

INNLEVERING AV EKSAMENSBE SVARELSE VED OsloMet – storbyuniversitetet

| | |
|---|-------------------------------|
| STUDIEPROGRAM: | Bachelorstudium i sykepleie |
| EMNEKODE OG EMNENAVN: | SYBA3900, Bacheloroppgave |
| KULL/KLASSE: | SYPLGR 2015H, klasse 3B og 3C |
| INNLEVERINGS DATO | 29/5-2018 |
| EVT. VEILEDER/ EMNEANSVARLIG | |
| EKSAMENSFORM: (Kryss av) | |
| Hjemmeeksamen <input type="checkbox"/> Mappeeksamen <input type="checkbox"/> Prosjekteksamen <input type="checkbox"/> Bacheloroppgave <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Individuell <input type="checkbox"/> Gruppe <input checked="" type="checkbox"/> | |
| KANDIDATNUMMER | 127 og 208 |
| ANTALL ORD | 11 750 |

SAMMENDRAG

Tittel: Hvordan kan sykepleieren forebygge postoperativt delirium hos gamle med hoftebrudd?

Hensikt:

Denne bacheloroppgaven handler om hvordan sykepleieren kan forebygge postoperativt delirium hos gamle pasienter. Å forebygge delirium er viktig av hensyn til pasienten selv, de pårørende og utfra et samfunnsøkonomisk perspektiv, da pasientgruppen krever mye ressurser. Det økende antallet eldre i samfunnet og dermed økende forekomst av hoftebrudd, forsterker dette argumentet.

Problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren forebygge postoperativt delirium hos gamle med hoftebrudd?»

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie hvor det er benyttet pensumlitteratur og forskningsartikler funnet ved søk i databasene Cinahl og Medline. Det er blitt benyttet 7 ulike forskningsartikler som tar for seg forebyggende tiltak og sykepleieres erfaringer med delirium hos hofteopererte gamle.

Resultat og konklusjon:

Forskningsartiklene er samstemte i at delirium kan forebygges, og at de forebyggende tiltakene retter seg mot god ivaretagelse av grunnleggende fysiske behov samt fokus på psykososiale og miljømessige faktorer rundt pasienten. Trygghet, ro og kontinuitet er viktige stikkord. Tiltakene oppsummeres som «god sykepleie». Artiklene viser at det mangler kunnskap og konkrete rutiner og retningslinjer for å kunne forebygge tilstanden. Det er viktig at sykepleiere får økte kunnskaper om delirium og setter «den gode sykepleien» i system.

Nøkkelord: Delirium, forebygging, sykepleie, hoftebrudd, gamle pasienter.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|---|----|
| 1.0 INNLEDNING | 5 |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema. | 5 |
| 1.2 Problemstilling. | 5 |
| 1.3 Hensikt med oppgaven. | 5 |
| 1.4 Oppgavens disposisjon. | 6 |
| 2.0 TEORI | 7 |
| 2.1 Hva er sykepleie? | 7 |
| 2.1.1 Dorothea Orems sykepleieteori. | 7 |
| 2.1.2 Sykepleierens forebyggende funksjon. | 10 |
| 2.1.3 Ressursknapphet og effektivisering. | 11 |
| 2.2 Den gamle pasienten. | 12 |
| 2.2.1 Hvem er den gamle pasienten? | 12 |
| 2.2.2 Viktigheten av pårørende | 14 |
| 2.3 Hoftebrudd..... | 14 |
| 2.4 Delirium..... | 15 |
| 2.4.1 Hvorfor oppstår delirium? | 15 |
| 2.4.2 Psykososiale konsekvenser..... | 17 |
| 2.4.3 Andre konsekvenser. | 18 |
| 3.0 METODE | 20 |
| 3.1 Litteraturstudie. | 20 |
| 3.2 Valg av litteratur,..... | 20 |
| 3.3 Søk i databaser..... | 20 |
| 3.4 Manuell søking. | 22 |
| 3.5 Kildekritikk. | 23 |
| 4.0 RESULTATER..... | 25 |
| 4.1 Kunnskap og undervisning..... | 25 |
| 4.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov. | 26 |
| 4.3 Miljømessige og psykososiale faktorer. | 28 |

| | |
|---|----|
| 4.3.1 Individtilpasset sykepleie | 28 |
| 4.3.2 Bruk av pårørende. | 28 |
| 4.3.3 Reorientering og kognitiv stimulering..... | 29 |
| 4.4 Smertelindring og legemidler | 29 |
| 4.5 Forebygge komplikasjoner. | 30 |
| | |
| 5.0 DRØFTING | 31 |
| 5.1 Hvordan fange opp risikopasienten? | 31 |
| 5.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov. | 33 |
| 5.3 Viktigheten av omsorg, trygghet og kjente personer..... | 35 |
| | |
| 6.0 AVSLUTNING | 39 |
| | |
| LITTERATURLISTE | 40 |
| VEDLEGG 1 | 44 |

