

BACHELOROPPGAVE

Forebygging av postoperativt delirium etter hoftebrudd

av

Mari Braastad
Kandidatnummer: 42

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2016

Antall ord: 7006

Veileder: Toril Irene Olesrud Fjørtoft



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven "Forebygging av postoperativt delirium" i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse. Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Kandidatnummer: 42

Navn: Mari Braastad

JA X NEI ___

Sammendrag

Tittel

Postoperativt delirium etter hoftebrudd

Bakgrunn for valg av tema

Under min sommerjobb som sykepleierstudent på ortopedisk avdeling erfarte jeg stor forekomst av delirium hos eldre innlagt på sengepost etter et hoftebrudd. Det var en spesiell opplevelse å møte noen av pasientene før operasjon helt klare og orienterte, for så å få dem tilbake til avdelingen totalt forvirret. Jeg fikk føle på utfordringene dette medførte og med mere kunnskap rundt dette temaet kunne jeg kanskje ha forebygget flere tilfeller av delirium etter hoftebrudd og den påfølgende operasjon.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til og forebygge utvikling av postoperativt delirium hos eldre etter hoftebrudd?

Fremgangsmåte

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode, noe som betyr at jeg ikke har brukt egen forskning, men tatt i bruk forskning og litteratur gjort av andre. Jeg har belyst temaet i oppgaven gjennom å bruke relevant faglitteratur og forskningsartikler som omhandler delirium og hoftebrudd med fokus på både pre-, - per – og postoperative faktorer som kan ha sammenheng med utvikling av delirium i en postoperativ fase etter hoftebrudd hos eldre pasienter. Egne erfaringer og opplevelser fra praksis er også tatt med i oppgaven.

Oppsummering

Både forskningsartikler og annen litteratur peker på at postoperativt delirium etter hoftebrudd hos pasienter over 65 år er assosiert med økt sykkelighet, dødelighet, lengre sykehusinnleggelse, institusjonalisering og senere demens. Faktorer som ventetid før operasjon, opioide bruk og preoperativ kognitiv kartlegging diskuteres aktivt i litteraturen og er utgangspunktet for flere av forskningsartiklene tatt med i denne oppgaven. Det er viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om predisponerende og utløsende faktorer for utvikling av postoperativt delirium hos eldre og hvilke tiltak som kan settes inn hos den aktuelle pasientgruppen.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING MED VALG OG GRUNNGIVNING AV TEMA	1
2.0 PROBLEMSTILLING	2
2.1 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	2
3.0 METODE	2
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	2
3.2 VALG AV LITTERATUR	3
3.3 SØKEPROSESS	3
3.4 KVALITETSVURDERING AV ARTIKLER	5
4.0 TEORI	5
4.1 HOFTEBRUDD	5
4.2 DELIRIUM (AKUTT FORVIRRING)	6
4.3 STORE KIRURGISKE INNGREP HOS ELDRE PASIENTER	7
4.4 SMERTEBEHANDLING	8
4.5 PREDISPONERENDE OG UTLØSENDE FAKTORER	8
4.6 KARI MARTINSEN OG JOYCE TRAVELBEE	9
4.7 KOMMUNIKASJON	9
4.8 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLENE	10
5.0 DRØFTING	12
5.1 SYKEPLEIERS ROLLE I KARTLEGGING AV PREDISPONERENDE OG UTLØSENDE FAKTORER FOR DELIRIUM	12
5.2 SYKEPLEIEINTERVENSJONER OG FOREBYGGENDE TILTAK	15
5.2.1 Smertelindring	15
5.2.2 Ortogeriatrisk behandling	16
5.2.3 Kommunikasjon	17
5.3 BEGRENSENDE FAKTORER	17
6.0 KONKLUSJON	18
LITTERATURLISTE	19

1.0 Innledning med valg og grunngivning av tema

Delirium forekommer hos 43 – 61% av alle pasienter som opereres for hoftebrudd og opptrer ofte hos eldre pasienter med nedsatt cerebral reservekapasitet (Østensvik, 2013 s.744-745). Delirium er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet blant eldre sykehusinnlagte pasienter (Bøyum, 2013). Delirium har blitt omtalt i litteraturen i århundrer, og ble beskrevet allerede av Hippokrates og knyttet opp mot sykdom, feber og forgiftninger (Ranhoff, 2008 s.396). Delirium ses i dag på som en forstyrrelse i hjernens funksjon og blir også omtalt i litteraturen som akutt hjerneforstyrrelse (Ranhoff, 2008 s.396). Noen karakteristiske kjennetegn er akutt debut, forstyrrelser i oppmerksomheten, hukommelsen, orientering, oppfatningsevne, psykomotorisk adferd og søvnmønster (Østensvik, 2013 s.744-745). Det har blitt hevdet at hyppigheten av delirium på en sengepost har sammenheng med kvaliteten på sykepleien gitt til pasienten (Østensvik, 2013 s.744-745).

Opplevelsen av å stå ovenfor en delirisk pasient er utfordrende og ofte føler man seg hjelpeløs. Under min sommerjobb på ortopedisk avdeling erfarte jeg stor forekomst av delirium hos eldre innlagt på sengepost etter hoftebrudd. Det var en spesiell opplevelse å møte noen av pasientene før operasjon klare og orienterte, for så å få dem tilbake til avdelingen akutt forvirret. Jeg fikk føle på utfordringene dette bød på og at med mere kunnskap rundt dette temaet kunne jeg kanskje ha forebygget flere tilfeller av delirium etter hoftebrudd og den påfølgende operasjon.

Som fremtidig sykepleier ønsker jeg å kunne bidra med å redusere antall delirium tilfeller hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Sykepleieren sitt arbeid rundt disse pasientene vil i noen tilfeller være helt avgjørende for utfallet. Tidlig identifisering av risikofaktorer og å kunne sette inn forebyggende tiltak for å forhindre utviklingen av delirium er egenskaper en sykepleier er avhengig av for utøvelse av god sykepleie. Det er kanskje urealistisk og ha et mål om å finne en fasit for hvordan sykepleiere kan forebygge eller hindre utvikling av delirium etter hoftebrudd gjennom denne oppgaven, men jeg ser muligheten for å få mer kunnskap om risikofaktorer, forebyggende tiltak, observasjon og vurdering.

Innledningsvis har temaet for oppgaven og bakgrunnen for valg av tema blitt presentert. Videre vil jeg legge frem problemstillingen min med avgrensning, før jeg vil presentere metoden brukt i oppgaven. Deretter kommer en teorigdel, hvor det faglige grunnlaget for problemstillingen blir

presentert. Oppgaven avsluttes med en drøftingsdel på bakgrunn av teorien og forskningen presentert i teoridelen og helt til slutt vil jeg komme med en konklusjon av oppgaven i sin helhet.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til og forebygge utvikling av postoperativt delirium hos eldre etter hoftebrudd?

