

BACHELOROPPGÅVE

Hoftebrot og kognitiv svikt

Korleis mobilisere pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt?

av

Kim Andre Rørvik
Kandidatnummer: 11

Bachelor i Sjukepleie

SK 152

November 2016

Antall ord: 6998

Rettleiar: John Roger Andersen

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

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «Hoftebrot og kognitiv svikt» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og sett kryss:

Kandidatnummer: 11

Namn: Kim Andre Rørvik

JA X NEI

Samandrag

Tittel

Hoftebrot og kognitiv svikt

Bakgrunn for val av tema

Etter å ha jobba ekstravakter som sjukepleiarstudent på ortopedisk avdeling har eg erfart at veldig mange eldre blir innlagt på sengeposten etter at dei har pådratt seg eit hoftebrot. Eg har observert at det til tider kan bli veldig komplisert sidan ein del pasientar har redusert kognitiv funksjon og ikkje klarer å ta til seg informasjon eller instruksjonar som blir gitt.

Problemstilling

Korleis mobilisere pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt?

Framgangsmåte

Eg har brukt litteraturstudie som metode, basert på fagleg og forskingsbasert kunnskap. Har søkt etter litteratur i databasane ORIA, Academic Search Elite, Cinahl og MEDLINE.

Oppsummering

Målet etter ein hoftebrot operasjon er at pasienten skal få tilbake den funksjonen han eller ho hadde før brotet, så langt det er mogleg. For å få til dette er mobilisering eit veldig viktig tiltak. Mange pasientar med hoftebrot har kognitiv svikt, dette kan gjere mobiliseringa utfordrande. Fallførebygging er eit viktig tema. Rehabilitering av pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt skjer på sjukeheim, dette på grunn av at det er lite ressursar ute i kommunen. I drøftinga har eg fokus på mobilisering av pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt. Eg skriv om postoperativt forlaup frå 1. postoperative dag fram til pasienten er utskrivingsklar frå sjukehuset.

Innholdsliste

1.0 Innleing	1
1.1 Presentasjon av problemstilling	2
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.3 Korleis oppgåva blir løyst vidare	2
2.0 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Val av litteratur.....	3
2.3 Søkeprosess	4
2.4 Kjeldekritikk.....	5
3.0 Teoretisk perspektiv.....	6
3.1 Hoftebrot og behandling	6
3.2 Kognitiv svikt	7
3.3 Rehabilitering og mobilisering.....	9
3.4 Smertelindring og behandling	9
3.5 Kommunikasjon.....	11
3.6 Presentasjon av artiklane	11
4.0 Drøfting.....	14
4.1 Før mobilisering.....	14
4.2 Under mobilisering.....	16
4.3 Før utskriving.....	18
5.0 Konklusjon	20
Litteraturliste.....	21

1.0 Innleiing

I denne oppgåva her har eg valt å skrive om hoftebrot og kognitiv svikt hjå eldre pasientar. Viss vi ser dette frå eit samfunnsperspektiv lever eldre i dag lengre enn før. Med aukande levealder vil det også komme ei auka mengd hoftebrot. Ifølgje (Folkehelseinstituttet, 2015) blir omkring 9000 pasientar kvart år innlagt med hoftebrot i norske sjukehus. Pasientar med hoftebrot utgjer den største gruppa som blir innlagt akutt ved kirurgisk avdeling (Østensvik, 2013, s. 732).

Ein antek at i dag lever ca. 77 000 personar med ein demensdiagnose i Norge. Ei stor utfordring i dagens samfunn, er at antall personar med ein eller annan form for kognitiv svikt, truleg vil doblast innan 35 år (Kiil, 2016). Kognitiv svikt er ein overordna uttrykk på mental svikt som betyr at personen har problem med tankeprosessen. Med kognitive funksjonar forstår vi vanlegvis evna til å oppfatte og innhente informasjon frå verden rundt oss, lagre den, planlegge og handle ut frå den informasjonen vi har (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 409).

I samsvar med sjukepleieperspektivet syner forskning at det er utfordrande å mobilisere demente pasientar med hoftebrot. Dette på grunn av at dei ikkje kan uttrykke kor dei har vondt eller kva som plagar dei (Rantala, Hartikainen, Kvist, & Kankkunen, 2014). Det er ofte vanskeleg å smertekartlegge og smertelindre pasientar med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013). Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar formidle sjukepleiarens ansvar i å prøve å hindre at pasienten har smerter og ivareta den enkeltes behov for heilskapleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Etter å ha jobba ekstravakter som sjukepleiarstudent på ortopedisk avdeling har eg erfart at veldig mange eldre blir innlagt på sengeposten etter at dei har pådratt seg eit hoftebrot. Mobilisering etter ein hoftebrot operasjon er svært viktig for å førebyggje komplikasjonar som djup venetrombose (DVT) og lungeemboli (Østensvik, 2013, s. 723). Eg har observert at det til tider kan bli veldig komplisert sidan ein del pasientar har redusert kognitiv funksjon og ikkje klarer å ta til seg informasjon eller instruksjonar som blir gitt.

Eg meiner at mobilisering og smertelindring til demente pasientar med hoftebrot er eit viktig tema å belyse. Grunnen til dette er at desse pasientane ofte har problem med å formidle symptom. Kognitiv- og språkleg svikt må ta ein del skuld for dette (Romsland, 2011, s. 24). Som kommande sjukepleiar er det eg som står ved sjukesenga, det er eg som skal gjere kliniske observasjonar og sørgje for heilskapleg sjukepleie til pasienten. Dette kan bli utfordrande når pasienten ikkje har så god evne til å kommunisere så godt lenger. Utifrå dette ynskjer eg å fordjupe meg meir i korleis ein kan sikre god mobilisering hos demente pasientar med hoftebrot.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Korleis mobilisere pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt?

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

Eg ynskjer og avgrense oppgåva til at den skal omfatte sjukepleie til eldre pasientar over 65 år då dette er World Health Organisation (WHO) sin definisjon av eldre (Yasamy, Dua, Harper, & Saxena, 2013). Kognitiv svikt er ikkje ein sjukdom, men følgjetilstand av sjukdom eller aldring, og kan karakteriserast ved desorientering og svekka hukommelse (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412). Eg ynskjer vidare å fokusere på korleis kan vi som sjukepleiarar hjelpe til i mobilisering hjå pasientar med hoftebrot på sjukehus. For å mobilisere pasientar med hoftebrot er god smertelindring nødvendig, derfor vil eg også komme inn på dette i oppgåva.

1.3 Korleis oppgåva blir løyst vidare

Først vil eg presentere metoden som er valt for å gjennomføre oppgåva. Deretter vil eg forklare kvifor eg har valt litteraturstudie som metode. Vidare grunnir eg valet av litteraturen som er brukt, og beskrive dei kriteria som eg har lagt til grunn for val av kjelder i oppgåva. Etter methodedelen vil eg bevege meg over på teorikapittelet for å klargjere kunnskaps- og forskingsgrunnlaget. Teoridelen vil omhandle hoftebrot og behandling, kognitiv svikt, rehabilitering og mobilisering, smertelindring og behandling, kommunikasjon og til slutt vil eg presentere forskingsartiklane som er tatt i bruk. Deretter vil eg drøfte problemstillinga mi opp mot teori og forskingsresultat. I drøftinga vil eg ha tre hovudoverskrifter med utgangspunkt: før mobilisering, under mobilisering og før utskriving. Avslutningsvis vil eg kome fram til ein konklusjon av oppgåva i sin heilheit.

