flere av artiklene som en medførende faktor for delirium. I både studien til Bøyum (2019) og studien til Vassbø og Eilertsen (2011) blir det beskrevet at lang preoperativ ventetid kan ha innvirkning på effekten av den postoperative forebyggingen av delirium. Spesielt med tanke på faste og immobilitet ble ventetiden oppfattet som et problem. For å forsøke og få pasientene tidligere til operasjon, diskuterte deltakerne av og til med legene, men pasientene ble betraktet som heldige dersom de ble operert innen 8-10 timer (Bøyum, 2019, s. 214). Sykepleierne i studien til Vassbø og Eilertsen (2011) beskriver at i den preoperative fasen er det begrenset handlingsrom for forebygging av delirium. I pasientforløpet fremhever de perioden før operasjon som en fase med uavklart fasteperiode, der de har ekstra utfordringer. Deltakerne mener også i denne studien at pasientene må vente for lenge på å bli operert, og at sykepleierne har liten innflytelse på dette. Ettersom det er vanskelig å vite hvor lenge en pasient må vente, er det også vanskelig å passe på at pasienten får nok næring og væsketilførsel. Lengden på den preoperative fasen hadde sammenheng med økt fare for utvikling av delirium ifølge deltakernes erfaringer (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 133). Bai et al. (2019) skriver at for å redusere risikoen for postoperativt delirium hos eldre pasienter finnes det sterkt anbefalte forslag i retningslinjer for klinisk praksis for POD hos eldre. Disse sier blant annet noe om viktigheten av at klinikere tilstrekkelig vurderer pasientens preoperative fysiske tilstand og muligheten for utvikling av POD (Bai et al., 2019, s. 323).

Ettersom lang preoperativ ventetid sannsynligvis gir større risiko for å utvikle postoperativt delirium, vil dette trolig også være en faktor for økt dødeligheten blant disse pasientene. At delirium er assosiert med økt dødelighet går igjen i alle de fem forskningsartiklene. Det er en betydelig overdødelighet blant eldre innlagt på sykehus for behandling av hoftebrudd, og av dem som hadde gangvansker fra før, blir opptil 43 prosent pleiepasienter. Overhyppighet med hensyn til sykkelighet og dødelighet ser vi særlig hos dem som utskrives av sykehuset med en forvirringstilstand (Bøyum, 2019, s. 211). I studien til Vassbø og Eilertsen (2011, s. 130) nevnes det også at eldre som innlegges for ortopediske inngrep er spesielt utsatt for postoperativt delirium. Forskning viser også økt dødelighet ett år etter ortopedisk kirurgi.

I metaanalysen til Bai et al. (2019) får vi innsikt i sammenhengen av postoperativt delirium og dødelighet hos eldre pasienter som gjennomgår hoftebruddskirurgi. De skriver også her at POD er en vanlig komplikasjon hos kirurgiske pasienter og er assosiert med økt kostnad, morbiditet og dødelighet. Årsaken til at denne tilstanden oftest forekommer blant eldre er at disse pasientene ofte lider av forskjellige komorbiditeter og at de generelt har dårligere kompensasjonsevne enn yngre pasienter. Resultatene fra metaanalysen viste at tilnærmet en fjerdedel av pasientene som gjennomgikk hoftebruddskirurgi ville utvikle postoperativt delirium, der nesten halvparten av disse led død under langvarig oppfølging (mer enn 1 år). Delirium økte også dødeligheten betydelig i 30-dagers, 6-måneders og 1-års oppfølging.

5.6 Sykepleieteoretisk tilnærming til delirpasienten

Som beskrevet i teoridelen av oppgaven er kommunikasjon, ifølge Travelbee, et av de viktigste redskapene for sykepleie, og er en forutsetning for å kunne oppnå selve hensikten med sykepleie, som er å hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening i dette (Kirkevold, 2008, s. 118-121). Som vi ser i studien til Bøyum (2019, s. 215) er aktuelle kommunikasjons- og informasjonsstrategier overfor pasienter med delirium nevnt i flere studier som realitetsorientering og bekreftende strategier. For en pasient som begynner å bli forvirret kan en forebyggende strategi med gjentakende informasjon, god samhandling og omsorg være med på å lindre symptomer og eventuelt snu utviklingen. Realitetsorienterende strategier er anbefalt å bruke overfor pasienter som er i ferd med å bli forvirret og som strever med å holde seg orientert om tid og sted. Dette kan derimot bli oppfattet som støtende og lite aksepterende for pasienter med fulminant delirium, der hallusinasjoner, aggresjon, angst og paranoia preger pasienten. Bekreftende strategier blir heller anbefalt å bruke i slike situasjoner, der pasientens følelser og oppfatninger aksepteres og der man, ut fra pasientens opplevelsesverden, prøver å minske angst og paranoia. Virkelighetsoppfatning for sykepleier og pasient er forskjellig. Selv om virkeligheten til pasienten består av hallusinasjoner og lignende, er det viktig at sykepleieren tar denne på alvor og aksepterer den som virkelig for pasienten (Bøyum, 2019, s. 215-216). Dette kan vi se igjen i Travelbees menneske-til-menneske-forhold der det er avgjørende at ”sykepleier” og ”pasient”, uavhengig av disse rollene, ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2016, s. 32).