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

I denne oppgaven vil vi ta for oss postoperativt delirium hos gamle pasienter. Vår motivasjon for å fordype oss i dette temaet har utgangspunkt i vårt eget møte med delirium. Vi har selv sett denne tilstanden på nært hold da et familiemedlem fikk delirium etter lårhalsbrudd og påfølgende operasjon. Vi fikk erfare hvor alvorlig denne tilstanden kan være og hvilke fatale konsekvenser det kan få for pasienten og hvilken påkjenning det er for de pårørende. En kjær mormor gikk fra å være en livsglad og sprudlende selvhjulpen eldre dame i sitt eget hjem, til å miste grepet om tilværelsen, tape livskraften og evnen til å ivareta grunnleggende behov, og til slutt dø som en konsekvens av dette. Det var hardt og brutalt for oss som pårørende, og vi satt igjen med mange ubesvarte spørsmål. Kunne noe vært gjort for å unngå dette? Ble det gjort nok på sykehuset? Hva kunne vi som pårørende ha bidratt med? Vi opplevde at sykepleierne og legene ved sykehuset gav lite informasjon.

Vi har også erfaring fra praksis på ortopedisk avdeling på Ullevål sykehus. Vår opplevelse derfra er at sykepleiere har mye erfaring med delirium på avdelingen, da det forekommer ofte, men at det ikke finnes noen systematiske tiltak i å fange opp og forebygge delirium hos pasienter som er i faresonen.

Med vår egen erfaring som bakteppe ble det vekket en nysgjerrighet i oss; et ønske om å fordype oss i og lære mer om dette temaet.

1.2 Problemstilling.

Vi har valgt følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleieren forebygge postoperativt delirium hos gamle med hoftebrudd?

1.3 Hensikt med oppgaven.

Først og fremst ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om temaet for å kunne forebygge utvikling av delirium utfra hensynet til pasienten selv og de pårørende med utgangspunkt i vår egen erfaring; vi ønsker å unngå at andre opplever det samme som oss. Pasienter som har gjennomgått delirium fortalt om svært skremmende og ubehagelige opplevelser, som kan gi angstplager i etterkant (Ranhoff, 2014a, s. 455). Utfra et trygghets- og velværeaspekt for pasientene vil det derfor være viktig å forebygge tilstanden. Men å forebygge delirium er også viktig utfra helseøkonomiske og ressursmessige spørsmål: Dette er en «tung» pasientgruppe som krever mye ressurser i form av økt bemanning, enerom, økt liggetid i sykehus og ofte

behov for økt omsorgsnivå i etterkant i form av hjemmesykepleie eller sykehjemsplass (Holly, Rittenmeyer & Weeks, 2014, s. 27). Med økende antall eldre i samfunnet og dermed økende forekomst av lårhalsbrudd, vil det være viktig at sykepleiere har kunnskap om og kan bidra til å redusere utvikling av delirium hos denne pasientgruppen. Ranhoff (2014a, s.459) og Stubberud (2016, s. 434) skriver at forebygging av delirium kort fortalt kan oppsummeres som «god sykepleie». Det er kanskje ikke så mye som skal til, men de sykepleiehandlingene vi gjør kan utgjøre en stor forskjell for pasient, pårørende og helsetjenesten. Det er derfor viktig å øke bevisstheten omkring dette temaet.

1.4 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven starter med et teorikapittel, hvor vi innledningsvis tar for oss hva sykepleie er. Vi beskriver Dorothea Orems sykepleieteori med fokus på de fem hjelpemetodene. Vi vil også omtale sykepleierens forebyggende funksjon og utfordringene knyttet til ressursknapphet og effektivisering. Deretter vil vi ta for oss teori om «den gamle pasienten»; Hvem defineres som gamle, hvilke sykdommer har de og hva gjør dem utsatt for delirium? I tråd med dette vil vi også skrive om pårørendes rolle. Videre skriver vi om hoftebrudd, og til slutt i teorikapittelet benytter vi faglitteratur og forskningsartikler for å inngående belyse tilstanden delirium.

I metodekapitlet presenteres forskningsartikler vi benytter i oppgaven som er funnet ved litteratursøk i databaser. Søkeprosessen og kildekritikk omtales her. Artiklenes funn vil bli kort presentert i metodekapitlet og gjennomgås mer inngående i resultatkapitlet. Deretter drøftes funnene opp mot teorien vi har tatt for oss. I drøftetekapitlet ønsker vi å få fram egne tanker og refleksjoner rundt temaet. Til slutt presenterer vi en konklusjon ut i fra hva vi har funnet og lært som avslutning på oppgaven.

2.0 TEORI

I dette kapitlet presenteres den teoretiske referanserammen for oppgaven. Innledningsvis belyses sykepleierfaget med fokus på Dorothea Orems sykepleieteori samt sykepleierens forebyggende funksjon. Vi tar så et nærmere blikk på hvem den gamle pasienten er, før teori om hoftebrudd og delirium gjennomgås inngående.

