



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1056

Antall ord: 7278

Forebygging av delirium

Hvordan forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd?



Geriatric care. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
http://quest.eb.com/search/132_1263953/1/132_1263953/cite

**Bachelorutdanning i sykepleie,
Avdeling for helsefag Haugesund,**

Februar 2016

Kull 2013

Antall ord: 7278

Sammendrag

Bakgrunn: Det er høy forekomst av delirium hos hoftebruddspasienter. Delirium kan være dødelig eller ha store konsekvenser for både pasienten og sykehuset. Jeg valgte dette tema slik at jeg kan tilegne meg mer kunnskap om hvordan en kan forebygge delirium. Dette vil senere hjelpe meg til at jeg kan være med på å forebygge disse konsekvensene og komplikasjonene for pasienter.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å tilegne meg mer kunnskap om delirium og hvordan man kan forebygge dette. Det er også en hensikt å sette et større fokus på delirium.

Problemstilling: Hvordan forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd?

Metode: Metoden som er blitt brukt er litteraturstudie. I oppgaven er det brukt relevante forskningsartikler og annen faglitteratur.

Funn: Funnene viser at det er vesentlig at sykepleierne har nok kunnskap om både forebygging og delirium for å gi best mulig pleie. Videre er det blant annet viktig med tidlig identifisering, skjerming, god smertelindring og gi god informasjon til pasienten. Det kommer også frem at pårørende kan være en god ressurs i forebyggingen av delirium.

Abstract

Background: There is a high prevalence of delirium in hip fracture patients. Delirium can be fatal or have major consequences for both the patient and the hospital. I chose this topic so I can acquire more knowledge about how to prevent delirium, so that I can help to prevent these consequences and complications for the patient.

Purpose: The purpose of this study was to learn more about delirium and how to prevent it. Another purpose is to bring attention to about delirium.

Problem: How to prevent delirium on patients with hip fractures?

Method: The method that has been used is literature study. In this paper we have used is a literature study. In this thesis we have used relevant research articles and other literature.

Results: The results show that it is essential that nurses have both knowledge of delirium and ways to prevent delirium to provide the best possible care. Furthermore, it is also essential with early detection screening, effective pain relief and to provide the best possible information to the patient. It also emerges that relatives can be a great resource in the prevention of delirium.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 PROBLEMSTILLING	7
1.3 BEGRUNNELSE FOR VALG, AVGRENING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.	7
2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK	7
2.1 DELIRIUM	7
2.2 UTLØSENDE FAKTORER OG RISIKOFAKTORER FOR DELIRIUM.....	8
2.3 PÅVISNING AV DELIRIUM.....	8
2.4 BEHANDLING	9
2.5 FOREBYGGING.....	9
2.5.2 Forebygging av delirium.....	9
2.6 HOFTEBRUDD.....	10
2.6.1 Preoperative fase.....	10
2.6.2 Postoperativ fase.....	10
2.7 ALDRINGSPROSESSEN	11
2.8 SYKEPLEIETEORI OG PERSPEKTIV	11
3.0 METODE	12
3.1 METODE.....	12
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.	12
3.2 SØK OG VALG AV FORSKNINGSARTIKLER.....	13
3.3 KILDEKRIK	13
3.4 FORSKNINGSETIKK	14
4.0 RESULTAT	14
4.1 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN	17
5.0 HVORDAN FOREBYGGE DELIRIUM HOS PASIENTER MED HOFTEBRUDD?.....	17
5.1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	18
5.2 IDENTIFISERING OG FOREBYGGING AV DELIRIUM.....	19
5.3 DET FYSISKE MILJØET	20
5.4 MEDIKAMENTELL FOREBYGGING	21
5.5 KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON.....	22
5.6 NOK TID?	22
5.7 EN TRAVEL HVERDAG	23
6.0 AVSLUTNING	24
REFERANSELISTE	25
VEDLEGG 1	27
VEDLEGG 2	28
VEDLEGG 3	32

1.0 Innledning

Delirium er en tilstand vi kan møte på i flere typer fagfelt. Hyppigheten av denne tilstanden er stor blant den eldre pasientgruppen, som regnes fra 65 år og oppover. Juliebø og Wyller (2009) viser i sin artikkel at så mange som 20% av de eldre som blir innlagt akutt på sykehus utvikler et delirium. De viser også at forekomsten av delirium hos eldre med hoftebrudd er opp i mot 50%. Delirium fører ofte til forlenget liggedøgn, funksjonssvikt, økt dødelighet og kostnadene blir økt (Ranhoff, 2008, s.395).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Delirium er en tilstand jeg har møtt på i flere praksisperioder og i tillegg som pårørende. Jeg har møtt pasienter på ortopedisk avdeling og på geriatrisk avdeling. På ortopedisk avdeling var det som oftest hoftepasienter som fikk delirium. På geriatrisk kunne nesten alle de skrøpelige eldre (eldre pasienter med et stort hjelpebehov), utvikle et delirium, spesielt om de hadde en infeksjon. Jeg har valgt dette temaet for å få mer kunnskap om både forebygging og hvordan jeg kan gi god sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg synes at delirium er spennende og det er noe som jeg har lyst og tilegne meg mer kunnskap om. Jeg har valgt den ortopediske pasient på grunn av at det er det fagfeltet jeg ønsker å jobbe mer med nå i første omgang. Mennesker som har opplevd delirium forteller det som en opplevelse som har truet dem, deres familie eller deres verdier. De formidlet også å ha en følelse av terror, isolasjon, uforstand og mistenksomhet (Bélangier & Ducharme, 2011). Jeg ønsker med dette valget å øke kunnskapen min rundt delirium slik at når jeg er ferdig sykepleier kan jeg være med å forebygge denne tilstanden. Jeg håper at dette tema kan føre til at jeg blir en bedre sykepleier som kan videreformidle kunnskapen til fremtidige kollegaer.

En annen grunn for valget av dette temaet er på bakgrunn av erfaring jeg fikk i praksis. Jeg var snart ferdig på dagvakt, men først skulle jeg holde rapport til kveldsvaktene om en ny pasient vi hadde fått. Denne pasienten virket klar og orientert, men hun hadde flere somatiske plager. Når jeg kom tilbake til kveldsvakt neste dag var hele situasjonen forandret. Da vi gikk hjem fra dagvakt virket pasienten klar og orientert. Da kveldsvaktene vekket henne fra ettermiddagshvilen var hun allerede i en forvirringstilstand. Jeg var overrasket over hvor fort det snudde og hvor fort denne pasienten ble forandret. Denne praksiserfaringen førte til at jeg ville skrive om delirium. Mye på grunn av at jeg følte jeg trengte mer kunnskap når jeg var i situasjonen, og jeg ble overrasket over hva som skjedde og ble dermed nysgjerrig etter mer kunnskap rundt dette tema.

1.2 Problemstilling

Siden jeg har valgt temaet delirium og vil rette det mot den ortopediske pasient vil min problemstilling bli slik: Hvordan forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.

Jeg vil avgrense oppgaven min til pasienter som er 65 år og eldre. Dette med bakgrunn i at de fleste forskningsartiklene som er tilgjengelige tar utgangspunktet i dette aldersspennet. Jeg velger ikke å avgrense noe i forhold til kjønn. Fokuset mitt vil være på den kirurgiske pasient som har en form for hoftebrudd, da forekomsten av delirium er størst blant denne pasientgruppen. Jeg ønsker å finne tiltak som sykepleier kan iverksette både pre- og postoperativt for å forebygge et delirium hos kirurgiske pasienter med hoftebrudd.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

For å belyse temaet mitt vil jeg i dette kapittelet trekke frem teori rundt problemstillingen min. I dette kapittelet vil det bli beskrevet hva delirium er, utløsende faktorer og risikofaktorer, forebygging, påvisning av delirium, kort om behandling, hoftebrudd og aldringsprosessen. Jeg vil også trekke frem sykepleieteoretikeren Florence Nightingale.