2.1 Avgrensning av problemstilling

Jeg ønsker og avgrense oppgaven til at den skal omfatte sykepleie til eldre pasienter over 65 år da dette er World Health Organisation (WHO, udatert) sin definisjon av eldre. Jeg utelukker pasienter med en demens diagnose. Videre ønsker jeg og avgrense oppgaven til pasienter som blir akutt innlagt på sykehus grunnet hoftebrudd. Jeg ønsker og fokusere på sykepleiers rolle og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til og forebygge utviklingen av delirium postoperativt. Selv om det konkretiseres i problemstillingen at fokuset ligger på postoperativt delirium, ses det også nødvendig og trekke inn det pre – og peroperative forløpet og eventuelle tiltak som kan settes inn i noen av disse fasene for å hindre en uønsket deliriumsutvikling postoperativt.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode. Ifølge Mulrow og Oxman's definisjon, utgår en systematisk litteraturstudie fra et tydelig formulert spørsmål, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013 s.27). For å bruke litteraturstudie som metode forutsetter det at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan legge grunnlaget for drøfting og konklusjon av temaet (Forsberg & Wengström, 2013 s.26).

Målet med en litteraturstudie er å bruke data fra tidligere gjennomførte empiriske studier, det finnes ingen regler for antall studier som bør inngå (Forsberg & Wengström, 2013 s.30-31). For å finne frem til slike studier må man alltid gjennomføre et systematisk søk etterfulgt av kritisk granskning og en sammenstilling av litteraturen innenfor et valgt tema eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2013 s.30). Vitenskapelige tidsskriftsartikler eller rapporter bestående av empiriske studier kjennetegnes ofte ved et kvantitativt eller kvalitativt design (Forsberg & Wengström, 2013 s.45). Kvantitativ forskning er basert på objektivitet og nøytralitet, forskeren er objektiv og holder avstand

til studieobjektet for å unngå at resultatet påvirkes av forutinntatte meninger (Forsberg og Wengström 2013 s.53). På den andre siden dreier kvalitativ forskning seg om å undersøke subjektive menneskers erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim & Reinar, 2014 s.72). Det anbefales at systematiske litteraturstudier innenfor sykepleien ikke bare inkluderer eksperimentelle studier, men også kvalitative studier som for eksempel beskriver pasientens opplevelse av helsesituasjonen (Forsberg & Wengström, 2013 s.30-31). Det finnes egne verktøy for kritisk vurdering av både kvantitative og kvalitative studier som jeg vil komme nærmere inn på senere i oppgaven. Ved hjelp av disse verktøyene har jeg etter beste evne valgt ut forskning jeg mener er relevant i henhold til problemstilling og tema for oppgaven.

Det finnes både fordeler og ulemper ved å velge litteraturstudie som metode. Ulempen er at man bruker litteratur som allerede er publisert og data som er hentet inn av andre, oppgaven blir derfor ikke bestående av primærkilder men sekundærkilder. Vitenskapelige artikler og rapporter som først representerer data fra en studie eller undersøkelse kaller vi for primærlitteratur, det er kort fortalt innsamlet materiale og data fra egen forskning (Søk og Skriv, 2015). Sekundærlitteratur derimot er artikler eller verk som omhandler primærlitteraturen eller primærkilden, som for eksempel oversiktsartikler eller lærebøker (Søk og Skriv, 2015). Fordelen med å velge litteraturstudie som metode for akkurat denne oppgaven er at det finnes mye litteratur og forskning om temaet. Jeg får mulighet til å sammenligne flere forskningsartikler og annen litteratur som jeg kan diskutere opp mot hverandre for deretter å komme frem til ny kunnskap.

3.2 Valg av litteratur

For å finne frem til relevant litteratur knyttet opp mot problemstillingen og tema i oppgaven startet jeg med å se gjennom tidligere pensumlitteratur fra sykepleierstudiet. Deretter gikk jeg inn på studieplan for bachelor oppgave i sykepleie 2015-16 for å få en oversikt over anbefalt pensumliste og hvilke litteratur derfra jeg kunne ta i bruk i denne oppgaven. Videre valgte jeg å se på litteraturlisten til noen tidligere bachelor – og masteroppgaver med lignende tematikk for å se om det her fantes noe relevant litteratur. Jeg har også valgt å søke meg frem på nettet via søkemotoren Google for og se om det kunne finnes noen tidsskriftsartikler, rapporter eller avhandlinger som tar for seg problemstillingen delirium etter hoftebrudd.

3.3 Søkeprosess

Kunsten å gjennomføre en god søkeprosess bygger på en gjennomtenkt søkestrategi. Det handler om å formulere en god problemstilling som kan gi gode søkeord, avgjøre hvor gammelt arbeide som skal

inngå skal være og hvilke språk, samt studiedesign som er interessant (Forsberg & Wengström, 2013 s.79).

For å søke frem til aktuelle forskningsartikler tok jeg i bruk databasen Academic Search Premier. Jeg valgte å bruke denne databasen ettersom den er knyttet opp mot Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt bibliotek. Denne databasen gir mulighet til å krysse av for flere databaser som er ønskelig å søke i og begrense søkene. Databasene jeg valgte å bruke sammen med Academic Search Premier ble Medline og Clinahl. Medline er en bred database som hovedsakelig inneholder vitenskapelige tidsskriftsartikler innenfor medisin, sykepleie og odontologi (Forsberg & Wengström, 2013 s.75). Clinahl er en database med vitenskapelige tidsskriftsartikler, monografier, doktoravhandlinger og konferansebidrag innenfor sykepleie, fysioterapi og ergoterapi (Forsberg & Wengström, 2013 s.75).

Etter og ha valgt ut aktuelle databaser begrenset jeg søket til full tekst artikler med publiserings dato 2009 til 2016. Jeg tok i bruk søkeordene hip fracture, delirium, postoperative, dette på bakgrunn av at disse ordene er relevante i forhold til valgt problemstilling og tema for oppgaven. Ordene ble satt sammen til delirium AND postoperativ AND hip fracture. Disse ordene gav 40 treff da jeg den 06.01.16 foretok søket. Jeg forsøkte å lete etter oversiktsartikler og ikke enkelt studier, dette fordi oversiktsartikler inkluderer flere ulike studier noe som gir en mer helhetlig oversikt mens enkeltstudier kun tar for seg en enkelt studie. Jeg hadde vansker med å finne relevante oversiktsartikler under dette søket og endte derfor opp med to enkeltstudier som svarte til problemstillingen min; "The effect of a pre – and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture" og "Postoperativ Opioid Consumption and Its Relationship to Cognitive Function in Elderly Hip Fracture Patients." I enda et forsøk på å finne oversiktsartikler gjorde jeg et nytt søk 11.01.2016. Jeg endret sammensetningen av søkeordene mine i Academic Search Premier til delirium AND hip fracture AND review og begrenset søket til både full tekst og scholarly (Peer Reviewed) Journals og fant artikkelen "Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review."

Fokuset i min problemstilling er på sykepleiers bidrag til forebygging av delirium etter hoftebrudd. Jeg forsøkte derfor å lete etter forskningsartikler skrevet av sykepleiere som kunne gi et mer sykepleierfaglig perspektiv på teamet. Gjennom sykepleien.no fant jeg frem til artikkelen "Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd." Denne forskningsartikkelen bestod av en bred referanseliste hvor jeg også fant forskningsartikkelen "Patients' experiences of being delirious".

