

Åge Wiberg Bøyum

Akutt forvirring hos eldre pasienter innlagt med lårhalsbrudd

**Sykepleieres erfaring med pleie, omsorg og forebygging av akutt
forvirring hos eldre pasienter innlagt med lårhalsbrudd**

Masteroppgave i Klinisk sykepleievitenskap

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning

Abstract

Prevention and care related to delirium in elderly patients hospitalized for hip fractures.

Nursing interventions and experiences

In Norway, as well in the other Nordic countries, there is an increasing number of hospitalized elderly over 65 years of age. Elderly patients in general, and elderly patients with femoral neck fractures are especially exposed for acute confusion. Acute confusion is connected with prolonged hospital stays, and in increased morbidity and lethality compared to comparable patients without delirium. Delirium is not easily recognized and diagnosed. Many surveys assume that many cases of delirium are un-diagnosed.

Research questions: *What experiences do nursing personnel have related to nursing care of elderly patients with acute confusion hospitalized for femoral neck fracture.*

How can nurses prevent development of acute confusion in elderly patients hospitalized for femoral neck fracture.

Method: The method in this study was of qualitatively design. Two focus group interviews were conducted in one orthopedic ward situated in an Norwegian hospital. The interviews included 9 registered nurses and 2 practical nurses. The interviews were conducted in a semi-structured design. The analyze of data were conducted after Kvale and Brinkmanns method.

Results: The study reveals that nursing staff has experiences and knowledge when it comes to specially designed intervention in nursing care for patients with delirium. This interventions are mostly conducted related to hyperactive and hyperactive /hypoactive type of acute confusion. Hypoactive acute confusion was under- registered. It is several ethical implications related to patients with acute confusion.

Conclusion: Nursing staff has positive experiences regarding key elements :Shielding, interactions with relatives, and skepticism towards medical treatment. The interventions are effective, but have also potentials of improvement. The nursing staff use of communication strategies have major implications both on care for and prevention of acute confusion. There is need for more research both on patients experiences and studies of intervention methods.

Key Words: Hip fracture, delirium, acute confusion, nursing experiences, prevention, focus group interviews

Sammendrag

Det forekommer 9000 lårhalsbrudd i Norge hvert år, de fleste hos eldre menneske over 65 år. Fortsetter den demografiske utviklingen slik den gjør nå, vil det om 50 år være dobbelt så mange pasienter med lårhalsbrudd. Gjennomsnittsalderen for pasienter med lårhalsbrudd er 80 år. Insidensen av pasienter med lårhalsbrudd er særlig høy i Norden. Eldre pasienter over 65 år innlagt for behandling av lårhalsbrudd er spesielt utsatt for delir eller akutt forvirring. Forekomst av akutt forvirring etter lårhalsbrudd er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet. Pasienter med lårhalsbrudd og delir er betydelig underdiagnostisert. Det er valgt to problemstillinger.

Hvordan kan sykepleiere forebygge utvikling av akutt konfusjon hos eldre pasienter med lårhalsbrudd. Hvilke erfaringer har sykepleiere når det gjelder pleie og behandling til eldre pasienter med lårhalsbrudd som har utviklet akutt forvirring

Metode: Denne planlagte studien er av beskrivende karakter og med bruk av kvalitativ metode, fokusgruppeintervju. Det ble utført to fokusgruppeintervju med halvstrukturerte intervju ved en ortopedisk avdeling ved et sentralsykehus med til sammen 11 deltakere, 9 sykepleiere og to hjelpepleiere. Intervjuanalysen ble utført etter en metode utarbeidet av Kvale og Brinkmann.

Resultater: Studien viser at sykepleiepersonell har kunnskaper og erfaring når det gjelder å iverksette tilrettelagte intervensjoner overfor akutt forvirrede pasienter. Dette gjelder i særlig grad pasienter med hyperaktiv og hyperaktiv /hypoaktiv variant av akutt forvirring. Hypoaktiv form av akutt forvirring blir i de fleste tilfeller underregistrert. De fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på symptomer. Det er flere etiske utfordringer knyttet opp mot forvirrede pasienter.

Konklusjon: Sykepleiepersonale har positive erfaringer med skjerming og interaksjon med pårørende som tiltak. Sykepleierne har negative erfaringer med enkelte medikamenter. Tiltakene er effektive, men har forbedringspotensiale. Sykepleiepersonalets anvendelse av kommunikasjonsstrategier har stor innvirkning på både pasientomsorg og forebygging. Det trengs mer forskning både i forhold til pasientopplevelser og som grunnlag for intervensjoner.

Nøkkelord: Akutt forvirring, delirium, fokusgruppeintervju, hoftebrudd, sykepleiepersonalets erfaringer, forebygging

Fra Draumkveet

Vi'du me lye, eg kvea kan
um einkvan nytan drengjen,
alt um'n Olav Åsteson,
som heve sovi so lengji.

Han la seg ne um joleaftan,
sterkan svevnen fekk,
vakna 'kji fyrr um trettandagjen,
då folkkji at kyrkjun gjekk.
Å de va Olav Åsteson,
som heve sovi so lengji.

Han la seg ne um joleaftan,
no hev 'n sovi so lengji,
vakna 'kje fyrr um trettandedagjen,
då fuglane skoke vengjir.
Å de va Olav Åsteson,
som heve sovi so lengji.

Han vakna 'kji fyrr um trettandedagjen,
då soli rann i lie,
då sala han ut flotan folen,
han ville at kyrkjun rie.
Å de va Olav Åsteson,
som heve sovi so lengji

Presten stend'e fyr altari
å les upp lestine lange,
Olav set seg i kyrkjedynti
å tel'e draumane mange.
Å de va Olav Åsteson,
som heve sovi so lengji

Gamle menner og unge
dei gjev'e etti gaum'e,
mæ han Olav Åsteson
tel'e sine draume.
Å de va Olav Åsteson,
som heve sovi so lengji

(utdrag fra Draumkveet, skrevet før reformasjonen,
ukjent forfatter, Gjendiktet av Moltke Moe 1894)

Det finnes tre måter å tilegne seg kunnskap. Gjennom refleksjon, hvilket er nobelt. Gjennom imitasjon, hvilket er enkelt. Gjennom erfaring, hvilket er bittert.

-Konfucius 551-479 f.kr

Forord

Noen ganger har jeg vært så heldig å få oppleve å være tilstede når en pasient med akutt forvirring har klarnet opp. De fleste av dem har vært totalt uforstående til hva som har skjedd. Under forvirringsperioden har de krevd kontinuerlig oppfølging, de har dratt i slanger og ledninger, revet ut bandasjer og katetre. Nyoperert har de prøvd stå opp av sengen, ropt og skremt sine pårørende og medpasienter. Etter oppvåkningen har de har fortalt om grusomme drømmer og hallusinasjoner.

Hva er det som forårsaker denne tilstanden og, hvordan kan vi forebygge dette. Dette er tanker jeg har hatt og som jeg ville finne ut mer om.

Masterstudiet har vært givende og lærerikt. Det har vært en lærende prosess, med stadig nye opplevelser. Arbeidet har før til ny innsikt og inspirasjon som jeg både får nytte av i pedagogisk arbeid og i direkte pasientarbeid.

Takk til personer ved den ortopediske avdelingen der intervjuene har foregått. Takk til min veileder May Karin Rognstad som har gitt konstruktive tilbakemeldinger og hindret avsporinger.

Lærdal, mai 2011

Åge Wiberg Bøyum

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	9
1.1 Avgrensing	10
1.2 Problemstillinger	11
1.3 Hovedmål	11
2.0 GJENNOMGANG AV LITTERATUR	12
2.0.1 Erfaringer med akutt forvirring	13
2.0.2 Sykepleieintervensjoner og akutt forvirring	13
2.1 Forebygging av akutt forvirring	15
2.1.1 Forebygging og behandling	16
2.1.2 Holdninger til eldre pasienter	18
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	19
3.1 Sykepleieteori	19
3.2 Miljø, holdninger og verdier	20
3.3 Kommunikasjon og interaksjon	22
3.4 Det forebyggende aspektet	23
3.5 Delirium og akutt forvirring	23
3.6 Lårhalsbrudd eller hoftebrudd	25
4.0 METODE	26
4.1 Intervjuguide	27
4.2.0 Utvalg	28
4.2.1 Inklusjonskriterier	28
4.3. Datainnsamling	28
4.4.0 Metode for analyse og fortolkning	30
4.4.1 Meningsfortetning	30
4.4.2 Kritisk forståelse	33

4.4.3 Teoretiske forståelse	34
4.5 Ethiske hensyn	34
5.0 ANALYSE AV FUNN	36
5.1.0. Tolkningskonteks 1. Meningsfortetning	36
5.1.1 Erfaringer med akutt forvirring	39
5.1.2 Erfaringer med forbygging, pleie og omsorg	41
5.1.3 Samhandling og interaksjon	44
5.1.4 Registrering, dokumentasjon og opplæring	45
5.1.5 Ivaretagelse av pasientens rettigheter	46
5.2.0 Tolkningskontekst 2. Kritisk forståelse	47
5.2.1 Sykepleiers erfaring med pasientsituasjoner	47
5.2.2 Erfaring med intervensjoner, medikamenter	49
5.2.3 Erfaring med intervensjoner, skjerming	50
5.2.4 Erfaring med observasjon, inklusiv dokumentasjon	51
5.2.5 Interaksjon med pårørende	52
5.3.0 Tolkningskontekst 3. Teoretisk forståelse med drøfting	53
5.3.1 Sykepleiepersonalets opplevelse og erfaring i arbeidet med pasientene	53
5.3.2 Sykepleiernes handlingsgrunnlag i møte med den akutt forvirrede pasienten	54
5.3.3 Truet integritet	58
5.3.4 Sykepleiepersonalets inntrykk av pasientens opplevelser	59
5.3.5 Erfaring med observasjon og dokumentasjon	62
5.3.6 Erfaring med prioritering og informasjon	63
5.3.7 Ethiske betraktninger	64
5.3.8 Skjerming og fast personale	67
5.3.9 Kommunikasjon og interaksjon	71

5.3.10 Skepsis til bruk av medikamenter	74
5.3.11 Pårørende som ressurs	78
5.4.0 Diskusjon av metode	81
5.4.1 Forforståelde og bias	82
5.4.2 Validitet og reliabilitet	83
6.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	86
6.1 Ledelsesforankring	86
7.0 VIDERE FORSKNING	88
8.0 KONKLUSJON	89
Litteraturliste	90

Vedleggsliste

1. Algoritme for medikamentell behandling av delirium
2. Noen behandlingsanbefalinger for delirium
3. Registreringsskjema for akutt forvirring
4. Intervjuguide
5. Informasjonsskriv til sykepleierne ved ortopedisk avdeling
6. Søknad om tillatelse fra avdelingsledelsen ved ortopedisk avdeling
7. Søknad til direktør Helse-Førde
8. Søknad personvernombudet ved Helse-Førde
9. Uttalelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste

Figurliste

1. Risiko for delirium
2. Forekomst av delirium
3. Kims typologi
4. Skisse av framgangsmåte ved intervjuene
5. Eksempel på matriseskjema
6. Eksempel på matriseskjema
7. Eksempel på matriseskjema
8. Sykepleiere eksposisjon for stressfaktorer
9. Sammenheng mellom utløsende faktorer og delirium

1.0 INNLEDNING

Det forekommer 9000 lårhalsbrudd hvert år i Norge (Palm 2008) de fleste hos eldre menneske over 65 år. Fortsetter den demografiske utviklingen slik den gjør nå, vil det om 50 år være dobbelt så mange pasienter med lårhalsbrudd. Gjennomsnittsalderen for pasienter med lårhalsbrudd er 80 år (Johansen, Parker 2006). Om lag 80 % av de som får lårhalsbrudd er kvinner. Forekomsten øker i takt med antall eldre. Insidensen av pasienter med lårhalsbrudd er særlig høy i Norden. I Danmark utgjør denne gruppe 2,2 % av alle kostnader til pasientbehandling (Palm 2008). Eldre som blir lagt inn på sykehus har ofte et komplekst sykdomsbilde, ofte med redusert fysisk funksjon og med nedsatt kognitiv svikt (Kongsgård et al 2008, Gjerberg et al 2006). Faren for komplikasjoner er betydelig i forhold til eldre over 65 år som blir lagt inn på sykehus, og særlig gjelder dette pasienter med lårhalsbrudd (Palm 2008). Av disse pasientene opplever ca 10-40 % en tilstand av delir (Cofer 2005). Forekomst av delirium blant lårhalsbruddopererte er inntil tre ganger så høy (Jagmin 1998, Cofer 2005, Gillis og Mc Donald 2006). Delirium hos eldre pasienter i sykehus er forbundet med økt morbiditet og mortalitet (Sørensen og Wikblad 2004, Kongsgård et al 2008, Robinsson et al 2008). Det er en overhyppighet av demensutvikling hos eldre pasienter med lårhalsbrudd og delirium (Kyzirdis 2006).

Fra flere fagmiljø blir det framsatt at forebygging av akutt forvirring bør være et satsingsområde da behandling av akutt forvirring og delir blant aktuell pasientgruppe også er forbundet med forlenget sykeleie og komplikasjonsfare (Siddiqi et al 2009, og Inouye et al 1999).

Ventetid før operasjon av pasienter med lårhalsbrudd > 65 år er en av 11 kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten (N-004, 2008). Målet er at pasienter i denne kategori skal opereres innen 48 timer, da preoperativ liggetid ut over dette i noen studier viser økt komplikasjonsfare (N-004, 2008, England 2009, Juliebø et al 2009). Mange av de eldre som legges inn på somatiske sykehus representere en spesiell utfordring. De kan ha komplekse lidelser og nedsatt kognitive funksjoner (Gjerberg et al 2006), noe som også kan påvirke deres autonomi.

Eldre pasienter med sviktende ressurser blir i følge) ut fra et sosiologisk perspektiv betraktet som en pasientgruppe med lav medisinsk status Normann 1983, (fra Garsjø 2001). Også blant

helsepersonell foreligger det en rangering av pasientkategorier. Leger ble i en undersøkelse i 2007 bedt om å rangere arbeidsområder, der eldre og kroniske ble rangert lavest og av minst interesse (Album og Westin 2008). I en undersøkelse ble sykepleiestudenter spurt hvilket arbeidsområde de kunne tenke seg når de var ferdig utdannet (Bergland 1999). Bare 9,2% svarte eldre. Hos ressursvake eldre kan skade eller sykdom være en stressfaktor som forverrer deres situasjon.

Figuren under skisserer det komplekse årsaksforholdet mellom predisponerende faktorer, utløsende årsaker (sykdom/ skade), og den innvirkningen pleie og behandling kan ha på utløsningen av delirium.

1.1 Avgrensning

Det sentrale fokus her er sykepleieres erfaringer med pleie og omsorg i forhold til pasienter over 65 år som blir innlagt i med lårhalsbrudd på ortopediske avdelinger. Forebygging av akutt forvirring og holdninger ovenfor pasientgruppen, er og viktig. I tillegg vil en ha et fokus på holdninger ovenfor denne pasientgruppen. Det foreligger imidlertid kliniske vanskeligheter med eksakt diagnostisering av akutt forvirring, der opp mot mellom 33-66 % av pasientene med delirium ikke kan være registrert (Gillis Mc Donald 2006 og Kyziridis 2006). En vil derfor også sette søkelyset på sykepleiers intervensjoner i samband med pasienter som allerede har utviklet akutt konfusjon. På postoperative avdelinger blir det gjort en del på intervensjoner i forhold til akutt forvirring og delirium. Temaet i denne oppgaven vil imidlertid kun rette seg mot sykepleieres erfaringer og intervensjoner på ortopedisk sengepost.

Ut fra den relativt høye faren for utvikling av delir eller akutt konfusjon som pasienter med lårhalsbrudd over 65 år er utsatt for, vil en strategi som går ut på å forebygge akutte lårhalsbrudd være av betydning. Det blir gjort betydelig arbeid, forskning og kvalitetssikring av dette i primærhelsetjenesten, men dette er ikke et fokus her.

I engelsk språkdrakt finnes det over 50 synonymer for akutt forvirring som blir brukt i en profesjonell kontekst, (Gustafson et al 2002). En vil her konsentrere seg om begrepene, *akutt forvirring* eller *konfusjon*, eller *delirium*.

1.2 Problemstillinger

Det sentrale ved denne oppgaven er sykepleiers erfaringer med forebygging av delir. Og det er valgt to problemstillinger.

Hvordan kan sykepleiere forebygge utvikling av akutt konfusjon hos eldre pasienter med lårhalsbrudd.

Hvilke erfaringer har sykepleiere når det gjelder pleie og omsorg til eldre pasienter med lårhalsbrudd som har utviklet akutt forvirring.

1.3 Hovedmål

Det er sykepleiernes på en ortopedisk sengeavdeling sine erfaringer og holdninger i forhold til forebygging av delir hos pasienter med lårhalsbrudd som er sentralt. Hovedfokus vil være rettet mot sykepleieres erfaringer om enkeltfaktorer som har betydning når det gjelder utvikling av delir eller forvirring

2.0 GJENNOMGANG AV LITTERATUR

Når det gjelder oversiktsartikler innen emnet kan en trekke fram Siddiqi og medarbeidere (2009), Inouye og medarbeidere(1999), Gustafson og medarbeidere (2002), Neitzel og medarbeider (2007) og Kyziridis (2006).

Siddiqi og medarbeidere (2009) har gjort en gjennomgang av forskningslitteratur når det gjelder forebygging av delir generelt hos eldre innlagt i sykehus. Kyziridis (2006) har hatt utgangspunkt i utvikling av postoperativ delirium hos pasienter med lårhalsbrudd. Gustafson og medarbeidere (2002) har mellom annet hatt fokus på forebygging og konkluderer i sin oversiktsartikkel at det ikke finnes godt vitenskapelig belegg for at medikamenter kan forebygge delir. Når det gjelder behandling anbefales det i første rekke chlometiazol, siden haloperidol eller risperidon ved svært utagerende adferd (Gustafson et al 2002).

Forebyggende behandling med haloperidol har ikke vist seg å være effektivt, men har en positiv effekt i forhold til behandling av pasienter med fulminant hyperaktivt delirium (Neitzel et al 2007). Et anbefalt medikamentelt behandlingsregime er vedlagt (Ranhoff 2004), vedlegg 1.

Flere studier understreker multikomponent intervensjoner med flere yrkesgrupper som metode for å forebygge delirium, (Siddiqi et al 2009, Kyzirdis 2006, Inouye et 1999, og Gustafson et al 2002) . Forebygging som også inkluderer sentrale sykepleieintervensjoner (Volmer et al 2007, Robinson et al 2008) . Anbefalingene går ut på at en ved forebygging av delirium tar utgangspunkt i de mulig utløsende årsaker og at forebygging er sentralt. Anderson (Anderson 2005) peker på at mange av intervensjonsstudiene konkluderer med at det er omsorg og pleie av høy kvalitet som er positivt utslagsgivende.

Cochrane eller Clinical Evidence gir lite relevante treff som går på sykepleie og forebygging av delir eller akutt forvirring. Databasen EBSCO gir imidlertid flere relevante treff. I mai 2011 gir denne basen (inkludert Medline) 1634 treff på *nursing* og *delirium*, og søkeordene *Orthopaedic nursing and delirium* gir 12 treff, *Orthopaedic nursing and acute confusion* gir 3 treff. Det benyttes et vidt spekter av begrep for å beskrive akutt forvirring, i engelsk språk er det over 50 ord og uttrykk som dekker begrepet (Gustafson et al 200) derfor vil funnene variere alt etter hvilke ord man bruker .

2.0.1 Erfaringer med akutt forvirring

Noen studier er og gjort for å belyse erfaringer med delirium som opplevd fenomen, både fra pasientperspektiv og angående sykepleiers erfaringer. Rodgers og Gibsons (2002) og Lou og Dais (2006)studier har fokusert på sykepleiernes erfaringer med å arbeide med pasienter med akutt forvirring. Deres studie avdekker at arbeidet med denne pasientgruppen er krevende og utfordrende og at det kan være frustrerende. Det brukes en rekke mestringsstrategier ovenfor denne pasientgruppen . Disse strategiene går ut på å redusere predisponerende årsaker, konstant overvåking, omsorg av høy kvalitet, og aktivt bruk av forskjellige kommunikasjonsstrategier (ibid).

Anderson og medarbeidere (2002) og Sørensen og Wikblad (2006)har gjort studier av pasientens erfaringer med akutt forvirring. Pasientenes erfaringer er entydig negative i form av skremmende opplevelser med hallusinasjoner, vrangforestillinger, samt det å være våken i en drøm slik en av pasientene beskrev det (Anderson et al 2002). Samtidig opplevde pasientene at vrangforestillinger hadde tilknytning til pasientens tidligere erfaringer og at det var verdifullt for pasientene å snakke om sin opplevelser med delirium (Anderson et al 2002). Det opplevdes og som en støtte at sykepleierne medvirket til at la pasientene fortalte om sine erfaringer med delirium etter at de hadde klarnet opp (ibid).

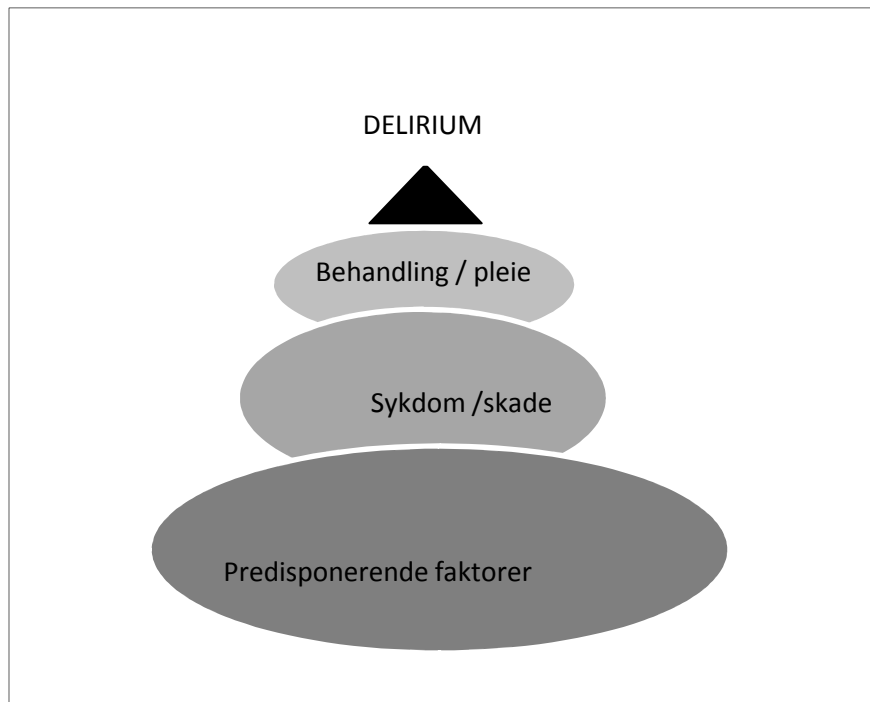
2.0.2 Sykepleieintervensjoner og akutt forvirring

Av forskere med sykepleiebakgrunn som har utført intervensjonsstudier kan en trekke fram Neitzel og medarbeidere(2007), Robinson og medarbeidere (2008), og Kirchbaum (2007). Felles for disse studiene er at de har igangsatt intervensjoner i forhold til for eksempel: Bruk av observasjonsskjema som CAM (Confusion Assessment Method), bruk av helhetlige tiltaksplaner. Tiltaksplanene inkluderer: Skjerming, tilrettelegging av hjelpemidler, informasjon, nøye registrering og observasjon av smerter, mulighet for pårørende å være tilstede, tilrettelegging av ernæring etc. Videre har en lagt vekt på opplæring og oppfølging av sykepleierne, det har og vært brukt sykepleiere med spesialutdanning i geriatri, samt at det ofte vært et utstrakt samarbeid med forskjellige legespesialsiter med henblikk på å behandle eller forebygge delirium (Neitzel et al 2007, Robinson et al 2008,og Kirchbaum 2007). Alle

disse studiene har hatt en positiv effekt i forhold til intervensjonsgruppene. Inouye (2001) peker på at flere intervensjonsstudier har hatt kortvarig effekt. Dette kommer av at det har vært vanskelig å følge opp tiltakene over tid da flere av dem har vært ganske ressurskrevende, (ibid).

En aktuell studie som en kan fremheves er McCaffrey og Locsin (2004). De har utført RCT-studier når det gjelder forebygging av akutt forvirring hos eldre som gjennomgikk elektive hofter eller kneoperasjoner. Temaet var bruk av musikk. De fant at den gruppen som fikk lytte til musikk under operasjon og behandling hadde signifikant lavere forekomst av akutt forvirring, (McCaffrey og Locsin 2004, McCaffrey 2008). Målet for studien var fire områder med innvirkning på livskvalitet og rehabilitering for pasienter som hadde gjennomgått kne og hofter operasjoner: postoperativ smerte, kognitiv funksjon, evnen til mobilisering og pasienttilfredstillelse. I forhold til kontrollgruppen hadde de som fikk høre på musikk mindre smerter og bedre kognitiv funksjon, samt at de fikk og bedre score på mobilisering og pasienttilfredstillelse (ibid). McCaffrey (2008) har nedlagt et omfattende arbeid i forhold til musikk som terapeutisk avledning i forhold til for eksempel smerte.

Ikke bare smerte, men og en rekke andre forhold kan virke predisponerende på utvikling av kutt forvirring. Forhold som kan tilskrives sykdom skade, behandling og plei og predisponerende faktorer (Ranhoff et al 2008) Skissen under forklarer sammenhengen mellom predisponerende faktorer, sykdom skade og behandling og pleie.



**Figur 1 Risiko for delirium er avhengig av predisponerende faktorer, sykdom og skade og behandling og pleie
Fritt etter Ranhoff Figur 30.2 (Ranhoff 2008,s402)**

2.1 Forebygging av akutt forvirring

Akutt delir hos eldre innlagt for lårhalsbrudd kan gi seg flere utslag, men det er consensus i aktuelle fagmiljø at tilstanden kan behandles, og at det da er anbefalt at en tar utgangspunkt i årsak til delir eller den akutte konfusjonstilstanden (Gustafson et al 2002, Cofer 2005, Gillis & Mac Donald 2006).

Årsakene kan være så forskjellige som hypoksi, hypotermi, inadekvat eller dårlig smertelindring, nedsatt syn, blødning, langvarig generell anestesi, medikamentell bivirkning (spesielt antikolinergika), dårlig ernæring, søvndeprivasjon eller urolig og støyende miljø (Cofer 2005, Inouye et al 1999, Siddiq et al 2009, Kyzirdis 2006 og Gustafson et al 2002). Spesielt aspektet med smertelindring er viktig, da mange av disse pasienten ikke er i stand til å si fra om sine smerter. Registrering av smerter blir viktig og så i forhold til de pasientene der en ikke kan bruke smerteobservasjonsskjema som Visuell Analog Skala (VAS), eller

Numerisk Skala (NS). Songe-Møller (Songe-Møller et al 2005) angir noen observasjoner som kan tyde på smerter hos pasienter med kognitiv svikt, såkalt adferdsbaserte smerteindikatorer:

- *Ansiktsuttrykk: pannerynking, trist eller skremt, rask blinking*
- *Verbale uttrykk: støyende pusting, messing/synging, utrop, banning, bruk av «grove» ord*
- *Bevegelse: uro, vimsing, agitasjon, økt vandring, vugging, endret ganglag eller holdning*
- *Endring i interpersonell aktivitet: motsetter seg pleie, har forstyrrende/voldelig atferd, tilbaketrekking*
- *Endring i aktivitetsmønster: nekter å spise, hviler lenger enn vanlig, søvnløshet, plutselig stans i normale rutiner eller aktiviteter*
- *Endring i mental status: økt forvirring, Irritabilitet, gråt*
(Songe-Møller et al 2005)

Pasienter som kommer inn for lårhalsbrudd er eksponert for multikomponente faktorer som samlet (av og til hver for seg) kan være med på å utvikling av delirium. Først er det traumet som i seg sjøl utløser en stressrespons. Fallet, skaden, smerten, og den akutte innleggelsen er stressfaktorer, samt at de må forholde seg til flere nye og fremmede miljø. Utløsning av stresshormoner som cortisol kan i seg selv være med på å opprettholde en ond sirkel, der våkenhet angst og stress øker oksygenforbruket og derigjennom øker forvirringstilstanden (Gustafson et al 2002). I tillegg er de dobbelt eksponert da de må gjennomgå en akutt operasjon. Dette utløser både psykiske og fysiske stressreaksjoner av varierende grad som i sin tur kan være med å utløse delirium (Milisen et al 2001).