2.1 Hva er sykepleie?

Sykepleie er et profesjonsfag, hvor sykepleieren har handlingskompetanse til å ivareta bestemte funksjoner og oppgaver. Sykepleierens kompetanse er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende, og fokuset er helse, mestring og livskvalitet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011, s. 16).

«Behovet for sykepleie oppstår når alder, sykdom eller en ytre hendelse fører til at personen befinner seg i en situasjon der egne ressurser ikke lenger er tilstrekkelige for å ivareta de grunnleggende allmennmenneskelige behovene og for å håndtere de opplevelsene og reaksjonene personen erfarer» (Kristoffersen et al., 2011, s. 16).

Det foreligger en rekke ulike teoretiske beskrivelser av sykepleie, såkalte «grand-theories» (Kristoffersen, 2011, s. 205). Sykepleierteoriene har til hensikt å tydeliggjøre sykepleierens funksjonsområde, og kan gi perspektiver og begreper som gjør det lettere å handle i kliniske situasjoner (Kristoffersen, 2011, s. 208). For å belyse problemstillingen i denne oppgaven er det valgt å benytte Dorothea Orems sykepleieteori.

2.1.1 Dorothea Orems sykepleieteori.

Dorothea Orem var en amerikansk sykepleier og forfatter som har hatt stor innflytelse på sykepleiefaget i mange land, deriblant Norge (Kristoffersen, 2011, s. 227). Orems sykepleieteori tilhører gruppen «behovsteorier» (Kristoffersen, 2011, s. 212).

Egenomsorg og egenomsorgsbehov

Egenomsorgstenkningen står sterkt i Orems teori. Egenomsorg vil si «de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Orem, 2001, s. 43). Normalt vil voksne frivillig ta vare på seg selv, mens barn, gamle, syke og funksjonshemmende vil kunne ha behov for hjelp til å ivareta sin egenomsorg (Orem, 2001, s. 43).

Sykepleiens overordnede hensikt å fremme menneskets normalfunksjon, slik at liv, helse og velvære opprettholdes (Orem, 2001, s. 22). For å oppnå dette vil det være vesentlig å ivareta menneskets egenomsorgsbehov. Egenomsorgsbehov kan forstås som de mål som konkrete handlinger må rettes mot for at normal utvikling, funksjon, helse og velvære skal bevares eller gjenvinnes hos et menneske (Orem, 2001, s.47). De konkrete handlingene rettet mot egenomsorgsbehovene kan utføres av personen selv, av sykepleieren eller andre (Kristoffersen, 2011, s. 229).

Orem beskriver tre typer egenomsorgsbehov:

- 1) De universelle egenomsorgsbehovene
- 2) De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene
- 3) De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene.

De universelle egenomsorgsbehovene er felles for alle mennesker gjennom alle stadier av livet, og tar utgangspunkt i de grunnleggende behovene (Orem, 2001, s. 48). Orem beskriver åtte universelle egenomsorgsbehov og et sett av tiltak som må utføres for å tilfredsstille disse. Eksempler på universelle egenomsorgsbehov er «å opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat», «å ivareta tiltak knyttet til eliminasjonsprosesser», og «å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile» (Kristoffersen, 2011, s. 230).

De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene er knyttet til menneskelig vekst og utviklingstrinn, og tilstander og hendelser som oppstår i ulike livsfaser, som for eksempel spedbarnsalder, ungdomstid og graviditet (Orem, 2011, s.48).

De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene foreligger hos mennesker som er syke, har funksjonstap eller er under medisinsk behandling. Endringer i helsetilstanden kan føre til at en person blir helt eller delvis avhengig av andre for å få dekket sine egenomsorgsbehov (Orem, 2001, s. 48).

Orem skriver at effektiv imøtekommelse av de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene kan hjelpe til med å hindre sykdomsutvikling og dermed virke både sekundær- og tertiærforebyggende (Orem, 2001, s. 48).

Egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet

Konkrete handlinger må til for å ivareta egenomsorgsbehovene, og Orem omtaler disse handlingene som «*terapeutiske egenomsorgskrav*» (Orem, 2001, s. 52). Personen selv eller andre kan utføre disse handlingene. Sykepleieren må kartlegge hvilke egenomsorgsbehov en

pasient har problemer med å dekke, og deretter avgjøre hvordan disse kan ivaretas, altså hvilke egenomsorgskrav som foreligger (Orem, 2011, s 52).

Evnen til å utføre de terapeutiske egenomsorgskravene, kaller Orem for «*egenomsorgskapasitet*», «*self-care agency*» (Orem, 2001, s. 53). Egenomsorgskapasitet går ut på å ha evnen til å identifisere egenomsorgskravene, ta beslutninger om hvilke handlinger som må gjøres, og å ha evnen til å utføre disse handlingene (Orem, 2001, s. 256).

Sykepleieren må vurdere om det er samsvar mellom pasientens egenomsorgskapasitet og de terapeutiske egenomsorgskravene. Misforhold mellom disse, enten som følge av endrede krav til handling eller avtagende egenomsorgskapasitet som følge av ressurssvikt hos personen, vil medføre at personen har behov for sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 234; Orem, 2001, s. 282).