3.4 Kvalitetsvurdering av artikler

For og kunne stole på resultatene i vitenskapelige artikler er det ofte behov for å vurdere den metodiske kvaliteten (Kunnskapssenteret, 2015). Hos kunnskapssenteret.no finnes det ulike sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Det er viktig å finne ut hvilken type artikkel du jobber med slik at riktig type sjekklister blir brukt. I denne oppgaven har jeg valgt å inkludere to kvalitative studier, en oversiktsartikkel sammen med to kvantitative studier.

I en kvalitativ studie bør det være godt beskrevet hvordan informantene er valgt ut samt hvordan datasamlingen har funnet sted og analysen av innsamlet data skal komme klart og tydelig frem (Nordtvedt et al., 2014 s.78). En oversiktsartikkel eller review er en form hvor forfatteren har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne (Nordtvedt et al., 2014 s.135). Innenfor kvantitativ forskning finnes det rekke ulike måter å bygge opp studien på og det er dette som på fagspråket heter studiedesign. En av forskningsartiklene jeg har valgt ut bygger på et eksperimentelt design og kalles for en RCT studie. I en RCT studie blir deltagerne i forskningsprosjektet tilfeldig randomisert eller fordelt i to grupper (Nordtvedt et al., 2014 s.115). Den ene gruppen får tiltaket som skal evalueres og kalles intervensjonsgruppe, mens den andre gruppen kalles kontrollgruppe og får ingen tiltak, tradisjonell behandling eller placebobehandling (Nordtvedt et al., 2014 s.115). En annen forskningsartikkel valgt ut i denne oppgaven hadde et ikke eksperimentelt design og kalles for kohortstudie. I en kohortstudie blir en gruppe mennesker (en kohort) fulgt opp over tid, forskerne samler inn data om sykdommer eller problemer som oppstår underveis hos personene utsatt for risikofaktorer og hos dem som ikke har blitt utsatt, det velges ofte en kohort av personer som er i samme stadium av et sykdomsforløp (Nordtvedt et al., 2014 s.132).

Når jeg vurderte mine fem artikler valgte jeg å bruke sjekklister for vurdering av en randomiserte kontrollert studie (RCT), sjekklister for vurdering av en kohortstudie, sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning og sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel som jeg fant på kunnskapssenteret.no sine nettsider.

4.0 Teori

4.1 Hoftebrudd

Proximale femurfrakturer er det medisinske begrepet for hoftebrudd, det på bakgrunn av at bruddet har tilknytning til øvre del av lårbenet nemlig femur (Østensvik, 2013 s.231). Hoftebrudd har

derfor blitt en samlebetegnelse for både lårhalsbrudd, pertrokantære femurfrakturer og subtrokantære femurfrakturer (Østensvik, 2013 s.231).

På norske sykehus blir omkring 9000 pasienter innlagt med hoftebrudd hvert år og det utgjør den største gruppen av pasienter innlagt akutt ved kirurgisk avdeling (Østensvik, 2013 s.732). Risikoen for hoftebrudd øker med økt alder, og med økt alder oppstår ofte sansesvikt, noe som ses på som mulig årsak til fall og hoftebrudd (Østensvik, 2013 s.733). Andre risikofaktorer er tidlig overgangsalder, fysisk inaktivitet, mangelfullt kosthold, røyking, høyt alkoholforbruk, tidligere brudd, lav vekt, desto flere risikofaktorer pasienten er utsatt for samtidig, desto høyere risiko for brudd (Østensvik, 2013 s.733).

Behandling av hoftebrudd er operasjon, tidligere var det vanlig å operere hoftebrudd med nagler og skruer, men i dag er det mer vanlig at blant annet pasienter med fractura colli femoris opereres med hemiprotese (Østensvik, 2013 s.733). Pasienter som blir akutt innlagt på sykehus med hoftebrudd opplever ofte og måtte vente lenge på operasjon og blir derfor plassert på en ortopedisk sengepost før operasjon, dette stiller store krav til sykepleierne da disse pasientene ofte har mange tilleggssdiagnoser (Østensvik, 2013 s.734). Det kirurgiske inngrepet i seg selv er en stor belastning for pasienten, lengden på inngrepet, vevskade, anestesiens dybde og varighet samt pasientens tilstand før inngrepet er alle faktorer som i ulik grad kan påvirke det postoperative forløpet (Kaasa, 2013 s.38). Det skjer forandringer i pasientens væskebalanse, oksygenering og lungefunksjon, temperaturregulering, hud og vev, bevissthet og nevrologiske funksjoner, ernæringstilstand og eliminasjonsmønster under et kirurgisk inngrep (Kaasa, 2013 s.38). Tilstander som hypovolemi eller hypotensjon og legemidler påvirker eldre pasienter i større grad enn yngre og kan føre til at det oppstår komplikasjoner som delirium postoperativt (Kaasa, 2013 s.46).

4.2 Delirium (akutt forvirring)

Delirium er en kjent og vanlig tilstand, men blir ofte oversett eller feildiagnostisert med demens (Ranhoff, 2008 s.395). Delirium og demens har mange fellesnevner, men kan blant annet skilles fra hverandre ved at delirium oppstår akutt, ofte i forbindelse med sykdom eller skade og det er i motsetning til demens en reversibel tilstand (Ranhoff, 2008 s.395). Delirium ble tidligere ofte omtalt som akutt forvirring eller akutt konfusjon, i dag finnes det ulike diagnose kriterier for delirium i det amerikanske psykiatriske diagnosesystemet, Diagnostic and Statistic Manual (DSM) –IV (Neerland, Watne & Wyller, 2013). Kriteriene for delirium ut fra DSM –IV er: Forstyrret bevissthet med nedsatt evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet, spesielt i relasjon til stimuli fra omgivelsene (Neerland, Watne & Wyller, 2013). Forstyrret kognisjon eller utvikling av

persepsjonsforstyrrelser som ikke kan forklares fra en allerede kjent demens tilstand (Neerland, Watne & Wyller, 2013). Akutt debut av symptomer og fra anamnese, kliniske undersøkelser eller laboratorundersøkelser kan en eller flere etiologiske faktorer identifiseres (Neerland, Watne & Wyller, 2013). Alle disse kriteriene må være oppfylt for å stille en delirium diagnose ut fra DMS – IV (Neerland, Watne & Wyller, 2013).

Delirium har et svingende forløp og kan opptre ulikt hos pasientene i form av både hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Hyperaktivt delirium kjennetegnes ved psykomotorisk uro og er ofte lett å kjenne igjen (Ranhoff, 2008 s.396). Hypoaktivt delirium derimot kan være vanskeligere å oppdage hvor de dominerende symptomene er svekket oppmerksomhet og bevissthet, samt nedsatt psykomotorisk aktivitet (Ranhoff, 2008 s.396). Confusion Assessment Method (CAM) er et hjelpemiddel som kan brukes av alt pleiepersonell for å påvise en deliriumtilstand hos pasienter (Ranhoff, 2013 s.399).