2.1 Delirium

Delirium er kort forklart akutt forvirring. Som nevnt i innledningen er forekomsten høy blant de eldre som blir akutt innlagt på sykehus. Tilstanden delirium kan fort bli feildiagnostisert som demens, på grunn av symptomene er svært like. Det som er særpreget ved delirium er at forvirringen kommer akutt. Det skyldes ofte sykdom eller når skade er tilstede. Ved et delirium skjer det en forstyrrelse i hjernens funksjon, vi kan også kalle de akutt hjernesvikt. Symptomer som svekket oppmerksomhet og konsentrasjon er vanlige. Korttidshukommelsen blir vanligvis redusert, og pasienten vil ofte oppleve desorientering. De fleste pasientene opplever også søvnvansker. Hallusinasjoner, feiltolking og agitasjon (uro) er også vanlige symptomer. Alle disse symptomene kan være svingende, men de kommer som regel brått. Symptomene kan forsvinne når pasientens medisinske tilstand er forbedret (Ranhoff, 2008, s.395- 396).

Vi kan se store forskjeller mellom pasienter med delirium, så derfor deler vi inn i hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Hyperaktiv delirium er når pasienten er motorisk urolig, for da ser vi mer av symptomene som vandring, hallusinasjon og agitasjon. Hypoaktive deliriske pasienter er ofte sengeliggende og rolige, disse pasientene er ofte underdiagnostisert. Symptomene som vi kan se

med denne tilstanden er nedsatt bevissthet og oppmerksomhet. Denne gruppen er også motorisk rolige (Ranhoff, 2008, s. 401-402).

Konsekvenser av delirium kan være forskjellige fra pasient til pasient. Pasienter har forklart at det var en stressende og ubehagelig opplevelse. Pasienter som har opplevd delirium sier det er en skremmende tilværelse og at de hadde et behov for å flykte. Flere har også forklart at de følte de ikke hadde kontroll over kroppen sin. Andre konsekvenser er funksjonssvikt, liggetiden på sykehus blir lengre, det er økt dødelighet og økte kostnader (Ranhoff, 2008, s. 395,398).

2.2 Utløsende faktorer og risikofaktorer for delirium

Vi deler utløsende faktorer for delirium inn i to, det er fysiske faktorer og psykiske faktorer. Sykdommer som svekker oksygenmetningen til hjernen som for eksempel hjerneslag eller alvorlige hjertesykdommer, kan være en utløsende faktor. Andre fysiske utløsende faktorer er for eksempel kirurgi, anestesi, smerte, urinretensjon, søvnmangel, underernæring, elektrolyttforstyrrelser, syre-baseforstyrrelser, infeksjoner, feber, nyresvikt, leversvikt, hormonforstyrrelser og forskjellige kombinasjoner av legemiddel. Psykiske faktorer som kan være utløsende er for eksempel angst, utrygghet, isolasjon, sårbarhet og lignende (Stubberud, 2011, s. 401).

Risikofaktorer eller også kalt predisponerende faktorer, er faktorer som øker sjansen for at en skal få en bestemt sykdom. For delirium er risikofaktorene for eksempel høy alder, kognitiv svikt eller demens, nedsatt syn og hørsel, mannlig kjønn, kroniske sykdommer, hypertensjon, underernæring, tidligere hjerneskode, røyking, psykiske lidelser og posttraumatisk stresslidelse (Stubberud, 2011, s. 400-401).

2.3 Påvisning av delirium

Det er legen sin oppgave å diagnostisere delirium men sykepleierne har en viktig oppgave med å videreformidle alle observasjonene og vurderingene som er gjort. Det er ingen undersøkelse for å diagnostisere delirium, det er kun med klinisk observasjon. Det er viktig å få sykehistorien til pasienten. Det er også viktig å vite hvordan pasientens tilstand var før innleggelse. Pårørende kan være en stor ressurs fordi de kan fortelle for eksempel om de merker endring i pasientens mentale status. Om du mistenker at pasienten har delirium der det tidligere ikke er et kjent problem, skal det rapporteres til legen (Ranhoff, 2008, s. 398, 405).

Confusion Assessment Method (CAM) er et vurderingsverktøy Ranhoff anbefaler å bruke (Ranhoff, 2008, s.398-399). Dette vurderingsverktøyet skal være til hjelp for å påvise delirium

hos pasientene. CAM kan brukes av all helsepersonell. En bør gå igjennom skjemaet på hver vakt, dette på de pasientene som er i risiko for å utvikle et delirium. Bruker man skjemaet ofte på en avdeling, kan det bli innarbeidet i rutinene, og observasjonene skjer automatisk.

Vurderingsverktøyet inneholder flere spørsmål som skal være til hjelp for å vurdere pasienten (se vedlegg nummer 1) (Ranhoff, 2008, s.398-399).

2.4 Behandling

Når tilstanden er bekreftet, er målet med behandlingen å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen og få pasienten mest mulig tilbake til slik hans tilstand var før deliriumet. Når det gjelder behandlingen er vi nødt til å begynne med å identifisere årsaken til delirium. Deretter behandle den utløsende årsaken om det for eksempel er en infeksjon (Ranhoff, 2008, s. 402). En av behandlingene er rettet mot å ivareta de grunnleggende behov, spesielt behovet for respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon, ernæring, velvære og søvn. Det finnes også medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling. Den medikamentelle behandlingen fokuserer på å normalisere søvnrytmen og redusere psykiske symptomer. Under ikke-medikamentell behandling er tiltak som å skape ro, struktur, trygghet og tydelighet de viktigste faktorene (Stubberud, 2011, s. 404-405). For å minske utryggheten hos pasienten skal en ha faste pleiere hos pasienten, slik at han ikke har så mange å forholde seg til (Ranhoff, 2008, s. 405).

2.5 Forebygging

Vi kan si at hensikten med forebygging er at pasienten skal få et lengst mulig liv, med god funksjon og at det er minst mulig sykdom inne i bilde (Ranhoff, 2008, s. 137). Forebygging er alle typer tiltak som blir iverksatt som har til hensikt å fremme helse og hindre sykdom. Vi deler forebygging inn i helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid er rettet mot hele befolkningen, hvor hensikten er at tiltakene skal føre til bedre livskvaliteten og trivsel blant befolkningen. Et eksempel på helseforebyggende arbeid er helsedirektoratets kampanjer. Sykdomsforebyggende arbeid handler om tiltak som er mer rettet mot å fjerne faktorer som kan føre til sykdom eller skade.

2.5.2 Forebygging av delirium

Page og Ely skriver at 30% av alle delirium tilfeller kunne vært forebygget (Page, Ely, 2011, s.139). Stubberud skriver at helhetlig god sykepleie er en viktig faktor for å forebygge delirium (Stubberud, 2011, s. 398). Helhetlig sykepleie handler blant annet om å dekke de grunnleggende behovene. Det å dekke de grunnleggende behovene som respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og ernæring er viktige forebyggende tiltak. I tillegg er det å observere og vurdere pasientens

predisponerende fysiske faktorer, som for eksempel tegn til infeksjon og væskebalansen viktig. Stubberud skriver også at det å være fri for smerte og ubehag, nok søvn og hvile, tidlig mobilisering og redusere stressfaktorer er viktige forebyggende tiltak (Stubberud, 2011, s. 398).