Orems syn på sykepleierens rolle og metoder

I følge Orem er sykepleie er en «hjelpetjeneste», der sykepleieren hjelper pasienten med å dekke de terapeutiske egenomsorgskravene (Orem, 2001, s. 53). For å hjelpe benytter sykepleieren seg av fem generelle hjelpemetoder:

«Å gjøre noe eller handle for en annen» handler om at sykepleieren tar initiativ til og utfører handlinger på vegne av pasienten for å kompensere for dennes ressursvikt. Metoden benyttes blant annet ovenfor gamle pasienter som mangler mentale og fysiske ressurser (Kristoffersen, 2011, s. 237). Det er viktig at sykepleieren er seg bevisst sin rolle som hjelper, og dersom det er mulig kan metoden gradvis byttes ut med «å veilede og rettlede en annen», slik at pasientens egne ressurser blir ivaretatt (Kristoffersen, 2011, s. 237; Orem, 2001, s. 57).

«Å veilede og rettlede en annen» går ut på at sykepleieren hjelper pasienten med å planlegge og gjennomføre egenomsorgshandlinger. For at denne metoden skal kunne benyttes, må pasienten være i stand til å utføre handlingen selv, under overvåking (Orem, 2011, s. 57).

«Å sørge for fysisk og psykisk støtte» vil si at sykepleieren oppmuntrer og hjelper pasienten med å nå sine mål. Dette er spesielt viktig i situasjoner der pasienten går igjennom noe smertefullt eller ubehagelig, eller befinner seg i en ny, ukjent og utrygg situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 237; Orem, 2001, s. 57). Støtten behøver ikke å gis med ord, sykepleieren kan også støtte pasienten ved hjelp av berøring, blikk, verbal støtte eller kun ved å være tilstede (Orem, 2001, s. 58).

I «Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling» legger Orem at sykepleieren må tilrettelegge forhold i omgivelsene, både fysiske og psykososiale, slik at pasientens motiveres til å sette seg mål og ta initiativ til handling. Sykepleieren må tilrettelegge miljøet rundt pasienten på en slik måte at pasientens utvikling og vekst fremmes (Kristoffersen, 2011, s. 237; Orem, 2001, s. 58).

«Å undervise en annen» er en metode sykepleieren benytter seg av for å hjelpe pasienten med å tilegne seg ny kunnskap eller spesifikke ferdigheter for å mestre egenomsorgen (Orem, 2011, s. 59). Pasienten må være motivert for læring, og sykepleieren har en nøkkelrolle i å hjelpe pasienten med å se betydningen av den nye kunnskapen (Kristoffersen, 2011, s. 237).

Etter å ha vurdert graden av ressursvikt hos pasienten og evnen til kunne delta i ivaretagelsen av egenomsorgen, benytter sykepleieren seg av ett av tre sykepleiesystemer: Det helt kompensierende, det delvis kompensierende eller det støttende og undervisende system (Kristoffersen, 2011, s. 239; Orem, 2001, s. 352).

2.1.2 Sykepleierens forebyggende funksjon.

Sykepleieryrket omfatter ulike ansvars- og funksjonsområder, og ifølge Rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008 s. 5) har sykepleieren syv ulike funksjonsområder:

- 1) Helsefremming og forebygging
- 2) Behandling
- 3) Lindring
- 4) Rehabilitering og habilitering
- 5) Undervisning og veiledning
- 6) Organisering, administrasjon og ledelse
- 7) Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning.

(Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5)

I forebygging av delirium vil sykepleierens helsefremmende og forebyggede funksjon være vesentlig. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011, s. 18) skriver at forebygging tar utgangspunkt i reelle og potensielle problemer, og kan være rettet mot friske mennesker (primærforebygging), mot mennesker som er utsatt for helsesvikt, (sekundærforebygging) og

mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner som følge av helsesvikt (tertiærforebygging). I en sykehusavdeling vil forebygging av komplikasjoner være sentralt (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011, s. 28). Sykepleieren spiller en viktig rolle i arbeidet med å forebygge komplikasjoner som følge av sykdom, sengeleie og behandling. Ved å støtte opp om pasientens egne ressurser jobber sykepleieren også for å fremme pasientens helse (Alvsvåg, 2012, s. 80).

2.1.3 Ressursknapphet og effektivisering.

I vår tid opplever sykepleierne et stort press i form av krav til effektivisering og knapphet på tid i helsetjenesten. Hensikten er en rasjonell helsetjeneste med mest mulig helse for pengene til flest mulig pasienter (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 123). Konsekvensen av en slik effektivisering kan imidlertid bli at sykepleiere i mange situasjoner opplever et betydelig tidspress og en ressursknapphet som fører til mangel på tid og omsorg for den enkelte pasient. Dette er en ugunstig utvikling, da selve relasjonen mellom pasient og sykepleier kan bidra til å lindre pasientens lidelse og fremme helse og velvære (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 122).