4.3 Store kirurgiske inngrep hos eldre pasienter

Hofteoperasjon som følge av hoftebrudd går under kategorien store kirurgiske inngrep. Postoperativt delirium er en svært vanlig komplikasjon hos eldre etter store kirurgiske inngrep som en hofteoperasjon (Engstad, 2012 s.537). Økt risiko for postoperative komplikasjoner gjelder også spesielt pasienter som i utgangspunktet har en kognitiv svikt, avhengig av hjelp til grunnleggende ADL – funksjoner (aktiviteter i dagliglivet), lav BMI, pasienter utsatt for lang operasjonstid, pasienter med lavt systolisk blodtrykk og pasienter som opplever dårlig smertebehandling (Engstad, 2012 s.537).

Det å forebygge delirium er en stor sykepleiefaglig utfordring og ikke minst etter hoftebrudd (Engstad, 2012 s.537). Eldre pasienter som blir utsatt for et stort kirurgisk inngrep har behov for en bredere og grundigere preoperativ vurdering enn hva yngre pasienter har behov for (Engstad, 2012 s.537). Sykepleierens preoperative vurdering av pasienten bør ha som hensikt og identifisere risikofaktorer, og å planlegge sykepleien slik at pasientens sikkerhet og trygghet blir ivaretatt gjennom hele det kirurgiske forløpet (Kaasa, 2013 s.44). Vesentlige forebyggende sykepleietiltak ved store kirurgiske inngrep hos eldre består blant annet av god oksygenmetning, tilfredsstillende smertelindring, søvn, urinblære – og tarmtømming (Engstad, 2012 s.537). Disse tiltakene er sentrale både i den pre-, -per – og postoperative perioden. Litteraturen vektlegger gevinsten av og ha et tilrettelagt akutt geriatrisk behandlingstilbud i sykehus for å forebygge og behandle uheldige komplikasjoner som delirium etter store kirurgiske inngrep (Engstad, 2012 s.537).

4.4 Smertebehandling

Akutte smerter kalles for nociseptive smerter og behandles ofte med ulike typer analgetika avhengig av graden av den nociseptive smerten (Slørdal & Rygnestad, 2013 s.342). Opioider er en av hovedgruppene under analgetika og en fellesbetegnelse på alle smertelindrende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin (Slørdal & Rygnestad, 2013 s.346). Akutt sykdom er en av indikasjonene for bruk av opioider. Enkelt forklart påvirker opioider hvordan smerteimpulsen transporteres via ryggmargen til hjernen og hvordan hjernen oppfatter og reagerer på smertestimuli (Slørdal & Rygnestad, 2013 s.343). Opioider utøver både en hemmende og stimulerende effekt på sentralnervesystemet og inkluderer en rekke uheldige bivirkninger som krever visse forhåndsregler (Slørdal & Rygnestad, 2013 s.347). Eldre pasienter kan blant annet reagere på opioidebruk med uro og forvirringstilstander (Slørdal & Rygnestad, 2013 s.347). Tilstander som gir smerte, for eksempel en fraktur kan ses på som en årsak til utvikling av delirium hos eldre, men legemidler som opioider kan forårsake eller bidra til videre utvikling av delirium (Spigset, 2013 s.336).

4.5 Predisponerende og utløsende faktorer

Det er viktig å ha kjennskap til risikofaktorer som predisponerende og utløsende faktorer for å kunne forebygge utvikling av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd.

Kognitiv svikt er en av de viktigste predisponerende faktorene for utvikling av delirium (Ranhoff, 2013 s.400). Predisponerende faktorer vil si at man ser på forhold som var til stede før hendelsen som førte til delirium inntraff, mens utløsende faktorer er de eller den hendelsen som direkte kan ha ført til delirium (Ranhoff, 2013 s.400). Kartlegging og vurdering av kognitive funksjoner hos eldre blir derfor sentralt i den preoperative sykepleien. Sykdom og skade ses ofte på som utløsende faktorer for delirium, men den medisinske behandlingen og pleien kan også være en utløsende faktor for pasienter innlagt på sykehus (Ranhoff, 2013 s.400).

En del pleiemessige faktorer er uheldige og disponerende for utvikling av delirium, for eksempel har bruk av permanent kateter og tvangstiltak vist seg å kunne knyttes opp mot utvikling av delirium (Ranhoff, 2013 s.402). Det å hindre urolige pasienter til å bevege seg fritt, ved for eksempel å binde de fast ses på som tvangstiltak (Ranhoff, 2013 s.401). Ranhoff (2013 s.401) skriver at bruk av tvangsmidler også er assosiert med delirium og skal helst unngås. Hele sengehester regnes som et tvangsmiddel, mens halve sengehester hvor kun øvre del av sengen dekkes er ikke å regne som et tvangsmiddel og er derfor å foretrekke (Ranhoff, 2013 s.401). Utover dette finnes det også en rekke pleiemessige faktorer som kan virke forebyggende og som kort kan sammenfattes som god sykepleie

(Ranhoff, 2013 s.402). Skjerming, kommunikasjon, ernæring, smertelindring, overvåkning av vitale parameter og mobilisering er sentrale forebyggende tiltak (Ranhoff, 2013 s.402).

4.6 Kari Martinsen og Joyce Travelbee

En viktig egenskap som sykepleier er å kunne etablere gode hjelpeforhold til voksne pasienter innlagt på sykehus (Travelbee, 2014 s.17). Sykepleiere bør alltid strebe etter å bedre sin praksis og finne bedre måter å gi omsorg på (Travelbee, 2014 s.17). Ifølge den kjente sykepleieteoretikeren Travelbee er det viktig og etablere et menneske – til – menneske forhold mellom sykepleier og pasient for å kunne oppfylle sykepleiens mål og hensikt, Travelbee (2014, s. 41) definerer sykepleie som ”å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig og finne mening i disse erfaringene.” Menneske – til – menneske – forholdet bygges opp hver gang sykepleieren samhandler med pasienten eller andre, dette setter krav til sykepleieren som må vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer (Travelbee, 2014 s.171).

Kari Martinsen er kjent for sin omsorgsfilosofi og mener at omsorg viser seg gjennom vår praktiske omgang med redskaper og ting, gjennom å bruke disse på en bestemt måte sammen med andre hvor det er en felles forståelse av helheten gjenstanden inngår i (Martinsen, 2003 s.71). Martinsen (2003 s. 71) oppsummerer de fundamentale kvaliteter ved omsorg i tre punkter; omsorg er en sosial relasjon, omsorg er knyttet til forståelse for andre og ekte omsorg vises gjennom holdninger til den andre. En rekke forutsetninger som kunnskap, ferdigheter og organisasjon kreves for å møte den syke med omsorg (Martinsen, 2003 s.75-76). Gjennom de situasjonene vi selv har erfaring og kunnskap med, kan vi forstå den andre og dermed formidle til hverandre gjennom handlinger eller ord (Martinsen, 2003 s.76).