2.0 Metode

Metode er eit reiskap som vi kan bruke når vi ynskjer å undersøke noko. Metoden gjere oss i stand til å samle inn den informasjonen vi trenger for å gjennomføre undersøkinga vår (Dalland, 2012, s. 112).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgåva har eg valt litteraturstudie som metode. Ifølgje (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27) når ein skal gjennomføre eit litteraturstudie er det viktig å få fram godt formulerte spørsmål, som blir svart på gjennom å identifisere, velgje, vurdere og analysere relevant forskning. Ein føresetnad for å kunne bruke litteraturstudie som metode er at det fins eit tilstrekkeleg antall studiar av god kvalitet som kan legge grunnlaget for drøfting og konklusjon av temaet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

Eit litteraturstudie går ut på at ein bruke data frå tidlegare gjennomførte empiriske studiar. Ifølgje (Forsberg & Wengström, 2013, s. 31) når ein skal finne fram til slike studiar er det viktig at ein gjennomføre eit systematisk søk og kritisk gransking av studiane, samtidig som ein har med relevant litteratur innanfor eit valt tema.

Det fins både fordelar og ulemper ved å velgje litteraturstudie som metode. Ulempa er at man brukar litteratur som allereie er publisert og data som er henta inn av andre, det vil seie sekundærkjelde. Vitskaplege artiklar og rapportar som får fram data frå ein studie eller undersøking kallar vi for primærlitteratur, det er innsamla materiale og data frå eigen forskning (Søk og skriv, 2016). Sekundærlitteratur er artiklar eller verk som omhandle primærlitteratur eller primærkjelde, som oversiktsartiklar eller lærebøker (Søk og skriv, 2016). Fordelen med å velgje litteraturstudie som metode i denne oppgåva er at det fins mykje litteratur og forskning om temaet. Eg får moglegheit til å samanlikne fleire forskingsartiklar og anna litteratur som eg kan diskutere opp mot kvarandre og deretter komme fram til ny kunnskap.

2.2 Val av litteratur

For å finne fram til relevant litteratur knytta opp mot problemstillinga og tema i oppgåva starta eg med å sjå gjennom tidlegare pensumlitteratur frå sjukepleiarstudiet. Deretter gjekk eg inn på studieplanen for bachelor oppgåve i sjukepleie 2016-17 for å få ei viss oversikt over anbefalt pensumliste og kva litteratur derifrå eg kunne bruke i oppgåva. Har også sett på litteraturlista til nokon tidlegare bacheloroppgåver med liknande problemstilling for å sjå om det fantes relevant litteratur.

Eg har brukt søkemotoren ORIA for å finne litteratur som er utanom pensum, da avgrensa eg søket til trykte bøker frå år 2006-2016. Ved hjelp av søkeordet «lærebok om demens» fant eg boka «Lærebok demens; Fakta og utfordringer» (Engedal & Haugen, 2009) og søkeordet «demensguide» fant eg boka «Demensguiden; Holdninger og handlinger i demensomsorgen» (Solheim, 2015). Med hjelp av

bibliotekarane ved skulen fann eg boka «Ulike tekster om smerte» (Rustøen & Wahl, 2008). I tillegg har eg funne offentlege dokument som «Demensplan 2015» frå regjeringa.no

Når eg skulle finne artiklar som eg kunne bruke i oppgåva var eg opptatt av at dei kunne brukast i drøftinga for å kunne hjelpe meg å komme fram til eit svar på problemstillinga. Eg har valt artiklar som seier noko om førebygging av delirium, smertekartlegging og smertelindring, smertelindring/smertestillande. Eit minus her er at eg ikkje har funne spesifikk forskning som handlar om mobilisering hos pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt. Har funne mykje relevant forskning om smertelindring og det er eit viktig fokus for å kunne mobilisere pasientar med hoftebrot.

2.3 Søkeprosess

For å kunne utføre ein god søkeprosess handlar det om å formulere rett spørsmål etter fakta i databasar. Ifølgje (Forsberg & Wengström, 2013, s. 79) er det viktig å finne ei god problemstilling som kan gi gode søkeord, avgjere kor gammalt arbeidet skal vere, samt språk og studietype.

Søkeprosessen etter forskning starta 06/10-16 og varte til 20/10-16. Eg vil no presentere søkeord og databasar som førte til forskinga eg har nytta i oppgåva. Alle utvalde artiklar er nøye lesne og kritisk vurdert i samsvar med sjekklister for kvalitativ og kvantitativ metode (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2014, ss. 90-91, 107-108).

For å søke fram til aktuelle forskingsartiklar tok eg i bruk databasen Academic Search Elite. Eg valte å bruke denne databasen ettersom den er knytta opp mot Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt bibliotek. Denne databasen gir moglegheit til å krysse av for fleire databasar som er ynskjeleg å søke i og begrense søka. Databasane eg valte å bruke saman med Academic Search Elite blei «MEDLINE» og «CINAHL with full text». Eg starta alle søka med å gjere avgrensingar. Avgrensa søka til publiseringdatoar 01/01-06 til 01/10-16. Eg avgrensa søka til å gjelde personar over 65 år og avgrensa til engelsk språk. Medline er ein brei database som hovudsakleg innehalde vitenskapleg tidsskiftartiklar innanfor medisin, sjukepleie og odontologi (Forsberg & Wengström, 2013, s. 75). Cinahl er ein database med vitenskaplege tidsskiftartiklar, monografar, doktoravhandlingar og konferansebidrag innanfor sjukepleie, fysioterapi og ergoterapi (Forsberg & Wengström, 2013, s. 75). Heile søkeprosessen har eg presentert på eit skjema (sjå vedlegg 1)

Gjennom eit usystematisk søk på ORIA, med søkeorda « smertekartlegging og smertelindring ved demens» fant eg artikkelen «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer» (Lillekroken & Slettebø, 2013). Eg gjorde eit usystematisk søk på Sykepleien.no, med søkeorda «Hoftebrudd» og «kognitiv svikt» fant eg artikkelen «Førebygging av delirium hos eldre pasientar innlagt med hoftebrudd» (Bøyum, 2013).

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode som brukast for å bekrefte om ein kjelde er påliteleg (Dalland, 2012, s. 67). I denne oppgåva har eg hovudsakleg ikkje nytta litteratur som er eldre enn 10 år. Eg har prøvd å nytta ein del primærkjelder i oppgåva, har vært tydeleg der eg har nytta sekundærkjelde. For å kunne vurdere vitenskaplege artiklar og andre akademiske tekstar tok eg i bruk IMRaD- strukturen, den fortel oss kor vi kan finne forskjellig informasjon. IMRAD er ein forkorting for I (Introduksjon, M (Metode), R (Resultat) And, D (Diskusjon) (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2014, s. 69).