2.2 Den gamle pasienten.

Ny lærdom

*Utruleg lenge var eg sterk og sprekk
og kunne halde fram min vante veg
og trudde ikkje at slikt vondt som råkar
så mange gamle folk, skulle råke meg.*

*Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte
at om de for alvor sette viljen inn
kunne dei vel te seg mindre ynkelege.
Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.*

*No har eg lært nytt. Min eigen kropp
har drive meg på plass i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakkarslge når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.*

Halldis Moren Vesaas: Livshus 1995. (Gjengitt etter Kirkevold, 2014, s.22).

2.2.1 Hvem er den gamle pasienten?

I følge verdens helseorganisasjon er man gammel etter fylte 75 år (Engstad, 2016, s. 542). Det gamle mennesket har levd et langt liv og er rik på erfaringer, minner, kunnskaper og opplevelser, noe som har satt et unikt spor i hver enkelt. Gamle mennesker er ikke en homogen gruppe, men er forskjellige både som mennesker og som pasienter (Kirkevold, 2014, s.23).

Menneskekroppen eldes gjennom hele livet, og det er vanlig å dele aldringsprosessen inn i biologisk, psykologisk og sosial aldring (Engstad, 2016, s. 542). Aldring i seg selv er ikke en sykdom, men med økende alder endres kroppen, og med det sannsynligheten for å pådra seg sykdom. Det er særlig gamle over 80 år som rammes av helseproblemer (Romøren, 2014, s. 32). Gamle mennesker utgjør den gruppen pasienter med størst behov for helsetjenester, og utgjør halvparten av pasientene ved sykehus i Norge til enhver tid (Engstad, 2016, s. 543; Romøren, 2014, s. 30).

Sammenhengen mellom aldring og funksjonssvikt er ikke fullt ut kjent, men ved økende alder oppstår gradvis aldersforandringer, som lavere beintetthet, endringer i blodårene og lavere muskelmasse og muskelstyrke (Ranhoff, 2014c, s. 81). Denne gradvise endringen i fysiologi og organfunksjon fører til redusert reservekapasitet og økt sårbarhet, slik at den gamle er mer utsatt for sykdom, skade og funksjonssvikt (Engstad, 2016, s. 543; Ranhoff, 2014c, s. 80).

De vanligste sykdommene blant eldre er blant annet demens, hjerneslag, muskel-skjelettlidelser, sansesvikt og hjerte- og lungesykdom (Engstad, 2016, s. 542). Gamle har ofte også flere sykdommer på én gang, såkalt komorbiditet (Romøren, 2014, s. 35). Komorbiditet gjør den gamle pasienten ekstra sårbar og utsatt for funksjonssvikt og død (Ranhoff, 2014c, s. 90).

Som følge av økende sykdomsfrekvens med økende alder, øker også legemiddelforbruket. Personer over 65 år bruker i snitt to til tre legemidler fast (Spigset, 2013, s. 334). Samtidig bruk av flere legemidler kalles polyfarmasi (Ranhoff & Engh, 2014, s. 184). Risikoen for legemiddelbivirkninger er økt hos den gamle pasienten. Dette skyldes både risiko for legemiddelinteraksjoner som følge av polyfarmasi, men også endret farmakokinetikk grunnet de naturlige aldersforandringene (Ranhoff & Engh, 2014, s. 184; Spigset, 2013, s. 335).

Kroppens håndtering av legemidler endres blant annet på grunn av nedsatt lever- og nyrefunksjon, noe som får konsekvenser for både absorpsjon, fordeling, effekt og utskilling av legemidlene (Ranhoff & Engh, 2014, s. 184; Spigset, 2013 s. 335). I tillegg blir hjernen mer følsom for visse typer legemidler med økende alder, som beroligende medikamenter, sovemedisiner og sterke smertestillende (Spigset, 2013, s. 336).

I Norge er om lag 13 % av befolkningen over 67 år (Engstad, 2016, s. 542). Det er anslått at det frem mot 2050 vil bli en betydelig økning i antall eldre. I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 [2008-2009]) pekes det på at flere eldre vil bety at flere vil ha behov for helse- og

omsorgstjenester, noe som vil få store konsekvenser for utgiftene til pleie og omsorg i årene som kommer (St.meld. nr. 47 2008-2009), 2009, s. 24).

2.2.2 Viktigheten av pårørende

Pårørende er en viktig ressurs i møte med den gamle pasienten. I mange gamle menneskers liv spiller pårørende en viktig rolle og de er ofte dypt involvert for at den gamle skal kunne mestre hverdagen (Ranhoff, 2014b, s.229). De pårørende innehar mye kompetanse og informasjon om den gamle pasientens helsetilstand, symptomer og preferanser, og det er viktig at sykepleieren ser betydningen av dette (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 109; Ranhoff, 2014b, s. 229). Pårørende kan ses på som en samarbeidspartner i forhold til kartlegging av pasienten, ikke minst på grunn av den solide kunnskapen de innehar om den gamles funksjonsnivå før sykdom.