4.7 Kommunikasjon

I mellommenneskelig kommunikasjon ønsker man gjerne og oppnå trygghet, åpenhet, tillit, ettertanke, velvære eller en følelse av kontakt (Røkenes & Hanssen, 2012 s.241). En god samtale avhenger av at innholdet og kommunikasjonsprosessen er tilpasset konteksten (Røkenes & Hanssen, 2012 s.241). Kontekst kan ses på som sammenhengen samhandlingen skjer i. Det kan være nyttig å tenkte gjennom spørsmål som; hva er målsetningen for samhandling, hvem er til stede, hvilke forventninger, behov og ønsker har de, før du går inn i en samhandlingssituasjon (Røkenes & Hanssen, 2012 s.262-263). God samhandling krever fleksibilitet, vi er alle ulike og avhengig av person og situasjon må samhandlingen tilrettelegges (Røkenes og Hanssen, 2012 s.). Kommunikasjon i sykepleien innebærer i stor grad å legge til rette for at en helsebringende prosess skal skje (Røkenes & Hanssen, 2012 s. 263).

4.8 Presentasjon av forskningsartiklene

The effect of a pre – and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial), av Watne, Torbergsen, Conroy, Engedal, Frihagen, Hjorthaug, Juliebø, Raeder, Saltvedt, Skovlund & Wyller, publisert 15. April 2014.

Dette er en randomisert kontrollert studie (RTC) av totalt 329 pasienter, som sammenligner pre – og postoperative ortogeriatrisk pleie i en akutt geriatrisk avdeling opp mot vanlig pleie på en ortopedisk avdeling. Forskingen viste at det ikke fantes noen klar reduksjon av delirium hos pasienter innlagt i den akutt geriatriske avdelingen som mottok ortogeriatrisk behandling sammenlignet med pasienter som mottok vanlig behandling i en ortopedisk avdeling. Forskingen viste allikevel at ortogeriatrisk behandling har en viss effekt på delirium. Færre pasienter fra den akutt geriatriske avdelingen som mottok ortogeriatrisk behandling reiste hjem med pågående delirium. Lengden på sykehusoppholdet viste seg også å være tre dager kortere hos pasienter fra den akutt geriatriske avdelingen. Hovedintervensjonen i den akutt geriatriske avdelingen var omfattende geriatrisk vurdering inkludert daglige tverrfaglige møter. Kliniske retningslinjer basert på litteratur søk, erfaringer fra tidligere ortogeriatriske modeller og en pilotfase før oppstart av studie la grunnlaget for utførelsen av studiet.

Postoperative opioide consumption and its relationship to cognitive function in elderly hip fracture patients, av Sieber, Mears, Lee & Gottschalk, publisert desember 2011.

Dette er en prospektiv kohortstudie hvor 236 pasienter over 65 år har blitt inkludert. Målet med studien var å se på forholdet mellom opioide bruk og kognitiv svekkelse etter hoftebrudd operasjon. Resultatet viste at det ikke fantes noen sammenheng mellom bruken av postoperative opioider og forekomst av delirium. Det diskuteres heller om for lite opioide bruk kan være en indikator for postoperativt delirium.

Pasientene ble under studiet testet for delirium ved hjelp av Confusion Assessment Method (CAM) postoperativt samt postoperative dag 2. Smerte ble vurdert av sykepleie personalet ved hjelp av nummerne 1-10 på den verbale skalaen (VAS). Opioide inntaket sammen med hendelser av postoperativt delirium sammen med faktorer som tilstedeværende demens og andre demografiske variabler diskuteres i studien.

Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review, av Esther, Meng, Fafowora, Inoute, Chen, Rosman, Lyketsos, Sieber & Puhan, publisert 11. Desember 2014

Dette er en oversiktsartikkel som inneholder en systematisk oversikt fra 10 ulike studier innenfor temaet postoperativt delirium hos pasienter innlagt med hoftebrudd. Målet med denne studien var å systematisk identifisere preoperative faktorer for postoperativt delirium slik at det kan være mulig å identifisere risikopasienter allerede ved innkomst. Funnene i oversiktsartikkelen viser at kognitiv svikt var en svært preoperativ risikofaktor etterfulgt av BMI og albuminnivå i kombinasjon med multisykdom hos pasientene. Flere av studiene konkluderte også med at smerte kombinert med en lav dose opioider er en risikofaktor ved delirium. Studien summerer opp med at preoperativ kognitiv kartlegging er en av de viktigste metodene for å identifisere risikopasienter.

Forebygging av delirium hos eldre innlagt med hoftebrudd, av Bøyum, publisert 16. September 2013.

Dette er en kvalitativ studie utført ved hjelp av to fokusgruppeintervju med til sammen 11 deltagere bestående av ni sykepleiere og to hjelpepleiere. Studien tar for seg sykepleiernes kunnskap og erfaring knyttet til delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Studien viser at sykepleierne hadde mye kunnskap og erfaring både om utløsende faktorer og forebyggende tiltak. Manglende ressurser som tid til informasjon ble oppgitt som en begrensende faktor i behandlingen.

Sykepleieren har erfart dårlig smertelindring, dehydrering og forlenget peroperativ ventetid som noen utløsende faktorer for delirium hos pasienter innlagt med hoftebrudd. Intervensjoner som skjerming av pasientene og bevisste kommunikasjonsstrategier ses i denne studien på som nødvendige i forebyggingen av delirium.

Patients' experiences of being delirious, av Duppils & Wikblad, publisert 8. Juli 2006

Dette er en kvalitativ studie basert på intervju av 15 pasienter som gjennomgikk hofte relatert operasjon og opplevde delirium i løpet av sitt sykehusopphold. Pasientene forteller i intervjuene sine om en plutselig forandret virkelighetsoppfatning som i noen tilfeller kunne knyttes til uoppfylte fysiologiske behov. Flere opplevde deliriums tilstanden som en trigger til sterke følelser som redsel, skrekk og sinne. Bakgrunnen for studiet var og få kunnskap om pasienters opplevelsen av delirium slik at helsepersonell kan settes i stand til å gi profesjonell omsorg både under og etter en deliriums tilstand.

5.0 Drøfting

Både litteratur og forskning assosierer utvikling av delirium hos sykehusinnlagte hoftebrudds pasienter med nedsatt rehabiliteringsevne, institusjonalisering, demens, økte sykehuskostnader samt økt sykkelighet og dødelighet (Bøyum, 2013. Watne, Torbergesen, Conroy, Engedal, Frihagen, Hjorthaug, Juliebø, Raeder, Saltvedt, Skovlund & Wyller, 2014. Oh, Li, Fafawora, Inouye, Chen, Rosman, Lyketsos, Sieber & Puhon, 2015).

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte sykepleiers rolle gjennom hele behandlingsforløpet av pasienter innlagt på sykehus som følge av hoftebrudd og hvordan sykepleiere kan bidra til forebygging av delirium hos den aktuelle pasientgruppen. Postoperativt delirium etter hoftebrudd er en kompleks tilstand, det er en rekke faktorer som spiller inn og det finnes utallige ulike tiltak som er sentrale og viktige for denne pasientgruppen. Jeg har i denne oppgaven ikke mulighet til og dekke alle disse og velger derfor å fokusere på faktorer og tiltak som de utvalgte forskningsartiklene vektlegger samt sentrale aspekter i litteraturen.

Jeg vil starte med og drøfte sykepleiers rolle i en preoperativ kartleggings fase med fokus på predisponerende og utløsende faktorer. Videre ønsker jeg og drøfte sykepleierintervensjoner og tiltak som kan bidra til forebyggende sykepleie av denne pasientgruppen. Avslutningsvis vil jeg trekke inn eventuelle begrensende faktorer for arbeidet.