Ranhoff trekker frem mange av de samme forebyggede tiltakene som Stubberud, men han trekker også frem noen flere. Ranhoff fokuserer på informasjon til pasienten, hvor det er viktig å gi klar og enkel informasjon om pasientens tilstand, forløp og lignende. Best mulig mobilisering som for eksempel å sitte oppe i sengen for å øke oksygen nivået og forebygge komplikasjoner. Det og sørge for at hjelpemidlene for sansene er tilstede og riktig plassert er også et viktig tiltak. For eksempel at brillene er rene og at pasienten har dem på seg. Det samme gjelder for pasienter som har høreapparat (Ranhoff, 2008, s. 396).

2.6 Hoftebrudd

Et fellesnavn på proksimale femurfrakturer er hoftebrudd. Hoftebrudd vil si bruddene som er tilknyttet til øvre del av lårbeinet (femur). De ulike bruddene som hører til denne gruppa er fractura colli femoris (lårhalsbrudd), pertokantær femurfrakturer (gjennom trokanterregionen) og subtrokantær femurfraktur (under trokanterregionen). Det er stor forekomst av hoftebrudd her i landet og det er den hyppigste innleggelsesårsaken på ortopedisk avdeling. Det er omkring 9000 pasienter som blir innlagt på grunn av hoftebrudd hvert år. Det finnes flere risikofaktorer for hoftebrudd, blant annet høy alder, fysisk inaktivitet, osteoporose (beinskjørhet), underernæring og falltendens. Behandlingen for hoftebrudd er operasjon, og den mest brukte metoden er å operere inn hemiprotese (halvprotese) i hofteleddet (Østensvik, 2013, s. 731-733).

2.6.1 Preoperative fase

Den preoperative fasen er den tiden fra pasienten blir innlagt til han skal opereres. For både pasient og pårørende er den preoperative fasen en stor belastning, spesielt om en må vente lenge på operasjon. Disse pasientene er som oftest skrøpelige eldre og kan ha flere diagnoser i tillegg. Store smerter er normalt i denne fasen, det fører oftest til at disse pasientene blir sengeliggende til operasjonen. Dette er på grunn av at smertene hindrer dem i stillingsendring i seng og det å komme seg ut av senga (Østensvik, 2013, s. 734).

2.6.2 Postoperativ fase

Den postoperative fasen er tiden etter operasjon. I denne fasen er det også viktig med forebygging. Pasientene som har gjennomgått et hoftebrudd er utsatt for flere typer komplikasjoner, blant annet dyp venetrombose, sårinfeksjon, lungeemboli og delirium. For å forebygge disse komplikasjonene er tidlig mobilisering med pasienten, god smertelindring og

sørge for god ernæring, viktig. Delirium er en komplikasjon pasientene med hoftebrudd har stor risiko for å få (Østensvik, 2013, s. 740). De pasientene som utvikler et delirium har større risiko for komplikasjoner etter operasjonen, dårligere prognoser og opptreningen etter hoftebruddet blir vanskeligere (Østensvik, 2013, s. 744).

2.7 Aldringsprosessen

Gjennom hele voksenlivet aldres menneskekroppen, dette kalles biologisk aldring og skjer med alle levende organismer. Å bli eldre påvirker kroppen vår, huden, muskler, skjelettet, hjerte, lunge, hjerne og så videre. Sansene til mennesket blir også påvirket av den normale aldringsprosessen, for eksempel syn og hørsel. Mennesker kommer også inn i en psykologisk aldring som for eksempel nedsatt evnet til å lære, hukommelse og intelligens (Romøren, 2008, s.31). Aldringsprosessen er forskjellig fra person til person, noen eldes raskere enn andre. Noen kan ha fast plass på sykehjem og fullt pleietrengende i en alder av 70 år, mens en annen 70 åring kan fortsatt være 100% i jobb (Mensen, 2008, s. 52).

Alle organsystemene våres aldres, det kalles fysiologisk aldring. Hjernen krymper inn både i størrelse og vekt, dette er på grunn av tap av nevroner (cellene i hjernen) og noen celler skrumpes inn. Dette fører til blant annet at hukommelsen svekkes og en får langsommere motorikk. Beinmassen blir også redusert, på grunn av mindre opptak av kalsium. Dette gir økt risiko for brudd på lårhalsen om et fall skulle oppstå. Immunresponsen eller immunforsvaret svekkes også, derfor er de eldre mer utsatt for infeksjoner (Mensen, 2008, s. 53-54).

2.8 Sykepleieteori og perspektiv

Florence Nightingale er kjent som den moderne sykepleies grunnlegger. Hun var med å utforme sykepleierutdanningen som dannet forløpet til hvordan den er i dag. Hun er også kjent for hennes initiativ for å forbedre helsehjelpen til militæret. Et av Nightingales fokusområder er pasientens omgivelser (Kirkevold, 1998, s. 84,90). Nightingale forklarer at en sykepleiers regel nummer 1 er at vi skal sørge for like god luft inne som ute, slik at luften pasienten puster inn er ren. Dette må vi gjøre ved å lufte ut på pasientrommene, vi må også passe på at rommet ikke blir for kaldt for pasienten (Nightingale, 1984 s. 22). Nightingale fokuserer også på dette med unødvendig støy. Snakking og hvisking er støy som kan forstyrre pasienten. Nightingale sier at vi må sørge for at pasientene ikke blir vekket fra søvn på grunn av unødvendig støy, spesielt ikke like etter at de har sovnet. Hun forteller også at slik unødvendig støy har i flere tilfeller forsterket eller skapt delirium (Nightingale, 1984 s. 49-50). Lys er også en viktig faktor for å sikre god sykepleie forteller Nightingale. Hun mener at lys er både viktig for helsen til pasienten og for helbredelsen.

Hun mener ikke bare lys i fra lyspære men også sollys er viktig i helbredelsesprosessen. Nightingale forklarer at vi skal stille pasientsengen slik at pasienten kan se ut av vinduet. Hun mener at sollyset har en klar innvirkning på menneskekroppen (Nightingale, 1984 s. 86-87).

3.0 Metode

3.1 Metode

Dalland forteller at metode er hvordan vi går frem for å finne data vi trenger til studiet vi skal gjennomføre. Med data menes informasjonen vi trenger for å besvare en problemstilling. Metoden er altså en form for en oppskrift på hvordan man kan tilegne seg ny kunnskap. Vi velger en bestemt metode for å sette lys på vår problemstilling på en faglig måte. Dalland forklarer også forskjellen på kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir oss målbare data. Innen denne metoden handler det om store tall, og en finner data i et bredt areal. Dataen innhentes som regel med spørreskjema med faste svaralternativ. Ved kvalitativ metode leter vi etter data som ikke kan måles i tall. Her er utvalget mindre, en innhenter data som regel i form av intervju. Ved denne metoden kommer du mer i dybden på dataen. (Dalland, 2012, s. 111-112).

3.1 Litteraturstudie som metode.

Denne oppgaven er litteraturstudiebasert. Forsberg og Wengström forteller at en litteraturstudie er et klart spørsmål, som skal besvares gjennom systematisk relevant forskning. I en litteraturstudie må du først gå ut i fra en problemstilling for så å lete etter og finne svar på denne (Forsberg, Wengström, 2013, s. 26-27). Da må du begynne med et relevant systematisk søk for å finne litteratur som du kan analysere (Aveyard, 2014, s. 2). En systematisk gjennomgang vil si å søke gjennom litteraturen, samle den, også sammenligne og vurdere den. I en litteraturstudie kommer det ikke frem noe nye data, men en sammenligner det andre har forsket på før (Støren, 2013, s. 16-17).

Litteraturstudier har både svake og sterke sider. Forsberg og Wengström forteller at de sterke sidene ved en litteraturstudie er at en kan tilegne seg mye kunnskap fra flere sider på kort tid, mens en svake sider er at skriveren velger selv hvilke forsknings artikler han vil bruke. Det kan føre til at skriveren leter etter forskning som underbygger deres egne meninger og tanker. For å skrive en god litteraturstudie må du ha tilstrekkelig med forsknings artikler, og det kan være vanskelig i noen tilfeller (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-26).