Ofte er de pårørende også en uvurderlig støtte for den gamle ved akutt sykdom. Ved sykehusinnleggelse representerer de noe kjent i en ukjent situasjon og i et ukjent miljø. Å ha pårørende med på laget kan bidra til bedre behandling av den gamle pasienten (Ranhoff, 2014b, s. 229).

2.3 Hoftebrudd.

Hoftebrudd kan deles inn i mediale lårhalsbrudd, laterale lårhalsbrudd og brudd gjennom trokanterregionen. Hoftebrudd er det nest hyppigste typen brudd i Norge.

Gjennomsnittsalderen er 83 år og 75 % av dem som rammes er kvinner. Den høye andelen kvinner skyldes trolig økt forekomst av osteoporose, som er den vanligste årsaken til slike brudd (Grønsløth, Roa, Kjønneøy & Almås, 2016, s. 184). Et brudd i hofta fører til store smerter, og beinet er ofte utadrotert og forkortet. Diagnosen stilles ved sykehistorie og symptomer og sikres med en røntgenundersøkelse (Langeland & Halse, 2016, s. 479).

Det er blitt diskutert om det er viktigere å utrede og behandle pasienten med væske- og elektrolyttforstyrrelser framfor å operere innen første døgnet, men samtidig kan ventetid på over to døgn være uheldig for pasienten (Grønsløth et al., 2016, s 184). Ved mediale lårhalsbrudd er den foretrukne behandlingsformen i dag en innsettelse av en hemiprotese. Det

er viktig at pasienten blir mobilisert så fort han er medisinsk stabil. Målet er å oppnå samme funksjonsnivå som før bruddet (Grønsløth et al., 2016, s 189).

De vanligste komplikasjoner til hoftebrudd er infeksjon, smerter, proteseløsning og risiko for å utvikle delirium (Langeland et al., 2016, s.479). Delirium ses ofte på ortopediske avdelinger (Grønsløth et al., 2016, s 174). I en studie fra 2011 som ble gjort på Diakonhjemmet og Ullevål sykehus, i Norge, ble det funnet at nesten 30% av pasientene som ble innlagt med hoftebrudd utviklet delirium i den akutte fasen (Krogseth, Wyller, Engedal & Juliebø, 2011, s. 66-67).

2.4 Delirium.

«Delirium er et transitorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våkenrytme»

(Lipowski, 1984, gjengitt av Snoek & Engedal, 2008, s. 193).

Slik lyder beskrivelsen av delirium av Zbigniew J. Lipowski, verdensberømt for sin forskning på delirium. Enklere sagt er delirium en organisk psykose fordi den gir uspesifikk belastning av hjernen ved akutt eller kritisk sykdom, forgiftning eller skade (Snoek & Engedal, 2008, s. 193). Tilstanden fører til forstyrrelse av pasientens bevissthet og endret kognisjon. Som regel er tilstanden kortvarig, men noen ganger forekommer det residiv. De fleste som utvikler delirium er eldre over 70-80 år, og det er spesielt eldre med kognitiv svikt som er utsatt. Det er imidlertid viktig å huske på at i prinsippet kan alle utvikle delirium ved sterk nok påvirkning (Ranhoff, 2014a, s. 456).

Mange som har opplevd delirium husker opplevelsen og beskriver den som angstfylt og truende. Pasienter har fortalt at de følte seg et sted mellom virkelighet og drømmeland, og i ettertid er det flere som opplever å føle skam for sin egen oppførsel (Stubberud, 2016, s. 433). Noen har fått angstplager i etterkant (Ranhoff, 2014a, s. 455).

2.4.1 Hvorfor oppstår delirium?

Årsakene til utvikling av delirium er sammensatte og dels ukjente. Hos den hofteopererte pasienten er forekomsten høy og fryktet. Dette skyldes delvis fordi de fleste pasienter med

brudd i hofta er eldre mennesker og de mer følsomme for forandringer enn de yngre (Grønsløth et al., 2016, s. 174). Andre årsaker kan forklares med at nedsatt oksygenmetning av hjernen kombinert med større blodtrykksfall, som ofte forekommer under operasjon, er kjente utløsende årsaker til delirium. Samtidig ser vi at ved brudd av store knokler vil flere risikofaktorer komme sammen. Pasienter som bryter store knokler er som regel eldre mennesker som får store smerter og blødning som fører til nedsatt blodprosent og anemi (Snoek & Engedal, 2008, s. 196-197).

Det er vanlig å dele de forskjellige årsakene inn i predisponerende og utløsende faktorer. Det er antatt at det er en kombinasjon av disse som kan føre til utvikling av delirium (Stubberud, 2016, s. 430).