Ifølge flere av forskningsartiklene så er hypoaktivt delirium en form for delirium som det rettes liten oppmerksomhet til. Disse pasientene står ikke i umiddelbar fare for å skade seg selv, som da kan være noe av årsaken til dette. Likevel kan faktorer som medfører større fare

for komplikasjoner, som dehydrering, sviktende smertelindring og understimulering, være noe disse pasientene kan være utsatt for. Derfor er mer fokus rettet mot pasienter med denne formen for delirium nødvendig. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kommer det til uttrykk at en av de sentrale oppgavene i sykepleie er å lindre lidelse (Bøyum, 2019, s. 215). Et fåtall av avdelingene som deltok i de ulike studiene brukte registreringsverktøy som blant annet CAM. Dette kan også være en årsak til at hypoaktivt delirium ofte blir oversett, ettersom delirium da blir oppdaget på bakgrunn av symptomer. Jeg tenker da på at den hypoaktive formen er rolig og ofte ikke har utpregede symptomer. Punktene i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ser jeg på som viktig ettersom de omfatter det grunnleggende i sykepleieutøvelsen, og som derfor også gjelder sykepleie til pasienter med alle former for delirium.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det blant annet at behovet for helhetlig omsorg skal ivaretas hos den enkelte pasient, samt å ivareta verdigheten og sikkerheten til pasienten i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette er noe vi ser igjen i Travelbee sin tenkning, der hver enkelt person har en individuell opplevelse av lidelse. Hun mener at i menneskelivet er det uunngåelig å oppleve smerte og lidelse, og at det å hjelpe den syke til å finne mening i dette er det sykepleie består i. Det er dette som skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s. 29). Som jeg tidligere har nevnt sier Travelbee også noe om at det å gi god og kyndig fysisk omsorg og bestrebe seg på å ivareta den sykes behov for informasjon og sikkerhet før, under og etter det kirurgiske inngrepet er sykepleierens rolle. Behovet pasienten har for sikkerhet handler om å tro at han vil overleve og at han vil få god og kyndig pleie (Travelbee, 2017, s. 262-263).

6.0 Avslutning

Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge delirium postoperativt hos eldre, hofteopererte pasienter. Drøftingen er gjort på bakgrunn av pensumlitteratur, fagartikler og forskningsartikler om temaet. Det som går mest igjen i oppgaven og i studiene som har blitt inkludert er ikke-medikamentelle tiltak i forebyggingen av delirium. Dette er for så vidt enkle tiltak, slik som skjerming, god kommunikasjon, sørge for tilstrekkelig ernæring- og væsketilførsel, tilgjengelighet av pårørende osv. Likevel kan vi se at det er flere faktorer som står i veien for god forebygging av tilstanden og at ubehandlet delirium kan gi alvorlige konsekvenser, slik som død. Disse faktorene kan se ut til å være blant annet mangel på kunnskap og ressurser hos helsepersonell, samt manglende bruk av registreringsverktøy for å identifisere tilstanden. Det er tydelig at det kan være behov for kunnskapsbygging blant helsepersonell og at det rettes mer oppmerksomhet mot forebygging og identifisering av delirium, samt risikovurdering av utsatte pasienter. Mye av forebyggingen ligger i Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold som går ut på å forholde seg til mennesker som unike personer. Ved å ha fokus på utløsende faktorer rundt pasienten, slik som fysiske, miljømessige og psykologiske faktorer, samt bruk av registreringsverktøy for å identifisere tilstanden og pasienter i risiko, kan sykepleieren sannsynligvis enklere forebygge utviklingen av delirium.

6.1 Implikasjon for videre forskning

Ut ifra resultatene i oppgaven kan det se ut til at lang preoperativ ventetid ved hoftebrudd kan ha innvirkning på den postoperative forebyggingen av delirium. Det kommer også fram at utvikling av delirium blir assosiert med økt dødelighet. Dette har kort blitt nevnt i oppgaven, men ettersom det går utenfor oppgavens problemstilling tenker jeg at disse temaene kunne vært spennende å forske videre på.