3.2 Søk og valg av forskningsartikler

Når jeg søkte etter artikler brukte jeg mest databasen CINAHL, dette fordi det er den databasen jeg er mest kjent med. Jeg startet først med søkeordet delirium, og fikk 4355 treff. Jeg søkte kun de artiklene som var publisert i 2009-2016 å treffet gikk ned til 2371. Så valgte jeg å legge til søkeordet hoftebrudd (hip fractur). Da gikk treffet ned til 97 artikler. Da la jeg inn et ekstra søkeord som var forebygging (prevention), da gikk treffet ned til 23. Etter å ha gått igjennom sammendraget på disse 23 artiklene var det ingen som passet spesielt bra til min problemstilling. Noen av treffene som kom opp var ikke forskningsartikler og andre var utdrag fra bøker, dermed ble de eliminert bort. De fleste ble eliminert bort på grunn av tiltakene for forebygging ikke kom tydelig frem. En metode som har fungert for meg er å se på kildelistene til artikler, der refererer de som regel til mange gode artikler. Når jeg gikk igjennom referanselistene til disse artiklene fant jeg to jeg kunne bruke.

Etterpå valgte jeg å søke på ”sykepleien forskning” sin nettside med søkeordet delirium og forebygging, her fikk jeg ett treff. Denne artikkelen var relevant for min problemstilling og ble tatt med i denne studien. På referanselisten til den artikkelen, fant jeg også en forskningsartikkel jeg kunne bruke.

Jeg ønsket å finne om det var flere skandinaviske artikler i forhold til at da er det mest lik kultur. Jeg søkte et nytt søk på CINAHL hvor jeg brukte delirium som søkeord, og valgte å søke etter artikler kun på norsk. Da fikk jeg et treff på 2 artikler, den ene var relevant for min problemstilling og ble tatt med i denne studien, i tillegg jeg fant enda en artikkel jeg kunne bruke på referanselisten.

3.3 Kildekritikk

For å få en god oppgave er det viktig å vurdere kildene. For at du skal gjøre en god oppgave stilles det krav etter hvordan du søker etter kilder, vurderer dem, gjøre rede for og bruker dem. En kilde er hvor opphavet til kunnskapen kommer fra, og for at vi skal stole på den kilden må vi gjennomgå all forskning vi bruker. Da må vi gjennomgå både kvaliteten på kilden og hvor relevant den er for din oppgave (Dalland, 2012, s.63).

For å kvalitet sikre kildene mine har jeg brukt kunnskap senteret sine sjekklister på kvalitative studier (se vedlegg 2). Disse kriteriene var viktige:

- Belyser studien erfaringer og opplevelser i forhold til forebygging av delirium.
- Er hovedfunnene i studien nyttige.

- Er problemstillingen og formålet med studien klart formulert.
- Er designet velegnet til problemstillingen.
- Er alle artiklene fagfellevurdert.
- Er artikkelen på et annen språk, må funnene kunne bli oversatt til norske forhold.

3.4 Forskningsetikk

Når vi skal skrive en litteraturstudie har også etikken en viktig rolle. I forhold litteraturstudie er referering en del av etikken. For at du skal oppfylle akademiske verdier, er du nødt til å referere riktig, det er viktig for å hindre plagiat (Dalland, 2012, s. 93). I denne oppgaven brukes HSH sine retningslinjer for kildebruk.

4.0 Resultat

Risk Factors for Preoperative and Postoperative Delirium in Elderly Patients with Hip Fracture (Juliebø, Bjørø, Krogseth, Skovlund, Ranhoff, & Wyller, 2009).

Hensikten med denne studien var å vurdere risikoen for delirium etter hoftebrudd og å identifisere de viktigste risikofaktorene for pre- og postoperative delirium. I denne studien er det kvantitativ forskning som er brukt. Utvalget var 364 pasienter med og uten kognitiv svekkelse, i alderen 65 år og eldre, alle som deltok var norske. Alle ble innlagt akutt på sykehus på grunn av et hoftebrudd. Forskeren delte funnene inn i pre- og postoperative risikofaktorer.

De **pre operative** pasientene som utviklet et delirium hadde en eller flere av disse risikofaktorene:

- Led av kognitiv svekkelse
- Levde i en institusjon
- Var funksjonelt nedsatt
- Hadde falt innendørs
- Hadde diagnosen obstruktiv lungesykdom
- Hadde lidd av en tidligere slag
- Brukte sovemedisiner oftere enn de som ikke var delirisk.
- Pasientene hadde oftere feber

Pasienter som utviklet delirium **postoperativt** hadde en eller flere av disse risikofaktorene:

- Led ofte av kognitiv svekkelse
- De hadde lavere BMI enn de som ikke utviklet delirium
- De fleste bodde på institusjon
- Hadde falt innendørs
- De skåret høyt på ASA-skjema
- De brukte mer medisiner en de som ikke utviklet delirium
- Det var flere som hadde atrieflimmer
- Hadde en lavere hemoglobinkonsentrasjon ved innleggelsen
- Oftere mottatt transfusjon av røde blodlegemer

Delirium oppsto hos 50 av 237 pasienter pre operativt, mens 68 av 187 av pasientene utviklet delirium postoperativt.

Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd (Bøyum, 2013).

Hensikten med denne studien er å finne ut hvilke erfaringer helsepersonell hadde rundt temaet forebygging av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd. De brukte kvalitativ metode i denne studien, hvor fokusgruppeintervjuer ble brukt for å samle inn data. Utvalget bestod av 11 deltagere, av disse 11 var 9 sykepleiere og 2 hjelpepleiere. Det var stor forskjell i hvor lang arbeidserfaring de hadde, den varierte fra 3 til 25 år. Funnene som er kommet frem i artikkelen viser at risikofaktorer som infeksjoner, dehydrering, stressfaktorer som kateter, perifer vene kanyler og oksygenlange kan forårsake delirium. I denne artikkelen kommer det frem at sykepleierne hadde et restriktivt forhold til beroligende medikamenter, dette på grunn av blandede erfaringer mellom virkning og bivirkning. Sykepleieren forteller også at skjerming av pasienter var et godt tiltak både til de pasientene som var i fare for å utvikle et delirium og de som allerede hadde det. De la også vekt på tiltaket og bruke pårørende som en ressurs, det forklarer de med at pårørende hadde en beroligende effekt. Det kommer også frem at informasjon og samtaler er gode tiltak. Det kom frem i artikkelen at informantene hadde kunnskap om delirium, men det var liten tid til overs for å forebygge det. Relevansen til denne studien, er at artikkelen beskriver risikofaktorer og tiltak som kan brukes i drøftingsdelen.

Uro og uklarhet – sykepleierens erfaringer med delirium blant gamle med brudd (Vassbø & Eilertsen, 2011). Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiernes erfaring blant de

eldre pasientene med delirium og brudd. Hensikten var å finne ut hvordan sykepleierne identifiserte, forebygget og behandlet eldre pasienter med delirium. Dette er en kvalitativ studie, den ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervjuer hvor sykepleiere fra to forskjellige ortopediske avdelinger ble valgt ut. Det var 18 sykepleiere som meldte seg frivillige, men når studien startet var det 15 som ble med i gruppene. Funnene var at sykepleierne ikke hadde nok kunnskap rundt temaet, men interessen for kunnskap om delirium var stor. Det kom frem at sykepleierne hadde fokus på en rekke andre komplikasjoner, men forebyggende tiltak i forhold til delirium var det lite fokus på. Deltakeren i studien reflekterer over forebyggende tiltak som for eksempel ro, smertelindring og skjerming. Det kom også frem i studien at den pre operative fasen var vanskeligere i forhold til forebygging av delirium.