Predisponerende faktorer er faktorer som pasienten har før han ble innlagt i sykehuset. Dette inkluderer blant annet høy alder som reduserer pasientens evne til å takle stressfaktorene som kan oppstå ved akutt eller kritisk sykdom. Det samme gjelder også for psykiske lidelser. Kognitiv svikt, som demens, kan forverres når pasienten befinner seg i et ukjent og stressende miljø. Pasienter med en lav kroppsmasseindeks og som mangler visse typer vitaminer og mineraler er mer utsatt for utvikling av delirium. Andre faktorer er pasienter som har nedsatt syn og/eller hørsel. Dette er fordi slik sansesvikt gjør at pasientens evne til å ta imot informasjon blir redusert. Menn over 80 år har vist å ha høyest forekomst av delirium. Det samme gjelder også personer med kroniske sykdommer, som hjertesvikt og epilepsi eller tidligere hjerneskade som hjerneslag, personer som røyker eller har hypertensjon (Stubberud, 2016, s. 430-431).

Utløsende faktorer er fysiologiske, psykologiske og miljømessige forhold som kan føre til delirium. En kombinasjon av disse kan utløse en akutt forvirringstilstand hos pasienten (Stubberud, 2016, s. 431).

Blant de fysiologiske faktorene er sykdommer som fører til at oksygenmetningen i hjernen blir redusert eller som gir et økt oksygenbehov mest fremtredende. Dette er for eksempel tidligere hjerneslag, hjerte/lungesykdom, hypotensjon eller blodtap/anemi. Andre faktorer er blant annet kirurgi og generell anestesi, smerter, syre-base-forstyrrelser, infeksjoner, urinretensjon, legemidler, søvnmangel, feber, leversvikt, elektrolyttforstyrrelser, nyresvikt, hormonforstyrrelser og underernæring. Man har også sett at en kombinasjon av legemidler

som reduserer mengden acetylkolin og legemidler mot parkinsonisme og urininkontinens kan være en utløsende faktor. Det samme gjelder legemidler som virker dempende på hjernen, som beroligende og angstdempende midler (Stubberud, 2016, s. 431).

Av de psykologiske og miljømessige faktorene er det angst og utrygghet, følelse av fremmedgjøring, følelse av isolasjon og lite personkontakt som trekkes frem som mest avgjørende (Stubberud, 2016, s. 431). Stresshormonet kortisol kan bidra til utvikling av delirium (Stubberud, 2016, s. 431). Alle former for stress kan føre til økt utskillelse av dette stresshormonet, som et nytt og ukjent miljø, stadig skifte av personell, å måtte ligge ute i korridoren, støy fra medpasienter, tvangstiltak og manglende respekt for pasientens integritet og behov for ro (Ranhoff, 2014a, s. 458).

2.4.2 Psykososiale konsekvenser.

Delirium kan få negative konsekvenser for pasientens psykososiale funksjon. Symptomene kan veksle i intensitet og varighet gjennom døgnet eller gjennom hele perioden som tilstanden varer (Stubberud, 2016, s. 432).

Forstyrret bevissthetsnivå

Ved delirium er evnen til å ta imot informasjon, tolke den adekvat og oppfatte dens innhold og betydning forstyrret. Dette kan føre til at pasienten lett lar seg distrahere eller mister evnen til å utføre handlinger som å holde en lengre samtale eller kle på seg. Bevisstheten kan være lett nedsatt, moderat grad eller sterk grad. I sistnevnte er pasienten bevisstløs (Snoek & Engedal, 2008, s. 194).

Forstyrret oppfatning og forståelse

Ved delirium kan vrangforestillinger og hørsels- og synshallusinasjoner forekomme. Pasienter kan oppleve at de hører stemmer, ser dyr i taket eller være overbevist om at de har blitt forgiftet. Denne tilstanden kan føre til at pasienten mister innsikt i egen situasjon og oppfattelse om at han er syk. Pasienten kan bli en fare for seg selv (Stubberud, 2016, s. 432-433).

Forstyrret hukommelse og orienteringsevne

Korttidshukommelsen blir redusert og pasienten klarer ikke ta til seg ny informasjon. Pasienten blander ofte nåtid og fortid, tid, sted, personer og situasjoner (Snoek & Engedal, 2008, s. 194; Stubberud, 2016, s.433).

Forstyrret døgnrytme

Forstyrret søvnrytme forekommer alltid, men i varierende grad. Ofte sover pasienten på dagen mens han er urolig og kaver på natta med hallusinasjoner og verbale utrop. Ved alvorlig redusert bevissthet er pasienten bevisstløs og sover mesteparten av døgnet (Snoek & Engedal, 2008, s. 194).

Forstyrret atferd

Indre uro, forvirring, engstelse og utrygghet preger pasienten. Adferden deles inn i hyperaktive, hypoaktiv og en kombinasjon av disse. Hyperaktive pasienter preges av psykomotorisk urolighet som kan gjøre dem utagerende og aggressiv. I denne tilstanden kan pasienten prøve å komme seg ut av sengen, dra ut kateter og er ute av stand til å samarbeide med personalet (Stubberud, 2016, s. 433). Den hypoaktive pasienten virker mer apatisk eller likegyldig og kan oppleves som sløv. Ofte vil pasienter med hypoaktivt delirium ikke bli oppdaget eller tolket som deprimerte (Snoek og Engedal, 2008, s.194; Stubberud 2016, s. 433).