2.1.1. Forebygging og behandling

Det er anbefalt at en intervensjon i forkant av utvikling av delirium er essensielt ved at en setter inn forebyggende tiltak (Siddiq et al 2009, Inouye et al 1999). Behandling når pasienten har utviklet delirium er forbundet med ekstra liggetid og komplikasjonsfare (Inouye et al 1999). På dette område har sykepleieres kunnskaper, ferdigheter og holdninger av sentral betydning. Eldre pasienter som legges inn på sykehus har ofte komplekse lidelser med utstrakt

ko-morbiditet, og dette krever en helhetlig og fleksibel tilnærming (Songe-Møller et al 2005). Møte med et fremmed miljø kan virke passiviserende på eldre. Det er anbefalt at en intervensjon i forkant av delir utviklingen er essensielt slik at en kan sette inn forebyggende tiltak (Siddiq et al 2009, Inouye et al 1999). Behandling når pasienten har utviklet delirium er forbundet med ekstra liggetid og komplikasjonsfare (Inouye et al 1999). Strategien når pasienten har utviklet delirium er mye lik de forebyggende tiltak. Intervensjoner som går ut på å redusere stress er viktig for eksempel fjerne unødige utstyr, fjerne eventuelt urinkataeter, enerom, god informasjon, god kontakt med pårørende, påse tilstrekkelig ernæring og drikke, begrense antall personell som har kontakt med pasienten osv (ibid). Gustafson og medarbeidere (2002) har satt sammen et anbefalt behandlingsregime, vedlegg 2. På det forebyggende område har sykepleieres kunnskaper, ferdigheter og holdninger av sentral betydning (Ranhoff 2008, s 401-2).

Eldre pasienter som legges inn på sykehus har ofte komplekse lidelser med utstrakt ko-morbiditet, og dette krever en helhetlig og fleksibel tilnærming (Songe-Møller et al 2005). Møte med et fremmed miljø kan også virke passiviserende på eldre. Mange av dem opplever mange forskjellige avdelinger, miljø, og personer i løpet av kort tid. Et kaotisk miljø der de må forholde seg til mange personer. De er ofte eksponert for smerter ved innlegges, forflytning og etter operasjon. Det er velkjent at eldre ofte har vanskelig for å si fra om smerter, eller ikke sier fra om smerter (Kongsgård et al 2008). Smerter og inadekvat smertelindring er en av flere valide indikatorene som virker disponerende for utvikling av akutt konfusjon (D'Arcy 2006, Kyziridis 2008). Akutt forvirring er en tilstand med komplekse årsaksforhold og det foreligger en rekke anbefalinger om forebygging.

Som det kommer fram det er en blanding av anbefalinger både når det gjelder medikamenter prosedyrer, men og forhold som går på miljømessige tilpassninger og omsorgsrelasjoner. Det er derfor viktig at en ikke bare fokuserer på medisinske og fysiologiske forhold, men og på omsorgsmiljø, kommunikasjon og interaksjonsforhold. Ski og O'Connell (2006) har foretatt en litteraturstudie over teamet delir utvikling hos eldre pasienter som blir akutt innlagt i somatiske sykehus. Også et av deres hovedkonklusjoner er at tidlig registrering av delirium og tidlig innsetting av forebyggende tiltak kan være med på å begrense skadene og eller hindre

utvikling av delir (ibid). Sykepleiere har her en god mulighet til å observere og utføre tiltak ovenfor denne gruppen da sykepleiere kan iverksette observasjon og tiltak over tid.

2.1.2 Holdninger til eldre pasienter

Prioriteringer og ressurstilgang til helsetjenesten for eldre kan også være en medvirkende implikasjon på utvikling av delir. I følge N004, Kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten (2008), er preoperativ ventetid for eldre pasienter innlagt med lårhalsbrudd er en av kvalitetsindikatorerne. Med lang ventetiden til en operasjon er disse pasientene helt immobilisert i seng og sterkt eksponert for smerter, spesielt ved bevegelse. Disse forhold kan i flere tilfeller virke disponerende for utvikling av akutt forvirring. (Neitzel et al 2007, Juliebø et al 2009)

I en undersøkelse der Førde og medarbeidere (2006) foretok en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere om ressurser og prioriteringer av eldre i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, gikk det fram at 92% av sykepleierne og 79% av legene opplevde at ressursmangel og nedprioriteringer representerte en betydelig belastning for de ansatte.

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1. Sykepleieteori

Sykepleie er definert av mange sentrale teoretikere, og den mest vanlige definisjonen har vært at en definerer sykepleie både som et substantiv og et verb (Barret 2002). En av de nyere definisjonene kan en hente fra King i 1981 som definerer sykepleie som: *En prosess bestående av aksjon (handling), reaksjon og interaksjon* (Barret 2002). Teoretikere som Kim og Eriksson har satt fokus på andre sider av sykepleien der et selvstendig omsorgsaspekt, med utgangspunkt i den syke som et helt menneske med behov for helsehjelp og omsorg, står sentralt (Kim, 1987).

Mange sykepleieteoretikere som Orem, Henderson, Roy Pepleau, og også Nightingale, framhevet det helhetlige perspektiv ved planlegging og utførelse av sykepleieintervensjoner (Kim, Hollak 2006). Kim hevder at deler av sykepleiefagets fokus på symptomlindring og intervensjoner har ført med seg en teknisk rasjonalitet som kan sette fokus på den syke som et menneske med sykdom eller symptom i skyggen (Kim 2000).

Kim (Kim 1987) har utviklet en middel range teori basert på typologi ut fra fire domener. Med *middel-range teori* menes en teori som fokuserer på en del av den menneskelige virkelighet, noe som involverer et utvalg av konsepter, for eksempel delirium, (Polit & Beck 2008, s 758)

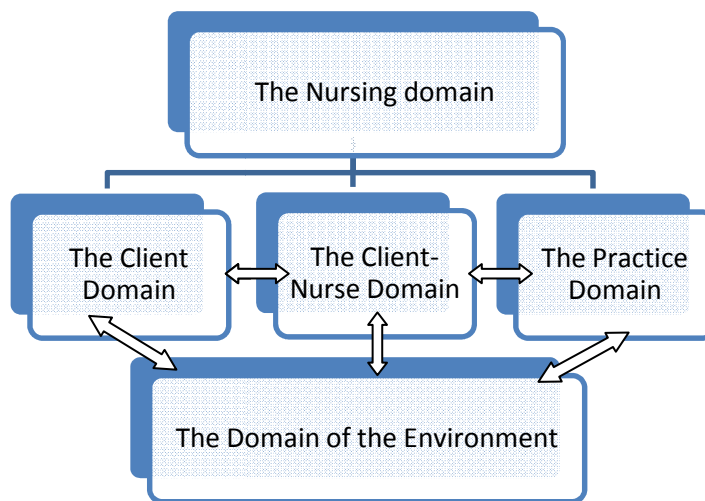
Kim benevner sin teori om typologi slik:

This typologi as a metaparadigm framework for nursing's conceptual systems is an analytic device proposed for systematizing phenomena and concepts of interest to nursing study (Kim 2000, s 32).

Ut fra Kim belyser pasientens kontekst ut fra tre domener eller områder. Pasientdomenet, pasient-sykepleiedomenet, og praksisdomenet. Disse tre domene står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre og utgjør til sammen miljødomenet. Pasientdomenet fokuserer på pasientens situasjon, slik pasienten erkjenner at virkeligheten er for ham. Pasient-sykepleiedomenet er det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient. Et domene for terapeutisk intervensjon, omsorg og interaksjon. Dette blir sett i en sosial kontekst, hvor også elementer som holdninger og verdier er sentralt (Kim, 1987).

Praksisdomenet innbefatter sykepleierens kognitive egenskaper samt evne til, planlegging

utførelse og evaluering av tiltak. Miljødomenet omhandler fysiske forhold som tid, sted, rom og kvalitet. Forholdet til andre personer, som pårørende, er relativt lite berørt i Kims typologi (Kim, 1987), men temaet vil bli tatt med her da en anser dette som relevant i forhold til problemstillingen. Miljødomenet omfatter og begrep som kultur, verdier og holdninger.



Figur 2 Kims typologi (Kim 1987) med skisse av sykepleiers kunnskapssystem

3.2 Miljø, holdninger og verdier

Kultur kommer av det latinske ordet *culturae*, og viser mot å dyrke fram. I en sosiologisk sammenheng vil begrepet *kultur* i følge Norleik og Stang 1989 (fra Garsjø 2001, s 229) hense på blant annet på de verdier, normer og regler som mennesker har felles og samhandler ut fra. I denne sammenheng vil en særlig sette søkelyset på *kulturelle aspekter* knyttet til den aktuelle pasientgruppen, i en kontekst hvor holdninger og verdier kommer til uttrykk, både relasjonelt og på avdelingsplan.

Begrepet *sub-kultur* forekommer og i oppgaven i form av sub-kulturelle holdninger. Her

menes det normer og trender blant personalet som står i kontrast eller opposisjon til avdelingens formelle målsetninger eller ledelse. (Garsjø 2001, s303).

I følge Rokeach (Rokeach 1968,132) er en *holdning* en organisering av oppfatninger rundt et emne, et objekt, eller en situasjon. Holdninger kan knyttes til tre komponenter: *affektive*, en *kognitiv* og en *adferdskomponent*(Ibid). Her vil en først og fremst se holdninger som uttrykk for et verdisyn. *Verdier* og oppfatning av verdier kan sies å være predisponerende for en persons holdninger (Rokeach 1968 s 160). Verdier kan også sees som en persons mest sentrale oppfatninger. Individuelle verdier består av noen kjerneelement eller helt sentrale ideal. Disse idealene er av abstrakt format som sannhet, sikkerhet, skjønnhet, respekt eller ære etc (ibid).

Rokeach knytter videre holdninger tett opp mot oppfatninger eller "beliefs". Holdninger inneholder alltid komponenter av oppfatninger/meninger, men oppfatninger inneholder ikke alltid holdninger. Oppfatninger kan både inneholde beskrivende og evaluerende element, og kan derfor variere svært mellom personer. Et voksent menneske kan ha hundre tusen oppfatninger, tusen holdninger, men bare noen dusin verdier (Rokeach 1968 s 124). Verdier blir rangert og er et godt hjelpemiddel for individet når det gjelder å velge mellom holdninger og for løsning av verdikonflikter.(Rokeach 1979 s 49). Aadland (2001,s 140) skiller mellom åpne og skjulte verdier. Åpne verdier er noe det er stor enighet om, mens skjulte verdier er underbevisste bakgrunnsfaktorer, som fortrenge følelser og irrasjonelle forestillinger (Aadland 2001,s 142-143).

Holdninger er uttrykte verdier. Verdier kan være nedfelt på institusjonelt plan, og det er stor enighet blant sosiologer om at den mest distinkte metoden til å definere en sosial institusjon er og registrere dens verdier (Rokeach 197, s 51). De er formelle, nedfelt i arbeidsbeskrivelser, målsetninger, stillingsinstruksjoner og yrkesetiske retningslinjer og på en arbeidsplass. Ved spesialisert sykehusavdeling med klare mål og oppgaver, er det gjerne en konsensus om sentrale mål og verdier. Sub-kulturelle holdninger som kommer til uttrykk gjennom uformell makt, kan stå i opposisjon til de formelle verdier, krav, retningslinjer, og holdninger (Garsjø 2001, s303). For eksempel er det uttalt og formalisert i målsetninger og lover at alle pasienter

skal behandles likt, men det er flere ganger påvist at velartikulert ressurssterke pasienter med gode kontakter i politikk og sykehusledelse kan få bedre helsetilbud enn mindre ressurssterke, også i det offentlige helsevesenet (ibid). Prioriteringer av eldre i helsevesenet trenger imidlertid ikke å komme til uttrykk gjennom negative holdninger blant helsepersonell. I Førde og medarbeideres undersøkelse fra 2006 (Førde et al 2006) kommer det fram at 84% av de forespurte legene og sykepleierne sjelden eller aldri opplevde diskriminerende holdninger ovenfor eldre pasienter. Når det gjelder kliniske erfaringer er det her sett i relasjon til forebygging, pleie og behandling av eldre pasienter med lårhalsbrudd som har eller står i fare for å utvikle akutt forvirring. Kliniske erfaringer består av både av kunnskaper, verdier og holdninger.

Når det gjelder *kunnskaper* kan en her se det som både som erfaringsbasert kunnskap, basert på kognitive egenskaper. Samt kliniske ferdigheter framkommet gjennom praktisk øvelse på refleksivt og fagteoretisk bakgrunn.

3.3 Kommunikasjon og interaksjon

I samband med holdninger og verdier vil også etiske aspekt bli omtalt. Det gjelde spesielt pasientens autonomi, empowerment eller myndiggjøring samt begrepet *nursing advocacy*. *Nursing advocacy* har blitt definert som :

Participating with the client in determining the meaning of health ,illness, suffering og dying
(Gadow 1980 fra Vaartio et al 2006)

Begrepet *intersubjektivitet* framkommer i oppgaven: Det finnes flere definisjoner av *intersubjektivitet*, en av er slik:

The verbal and nonverbal interplay between the organized subjective world of one person and the organized subjective world of another (Munhall 1993 fra Pierson 1999)

Noe kommunikasjonsteori blir og nevnt i oppgaven, da særlig i forhold til pasienter som har vansker med å forstå ordinær verbal kommunikasjon. Jootun og McGee (2011) Omtaler kommunikasjon i forhold til demente pasienter. Flere element i deres anbefalinger finner en

igjen i praktiske råd for kommunikasjon med deliriske pasienter hos (Ski og O`Connell 2006 og Lundstrøm et al 2005).

Jootun og McGees (2011) har flere moment som også er sentralt ovenfor pasienter med akutt forvirring. Disse går bla ut på:

- *Sette seg ned rett ovenfor pasienten*
 - *Etablere øyenkontakt med pasientene*
 - *Innta en avslappet holdning*
 - *Snakke klart og tydelig*
 - *Bruk hjelpemidler hvis nødvendig (husk pasientens høreapparat)*
 - *Ikke bruke fagspråk*
 - *Bruke kort setninger*
 - *Gjenta informasjon*
- Jootun og Mc Gees (2011)*

3.4 Det forebyggende aspektet

Det er naturlig å se begrepet *forebygging* i relasjon til helse i denne sammenhengen.

Forebyggende helsearbeid er i følge WHO den prosess som gjør individet i stand til å ta vare på sin egen helse (www.WHO.org). Forebygging her vil være i relasjon til akutt forvirring eller delirium.

3.5 Delirium og akutt forvirring

Delirium (lat: kommer av Lira. Åkerfure/ spor, *De- Lir*: fra sporet, avsporet, www.wikipedia.org) er blitt definert som en tilstand av akutt konfusjon som er forbigående, et nevropsykiatrisk syndrom som i særlig grad rammer skjøre eldre (Gustafson et al 2002) Delirium er en tilstand som har vært kjent lenge og har multikomponente årsaker, med forskjellig etiologi og symptomprofil (Gustafson et al 2002, Neitzel et al 2007, Kyziridis 2006). I forhold til denne aktuelle pasientgruppe er det ikke alle som kommer ut av sitt delirium. Noen skrives ut av sykehuset med en forvirringstilstand, og det er særlig disse som viser an overhyppighet i forhold til sykелighet og dødelighet (Kiely et al 2009)

I følge det medisinske kodeverket ICD-10(International Classification of Diseases, ICD10) , F05:Er delirium som ikke er utløst av alkohol eller andre rusmidler :

En organisk hjernesyndrom med uspesifikk årsak, som kjennetegnes av samtidig forstyrrelse av bevissthet og oppmerksomhet, persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorisk atferd, følelsesliv og søvn-våkenhets-rytme. Varigheten er skiftende, og alvorlighetsgraden varierer fra mild til svært alvorlig. (F05, ICD 10)

Det foreligger og andre redskap for diagnostisering, registrering og dokumentasjon for evaluering av delir slike som DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) CAM og NEECHAM (Johansson og Hamrin 2009). Inoyue og medarbeidere (Inouye et al 1999) har utviklet evalueringsverktøyet CAM , basert på DSM-IV . CAM er utviklet i forskjellige varianter, både for forskning og klinisk bruk. For kliniske brukere er det utviklet en ”Short”-CAM og ICU-CAM med intensjon at metoden skulle kunne brukes av ikke-psykiatere i deres kliniske vurdering av utvikling av delirium. CAM i norsk oversettelse er vedlagt, vedlegg 3.

En vil fokusere på de tilstandene av *delir* eller *akutt forvirring* som oppstår hos pasienter over 65 år som er innlagt på sykehus for lårhalsbrudd. *Delirium* kan klassifiseres i tre forskjellige typer. Hyperaktiv form med ukontrollert og aggressiv adferd med spontan mobilisering, avverging av medikamenter, utdragning av dren, kateter og infusjonsledninger, hypoaktiv form med regressiv adferd, søvn og lite eller ingen kommunikasjon. Den tredje form er en kombinasjon av hyperaktiv og hypoaktiv form (Gillis & Mac Donald 2006,Gustafson et al 2002) . Antall pasienter som blir registrert med delir varierer en del i litteraturen, men for pasienter hospitalisert for lårhalsbrudd framkommer det en innsidens opp mot 60 % (Cofer 2005,Gustafson et al 2002, Neitzel et al 2007):

Det kommer videre fram at underregistrering av delir er et problem (Neitzel et al 2007).Opp mot 33-66% av pasienter med delirium blir ikke diagnostisert. Når problemet oppstår for pasienten er det imidlertid konsistent, ikke bare for pasienten, men og for medpasienter, pårørende og helsepersonell. Noe av årsaken til at akutt forvirring blir udiagnostisert, er likhetene mellom depresjon, demens og delirium (ibid).

Blant eldre innlagt i sykehus er hoftepasientene i stor grad utsatt for faren for å utvikle akutt forvirring noe som denne oversikten viser (Brown og Boyle 2002).

Prevalence of delirium
Setting % with delirium
Hospitalised medically ill patients* 10-30%
Hospitalised elderly patients 10-40%
Hospitalised cancer patients 25%
Hospitalised AIDS patients 30-40%
Terminally ill patients 80%

*High risk conditions and procedures include cardiotomy, hip surgery, transplant surgery, burns, renal dialysis, and lesions of the central nervous system

Fig 3 Forekomst av delirium (Brown og Boyle 2002)

3.6 Lårhalsbrudd eller hoftebrudd

Med *lårhalsbrudd* menes her både *fractura colli femoris* (60%) og *fractura pertrochanterica femoris* (40%) www.nel.no. Det er imidlertid blitt mer vanlig at en bruker benevnelsen *hoftebrudd*. Noen brudd kan gi caputnekrose. Den vanligste behandlingsmetoden er operasjon (intern fiksasjon) med skruer eller glideskruer (ved *fractura colli femoris*) www.nel.no. Ved caputnekroser vil det vanligvis blir gjort innsetting av hemiprotese. Det blir imidlertid stadig vanligere å bruke innsetting av hofteproteser også ved andre typer lårhalsbrudd, og en nyere studie anbefaler at man bruker hofteprotese ved alle lårhalsbrudd med feilstilling (Parker 2007). Operasjonsmetoden gjør det mulig med mobilisering kort tid etter inngrepet.

4.0 METODE

For å besvare problemstillingen er det i denne oppgaven er det valgt et beskrivende og utforskende design ved bruk av fokusgruppeintervju. Det finnes over 50 synonyme begrep innen engelsk som dekker området akutt forvirring, (Gustafson 2002). Dette gjør det vanskelig å få oversikt over den faglitteraturen som foreligger, men mye av den sentrale litteraturen som kommer fram ved søk i flere databaser er av kvantitativ karakter (Neitzel et al 2007, Mc Caffrey og Locslin 2004, Gustafson et al 2002, Inouye et al 1999 , Robinson et al 2008, Ski og O'Connell 2006, Anderson 2005, Milisen et al 2001) enten utførte kontrollerte studier ,kohortstudier, eller prevalensstudier . Det foreligger og kvalitative studier som fokuserer på sykepleiere eller pasientenes opplevelser bla (Lou og Dai 2002, Rodgers og Gibson 2002, Duppils og Wikblad 2007). Min problemstilling fokusere på sykepleieres erfaringer med forebygging, pleie og omsorg i forhold til akutt forvirrede pasienter, og mener derfor at et kvalitativt beskrivende design er formålstjenlig.

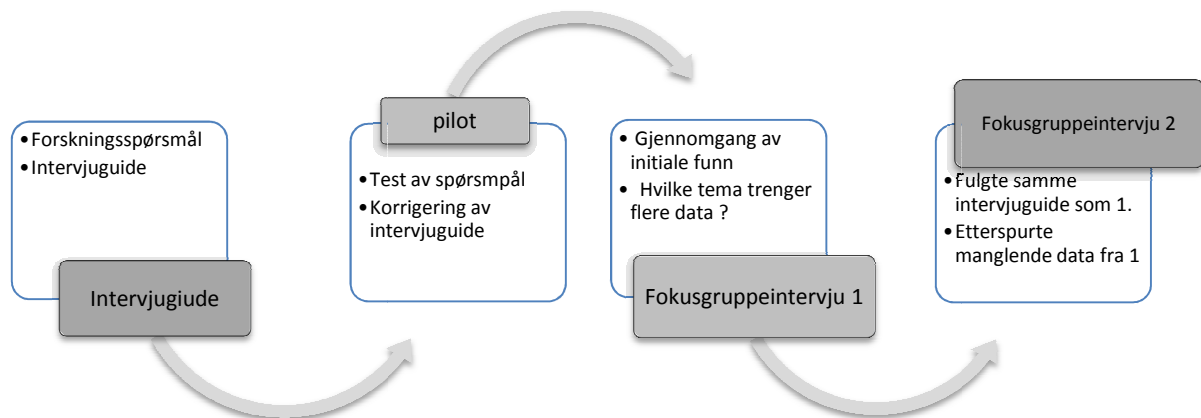
Aktuelt forskningsfelt ble bestemt til sykepleiere ved en ortopedisk avdeling ved et middels stort sykehus. Metoden er av kvalitativt beskrivende design. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å samle inn data.

Fokusgruppeintervju er spesielt hensiktsmessige når det gjelder å avdekke ny kunnskap innen et komplekst fagområde, og brukes stadig mer innen helsefag (Lerdal og Karlsson 2008). Fokusgruppeintervju er videre godt egnet i studier der mennesker med felles erfaringsbakgrunn samles for å diskutere et gitt tema, og hvor intensjonen er å studere holdninger og erfaringer. Metoden kan videre bidra til læring og refleksjon over egen klinisk praksis (ibid). Metoden som nyttes vil være basert på Casey og Krueger (Krueger og Casey 2008).

Det er utført to halvstrukturerte fokusgruppeintervju med etter intervjuguide. I følge Polit & Beck (Polit & Beck 2008, s 395) blir fokusgruppeintervju ofte brukt som intervjumetode der en vil avdekke ny kunnskap. Intensjonen med fokusgruppeintervju er at det legges til rette for dataskaping ved at deltakerne samtaler og at det dermed fremkommer informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess (Polit & Beck 2008, s 395, Lerdal og Karlsson 2008).

4.1 Intervjuguide

Redegjørelse for sentrale begreper i problemstillingen la føringer for utforming av intervjuguiden. Intervjuguiden ble utført med semistrukturert design, dvs. at det var enkelte sentrale tema som ble berørt, men at man måtte ha åpenhet for hvor informantene ville styre diskusjonen. Intervjuguiden ble utført etter anbefalinger fra Casey og Krueger (Krueger og Casey 2008,s52). Etter en ”brainstorming” plukket en ut sentrale temaområder. Deretter bestemte en tid for hvert spørsmålsområde eller tema, og formulerte åpne spørsmål innen hvert område. Etter innspill fra veileder ble antall spørsmålene kortet ned og intervjuguiden revidert. Intervjuguiden ble så prøvd ut som pilot på to sykepleiere med mye erfaring fra fagfeltet, med påfølgende mindre korreksjon av spørsmålene. Intervjuene ble fortatt med tre måneders mellomrom. Prosessen med intervjuene er skissert nedenfor



Figur 4 Skisse av framgangsmåte ved intervjuene

Intervjuguiden bestod av 6 temaområder.. Dette gjorde at det ble fortatt noen mindre korreksjoner etter det første intervjuet. De initiale funnene ble gjennomgått sammen med assisterende moderator. Selv om en tok utgangspunkt i den samme intervjuguiden ved intervju 2, hadde en ved det andre intervjuet mulighet til å etterspørre manglende informasjon fra intervju 1, dette er og i tråd med anbefalinger fra Casey og Krueger. Intervjuguiden er vedlagt, vedlegg 4.

4.2.0 Utvalg

Den aktuelle ortopediske avdelingen har til enhver tid 3-4 pasienter med hoftebrudd liggende i avdelingen. Det er 20 sykepleiestillinger og 9 hjelpepleiestillinger ved avdelingen. Det deltok til sammen 11 informanter i intervjuene. 2 hjelpepleiere og 9 sykepleiere. I utgangspunktet var det bare sykepleiere som skulle intervjues. Det var noen få hjelpepleiere ved avdelingen og disse hadde lang erfaring. To av disse ble tatt med i det første intervjuet, da dere erfaringer også ble ansette som sentralt i forhold til problemstillingene i oppgaven.

4.2.1 Inklusjonskriterier:

Det ble valgt ut sykepleiere som hadde over 2 års erfaring ved den aktuelle avdelingen. Informantene hadde fra 3 år til over 25 års ansiennitet ved avdelingen. Oversykepleier ved avdelingen foretok utvalget av de sykepleierne som skulle delta i intervjuet. Oversykepleier foretok et utvalg blant de som hun mente hadde mest erfaring fra feltet.

4.3.0 Datainnsamling

Intervjuene ble foretatt i et møterom på den aktuelle avdelingen. I tillegg til moderator deltok også en assisterende moderator ved intervjuet. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer, ett i juni og ett i august 2010. Intervjuopptakene varte i 1 time og 4 min og det andre i 55 minutter. Det ble først foretatt en kort presentasjon av moderator og ass moderator, samt en kort generell introduksjon før opptaket ble startet. Oppgavene ble fordelt mellom moderator og assisterende moderator. Assisterende moderator skulle fokusere på gruppeprosessen og ta notater, samt eventuelt følge opp med kommentarer eller spørsmål. Moderators rolle var å styre selve intervjuet i henhold til intervjuguide, og de tema som ble diskutert i den sammenhengen.

Møterommet lå litt utenfor den aktuelle avdelingen, og var godt skjermet for lyder utenfra. Det første intervjuet ble avbrutt en gang av et en person kom inn i rommet. Avbruddet tok bare kort tid og intervjuet ble raskt gjenopptatt. Begge intervjuene forgikk umiddelbart etter arbeidstidens slutt (dagvakt).

På grunna av fullt belegg i avdelingen tok det noen minutter før det andre intervjuet kom i

gang, da en måtte vente på en av informantene. Begge intervjuene startet med at alle informantene presenterte en pasientsituasjon, og presentasjonsrunden var ikke ferdig før den siste informanten kom.