Postoperative Delirium Prevention in the Older Adult: An Evidence-Based Process

Improvement Project (Layne, Haas, Davidson, & Klopp 2015). Denne studien har samlet artikler fra 1990-tallet til 2014 for å finne eksisterende forskning om hvordan en skal forebygge og identifisere delirium. Hensikten med denne studien var å lage en protokoll for forebyggende tiltak, samt implementering av screeningsverktøy. Protokollens hensikt var å identifisere pasienter med risiko for utvikling delirium slik at man kan forebygge utbruddet. Resultatet ble Delirium Prevention Protocol (vedlegg 3). Denne protokollen beskriver hva vi skal gjøre når det gjelder identifisering og forebygging. Noen av de forebyggende intervensjonene som kommer frem i protokollen var å sørge for riktig belysning og tydelig informasjon, besøk fra pårørende, trygt miljø, hjelpe pasienten til å få sove uten bruk av sovemedisiner og mobilisering. Forskerne konkluderer med at sykepleiere kan hindre delirium ved hjelp av evidensbaserte intervensjoner. Studien forklarer også vurderingsverktøyet CAM.

Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med

brudd (Vassbø & Eilertsen 2014). Dette er en Kvalitativ studie. Forfatterens hensikt med studien var å undersøke hvilken erfaring sykepleierne hadde med identifisering, forebygging og behandling av delirium hos den eldre ortopediske pasient. I denne studien trekker de frem sykepleiernes erfaringer fra de ulike fasene i sykehusoppholdet. Metoden de brukte var fokusgruppeintervjuer, hvor 15 sykepleiere fra ortopedisk avdeling deltok. Funnene som kom frem i studien var at det var mangelfulle rutiner og begrenset oppmerksomhet i alle de ulike fasene. Sykepleierne beskriver at det var lite rom for forebygging i den pre operative fasen, selv om fasen ble beskrevet som særlig kritisk i forhold til utvikling av delirium. I den postoperative fasen beskriver deltagerne at det var mer rom for forebygging, og at de gjorde mange av de forebyggende tiltakene, men ikke bevisst på å forebygge delirium. Sykepleierne konkluderte med

at det er behov for å øke kunnskapen og kompetansen om delirium. Slik at de kan møte de gamles behov for å minske risikoen for å utvikle delirium.

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Hovedfunnene som kommer frem i Juliebø et al. (2009) er risikofaktorer for å utvikle delirium. De mest vanlige risikofaktorene var underernæring, kognitiv svikt og innendørs skade. I artikkelen til Bøyum (2013) var hovedfunnene at skjerming og interaksjon med pårørende var gode forebyggende tiltak. Det kom også frem at kommunikasjonsstrategier hadde stor innvirkning på forebyggingen. Vassbø et al. (2011) sine hovedfunn var at det var utilstrekkelig kunnskap hos sykepleierne rundt identifisering og planlegging av tiltak knyttet til pasienter som er i risiko for å utvikle delirium. Et annet hovedfunn som kommer frem var at akuttinnleggelser, uforutsigbare operasjonsprogram og stort arbeidspress gjorde det vanskelig for sykepleierne å møte den eldre pasientgruppas behov. Hovedfunnet i Layne et al. (2015) var at tidlig identifisering av delirium og behandling av underliggende årsaker vil forbedre pasientens utfall. Det kommer også frem at sykepleiere kan forebygge delirium ved hjelp av evidensbasert intervensjoner. Også dette med identifisering av delirium på et tidlig stadium kan redusere alvorlighetsgraden. I artikkelen til Vassbø et al. (2014) var hovedfunnet at det var behov for kompetanseutvikling hos sykepleiere som arbeidet med pasienter som var i risiko for å utvikle et delirium.

5.0 Hvordan forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd?

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen min opp i mot funnene i forsknings artiklene jeg har valgt å ta med, i tillegg til annen faglitteratur. **Hvordan forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd?**

Temaene som blir drøftet:

- Kunnskapsbasert praksis
- Identifisering og forebygging
- Det fysiske miljøet
- Medikamentell forebygging
- Kommunikasjon og informasjon
- Pårørende som en resurs
- Nok tid

5.1 Kunnskapsbasert praksis

Vassbø et al. (2011) viser i sin studie at sykepleiere ikke bevisst har noe fokus på å forebygge delirium. Et utsagn som kommer fra en sykepleier var ”Jeg har aldri tenkt på forebygging i forbindelse med delirium, må jeg innrømme”, altså nesten det samme kommer frem i Vassbø et al. (2014). Sykepleierne hadde lite kunnskap om hva konsekvensene av delirium kunne være. Det var også særlig liten kunnskap om den pre operative i forhold til å forebygge delirium. Sykepleierne gjør mange forebyggende tiltak som er rettet mot andre komplikasjoner i både den pre og postoperative fasen, men de var ikke bevisst på å forebygge delirium. I artikkelen til Bøyum (2013) kommer det frem det motsatte, her hadde sykepleierne god erfaring med delirium, de hadde både kunnskap om forebygging og behandling av delirium. Min egen erfaring underbygger funnene fra Vassbø et al., fra ortopedisk avdeling var det fokus på å forebygge komplikasjoner som obstipasjon, infeksjon, trykksår, og lignede, men det var lite fokus på direkte forebygging av delirium. I fra sykepleien sine yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren har ansvar for forebygger sykdom hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Skal vi følge yrkesetiske retningslinjer er vi nødt til å forebygge komplikasjoner, men også forebygge komplikasjonen delirium.

Kunnskapsbasert praksis omhandler at vi skal holde oss oppdatert, etterspør og bruke kunnskap som er forskningsbasert (Nortvedt, Jamtvedt, Gravholt, Nordheim & Reinar ,2012, s. 16). Videre forteller Nordtvedt et al. (2012, s.22- 23) at om helsetjenestene skal ha kvalitet er det viktig at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, tjenestene er tilgjengelig og rettferdige, brukeren er involvert og at resursenes blir godt utnyttet. For at tjenestene skal ha troverdighet og øke kvaliteten er helsearbeidere nødt å bruke forskning og oppdatert kunnskap. I de yrkesetiske retningslinjene står det at det er viktig å bygge sykepleie på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011). Både ifølge Nordtvedt et al. (2012) og de yrkesetiske retningslinjene er vi nødt til å bygge sykepleien på forskning og ny kunnskap innenfor det feltet vi jobber. Jobber vi på ortopedisk avdeling er vi nødt til å søke opp ny kunnskap og forskning på hvordan vi som sykepleiere kan forebygge delirium etter hoftebrudd. Dette for å gi pasienten best mulig og kvalitetssikker behandling.

5.2 Identifisering og forebygging av delirium

I Vassbø et al. (2014) kommer det frem at tidlig identifisering av risikopasienter og videre iverksette tiltak kan minimere konsekvensen av delirium. Studien til Juliebø et al. (2009) legger frem risikofaktorer en sykepleier bør være observant på i forhold til delirium. Risikofaktorene for pre operativ delirium var blant annet kognitiv svekkelse, bor på institusjon, var funksjonelt nedsatt, skaden hadde skjedd innendørs, hadde diagnosen obstruktiv lungesykdom, tidligere slag, feber og bruk av sove medisiner. Risikofaktorer for postoperativt delirium var kognitiv svikt, underernæring, bor på intuisjon, høyere skår på ASA- skjema, høyere medisinforbruk, atrieflimmer og lav hemoglobinkonsentrasjon ved innleggelsen (Juliebø, et al. 2009). Sykepleierne i Vassbø et al. (2014) trekker også frem at de merket at de med dårligere ernæringsstatus oftere fikk delirium. Stubberud (2011, s 400-401) underbygger også flere av risikofaktorene for eksempel underernæring, tidligere hjerneskade, kognitiv svikt eller demens og så videre. Siden tidlig identifisering av de pasientene som er i risiko for utvikling av delirium kan minimere konsekvensene, bør vi som sykepleier kunne disse risikofaktorene for å lettere finne pasientene som har risiko for å utvikle et delirium. De pasientene som har utviklet et delirium når jeg har vært i praksis, har blant annet disse faktorene vært tilstede: underernæring, kognitiv svikt og obstruktive lungesykdommer.