Litteraturliste

- Bai, J., Liang, Y., Zhang, P., Liang, X., He, J., Wang, J., & Wang, Y. (2019). Association between postoperative delirium and mortality in elderly patients undergoing hip fractures surgery: a meta-analysis. *Osteoporosis International* 31, s. 317-326.
<https://doi.org/10.1007/s00198-019-05172-7>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 309-373). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Britannica ImageQuest. (2016). *Young Female Nurse Assisting Elderly Man Walk in Hospital Corridor*. Hentet fra quest.eb.com/search/107_296946/1/107_296946/cite
- Bøyum, Å. W. (2019). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien*, 2013(3), s. 210-218. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofa, H. A., & Norekvål, T. M. (2020). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 2017(7).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>
- Evensen, S., Saltvedt, I., Ranhoff, A. H., Myrstad, M., Myrstad, C., Mellingsæter, M., . . . Neerland, B. E. (2019). Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. *Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0578>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 2, s. 169-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Litteratursøk*. Hentet 12. November 2019 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok>
- Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kolloen, K. (2020). Pasienter på intensiv trenger oppfølging. *Sykepleien*, 2011(7), s. 55-57.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0105>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s. 15-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Den norske legeforening*, 2013(15), s. 1596-1600.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Ranhoff, A. H. (2016). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 452-463). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 429-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thomsen, J. B. (2016, 17. Juni). *Delir, akutt – Pasient og pårørendeinformasjon*. Hentet fra http://eqs-forlop.sus.no/docs/doc_15610/index.html
- Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2011, 04. Juli). *Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd*. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf/2011/02/art03>

Vedlegg

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
<p>”Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd”. Åge Wiberg Bøyum, 2013.</p>	<p>Hensikten med studien var å studere erfaringer sykepleiepersonalet hadde om forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.</p>	<p>Det er brukt kvalitativ metode og intervjuanalysen er utført etter en metode utarbeidet av Kvale og Brinkman. To fokusgruppeintervju ble utført og ble tatt opp elektronisk, som senere ble transkribert. Assisterende moderator foretok også notater underveis i intervjuene.</p>	<p>Til sammen 11 informanter ble utvalgt av oversykepleieren på avdelingen, ni sykepleiere og to hjelpepleiere. Erfaringen ved avdelingen varierte fra 3-25 år.</p>	<p>Når det gjelder pasienter med delirium med hyperaktiv og hyperaktiv/hypoaktiv variant, viser det seg at personellet har kunnskaper og erfaring når det gjelder å iverksette intervensjoner i forhold til dette. Tiltak ble som regel iverksatt som en reaksjon på symptomer.</p>
<p>”Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd”. Tove K. Vassbø & Grethe Eilertsen, 2011.</p>	<p>Hensikten var å undersøke hva som kjennetegner praksiserfaringene til sykepleiere knyttet til tilstanden delirium hos eldre som innlegges for ortopedisk kirurgi.</p>	<p>Sykepleiere fra to ortopediske avdelinger gikk gjennom tre fokusgruppeintervju. Disse ble tatt opp på bånd og ordrett transkribert og analysert i ettertid. Det er en kvalitativ studie med deskriptivt design.</p>	<p>Ledelsen utpekte en kontaktperson ved hver avdeling, som til sammen rekrutterte 15 deltakere. Deltakerne måtte være autoriserte sykepleiere med minimum 50% stilling i ortopedisk avdeling. Erfaring i klinisk sykepleie i ortopedisk avdeling blant sykepleierne, varierte fra 4</p>	<p>Resultatene i studien viser at det er mangelfull kunnskap om geriatri, systematikk og muligheten for autonomi i sykepleieutøvelsen, og at det derfor blir vanskelig å identifisere og planlegge målrettede tiltak til eldre pasienter som er i fare for eller har utviklet delirium. Resultatene tyder også på at deltakerne ble inspirert av</p>