I det første intervjuet foregikk samtalene strukturerte og i henhold til oppsatt temaplan. Informantene var strukturerte og det var lite avbrytelser eller at folk snakket i munnen på hverandre. Det var noen få som snakket mer enn andre, men uten at de virket for dominerende eller at de la helt premisser for intervjuet. De fleste samtykket i deres utsagn, men det var også tilfelle der det ble opponert bestemt mot utsagn. Det var tydelig at informantene var trygge på hverandre og at temaet var aktuelt og relevant.

På bakgrunn av det første intervjuet ble særlig fokusert på enkelte emner som en ville søke å få ytterligere belyst etter det første intervjuet.. Disse temaene var bla :

Kommunikasjonsstrategier, mer detaljert bruk av skjerming, erfaring med hypoaktivt delirium eller blandingsform, samarbeid innad i avdeling ,erfaring med pårørendes rolle og betydning.

I det andre intervjuet var deltakerne enda mer engasjerte (mulig at dette var påvirket av at de alle kom fra en svært travel vakt). Temaene ble mer springende, men samtidig ble det mer diskusjon enn i forrige intervju. Informantene snakket utvunget om temaene. Det var mange som snakket, også i perioder samtidig, og det var ingen som dominerte. En person kom inn etter at intervjuet så vidt hadde begynt. En person måtte gå før de andre og moderator var klar for å avslutte da kom det opp et tema til sist, pasienter med delirium og aggressiv adferd, som engasjerte informantene mye og det ble noen få ytterligere minutter med intervju. Temaet hadde vært berørt tidligere, men det kom fram nye momenter også den siste del av intervjuet. Det var tydelig at informantene var opptatt av temaet. Det var mange kommentarer i det andre intervjuet, og av og til flere som snakket samtidig slik at det i noen svært få tilfeller ikke var mulig å få en relevant transkripsjon, selv om opptaket ble hørt mange ganger. De manglende utsagnene var imidlertid så få at en går ut fra at det ikke påvirket helheten.

Det ble servert kaffe, mineralvann, sjokolade og smørbrød i det første intervjuet. I det andre intervjuet ble det servert frukt, kaffe og mineralvann og sjokolade.

Begge intervjugruppene hadde positive erfaringer med å delta i intervjuet. Noen av de sentrale funnene fra intervjuene ble presentert på den aktuelle avdelingen på et møte høsten 2010.

Informantene ble anonymisert ved transkribering av intervjuet. Intervjuene skrevet ut, og det ble 37 sider. I tillegg til lydopptak ble det foretatt notater ved intervjuet.

4.4.0 Metode for analyse og fortolkning

Rett etter intervjuene gikk moderator og ass moderator gjennom intervjuene og diskuterte noen initiale sentrale funn relatert til både interaksjonsprosessen og gruppeprosessen. Når det gjaldt gruppeprosessen ble de fokusert på interesse, engasjement, atmosfære og hvor fritt diskusjonen løp mellom deltakerne. Det ble også fokusert på gruppemedlemmenes selvforståelse. De sentrale initiale funn fra intervjuet dreide seg om skjerming, skepsis til bruk av medikamenter, vanskeligheter og stress forbundet med pleie og omsorg til forvirrede pasienter, og pårørendes rolle. Det kom og fram områder og tema som måtte belyses ytterligere. Dette dannet grunnlaget for noen av de endringer som ble gjort i det andre intervjuet, der en justerte noen spørsmål i det siste intervjuet for å få fram manglende informasjon. Analysemetoden fra intervjuene ble foretatt etter Kvaless metode (Kvale & Brinkmann 2009 s 220-224) og tok utgangspunkt i tre trinn eller fortolkningskontekster: Meningsfortetning med tematisering. Meningsfortetningen ble gjort ved bruk av matriseskjema fra Kvale og Brinchmann (Kvale & Brinkmann 2009 s 213) Kritisk forståelse basert på sunn fornuft, meninger og utsagn. Det tredje trinnet er teoretisk forståelse, der en ser uttalelser i lys av teoretiske rammer (Kvale & Brinkmann 2009 s 220-224).

4.4.1 Meningsfortetning

Utgangspunktet for meningsfortetningen er at en setter det inn i en kontekst som innbefatter både kategorisering eller tematisering og selvforståelse. (Kvale og Brinkmann 2009, s 221). Det foregår ingen fortolkning, men en prøver å uttrykke informantenes synspunkter slik de framstår for undertegnede. I tillegg er disse synspunktene eller utsagnene organisert i sentrale kategorier. Rent partisk foregikk dette ved at en komprimerte lange setninger til korte, hvor

bare den umiddelbare mening skal fremstå med få ord, eller korte setninger (Kvale og Brinkmann 2009,s 212). Denne metode for meningsfortetning bygger på en fenomenologisk metode utviklet av Giorgi (ibid)Hele teksten ble lest gjennom flere ganger. Det ble videre tatt utgangspunkt i tema som ble grundig debattert. Videre tok en utgangspunktete i noen av disse utsagnene og forkortet dem og drog ut meningen i dem i kortere utsagn. Dette er det et eksempel på her:

”Det som e trur vi e litt flinke med e å holde igjen på medikamenta til å roe dei ned ... ,det ikkje det første vi springe på , nei nei nei ska ikkje ha ro i avdelinga for en ver pris først så kan vi tenke etterpå ,det trur eg.... Vi e jo og veldig forsiktig med å det her med å gi, det e jo ofte legane si at de kan gi opp til so og so mykje hvis ikkje...men eg tru det e sjelden at vi overdoserer det , e tru det sjelden at vi gir så mykje som det e ordinert og. ”

Etter meningsfortetning: *Vi er flinke til å holde igjen med beroligende medikamenter, Vi skal ikke ha ro i avdelingen for enhver pris. Vi holder igjen og gir ofte ikke så mye vi kan gi i følge ordinasjon fra lege.*

Rent praktisk ble det gjort ved at et ble lagd et matriseskjema slik at man kunne følge meningsfortetningen tilbake til utsagnet. Intensjonen er at en kan nytte en kunne nytte en fram og tilbake-metode slik at resultatene kan metodisk etterprøves (Malterud 2002). Utsagnene ble forkortet og satt opp på matriseskjema. Siden kunne man følge meningen tilbake til utsagnet og se på utsagnet i intervjusammenheng igjen. (induktiv-deduktiv metode).Neste skritt i prosessen var å organisere de forskjellige utsagnene i sentrale tema og i noen tilfeller i under-tema eller underkategorier. Eksempelet fra ovenfor vil se slik ut i et matriseskjema:

Tema : Sykepleieres erfaring med tiltak innen forebygging, pleie og omsorg Underkategori: Sykepleieres erfaring med medikamenters innvirkning

Naturlig enhet	Sentralt tema
<i>Vi er flinke til å holde igjen med beroligende medikamenter, Vi skal ikke ha ro i avdelingen for enhver pris. Vi holder igjen og gir ofte ikke så mye vi kan gi i følge ordinasjon fra lege.</i>	Sykepleieres erfaring

Figur 5: eksempel på matriseskjema

I tilfellet ovenfor ble utsagnene samlet i hovedkategorien: *Erfaringer med tiltak innen pleie omsorg og forebygging*. I utgangspunktet hadde en tenkt å skille mellom forebyggende tiltak, og tiltak i forhold til pleie og omsorg relatert til de pasientene som allerede hadde utviklet akutt forvirring. Det ble ikke benyttet registreringsskjema for akutt forvirring på avdelingen, og informantene anga lite spesifiserte forebyggende tiltak i forhold til intervensjonstiltak rettet mot de pasientene som allerede hadde utviklet akutt forvirring. Derfor samlet man pleie, omsorg og forebygging under ett tema. Siden dette temaet eller kategori viste seg å bli omfattende ble det organisert i underkategorier. Ett av dem ble: *Sykepleieres erfaring med medikamenters innvirkning*. Antall sentrale kategorier og underkategorier ble bestemt ut fra intervjuemaene, oppgavens problemstilling, og hvor mye grundighet, engasjement interesse informantene viste ovenfor de enkelte tema. Et annet eksempel fra et sentralt tema var interaksjon med pårørende. Dette så slik ut :

<i>Naturlig enhet</i>	<i>Sentralt tema,</i>
<i>Pårørende virker realitetsorienterende ,</i>	Pårørende som ressurs
<i>Være mer aktive når det gjelder å samhandle med pårørende</i>	Samarbeide med pårørende
<i>Da hun fikk besøk av pårørende roet hun seg og så lenge de var der var hun rolig hele kvelden og den natten.</i>	Pårørende som ressurs.
<i>Ja har vært borti det at det hjelper å snakke med sin sønn på tlf.</i>	Pårørende som ressurs
<i>og en og annen kan jo bli litt sinte</i>	Pårørendes reaksjon

Figur 6: Eksempel på matriseskjema

Her fremkommer kompleksiteten i situasjonen, med pårørendes situasjon.

Et annet eksempel er informantenes forhold til medikamenter og deres innvirking på behandling og forebygging :

<i>Naturlig enhet</i>	<i>Sentralt tema</i>
<p><i>Kanskje de ikke bør få Paralgin forte. Prøve å gi svakeste mulig smertestillende, i hvertfall ikke oxycontin. Bedre med kombinasjon av pinex og pinex forte</i></p>	<p>Sykepleiernes erfaringer</p>
<p><i>Vi holder ikke tilbake smertestillene . Vet at et hoftibrudd er vondt, så de nå jo få pinex forte. En gir og ketorax, men det er individuelt hvor vondt de har. Vi bruker jo skalaene (VAS). Pasientene blir liggende i to tre døgn og ha vondt</i></p>	<p>Sykepleiernes erfaringer</p>
<p><i>Men av og til må en gi medikamenter, når en går på tredje døgnet (uten søvn) for at de skal sove . Vi kom på ei seinvakt her. Sov hele den seinavkta, sov heile den natta gjennom og vakne om morgenen og var klar, et døgn med søvn snudde alt</i></p>	<p>Sykepleieres erfaringer</p>
<p><i>Vi er flinke til å holde igjen med beroligende medikamenter, Vi skal ikke ha ro i avdelingen for enhver pris. Vi er forsiktige med å gi medikamenter, vi holder igjen og gir ofte ikke så mye vi kan gi i følge ordinasjon fra lege</i></p>	<p>Sykepleiernes erfaring</p>

Figur 7: Eksempel på matriseskjema

4.4.2 Kritisk forståelse

Her gikk en et skritt videre, en så ikke bare uttalelsen ut fra informantenes perspektiv. Denne sekvensen ble utført med en kritisk gjennomgang av utsagnene i forhold til innhold og kontekst, men og i forhold til personen som uttalte utsagnene (Kvale & Brinkmann 2009 s 213). Utsagnene ble belyst ut fra det som en kunne anta er allment fornuftig.

I en spesiell kontekst som et fokusgruppeintervju er det også naturlig at en er oppmerksom på prosessen mellom gruppemedlemmene. Er enkelte informanter for dominerende i forhold til andre? Kommer alle til orde? Hvordan går diskusjonen mellom informantene? Hvordan takles uenighet? Slike spørsmål ble diskutert med ass. moderator etter begge intervjuene.

4.4.3 Teoretisk forståelse

Den sykepleieteoretiske delen ble belyst ut fra av bla Kims typologi (Kim 2000) samt atikler omhandlende det teoretiske konseptet rundt domener relatert til praktisk sykepleie (Kim 1987). Videre ble utsagnene i intervjuene diskutert ut fra Rokeach (Rokeach 1968, 1979) teori om holdninger. Funnene fra intervjuene ble og diskutert opp mot relevant forskning på området slik det framkommer i vitenskapelige artikler. I tillegg er noen kommunikasjonsteori tatt inn, samt noe etisk teori.

4.5. Etiske hensyn

Studien foregikk ved en ortopedisk avdeling med akuttberedskap. Våren 2010 ble det søkt oversykepleier, seksjonsleder og direktør for sykehuset om tilgang til å intervju sykepleiere ved avdelingen. Søknadsbrev til seksjonsleder og direktør er vedlagt, vedlegg 6 og 7. Før søknadene ble skrevet ble oversykepleier kontaktet på e-post og telefon for å høre om det i det hele tatt var aktuelt. Etter at dette var bekreftet ble de skriftlige forespørslene sendt. I tillegg ble sykehusets FOU- avdeling informert.

Samtykke fra oversykepleier ble gitt muntlig. Etter som det gikk en tid før en fikk tilbakemelding fra seksjonsleder, tok en telefonisk kontakt og klarsignal ble gitt.

Seksjonsleder skulle videre informere direktør. Det ble i forekant avholdt et informasjonsmøte, for personalet ved avdelingen, om prosjektet der hensikten med studien og generell informasjon ble gitt. Et kort informasjonsskriv ble og delt ut til sykepleierne, vedlegg 5. Det sentrale var informasjon om det aktuelle temaet, konfidensialitet, anonymisering og frivillighet. Konfidensialitet ble ivaretatt gjennom at intervjuet ble tatt opp elektronisk og slettet etter at avskrift var ferdigbehandlet. Alle dokumenter med avskrift av lydopptak ble slettet etter at oppgaven var ferdig, våren 2011. Lydopptakene ble oppbevart i en pc oppbevart

i et rom som kunne avlåses. Utsagnene i intervjuene er anonymisert, og under meningsfortetningen ble intervjuetekstene skrevet om til bokmål. Det samme ble sitatene som benyttes som eksempler i oppgaven. Det ble delt ut informasjon til det aktuelle personalet på møtet mens de som deltok i intervjuene samtykket muntlig.

Framgangsmåten var i tråd med anbefalingene fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). I utgangspunktet var det bare sykepleiere som skulle intervjues. Imidlertid var det flere hjelpepleiere ved avdelingen som hadde lang erfaring fra aktuelt arbeidsfelt og noen av disse ble tatt med i studien. Disse fikk samme informasjon på forhånd som sykepleierne angående konfidensialitet, anonymisering og frivillighet. Studien ble meldt til personvernombudet for forskning NSD, og i brev av 03.05.10 framkommer deres vurdering av prosjektet:

Utvalget består av 5-8 sykepleiere. Prosjektleder opplyser at lydopptak ikke skal benyttes som lydfiler på PC. Eventuelle personidentifiserende opplysninger anonymiseres ved transkribering, og det vil ikke registreres navn eller andre direkte personopplysninger som kobles opp mot datamateriale. Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanser til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som for eksempel). Navn på arbeidssted og utdanningsbakgrunn eller referanse til slike opplysninger) føre tilbake til enkeltpersoner.

På bakgrunn av beskrevet framgangsmåte er prosjektet vurdert som ikke omfattet av meldeplikt til personvernombudet. Ombudet finner at det kun foreligger eventuelle personidentifiserende opplysninger på lydbånd som ikke behandles på PC, og at elektronisk behandling utelukkende foretas med anonyme data

(Henrichsen, Røed NSD 2010)

I intervjuene deltok det til sammen 9 sykepleiere og to hjelpepleiere. Dette avviker litt fra antallet oppgitt i søknaden. I utgangspunktet antok en at det ville bli nok informasjon og deltagere fra det første intervjuet. En fant imidlertid at en måtte foreta et ytterligere intervju. Grunnlaget for vurderingen som NSD foretok var framgangsmåte og behandling av data. Dette var ikke endret selv om et ble litt flere deltakere enn forespeilet i søknaden. Hele uttalelsen fra NSD er vedlagt, Vedlegg 9

5.0 ANALYSE AV FUNN

5.1.0 Tolkningskontekst 1. Meningsfortetning

Som omtalt innebærer meningsfortetning her også selvforståelse og kategorisering.

Det ble tatt utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns metode for meningsfortetning (Kvale & Brinkmann 2009 s 212). Umiddelbare inntrykk og gruppeprosessen ble diskutert av moderator og assisterende moderator rett etter intervjuene. Intervjuene ble deretter lest gjennom flere ganger slik at en fikk dannet seg et bilde av meningsenhetene. Så gikk man videre til å uttrykke de sentrale temaene som kom til uttrykk i meningsenhetene. Tematisering ble gjort ut i fra intervjupersonenes utsagn slik undertegnede fortolket dem, i følge Kvale og Brinchmann (ibid).

Selvforståelse

Det kom fram i løpet av prosessen at informantene selv kunne vektlegge pårørendes rolle mer betydning. Den overveiende positive erfaringen med pårørende som ressurs var noe som opptok de fleste, og at dette var en ressurs som ytterligere kunne komme akutt forvirrede pasienter bedre til gode. De var imidlertid klar over at pårørende og var i en sårbar fase og trengte mye informasjon og omsorg, og at pårørende, måtte informeres godt og ivaretas ut fra sine behov.

Det kom og fram en refleksjon rundt skjerming som var interessant. Av og til hadde de ikke enerom og måtte legge eldre uklare pasienter med lårhalsbrudd på firemannsrom. Pga støy på rommet med en uklar pasient måtte de av og til flytte pasientene ut på badet eller et kontor om natta for på denne måten å skjerme de andre pasientene mot roping uro. Informantene ble da klare over at de drev med det motsatt av skjerming for pasienten med delirium, de var klar over at de kunne påvirke en pasient med akutt forvirring i negativ retning. Dette et eksempel på en slik refleksjon om skjerming:

”Der som vi ofte har gjort, de ligger på firemannsrom vi har ikke plass til de så er det ut på kontor eller sånn på natta ,så er det inn igjen på dagen, så er det fram og tilbake og det er jo mot sin hensikt, men det e jo for at de andre må jo få ro de er jo veldig uklare, det blir jo på en måte motsatt av skjerming på en måte da, det bli jo skjerming , men du flytta de fra et miljø til det andre, ut om natta og inn igjen om morgningen.”

Kategorier

Tematisering ble inn delt i kategorier eller tema alt etter som hvor sentrale de framstod og i relasjon til oppgavens problemstilling. De forskjellige hovedtema fulgte strukturen på tema i intervjuet. De fleste tema dreier seg til sist om tiltak eller intervensjoner, men jeg har valgt å dele dem opp slik jeg har gjort på grunnlag av tema for de åpne spørsmålene i intervjuene.

Underkategoriene framstod ut fra det engasjement og den interesse informantene viet temaet. De utløsende mekanismer bak akutt forvirring er komplekse og det reflekteres og i de tema som informantene anså som sentrale. Intervjuene startet med at informantene fortalte om en egen opplevelse med en pasient som hadde akutt forvirring. En informant fortalte om egne erfaringer slik:

Ja det er jo klart at det må jo være et problem de vil opp, stå opp, så prøver de seg på det ,og så får de ikke de det, så får de ikke de lov .Jeg vet ikke , men jeg synes det er forferdelig når disse skal bli liggende .

Denne og lignende opplevelser dannet grunnlaget for det sentrale temaet ” sykepleieres møte med den akutt forvirrede pasienten”.

Under erfaringer med tiltak i forebygging pleie og omsorg framstod miljøtiltaket skjerming som et sentralt tema. En informant uttrykte det slik:

Skjerming tror jeg er veldig bevisst. Den ligger der nesten som en.... Du prøve å gjerne legge pasientene inn på et firemannsrom , ha det som et utgangspunkt ... det du kaller individer som du ikke kjenner, fra å ikke kjenne dem, til fort å til å kjenne dem. Sjå forvirringen så er de fort inne på et enerom. Det begynne jo fra når pasienten bli meldt i mottak. Hører vi at han er uklar og hvor mye så tenker vi alltid enmannsrom.

Da følger du egentlig trådene derifra. Du er snar i hvert fall med å bringe dem vekk fra (unødvendig støy)

Flere kommenterte dette og framsatte sine egne erfaringer, noe som dannet grunnlag for utdyping og diskusjon av temaet. Aktuelle tema med underkategorier er presentert nedenfor

1.Erfaringer med akutt forvirring

Underkategori: Sykepleiernes opplevelser av møte med den akutt forvirrede pasient

Underkategori: Informantenes inntrykk av pasientenes opplevelser

2.Erfaringer med forebygging , pleie og omsorg

Underkategori: Miljøtiltak skjerming

Underkategori: Medikamenter

Underkategori :Informasjon og kommunikasjon med pasientene

Underkategori: Styrking av personalerssurser

Underkategori: Forebygging av utløsende årsaker: Infeksjoner, anemi, dehydrering og preoperativ ventetid

3.Samhandling og interaksjon

Underkategori: Pårørende som ressurs

4.Registrering dokumentasjon,opplæring

5.Ivaretagelse av pasientens rettigheter

Underkategori: Informasjon til pasienten og pårørende

På bakgrunn av intervjuene framstår flere av temaene som mer sentrale enn andre. Dette gjelder kanskje spesielt tema 2: *Erfaringer med forebygging, pleie og omsorg*. På bakgrunn av informasjon fra intervjuene var det vanskelig å skille mellom forebygging og intervensjonstiltak. Derfor har dette momentet mange under-tema. Årsaken til at informantene ikke skilte mellom forebyggende tiltak og intervensjonstiltak kan være mange. Det kan

skyldes vanskelig registrering, og ikke bruk av formelt registreringsskjema. Det ble spurt eksplisitt etter forebyggende tiltak, men det var av og til usikkert om de mente pasienter som hadde utviklet symptomer, eller stod i fare for å gjøre det. Informantene hadde ikke alltid en klar formening om dette.

Rent praktisk ble tematiseringen gjort ved at et ble lagd et matriseskjema for hvert sentralt tema og underkategoriene. I de påfølgende kapitler vil de forskjellige funn fra studien bli presentert med matriseskjema fra de mest sentrale temaene.

5. 1.1 Erfaringer med akutt forvirring

Underkategori: Sykepleiersonalets opplevelser av pasientsituasjonen

Sykepleiernes erfaringer med pasienter med akutt forvirring, rettet seg i første rekke mot de med hyperaktivt delirium og de som hadde en blandingsform. Hypoaktivt delirium ble i mindre grad registrert, eller de ble registrert som sovende, eller lite oppmerksomhetskrevenne. I forhold til de med aktivt delirium var det flere sykepleiere som anga at dette var et svært vanskelig eller frustrerende arbeid. Pasientene var svært krevende og sykepleiene opplevde tidsnød og ressursmangel i forhold til disse. Det oppleves som en situasjon preget av at en blir utrygg på hva pasientene kan finne på, for eksempel reise seg opp av senga og falle på nytt, dra ut venekalyler, dren og urinkateter etc.

En informant opplever tidspress i det en får mindre tid til å ta seg av de andre pasientene også og de andre pasientene merker dette stresset, det kan gå ut over miljøet ved avdelingen. Samtidig ser informantene de forvirredes behov. Behov for omsorg, skjerming og trygge omgivelser. Flere av pasientene kan vise aggressiv adferd, eller prøve å stå opp av sengen. Av og til må informantene bruke makt for å holde dem i sengene eller når de må gi medikamenter dette oppleves spesielt vanskelig eller krevende:

Selv om informantene gjennomgående forbant pasienter med delirium eller akutt forvirring med utagerende og ofte aggressiv adferd, eller med aktivitet og uro på nattetid og sovende på dagen, var det også en som nevnte en situasjon der det dreide seg om en pasient som viste avvergende adferd og nektete å ta til seg mat/drikke, eller stell.

Etter tre dager våknet pasienten opp, var klar og orientert, men husket hva som hadde hendt.

Det virket som informanten satte denne hendelsen i forbindelse med akutt forvirring først etter en stund. Som nevnt i kapitlet ovenfor var det i hovedsak de med hyperaktivt variant av akutt forvirring som ble omtalt som. Denne situasjonen virket imidlertid ikke å være mindre krevende, men på en annen måte. Det ble spørsmål om dette kunne være en akutt psykose, men en informant refererte til en av legene ved avdelingen som satte dette i forbindelse med delirium, og at det kom til å gå over etter tre dager.

Underkategori: Informantenes inntrykk av pasientenes opplevelser

Pasientopplevelsene blir selvsagt annenhånds informasjon siden denne oppgaven ikke innbefatter intervju med pasientene. Det er informantenes erfaringer med hvordan pasientene opplever det som kommer fram. Personalet formidlet at pasientene opplevde den akutte forvirringen som traumatiserende, med utbrudd av angst, frykt og aggresjon. Mange pasienter følte seg fremmedgjort, med utrygghet og usikkerhet, de befinner seg i en totalt fremmed verden. Informantene mente og at noen av dem trakk seg tilbake og var lite meddelsomme. Pasientene kunne videre bli mistenksomme ovenfor personalet, og gjorde forsøk på stå opp av senga, drog ut kanyler og snudde døgnet. Opplevelsene kan være skremmende og forvirrende, samtidig var det flere av pasientene som strevde med å holde seg orientert.

Flere av pasientene som kom ut av forvirringen var flau, uforstående, eller triste i forhold til den tilstanden de hadde vært i. Mange av dem husket ikke at de hadde vært forvirrede. Flere av dem opplevde bedring, eller ble mer realitetsorientert ved at de hadde besøk av noen kjente. Felles for alle pasientopplevelsene var at de alle opplevde det som negativt, de føler seg forfulgt eller truet, i en fremmed situasjon der alt er ukjent. Dette er også noen jeg selv har klinisk erfaring med, opplevelsen for pasientene er entydig negativ eller skremmende.

Akutt forvirring som en tilstand med glidende overganger og uklare symptom, kommer godt fram. Noen lar seg realitetsorientere etter tid, andre ikke. Noen har klare øyeblikk innimellom og strever med å finne mening og kontakt med den verden de befinner seg i. En dame uttalte at hun grudde seg lite til operasjonen, men mer til om hun kunne bli forvirret etterpå.

Tidligere hadde denne damen vært inne til en hofteoperasjon og husket hvor skremmende og fryktelig det hadde vært når hun fikk akutt forvirring etter operasjonen.

5.1.2 Erfaring med forebygging, pleie og omsorg

Dette dekker et omfattende område og mye av den mest sentrale informasjonen fra intervjuene er med her.

Underkategori: Sykepleieres erfaring med miljøtiltak, skjerming ved bruk av enerom

Et av de mest sentrale tiltakene for informantene er skjermingstiltak. Tiltakene ble iverksatt ovenfor de pasientene som hadde utviklet akutt forvirring, men og i forhold til de som ble vurdert å stå i fare for å gjøre det. Kriteriene her gikk på begynnende uklarhet, drar i bandasjer og venfloner og intravenøse slanger og lignende.

Skjermingstiltakene gikk ut på å skape et avskjermet miljø for støy og inntrykk. Ikke bare gjennom å legge disse pasientene på enerom, men også med ytterligere skjerming som å ikke ha radio eller fjernsyn på rommet, samt å dekke til speil. Det siste ble gjort ovenfor svært forvirrede pasienter som hadde hallusinasjoner og sterkt angst. De trodde det var noen andre enn dem selv når de så seg speilet. Skjermingstiltakene gikk og ut på at man pakket inn venfloner og katetre slik at det ikke skulle bli så lett å rive ut kanyler. Av og til ble og venfloner lagt på foten til pasienten.

Som det framkommer i intervjuet er det også et annet sentralt miljømessig aspekt ved skjerming, og det er hensynet til de andre pasientene. Informantene oppgir at de av hensyn til de andre pasientene av og til må legge en urolig og uklar pasient på enerom. Dette blir gjort ut fra to hensyn. Det første er at de skal la de andre pasientene få ro, og det andre er erfaringen med at når forvirringen eller deliriet går over er det problematisk for mange pasienter å møte sine medpasienter, eller andre. Dette fordi mange av dem husker hallusinasjonene og tvangsforestillingene de hadde under de uklare periodene, og de kan da bli svært utilpass eller føle seg svært flau over hvordan de har oppført seg.

Underkategori: Sykepleieres erfaring med medikamenters innvirkning

Det var en helt klar bevisst holdning blant informantene om at medikamenter ikke var det første man tok til. Dette gjaldt både direkte behandling av delirium eller akutt forvirring, eller behandling i forhold til spesielt smerte som utløsende årsak.