Sykepleierne i Vassbø et al. (2011) forteller at forebygging av delirium i den pre operative fasen kunne være utfordrende. Dette på grunn av mye uvisshet rundt når pasienten skal til operasjon, og sykepleierne følte de hadde lite innvirkning på hvilke pasienter som trengte å komme først i rekken. Uvissheten rundt operasjonstiden førte ofte til lange fasteperioder. Sykepleierne trekker fram at de føler frustrasjon, bekymring og avmakt, når det gjald denne lange og uforutsigbare fasteperioden. Det var spesielt nærings- og væsketilførsel sykepleierne var bekymret for når fasteperioden ble lang. Sykepleierne hadde erfaring med sammenheng mellom lang pre operativ liggetid og delirium. Sykepleierne i Vassbø et al. (2014) underbygger det samme, de hadde liten innflytelse på ventetiden i den pre operative fasen og de var ofte bekymret for de eldre pasientene som måtte vente lenge. Samt at det var ernæring det var mest utfordringer med, og at det kunne øke risikoen for delirium.

Flere utløsende faktorer som kan være lette å forebygge kommer frem i både litteraturen og artiklene. Layne et al. (2015) viser i sin artikkel at man må unngå å bruke kateter, dette

underbygger Ranhoff (2008, s.402). Informantene i artikkelen til Bøyum (2013) underbygger også dette, de forteller at urinveiskateter er en stor stressfaktor for pasientene. Informantene i denne artikkelen trekker også frem andre utløsende faktorer som er stressende for pasienten, for eksempel venekanyler, oksygenlange og bandasjer. Min erfaring fra praksis var at alle som skulle operere på grunn av et hoftebrudd, skulle ha permanent kateter under operasjon, men sykepleieren var som regel raske med å få det fjernet når de var kommet tilbake til avdelingen. I de fleste tilfellene var kateteret fjernet allerede før pasienten var kommet tilbake til posten.

Dersom en skal forebygge delirium er det viktig å bruke et kartleggingsverktøy som for eksempel CAM (Bøyum, 2013). Både Layne et al. (2015), Ranhoff (2008, s.399), Bøyum (2013) og Vassbø et al. (2011) anbefaler kartleggingsverktøyet CAM. Også i Vassbø et al. (2014) kommer det frem at iverksetting av kartleggingsverktøy i avdelingen kan hjelpe med en målrettet forebygging og behandling. Ranhoff (2008, s 398) skriver at sykepleierne bør bruke CAM eller annet kartleggingsverktøy hver vakt på de pasientene som er i risiko for å utvikle delirium. I studien til Bøyum (2013) kommer det frem at på avdelinger der de ikke bruker kartleggingsverktøy, var det ikke fokus på hypoaktivt delirium. De stedene var fokuset heller mer rettet mot hyperaktivt delirium siden det er lettere å se når pasienten er utagerende og rastløse. Jeg har ikke hatt noe erfaring med noen form for kartleggingsverktøy i forhold til delirium i mine tidligere praksiser. Men tror at det kunne vært til god hjelp for å både identifisere delirium og til hvilke pasienter vi skal iverksette forebyggende tiltak. Jeg har heller ikke vært i kontakt med pasienter som har hatt hypoaktivt delirium. Nå når jeg har fått mer kunnskap om delirium og hypoaktivt delirium, mistenker jeg at flere av mine tidligere pasienter kan ha vært i denne tilstanden.

5.3 Det fysiske Miljøet

Bøyum (2013) trekker frem i sin artikkel at skjerming er en forebyggende intervensjon for delirium. Informantene forteller at det var viktig å skjerme pasienten som var sårbare for å utvikle delirium. Om det var mulig ble pasientene prioritert til å få enerom. Da fjernet helsepersonell faktorer som kan være forstyrrende for pasienten, blant annet tv, radio og lignende. Dette for å fjerne mest mulig støy som kommer fra avdelingen. Når støy og forstyrrende faktorer ble fjernet var det lettere å gi informasjon eller positiv stimuli for pasienten (Bøyum, 2013). Både Ranhoff (2008, s. 402) og Layne et al. (2015) underbygger det som kommer frem i Bøyums (2013) artikkel, et viktig forebyggende tiltak er å sørge for ro og skjerming for pasienten som er i risiko for utvikling av delirium. I Vassbø et al. (2013) forteller sykepleierne også at de har fokus på skjerming og ro for pasienten, men problemet var at det var manglende

tilgang på enerom. Min erfaring fra praksis underbygger noen av utsagnene som kommer frem i disse artiklene. Det var at pasientene med eller risiko for å få hyperaktivt delirium ble prioritert til å få enerom, men det var ofte at disse enerommene var fulle å pasientene ble flyttet på gangen eller på et firemansrom, men sykepleierne jobbet hardt for å finne den beste muligheten for både pasienten å medpasienter.

Layne et al. (2015) viser i sin protokoll, noen miljøfaktorer som kan være med på å forebygge delirium, de trekker frem blant annet dette med riktig belysning. De trekker også frem dette med ikke medikamentelle tiltak for å få pasienten til å sove, dette kan eksempel være å skru ned lyset, reduserte støy, myk musikk og koffeinfri te. Nightingale (1984) har også et stort fokus på pasientens omgivelser. Hun har et fokus med at sykepleierne skal fjerne unødvendig støy, for eksempel høylytt snakking i gangen. Hun mener at flere pasienter er blitt enten forverret eller har utviklet et delirium på grunn av unødvendig støy (Nightingale, 1984 s. 49-50). Nightingale (1984, s.86) underbygger også Layne et al. (2015) med fokus på lys. Nightingale skriver også at det er viktig å sørge for at pasientsengen blir plassert der sollys kan komme inn, hun mener sollys er en viktig faktor for helbredelse.

5.4 Medikamentell forebygging

Å gi pasienten beroligende og smertestillende medikamenter for å forebygge delirium er det uenigheter mellom artiklene. Informantene i Bøyums (2013) artikkel er skeptiske til bruk av medikamenter, dette på grunn av dårlig erfaring med bivirkninger. Det gjaldt medikamentene som for eksempel benzodiazepiner, hypnotika og haloperidol, dette er beroligende medikamenter. Informantene var også restriktive til noen typer smertestillende, som for eksempel opiat. Informantene mente at bivirkningene til disse medikamentene forverret pasienten sin situasjon mer enn virkningen hadde effekt. De mente smertelindrende hadde god effekt på å forebygge delirium, dersom de ble gjort med minimalt bruk av opiat. Bøyum (2013) skriver at ved store smerter er det en større risiko for delirium, en bivirkningene til opiat. Sykepleierne i Vassbøs et al. (2011) artikkel forteller at de har et stort fokus på smertelindring. Dette for å dempe uro hos pasienten. Baktanken med smertelindring var ikke for å forebygge delirium, men de var opptatt av å fjerne konsekvensene av smerter. De trekker frem at for å få god søvn er det viktig å være godt smerte lindret. Sykepleierne trekker frem at dårlig smertelindring kan ha konsekvenser på både søvn, matlyst og mobilisering, som igjen kan føre til delirium (Vassbø et al. 2011). Sykepleierne i Vassbø et al. (2014) bruker Heminevrin som et beroligende medikament som de har hatt god effekt av, de ble ikke brukt som en enkel løsning men vurdert nøye. Min erfaring med medikamenter varierer fra pasient til pasient. Jeg har sett at

beroligende preparater som benzodiazepiner har hatt beroligende effekt på noen, mens noen blir bare enda mer urolig. Når jeg var i praksis var det stort fokus på smertelindring, fokuset var at pasienten skulle ha minst mulig smerter. De prøvde alltid med andre smertestillende om de hadde virkning, før de gav pasienten opiater på grunn av dens bivirkninger.