5.1 Sykepleiers rolle i kartlegging av predisponerende og utløsende faktorer for delirium

Det finnes en rekke ulike predisponerende og utløsende faktorer for delirium, og for at sykepleiere skal kunne bidra til forebygging av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd er det nødvendig og ha kjennskap til disse. Høy alder, sansesvikt, stort alkohol forbruk og svikt i dagligdagse aktiviteter (ADL – svikt) ser litteraturen på som predisponerende faktorer for utvikling av delirium (Ranhoff, 2013 s.400). I flere studier viser det seg at utvikling av postoperativt delirium er hyppigere hos pasienter med kognitiv svikt (Oh et al., 2014). Kartleggingsverktøyet Mini Mental Status Examination (MMSE) ble brukt i flere studier for å identifisere pasientens kognitive status ved innleggelse (Oh et al., 2014). MMSE kartlegger pasientens orientering for tid, sted, hukommelse, språkfunksjon og skriveevne (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). Ut fra hva forskningen belyser bør kognitiv kartlegging være en del av standard behandlingen ved preoperative sykepleievurderinger hos pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd.

I dag har enkelte sykehus tatt i bruk kartleggingsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) (Østensvik, 2013 s.737). Selv har jeg erfaring med bruk av dette kartleggingsverktøyet som består av en skala med vurdering av helsetilstand og helserisiko for pasienten ut fra respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, temperatur og bevissthet (Østensvik, 2013 s.737). Ved regelmessig observasjon og dokumentasjon av MEWS scores hos pasienten øker muligheten for å sette inn forebyggende tiltak før pasienten utvikler symptomer på en deliriums tilstand. Ettersom MEWS ikke har kognitive funksjoner som hovedfokus kan det tenkes at en kognitiv svekkelse hos pasienten lett kan overses ved kun bruk av MEWS som kartleggingsverktøy. Behovet for et mer omfattende kartleggingsverktøy hvor hovedfokuset ligger på pasientens kognitive status som for eksempel MMES vil derfor være viktig og mer hensiktsmessig hos den aktuelle pasientgruppen.

Lav BMI og albuminnivå viser seg i studiene å være en annen predisponerende faktor for delirium. Et lavt albuminnivå sammen med en lav BMI kan antas å representere dårlig ernæringsstatus og kan ofte skyldes inflammasjon i sammenheng med kronisk sykdom (Oh et al., 2014). Pasienter med et lavt albumin nivå kan i tillegg være utsatt for større biotilgjengelighet av legemidler som binder seg til albumin, noe som utgjør en større risiko for bivirkninger inkludert delirium (Oh et al., 2014). I nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring blir det anbefalt at alle pasienter skal kartlegges for ernæringsmessig risiko ved innleggelse på sykehus (Østensvik, 2013 s.737). Tiltak som ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og målrettede tiltak er nødvendig hos pasienter som allerede er underernært eller i risiko for underernæring (Østensvik, 2013 s.737). Selv om kartlegging av ernæringsmessig risiko er nedfelt i nasjonale retningslinjer har jeg ut fra egen erfaring opplevd at dette blir et sjeldent prioritert sykepleietiltak ved innleggelse av pasienter med hoftebrudd. Det vil være nødvendig og få utarbeidet et standard kartleggingsverktøy på sykehusene hvor kroppsmasseindeks regnes ut, og hvor pasientens matlyst og matinntak kartlegges, slik at dette kan implementeres hos sykepleierne som standard innkomstrutine hos pasienter innlagt med hoftebrudd.

På sykehusene i dag tas det normalt et ulikt sett med blodprøver for å sikre at pasienten tåler den fysiske belastningen i forbindelse med anestesi og operasjon (Nakstad, 2012 s.565). Standard blodprøver inkluderer hemoglobin, hematokrit, blodtype (inkludert påvisning av blodtypeantistoffer), natrium, kalium, kreatinin og albumin (Nakstad, 2012 s.565), disse prøvene vil kunne avdekke et lavt albuminnivå hos pasienten og bidra til å identifisere en mulig underliggende inflammasjon hos pasienten. Gjennomgang av pasients blodprøve verdier vil være helt sentralt i henhold til å identifisere risikopasienter ettersom forskningen ser på lavt albuminnivå som en predisponerende faktor for utvikling av delirium.

Bøyum (2013) sin studie viser at ventetiden pasienten opplever fra innleggelse til operasjon kan være en mulig utløsende faktor for postoperativt delirium. En sykepleier utalte at pasienter som ble operert innen åtte timer var heldige (Bøyum, 2013). Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal kvalitetsindikator med fokus på preoperativ liggetid ved hoftebrudd hvor målsetningen er at pasienter med hoftebrudd og behov for øyeblikkelig hjelp bør opereres innen 24 timer og senest innen 48 timer (Helsedirektoratet, 2015). Immobilitet og faste ble i Bøyum (2013) sin studie sett på som særlige problem ved ventetiden. Jeg mener at delirium utvikling blir en enda større risiko for allerede underernærte pasienter som opplever og måtte faste i opp til to døgn. Underernæring handler ikke bare om for lite mat, men også utilstrekkelig væske, noe Bøyums (2013) studie forklarer som en annen utløsende faktor for delirium. Det krever at sykepleierne har god kommunikasjon med legene for avklaring av operasjonstid slik at pasientene ikke blir liggende og faste i unødvendig lang tid. Pasienter bør faste de siste seks timene før operasjon med mindre det foreligger forsinket ventrikkeltømming (Kaasa, 2013 s.51). Administrering av intravenøs væskebehandling etter forordning av lege eller revurdering av fastetidspunkt blir viktige sykepleietiltak (Kaas, 2013 s.52).

Ortogeriatriske intervensjoner har blitt rapportert og bidra til kort ventetid på operasjon (Watne et al., 2014). Denne påstanden kan diskuteres ettersom pasientene innlagt på ortopedisk avdeling i Watne et al., (2014) sin studie opplevde en preoperativ liggetid på 24 timer før operasjon, mens pasientene innlagt i en akutt geriatrisk avdeling som mottok ortogeriatriske intervensjoner hadde en preoperativ liggetid på 26 timer. Pasienter som fikk ortogeriatrisk behandling i den akutt geriatriske avdelingen ventet altså to timer lengre på operasjon sammenlignet med pasientene som mottok vanlig behandling innlagt på ortopedisk avdeling. Til tross for dette klarte ikke Watne et al., (2014) sin studie å finne noen klar sammenheng mellom preoperativ liggetid og utvikling av delirium trolig fordi både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i studiet ble operert innenfor helsedirektoratets kvalitetsindikator for preoperativ liggetid ved hoftebrudd.

Enkle fysiologiske behov hos pasienten som ikke blir oppfylt har også blitt rapportert og kunne ha en sammenheng med utviklingen av delirium. I Duppils og Wikblad (2006) sin studie gav to pasienter uttrykk for at inngangen til delirium var forbundet med en tørste og kulde følelse. Dette utsagnet understreker at en utløsende faktor for utvikling av delirium kan ha sammenheng mellom enkle fysiologiske behov hos pasienten som ikke blir dekket av sykepleierne.