Eg har funne mykje forskning rundt tematikken hoftebrot og kognitiv svikt, dette gjorde at det blei ei utfordring når eg skulle velje kva forskning eg ville ha med i oppgåva. I denne oppgåva her har eg valt å ta med to kvalitative studiar, ein oversiktsartikkel og to kvantitative studiar. Når eg vurderte mine fem artiklar valte eg å bruke sjekklister for vurdering av kohortstudie, sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie (RCT) , sjekklister for vurdering av ein oversiktsartikkel og sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Eg brukte pensumboka «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2014) og kunnskapscenteret(Kunnskapscenteret, 2016).

Det har vært ei utfordring å finne faglitteratur og forskning som går direkte på mobilisering til pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt, dette er ei svakheit i kjeldene mine. Har prøvd å bruke relevant pensumlitteratur og forskning så langt det lar seg gjere i forhold til problemstillinga mi.

3.0 Teoretisk perspektiv

3.1 Hoftebrot og behandling

Proximale femurfraktur er det medisinske begrepet for hoftebrot, dette på bakgrunn av at brotet har ein tilknytning til øvre del av lårbeinet som heiter femur (Østensvik, 2013, s. 731). Hoftebrot har blitt ein samlebetegnelse for både lårhalsbrot, pertrokantære femurfakturar og subtrokantære femurfraktur (Østensvik, 2013, s. 731).

Som nemnt i innleiinga blir ca. 9000 pasientar innlagt på norske sjukehus med hoftebrot kvart år. Risikoen for hoftebrot aukar med alderen, og med auka alder oppstår ofte sansesvikt, noko som kan sjåast som ein mogleg årsak til falltendens (Østensvik, 2013, s. 732). Osteoporose er ein systematisk skjelettsjukdom som vil seie at man har redusert knokkelstyrke på grunn av redusert beinvev eller endra beinkvalitet. Andre risikofaktorar er tidleg overgangsalder, fysisk inaktivitet, mangelfullt kosthald, røyking, høgt alkoholforbruk, bruk av legemidlar og svimmelheit (Østensvik, 2013, s. 733).

Symptom på hoftebrot er som ved andre brot at man vil oppleve sterke smerter der brotet har oppstått. Pasienten vil ha store problem med å trå på beinet eller bevege hofta. Hoftebrot pasientar kan oppleve smerter ned mot kneet. Ved undersøkelse eller observasjon ligge ofte beinet utadrottert og er forkorta eller opprykka. Ved bevegelse og belastning av hofta vil pasienten oppleve auka smerter. Unntaket kan være dersom det er innkilte brot, der bruddendane er stuket inn i kvarandre slik at brotet er stabilt (Langedal, Halse, & Ørn, 2011, s. 479).

Behandling av hoftebrot er operasjon, tidlegare var det vanleg å operere hoftebrot med naglar og skruer, i dag er det meir vanleg at pasientar med fractura colli femoris blir operert med hemiprotese eller intertannagle (Østensvik, 2013, s. 733). Eit kirurgisk inngrep innebere alltid ein viss skade på vevet. Konsekvensane av inngrepet er avhengige av kor store vevsskadane er, anestesiens dybde og varigheit samt pasientens tilstand før inngrepet er alle faktorar som i ulik grad kan påverke det postoperative forløpet (Kaasa, 2013, s. 38). Under eit kirurgisk inngrep kan det skje forandringar i pasientens væskebalanse, oksygenmetning og lungefunksjon, temperaturregulering, hud og vev, bevisstheit og nevrologisk funksjon, ernæringstilstand og eliminasjonsmønster (Kaasa, 2013, s. 38). Kognitiv funksjon er eit viktig vurderingsområde hos eldre pasientar. Eldre pasientar kan være fullt orientert preoperativt, men på grunn av tilstander som hypovolemi eller hypotensjon og legemidlar påverke eldre pasientar i større grad ein yngre, kan det oppstå forvirringstilstandar postoperativt (Kaasa, 2013, s. 46)

3.2 Kognitiv svikt

Kognitiv svikt er ein irreversibel sjukdom som forverre seg over tid. Sjukdommen blir kjent igjen ved svekka mental kapasitet og medføre svikt i psykologiske prosessar som hukommelse, læring, merksemd, tenking og kommunikasjon. Kognitiv svikt kan føre til at ein kan få problem med å gjennomføre dagleglivets aktivitetar, det er ikkje uvanleg at åtferd kan blir forandra (Engedal & Haugen, 2009, s. 20). I Noreg følgjer vi WHO's diagnosesystem for sjukdommar som har fått namnet ICD-10, International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Per dags dato er det den tiande versjonen som er gyldig og namnet vert difor ICD-10 (Solheim, 2015, s. 20)

Demens i følgje ICD-10- kriteria:

- I.
 1. Svekka hukommelse, spesielt for nyare data
 2. Svikt av andre kognitive funksjonar (dømmekraft, tenking, planlegging, abstraksjon)

Mild: Påverke daglege aktivitetar

Moderat: Kan ikkje klare seg utan hjelp av andre

Alvorleg: Nødvendig med kontinuerleg tilsyn og pleie

- II. Klar bevisstheit
- III. Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial åtferd, med minst eitt av følgjande symptom:
 - 1) Emosjonell labilitet
 - 2) Irritabilitet
 - 3) Apati
 - 4) Unyansert sosial åtferd

- IV. Tilstanden må ha ein varigheit på minst seks månadar
(Solheim, 2015, s. 20) (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 412)

Vanlege kjenneteikn ved demens kan delast inn i tre hovudgrupper:

Kognitive symptom: Svekka merksemd, svekka læringsevne og hukommelse, svekka språkevne (på leit etter ord og redusert taleflyt). Apraksi, handlingssvikt, agnosi, svekka forståing av og handling i rom.

Åtferdsmessige symptom: Depresjon og tilbaketrekking. Angst, panikkangst og katastrofereaksjonar, samt vrangførestillingar og hallusinasjonar. Personlegdomsendringar, rastlausheit, motorisk uro og

vandring. Apati og interesselausheit, samt irritabilitet og aggressivitet. Repeterande handlingar og endra døgnrytme.

Motorisk symptom: Muskelstivheit, styringsproblem, balansesvikt og inkontinens.

(Solheim, 2015, s. 21) (Engedal & Haugen, 2009, s. 34)

Delirium er ein mental forstyrning som er karakterisert ved forstyrning i bevisstheit, orientering, hukommelse, tankar, evne til oppfatning og åtferd. Delirium er ein vanleg tilstand, men blir ofte oversett eller feildiagnostisert med demens. Delirium og demens har mange fellestrekk, men kan blant anna skiljast frå kvarandre ved at delirium oppstår akutt, ofte i forbindelse med sjukdom eller skade, har eit svingande forlaup og er ein reversibel tilstand i motsetning til demens (Ranhoff, 2015, s. 452).