5.5 Kommunikasjon og informasjon

Ranhoff (2008, s. 402) skriver at for lite informasjon, pasientkontakt og stadig skift av personell kan være disponerende faktorer for å utvikle et delirium. Gode samtaler, gjentakelse av informasjon og omsorg kan være forebyggende tiltak mot delirium skriver Bøyum (2013). Det kan lindre symptomer eller snu utviklingen av delirium for de pasientene som allerede har havnet i et delirium. Informantene i Bøyums (2013) artikkel hadde god erfaring med å realitets orientere pasienter, men det er tidkrevende og en trenger tålmodighet. Realitetsorientering kan ha motsatt effekt for de pasientene som allerede er hallusinerte, aggresjon og angst (Bøyum, 2013). Sykepleierne i Vassbøs et al. (2011) artikkel hadde fokus på å skape trygghet hos pasienten. Sykepleierne var beviste på å opptre rolig både i et rolig tempo og avslappede kroppsholdninger for å skape trygghet hos pasienten. De hadde også fokus på informasjon til pasienten spesielt i den pre operative fasen, slik som informantene i Bøyums (2013) forklarer. Min erfaring er at kommunikasjon er et viktig tema. I praksis så jeg forskjellen når en sykepleier med rolig kroppsholdning og stemme kommer inn til pasienten og han blir trygg med en gang. Jeg erfarte også å se når sykepleier er mer høylytt og stresset at det hadde en innvirkning på pasienten. Jeg har også vært med på å sett hvor mye det betyr for hver enkelt pasient når du setter deg ned ved siden av han både for å ha en samtale og for å gi informasjon. Det å trygge pasienter har jeg sett at det kan føre til at de stoler mer på oss som helsefagarbeidere.

5.6 Nok tid?

Informantene i Bøyums (2013) artikkel fremstiller pårørende som en svært nyttig ressurs for pasienten. Dette var på grunn av at pårørende kunne ha en beroligende effekt på pasienten, eller det kunne realitets orientere pasienten. Om pårørende var til stede kunne de ha en forebyggende effekt i forhold til delirium. Det kunne også ha motsatt effekt som at pasienten ble mer hallusinert når pårørende var tilstede. Bøyum (2013) forklarer at også pårørende kan være i en vanskelig situasjon når deres nærmeste utvikler et delirium, derfor er det viktig med god informasjon til pårørende som for eksempel at om de er tilstede for pasienten kan det hjelpe. I Vassbøs et al. (2011) kommer det frem at pårørende ble en ressurs i forhold til å innhente informasjon om hvordan pasienten har vært før innleggelse. Min erfaring med pårørende som en ressurs har stort sett vært bra. Ved hjelp av pårørende fikk jeg tak i informasjon om hvordan

pasienten var før innleggelse, og hva som hadde forandret seg hos pasienten etter innleggelse. En gang så jeg en pasient som ble beroliget og mer klar når pårørende var tilstede. Jeg har også vært med og sett at når pasienter får snakke med pårørende på telefon kan virke beroligende.

5.7 En travel hverdag

Informantene i Bøyums (2013) artikkel var klar over hvilke intervensjoner som skulle iverksettes for å forebygge delirium, men det var mangel på tid til dette. Det samme underbygger sykepleierne i Vassbø et al. (2011), sykepleierne føler at tiden ikke strekker til. Vassbø et al. konkluderer med at korte innleggelser kan medføre at pasientens grunnleggende behov blir nedprioritert. Slik at når eldre pasienter som er i risiko for å utvikle delirium blir innlagt ikke får adekvat hjelp. Sykepleierne forteller at de har store utfordringer i møte med eldre pasienter med brudd, utfordringene er blant annet akuttinnleggelser, uforutsigbare operasjonsprogram, stort arbeidspress og korte sykehusinnleggelser (Vassbø, et al. 2011). Min erfaring fra ortopedisk avdeling var at de fleste vaktene var svært travle, og sykepleierne gjorde så godt de kunne for å dekke pasientens behov. Men hvordan kan sykepleierne rekke over alt, hvordan kan sykepleierne forebygge delirium når tiden ikke strekker til? Kan det bli lettere å forebygge delirium om avdelingen innarbeider et kartleggingsverktøy? Vassbø et al. (2011) stiller spørsmålet hvorfor avdelingene har tatt i bruk et kartleggingsverktøy, og rutiner for forebygging og behandling av delirium. Videre skriver han at funnene kan tyde på at fravær av krav til kompetanse rundt område delirium kan påvirke sykepleiernes forståelse og beslutningsevne. Sykepleierne i Vassbø et al. (2014) uttrykker at de savner rutiner å kliniske metoder for å identifisere delirium.

6.0 Avslutning

Studiens hensikt var å finne ut hvordan en sykepleier kan forebygge delirium hos hoftebrudds pasienter. For å kunne forebygge må vi starte med å tilegne oss kunnskap om delirium. Funnene tilsier at sykepleierne har liten kunnskap om delirium og forebygging. I følge de yrkesetiske retningslinjene er vi pliktige til å forebygge. Skal vi forebygge er vi nødt til å ha kunnskapen i bunn. Kampen mot klokka er en faktor vi også må jobbe med, og funnene tilsier at det ofte er liten tid til forebygging, men kanskje om både kunnskapen og rutiner blir innarbeidet i avdelingen er det tid nok.

Det finnes flere tiltak som både er kjappe og effektive, men som sakt må vi ha kunnskapen i bunn for å kunne utføre dem. Vi må kunne om risikofaktorene for utvikling av delirium, slik at vi tidlig kan identifisere pasientene som har en risiko. Når vi har identifisert pasientene som er i risiko bør vi bruke et kartleggingsverktøy hver vakt, for å måle om pasienten er i ferd med å få eller har fått delirium. Skjerming av pasienten er et forebyggende tiltak som virker å ha effekt, samt fjerning av unødvendig støy. Medikamentell behandling kan være en tiltak for å forebygge delirium, spesielt smertebehandling. At sykepleieren har en rolig væremåte og opptreden ovenfor de pasientene som er i risiko kan også være et forebyggende tiltak. Samt gode samtaler og god informasjon til pasienten. Pårørendes er en god resurs som kan hjelpe med å forebygge, nærvær av pårørendes kan gi ro til pasienten.

Som nevnt i innledningen er forekomsten høy når det gjelder delirium hos hoftebrudd pasienter. Gode forebyggende tiltak kan bedre utfallet til pasienten, samt det kan være lønnsommere for staten.

Referanseliste

- Aveyard, H. (2014) *Literature Review- in Healt and Social Care*. London: Mc Graw Hill
- Bélangier, L., & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing In Critical Care*, 16(6), 303-315 13p. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Bøyum, Å. W., (2013) Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning* (s.210-218) DOI:10.4220/sykepleienf.2013.0091
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengstrom, Y. (2013). *Att gora systemiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A., & Wyller, T. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(8), 1354-1361 8p. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02377.x
- Juliebø, V & Wyller, T. B. (2010) Delirium – en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Indremedisinen*. Hentet fra: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/759630/Geriatrisk%20Sykepleie%203_2010.pdf
- Layne, T., Haas, S. A., Davidson, J. E., & Klopp, A. (2015). Postoperative Delirium Prevention in the Older Adult: An Evidence-Based Process Improvement Project. *MEDSURG Nursing*, 24(4), 256-263 8p.
- Mensen, L (2008) Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg, 5 opl. S. 51-56) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nightingale, F. (1984) *Håndbok i sykepleie*. Oslo: Gyldendal
- Norsk sykepleierforbund*. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf
- Nortvedt, M. W. , Jamtvedt, G., Gravholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M (2012) *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribes
- Page, V. & Ely, W. E. (2011) *Delirium in critical care*. New York: Cambridge.