5.2 Sykepleieintervensjoner og forebyggende tiltak

Et viktig postoperativt tiltak er å skape et trygt og forutsigbart miljø for pasienter med risiko for delirium (Østensvik, 2013 s.745). Det å skjerme pasienten for mest mulige sanseintrykk fremstår i Bøyum (2013) sin studie, samt i litteraturen som et sentralt tiltak ovenfor den aktuelle pasientgruppen (Østensvik, 2013 s.745). Sykepleiepersonalet utgjør en del av pasientens sanseintrykk, og ved å ha et fast personale begrenses antall personer pasienten behøver å forholde seg til (Østensvik, 2013 s.745). Vedheng som urinkateter, oksygenlanger, venekanyler og bandasjer viser seg som betydelige stressfaktorer for pasienten, allikevel ses ofte disse vedhengene som nødvendige for pasienten (Bøyum, 2013). Men her kan informasjon om hva som skjer og hva som forventes av pasienten bidra til og dempe disse stressfaktorene (Østensvik, 2013 s.744-745).

5.2.1 Smertelindring

Det er mye diskutert om bruk av opioider kan ha en sammenheng med postoperativt delirium. I litteraturen kan legemidler forklares som en utløsende faktor for delirium, særlig legemidler og substanser som virker dempende på hjernen (Ranhoff, 2013 s.401). Sieber, Mears, Lee og Gottschalk (2011) sin studie har kommet frem til at det ikke finnes noen sammenheng mellom bruk av opioider og utvikling av delirium postoperativt hos eldre pasienter med hoftebrudd. Jeg mener at denne studien alene ikke kan utelukke en sammenheng mellom bruk av opioider og delirium. De første symptomene på postoperativt delirium kommer ofte ikke til syne før etter 24 timer og registreres eller oppdages ofte ikke før 2. postoperative dag (Sieber et al., 2011). En deliriums vurdering av pasientene ble kun gjort preoperativt og 2. postoperative dag i Sieber et al., (2011) sin studie. Det blir derfor umulig og si noe om opioidebruk og utvikling av delirium på et senere stadiet ut fra Sieber et al., (2011) sin studie.

I diskusjon av funn fra andre studier fant Sieber et al., (2011) en studie som rapporterte utvikling av delirium hos pasienter som ble behandlet med PCA (patients controlled analgesia) postoperativt. Disse pasientene ble rapportert og få et forhøyet inntak av opioider (Sieber et al., 2011). Dette kan tyde på at overdrevent bruk av opioider kan spille en rolle i utviklingen av delirium.

Utilstrekkelig smertelindring blir ifølge Bøyum (2013) sin studie fremhevet som en større fare for utvikling av delirium sett opp mot bivirkningene av opioider. En annen studie Sieber et al., (2011) diskuterer forklarer at et utilstrekkelig opioide bruk, som i studien blir definert som en morfindose på mindre enn 10 mg i løpet av de tre første postoperative dagene, øker risikoen for utvikling av delirium. Sieber et al., (2011) brukte i gjennomsnitt en morfindose på 14 mg i studien, noe som kan

forklare hvorfor det heller ikke kunne ses noen sammenheng mellom utilstrekkelig smertelindring og utvikling av delirium i Sieber et al., (2011) sin egen studie.

Noen analgetika kombinert med smerte kan forsterke utviklingen av delirium (Bøyum, 2013). Innledningsvis har jeg trukket frem at Østensvik (2013) mener at hyppigheten av delirium på en sengepost har sammenheng med kvaliteten på sykepleien til pasienten, Bakgrunnen for dette er at delirium kan ses å opptre hyppig i forbindelse med dårlig smertelindring (Østensvik, 2013 s.745) og Bøyum (2013) sin studie understreker dette med at sykepleiere har erfaring med at god smertelindring kan virke begrensende på delirium. Og da særlig begrensende dersom smertelindringen gjøres ved minimalt bruk av opioider (Bøyum, 2013).

Det er en lege oppgave å forordne smertelindrende behandling, men det er en sykepleieroppgave og administrere medikamentene og deretter vurdere effekten av medikamentet. Sykepleiere spiller derfor en sentral rolle i smertelindrende behandling av pasienter.

5.2.2 Ortogeriatrisk behandling

Watne et al., (2014) sin studie baserer seg på en sammenligning av ortogeriatrisk behandling i en akutt geriatrisk avdeling og vanlig behandling i en ortopedisk avdeling. Ortogeriatrisk behandling handler om en helhetlig og tverrprofesjonell tilnærming til eldre pasienter med sammensatte behov (Østensvik, 2013 s.715). I Watne et al., (2014) sin studie ble hoved intervensjonene basert på Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), på norsk oversatt til bred geriatrisk vurdering, med fokus på tidlig mobilisering, optimal pre – og postoperativ ernæring og en tidlig utarbeidet utskrivningsplan. Det tverrfaglige teamet involvert i den ortogeriatriske behandlingen bestod i Watne et al., (2014) sin studie av geriater, sykepleiere, fysioterapeuter og yrkesterapeuter.

Det er ingen tvil om at eldre pasienter innlagt på sykehus har behov for en helt annen og mer omfattende behandling enn andre pasient grupper. Studien til Watne et al., (2014) viste til tross for bruk av ortogeriatrisk behandling ingen betydelig reduksjon av delirium hos pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd sammenlignet med vanlig behandling på en ortopedisk avdeling. Dette kan understreke funnene i Bøyum (2013) sin studie som forteller at sykepleierne på en vanlig ortopedisk avdeling på et middels stort sykehus i Norge har mye kunnskap og erfaring med å forebygge og mestre delirium. Noe av dette skyldes kanskje at svært få sykehus i Norge tilbyr egne ortogeriatriske avdelinger, og sykepleiere på ortopediske avdelinger er avhengige av å tilegne seg kunnskap og erfaring om eldre og delirium for å kunne hjelpe denne pasientgruppen.

5.2.3 Kommunikasjon

Enkel, repetert og konsistent informasjon er et viktig forebyggende tiltak mot delirium (Ranhoff, 2013 s.402). For en pasient kan opplevelsen av å bli forstått og føle seg trygg ses på som viktigere enn å få detaljert informasjon om tekniske sider ved en operasjon (Røkenes & Hanssen, 2012 s.241). Travelbee (2014, s.262) skriver at pasienter som står ovenfor et kirurgisk inngrep har behov for informasjon for og forstå hva som skjer med ham og et behov for sikkerhet. God samhandling, gjentagende informasjon og omsorg diskuteres i Bøyum (2013) sin studie og i noen tilfeller kunne bidra til lindring av symptomer eller å kunne snu utviklingen for en pasient som begynner å bli forvirret. Det er derfor viktig at sykepleier hele tiden informerer pasienten om hva som skjer i behandlingen. Forståelse for andres situasjon er også ifølge Martinsen (2003 s.70) sentralt i utøvelse av omsorg. Gjennom de situasjonene vi selv har erfaring og kunnskap om, kan vi forstå den andre og dermed formidle til hverandre gjennom handlinger eller ord (Martinsen, 2003 s.76).