DSM-IV-kriteria for delirium:

- ✓ Forstyrta bevisstheit med redusert evne til å fokusere, oppretthalde og endra oppmerksomheit
- ✓ Forstyrta kognisjon som hukommelse, orientering, språk eller persepsjonsforstyrning
- ✓ Akutt debut og fluktuerande forlaup
- ✓ Identifiserbar etiologiske faktorar

Delirium har eit svingande forlaup og kan opptre ulikt hos pasientane, og med ulike årsaksforhold vise store variasjonar i symptom og alvorlighetsgrad. Ein skil mellom hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Ved hyperaktivt delirium er pasienten psykomotorisk uroleg, vandrande, drar ut kateter og venekanyle og har paranoide hallusinasjonar (Ranhoff, 2015, s. 453). Hypoaktivt er meir vanleg, men det er derimot vanskelegare å oppdage. Dominerande symptom er svekka oppmerksomheit og bevisstheit, samt nedsatt psykomotorisk aktivitet (Ranhoff, 2015, s. 453).

Det fins ulike kartleggingsverktøy for å kunne vurdere den kognitive funksjonen til dei eldre. Dei mest vanlege er Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR), Klinisk demensvurdering (KDV), Klokketesten samt CAM. MMSE-NR gradere pasientens orientering for tid og stad, hukommelse, språkfunksjon og skriveevne. Klinisk demensvurdering (KDV) har eit skjema som gradere pasienten for: hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, samfunnsaktivitetar, heim- og fritidsaktivitetar og eigenomsorg. Klokketesten er eit anna vurderingsinstrument, da får pasienten ein penn og blir bedt om å sette tallar i klokka på rett plass (Kirkevold, 2015, s. 124). For å kunne vurdere om pasienten har akutt forvirring (delirium) blir testen Confusion Assessment Method (CAM) brukt. Ved hjelp av testen blir pasientens mentale funksjon i forhold til akutt debut og vekslende forlaup, uoppmerksomheit, desorganisert tankegang og endra bevisstheitsnivå vurdert (Kirkevold, 2015, s. 124).

3.3 Rehabilitering og mobilisering

Rehabilitering er ein tidsavgrensa, planlagt prosess med klare mål og verkemiddel, kor fleire aktørar samarbeide om å gi nødvendig bistand til brukarens eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, s. 24). Rehabiliteringssjukepleie vil seie at det blir lagt vekt på pasientens funksjonsevne i sjukepleiaren sine oppgåver. Med funksjonsevne tenker vi kroppsleg, mentale eller sosiale funksjonar som har blitt endra på grunn av sjukdom eller skade (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, s. 27). På den andre sida er rehabiliteringssjukepleie ein viktigheit som ivaretar grunnleggande omsorg for personen i rehabilitering, og som forankra i sjukepleiefagets verdigrunnlag og teoretiske grunnlag. Pasientar som treng rehabilitering og har behov for sjukepleiarens bidrag i denne prosessen, kan få sjukepleiarens kompetanse og omsorg på alle dei områda sjukepleiaren kan bidra. Det gjeld om sjukepleiaren bidrar til funksjonsforbeiring, gi hjelp til å ivareta helse relaterte behov, eller støtte individet i å meistre reaksjonar på dei utfordringane skaden eller sjukdommen og dei medfølande reduksjon i funksjon (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, s. 27).

Etter eit hoftebrot har mange pasientar smerter og nedsett funksjon, dei er også redde for nye fall og bevege seg derfor mindre enn tidlegare. Inaktivitet kan føre til at falltendensen kan auke ytterlegare fordi at muskulaturen forsvinne, balansen blir dårlegare og pasienten får dårlegare forutsetningar for å holde seg på beina. Rehabilitering etter hoftebrot har som mål at pasienten skal få tilbake den funksjonen han eller ho hadde før brotet, så langt det er mogleg (Helbostad, Martinsen, & Ranhoff, 2015, s. 517).

Mobilisering etter hoftebrot er viktig, pasienten bør mobiliserast snarast mogleg etter operasjonen. Vanlegvis kan pasienten belaste til smertegrensa etter operasjonen, mange må bruke ein eller anna form for ganghjelpemiddel dei første vekene etterpå. Pasienten begynne med øvingar i seng med bistand frå fysioterapeut, så snart som mogleg etter operasjonen. Dei må opp av senga og gå nokon skritt seinast dagen etter operasjon, eller så snart smerter og allmenntilstand tillate det.

Fysioterapeut hjelpe pasienten med tilpassing av ganghjelpemiddel. Pasientane begynne ofte med ein gåstol, for deretter å gå over til krykker (Østensvik, 2013, s. 741).

3.4 Smertelindring og behandling

Smerte er ein «ubehageleg sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med aktuell eller potensiell vevsskade» (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 24). Etter kirurgi oppstår det akutte smerter. Akutte smerter kjennetegnast ved at dei blir lindra når den utløyande årsaka leges, og i tillegg har den kortare varigheit enn kroniske smerter, det vil seie at den er kortvarig frå minutt og opp til tre månader (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 32). Den akutte smerte varslar om truande skade. Smerte som vedvare

etter ein skade, smerte ved bevegelse, medverke at det skadde området som blir haldt i ro får moglegheit til å tilhele (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 27).

Dei nervecellene som leiar smertesignal kallar vi nociceptorar, og har frie nerveendar som reagere på vevsskadeleg stimuli (nocieptive stimuli). Det medføre ein aktivering av nerveceller som vi kallar nociceptorar. Når det er aktivitet i nocieptive nervebanar kallar vi det for nocisepsjon. Når det oppstår nocisepsjon blir det sendt signal frå skada/traua vev. Det perifere vevet oversett vevsskadeleg stimuli til ein elektrisk impuls i nociceptoren. Den elektriske impulsen går vidare langs nervecella til ein synapse i ryggmargens bakhorn, som spille ein viktig rolle ved at den koble saman smerteimpulsar. Det kjem då ein signaloverføring frå den perifere nociceptoren til ein anna nervefiber i kjeda, som vidare sender signal til hjernen via hjernestammen og talamus. Frå talamus blir det sendt signal til fleire områder i hjernen, blant anna til sensorisk hjernebark som gjere det mogleg at vi kan lokalisere kor smerte er (Stubhaug & Ljoså, 2008, ss. 26-29).

Pasientens smerter postoperativt er som oftast lokalisert til operasjonsområdet. I og med at dei postoperative smertene hovudsakleg oppstår som eit resultat av vevsøydeleggelse, er det nærliggande å tru at dette er ein beskriving av smerte som forklare den typen smerte dei nyopererte med hoftebrot oppleve.

Målet med behandling av smerte hos eldre er å lindre smerte og få betre funksjonsstatus og livskvalitet (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). Lege ordinere medikament, mens sjukepleiar administrere og nytte sjukepleiarprosessen for å identifisere, observere og evaluere smerter og behandling og har derfor ein sentral rolle (Ranhoff & Engh, 2015, s. 185).