			måneder til 14 år.	fokusgruppeintervjuene, og at dette satt i gang nye refleksjoner.
<p>”Delirium hos eldre pasienter”. Bjørn Erik Neerland, Leiv Otto Watne & Torgeir Bruun Wyller, 2013.</p>	Hensikten med artikkelen er å gi oppdatert informasjon om delirium til helsepersonell som håndterer denne tilstanden.	Artikkelen bygger på litteratursøk i PubMed. I tillegg til dette har de tatt i bruk egne kliniske erfaringer og artikler fra eget litteraturarkiv.	For å filtrere treffene lettere ble søkeordet ”delirium” kombinert med søkeord som ”elderly”, ”risk factors”, ”prevention”, ”treatment” ”pathophysiology” og ”prognosis”. Ut ifra treff på disse søkene plukket de skjønnsmessig ut artikler. Disse ble supplert med artikler fra deres eget litteraturarkiv, samt kliniske erfaringer.	Resultater viser at prevalensen for delirium hos eldre pasienter er på ca. 11-42% i medisinske avdelinger og nærmere 50% hos pasienter med hoftebrudd. De viktigste risikofaktorene er demens og høy alder. De vanligste utløsende årsakene er infeksjoner, traumer, metabolske forstyrrelser og hjerneslag, og delirium er forbundet med funksjonstap, økt risiko for demens og død. Medikamentell behandling er lite studert, men de viktigste tiltakene for å forebygge og behandle tilstanden er ikke-medikamentelle.
<p>”Association between postoperative delirium and mortality in</p>	Hensikten med denne metaanalysen var å undersøke sammenhengen	Det ble gjort søk etter studier som undersøkte effekten av POD på dødelighet hos eldre pasienter med	Søkene ble utført av to forfattere, uavhengig av hverandre. Inklusjonskriterier	Totalt ble 6288 pasienter fra 21 kohortstudier inkludert, og den samlede prevalensen av POD var

<p>elderly patients undergoing hip fractures surgery: a metaanalysis". J. Bai, Y. Liang, P. Zhang, X. Liang, J. He, J. Wang & Y. Wang, 2019.</p>	<p>mellom postoperativt delirium (POD) og dødelighet hos eldre pasienter som gjennomgikk hoftebruddskirurgi, ettersom en vanlig komplikasjon hos kirurgiske pasienter er postoperativt delirium.</p>	<p>hoftebruddskirurgi i søkebasen som PubMed, Embase, Web of Science og Scopus. Risikoforhold med 95% konfidensintervall ble ivare tatt ved bruk av tilfeldig eller fast effektmodell. Metaanalysen inkluderer 21 kohortstudier. Den ene forfatteren hentet ut data fra de inkluderte studiene, mens den andre forfatteren sjekket disse dataene. Informasjon som forfatter, år, land, studieutforming, prøvestørrelse, alder, deliriumdiagnose, dødelighet og oppfølgingsvarighet ble trukket ut fra hver av de inkluderte studiene.</p>	<p>var eldre pasienter over 65 år som gjennomgår hoftebruddskirurgi, postoperativt delirium ved validert screening eller diagnostisk instrument og type undersøkelse måtte være eventuelle observasjonsstudier, som for eksempel kohortstudie, dødelighet på sykehus, 30 dager, 6 mnd, 1 år eller mer enn 1 års dødelighet.</p>	<p>28%, som var assosiert med en økning i perioperativ dødelighet, 6 måneders dødelighet, 1-års dødelighet og mer enn 1-års dødelighet. Metaanalysen viser at nesten en fjerdedel av pasientene som gjennomgikk hoftebruddskirurgi ville utvikle POD, og at dette økte dødeligheten hos disse pasientene på både kort og lang sikt.</p>
<p>"Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak". Sigurd Evensen, Ingvild Saltvedt, Anette Hylén Ranhoff,</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke forekomsten av delirium og kognitiv svikt blant eldre pasienter i norske akuttmottak, ettersom det ikke er gjort noen</p>	<p>Det ble gjennomført en punktprevalensundersøkelse, der delirium og kognitiv svikt ble undersøkt ved hjelp av screeningverktøyet "4AT". Kjønn, alder, innleggelsesykehus og innleggelsesavdeling ble registrert.</p>	<p>Pasientene som ble inkludert i undersøkelsen var eldre over 75 år som ankom ti norske akuttmottak i tidsrommet kl. 08-22 på World Delirium Awareness Day 14. Mars 2018. Totalt</p>	<p>Av totalt 118 inkluderte pasienter viste undersøkelsen at 17% av disse hadde tegn til delirium, mens 30% hadde tegn til annen kognitiv svikt. Alle avdelingene som var inkludert på de ti forskjellige sykehusene mottok pasienter med</p>

<p>Marius Myrstad, Christian Myrstad, Marte Mellingsæter, Marte Sofie Wang-Hansen & Bjørn Erik Neerland, 2019.</p>	<p>kartlegging av tilstandene i norske sykehus.</p>		<p>var det 13 leger, fordelt på ti forskjellige sykehus, som vurderte pasienter i denne undersøkelsen, og totalt var det 140 pasienter over 75 år som ankom sykehusene denne dagen. Av forskjellige årsaker var det 118 av disse pasientene som ble inkludert i prosjektet.</p>	<p>slike tegn.</p>
--	---	--	---	--------------------