- Ranhoff, A., H. (2008) Delirium. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg, 5 opl. S. 395-405) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A., H. (2008) Forebyggende og helsefremmende sykepleie . I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg, 5 opl. S. 137-147) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romøren, T. R.(2008) Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie* (1. Utg, 5 opl. S. 29-37) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D – G. (2010). Sykepleie ved delirium. I H. Almås., D – G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* 1. (4. utg., s. 399 – 406). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Støren, I. (2013) *Bare søk!* Oslo: Cappelen Damm
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2011). Turmoil and confusion -- nurses' experiences with delirium in older persons with fractures. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 13(2), 129-142 14p.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(1), 59-71 13p.
- Østenvik, E., (2013) Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie- sykepleieboken 3*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Vedlegg 1

Påvisning av delirium ved hjelp av CAM – algoritmen:

Trinn 1 og 2 må være oppfylt, og i tillegg må minst et av trinn 3 eller 4 være til stede.

1. Trinn: Akutt debut og fluktuerende forløp

- I. Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon, sammenlignet med hvordan pasienten er til vanlig?
- II. Er det endringer i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet- kommer og går problemene, og varierer de i intensitet?

2. Trinn: Uoppmerksomhet

- I. Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomheten-er pasienten for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråen i samtale?

3. Trinn: Desorganisert tenkning

- I. Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning, som babling eller irrelevante samtale, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skift mellom forskjellige temaer?

4. Trinn: Endre bevissthetsnivå

- I. Hvis annet svar en våken (normal) på følgende:
Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå:
Våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma.

Kilde: (Ranhoff, 2008, s.399).

Vedlegg 2

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert? TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</i> 	Ja	Uklart	Nei
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</i> 	Ja	Uklart	Nei

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</i> 	Ja	Uklart	Nei
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemt forbindelse med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</i> • <i>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</i> • <i>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv)?</i> 	Ja	Uklart	Nei
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er metoden som ble valgt god for å belyse</i> 	Ja	Uklart	Nei

<p><i>problemstillingen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjoner), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
---	--

6. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

TIPS:

En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt i

<p><i>nnholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlende data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet frem til? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>Kommentar:</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>Kommentar:</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p>

<p>TIPS:</p> <p><i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir et helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller</i></p> <p><i>Forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</i> 	<p>Kommentar:</p>
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</i> • <i>Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>Kommentar:</p>

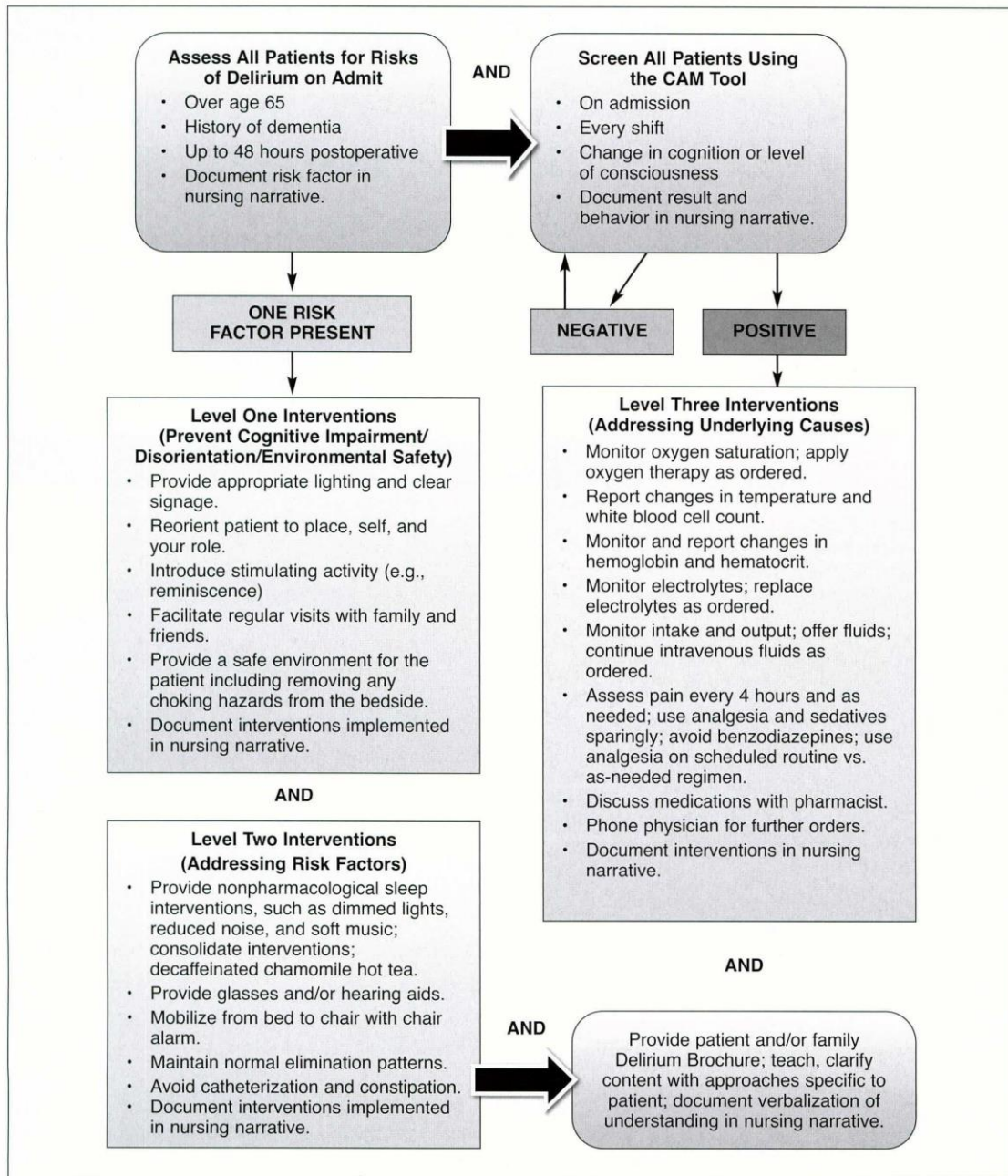
HVA ER RESULTATENE?

<p>10. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i> • <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>Kommentar:</p>
---	--

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i> • <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>Kommentar:</p>
---	--

FIGURE 1.
Delirium Prevention Protocol



Sources: Akunne et al., 2012; Allen et al., 2011; Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2006; Conn & Lief, 2001; Flaherty et al., 2010; Holroyd-Leduc, Khandwala, & Sink, 2010; Inouye et al., 1999; Khurana, Gambhir, & Kishore, 2011; Kratz, 2008; Laurila, Laakkonen, Laurila, Timo, & Rejo, 2008; Milisen, Lemiengre, Braes, & Foreman, 2004; National Clinical Guideline Center, 2010; Peisah, Chan, McKay, Kurrel, & Ruetens, 2011; Rathier & Baker, 2011; Registered Nurses of Ontario, 2004; Twedell & Aguiree, 2010; Vidan et al., 2009; Young & Inouye, 2007

Layne, T., Haas, S. A., Davidson, J. E., & Klopp, A. (2015). Postoperative Delirium Prevention in the Older Adult: An Evidence-Based Process Improvement Project. *MEDSURG Nursing*, 24(4), 256-263 8p.