Legemiddel som nyttast i smertebehandling av eldre er inndelt i følgjande grupper

- **Paracetamol:** Førstehandspreparat ved mild til moderat smerte hos eldre. Har effekt på muskel og skjelettsmerter.
- **Ikkje-steroid antiinflammatoriske midlar (NSAIDS-preparat):** Smertelindrande og betennelsesdempande effekt. Er trygge å bruke i korte periodar ved akutte smerter i muskel og skjelettsystemet.
- **Opioide analgetika:** Smertebehandling ved moderate til sterke smerter. Opioider gir smertelindring, angstdemping og hostedemping, men kan være sløvande og har tilvenningsfare.

(Torvik & Bjørø, 2015, ss. 400-401)

3.5 Kommunikasjon

I mellommenneskeleg kommunikasjon ynskjer vi ofte å oppnå noko anna enn å formidle meiningar og informasjon til kvarandre. Når ein kommuniserer med andre ynskjer ein trygghet, åpenheit, tillit, ettertanke, velvære eller ein følelse av kontakt. Ein god samtale avhenger av at innhaldet og kommunikasjonsprosessen er tilpassa konteksten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241). Konteksten kan sjåast i samanhengen samhandlinga skjer i. Det kan være nyttig å tenke igjennom spørsmål som; kva er målet for samhandlinga, kven er tilstades, kva forventingar, behov og ynskjer har dei før du går inn i ein samhandlingssituasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 262-263). God samhandling krevje fleksibilitet, relasjon og kommunikasjon, uansett kva som er målsetninga i samhandlinga.

Kommunikasjon i sjukepleie handlar om å legge til rette for at ein helsebringande prosess skal skje (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 263).

3.6 Presentasjon av artiklane

Forskningsartikkel nr 1

«Forebygging av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd»

Dette er ein kvalitativ studie utført ved hjelp av to fokusgruppeintervju med til saman 11 deltakarar beståande av ni sjukepleiarar og to hjelpepleiarar. Studien tar for seg sjukepleiarens kunnskap og erfaring knytta til delirium hos eldre pasientar innlagt med hoftebrudd. Studien viser at sjukepleiarar har mykje kunnskap og erfaring både om utløysande faktorar og førebyggjande tiltak. Manglande ressursar som tid til informasjon blei oppgitt som ein begrensa faktor i behandlinga.

Sjukepleiarar har erfart at dårleg smertelindring, dehydrering og forlenga preoperativ ventetid som nokon utløysande faktorar for delirium hos pasientar innlagt med hoftebrudd. Intensjonar som skjerming av pasientane og bevisste kommunikasjonsstrategiar blir i denne studien sett på som nødvendige i førebygging av delirium (Bøyum, 2013).

Forskningsartikkel nr 2

«Smertekartlegging og smertelindring hos pasientar med demens; Utfordring og dilemmaer»

Kvalitativ studie med intervju av 18 sjukepleiarar. Hensikta var å utforske sjukepleiarens erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos pasientar med demens. Studien fant bekymringar knytt til pasientens høge alder, komorbiditet og polyfarmasi. Informantane nytta sjeldan eller aldri kartleggingsverktøy for smerte og følte dei ofte stod ovanfor etiske dilemma når det gjaldt smertelindring til demente (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Forskingsartikkel nr 3

«Postoperative opioide consumption and its relationship to cognitive function in older adults with hip fracture»

Dette er prospektiv kohortstudie kor 236 pasientar over 65 år har blitt inkludert. Målet med studien var å sjå på forholdet mellom opioide bruk og kognitiv svekking etter hoftebrot operasjon. Resultatet viste at det ikkje er nokon samanheng mellom bruken av postoperative opioider og førekomst av delirium. Det blir diskutert om for lite opioide bruk kan være ein indikator for postoperativ delirium.

Pasientane blei under studiet testa for delirium ved hjelp av Confusion Assessment Method (CAM) postoperativt samt 2. postoperative dag. Smerte blei vurdert av sjukepleie personale ved hjelp av talla 1 – 10 på den verbale skalaen (VAS). Opioide inntaket saman med hendingar av postoperativ delirium saman med faktorar som tilstadeverande demens og andre demografiske variablar blir diskutert i studien (Sieber, Mears, Lee, & Gottschalk, 2011).

Forskingsartikkel nr 4

«Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review»

Dette er ein oversiktsartikkel som inneheld ein systematisk oversikt frå 10 ulike studiar innanfor temaet postoperativ delirium hos pasientar innlagt med hoftebrot. Målet med denne studien er å systematisk identifisere preoperative faktorar som postoperativ delirium slik at det kan være mogleg å identifisere risikopasientar allereie ved innkomst. Funna i oversiktsartikkelen viser at kognitiv svikt var ein svært preoperativ risikofaktor etterfølgt av BMI og albuminnivå i kombinasjon med multisjukdom hos pasientane. Fleire av studiane konkluderte også med at smerte kombinert med ein låg dose opioider er ein risikofaktor ved delirium. Studien summere opp med at preoperativ kognitiv kartlegging er ein av dei viktigaste metodane for å identifisere risikopasientar (Oh, et al., 2014).

Forskingsartikkel nr 5

«Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses»

Tversnittbeskrivande spørsmålsstudie der 7 universitetssjukehus og 10 sentralsjukehus deltok. Bruk av smertestillande ved hoftebrot pasientar med demens dei to første dagane postoperativt rapportert av sjukepleiarar. 269 sjukepleiarar skal vurdere og gi tilbakemelding på bruk av smertestillande hos hoftebrot pasientar med demens. Funna viser at administrering av paracet og sterke opiat (NSAIDs) blei gitt som smertestillande postoperativt til pasientar som har hoftebrot og demens. Sjukepleiarar rapporterte at hovudmålet postoperativt i smertebehandlinga ved hoftebrot

pasientar med demens « lite smerte» som ikkje skulle hindre normal funksjon. Ei stor utfordring at pasientar med demens nekta å svelge eller ta imot legemiddel pga. dei ikkje skjønner kvifor dei har behov for det (Rantala , Hartikainen, Kvist, & Kankkunen, 2014).

4.0 Drøfting

Med tanke på at omkring 9000 pasientar kvart år blir innlagt med hoftebrot i norske sjukehus (Folkehelseinstituttet, 2015). Og at ein i tillegg antek at ca. 77 000 personar lid av demens i ein eller anna form, samt at talet på personar med kognitiv svikt truleg vil doblast innan 35 år (Kiil, 2016) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), kan ein hevde at helseføretaka står ovanfor ei stor utfordring. Det vert då sentralt å reflektere over om ein gir god pleie i dag, vil utfordringane kanskje blir mindre i framtida. Dersom pleia som blir utøva i dag ikkje er god nok, vil utfordringane auke og bli større i framtida.

I drøftinga har eg fokus på mobilisering av pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt. Eg skriv om postoperativt forlaup frå 1. postoperative dag fram til pasienten er utskrivingsklar frå sjukehuset. Vanlegvis blir pasienten utskreven etter 5 - 7 dagar. Eg ynskjer å dele drøftinga inn i tre hovudpunkt før mobilisering, under mobilisering og før utskriving.