Tilbakeholdenheten gjaldt i særlig grad beroligende medikamenter som forskjellige typer bensodaizepiner, men også haloperidol. Det var også en klar oppfatning av at enkelte smertestillende, spesielt opioider kunne være utløsende på akutt forvirring. Samtidig var det en forståelse av at for lite smertestillende og kunne forårsake eller forverre en forvirringstilstand. Det var og uttalt skepsis mot enkeltmedikamenter, som oksykodonhydroklorid. Man mente at dette spesielt kunne utløse forvirring. Informantene prøver å tillempe smertestillende innenfor de ordinasjoner som er gitt av lege, på en måte som gjør at de bruker minst mulig medikamenter som inneholder opioider. Skepsisen mot de nevnte smertelindrende var uttalt, men flere påpekte og at smerter også kunne utløse akutt forvirring. Femoralisblokader som analgesi ble på det tidspunkt intervjuene foregikk ikke benyttet ved avdelingen. Standard anestesi var spinal i kombinasjon med opioider, paracetamol eller NSAID postoperativt med peroral administrering postoperativt (eventuelt injeksjoner).

Det var også en oppfatning om at mange av pasientene stod på for mye medisiner ved innkomst. Dette ble i enkelte tilfeller tatt opp med legene. Dette gjaldt mange typer medikamenter, men informantene nevnte spesielt antidepressiva.

Holdningen var helt klar avventende til bruk av medikamenter. Dette gjaldt også medikamenter som var foretrukket i de tilfellene der ikke annet hjalp. Årsaken til det var at de hadde blandede erfaringer med medikamentene.

Underkategori: Informasjon og kommunikasjon

Mye tid ble brukt til informasjon til disse pasientene. Kommunikasjon med pasienten kunne være svært vanskelig, ofte måtte en gå via pårørende. Det ble angitt at selv om pleiepersonalt ikke hadde noe strukturert opplegg for registrering av delirium eller akutt forvirring var det noen momenter de fort la merke til. Et av de mest sentrale var at de ofte måtte gjenta mye informasjon til pasienter som begynte å bli forvirret, eller stod i fare for å bli det.

Det kan oppfattes som dette bare er en diffus følelse og anelse, men informantene angir også elementer som at disse pasientene har vanskelig med å oppfatte beskjeder, krever mye informasjon, ofte gjentakelser, og at de ikke finner roen. De er helt klart i en fremmed verden og opplever mye usikkerhet og stress.

Informantene angir flere måter å kommunisere på. Som ved annen pasientomsorg er det non-verbale her også sentralt. De merker fort at også pasientene blir stresset når pleiepersonalet har lite tid, og egentlig ikke har tid å snakke med dem. Samtidig har flere av informantene gode erfaringer med å sitte med disse pasientene (men som en sier, dårlig erfaring med å ikke ha tid til å sitte med dem).

Underkategori: Styrking av personalressurser

Et annet sentralt aspekt som alle informantene pekt på var behovet for trygghet og omsorg. Når sykepleiepersonellet satte seg ned hos pasientene virket dette i mange tilfeller beroligende på pasienten. Flere av sykepleierne hevdet at de hadde problemer med å få tid nok til å sitte hos disse pasientene. Det ble brukt mye tid på å informere pasientene. Et annet moment når det gjaldt trygghet for pasienten var pårørende. Personalet var av en klar oppfatning av at pårørende virket positivt inn på pasienter med akutt forvirring. Dette gjaldt i tilfellene der pårørende var godt informert på forhånd, og det kom fram at de kanskje ikke var flinke nok til å bruke pårørende. En sykepleier utalte: "Vi forsøker å skape forvirringen på et lavere nivå". Personalet opplevde ofte at de forvirrede ble roligere når de satte seg ned hos dem en stund.

Fortutsetninger for å skape den ro og trygghet som disse pasientene krever er at en har nok personalressurser. Dette kommer klart fram i flere av tiltakene, personalsituasjonen er en nøkkelfaktor. Etter informantenes oppfatning og erfaring er dette sentralt i forhold til hele omsorgen og sykepleien til disse pasientene. Imidlertid er det og et problem forbundet med dette. Symptomene manifesterer seg som oftest ikke før på kveld eller natt, det tidspunktet da det tradisjonelt er vanskeligst å få tak i ekstra personell.

Underkategori: forebygging av utløsende årsaker: infeksjoner, anemi, dehydrering og preoperativ ventetid

Flere av informantene trakk fram sammenhenger mellom helsesvikt og akutt forvirring. Et viktig moment var infeksjoner, og ikke minst urinveisinfeksjon. Dette er en infeksjon som

ofte rammer eldre. Informantene opplevde urinveiskateteret som en stressfaktor for pasientene.

Et annet moment var dehydrering. Mange av pasientene kunne være dehydrerte ved ankomst, de hadde ligget lenge før de hadde fått hjelp. Informantene hadde erfart at dehydrering kunne være en utløsende årsak til forvirringstilstanden. Sykepleierne var nøye med å dokumentere og rapportere dette. Legene ordinerte væskebehandling i de tilfellene det var aktuelt.

Flere mente at disse pasientene måtte vente lenge før operasjon. Ventetida i seg sjøl ble oppfattet som et problem i særlig i forhold til immobilitet, og faste. Tidligere hadde helseforetaket som et av sine kvalitetsmål at pasienter som kom inn for behandling av lårhalsbrudd skulle være operert etter 12 timer. Dette var nå forlatt, uten at informantene visste grunnen. En sykepleier uttalte at de pasientene som nå ble operert innen 8-10 timer var heldige. En av sykepleierne sa at de av og til diskuterte med legene for å forsøke å få disse pasientene operert på et tidligere tidspunkt.

En indirekte følge av at pasientene kanskje må ha intravenøs væske av krystalloider og evt. glukose mot dehydrering og urinkateter som følge av UVI er at dette medfører venfloner og intravenøse ledninger og kateter. Disse elementer blir av pasienten opplevd som stressfaktorer i seg selv. Av og til la man venekalyler på beina. Dette ble gjort for å minske pasientens stressfaktorer, samt for å sikre at man hadde tilgang til en venekanyle. Det kom ikke fram om dette førte til at pasienten ble roligere, men det var lettere å beholde venekanylene når de var lagt på beina.

5.1.3 Samhandling og interaksjon

Samhandling og interaksjon omfattet både annet helsepersonell og pårørende. Samarbeid med annet helsepersonell gikk stort sett ut på at man samarbeidet innad i avdelingen, når de stod overfor vanskelige pasientsituasjoner. Flere understreket at det var et godt samarbeidsklima mellom sykepleierpersonalet, og mellom sykepleierpersonalet og legene. Spesielt når det gjaldt krevende pasientsituasjoner spurte pleierpersonalet hverandre om råd.

Underkategori: Pårørende som ressurs

På samme måte som for pasientopplevelsen var fokuset her hvordan informantene opplever situasjonen. Hos mange pasienter var ikke pårørende tilstede. Noen pasienter hadde ikke pårørende, eller de bodde på langt unna. Heller ikke alle pasienter hadde et godt forhold til sine pårørende, eller omvendt.

Pårørende som besøkte pasientene med forvirring hadde i enkelte tilfeller vanskelig med å takle dette. En sykepleier sa: ”De for fort inn på rommet og kom like fort ut igjen.” Det var og av og til vanskelig å informere pårørende på telefon. Personalet prøvde å informere pårørende på forhånd om tilstanden, men det var ikke alltid de rakk.

For pårørende kunne det være en stor belastning å møte pasienten i en situasjon der han var uklar eller aggressiv, og ofte viste totalt andre sider av seg selv enn det en sønn eller datter var vant med fra før. Pasientene kom også ofte inn på natt så det kunne gå en tid før de fikk tak i pårørende.

Der pasienten hadde god kontakt med pårørende, og pårørende kom på besøk eller ringte ofte, var disse en betydelig ressurs for pasienten. Sykepleierne henvendte seg til dem for å bli mer kjent med pasienten, for slik å danne seg et bilde av pasienten. I tillegg hadde de erfaring med at pårørende kunne få god kontakt med en uklar og forvirret pasient. I enkelte tilfeller kunne pårørende og virke avgjørende beroligende på pasienten, slik at han ble mer mottakelig for informasjon.

5.1.4 Registrering, dokumentasjon og opplæring

Avdelingen benyttet seg ikke av registrerings skjema for akutt forvirring. Observasjoner i forhold til akutt forvirring ble registrert i rapporten. Det fantes ingen skriftlige prosedyrer eller retningslinjer for omsorg og pleie eller forbygging i forhold til disse pasientene.

Det kom fram under intervjuene at det ikke var høy bevissthet rundt pasientene med hypoaktiv delirium. Noen få hadde registrert at ”De ligger der og krever svært lite”, men de færreste satte dette i forbindelse med akutt forvirring. Oppmerksomheten var rettet mot de

som var hyperaktive og aggressive om natten, og rolige eller sovende om dagen, en blanding av hypoaktiv og hyperaktivt delirium. Informantene hadde en klar oppfatning av å være bevisst på disse pasientene, slik at de ble registrert som uklare eller forvirrede.

Når det gjaldt opplæring var det ingen som kunne huske at opplæring av nytilsatte inkluderte opplæring i forhold til pasienter med akutt forvirring. Det forelå ingen plan over at dette temaet skulle være en del av opplæringen. Imidlertid var opplæringen organisert slik at en nytilsatt gikk sammen med en erfaren sykepleier i noen uker. Avdelingen har til enhver tid 3-4 pasienter med hoftebrudd noe som indikerer at det vil være pasienter med delirium i løpet av en opplæringsperiode på 4 uker.

5.1.5 Ivaretagelse av pasientens rettigheter

Underkategori: Informasjon til pasienten og pårørende

Pasientens rettigheter til informasjon og informert samtykke er sentralt her. Det er en stor utfordring å sørge for at pasienten er informert om aktuell behandling på en slik måte at han kan gi samtykke til behandlingen. Dette lar seg ikke alltid gjøre overfor demente og eller pasienter med delirium, og spesielt i disse tilfellene bruker sykepleierne mye tid på å gjenta, og på å tilpasse informasjon.

Informantene omtaler at alle pasienter har rett på informasjon i forhold til behandling og at dette har bedret seg i de siste årene. Det ble referert til pasientrettighetsloven. Informantene hadde inntrykk av dette ble bra fulgt opp ved avdelingen. Alle pasientene som skulle til operasjon ble informert av kirurg og anestesilege. De med akutt forvirring ble også informert, men på grunn av tilstanden var det usikkert hvor mye de oppfattet. Sykepleierne brukte mye tid på å gjenta informasjon ovenfor denne gruppen da flere av de forvirrede hadde vansker med å forstå budskapet, eller de glemte fort.

Et annet sentralt aspekt var prioriteringen av disse pasientene. De ble opplevd som svake og med lite ressurser til å tale sin sak. Med dette menes det at sykepleierne må være ekstra oppmerksom på disse pasientene, og hjelp dem og ta vare på sine rettigheter. Noen

informanter anga at dette kunne innebære å ta kontakt med ortopedene når det gjaldt prioriterting for operasjon, og noen informanter nevnte andre forhold.

En informant uttalte at skjerming også ble gjort for å verne pasientens integritet. Dette på grunn av at det kunne være en belastning for pasientene når de våknet opp fra deliriet på et flersengsrom og skulle møte sine medpasienter. Informantenes erfaringer er at dette er en svak gruppe pasienter som vanskelig kan ta vare på sine rettigheter.

5.2.0 Tolkingskontekst 2. Kritisk forståelse

I dette kapitlet vil en ha en kritisk synsvinkel på informantenes utsagn eller hvem som står bak, fortolkningen har således en videre forståelsesramme enn intervjuobjektene egne (Kvale og Brinkmann 2009, s 221). Siden det var en relativt homogen gruppe fagpersonell som ble intervjuet med felles erfaringsgrunnlag kunne en forvente at det var mange sammenfallende erfaringer. Dette stemte, men allikevel var det nyanseforskjeller i hvordan de forskjellige tolket situasjoner der de stod ovenfor en akutt forvirret pasient. Ved gjentatte gjennomlesinger kommer det fram noen hovedfunn i tre kategorier.

1. Sykepleiernes opplevelser med pasienter med akutt forvirring
2. Sykepleiernes erfaring med intervensjoner når det gjelder: Medikamenter, skjerming og observasjon
3. Sykepleiernes oppfatning av pårørendes rolle

5.2.1 Sykepleiernes erfaringer med pasientsituasjoner

Sykepleierne uttrykte både frustrasjon og i noen tilfeller avmakt overfor de av og til svært krevende situasjoner de kunne komme opp i: En informant uttrykte det slik der en stod med en pasient som var akutt forvirret og til stadighet rev ut kanyler og prøvde å klatre over sengehesten:

Ja hadde du bare visst...(latter) en kan bli forvirret selv. Nei det er ganske tungt dette der.... En jobb utenom det å være tilstede. Som gjør at du evner så dårlig å imøtekomme det som du har sagt, gi seg tid ta det med ro, du blir egentlig ganske frustrert i situasjonen.

Dette tyder på at en del kunnskap og erfaringer med hva som hjelper i forhold til å takle akutt forvirring, men at en ikke har ressurser, og at pasientsituasjonen oppleves som spesielt krevende. Det er lett for at det negative fokuset kan bli dominerende. Det var mange informanter som hadde negative opplevelser der de måtte bruke makt for å holde pasientene i sengene, eller de måtte gi pasientene medikamenter ed tvang.

Disse situasjonene ble opplevd som frustrerende og vanskelige, men situasjonen krevde handling, og det opplevdes som om helsepersonellet her befant seg i en tvangssituasjon. De så seg av og til nødt til og fysisk hindre nylig operert pasienter fra og stå opp. Samtidig kunne disse pasientene bli svært aggressive. Dette opplevde informantene som krevende, vanskelig og utfordrende. Informantene hadde gode kunnskaper og erfaringer om dette, og det virket som om at på tross av en vanskelig situasjon ble intervensjonene foretatt fordi faren for at pasientene skulle skade seg ytterligere var stor dersom sykepleierne ikke foretok slike aktivt fysiske inngrep.

Du gjør jo egentlig bare det du må gjøre. Du styre ikke så mye med dem da, du lar dem få mest mulig fred, så gjør vi det vi må

Dette virket som et etisk dilemma for informantene, de så seg tvunget til å utføre handlinger som i første rekke ble oppfattet som et overgrep av pasientene. Alle handlingsalternativer medførte negative konsekvenser, enten i forhold til pasientene som ble holdt i sengene mot sin vilje, eller i forhold til personalet som så seg nødt til å bruke makt for å hindre forvirrede pasienter å skade seg selv. På tross av at informantene i disse situasjonene kunne bli utsatt for fysisk vold fra pasientene virket de allikevel klar over at de måtte handle, med å få satt medikamenter og hinder pasientene å skade seg selv. De måtte beskytte pasienten mot seg selv, ellers kunne han stå opp på en nyoperert fot, eller dra ut urinkateteret. Det virket som om informantene opplevde denne situasjonen som etiske vanskelig, men det virket som at de var klar over at dersom de ikke handlet slik de gjorde ble situasjonen verre for pasienten. Informantene virker klar over at det eneste som kan snu denne situasjonen er at pasienten får

sove. Informanter som normalt uttrykte en del skepsis når det gjaldt medikamenter, virket i disse tilfellene å være positive.

En annen mulighet er at det her foreligger medfølelses- tretthet, eller ”compassion fatigue”. Informantenes opplever at de ikke oppnår kontakt og respons med empati, og de må således trekke seg tilbake.

Selv om informantene ga inntrykk av en empatisk og omsorgsfull holdning, var det og forbundet med frustrasjon over manglende ressurser eller lang ventetid (for pasientene). Informantene anga varierende påvirkningsmulighet i forhold til disse faktorene. En informant uttrykte det slik om å få leid inn ekstra personell:

Nei nå er det ikke så mange å ta av lenger, Før gjorde vi det mer og fikk leid inn. Jeg har til og med vært ut for at det har vært så urolige pasienter at vi har tatt ut senga og lagt pasientene på madrass på golvet, sånn at de ikke skulle klatret over sengehesten.

Frustrasjonene kom godt til uttrykk når en informant angir at en slik pasient er med på å prege miljøet på hele avdelingen. Dette tolkes som at disse pasientene av og til kan kreve så mye at det kan gå utover oppmerksomheten i forhold til de andre pasientene ved avdelingen.

Dette kan være med å prege holdningen ovenfor disse pasientene, spesielt de med hyperaktiv akutt forvirring. Sykepleiepersonalet vet hva som skal til for å gjøre situasjonen roligere for pasienten, men har ikke tid til å sitte lenge inne hos han. Samtidig er de skeptiske til for mye bruk av medikamenter. Dette kan skape interpersonlige rollekonflikter hos sykepleieren

5.2. 2. Erfaring med intervensjoner, medikamenter

Holdningen til beroligende medikamenter virket restriktiv da informantene hadde blandede erfaringer med virkning og bivirkning. Det gjaldt både paradoksale virkninger for eksempel uklarhet og uro som følge av sovemedisin, og bivirkninger som uklarhet og forvirring som følge av opioider. En informant uttrykte det slik:

Vi er jo heller restriktive med å gi en innsovningstablett, vi er redde for at det kan bli enda verre. Vi prøver vel egentlig, haldolen kommer seint, ja den kommer seint.

Ingen av informantene anga noen problemer med å få lege til å ordinere beroligende medikamenter i forhold til urolige eller utagerende pasienter. Både smertestillende og beroligende ble ofte ordinert med ”ved behov” i tillegg til faste doseringer. En informant bemerket dette slik:

Vi er flinke til å holde igjen med beroligende medikamenter, Vi skal ikke ha ro i avdelingen for enhver pris. Vi er forsiktige med å gi medikamenter, vi holder igjen og gir ofte ikke så mye vi kan gi i følge ordinasjon fra lege.

Sykepleierne virket noe usikre på at de kunne stole på medikamentene, da de kunne ha paradoksale bivirkninger, slik at en forventet beroligende effekt hadde motsatt effekt. Dette gjaldt bensodaizepiner, men også i noen grad haloperidol. Skepsisen gjaldt også smertestillende, spesielt peroral bruk av oksykodonhydroklorid. Informantene hadde en mer positiv holdning til kombinasjonspreparater bestående av paracetamol/kodein eller ketobemidon. Selv om informantene var klar over at smerter i seg selv kunne være en betydelig stressfaktor, virket det som om erfaringene med at bivirkninger kunne forverre pasientens situasjon (stress og dermed og mer smerter) var med på å prege sykepleiernes noe restriktive holdning til medikamentbruk.

5.2.3 Erfaring med intervensjon, skjerming

Bruk av skjerming framgår som et sentralt element ved informantenes tiltak ovenfor den aktuelle pasientgruppen. Imidlertid virker det som det er en lite bevisst holdning ut over det at en skal skjerme for inntrykk. Skjermingen omfatter enerom (hvis mulig), ikke fjernsyn eller radio, en fast ansvarlig pleier (dersom mulig). Dette kommer av at informantene gir inntrykk av at de bruker dette tiltaket først og fremst i forhold til de med utagerende delirium der de også dekker til speil og søker å skjerme for alle inntrykk. Det går fram at en bruker skjerming i situasjoner der informantene anså omtrent alle sanseintrykk som forstyrrende. Dette blir gjentatt av flere informanter i begge intervjuene. Det virker som det er en felles forståelse eller erfaring om at de fleste sanseintrykk kan være av det negative for de forvirrede. En informant uttrykker det slik:

Jeg kom inn på rommet og skulle ta ned intravenøssettet, men det fikk jeg ikke lov til, hun ble irritert sint, hallusinerte, hun snakket om noe på båt og hun så flere personer. Da ser jeg speilet bak meg. Jeg måtte dekke til speilet, for hun så jo flere, hun så skyggen min i speilet

En annen informant uttrykte det slik:

Ja at de får enmannsrom for eksempel, ikke har radioen på, de har nesten ingen stimuli. De kan få sove, ikke få se på tv, eller radio. Kanskje henge noe framfor speilet så de ikke ser, ei trur at det er noen andre. Hvis de ser noen, Hvis de ser seg selv så tror de at det er en annen person. De sitter og prater med den personen inne i speilet

Selv om informantene poengterer at de bruker mye tid på realitetsorientering og kommunikasjon er det ingen som angir syn og hørselshjelpemidler som sentrale her. Dette tyder på at informantene ser skjerming som en entydig metode for å begrense negative sanseinntrykk, og at de ikke ser dette i sammenheng med at når noen sanseinntrykk skal avskjermes så er det for at pasienten bedre kan nyttegjøre seg av andre inntrykk eller formidlet budskap.

5.2.4 Erfaring med observasjon, inklusiv dokumentasjon

Når det gjaldt registrering og dokumentasjon av delirium eller akutt forvirring var som forventet oppmerksomheten i første rekke rettet mot den aktivt utagerende varianten med innslag av hallusinasjoner, mistenksomhet, realitetsorienterte perioder, og delvis paranoide trekk.

De fleste var klar i sin oppfatning av akutt forvirring som en tilstand av brått oppstående uklarhet og aggressivitet, manglende forståelse for sin situasjon, synsforstyrrelse, eller paranoide trekk. Samt at den aktuelle pasienten ofte snudde døgnet med våkne, uklare og aktive perioder om natten, og sovende eller rolig tilstand om dagen. Dette dekker to av de tre formene for akutt forvirring, aktivt og blandingsform. Oppmerksomheten rundt hypoaktivt delirium var liten, eller ukjent blant informantene, bortsett fra ett tilfelle der en sykepleier anga to tilfeller av en pasient som nektet både mat drikke og medikamentert og trakk dyna over hodet.

Utsagnet fra denne informanten ble i liten grad kommentert av de andre i gruppeintervjuet. Informanten uttrykte det slik:

Jeg tenker litt når eg har sett bare de to så var legene heilt klar på at det var akutt delir og at jeg ser for meg den helt apatiske der du bli heilt skjør. Du greier ikke å ta vare på noe lenger. Greier ikke å drikke selv. Du får ikke kontakt. Men at de på en måte er helt utslåtte, du begynner nesten å lure på om det noe mer medisinsk som feiler dem etter at jeg så hun pasienten der så har jeg på en måte ett øye for at det er mer akutt delir og det andre er mer postoperativ forvirring rett og slett, at det er ett skille der kanskje.

Dette tolkes således som at hyperaktiv og blandingsformen av akutt forvirring er kjent og blir registrert, og at det foreligger en betydelig underregistrering av og et betydelig potensial for kunnskapsforbedring når det gjelder hypoaktivt delirium. Det som er bra er at de har erfaringsgrunnlaget og relatere kunnskapen mot.

5.2.5 Interaksjon med pårørende

Pårørende ble ansett som en ressurs for pasientene, noe som kom godt fram i gruppeprosessen i intervjuet. En informant uttrykte det slik:

Det har vi opplevde at når noen fra den nærmeste familie kommer virker de så mye klarere roligere og kjekkere med en gang, de kan si navn: Å er det du som kommer....

Enkelte uttalte at pårørende fort kunne komme ut av rommet til den forvirrede igjen. Dette tyder på at det forelå kunnskaper og erfaringer om at informasjon til pårørende var sentralt, men at det ikke alltid ble sikret at budskapet ble forstått, slik at det kunne gå tid før de pårørende kunne være en ressurs for pasienten. Det virket som om samhandling med pårørende representerte en spesiell utfordring for informantene. Det var klart at i de fleste tilfellene kunne pårørende ha en svært beroligende og eller realitetsorienterende effekt på pasienten. Informantene kom selv fram til under intervjuet at pårørende ikke var godt nok benyttet i forhold til realitetsorientering av de aktuelle pasientene. Dette virket som det var en genuin interesse for å øke samhandlingen med de pårørende der det var mulig. En informant uttrykte de det slik om informasjon til pårørende om en pasient som blir har blitt forvirret:

Vi sier at det skjer ofte at de blir forvirra etter operasjon og at det som regel går over etter noen dager. De fleste pårørende synes det er godt å sitte med pasienten da... så lenge som de kan. Så er de opptatt av at nå de går så gir de beskjed til oss at vi må gå inn.

Imidlertid må en da være klar over pårørendes situasjon, og dersom de skal være en ressurs for pasienten må de både informeres godt og få tid sammen med pasienten. Det at informantene er bevisst på å legge akutt forvirrede pasienter på enerom, gjorde også at pårørendes situasjon blir bedre, og det blir lettere for sykepleiepersonalet å tilrettelegge for samhandling med pårørende.

5.3.0 Tolkningskontekst 3. Teoretisk forståelse med drøfting

Her vil de sentrale funn slik de framstod i tolkningskontekst en og to bli diskutert opp mot relevant forskningslitteratur og teori, hovedsakelig Kims typologi og Rokeach teorier om holdninger, samt at en vil dra inn noe etisk teori og kommunikasjonsteori.

Hovedfunnene er ut fra slik de framkommer i tolkningskontekst to:

Sykepleiernes erfaringer og opplevelse med pasienter med akutt forvirring, herunder skjerming, skepsis til bruk av medikamenter og pårørendes rolle

5 3.1. Sykepleiepersonalets opplevelse og erfaringer i arbeidet med pasientene

Her vil en fokusere både på sykepleiernes opplevelser med pasienter med akutt forvirring og forbygging av akutt forvirring. Sykepleie og forebygging i forhold til pasienter som gjennomgår delirium, eller er i fare for å få dette, er forbundet, med store faglige utfordringer. Gillis og Mac Donald (2006) framhever de ekstra ressurser sykepleiepersonalet må igangsette ovenfor denne gruppen for å møte deres behov. Intervensjon i forhold til disse pasientene er ressurskrevende. Informantene angir at de fleste pasientene medfører en stor faglig utfordring. Fokuset for informantene dreide seg i stor grad om pasienter med hyperaktivt delirium eller blandingsform. Problemet med de med hypoaktivt delirium er at de krever lite og slik kan få mindre oppmerksomhet og at deres tilstand lett kan bli oversett (Forrest et al 2007)

I intervjuene var det bare noen få som nevnte at regressiv adferd, vegring i forhold til mat og drikke, kunne ha en sammenheng med delirium. De aller fleste angir pasienter med delirium eller akutt forvirring som utagerende, aggressive, forvirrede, mistenksomme og eller hallusinerte, samt at de må overvåkes for ikke å skade seg selv. Dette utsagnet dekker to av tre typer av delirium (Forrest et al 2007, Neitzel et al 2007), og støtter opp om funn fra annen forskning som framhever at en betydelig gruppe pasienter med akutt forvirring forblir uten diagnose og dermed heller ikke tilgodesett med tiltak mot akutt forvirring (Forrest et al 2007).

På samme måte som hos Andersson og medarbeidere (2005) opplever informantene i min studie at akutt forvirring er en betydelig belastning og både psykisk og fysisk lidelse for pasienten.

Ut fra Kim (Kim 2000, s 239) kan en benevne lindring av lidelse som en normativ standard i sykepleien. Barret (Barret 2002) definerer sykepleie som en prosess bestående av både aksjon, reaksjon og interaksjon. Her kan alle disse tre komponentene i prosessen benyttes.

Sykepleieren må handle, som en reaksjon på pasientens oppførsel, og gjerne ofte i interaksjon med andre. En drar nytte av hverandres kompetanse, og en har et problemløsende fokus, eller det Kim (1993), kaller pragmatisk, der sykepleieren bruker den kunnskap og teori som er mest hensiktsmessig i problemløsning i øyeblikket (ibid). En situasjon som krever løsninger både på erfaringsmessig og empirisk basis. Sykepleierne setter erfaringsmessig reduksjon av pasientens stressorer høyt, og benytter seg, i følge intervjuene, av erfaringsbasert kunnskap som at en erom og en fast person som har ansvaret for pasientene som første tiltak. Dette er også i tråd med anbefalinger (Neitzel et al 2007, og Robinson et al 2008).