Sykepleieren må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer for å kunne planlegge sykepleierintervensjoner (Travelbee, 2014 s.135). Gjennom egne erfaringer har jeg opplevd det vanskelig å forstå hva pasienter i en begynnende forvirringstilstand kommuniserer, mange har vansker med å gi verbalt uttrykk for sine behov, noe som gjør det vanskelig for sykepleierne og ivareta den sykes behov. I Duppils og Wikblad (2006) sin studie kommer det frem at pasienter i en deliriums tilstand hadde vansker med å forstå hva sykepleierne prøvde å formidle til dem gjennom verbal kommunikasjon og mange pasienter satt igjen med følelsen av å bli snakket om og ikke til. Travelbee (2013 s.138) hevder at kommunikasjon er en kontinuerlig prosess som også kan skje gjennom non-verbale uttrykksmidler som gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Gjennom observasjoner av disse non-verbale uttrykksmidlene kan sykepleier settes i stand til å oppfatte pasientens behov helt uten bruk av verbal kommunikasjon og planlegge sykepleierintervensjoner deretter (Travelbee, 2014 s.138-139). Endret virkelighetsoppfatning er beskrevet i Duppils og Wikblad (2006) sin studie som karakteriske trekk ved det å gå inn i å være i en deliriums tilstand. Ved at sykepleiere er klar over denne endringen i virkelighetsoppfatningen hos pasientene kan det være mulig å samhandle bedre med pasientene (Duppils & Wikblad, 2006).

5.3 Begrensede faktorer

Det har gjennom årene blitt utarbeidet mange tiltak når det kommer til og forebygge delirium hos eldre sykehusinnlagte pasienter. Studier viser at sykepleierne har mye kunnskap og erfaring om forebyggende tiltak og hvilke intervensjoner som fungerer best i praksis. Et viktig spørsmål blir da hvorfor er da forekomsten av delirium hos eldre sykehusinnlagte pasienter med hoftebrudd så stor?

Tid omtales som en knapphetsressurs i utøvelse av sykepleie. Dette beskrev Bøyum (2013) i sin studie, sykepleierpersonalet uttrykte i studien at de til tider følte seg hjelpeløse i situasjoner, noe som gav uttrykk i frustrasjon blant sykepleierpersonalet (Bøyum, 2013). For lite personkontakt og informasjon blir sett på som uheldige pleiemessige faktorer og disponerende for utvikling av delirium (Ranhoff, 2013 s. 402). Det var særlig mangel på tid til informasjon og til å berolige pasientene som ble trukket frem av sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie.

Selv om forskning viser at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap og erfaring innenfor temaet delirium hos hoftebrudd pasienter avslørte studien til Bøyum (2013) at avdelingen studien fant sted på, ikke hadde noen formelle utarbeidede prosedyrer eller retningslinjer for forebygging av delirium. Dette tror jeg ut fra egne erfaringer også er tilfelle hos flere ortopediske avdelinger rundt om i landet. Kontinuitet og forutsigbarhet er sentrale stikkord i forebyggende behandling av delirium og uten noen formelle prosedyrer eller retningslinjer å følge på avdelingen blir det en utfordring for sykepleierne å drive et kontinuerlig og forutsigbart arbeid.

6.0 Konklusjon

Jeg har gjennom denne oppgaven belyst hvordan sykepleiere kan bidra til forebygging av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd. Forskningen brukt i oppgaven har kommet frem til at det finnes en rekke ulike predisponerende og utløsende faktorer som kan bidra til postoperativt delirium, deriblant kognitiv svikt og lav BMI. Lang ventetid fra innleggelse til operasjon, uoppfylte fysiologiske behov hos pasienten som dårlig væskebehandling har sammen med utilstrekkelig smertelindring viser seg å kunne være utløsende faktorer til postoperativt delirium. Forskningen har vist at sykepleiere har god kunnskap og erfaring rundt den aktuelle pasient gruppen og litteraturen bygger på gode forebyggende sykepleietiltak. Med tid som en knapphetsressurs i utøvelse av sykepleie hos den aktuelle pasientgruppen og ingen formelle utarbeidede prosedyrer eller retningslinjer på avdelingene settes det begrensninger for sykepleiernes bidrag til forebygging av postoperativt delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd.

Litteraturliste

Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien forskning*, 2013(8), 2010-2018. doi: 10.4220/sykepleief.2013.0091

Duppils, G. S., & Wikblad, K. (2006). Patients' experiences of being delirious. *Journal of clinical nursing*, 2007(16), 810-818. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01806.x

Engestad, T. (2012). Geriatri. I. S. Ørn, J. Mjell & E. B. Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (532-538). Oslo: Gyldedal Akademiske

Forsberg, C., & Wengström, Y., (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm. Författarna och Natur og Kultur.

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatorbeskrivelse*. Hentet 15.01.16 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Kvalitetsindikatorer/KI%20definisjoner%20Somatisk%20helse/N-004%20Preoperativ%20liggetid%20ved%20hoftebrudd.pdf>

Kirkevold, M & Brodtkorb, K. (2008). Kartlegging. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient* (115-122). Oslo: Gyldendal Akademiske

Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (712-771). Oslo: Cappelen Damm.

Kunnskapssenter. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 07.01.2016, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I. U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (36-99). Oslo: Cappelen Damm.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget.

Nakstad A. R., (2012). Pre-, per – og postoperativ behandling. I. S. Ørn, J. Mjell & E. B. Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (564-578). Oslo: Gyldedal Akademiske

Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos elder pasienter. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2013(15), 1596-1600. doi: 10.4045/tidsskr.12.1327

Nordtvevdt, M. W., Jamtvedt, G., Graveholt, B., Norheim, L. V., & Reinart, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe

Oh, E. S., Li, M., Fafowora, T. M., Inouye, S. K., Chen, C. H., Rosman, L. M., Lyketsos, C. G., Sieber, F. E., and Puhon, M. A. (2015) Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2015(30), 900–910. doi: 10.1002/gps.4233.

Ranhoff, A. H. (2008). Delirium (akutt forvirring). I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient* (396-405). Oslo: Gyldendal Akademiske

Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sieber, F. E., Mears, S., Lee, H., & Gottschalk, A. (2011). Postoperativ opioid consumption and its relationship to cognitive function in elderly hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc*, 2011(12), 2256-2262. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03729.x

Slørdal, L & Rygnestad, L. (2013). Legemidler ved smerte. I. O. Spigset & H. Nordeng (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (342-351). Oslo: Gyldendal Akademiske

Spigset, O. (2013). Eldre og legemidler. I. O. Spigset & H. Nordeng (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (334-339). Oslo: Gyldendal Akademiske

Søk og Skriv. (2015). *Skaff deg oversikt*. Hentet fra <http://sokogskriv.no/soking/skaff-deg-oversikt/>

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Watne, L. O., Torbergsen, A. C., Conroy, S., Engedal, K., Frihagen, F., Hjorthaug, G. A., Juliebo, V., Raeder, J., Saltvedt, I., Skovlund, E., & Whyller, T. B. (2014). The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Medicine* 2014, 12:63. doi:10.1186/1741-7015-12-63

World Health Organisation. (Udatert). *Definition of an older or elderly person*. Hentet 11.01.2016 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Østensvik, E. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I. U.