4.1 Før mobilisering

Før mobilisering er det viktig at pasienten er godt smertelindra. Etter ein hoftebrot operasjon er det normalt at pasienten har smerter i operasjonsområdet. Smerte kan begrense pasientens aktivitetsnivå, mange er smertefrie når dei ligg i ro (Østensvik, 2013, s. 742). VAS (Visual Analogue Scale) har lenge vært gullstandarden i kartlegging av smerteintensitet. VAS – skalaen er ein 10 cm lang linje som består av endepunkt som indikere dei mest ekstreme smerteuttrykk, «verst tenkelege smerte» i den eine enden av skalaen og «ingen smerte» i den andre enden (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008, s. 55). Innvendingar mot å bruke VAS er at den forutsette god motorikk og god kognitiv funksjon. Det er oftast vanskeleg å bruke VAS – skalaen på eldre pasientar med kognitiv svikt.

Kartlegging og behandling av smerte hos eldre er vanskeleg (Bøyum, 2013). Mange forhold må tas hensyn til både ved planlegging og gjennomføring av smertekartlegging og behandling. Eit bra hjelpemiddel i møte med demente og smerter er smertekartleggingsverktøy. Da er det viktig å velje eit verktøy som eignar seg for den enkelte gamle med dårleg kognitive funksjon (Torvik & Bjøro, 2015, s. 395). Å ikkje nytte slike verktøy kan medføre konsekvensar for sjukepleie der ein kan risikere at pasientane går med uoppdaga smerte.

På den andre sida er det mange fordelar at det fins ulike kartleggingsverktøy, ettersom dei kan gi oss ein peikepinn på om pasienten har smerter. Smertevurdering hos demente er utfordrande fordi evna til å forstå og gjere seg forstått er utfordra (Torvik & Bjøro, 2015, s. 397). Likevel har vi mange gode verktøy som basere seg på observasjonar av pasienten. Vi har til dømes Doloplus-II, CNPI, MOBID-II og ansiktsskala (Torvik & Bjøro, 2015, s. 398). MOBID-II basere seg på kartlegging av smerter under

mobilisering og CNPI basere seg på kartlegging av smerter etter hoftebrot operasjon. Funn i ein studie avdekke at det er mangelfull kartlegging av smerter hos demente pasientar og at sjukepleiarane i studien skjeldan nytta kartleggingsverktøy, samt at dei ikkje hadde rutinar for smertebehandling (Lillekroken & Slettebø, 2013). Det finst andre måtar enn kartleggingsverktøy for å avdekke smerter hos demente. Ein kan nytte kjente smerteindikatorar som å observere ansiktsuttrykk, verbalisering/vokalisering, kroppsbevegelsar, endring i samhandling, endring i aktivitetsmønster og rutinar, og endring i mental status (Torvik & Bjørø, 2015, s. 398).

Ein ser ofte at mange eldre toler smertestillande dårleg. Dette gir seg uttrykk i kvalme, svimmelheit, vondt i magen og auka forvirring (Spigset, 2013, ss. 336-337). Eldre menneske har mindre evne til å kompensere for overskytande effekt av legemidlar og får ofte bivirkningar som vi ser sjeldan hos yngre (Ranhoff & Engh, 2015, s. 186). Bivirkningar hos eldre kan bli feiltolka som symptom på ein tilleggsliiding, som igjen viser seg i medisinsk behandling. Legemidlar er ein medverkande årsak til ca. 1/3 tilfelle av delirium hos eldre (Ranhoff & Engh, 2015, s. 188). Bivirkningar kan forsterke nedsette og sviktande funksjonar hos eldre menneske. Problem med munntørrheit og obstipasjon kan blir forverra av legemiddelbehandling, og gastrointestinale bivirkningar som kvalme, brekningar og diare kan oppstå. Sederande legemidlar kan forsterke forvirringstilstandar, trøttheit, svimmelheit og falltendens (Ranhoff & Engh, 2015, s. 188).

For å redusere bivirkningar av smertestillande til denne pasientgruppa bør ein bruke minst mogleg opioider. Pasienten treng smertestillande til faste tider. Funn i (Sieber, Mears, Lee, & Gottschalk, 2011) (Bøyum, 2013) viser at for lite bruk av opioider kan vere ein indikator for postoperativ delirium. Så ein må finne ein god måte å smertelindre pasientar ved å bruke opioider samtidig som ein ikkje gir for lite opioider for å forebygge delirium.

Å ordinere smertestillande er ei legeoppgåve, men legen er avhengig av sjukepleiaren for å finne fram til dei rette smertestillande for den enkelte pasienten (Ranhoff & Engh, 2015, s. 185). Det er sjukepleiaren som administrere og nytte sjukepleiarprosessen for å identifisere, observere, evaluere smerter og behandling og har derfor ei viktig rolle (Ranhoff & Engh, 2015, s. 185) (Rantala, Hartikainen, Kvist, & Kankkunen, 2014). Av eiga erfaring kan ein legge puter under operert fot/ hofte som også vil hjelpe på smerter. Dette er eit ikkje-medikamentell tiltak som i dei fleste tilfelle har god effekt.

I tillegg til smertelindring er det viktig at ein følgje med på blodprosenten til pasienten etter operasjonen. Eit kirurgisk inngrep stille store krav til det kardiovaskulære systemet. Anestesimidlane kan påverke hjarte sin pumpeevne og fører til at det perifere blodårene blir utvida. Under ein operasjon er det viktig å halde pasientens sirkulasjon mest mogleg stabil, det er ein viss risiko for at

det kan oppstå blødningar og raske endringar i væskebalanse og blodtrykk under eit inngrep (Kaasa, 2013, s. 48). Hypotensjon er den hyppigaste kardiovaskulære komplikasjonen i den postoperative perioden og skyldast ofte redusert sirkulerande blodvolum (hypovolemi). Hypotensjon viser seg når huda og dei vitale organa (hjernen, hjarte og nyrene) får for dårleg gjennomblødning. Dei vanlegaste kliniske teikna er at pasienten blir kjøleg, bleik og kaldsveitte, kan også bli desorientert eller miste bevisstheita og få rask puls (Kaasa, 2013, s. 70). Mange pasientar som blir operert for hoftebrot treng blodtransfusjon postoperativt. Tiltak ved blødningar er oksygentilførsel, intravenøs tilførsel av væske (saltløyningar), plasmaerstatningar og blodtransfusjon etter ordinasjon frå lege (Kaasa, 2013, s. 81). Adekvat blodprosent gjere til at pasienten blir mindre svimmel ved mobilisering. Det hjelp også på det mentale.

Tidleg ernæring har stor betydning for pasienten sine moglegheiter til å komme seg etter ein operasjon. Medverke til mindre vevstap, færre infeksjonar og kortare liggetid. Pasientane kan begynne å drikke igjen når svelgerefleksjonen er normal. Det er vanleg at pasientane begynne forsiktig med å drikke klare væske samtidig som ein får intravenøs tilførsel (Kaasa, 2013, s. 84).