Disse pasientene vil profitere mye på en tidlig oppmerksomhet hos sykepleierne, der en setter i verk tiltak før pasienten får akutt forvirring (Ranhoff et al 2008). Noen sykepleiere i intervjuene fremhever de har erfaring med hvem som står i fare for å utvikle delirium. Det er de som ofte har behov for gjentagende informasjon, og de som virker urolige og litt plukkete. Dette er vage symptomer som det kan være vanskelig å omsette til praktisk handling. Forutsetningen for at man klarer å iverksette intervensjoner proaktivt er at en har god opplæring i å registrere symptomer, men og at en benytter anerkjente registreringsverktøy

som CAM- skåringsskjema (Robinson et al 2008). Verken bruk av CAM eller strukturert opplæring rapporteres i denne studien, noe som tyder på at det forebyggende kan være ha et tilfeldig fokus.

5.3.2 Sykepleierens handlingsgrunnlag i møte med den akutt forvirrede pasienten

I møte med den akutt forvirrede pasienten var sykepleierne klar over hvilke intervensjoner og strategier de skulle bruke, men mulighetene til å iverksette dem var av og til begrenset. Tid var her en knapphetsressurs. Ofte kan en ikke tilby en fastvakt til en urolig pasient og behovene overgår da raskt ressursene. Sykepleieren må gå ofte inn til pasienten og ofte bruke mye tid på denne pasienten, noe som kan gå ut over de andre arbeidsoppgavene. Et vanskelig dilemma. Ressursbehovene overgår mange ganger det en hadde mulighet for å kunne tilby.

Sykepleierne i min studie viser en empatisk holdning, men muligheten til å dekke pasientens kan av og til være begrenset. Sykepleiepersonalets individuelle holdninger til disse pasientene er sentralt da det ved den aktuelle avdeling ikke foreligger formelle prosedyrer eller retningslinjer i forhold til aggressive og utagerende pasienten.

Rokeach er opptatt av hvordan en institusjons holdninger blir dannet, både instrumentelle, formelle og uformelle, Rokeach (Rokeach 1979, 48-52). Noen oppfatninger er mer grunnleggende enn andre, og dersom oppfatninger er delt av flere anser Rokeach dem for å være mer sentrale (Rokeach 1968, s 5). Informantene i intervjuet har en klar oppfatning av at det var vanskelig og belastende å arbeide med aggressive og utagerende pasienter med akutt forvirring, men at tilstanden var forbigående bare de klarte å takle pasientsituasjonen. Et annet sentralt aspekt ved felles verdier og holdninger er holdningsbærer.

I enhver institusjon, eller avdeling, er det "portvoktere" eller holdningsbærer, som er viktige for å ivareta og bringe videre institusjonens holdninger (Rokeach 1979 s 261-2). Sentrale meningsbærere, eller portvoktere mener jeg at en og finner i denne studien. Gjennom fortolkningskontekstene kommer det fram at de mest erfarne informantene (portvokterne) opplever at det er et klart problem med personalressurser i forhold til disse pasientene. Det er naturlig at de eldre og erfarne medarbeiderne i en organisasjon er med på å

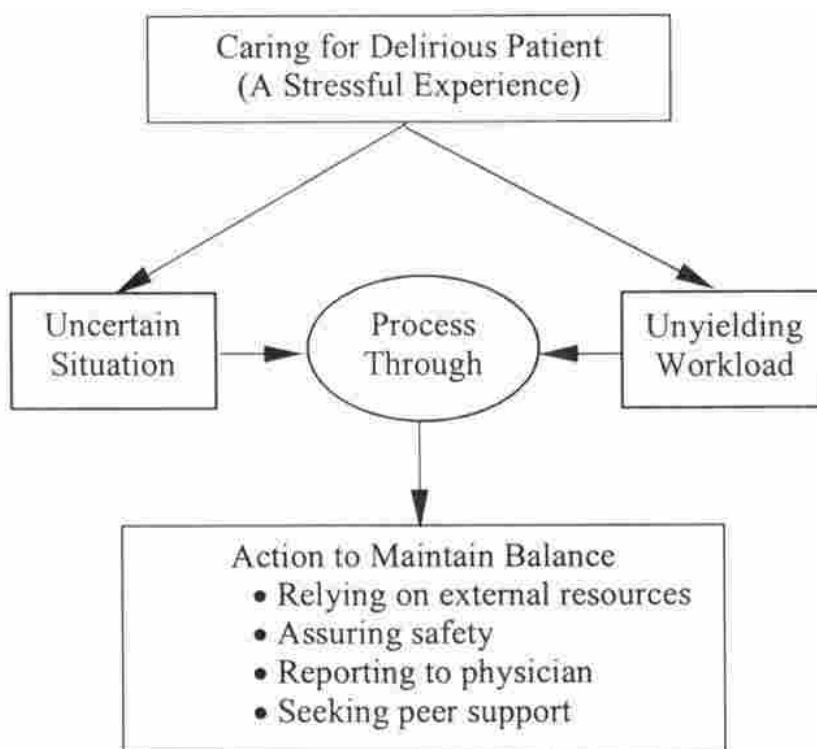
sette standard for faglig praksis, kanskje spesielt i de tilfellene der det ikke er eksplisitte rutiner eller prosedyrer. Ikke bare er de sentrale når det gjelder å viderebære uskreven regler som skjerming og skepsis til medikamenter, men de er og aktive i forhold til å ta opp med leger i forhold til operasjonstidspunkt.

I tillegg til felles holdninger foreligger det selvsagt faglige krav og formelle etiske anbefalinger for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2008) og lover (her spesielt Pasientrettighetsloven 1999). I denne sammenheng formidlet sykepleierne at når det ikke nyttet med realitetsorientering, og pasienten oppfattet helsepersonellet som en trussel, var det bare to ting som var sentralt, hjelpe pasienten til langvarig søvn, samt å hindre at han skadet selv. Denne kunnskapen og erfaringen er også anbefalt i flere artikler (Gustafson et al 2002, Gillis og Mac Donald 2006, Neitzel et al 2007).

Ved truende og uklare pasienter hjalp personalet hverandre. Personalet opplevde dette som om de var i en tvangssituasjon der de måtte handle, selv om de ville bli møtt med aggresjon og vold. Konsekvensene av å ikke handle kunne bli verre. Det ble brukt sengehester på sengene for å hindre at pasientene klatret over. Dette var det viktigste tiltaket for å hindre at pasientene stod opp, selv om mange av informantene hadde erfaring med at de nettopp hadde gjort det. Inouye (1999) anbefaler at en ikke bruker tvangsmidler heller ikke "sengehester" som går langs hele sengen. Informanter nevnte sikkerhetsaspektet som svært sentralt og de oppfattet heller ikke "sengehestene" som unødvendige tvangsmidler, men som tiltak for å hindre pasientene å skade seg selv. Av og til nyttet ikke dette og en hadde ikke tid til å sitte hos dem. En informant hadde vært ute for at man la madrassen på gulvet for å hindre en pasient å falle ut av senga.

Inntrykket var at personelt strakk seg langt når det gjaldt å sitte hos en pasient med akutt forvirring. De sitter ved dem så langt råd er og hindrer dem i å stå opp. Årsaken til dette kom av at flere hadde erfaringer med at pasienter hadde stått opp og skadet seg selv bla en som brakk armen og pådrog seg commotio, selv om de hadde fått medikamenter og sengehestene var oppe.

Dette er en klassisk situasjon jeg kjenner igjen fra egen klinisk erfaring, en vet hva slags behov pasientene har, men prøver en å dekke disse behovene vil det fort gå på bekostning av redusert oppmerksomhet ovenfor andre pasienter. En strever for å finne balansen mellom ressurser og behov. Dette nevner også Lou og Dai (2002), det blir en balansegang mellom det de andre pasientene krever og den arbeidsmengde den forvirrede pasienten krever. Hvordan skal en prioritere? På samme måte som hos Lou og Dai (2002) opplevde sykepleierne i min studie en presset situasjon, og i mange tilfeller måtte sykepleierne prioritere den akutt forvirrede pasientene framfor de andre pga at denne pasienten kunne skade seg selv. Lou og Dai (2002) gir i modellen nedenfor et innblikk hvilke stressfaktorer som sykepleiere som har ansvaret for disse pasientene kan bli eksponert for.



Figur 8. Sykepleieres eksposisjon for stressfaktorer (Lou og Dai 2002)

Situasjonen er ofte preget av usikkerhet og en uavklart arbeidsmengde. Ofte må en søke støtte hos andre dersom mulig, og en tar kontakt med lege for eventuelt ordinasjon av medikamenter. Informantene angir at pasientene ofte får de mest utagerende symptomene på

natt eller kveld, da ofte bemanningssituasjonen er minst. Dette fenomenet er velkjent og fremhevet av flere fagkilder (Inouye et al 1999, Gustafsson et al 2002, Jagmin 1998). Rodgers og Gibson (2002) har også i sin artikkel påpekt at stressfaktorene som sykepleiere opplever i forhold til disse pasientene er spesielt krevende da pasientene også kan være aggressive og truende ovenfor personalet. Dette kan utløse frykt, stort arbeidspress, usikkerhet og en følelse av at integritet er truet (ibid).

Opplevelsen av stress og økt arbeidsbelastning i forhold til disse pasientene kan innvirke på relasjonen sykepleier – pasient. Sykepleie-pasientdomenet hos Kim (Kim 1987) reflekterer både det teoretiske grunnlaget som sykepleieren baserer sine handlinger på og den sosiale kontekst de går inn i. Motivasjon, kognitive elementer og verdier og holdninger er sentralt (ibid).

5.3.3 Truet integritet

Mange pasienter med akutt forvirring kan bli eksponert for tap av integritet. Lidelsen hos disse pasientene, slik sykepleiepersonalet oppfattet det var tosidig. Det en er den direkte lidelsen som følger med akutt forvirring, det andre er lidelsen som følge av integritetstap og tap av egenverd. Depersonalisering og tap av kontroll over egen livssituasjon er sentralt ved akutt forvirring (Gustafson et al 2002, Inouye et al 1999).

I min studie kommer det og fram at tilstanden oppleves som en trussel mot pasientens integritet. Når personalet skjermer pasienten er det og fordi det ikke skal være så belastende for pasienter som har gjennomgått delirium å møte sine medpasienter etter at forvirringstilstanden er over

Et individs kjerneverdier består av noen få grunnleggende verdier (Rokeach 1968, s 160). I en profesjonell kontekst er å lindre lidelse en av kjerneverdiene i sykepleien. Dette kommer bla til uttrykk gjennom yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2008). Katie Eriksson framhever at forståelsen av pasientens lidelse er helt sentralt for sykepleien (Eriksson 1997), og forståelsen for pasientens lidelse danner grunnlag for en mer omsorgsorientert sykepleieteori (ibid). Eriksson (1997) ser lidelsen ut fra to perspektiv, som konsekvens av

sykdommen eller skade, og som følge av nedsatt verdighet og det å ikke bli forstått, samt det å bli redusert fra å være et menneske til å være en fysisk skade (”hoftebruddet på rom 216”).

I Rogers og Gibson (2002) undersøkelse kommer det og fram at sykepleierne anser sikkerhetsaspektet som svært viktig. I deres undersøkelse kommer det og fram at sykepleierne benyttet seg av fem viktige strategier for å mestre pasienter med akutt forvirring: konstant overvåking, eliminering av underliggende årsaker, god omsorg, reorienterende strategier, og strategier for utagerende pasienter. Mye av dette var velkjent for informantene i denne studien og, men tilgangen på resurser kunne gjøre det vanskelig å gjennomføre tiltakene, spesielt konstant overvåking og hyppig reorientering.

Disse tiltakene retter seg i første rekke mot de med aktive symptomer på delirium. Noe av årsaken til lav oppmerksomhet hos sykepleierne i forhold til hypoaktivt delirium både hos Rogers og Gibson (2002) og i denne studien, kan være at disse pasientene ikke står i fare for å skade seg selv, det kan således bli litt lettere å overse disse pasientenes behov. De med hypoaktivt delirium klatrer ikke over sengkantene eller roper og er utagerende. Problemet disse pasientene møter kan være behov for smertestillende eller andre behov som de ikke klarer å uttrykke.

Et annet aspekt ved sikkerhetsaspektet er at pasientene av og til kan være fysisk voldsomme og at sykepleierne av og til må trekke seg unna for å beskytte seg selv. Sykepleierne kan i disse tilfellene av og til oppleve at deres integritet er truet i de situasjoner der pasienten er voldelige. Mine informanter angir her at det forbyggende aspektet er her sentralt, slik at en kan være i forkant av situasjonene. Dette understøttes og annen faglitteratur. Tilgang til nok personale er her viktig, og ikke minst faste sykepleiere som følger opp pasienten over tid (Milisen et al 2001 og Lou og Dai 2002, Ranhoff 2008).

5.3.4 Sykepleiepersonalets inntrykk av pasientens opplevelser

Informantenes erfaringer med pasientopplevelser var noe begrenset da det ikke var rutine at alle pasientene ble spurt om hva slags opplevelser de hadde under forvirringstilstanden. Det

som kom fram under intervjuene var informantenes observasjoner og referanser til pasientenes spontane uttalelser om tilstanden. Samt i de tilfellene der informantene hadde snakket med pasientene om opplevelsene. En informant uttalte at hun hadde ikke hørt om noen pasienter som hadde positive erfaringer i forhold til vrangforestillinger og hallusinasjoner i forbindelse med delirium.

Pasientene formidlet til sykepleierne at de var klar over sine forvirringer og vrangforestillinger, og at de kjempet for å beholde realitetssansen. Flere hadde en opplevelse av å drømme mens de var våkne. De var tilstede på sykehuset, men også et helst annet sted. Når forvirringen gikk over stilte flere seg uforståelige til det de hadde opplevd. Dette er og i samsvar med funn fra litteraturen (McCurren og Cronin 2003, Anderson et al 2002, og Sørensen og Wikblad 2007). Andersson og medarbeidere (2002) intervjuet 50 pasienter som hadde gjennomgått delirium ved en ortopedisk avdeling. Selv om det var flere som ikke husket at de hadde vært uklare eller forvirrede hadde et flertall en klar erindring av forvirringstilstanden. Dette finner en og igjen hos McCurren og Cronin (2003).

I min studie kommer det fram at tilstanden oppleves alt overveiende negativ ofte i form av følelse av femmedgjøring, overgrep eller hallusinasjoner. Tilstanden manifesterer seg gjennom forskjellige former, og der både pasientene sporadisk kunne være klar over at de var forvirret, til at de hadde kraftige vrangforestillinger og hallusinasjoner. Det var gjerne et skille mellom de som var totalt forvirrede, redde, aggressive, paranoide og hallusinerte, og de som på en måte var klar over sin tilstand. Det som er spesielt med denne siste formen for forvirring, er at pasienten kan være klar over at han er forvirret, og at han av i perioder kjemper for å holde seg orientert og tilstede. En slik pasient ville kanskje prøve å skjule sin tilstand med å gi generelle og svar på spørsmål. Dette siste er noe McCurren og Cronin (2003) fremhever som et fenomen som sykepleiere må være klar over.

Kunnskaper og erfaringer om disse forholdene er av stor betydning for sykepleieres intervensjoner. Ofte kan stadig gjentagende informasjon virke anmassende og nytteløst, men fra et pasientperspektiv kan det være nyttig også i forhold til realitetsorientering. Dette gjelder spesielt i situasjoner der pasienten er på vei inn i delirium, eller har en form der det veksler mellom å være uklar eller realitetsorientert (ibid). Andersson og medarbeidere (2002) og

McCurren og Cronin (2003) påpeker at hallusinasjonene og vrangforestillingene som pasienter med akutt forvirring opplever ikke er bare er ustrukturerte fantasier, men gjerne basert på egne erfaringer og en del av pasientens erfaringsverden. Informantene hadde og noen slike inntrykk der eldre forvirrede pasienter var bekymret for sine små barn som ikke hadde lagt seg. Dette kunne en tenke seg hadde forbindelse med tidligere erfaringer. Andre opplevelser med for eksempel av at det var mange katter på rommet, kan det kanskje være vanskeligere å se noen sammenheng i for andre. Selv om en ikke i intervjuet hadde så stort erfaringsgrunnlag når det gjaldt pasientens erfaringer med akutt forvirring er det av betydning at en er klar over at hallusinasjonene ofte er basert på pasientens erfaringer og opplevelser. (Anderson et al 2002). Sørensen og Wikblads (2007) studie angående pasienters opplevelser av delirium peker på vanskeligheter med kommunikasjon. Problemene bestod i å høre eller forstå hva sykepleierne sa, eller at de snakket for fort. Funn fra Sørensen og Wikblads (2007) undersøkelse framhevet at usikkerhet og redsel økte når pasientene ikke ble forstått eller ikke kunne forstå sykepleierne. Dette inntrykket kom fram i intervjuene i denne undersøkelsen og, da flere av informantene anga at pasientene hadde et stort og gjentakende informasjonsbehov.

Sørensen og Wikblad (2007) samt McCurren og Cronin (2003) kom fram til at et er viktig at sykepleiere aktivt etterspør hvordan pasientene opplevde å være forvirret, da dette både kan hjelpe pasientene å få bearbeidd sine tanker og følelser samt at det kan gjøre pasientene mer forberedt på slike reksjoner ved eventuelt senere sykehusinnleggelse. I tillegg er det viktig for sykepleierne å få slik informasjon for bedre å kunne tilrettelegge sin kommunikasjonsstrategi. (ibid). Sykepleiepersonalet i min undersøkelse hadde det ikke som rutine å spørre pasientene om deres opplevelser med akutt forvirring, men enkelte hadde gjort det. Det virket således ikke som om dette var en bevisst strategi blant sykepleiepersonalet.

Pasientens opplevelser i forhold til sin sykdom og tilstand er sentralt i pasientdomenet hos Kim (1987). Selv om dette er annenhånds opplysninger gir det godt inntrykk av hvordan pasientene opplever situasjonen. I tillegg observerer sykepleierne den tilstanden pasientene er i. Selv om pasienten er på en ortopedisk avdeling og skal behandles for lårhalsbrudd er det sentralt at en har et perspektiv på andre forhold enn de rent somatisk /fysiologiske. Kim bruker forvirring utløst i sykehus som eksempel på helserelaterte fenomener forårsaket av

hospitalisering (ibid). Kim peker videre på to strategier for å utvikle sykepleiestrategier ovenfor helserelevante problemer utløst i sykehus:

- a. *Causal or predictive explanations of occurrence of health care experiential phenomena*
- b. *Knowledge of the effects of health care experiential phenomena on an individual's health and recovery*
(Kim 1987)

Kunnskaper både om årsaksforhold og forebygging samt hvordan de innvirker på individets helse er her sentralt. Som informantene påpeker, opplevelsene med delirium eller akutt forvirring er ikke bare skremmende og ubehagelige for pasienten, de kan få store konsekvenser for pasientens rehabilitering. Det er såles sentralt at sykepleiepersonalet er klar over dette og bruker tid på å la pasientene snakke om opplevelsene , både på grunn av debrifing , og for å vise en aksept ovenfor pasientens opplevelser og derigjennom kanskje hjelpe til med pasientens egen bearbeiding av opplevelsen (Mc Curren og Cronin 2003).

5.3.5 Erfaring med observasjoner og dokumentasjon

I likhet med erfaringene fra informantene i denne studien er det relativt vanlig at det ikke forligger prosedyrer i forhold til denne pasientgruppen (Neitzel et al 2007). Dette har jeg selv har kliniske erfaring fra. Intervensjoner og tiltak vil således bli basert på tilfeldigheter ut fra situasjon og hvem som er på jobb. Imidlertid viste det seg at alle informantene angir en og samme strategi angående pasienter med akutt forvirring, skjerming ved bruk av enerom. Dette gjelder i første rekke pasienter med hyperaktiv type og blandingsform (hyperaktiv/hypoaktiv). Ut fra manglende registrering av pasienter med hypoaktivt delirium kan en anta at det ikke blir benyttet samme strategi overfor disse pasientene, og flere artikler påpeker at denne typen delirium lett blir oversett av klinikere (Forrest et al 2007, Neitzel et al 2007, Anderson 2005)

Når det gjelder dokumentering brukes ikke registreringsskjema som CAM eller andre registreringsverktøy, bare vanlig rapportering i DIPS (helseforetakets

dokumentasjonssystem). Dette åpner og for en betydelig underregistrering, noe som ikke er uvanlig (Forrest 2007).

I følge informantene i min studie foregår opplæring ved avdelingen etter mesterlæringsprinsippet. Selv om de erfarne sykepleierne i undersøkelsen hadde en klar formening av en strategi i forhold til akutt forvirrede pasienter med hyperaktiv type eller blandingsform kom det ikke fram om dette var en del av opplæringen. Imidlertid anga informantene at de hadde et åpent miljø i avdelingen, og de var hjalp hverandre med vanskelige pasientsituasjoner, dette tyder i hvert fall på at de erfarne sykepleiernes kunnskaper og erfaringer kommer til nytte i den kliniske hverdag

5.3.6 Erfaringer med prioritering og informasjon

Pasienter som enten har utviklet delir, eller står i fare for å gjøre det, er i en spesielt sårbar situasjon når det gjelder rettigheter. Dette kommer til uttrykk gjennom blant annet behovet for og rettigheten til informasjon. I Pasientrettighetsloven § 3-2 (1999) understrekes klart helsepersonellens informasjonsplikt, samt at informasjonen skal forstås av pasientene. Informantene angir at pasientene blir informert av kirurg, anestesilege og sykepleier. Samtidig peker de på at de er usikre over hvor mye av informasjonen som blir forstått. Informantene angir at de bruker mye tid til informasjon.

I intervjuene ble det ikke spesifisert hvilke metode og strategi det bruktes til informasjon ut over den tradisjonelle der kirurg og anestesilege informerer om inngrepet og anestesiform. Det kom fram i intervjuene at sykepleierne brukte mye tid på å gjenta informasjon ovenfor enkelte pasienter. Dette virker som en del av den reorienterende strategien. Gjentakende informasjon er sentralt hos Gillis og Mc Donald (2006). Jootun og Mc Gees (2011) fremhever videre at en snakker rolig, setter seg ned hos pasienten, etablerer øyekontakt og at en bruker lettfattelig språk og korte setninger. Noen av sykepleierne i min studie hadde positive erfaringer med at gjentakende informasjon kunne medvirke til reorientering av en forvirret pasient.

Når det gjelder de som var demente, eller hadde utviklet akutt forvirring var det sannsynlig at ikke mange av dem forstod helt hva som skulle skje. Om det i hvert enkelt tilfelle forelå et informert samtykke er ikke klart. Ingen informanter anga det som en etisk vanskelig situasjon at pasientene ikke forstod alt som ble sagt i forbindelse med preoperativ informasjon. Dette kan sees i sammenheng med at det var lengden på den preoperative ventetiden som ble ansett som et problem for pasienten. Informantene fremhevet i min studie at mange pasienter med akutt forvirring hadde problemer med å forstå informasjon fra helsepersonell, noe som kan oppleves som en stressfaktor (Sørensen og Wikblad 2007). Selv om helsepersonell ut fra Pasientrettighetsloven (1999) kan foreta nødvendig behandling selv om pasienten ikke helt har forstått informasjonen, vil det være av stor betydning at en allikevel holder fast ved det prinsippet at en bruker mye tid til informasjon til pasienter med akutt forvirring, både ut fra helsepersonellens informasjonsplikt og fordi gjentagende informasjon kan ha en reorienterende innvirkning (Sørensen og Wikblad 2007).

Akutt forvirring er ikke en konsistent tilstand så mange av disse pasientene vil ha perioder da de er helt eller delvis klar og orientert. En situasjon som kan muliggjøre informert samtykke i det ene øyeblikket, men ikke to timer senere. Dette kan få så konkrete praktiske konsekvenser som at pasientene kan ha problemer med å få dekket grunnleggende behov som væske og smertestillende, noe som setter spesielle krav til oppmerksomhet rundt rettigheter for denne pasientgruppen.

5.3.7 Etiske betraktninger

Mange informanter opplevde at pasientene var dårlig i stand til aktivt å ta vare på sine interesser. En av informantene uttrykte at de opplevde seg som ”pasientens advokat”. Utsagnet kan knyttes opp mot begrepet *Nursing advocacy*. Med *Nursing advocacy* menes at en har fokus på å ivareta pasientens rettigheter samt å påse at en skal tilse at pasienten får god nok informasjon slik at han kan foreta kvalifiserte valg eller informert samtykke. (Vaartio og Leino-Kilpi 2005).

Begrepet kan sees i sammenheng med pliktetikk og kan sies å være en normativ standard i det ivartakelse av pasientens rettigheter både er lovregulert i pasientrettighetsloven (1999) § 3-2

Rett til informasjon, § 2-1, Rett til nødvendig helsehjelp, samt i etiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2008). Pliktetikk er ikke bare relatert til formelle retningslinjer og lovtekster, men også at helsearbeideren skal handle ut fra en indre standard, en indre kunnskap og viten om hva som er rett. (Aadland 2001, s 68). Kant regnes som grunnleggeren av pliktetikken og han benevner vilje og motiv for å velge riktig handling som sentrale begrep (Aadland 2001,s 69).

Det kommer fram i min studie at tiltak som er basert på faglige kunnskaper og erfaringer, for eksempel det å benytte sengehester, forsterke bandasjer og bandasjere inn venfloner, blir utført som stressmodifiserende tiltak men det forgår ikke alltid med pasientens samtykke. Det styrker ikke i første omgang pasientens opplevelse av myndiggjøring, men det hindrer han i å skade seg selv. Man yter helsehjelp ut fra en paternalistisk holdning. Anbefalingen fra min studie er i tråd med faglige anbefalinger (Neitzel et al 2007, Inouye et al 1999 ,og Lundstrøm et al 2005).

Disse tiltakene som i utgangspunktet kan være stressmodifiserende, kan også virke motsatt. Pasienten kan vikle av seg bandasjer og klatre over sengehester, og tiltakene forutsetter hyppig overvåking slik mine informanter framhever.

Hvordan ivaretas pasientens rettigheter når han ikke er samtykke-kompetent. Begrepet *Nursing advocacy* dekker også ivaretagelse av pasientens rettigheter når han ikke er samtykke-kompetent : Fokuset vil da være å ivareta pasientens interesser ut fra best faglig skjønn å handle ,og ut fra hvordan en antar pasienten ville ha foretatt valget (Vaartio og Leino-Kilpi 2005).På denne måten kan *Nursing advocacy* sees i sammenheng med pliktetikk. Kant utarbeidet etiske handlingsregler eller normer, det han kaller en maksime (Aadland 1998,s 69). Denne handlingsnorm eller maksime skal oppfylle de krav som det *kategoriske imperativ* stiller: Maksimen skal tjene som prinsipp for allmenne lover, og en skal alltid behandle mennesker som et mål for handling og ikke bare som middel (ibid). *Nursing advocacy* er ikke en engangshendelse, men en prosess som involverer individuelle og profesjonelle ferdigheter, rådgiving, tilbakemeldinger, varsling og skjerming (Vaartio et al 2006).

Handlingene som er beskrevet i min studie der sykepleierne iverksetter intervensjoner mot pasientens vilje, men for hans beste, kan sees ut fra pliktetiske normer, som igjen er i tråd med et kategorisk imperativ. Det må imidlertid understrekes at samtykke-kompetansen kan variere mye i forhold til en akutt forvirret pasient, noe som forutsetter en empatisk og fleksibel holdning, og at et konsistent fokus på kommunikasjon.

Begrep som paternalisme brukes ikke av sykepleierne i min studie, men de omtales som praktiske handlinger som for eksempel å gi pasienten medikamenter uten hans samtykke. Som regel er handlingene av slik karakter at de kan benevnes som mild eller svak paternalisme. Der en overtaler pasienten til å akseptere behandlingen. Andre ganger tok sykepleierne mer over og handlet mer rent paternalistisks. Dette kan være i forhold til vurdering av væskebehov der pasienten nektet å drikke. Det kunne da bli tatt kontakt med vakthavende lege, væske ble ordinert, og sykepleieren hang opp intravenøs glukose eller elektrolyttblanding.

Helsepersonellet har plikt til å hjelpe både ut fra lover og etiske regler, bla ut fra pliktetiske hensyn, ikke bare om pasienten ikke samtykker, men av og til også om han motsetter seg behandling. I mange tilfeller vil en pasient med delirium være i en slik tilstand at det er å betrakte som et *ikke autonomt subjekt* i alle fall i perioder, der han ikke er i stand til å gi informert samtykke til inngrepet. Pasientrettighetsloven omhandler i ett tillegg gjeldende fra 01.01.2009 når det gjelder helsehjelp til pasienter som ikke innehar samtykkekompetanse, slik mange av de med delirium vil være.

Pasientrettighetsloven § 4A-3 (2009):

Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og*
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og*
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.*

Nedsatt samtykkekompetanse i forhold til disse pasientene vil variere. Selve tilstanden med nedsatt midlertidig kognitiv funksjon trenger ikke å medføre at pasienten har nedsatt samtykkekompetanse på alle områder. Det kan godt være at han klarer å si fra om visse behov, for eksempel smerte og tørst. Dette er igjen avhengig av empatisk kompetanse og oppfølging av et lite antall personale som kjenner pasienten godt. Kjennskap vil gå begge veier, og dette er noe årsaken til at flere studier (Neitzel et al 2007 , Robinson et al 2006, Gustafson et al 2002) , anbefaler at en tilstreber fast personell hos pasienter med akutt forvirring.

Hvordan oppleves en paternalistisk holdning av pasientene? Min studie omfatter ikke intervju med pasientene, men Loft et al (2003) viser i sin studie av myndiggjøring hos eldre pasienter innlagt for hoft og kneportoser postoperativt ikke forventet at forholdet mellom helsepersonellet og pasienten skulle være preget av myndiggjøring, og de savnet det heller ikke. Videre heter det i samme undersøkelse at de beskriver sykepleierne som forretningsmessige og opptatt av å fortelle pasienten hva som er rett, og at informasjonen ikke ble tilrettelagt på individuell og personlig basis (ibid). Loft og medarbeideres (2003) undersøkelse gjaldt elektive pasienter uten kognitiv svikt. Andersson og medarbeidere (2002) er klare i sine funn når det gjelder oppfattelsen av sykepleiers holdninger på den måten at når pasientene følte seg misforstått eller overkjørt opplevdes det som en belastning.

Omsorg og sykepleie i forhold til pasienter med varierende kognitiv funksjon og varierende samtykke-kompetanse forutsetter et bredt perspektiv på pasientomsorgen, der en ofte må veksle mellom forskjellige strategier. Dette vil kanskje kreve at veksler mellom paternalisme og myndiggjøring. Disse to forskjellige aspektene trenger heller ikke å stå i opposisjon til hverandre. Det har igjen med hvilken tilstand pasienten er i og at en betrakter eventuelt svikt i kognitive funksjoner som en varierende og midlertidig tilstand der en hele tiden må tilpasse sin interaksjon, intervensjon og omsorg ovenfor pasienten. Ved at gjennom bruk av paternalisme i en sammenheng (for eksempel når det gjelder å administrere beroligende medikamenter), kan tilrettelegge for myndiggjøring i senere (pasienten våkner opp og er ikke forvirret lengre).

5.3.8 Skjerming og fast personale

Et av de mest fremtredende funnene som kom fram var bruken av isolering og skjerming. Noe som også blir framhevet av sentrale kilder (Inouye 1999, Siddiqi et al 2009, Gustafson et al 2002, Gillis & Mac Donald 2006, Neitzel et al 2007) Det er imidlertid av stor betydning hvordan denne skjermingen blir utført, og med hvilken hensikt. Skjerming av ekstra lyd og lysinntrykk kan ha en positiv virkning, men fravær av høreapparat, briller og radio, kan isolere den forvirrede ytterligere. I min studie vektlegges kun det sensorisk skjermende aspektet. Dette blir til gjengjeld grundig påpekt og fremheves som det første tiltaket sykepleierpersonellet ved avdelingen tyr til.

Frarøving av sensoriske sanseinntrykk, sensoriske deprivasjon, kan imidlertid forsterke en forvirringstilstand istedenfor å minske den (Gillis & Mac Donald 2006). Gillis & Mac Donald (2006) benevner dette som miljømessige terapeutiske modifikasjoner. De beskriver den sykepleiefaglige utfordring som ligger i å tilrettelegge et miljø for pasienten i skjæringspunktet mellom sensoriske deprivasjon og beskyttelse fra overstimulering. Syns og hørselshjelpemidler er med på å beholde pasientens realitetsorientering og hans integritet (ibid). Det sentrale her er å skille mellom forstyrrende støy og visuelle inntrykk som virker stressende eller skremmende på pasienten (ibid). Sykepleierne i min studie har av og til sett seg nødt til dekke til speil inne hos en pasient med delirium fordi han har vært plaget med synshallusinasjoner og sett andre personer i speilet.

Miljømessige variabler er sentralt også hos Kim (Kim 2000, 1987). Pasientens miljø kan være en kilde både til forvirring, og til bedret helse (Kim 2000, s 182). Det krever en således en svært bevisst og godt planlagt skjerming dersom dette skal ha det ønskede resultat. En forsøker å begrense pasientens eksponering for støy og bråk samtidig som de bør forholde seg til så få personer som mulig og får beholde nødvendige hjelpemidler som høreapparat og briller, og ha tilgang til radio, dersom ønskelig (Ski og O'Connell 2006 og Gustafsson et al 2002). I ingen av intervjuene la informantene vekt på at pasientene også måtte ha tilgang til hjelpemidler som høreapparat, eller briller. Imidlertid ble det ikke spurt eksplisitt etter om personalet anså dette som sentralt, men temaet om skjerming ble grundig berørt i begge intervjuene. Litteraturen angir imidlertid at det viktig for alle pasienter med akutt forvirring å

ha tilgang til syn og hørselshjelpemidler (Inouye 1999, Ski og O'Connell 2006, Gustafsson et al 2002, Siddiqi 2009).

I intervjuene kom det fram at intensjonen med skjermingen var ro og beskyttede omgivelser for pasienten, der en kunne tilrettelegg for et kontrollert miljø. Det var særlig i forhold til de mest utagerende og forvirrede at dette tiltaket ble iverksatt. I forhold til disse hadde det positiv effekt å dekke til speil på rommet til pasienten. Dette ble gjort fordi pasienten ikke skulle se inn i speilet å se en "fremmed" som dermed kunne utløse ytterligere angst og frykt. Slike detaljer er ikke nevnt spesielt i den litteraturen jeg har sett på området, men det understrekes at skjerming ikke bare skal brukes for beskytte pasienten mot forstyrrende og stressende sanseinntrykk, men og skape miljø for at realitetsorientering og positive stimuli som radio og musikk, (Neitzel 2007, Robinson 2008).

Av og til ble skjerming og iverksatt preventivt, da en fikk rapportert fra akuttmottaket at det kom inn en pasient med lårhalsbrudd som virket noe uklar. Disse pasientene fikk umiddelbart enerom. Tidlig intervensjon er anbefalt av blant annet Milisen og medarbeidere og (2001). Forutsetningen er imidlertid at en klarer å registrere og dokumenterer pasienter med akutt forvirring på et tidligst mulig stadium. (ibid)

Milisen og medarbeidere (2001) Skiller ikke på tiltak i forhold til de forskjellige formene for forvirring. Skjerming, gjerne ved bruk av enerom er et sentralt tiltak uansett gruppe. Ved intervjuene kom det fram opplysninger som tydet på at pasienter med hyperaktivt delirium og de med blandingsform tidlig blir lagt merke til, men at i mindre grad de med hypoaktivt delirium blir registrert og skjermet. I flere artikler blir det pekt på vanskeligheten med å oppdage hypoaktivt delirium, (Ski og O'Connell 2006, Lou og Dai 2006, Siddiqi et al 2009) . Dette er også informantenes erfaring.

Kim ser de miljømessige komponenter ut fra tre konsept: Det fysiske miljøet, det sosiale miljøet, og det symbolske miljøet (Kim 2000, s 183). Det fysiske miljøet innbefatter mellom annet, sted, fysiske begrensninger, tid og rom, men også sensorisk overstimulering, bråk og temperatur. Miljøet fra et sosialt perspektiv innbefatter mellom annet, familie, signifikante andre og sosial kontroll. Det symbolske miljøet innebærer mellom annet rolleforventninger, maktstrukturer, normer , moral og etisk standard (ibid). Ranhoff og medarbeidere (2008,s402)

i Geriatrisk Sykepleie hevder enkelt at god forebygging av delirium kan sammenfattes som god sykepleie. Dette utsagnet blir i denne sammenheng spesifisert som: Tilrettelegging av et rolig og omsorgsfullt miljø, ro hvile og skjerming, personer som kjenner pasienten, unngå permanent urinkateter, passe på væske og ernæring (ibid). Disse elementene, samt vektlegging av forebygging kjenner man også hos flere andre sentrale kilder, (Ski og O'Connell 2006, Gustafson et al 2002, Inouye et al 1999, Siddiq et al 2009)

En er avhengig av en helhetlig tilnærming til problemet. Informantene hadde både mye kunnskap og erfaring når det gjaldt sykepleie av forvirrede pasienter, noe som også til en viss grad gjaldt forebygging da de var snare med å tildele mulig forvirrede pasienter enerom.

Informantene i denne studien omtaler ikke bare skjerming som å legge de aktuelle pasientene på enerom. Skjerming forutsetter og en fast sykepleier eller hjelpepleier som følger denne pasienten. Begrensning av antall personell som følger opp den enkelte pasient samt kontinuitet i forhold til sykepleiepersonale er et sentralt moment i flere studier (Gustafsson et al 2002, Neitzel et al 2008, Ranhoff et al 2008, s405). I følge erfaringene hadde pasientene ofte de mest utagerende symptomene på kveld eller natt. Dette er også kjent fra faglitteratur innen emnet, (Gustafson et al 2002, Neitzel et al 2007, og Sørensen og Wikblad 2002). Pasientene, spesielt de med hypoaktiv/hyperaktiv variant av akutt forvirring, har gjerne en motsatt døgnrytme, med våkenhet og uro på nattestid og søvn på dagtid. Dette kom og fram i intervjuene noe som representerte en stor utfordring for sykepleiepersonellet da disse pasientenes behov for særskilt omsorg ofte kunne være størst på sein kveld eller natt. Nok personale er sentralt, noe Needleham og medarbeidere(2011) har konkludert med i sin studie der en reduksjon i sykepleiebemanningen førte til økt dødelighet og skader for pasientene innlagt i sykehus.

Noen ganger ble det og iverksatt skjerming for at de andre pasientene ikke skulle bli så forstyrret. Det ble brukt mye tid til å sitte med dem samt til informasjon. Flere nevnte at de savnet å ha god nok til å sitte hos disse pasientene. Det var ikke innført primærsykepleie ved avdelingen, men de prøvde å legge til rette for at de pasientene som hadde utviklet delirium hadde færrest mulig å forholde seg til. Skjermingene må kombineres med god omsorg, tilgang

til hjelpemidler, og tilrettelegging slik at pasienten har færrest mulig fagpersonell å forholde seg til. (Ski og O'Connell 2006, og Inouye et al 1999)

Personalet satte tilgangen på personalressurser klart i sammenheng med hvor vellykket de klarte å etablere et skjermende miljø rundt pasienten. De klarte å begrense antall personale som pasienten måtte forholde seg til på dagtid, men det var ofte vanskeligere på kveld, natt og helg. I intervjuet kom det fram at de prøver å få leid inn ekstra bemanning i de situasjonene der det er behov for det, men at det ikke alltid går på grunn at de ikke får tak i ekstravakter.

Fra studien til Rogers og Gibson (2002) kommer det fram pasientene merket godt når personalet ikke hadde tid til dem, for eksempel til informasjon. Dårlig tid, korte uklare beskjeder som ikke blir forstått er noe som kan gjøre forvirringstilstanden verre (ibid).

5.3.9 Kommunikasjon og interaksjon

Kommunikasjon og interaksjon henger nøye sammen med personalressurser og skjerming. Kommunikasjon, informasjon og omsorg er elementer som i noen tilfelle kan snu en pasient som begynner å bli forvirret, og det kan lindre symptomene (Andersson 2001, Milisen et al 2004, Ranhoff et al 2008). I utgangspunktet brukte informantene i min studie mye tid til disse pasientene. Flere hadde erfaring med at realitetsorientering nyttet også ovenfor pasienter som var i ferd med å bli forvirret. Det krevde tålmodighet, tid og en målrettet strategi. Det var ikke sikkert at det var informasjonen som ble forstått, men det faktum at det satt en pleier hos ham og brukt tid på informasjon og omsorg.

Flere informanter framhevet at pasienter som ikke var realitetsorientert også ofte responderte positivt på at en sykepleier eller hjelpepleier var hos ham. Reorientering og bekreftende strategier blir nevnt i flere studier som aktuelle kommunikasjons og informasjonsstrategier i forhold til den aktuelle pasientgruppen (Ski og O'Connell 2006, Inouye et al 1999, Milisen et al 2004).

Reorientering går ut på å gjenta informasjon, opplysninger om tid og sted, samt hva som har blitt gjort, spørre om smerter, drikke etc. Bekreftende eller validiserende strategi går ut på at en bekrefter de følelser pasienten har. En prøver å møte den akutt forvirrede pasient og

aksepterer at hallusinasjonene og vrangforstillingene er reelle for ham uten at en å akseptere pasientens virkelighetsbilde (Ski og O`Connell 2006).

Fra studier som er gjort på pasientopplevelser vet en at flere pasienter av og strever med å holde seg realitetsorientert. Mange kan befinne seg i en fluktuerende grensetilstand mellom våkenhet og uklarhet, mellom forvirring, hallusinasjoner, redsel og klare øyeblikk innimellom. (McCurren & Cronin 2003, Anderson et al 2002, Sørensen og Wikblad 2007).

I forhold til de pasientene som holder på å bli forvirret og strever med å holde seg orientert for tid og sted anbefales det at en bruker reorienterende strategier, men ovenfor pasienter med fulminant delirium med hallusinasjoner, aggresjon, angst og paranoia, kan dette virke mot sin hensikt, og pasienten kan oppleve det støtende og som at en ikke blir akseptert av personale. (Anderson et al 2002). Overfor disse anbefales det heller å bruke validiserende strategier der en bekrefter pasientens følelser og søker å minske angst og paranoia (Ski og O`Connell 2006). Det at en møter den forvirrede pasienten sine følelser og aksepterer pasientens vrangforestillinger som virkelig for ham er også blitt framhevet av Andersson og medarbeidere (2002) som har intervjuet pasienter som har opplevd delirium og deres erfaringer med dette. Noen av personalet i min studie hadde erfaring med validiserende strategier, selv om de ikke kaller det for det. Den reorienterende strategien er bevisst, mens den bekreftende strategien bygger på kliniske erfaringer når realitetsorientering ikke lenger nytter. Imidlertid virker dette som et etisk dilemma for informantene, de gjør det for at de har erfaring med at det kan virke beroligende på pasientene, men de opplever at de på denne måten må lyve for pasienten for at pasienten skal bli roligere.

Kommunikasjon med pasienter er i sykepleien relatert til empati. Empati eller innlevelse er kommer fra gresk og er definert som *en*. Som her betyr i, og *pathos* følelse (Myhrvold 2003). Travelbees anvendelse av begrepet har vært sentralt i norsk sykepleieutdanning, der empati beskrives som en interaksjon mellom sykepleier og pasient med den hensikt å skape en intrapersonlig kontakt som vil hjelpe pasientene å finne mening i livet på tross av pasientens lidelse, og bringe håp (ibid).

På den måten er empati knyttet opp mot begrepet intersubjektivitet. Det finnes flere definisjoner av intersubjektivitet, en av dem er slik:

The verbal and nonverbal interplay between the organized subjective world of one person and the organized subjective world of another (Munhall 1993 fra Pierson 1999)

Sykepleierne i min studie snakket ikke om intersubjektivitet som strategi eller metode, men de brukte en metode som har trekk fra intersubjektivitet i seg når de kommuniserte med akutt forvirrede. På den måten at de observerte at pasientene enkelte ganger kunne bli roligere når sykepleierne hadde beroliget dem om at for eksempel barna hadde lagt seg eller båten hadde gått. De bekreftet på en måte pasientens oppfatninger med hensikt å berolige han.

Kvale og Brinkmann (2009, s 247-248) benytter begrepet intersubjektivitet i en forskningskontekst og forklarer det ut fra en sammenheng der en søker og oppnå en felles subjektiv forståelse av virkeligheten. Ski og O`Connell (2006) berører emnet nå de snakker om en validerende strategi i forhold til akutt forvirrede pasienter. Sykepleieren aksepterer pasientens oppfatninger av virkeligheten som virkelig for ham, men ikke som en objektiv virkelighet. Anderson og medarbeidere (2002) understreker også betydningen av at helsepersonell aksepterer pasientens virkelighetsoppfatning som reelle for pasienten i øyeblikket selv om det ikke er det ut fra en objektiv synsvinkel. Dette bryter noe med den positivistiske forståelsen av begrepet, og heller mer mot den humanvitenskapelige tolkningen av begrepet. Sykepleier og pasient har forskjellig virkelighetsoppfatning, men den opplevde virkeligheten slik den framstår for pasienten blir tatt på alvor og akseptert som virkelig for pasienten, selv om denne virkeligheten består av hallusinasjoner og blanding av opplevelser fra fortid og nåtid (Pierson 1999).

Bevisstheten og kunnskapen rundt kommunikasjonsstrategier vil i forhold til informantene i denne undersøkelsen være nyttig da de vil kunne få en bekreftelse på at den strategien de benytter ovenfor pasienter som ikke lar seg realitetsorientere kan være formålstjenlig. I den forstand at det kan virke beroligende for pasienten. Kunnskap om bevisst valg av kommunikasjonsstrategier trenger således ikke bare resultere i et etisk vanskelig valg, men en bevisst handling som planlegges, tilpasses og evalueres.

I Mc Curren og Cronins (2003) studie angående pasientens opplevelser kom det fram at både holdninger og kommunikasjonsstrategier er svært viktig fra et pasientperspektiv. Non-verbal adferd som indikerte at sykepleieren hadde dårlig tid, eller at hun syntes at pasientene ringte på for ofte, oppfattet pasienten med en gang, selv om pasienten var forvirret (ibid). Dette kommer og fram i min studie.

Anderson og medarbeidere (2005) viser til det viktig med samtaler etter at pasienten har blitt orientert igjen. Disse samtalene kan hjelpe pasienten i sin bearbeidelse av hendelsen samt at det kan forklare pasienten årsaken til at sykepleierne handler som de gjør og at måten de kommuniserer på er et bevisst valg (Mc Curren og Cronin 2003). Det kom ikke fram i min studie at samtaler med forvirrede pasienter etter at de hadde våknet var vanlig.

5.3.10 Skepsis til bruk av medikamenter

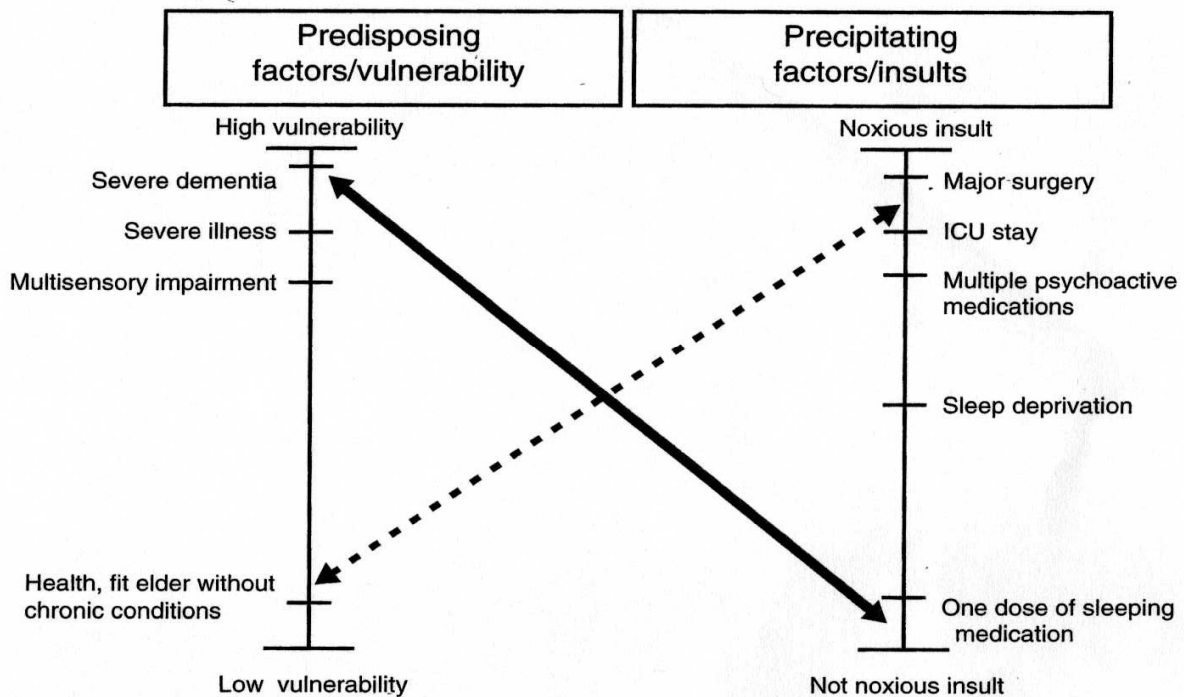
Informantene viste en skepsis til medikamentbehandling av delirium eller akutt forvirring som overrasket noe. Skepsisen til medikamenter rettet seg både mot behandling av delirium med antipsykotika, og mot enkelte smertestillende. Smerter kan være en utløsende faktor for akutt forvirring (Jagmin, 2006), noe som kan beskrive kompleksiteten ved smertelindring og akutt forvirring. Informantene brukte ikke-medikamentelle metoder for smertelindring som leieforandring og stillingsendring. Informantene søkte forskjellige modifierende strategier for å dempe pasientens stressfaktorer. De var klar over at forskjellige katetre og ledninger kan virke som en ekstra stressfaktor for pasienten som: Urinkateter, oksygenlanger, bandasjer og intravenøse ledninger. Medisinteknisk utstyr angies som en stressfaktor i flere artikler der man anbefaler å redusere disse så mye som mulig (Neitzel et al 2007, Gillis og Mac Donald 2006).

Når det gjaldt smertestillende medikamenter hadde flere informanter erfaringer med at dersom man seponerte oksykodon hos en pasient så ble pasienten mer mentalt orientert. Opioider er en gruppe som kan påvirke utviklingen av akutt forvirring negativt (Robinson et al 2008, Gustafsson et al 2002). Standard for smertestillende behandling ved nevnte avdeling var paracetamol og eller NSAID i kombinasjon med oksykodonhydroklorid, paracetamol/ kodein

og av og til ketobemidon for nevnte pasientgruppe, både pre og postoperativt. Det var ikke vanlig med regionalblokkade som analgesi preoperativt. De fleste pasientene fikk spinalbedøvelse som anestesimetode under operasjon.

Informantene hadde erfaring med at smerter kunne utløse akutt forvirring, og de hadde erfaring med at kombinasjon paracetamol/kodein ikke hadde en like disponerende effekt på akutt forvirring. Andre hadde positive erfaringer med ketobemidon som smertestillende istedenfor oksykodonhydroklorid. Ved den nevnte avdeling ble ofte ketobemidon ordinert som smertestillende” ved behov” i tidlig postoperativ fase. Ikke-opioider som paracetamol har den effekten at det virker opioidbesparende opp mot 30%. (www.felleskatalogen.no), og har samtidig en antipyretisk effekt. Feber og høyt forbruk av opioider kan være en utøsende årsak til utløsning av delirium (Gustafson et al 2002).

Registrering og dokumentasjon er sentralt i forhold til smertelindring. VAS skala ble i noen grad brukt som observasjonsverktøy i forhold til observasjon og dokumentering av smerter. Det kommer ikke fram i intervjuet hvordan smerteregistrering blir gjort på pasienter som ikke kan verbalisere sine smerter. Observasjonene som mine informanter rapporterte i forhold til aktuelle pasienter med kognitiv svikt, og smerter, er særlig motorisk uro eller irritabilitet. Lavt kognitivt funksjonsnivå er en spesiell utfordring når det gjelder observasjon av smerter. (Kongsgård et al 2008).



Figur 9 Sammenheng mellom predisponerende faktorer og delirium (Lindsay og Rockwood 2002)

Skissen ovenfor viser sammenheng mellom utløsende faktorer, framskyndende faktorer og delirium. Medikamenter spiller en viktig rolle, både i forhold til smerter, som direkte årsak til akutt forvirring, og som behandlingstiltak.

Informantene i min studie viser en tilbakeholden holdning ovenfor enkelte opioider som smertelindring, fordi disse kan forsterke forvirring. Det er en fare for at denne holdningen kan føre til at pasientene ikke bli godt nok smertelindret, spesielt kan dette gjelde pasienter med nedsatt kognitiv evne, for eksempel pasienter med hypoaktivt delirium. I utgangspunktet er informantene i min studie skeptisk til opioider på grunn av at de opplever en eventuelt akutt forvirring eller en forverring av akutt forvirring som en større lidelse enn økte smerter. Jagmin (1998) framhever imidlertid at smerter i seg selv kan være en betydelig utløsende årsak til akutt forvirring, spesielt postoperative smerter. I flere andre artikler anbefales imidlertid en smertelindringsmetode som går ut på at man er tilbakeholden med opioider som smertelindring og at man bruker alternative medikamenter så langt råd er (Neitzel 2007, Inouye 1999 og Kyziridis 2006).

Morrison og medarbeidere (2003) utført en stor kohort-studie for å undersøke forholdet mellom faren for utvikling av delirium hos pasienter som blir innlagt for lårhalsbrudd sett i relasjon til bruk av opioider. De fant at pasienter som fikk minst opioider var de som var mest utsatt for delirium, og at smerter var en sterk indikator for utløsning av delirium hos kognitivt friske personer. Flere andre studier tyder og på at dårlig smertelindring kan være en større fare for utvikling av delirium for pasientene enn det å få mye analgetika (Morrison et al 2003, Songe-Møller et al 2005 og Bjørø 2008).

Informantene ser en klar sammenheng mellom preoperativ ventetid, smerter og forbruk av smertestillende. Det at pasientene ligger lenge og venter på operasjon mener de er en negativ faktor, også fordi at pasientene må ha mer smertestillende, også opioider, over en lengre periode. Forlenget ventetid med immobilisering og smerter oppleves som en betydelig stressfaktor, noe som kan øke muligheten for utvikling av delirium. Dette er også i tråd med bla en norsk studie av Juliebø og medarbeidere (2008) som finner at forlenget preoperativ ventetid er en av de predisponerende faktorer for utvikling av delirium.

De mest brukte medikamenter til behandling av akutt forvirring ved avdelingen var klometiazol, haloperidol (og sjelden diazepam). Imidlertid var det flere av informantene som og hadde negative erfaringer med haloperidol, et antipsykotisk medikament som ofte blir brukt ved behandling av delirium både ved denne aktuelle avdelingen andre. Her skiller informantenes erfaringer seg noe fra flere artikler som peker på nytten av dette medikamentet bla D`Arcy (2006) og Kyziridis (2006). Medikamentet er nyttig i forhold til å framkalle søvn og ro hos pasienter med hyperaktivt postoperativt delirium (ibid). Andre studier er mer tilbakeholden ovenfor haloperidol (Neitzel et al 2007, Gustafson et al 2002) spesielt gitt som forebyggende i forhold til delirium. Gustafson et al (2002) fremhever at det er ingen studier som bekrefter at haloperidol har en dokumentert forebyggende effekt.