Akutt forvirring (delirium) skjer hos 40 – 60 % av pasientar som blir operert for hoftebrot (Østensvik, 2013, s. 744). Høg alder, sansesvikt, stort alkoholforbruk og svikt i daglegdagse aktivitetar (ADL-svikt) ser litteraturen på som predisponerande faktorar for utvikling av delirium (Ranhoff, 2015, s. 457) I fleire studiar viser det seg at utvikling av postoperativ delirium hyppigare hos pasientar med kognitiv svikt (Oh, et al., 2014) (Sieber, Mears, Lee, & Gottschalk, 2011). Det viser seg også at låg BMI og albuminnivå er ein anna predisponerande faktor for delirium. Eit lågt albuminnivå saman med låg BMI kan representere dårleg ernæringsstatus og kan ofte skyldast inflammasjon i samanheng med kronisk sjukdom (Oh, et al., 2014). Tiltak ved kognitivt svekka pasientar for å forebygge delirium er å sørge for at pasienten får nok kvile og ikkje for mange stimuli (Ranhoff, 2015, s. 459).

4.2 Under mobilisering

Restriksjonar etter hoftebrot operasjon.

- Ikkje krysse beina
- Ikkje bøye seg og ta på sokkar, sko ol.
- Pute mellom beina i sideleie
- Best å gå ut av senga på operert side
- Kan belaste til smertegrensa
- Bruke ganghjelpemiddel som krykker, preikestol eller gåstav

(Kaasa, 2013, ss. 90-91) (Østensvik, 2013, ss. 766-767).

Korleis kan ein gjennomføre mobilisering til pasientar med kognitiv svikt? Informasjonen som blir gitt til pasientane får dei ikkje med seg eller det blir gløymt. Når ein skal mobilisere pasientar med kognitiv svikt er det viktig å kunne kommunisere med pasienten. Ein må huske å snakke tydeleg og gi korte instruksar. Informasjonen må gjentakast ofte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 263) (Bøyum, 2013). Når ein skal mobilisere pasientar med kognitiv svikt er det viktig å ta seg god tid og spele på lag med pasienten. Kommunikasjon med kognitivt svekka pasientar kan være utfordrande. Den må tilpassast den enkelte pasient (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 263). Når ein ikkje kan kommunisere så mykje blir observasjonar dessutan meir viktige.

Når ein set seg mål med mobiliseringa må ein vite korleis pasienten var før han/ ho blei innlagt. Gjekk pasienten utan hjelpemiddel eller bruke han/ho rullator, gjekk pasienten lite eller nesten ingenting. Oppdatert informasjon om pasientens funksjon skal til einkvar tid finnast i pasientens journal (Helbostad J. L., 2015, s. 344).

Tidleg mobilisering er det postoperative sjukepleietiltaket som har størst dokumentert effekt på reduksjon av postoperative komplikasjonar. Bevegelse bidrar til auka muskeltonus, forbedra gastrointestinal funksjon og nyrefunksjon, betre sirkulasjon, førebygging av venestase og forbedra sårtilheling (Kaasa, 2013, s. 90). Ein føresetnad for tidleg mobilisering er at pasienten er godt smertelindra på førehand. Det viser seg at sjølv om pasienten oppleve tilstrekkeleg smertelindring i kvile, kan smerte bli verre ved bevegelse (Rantala, Hartikainen, Kvist, & Kankkunen, 2014). Ein har som mål at hoftebrot pasientar skal opp første postoperative dag. Pasienten blir mobilisert gradvis opp i ståande stilling og går nokre steg. For enkelte pasientar er det nok å sitte på sengekanten (Kaasa, 2013, s. 91). Mål dei neste dagane kan være å gå med preikestol + følgje eller å sitte oppe i stol.

Pasientar med demens og delirium er svært utsett for fall. Fall er som regel ofte eit resultat av misforhold mellom dei utfordringane omgivelsane representere og personen sine forutsetningar. Det er lett å tenke at viss omgivelsane blir tilrettelagt – viss vi fjerne ein dørterskel, tilpasse ganghjelpemiddel og installere trappeheis – vil det bidra til å redusere fall (Helbostad J. L., 2015, s. 352). Konsekvensane av eit fall er ikkje berre skader, meg også frykt for å falle, inaktivitet med påfølgjande funksjonssvikt, sosial isolasjon, nedsett livskvalitet, rehabilitering på sjukeheim, innlegging på sjukeheim (Helbostad J. L., 2015, s. 352). Fall er også eit problem blant sjukehusinnlagte pasientar. Dei som falle hyppigast er pasientar med delirium og demens, psykiske lidningar, hjerneslag, Parkinsons sjukdom, og pasientar som er innlagt på grunn av fall og fallskader (Helbostad J. L., 2015, s. 353).

Kognitiv svikt og fallforebygging er ein veldig viktig ting. Nokre dagar etter hoftebrot operasjonen har pasienten gjerne mindre vondt og vil prøve å gå på eiga hand. Dei prøve å komme seg ut av senga, reise seg frå stol, prøver å gå utan hjelpemiddel (Helbostad J. L., 2015, s. 354). Ein ser at fleire av pasientane må minnst på at dei er nyopererte. Når dei ligg heilt i ro i senga har dei ofte lite smerter, smertene kjem ved aktivitet. Dei forstår ikkje kvifor dei har vondt. Når ein jobbar med pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt må ein har eit fokus på fallforebygging. Det vil seie at pasientane må ha hyppig tilsyn. På grunn av travle arbeidsdagar på sjukehuset kan dette vere vanskeleg å gjennomføre. Pårørande kan være til god hjelp viss dei har anledning til å være hos pasienten ei stund. Vi oppleve at om dei har nokon kjente i nærheita av seg, er dei gjerne mykje rolegare.

4.3 Før utskriving

Etter eit hoftebrot har mange smerter og nedsett funksjon og er redde for å falle på nytt, og bevege seg gjerne mindre enn før. Det er lite truleg at bevegelses funksjonen gå tilbake til det normale utan at det blir sett i verk spesifikke tiltak. Inaktivitet fører dessutan til at falltendensen aukar ytterlegare fordi muskulaturen forsvinne, balansen blir dårlegare, og pasienten får dårlegare forutsetningar for å holde seg på beina (Ranhoff, Helbostad, & Martinsen, 2015, s. 517). Rehabilitering etter eit hoftebrot bør ha som mål at pasienten får tilbake den funksjonen han eller ho hadde før brotet, så langt det er mogleg (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, s. 24).

Eldre med hoftebrot manglar i dag stader der ein får systematisk oppfølging og rehabilitering. Sjukepleiarar som arbeide i ortopediske og ortogeriatriske avdelingar og i kommunehelsetenesta må derfor sørge for at hoftebrot pasientar blir følgt opp over tid og får aktiv trening i daglegdagse gjeremål, behandling og trening som hjelpe dei å finne tilbake til bevegelses funksjonen (Ranhoff, Helbostad, & Martinsen, 2015, s. 517).