Fordelen med haloperidol er at det kan administreres på alle måter, både som injeksjoner og peroralt. Tilbakeholdenheten ovenfor medikamentene var gjennomgående hos alle informanter. Informantene opplevde ingen problemer med å få ordinert medikamentene, av lege, som skulle gis "ved behov".

Årsaken til de har blandede eller dårlige erfaringer med medikamenter er at de kan ”slå begge veier” som informantene uttaler. Dette gjelder i første rekke de pasientene som har moderate symptomer. I de tilfellene der pasientene får slike symptomer at de står i fare for å skade seg selv er ikke informantene i tvil, da må de medisineres ofte imot pasientenes vilje. Både for at de ikke skal stå opp og skade seg selv, og fordi de skal sovne av. Langvarig og uavbrutt søvn anser informantene som den beste behandling. I de tilfellene angir informantene at det blir benyttet haloperidol eller diazepam intravenøst eller intramuskulært. Innsøvningstabletter har de erfaring med at kan gi paradoksale virkninger. Flere artikler peker og på betydningen av å oppnå god søvnhygiene (Neitzel et al 2007, Inouye 1999, og Andersson 2005)

Medikamenter som har en anticholinerg effekt blir ansett som potensielt mest skadelig for pasienter med akutt forvirring, eller de som står i fare for å utvikle dette på grunn av dets effekt med blokkering av nevrotmitteren acetylcholin (Ranhoff et al 2005, Inouye et al 1999). Andre medikamenter nevnes av informantene, men det er smertestillende og beroligende som her det alt overveiende fokus.

Et annet moment som blir framhevet er at informantene hevder at de opplever at flere pasienter er overmedisinert eller feilmedisinert når de kommer inn. Årsakene til feilmedisinering er ofte sammensatte, men informantene peker på at mange av pasientene bor hjemme og har ansvaret for medisiner sine selv og så har de gjerne tatt litt for mye eller feil medisin. Informantene har erfaring med at de er uklare eller forvirrede før de kommer inn på sykehuset. En anbefalt behandlingsstrategi ovenfor pasienter med delirium er at en unngår polyfarmasi og seponering av flest mulig medikamenter blir framhevet som et konstruktivt utgangspunkt for å behandle akutt forvirring (Ranhoff et al 2005, Neitzel et 2007, Inouye et al 1999).

5.3.11 Pårørende som ressurs

Informantene anså pårørende som en betydelig ressurs for pasienten. I de tilfellene der det var dårlig kontakt mellom pasient og pårørende var de selvsagt ikke så sentral for pasienten. Pårørende hadde en positiv innvirkning på realitetsorientering. De hadde imidlertid ofte og en

positiv beroligende virkning på de som var uklare og ikke lot seg realitetsorientere. Tilrettelegging for pårørende er sentralt både hos Inouye og medarbeidere(1999) og Neitzel og medarbeidere (2007). Informantene problematiserer forholdet til pårørende noe da de har erfaring med at pårørende er i en sårbar situasjon og trenger informasjon og omsorg, før de har mulighet til også å fungere som en støtte for pasienten. Det er altså ikke nok og fysisk tilrettelegge for at pårørende kan besøke pasienten, det må og sørges for adekvat informasjon og støtte for pårørende. Dette er en informasjon som ofte kan kreve mer enn vanlig på grunn av at i tillegg til at en må informere om den fysiske skaden er pasienten også kanskje mentalt forandret noe som kan virke overraskende for pårørende. Noe som kan gi seg utslag i at pårørende ikke forstår hva som har skjedd med pasienten, anklager personalet for feilbehandling, eller føler seg svært flau på pasientens vegne (i de tilfellene der pasienten har paranoide vrangforestillinger).

Informantene framhever at de kan utvikle sin interaksjon med pårørende. Dette kan gjøres ved at sykepleierne er tilstede sammen med pårørende og nytter muligheten til å realitetsorientere pasient. Flere pasienter vil være i en fluktuerende tilstand der de periodevis er uklare og periodevis orienterte (Anderson et al 2002). Pårørende vil her kanskje kunne fungere som en døråpner inn til realitetsorientering av pasienten. Dette er noe informantene refererer til, og som jeg selv også har klinisk erfaring med.

Flere multifaktorale studier (Milisen et al 2001, Lundstrøm et al 2005 og Robinson et al 2006) legger imidlertid ikke spesielt vekt på pårørendes rolle bortsett fra at man skal prøve å innhente informasjon fra personer som kjenner pasienten og hans vaner. Ut fra min studie virker det som om pårørende har en betydningsfull og av og til avgjørende rolle i forhold til akutt forvirring.

Årsakene til forskjellen i noen anbefalinger (Milisen et al 2001, Lundstrøm et al 2005 og Robinson et al 2006) og i min studie kan også bero på studiedesign. De ovenfor nevnte multifaktorale studiene hadde et bredt spekter av intervensjoner der mye ble rettet mot opplæring og oppfølging av personale. Flere studier legger imidlertid vekt på sensoriske stimuli samt at pasientene har tilgang til gjenstander eller bilder som virker kjent for dem

(Milisen et al 2001, Lundstrøm et al 2005 og Gillis og Mc Donald 2006). Dette elementet er på den andre siden omtrent fraværende i min studie, men der pårørendes rolle er framhevet.

Fra pasientens perspektiv er pårørendes rolle også sentral. Mc Curren og Cronin (2003) fant gjennom sin studie om pasientopplevelser at pårørende som var tilstede og snakket til pasienten mens han var forvirret innga håp og var svært viktig for han. Selv i sin tilstand av forvirring kunne pårørende være en kjent forankring pasientene kunne forholde seg til (ibid). Dette er funn som og kommer fram i min studie der det blir vist til en situasjon der personalet oppfatter pasienten som forvirret, og der ikke realitetsorientering nytter, men der pasienten tydelig kjenner igjen pårørende. En kjent stemme kan her være til hjelp for pasienten (ibid). Det er samtidig viktig for pårørende at de får vite at pasientens uklarhet og forvirring er forbigående og at en forklarer at pasienten vil klare opp igjen, og at selv om pasienten virker uklar og forvirret kan pårørendes tilstedeværelse være av stor betydning for pasienten.

Alle pårørende har i følge Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter § 3-3 1999), rett på informasjon. Informantene hadde erfaring med at pårørende som besøker en pasient med akutt forvirring ofte har et utvidet informasjonsbehov. Pasienten er kanskje svært aggressiv og kjenner ikke sine barn igjen med et det samme. Flere hadde erfaring med at pårørende hadde vansker med å forholde seg til svært uklare pasienter. Det er derfor av svært stor betydning at pårørendes informasjonsbehov og omsorgsbehov anerkjennes og følges opp.

Flere informanter meldte om pårørende som ikke hadde anledning til å komme, eller ikke viste særlig interesse. Betydningen av pårørendes rolle kan klargjøres for disse og men interaksjon med pårørende må skje på deres premisser. Der pårørende ikke hadde tid eller anledning til å komme på besøk hadde noen informanter gode erfaringer med at pasientene fikk snakke med dem på telefon. Dette kan sees i sammenheng med at en bringer inn et kjent element (en stemme) som pasienten kan forholde seg til (Gillis og Mc Donald 2006).

5.4 Diskusjon av metode

Gruppeintervju stiller spesielle krav til moderatorene i forhold til å styre diskusjonsprosessen. En ulempe er at enkelte personer kan bli for dominerende i gruppen og dermed prege resultatet uforholdsmessig. Videre kan informantene finne opp svar på spørsmål de ikke vet svaret på, istedenfor si at de ikke vet. Et annet kritisk moment som blir framhevet er at informantene har en tendens til å framstille seg selv som mer gjennomtenkte, reflektert og rasjonelle, i forhold til de handlinger som blir diskutert (Krueger og Carey 2008, s 100). Videre kan dominerende personer prege intervjuene, og personer som er mer beskjeden, kan ha vanskelig for å komme til orde. Dette kan komme til uttrykk ved at enkelte gir inntrykk av å ha alle svarene og dominere diskusjonen (ibid).

Enkelte personer kan slik være med å danne en "gruppekultur" som målbærer spesielle meninger og legger føringer på de andre deltakerne slik at disse ikke får komme fram med sine individuelle ideer og meninger (Polit & Beck 2008, s 395). Ved intervjuene utført i denne studien kjente alle informantene hverandre godt, og de hadde stort sett samme yrke. De var alle sykepleiere (bortsett fra to som var hjelpepleiere). Dette var med på å skape en utvunget og uformell stemning. Dette samt at temaet engasjerte de frammøtte gjorde at diskusjonen gikk fritt mellom informantene. Det var få pauser og få perioder der moderatorene måtte gjenta spørsmål.

Det kan reises kritikk mot intervjumetoden fordi den innebærer en asymmetrisk maktrelasjon mellom informantene og moderator ved at moderator definerer intervjuområdet og setter dagsorden og stiller spørsmål. Spesielt gjelder det i dette tilfelle der moderatorene og har samme fagbakgrunn som informantene og en god del klinisk erfaring fra området som blir studert. Dette kan ha vært med å styre dialogen i et bestemt spor, og hindre en åpen dialog, (Kvale og Brinchmann 2009 s 52).

Det er også en mulighet for at et bare blir en enveisdialog der moderator spør og informantene svarer, uten at det blir for mye dialog eller diskusjon informantene imellom. Det er også en mulighet for at dialogen blir manipulert av moderator i en bestemt retning, en opererer med en skjult dagsorden, og etterspør andre opplysninger enn det som blir framsatt i informasjonen om intervjuet (ibid). Bruk av assisterende moderator vil kunne virke modifierende på en alt for ensidig spørsmålsvinkling. Videre er det bare moderator som har tilgang til dataene etter

intervjuet og står for tolkning. Dette medfører at selv om jeg kommer til de konklusjonene jeg har gjort ville andre kanskje kunne kommet til en annen konklusjon.

På den andre siden vil en slike intervjusituasjoner som beskrevet her være preget av at alle har omtrent lik fagbakgrunn og god kjennskap til temaene som diskuteres. Dette kan føre til en situasjon der de impliserte har et felles forståelsesgrunnlag basert på yrkesidentitet og erfaringer, det kan danne grunnlaget for intersubjektivitet. Kvale og Brinkmann (2009, 248) benevner dette som dialogisk intersubjektivitet der en gjennom en rasjonell diskurs og gjensidig kritikk skjer en kommunikativ validering mellom moderatorene og intervjuobjektene. En situasjon preget av meningsutveksling der felles erfaringsbakgrunn er en styrke og ikke en hindring (ibid). Fagpersoner med felles erfaringsgrunnlag som diskuterer et tema er en av fordelene ved fokusgruppeintervju. (Lerdal og Karlsen 2008). Det kan da komme i gang gruppeprosesser og refleksjoner rundt emner som oppleves som sentrale hos gruppe medlemmene.(ibid). Dette kan og føre til konkrete forslag til problemløsninger(ibid).Fra et forskerperspektiv vil en få mange synspunkt om et tema på kort sikt, og ved at informantene reagere på hverandre meninger vil en kunne få en dypere diskusjon av aktuelle tema. (Polit & Beck 2008,s 395)

4.1 Forforståelse og bias.

Gjennom en årrekke har jeg klinisk erfaring fra dette området, noe som influerer på min egen forforståelse. Dette var det viktig å være klar over, ikke bare under analysedelen, men og under intervjuene. Noe som kan påvirke både hvilke spørsmål som blir stilt og hvordan de blir tolket. Kvale og Brinkmann (2009, s 219) omtaler dette som faren for *partisk subjektivitet*, der en bare søker svar eller bekreftelser på egne oppfatninger og meninger. Dette har jeg søkt å unngå gjennom for det første å diskutere spørsmålene i intervjuene med to sykepleiere som hadde erfaring fra feltet, men som ikke arbeidet på avdelingen der studien foregikk, samt for det andre å bruke en assisterende moderator som var tilstede ved intervjuene og som en kunne diskutere de initiale funnene med.

4.2 Validitet og reliabilitet

Det er reist en del kritikk mot kvalitativ intervjuforskning spesielt fra samfunnsvitenskapelig side (Kvale og Brinkmann, 2009 s179). Kritikken går bla annet på at den bare er beskrivende , kan være lite troverdig basert på at den er svært personavhengig, og at den kan være lite pålitelig som følge av at den er mye basert på subjektive inntrykk fra forskeren(ibid). Kvale og Brinkmann (2009 s180-181) snur dette perspektivet og fremhever viktigheten av at intervjueren som person er det primære forskningsredskap til innhenting av kunnskap og at et ensidig perspektiv kan brukes bevisst for å belyse spesielle aspekter av undersøkte fenomener og derigjennom få fram nye kunnskapsdimensjoner (ibid).

Hos Kvale og Brinkmann (2009,s253) er det ikke bare sluttproduktet som skal vurderes som vitenskapelig relevant, men hele prosessen. Vitenskapelig pålitelighet skal gjelde hele prosessen fra valg av metode, gjennom transkribering og til analyse av data.

Det kvalitative designet på denne studien ble valgt fordi en ville belyse sykepleieres egne erfaringer med pasienter med akutt forvirring. Fokusgruppeintervju som metode ble valgt ut fra den intensjon om at en sammensatt faggruppe fra samme avdeling kunne kommentere hverandres erfaringer og derigjennom utfylle hverandres refleksjoner om emnet. Selve intervjumetoden fulgte et halvstrukturert konsept etter anbefalinger fra Carey og Krueger (Carey og Krueger 2008). Med dette menes at en tematiserer spørsmålene innen visse områder, men at en lar informantene diskutere relativt fritt innen disse emnene.

Analysemetoden her har fulgt en empirisk analyseprosses slik den er beskrevet hos Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann 2009,s 220-5). Dette medfører at hele prosessen rundt datainnsamlingen er beskrevet og at en søker å følge en anerkjent metode. Dette innebærer og en beskriver metode for transkribering av data og hvordan en omdanner tale til skrift.

Kvale og Brinchmann (Kvale og Brinkmann 2009, s190-193) legger stor vekt på transkriberingens reliabilitet og validitet. Dersom to personer skulle skrive ut det samme intervjuet vil de kunne legge vekt på forskjellige aspekter (ibid), for eksempel formulering av pauser, latter og ironiske kommentarer osv. Videre er det vansker med overføring fra tale til skrift. Det er få som snakker slik de skriver, noe som kan føre til at utskriften av intervjuene ikke er en helt konsis gjengivelse av det som ble sagt (Malterud 2002). Intervjuteksten ble her

skrevet ut i dialekt, pauser ble antydnet med ... og latter eller kremting ble skrevet i (). Under meningsfortetningen ble teksten skrevet om til bokmål pga anonymisering. Tekstsitatene som forekommer i oppgaven er skrevet i bokmål. Den samme metode ble brukt til begge intervjuene.

Videre er det av sentral betydning at en er fokusert på egen forforståelse og hvordan den influerer på hele intervjuet og analyseprosessen. Forforståelsen kan også innvirke på hvilke spørsmål som ble stilt og hvilke spørsmål som ble fulgt opp. Deltagelse av assisterende moderator har vært nyttig i så måte da denne og stilte enkelte oppfølgingsspørsmål, samt at en har kunnet diskutere de initiale funn fra intervjuene og kunnet korrigere fokus på det andre intervjuet noe. Som en fagperson med mye erfaringsbakgrunn fra fagfeltet var det hele tiden sentralt for meg å fokusere på opplysninger som avvek fra min egen oppfatning og erfaring, slik at en prøvde å unngå en ensidig verifisering av egne erfaringer. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmanns anbefalinger (Kvale og Brinkmann, 2009 s244).

De framkomne data som ble betraktet som mest sentral ble mye bestemt ut fra informantenes underbygging og fokus. Dette medførte at det var tema som ble vurdert som mer sentralt enn andre.

Hvilken overføringsverdi fremkommer i oppgaven? Leseren av oppgaven får ikke tilgang til alle rådata slik undertegnede har. En annen som hadde utført samme studie og med de samme materialene, har kanskje kunnet komme til andre slutninger. En har imidlertid prøvd å gjøre prosessen mest mulig gjennomsynlig. Metode for analyse og analyseprosessen er beskrevet med grunngeving.

Overføringsverdien her vil først og fremst være aktuelt i forhold til sykepleiere ved andre ortopediske avdelinger. Resultatene kan være anvendbare for ledelse og fagutviklingssykepleiere. I tillegg kan resultatene være anvendbare på andre somatiske avdelinger der man ofte har eldre pasienter, for eksempel generelle indremedisinske avdelinger.

Utfordringene ved pålitelighet og relevans når de det gjelder denne oppgaven har vært at en klarer å beskrive hele metoden som det Malterud kaller en "rød tråd", der spørsmålene om

gyldighet resulterer i å vise sammenhengen mellom spørsmålstillingen, metode, data, teorier og analyse som fører fram til ny kunnskap (Malterud 2003, s 26)

6.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Etter at intervjuene ble utført ble det avholdt et møte der en presenterte enkelte hovedfunn. Det er vanskelig å vite om intervjuene og presentasjonen fikk følger for praksis, men det er visse indikasjoner på det. En mulighet er og at en ser en Hawthorne-effekt (Kvale og Brinkmann 2009, s29-30) der en blir mer oppmerksomme ovenfor denne gruppen pga det fokus temaet hadde for intervjuene. Slik at deltakerne i studien anvender sin egen kunnskap og erfaring mer bevisst.

Sentrale kilder angir multifaktorale metoder som anbefalt intervensjon (Lundstrøm et al 2005, Milisen et al 2001, Inoye et al 1999, og Neitzel et al 2007). På grunnlag av erfaringene fra informantene og anbefalinger fra disse kildene kunne en utarbeidet rutiner for mottak, intervensjon og opplæring, når det gjelder denne gruppen pasienter. Det foreligger planer om dette ved aktuelle avdelingen

Under intervjuet kom det fram forhold som informantene mente kunne ha positiv innvirkning på den aktuelle pasientgruppa, og at de kunne bli mer bevisst i forhold til dette. Slike resultater kan skyldes fokusgruppemetodens ad-hoc preg der fagpersoner med samme bakgrunn og arbeidssted diskuterer erfaringer og problemløsninger i forhold aktuell problemstilling. Noen av disse resultatene var: Informasjon av pårørende og tilrettelegging slik at pårørende kunne være mest mulig sammen med pasienten, fortsatt bevisstgjøring i forhold medikamentbruk, og påvirkning i forhold til tidspunkt for operasjon. Særlig informasjon av pårørende var av betydning. Hovedresultatene av undersøkelsen er blitt presentert ved den aktuelle avdeling.

6.1 Ledelsesforankring

Gjennomføring av endring av rutiner er ofte noe som tar tid og det krever ikke minst at ledelsen er involvert. Operasjonalisering av erfaringene som blant annet kommer fram i disse intervjuene er avhengig av at ledelsen ved avdelingen fatter interesse for dette og vil følge det opp. Kunnskaper, holdninger og erfaringer er sentralt i forhold til pasientene, men en endring i rutiner og mer opplæring og oppfølging krever også engasjement fra ledelsen.

Et klart mål som både avdelingsledelse og seksjonsledelse ved den aktuelle avdelingen kunne gå inn for er å gjeninnføre kvalitetsmålet om at disse pasientene skal opereres innen 12 timer, noe de vil ha faglig anbefalinger å vise til (Juliebø et al 2009,England 2009).

Operasjonalisering av erfaringer og kunnskap i forhold til denne pasientgruppen vil og krever flere ressurser, for eksempel i form av flere ekstravakter som sitter fastvakt inne hos akutt forvirrede pasienter. En er således avhengig av aktive og interesserte ledere, både under implementering av prosedyrer, og i forhold til bruk av ressurser, og planlegging og oppfølging i forhold til opplæring og kursvirksomhet.

7. 0 VIDERE FORSKNING

På grunn av den forventede økning i pasientomfanget de kommende år vil det være av stor betydning at det iverksettes mer forskning på feltet. Forskning på feltet har fått fram kunnskap om en del utløsende årsaker til utvikling av akutt forvirring. Noe av problemet med oppfølgingen har vært kompleksiteten og den manglende diagnostisering i forhold til disse pasientene. Det vil være av interesse både og iverksette langsgående beskrivende studier og kontrollerte studier der en prøver ut intervensjonsmetoder. Multifaktorale kontrollerte studier ville og være aktuelt. Helsevesenet ikke er strukturert likt fra land til land. Norge har et desentralisert helsevesen og på mange mindre sykehus der pasienter med lårhalsbrudd blir operert er det ikke egne geriatrike avdelinger og en mer begrenset tverrfaglig kompetanse å spille på. Et av områdene som kunne være av særskilt interesse er pårørendes rolle, og interaksjon med pårørende.

Kvalitative studier med dybdeintervjuer av pasienter rettet mot opplevelse av fenomenet akutt forvirring, kan og være aktuelt. Forskning som retter seg mot miljømessige forhold vil være av stor betydning, da mye forskningen har avdekket at dette har en betydelig implikasjon på utvikling av akutt forvirring hos eldre pasienter med lårhalsbrudd.

9.0 KONKLUSON

Oppgaven hadde fokus på sykepleieres erfaringer med pleie og omsorg til pasienter med akutt forvirring og sykepleieres erfaring med forebygging av akutt forvirring. Det fremkommer at sykepleierne har et omfattende erfaringsgrunnlag. De viser et betydelig handlingsrom ovenfor pasienter med akutt forvirring, og at de innehar en betydelig kompetanse på området. Dette til tross for at disse pasientene representerer en spesiell utfordring og ofte kan være svært resurskrevende.

De tydeligste positive erfaringene når det gjaldt både forebygging og pleie og omsorg, var aktivt bruk av enerom og skjerming. Aktivt bruk av enerom inkluderer at en bruker personalressurser bevisst og følger opp skjerming med en fast pleier pr vakt samt at en iverksetter ytterligere skjermingstiltak der det er nødvendig. I perioder der bruk av en fast pleier ikke lot seg gjennomføre prøvde man allikevel å begrense antall personale. Imidlertid må ikke skjerming nødvendigvis inkludere avsondring fra TV og radio, da disse media kan være med på å realitetsorientere pasienten. Det samme gjelder i høy grad personlige hjelpemidler som briller og høreapparat, som må bli gjort tilgjengelig for pasienten.

Det andre sentrale aspektet var den betydelige ressurs for pasienten som pårørende representerte. De hadde en realitetsorienterende og beroligende innvirkning på uklare pasienter, og en beroligende effekt også på de mest forvirrede pasientene. Pårørende var imidlertid ofte i en utsatt situasjon og kunne trenge mye informasjon og støtte før de var en ressurs for pasienten. I flere av de sentrale kildene er interaksjon med pårørende et viktig element, men ut fra denne studien virker det som om interaksjon med pårørende av og til kan være helt avgjørende.

Det er også viktig at akutt forvirrede får dokumentert sin tilstand i form av registrering i CAM eller andre registreringsverktøy. Dermed kan man igangsette forebyggende tiltak og tiltak i forhold til pasienter med hypoaktivt form. Videre er det av sentral betydning at en utarbeider prosedyrer for forebygging, pleie og omsorg i forhold til pasienter med akutt forvirring, samt at dette blir tema for opplæring av nytilsatte og for internundervisning.

Litteraturliste

Album D, Westin S: Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students: *Soc Sci Med*. 2008 Jan; 66(1):182-8. Epub 2007 Sep 12

Anderson D: Preventing delirium in older people. *British Medical Bulletin*. Oxford:2005. Vol. 73-74, Iss. 1; pg. 25-34

Andersson E M, Hallberg I R, Norberg A, Edberg A-K: The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002;17: 652-663

Barret EAM: What is Nursing Science. *Nursing Science Quarterly*. Vol.15 January 2002,51-60 © 2002 Sage Publications

Bergland Å: Hvem vil arbeide med eldre? En undersøkelse blant norske sykepleierstudenter. *Vård i Norden* 3/99. Publ. No. 53 VOL. 19 No. 3 PP 4–10

Bjørro K: Smertebehandling som risikofaktor for delirium hos gamle mennesker med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning* 2009 4(1).76-79

Brown TM, Boyle MF: Delirium *BMJ* 325: 644 (Published 21 September 2002)

Cofer Margaret J., RN, PhD Unwelcome companion to older patients: Postoperativdelirium. Why is this complication all too common? What can you do to prevent or manage it? www.nursing 2005.com

Cotter VT, Strumpf E N Advanced practice nursing with older adults : clinical guidelines New York : McGraw-Hill Medical Pub. 2002

D'arcy Y. Managing postop pain in a patient who's delirious. *Nursing* 2006, June, 17

England K. Eldre og gamle som utredes og behandles i spesialisthelsetjensten. Tilsynsmeldingen 2009. Statens Helsetilsyn

Eriksson K. Understanding the World of the Patient, the Suffering Human Being: The New Clinical Paradigm from Nursing to Caring. *Advanced Practical Nursing Quarterly*. 1997, 3 (1), 8-13

Finsen V. Lårhalsbrudd den ulykksalige epidemi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2654-5

Forrest J, Holm K, Anderson M A, Foreman M D: Recognizing Quiet Delirium. Not all cases of delirium are of the familiar hyperalert-hyperactive subtype. *American Journal of Nursing* April 2007 Vol. 107, No 4

Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland O G. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:1913-6

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning
Oslo 2011

Garsjø. Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse-og sosialarbeidere
© Gyldendal Norsk forlag 2001

Gillis AJ, MacDonald B; Unmasking Delirium. *The Canadian Nurse*, Nov 2006; 102,9:
proudest Medical Library pg 19

Gjerberg E, Bjørndal A, Fretheim A. Effekt av geriatiske tiltak til eldre pasienter innlagt i
sykehus. *Rapport fra Kunnskapscenteret* nr 14 - 2006.

Guldbrandsen T og Stubberud D-G(red) Intensivsykepleie. Akribe as 2005

Gustafson Y, Lundström LM, Bucht G, Edlund A: Delirium hos gamla människor kan
förebyggas och behandlas. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122:810-4

Henrichsen B, Rød L-M: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger.
Brev av 03.05.2010 fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste

Hervik S W, Nordtvedt M : Ernæringens betydning for postoperativ sårtilheling. *Sykepleien
Forskning* 2009 4(4):258-267

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion:
the confusion assessment method. A new method for detection of delirium *Ann Intern Med*.
1990 Dec 15;113(12):941-8.PMID: 2240918 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Inouye SK, Bogardus ST, Charpenter PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford RT, Cooney
LM; A MULTICOMPONENT INTERVENTION TO PREVENT DELIRIUM IN
HOSPITALIZED OLDER PATIENTS. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 340
March 4, 1999 NUMBER 9

Jagmin M G. Postoperative Mental Status In Elderly Hip Surgery Patients. *Orthopaedic
Nursing*; Nov/Des 1998 17

Johansen A, Parker M. Hip fracture. *BMJ* 2006; 333:27-30 (1 July)

Johansson I. Hamrin E. Bedömning av akut förvirringstil med hjälp av NEECHAM
Confusion Scale. *VÅRD I NORDEN* 2/2009. Publ. No. 92 Vol. 29 No. 2 pp 42-43

Jootun D, McGee G : Effective communication with people who have dementia
Nursing Standard 25. 40- 46 2011

Juliebø V, Bjørø K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff A H, Wyller T B. Risk Factors for
Preoperative Delirium in Elderly Patients with Hip Fracture. *Journal of the American
Geriatrics Society* 57:1354-1361, 2009

Kiely D K, Marcantonio E R, Inouye S K, , Margaret M S , A. Bergmann, F M. Yang, Fearing
M A, and. R N Jones. Persistent Delirium Predicts Greater Mortality. *Journal of American
Geriatrics Society*. 57:56-61. 2009

Kim SH, An Integrated Framework for Conceptualizing Clients: A Proposal for a Nursing Perspective in The New Century. *Nursing Science Quarterly*,13:1;January 2000

Kim S H, Kollak I (red).The concept of Holism. Nursing Theories Conceptual & Philosophical Foundations. Second edition © 2006 Springer Publishing Company

Kim SH. Structuring the Nursing Knowledge System: A Typologi of Four Domains *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. An international Journal. Vol1 No 2 1987

Kim HS. The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. Springer Publishing Company 2000

Kirchbaum K.GAPN postacute care coordination improves hip fracture outcomes *Western Journal of Nursing Research* 29(5);523-44 , 2007, Aug

Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff (red.) A H:Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten . Gyldendal 2008

Kongsgaard U, Wyller T, Breivik H. Eldre trenger bedre smertebehandling. *Kronikk.Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128:590-1

Krueger RA, Casey MA: Focus Groups .4 edition. A Practical Guide for Applied Research. Copyright © 2009 by SAGE Publications, Inc

Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. © Gyldendal Norsk Forlag AS 2009. Andre utgave, første opplag 2009

Kyziridis T Ch. Post-operative delirium after hip fracture treatment: a review of the current literature. *GMS Psycho-Social-Medicine* 2006, Vol 3

Lerdal A. Karlsson B .Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 2008 3(3):172-175.

Lindsay J, Rockwood K: Delirium in old age. New York: Oxford University Press 2002.

Loft, M; McWilliam, C; Ward-Griffin, C. Patient Empowerment after Total Hip and Knee Replacement. *Ortopaedic Nursing*. Volume 22(1), January/February 2003, pp 42-47.

Lou M F,Dai L Z: Delirium: Nurses experience of caring for delirious patients. *Journal of Nursing Research* Vol 10. no 4 ;2002

Lundstrøm M, Edlund A, Karlsson S, Brannstrøm B, Bucht G, Gustafson Y. A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 53:622-628,2005

Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122:2468-72

Marcantonio E R, Flacker J M, Wright R J, Resnick N M: Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial . *Journal of the American Geriatrics Society* 49;516-522,2001

McCaffrey R: Music Listening: its effect in creating an healing environment. *Journal of Psychosocial Nursing* • Vol. 46, No. 10, 2008

McCaffrey R. R Locsin. The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of Clinical Nursing*.13(6B):91-6, 2004 Sep

McCurren C, Cornin S N: Delirium:Elders Tell Their Stories and Guide Nursing Practice. *MEDSURG Nursing*-October 2003-vol.12 No 5

Milisen K, Foreman M D., Abraham I L., De Geest S, Godderis J Vandermeulen E, Fischler B, Delooz H H. Spiessens B, and Broos P L O. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hipfracture patients. *Journal of the American Geriatrics Society (online)*, 2001,49 (5):523-532.

Morrison RS, Magaziner J,Gilbert M, Koval K J , McLaughlin M A, Orosz G, Strauss E, and Siu A L :Relationship Between Pain and Opioid Analgesics on the Development of Delirium Following Hip Fracture. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* 2003, Vol. 58A, No. 1, 76–81

Myhrvold T. The exclusion of the other:challenges to the etics of closeness. *Nursing Philosophy*, 2003 4.pp.33-43

N-004. Preoperativ liggetid lårhalsbrudd. Kvalitetsindikatorer for somatisk spesialistehelsetjeneste. Helsedirektoratet 18.12.2008

Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S,Leibson CL, R. Stevens S R and Harris M:Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. Special article. *N Engl J Med* 2011;364:1037-45.

Neitzel J, Sendelbach S, Larson LR: Delirium in the Orthopaedic Patient .*Orthopaedic Nursing*. Pitman Nov/Des 2007. Vol 26. Iss. 6 ; pg 354, 12 pgs.

Norderhaug I N, Lauvrak V, Juvet LK,: Tidlig rehabilitering av eldre pasienter med hoftebrudd. Rapport.Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2010

Norderhaug I N, Lauvrak V, Juvet LK: Fasting før operasjon hos eldre ortopediske pasienter. Rapport. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009

Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. NSF 2008

Palm H; Hoftebrud -en folkesygd. *Ugeskrift for Læger* 2008;170(8):619

Parker M. Treatment of displaced intracapsular hip fractures in elderly patients. *BMJ* 2007; 335: 1220-1

Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
LOV-1999-07-02-63, tillegg Kap 4 A § 4A1-4A11 (01.01.2009)

Pierson W. Considering the nature of intersubjectivity within professional nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30(2), 294±302

Polit D F& Beck CT. Nursing Research. General and Assessing Evidence for Nursing Practice, Eighth Edition. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins. 2008

Ranhoff A H: Legemidler i praksis. Medikamentell behandling av delirium hos eldre. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 23, 2004:124

Ranhoff A E, Brørs O: Legemidler som kan gi delirium hos eldre. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 2005; 125: 2366–7

Rodgers A C, Gibson C H: Experiences of orthopedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopaedic Nursing* (2002) 6 9-17

Robinson S, Rich C, Weitzel T, Vollmer C, Eden B: Delirium Prevention for Cognitive, Sensory, and Mobility Impairments. *Research and Theory for Nursing Practice*. An International Journal, vol 22, No 2, 2008

Rokeach. M. Beliefs, Attitudes and Values: A Theory of Organization and Change. Jossey-Bass Inc. Publishers 1968

Rokeach M. Understanding Human Values -Individual and Societal.
Copyright ©The Free Press 1979

Roberts E, Goldacre MJ, Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968-98: database study. *BMJ* 2003; 327:771-775 (4 October)

Siddiqi N , Holt R, Britton AM Holmes J; Interventions for preventing delirium in hospitalized patients (Review) Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Ski C, O'Connell B. MISMANAGEMENT OF DELIRIUM PLACES PATIENTS AT RISK. *Australian Journal of Advanced Nursing*; Mar-May 2006; 23, 3

Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen J, Loge J, Kaasa S; Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:1838-40

Sørensen G D, Wikblad K: Cognitive Function and Health-Related Quality of Life After Delirium in Connection With Hip Surgery. *Orthopaedic Nursing*; May/ June 2004; 23, 3

Sørensen G D, Wikblad K: Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2007: 810–818

Taylor L J, Harris J, Epps C D, Herr K; Psychometric Evaluation of Selected Pain Intensity Scales for Use with Cognitively Impaired and Cognitively Intact Older Adults. *Rehabilitation Nursing*. Vol. 30 Nr 2 . March/April 2005

Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Suominen T. Nursing advocacy: how it is defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced. *Scandinavian Journal of Caring Science*:2006,20,282-292

Vaartio H, Leino-Kilpi H. Nursing advocacy. A review of the empirical research 1990-2003 *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 705-714

Volmer C, Rich C, Robinson S: How to prevent delirium: A practical protocol. *Nursing*. Volume 37(8), August 2007, p 26-28

Waszynski Ch M: Detecting Delirium. The short Confusion Assessment Method quickly identifies four distinguishing features of the disorder. *American Journal of Nursing*. December 2007. Vol 107

Webb J M, Carlton E F, Geehan D M; Delirium in the Intensive Care Unit. Are we helping the Patient. *Critical Care Nursing Quarterly* Vol. 22(4), Feb. 2000, p 47-60

Zarit S H. Zarit J M. Mental disorders in older adults : fundamentals of assessment and treatment / Steven H. (2, edition): New York, NY, USA
Date Published: 2010

Aadland E: Etik for helse og sosialarbeidere. 3 utgåva. 2001. Det Norske Samlaget.

Internett ressurser

ICD-10(International Classification of Diseases)
fra www.helsebiblioteket.no

www.WHO.org

www.icudelirium.org

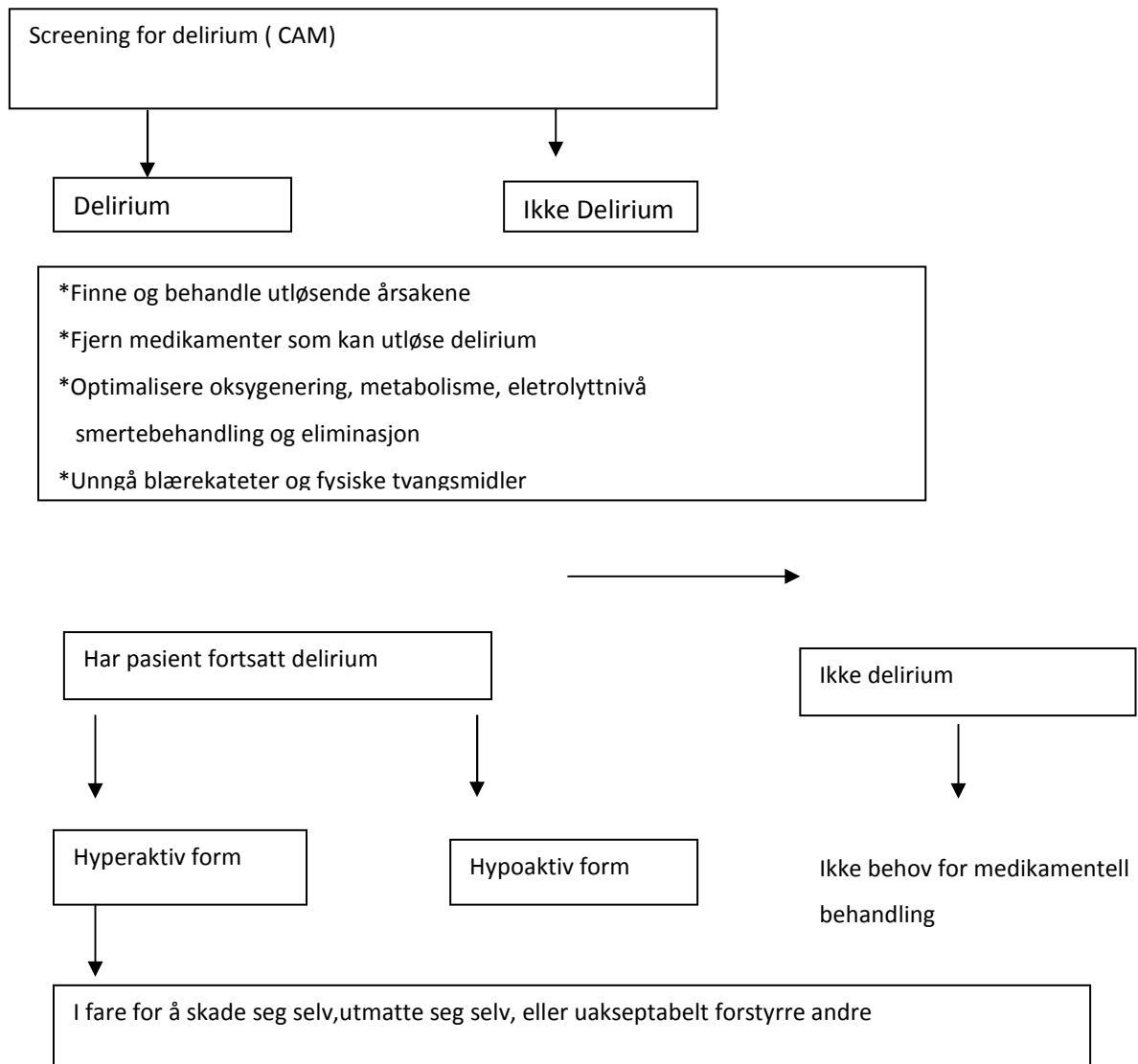
www.nel.no (Norsk elektronisk legehandbok)

www.felleskatalogen.no

<http://nrlweb.ihelse.net/default.htm>

VEDLEGG

Vedlegg 1 Algoritme for medikamentell behandling av delirium (Ranhoff 2004)



Vurdere medisinsk behandling

Uro ved alvorlig somatisk sykdom	Uro og søvnforstyrrelse ved lite alvorlig somatisk sykdom	Søvnforstyrrelser og angst
Haloperidol 0,5-2mg PO inntil x4 eller 0,5-5mg iv eller im	Haloperidol som ved alvorlig somatisk sykdom, eller klometiazol	Oksazepam PO 10-20 mg til natten, eller

Vedlegg 2 Noen behandlingsanbefalinger fra Gustafson og medarbeidere (2002)

1. Noggrann utredning for att upptäcka och behandla utlösande faktorer

2. Adekvat syretillførsel till hjärnan.

- a. Syrgasbehandling – saturation _ 90 % helst _ 95 %.
- b. Var medveten om att sömnapnesyndrom är mycket vanlig hos äldre och att enbart syrgasbehandling oftast saknar effekt.
- c. Blodtryckshöjning om blodtrycket sjunker under 2/3 av utgångstrycket före operationen. Blodtrycket bör dock aldrig tillåtas sjunka under 90 mmHg.
- d. Blodtransfusion for att hålla hematokrit _ 30 %.
- e. Sänk förhöjd kroppstemperatur, 1° temperaturstegring ökar syrebehovet i hjärnan med ca. 10 %.

3. Normalisera glukos, vätske och elektrolybalansen.

- a. Behandla alla elektrolytrubbningar.
- b. Eftersträva normoglykemi men undvik främst hypoglykemi.
- c. Undvik både övervåtskning och intorkning.

4. Förebygg och behandla smärta.

- a. Grundbehandling med paracetatmol.
- b. Vid smärtgenombrott använd låg dos morfin men observera andningsdepression.
- c. Övervåg alternativ smärtlindring med t.ex. akupunktur eller TENS1.

5. Sätt ut ej livsnödvändig medicin.

- a. Minimera användningen av läkemedel med antikolinerg effekt vilket inkluderar även t.ex. furosemid.
- b. Minimera användningen av bensodiazepiner, neuroleptika och antihistaminer.
- c. Undvik läkemedelsinteraktioner.

6. Observera och behandla störningar i tarm och blåsfunktion.

- a. Undersök med bladderscan vid minsta misstanke om urinretention.
- b. Undvik kvarliggande kateter – intermitterent tappning är att föredra.
- c. Förebygg och behandla förstoppning.

7. Adekvat näringsintag.

- a. Undersök patientens munhålsa – se till att patienten använder sina tandproteser.
- b. Se till att patienten sitter ordentligt vid måltider.
- c. Ge kosttillskott – gamla sjuka människor har alltid ett ökat närings och energibehov och ett förvirringstillstånd ökar som regel energibehovet ytterligare.
- d. Åtgärda inadekvat vätske och näringsintag utan fördröjning – övervåg sond eller PEG2.

8. Tidig mobilisering och rehabilitering.

- a. Kort ventetid till operation.
- b. Tidig bedömning av sjukgymnast for bl.a. förebyggande av ledsador.
- c. Mobilisering så snart som smärta och allmäntillstånd tillåter.
- d. Alla aktiviteter dygnet runt utnyttjas som träningstillfällen.
- e. Använd hjälpmedel for ökad säkerhet, förutom gånghjälpmiddel även t.ex. höftskyddsbyxor. Förvirrade patienter har kraftigt ökad fall och skaderisk.

9. Prevention och tidig upptäckt av postoperativa komplikationer.

- a. Observera hjärtkomplikationer – var frikostig med EKG och hjärtinfarktprover.
- b. Förebygg och observera lungkomplikationer som t.ex. pneumoni och lungemboli. Glöm ej sömnapné som en vanlig orsak till hypoxi och delirium.
- c. Förebygg, kontrollera och behandla urinvägsinfektioner, sårinfektioner och trycksår.
- d. Aktiv trombosprofylax.
- e. «Stressulcus» är vanlig hos äldre deliriösa patienter.
- f. Depression är en mycket vanlig komplikation som sannolikt kan förvärra och förlänga ett delirium hos akut sjuka äldre. Mianserin har prövats som behandling av delirium med likvärdig effekt som haloperidol dock utan någon annan kontrollgrupp (28).

10. Skana en tvdlis. lusn och trvss omsivning.

Vedlegg 3 Registreringsskjema for akutt forvirring

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Høyen Ranhoff, Marianne Hjørnstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

I	AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP		BOKS 1
	a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
II	UOPPMERKSOMHET		
	Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
III	DESORGANISERT TANKEGANG		BOKS 2
	Var pasientens tankegang desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
IV	ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ		
	Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå?		
	<input type="checkbox"/> Våken (normal)		
	<input type="checkbox"/> Oppspilt (anspent)		
	<input type="checkbox"/> Somnolent (søvnig, lett å vekke)		
	<input type="checkbox"/> Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke)		
	<input type="checkbox"/> Komatøs (umulig å vekke)		
	Er det noen kryss i det grå feltet?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er besvart med JA, er diagnosen delirium sannsynlig.

Vedlegg 4. Intervjuguide

PRESENTASION:

Her vil en presentere prosjektet samt foreta presentasjoner av alle som deltar. Av moderator, assisterende moderator og informanter. Hvor lenge har de enkelte arbeidet ved avdelingen.

Dette gjør en også med den intensjon at en vil ha alle i tale.

Tema: Erfaring fra pasient situasjoner

Kan du beskrive dine opplevelser og følelser når du står ovenfor en pasient med akutt forvirring

Bruk gjerne et eksempel

Hvilke tiltak vil du sette i verk

Hvem kan du samarbeide med

Tema: Pasientopplevelser av akutt konfusjon

Hvordan opplever du at pasienten opplever akutt forvirring?

Tema: Miljøet rundt pasienten, fysisk og sosialt.

Hvilke erfaringer har du når det gjelder pårørende og deres opplevelser av akutt forvirring hos den syke?

Tema: Forebygging av akutt forvirring, sykepleietiltak

Hvilke sykepleietiltak har du erfart blir iverksatt for å forebygge akutt forvirring

Hvordan opplever du at dokumentering og registrering av akutt forvirring blir gjennomført?

Tema: Rettigheter og integritet, samhandling.

Hvordan opplever du at disse pasientens rettigheter sikres når det gjelder informasjon og medvirkning (samtykke) angående pleie og behandling

Avslutningsspørsmål

Har du noen andre erfaringer fra arbeid i avdelingen angående forebygging av akutt forvirring

Vedlegg nr 5 Informasjonsskriv til sykepleierne ved ortopedisk avdeling

Åge W Bøyum
stud masyk HIO
tlf:90074676
e-post:agbo@start.no

Lærdal 24.04.2010

Informasjon til sykepleiere ved ortopedisk avdeling

Det forekommer 9000 lårhalsbrudd i Norge hvert år, de fleste hos eldre menneske over 65 år. Fortsetter den demografiske utviklingen slik den gjør nå i Norge vil det om 50 år være dobbelt så mange pasienter med lårhalsbrudd. Dette skaper store utfordringer for sykehusene. Forekomst av akutt forvirring etter lårhalsbrudd er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet.

Derfor er det viktig å få innsikt i hvordan kan sykepleiere legge til rette for forebygging av utvikling av akutt konfusjon hos eldre pasienter som er innlagt for behandling av lårhalsbrudd og hvilke erfaringer har sykepleiere med arbeid med slike pasienter.

Intervjuet vil foregå i juni 2010

Studien er en masteroppgave ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning.

Studien er meldt personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Dine svar blir behandlet konfidensielt og opplysningene blir anonymisert.

Resultatene av intervjuene som blir offentliggjort, i form av en artikkel og kappe, vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner.

Intervjuene tas opp på bånd.

Det er frivillig deltakelse.

Veileder på oppgaven er :Førstemanuensis May Karin Rognstad

E-post: MayKarin.Rognstad@hio.no . tlf: 22 45 37 42

Vi takker deg for at du vil delta i studien.

Åge W Bøyum

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning
Oslo 2011

Vedlegg 6 Søknad om tillatelse fra avdelingsledelsen ortopedisk avdeling

Åge Wiberg Bøyum
Stud master klinisk sykepleievitenskap
Høgskolen i Oslo
Øyane 10
6887 Lærdal

Lærdal 13.09.09

Avdelingssjef
Ortopedisk avdeling
Førde Sentralsjukehus

SØKNAD OM Å BENYTTE SYKEPLEIETJENESTEN VED**VED ORTOPEDISK AVDELING VED FØRDE SENTRALSKULEHUS TIL
FORSKNINGSFELT**

Jeg er student ved Høgskolen i Oslo der jeg arbeider med min masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap. Tema for oppgaven er:

*Hvordan kan sykepleiere best mulig legge til rette for forebygging av utvikling av akutt
konfusjon hos eldre pasienter som er innlagt for behandling av lårhalsbrudd.*

Jeg er blitt engasjert i dette temaet i mitt arbeid som intensivsykepleier gjennom en årrekke

Internasjonalt har temaet blitt viet en del interesse, men det er relativt lite som er gjort i Norge blant sykepleiere. Studien som skal gjøres er en kvalitativ beskrivende studie som benytter seg av fokusgruppeintervju. En vil søke om tillatelse ved Personvernombudet for forskning ved Sentralsykehuset i Førde, Runar Hovland, samt ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

Dersom tillatelse blir gitt, vil en ta kontakt med avdelingssykepleier ved avdelingen for praktisk tilrettelegging. Det er bare sykepleiere som skal intervjues. Intervjuene vil foregå på arbeidsstedet i løpet av februar 2010 og vil ta ca 1,5-2 timer. Det vil være 6-8 sykepleiere som deltar ved intervjuet, samt undertegnede og en medhjelper. Intervjuene vil bli tatt opp, samt at notater blir gjort underveis. Intervjuene blir skrevet ut og analysert. I analysedelen blir deltagerne anonymisert. Intervjudeltakerne blir informert om funn fra studien. Etter at datamateriale er behandlet blir det slettet.

Analysemateriale framkommet gjennom intervjuene skal danne grunnlag for en artikkel med kappe og en vitenskaplig artikkel som en vil søke å få publisert i et vitenskapelig tidsskrift. Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon til å vurdere min søknad, og håper på et snarlig og positivt svar.

Dersom dere har spørsmål vedrørende prosjekt og gjennomføring kan jeg kontaktes på:

Åge Wiberg Bøyum: E-post. Age.Wiberg.Boyum@hisf.no Tlf: 90074676

Min veileder ved Høgskolen i Oslo er :Førsteamanuensis May Karin Rognstad

E-post: MayKarin.Rognstad@hio.no . tlf: 22 45 37 42

Med vennlig hilsen

Åge Wiberg Bøyum

Vedlegg 7. Søknad direktør Førde sentralsykehus

Åge Wiberg Bøyum
Stud master klinisk sykepleievitenskap
Høgskolen i Oslo
Øyane 10
6887 Lærdal

Lærdal 10.05.2010

Jon Bolstad
Adm. Dir
Helse Førde
6807 Førde

Forespørsel om å bruke ortopedisk avdeling ved sentralsykehuset i Førde som forskningsfelt!

Jeg er student ved Høgskolen i Oslo der jeg arbeider med min masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap. Tema for oppgaven er:

Hvordan kan sykepleiere legge til rette for forebygging av utvikling av akutt konfusjon hos eldre pasienter som er innlagt for behandling av lårhalsbrudd.

Det er sykepleiere ved ortopedisk avdeling som inkluderes i studien. En ber derfor om tillatelse til å gjennomføre nevnte studie med fokusgruppeintervju. Det er innhentet tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (vedlagt).

Videre kontakt med avdelingen vil bli tatt etter at det er gitt positiv tilbakemelding om at studien kan gjennomføres. Datasamling vil foregå i løpet av mai /juni 2010. En vil og søke om tillatelse av klinikkjef ved sentralsykehuset i Førde. Dersom det er har spørsmål vedrørende prosjekt og gjennomføring kan dere kontakte følgende:

Prosjektleder og førsteamanuensis May Karin Rognstad ved Høgskolen i Oslo :

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning
Oslo 2011

E-post: MayKarin.Rognstad@hio.no. tlf: 22 45 37 42

Prosjektmedarbeider (master.stud)Åge Wiberg Bøyum: E-post. Age.Wiberg.
Boyum@hisf.no Tlf: 90074676

Vedlagt følger: prosjektbeskrivelse, uttalelse fra NSD

Med vennlig hilsen
Åge Wiberg Bøyum

Vedlegg 8. Søknad personvernombudet ved Helse-Førde

Åge Wiberg Bøyum

Lærdal 09.02.2010

Stud master klinisk sykepleievitenskap

Høgskolen i Oslo

Øyane 10

6887 Lærdal

Personvernombudet ved forskning Helse-Førde

Runar Hovland

Forespørsel om å bruke ortopedisk avdeling ved sentralsykehuset i Førde som forskningsfelt!

Jeg er student ved Høgskolen i Oslo der jeg arbeider med min masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap. Tema for oppgaven er:

Hvordan kan sykepleiere legge til rette for forebygging av utvikling av akutt konfusjon hos eldre pasienter som er innlagt for behandling av lårhalsbrudd.

Det er sykepleiere ved ortopedisk avdeling som inkluderes i studien. En ber derfor om tillatelse til å gjennomføre nevnte studie med fokusgruppeintervju. Videre kontakt med avdelingen vil bli tatt etter at det er gitt positiv tilbakemelding om at studien kan gjennomføres. Datasamling vil foregå i løpet av februar eller mars 2010

.En vil søke om tillatelse fra avdelingssjef ved ortopedisk avdeling ved sentralsykehuset i Førde, samt melde studien til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

Dersom dere har spørsmål vedrørende prosjekt og gjennomføring kan dere kontakte følgende:

Prosjektleder er førsteamanuensis May Karin Rognstad ved Høgskolen i Oslo e :

E-post: MayKarin.Rognstad@hio.no. tlf: 22 45 37 42

Prosjektmedarbeider (master.stud)Åge Wiberg Bøyum: E-post. Age.Wiberg.
Boyum@hisf.no Tlf: 90074676

Vedlagt følger: prosjektbeskrivelse, spørsmålsguide Informasjon til informanter ved
ortopedisk avdeling

Med vennlig hilsen

Åge Wiberg Bøyum

Vedlegg 9 Uttalelse fra NSD (innskannet)

VEDLEGG 7 A

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harvord Hårlagres gate 29
A-3007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr 985 371 884

May Karin Rognstad
Avdeling for sykepleierutdanning
Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 03.05.2010

Vår ref:24026 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

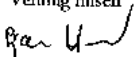
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet

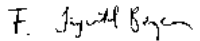
24026	<i>Sykepleieres erfaringer med forebygging av akutt forværing hos eldre pasienter over 65 år som er innlagt med lårbrudd</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>May Karin Rognstad</i>
Student	<i>Åge Wiberg Bøyum</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_sjua/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Åge Wiberg Bøyum, Øyane 10, 6887 LÆRDAL

Avdelingskontorer / District Offices:
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, lynn.svanaa@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 43 36, nsdmas@svt.uib.no

Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning
Oslo 2011

VEDLEGG B

Personvernombudet for forskning**Prosjektvurdering - Kommentar**

24026

Utvalget består av 5-8 sykepleiere. Data samles inn via gruppeintervju.

Prosjektleder opplyser at lydopptak ikke behandles som lydfiler på pc. Eventuelle personidentifiserende opplysninger anonymiseres ved transkribering, og det vil ikke registreres navn eller andre direkte personopplysninger som kobles opp mot datamaterialet. Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig å direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. navn på arbeidssted og utdanningsbakgrunn eller referanse til slike opplysninger) føre tilbake til enkeltpersoner.

På bakgrunn av beskrevet fremgangsmåte er prosjektet vurdert som ikke omfattet av meldeplikten til personvernombudet. Ombudet finner at det kun foreligger eventuelle personidentifiserende opplysninger på lydbånd som ikke behandles på pc, og at elektronisk behandling utelukkende foretas med anonyme data.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker muntlig til deltakelse. Vi anbefaler at det tilføyes informasjon om dato for prosjektslutt og sletting av lydopptak.