Liggetida på sjukehus etter hoftebrot er normalt 5 – 7 dagar. Kor langt ein pasient kjem med mobilisering på desse dagane er veldig forskjellig. Nokre klarer knapt å gå, andre går fint med preikestol og følge (Østensvik, 2013, s. 742). Etter at hoftebrot pasientar er ferdigbehandla på sjukehus reiser dei ofte på ei rehabiliteringsavdeling på sjukeheim for vidare behandling, pleie og opptrening. For pasientar med kognitiv svikt ville nok rehabilitering i heimen vere det beste. Når pasientane må inn på sjukeheim bli dette eit nytt miljø for dei, dette kan føre til auka forvirring. På grunn av lite ressursar i kommunen vil det vere vanskeleg å gjennomføre (Ranhoff, Helbostad, & Martinsen, 2015, s. 517).

For å oppnå eit vellykka pasientforlaup er det viktig å begynne å planlegge utskrivinga allereie når pasienten blir lagt inn. Ifølgje forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar skal sjukepleiar eller anna helsepersonell innan 24

timar etter innlegging varsle kommunen om pasientar som har behov kommunale helse- og omsorgsteneste ved utskriving (Østensvik, 2013, s. 770). Vurderinga tar utgangspunkt i pasientens ressursar og funksjonsstatus før innlegging. Faktorar som gangfunksjon, forflyting og eigenomsorg når det gjeld personleg hygiene og påkledning før innlegging, vil ha betydning for opptreningsfasen og kva omsorgsnivå pasienten får tilbod om i kommunehelsetenesta (Østensvik, 2013, s. 739). Buforhold og sosial støtte er faktorar som også inngår i vurderinga.

Når sjukehuset melder til kommunen at pasienten er utskrivingsklar er kommunen pliktig til å gje pasienten eit tilbod. Viss dei ikkje har plass på sjukeheimen må dei betale for dei ekstra dagane pasienten er på sjukehus. Sjukehuset kommunisere med kommunen gjennom PLO. Kommunen skal få opplysningar om pasientens status, antatt forlaup og forventa utskrivningstidspunkt (Østensvik, 2013, s. 740). Etter nokre dagar får kommunen gjerne oppdatert informasjon korleis det går med pasienten.

Pårørande fungere ofte som bindeledd mellom pasienten og sjukepleiar, dei yte ofte praktisk hjelp både under og etter innlegging. Dei påørande kan gi nyttig informasjon og bør tas med i forbindelse med innlegging og utskrivingsprosessen. Påørande treng også info om kva som er planen med pasienten etter utskriving (Østensvik, 2013, s. 739).

5.0 Konklusjon

Eg har i denne oppgåva prøvd å få fram utfordringar med hensyn til mobilisering av pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt. Når ein skal mobilisere pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt er det viktig at ein kommuniserer med pasienten. Informasjonen som blir gitt til pasientane må gjentakast ofte, og ein må huske å snakke tydeleg og gi korte instruksar. Ein anna viktig ting er at ein tar seg god tid og spele på lag med pasienten. Mange pasientar med hoftebrot har kognitiv svikt, fallførebygging er derfor veldig viktig. På grunn av lite ressursar i kommunen må pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt på eit rehabiliteringsopphold på sjukeheim etter at dei blir utskrivne ifrå sjukhus. Der får dei betre oppfølging på sjukeheim enn om dei skulle reist heim. Dette gjeld dei som kjem ifrå heimen eller omsorgsbustad.

Å avdekke smerte hos pasientar med kognitiv svikt kan vere utfordrande dersom pasienten ikkje klare å gi uttrykk for smerteoppleving. Uttrykk for smerte kan fort forvekslast med symptom av sjukdommen, som resultere i at det blir vanskelegare å stole på egne observasjonar.

Eit minus i oppgåva er at eg har funne veldig lite forskning som handlar om mobilisering til pasientar med hoftebrot og kognitiv svikt. Har funne mykje relevant forskning om smertelindring som er eit vesentleg fokus for å kunne mobilisere pasientar med hoftebrot. Eg har i denne oppgåva valt og ikkje ta med ein teoretikar om rehabilitering. Grunnen til dette er fordi eg ikkje har sett på det som relevant for å kunne besvare oppgåva mi.

Litteraturliste

- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0091
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens; Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2015, Februar 22). *Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/#9000-hoftebrudd-i-aaret>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Natur og Kultur.
- Helbostad, J. L. (2015). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, M. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 340-359). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helbostad, J., Martinsen, M., & Ranhoff, A. H. (2015). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 511-519). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, November 17). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie; sykepleieboken 3* (ss. 36-99). Oslo: Cappelen Damm.
- Kiil, R. (Red.). (2016, Juni 15). *Nasjonalforeningen for folkehelsen*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/>
- Kildekompasset. (2016). *Referansestiler APA 6th*. Hentet fra <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>
- Kirkevold, M. (2015). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 122-144). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kunnskapssenteret. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Langedal, N., Halse, A.-K., & Ørn, S. (2011). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 455-496). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013, September 1). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens; Utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 29-33. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/138717>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Nsf.no: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, 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., . . . Puhan, M. A. (2014, December 14). Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 900-910. doi:10.1002/gps.4233
- Ranhoff, A. H. (2015). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 452- 462). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H., & Engh, E. (2015). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 184-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ranhoff, A. H., Helbostad, J., & Martinsen, M. I. (2015). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 511-519). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2014). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia - reported by nurses. *Journal of Clinical Nursing*(23), 3095-3106. doi:10.1111/jocn.12548
- Romsland, G. I. (2011). *Kognitiv svikt; Lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneskade*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T., & Wahl, A. K. (Red.). (2008). *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste; Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sieber, F. E., Mears, S., Lee, H., & Gottschalk, A. (2011). Postoperative opioid consumption and its relationship to cognitive function in older adults with hip fracture. *The American Geriatrics Society*, 2256-2262. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03729.x
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden; Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Spigset, O. (2013). Eldre og legemidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., ss. 333-339). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubhaug, A., & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen, & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte* (ss. 22-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Søk og skriv. (2016, Juli 4). *Planlegg søket ditt*. Hentet fra <http://sokogskriv.no/soking/planlegg-soket-dit/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2015). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging; Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I T. Rustøen, & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte* (ss. 51-75). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yasamy, M., Dua, T., Harper, M., & Saxena, S. (2013, Mai 25). *World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse*. Hentet fra Mental Health of Older Adults, Addressing A Growing Concern: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/WHO_paper_wmhd_2013.pdf?ua=1

Østensvik, E. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie; Sykepleieboken 3* (ss. 712-777). Oslo: Cappelen Damm AS.

Vedlegg 1

Søkedatabase:	Søkeord:	Antall treff:	Antall artiklar som blir brukt i oppgåva:
Academic Search Elite + Medline + Cinahl	« Hip fractures rehabilitation poor outcomes risk factors» AND postoperative pain» AND «mobilization»	26	1
Academic Search Elite + Medline + Cinahl	«Cognitive disorders» AND «postoperative» AND «Hip fracture»	10	1
Academic Search Elite + Medline + Cinahl	«Delirium» AND «postoperative» AND «hip fracture» AND «systematic review»	11	1
Sykepleien.no	«Hoftebrudd» og «kognitiv svikt»	6	1
Oria.no	«smertekartlegging og smertelindring ved demens»	5	1