Demens

Studier vider også til at delirium har sammenheng med utvikling av demens og at det således er svært viktig at delirium forebygges (Krogseth et al., 2011, s. 66-67; Olofsson et al., 2017, s. 623).

2.4.3 Andre konsekvenser.

Dårlig kontinuitet i behandlingen, lengre behandlingstid og lengre sykehusopphold er noen av komplikasjonene delirium kan føre med seg. Pneumoni, trykksår, urinveisinfeksjon og ernæringsproblemer er eksempler på medisinske komplikasjoner som kan oppstå. Pasientene kan få dårligere mobiliseringsevne og behov for mer hjelp i ADL-situasjoner ved utskrivelse.

I verste fall kan delirium føre til økt dødelighet. (Olofsson, Lundstrøm, Borssen, Nyberg & Gustafson, 2005, s. 122-123; Stubberud, 2016, s. 433).

Pasienter med delirium krever mye ressurser i form av økt bemanning, enerom, økt liggetid i sykehus og ofte behov for økt omsorgsnivå i etterkant i form av hjemmesykepleie eller sykehjemsplass (Holly, Rittenmeyer & Weeks, 2014, s. 27; Ranhoff, 2014a, s. 453). Sykehus og andre institusjonsplasser som sykehjem er mer ressurskrevende enn hjemmebaserte tjenester. Samfunnsøkonomisk sett er det dyrere at pasienter ligger på sykehus eller sykehjem, enn om pasienten hadde bodd hjemme med hjemmesykepleie eller andre hjemmetjenester (Fjørtoft, 2006, s. 24).

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009) kan vi lese at en forebyggende tankegang vil være gunstig både av hensyn til den enkelte og for samfunnsøkonomien (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s 23.) Ved å sette inn ressurser så tidlig som mulig kan man i mange tilfeller unngå, utsette eller redusere sykdomsutvikling. På den måten oppnår befolkningen en helsegevinst, i tillegg til at det samfunnsøkonomisk sett vil være gunstig at kostbar sykehusbehandling reduseres. Den forventede økningen i antall eldre forsterker dette argumentet (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 23).

3.0 METODE

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert, gjengitt av Dalland, 2012, s. 111).

Metoden er det redskapet vi bruker for å samle inn data som trengs til undersøkelsen vår (Dalland, 2012, s.114).

Vi skal i denne oppgaven gjennomføre en systematisk litteraturstudie.

3.1 Litteraturstudie.

En litteraturstudie vil si at man skal besvare et konkret spørsmål gjennom å systematisk søke etter, kritisk velge, for deretter å vurdere, analysere og sammenligne relevant forskning (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 27 og 30). De vitenskapelige artiklene funnet ved hjelp av systematisk søk i databaser utgjør det «empiriske» materialet i en litteraturstudie (Thidemann, 2015, s. 67). For å kunne gjøre dette kreves et tilstrekkelig antall relevante studier av kvalitet, for å kunne trekke gode konklusjoner og bedømminger. Dette innebærer kvantitative studier, som gir oss informasjon i form av målbare enheter, og kvalitative studier som beskriver forskningspersonenes opplevelse og inntrykk (Dalland, 2012, s. 112). Vi har i denne oppgaven benyttet begge deler.

3.2 Valg av litteratur,

Vi har etter beste evne forsøkt å finne litteratur og forskning som er av god kvalitet og relevant og for vår oppgave. For å belyse problemstillingen er det benyttet bakgrunns litteratur for å danne en teoretisk referanseramme, samt innsamlet data i form av vitenskapelige artikler funnet ved søk i databaser. For å skrive teorikapitlet er det først og fremst blitt benyttet lærebøker, samt offentlige dokumenter og noen vitenskapelige artikler.

3.3 Søk i databaser.

Et litteratursøk kan utføres manuelt, gjennom databaser, ved hjelp av bibliotekar eller på egenhånd. Som regel begynnes flere metoder. Kunsten å finne god litteratur er å formulere gode søkeord, avgrense hvor gamle artiklene skal være og hvilket språk de skal være skrevet på og hvilken type studier som er relevante (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 63 og 68).

Da vi foretok litteratursøk i databaser brukte vi for det meste Cinahl, men vi benyttet også Medline. Cinahl er en database hvor man kan finne vitenskapelige tidsskrifter, monografier,

konferansebidrag og doktoravhandlinger innenfor sykepleie, ergoterapi og fysioterapi (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 65). Vi har lært å bruke Cinahl gjennom studiet og vi har fått opplæring og kurs flere ganger gjennom skolens læringscenter. Vi følte derfor at det var naturlig å bruke denne databasen. Medline er også knyttet til skolen og er en database hvor vi kan finne vitenskapelige tidsskrifter innenfor, sykepleie, medisin og odontologi (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 65).

For å strukturere søket har vi benyttet rammeverket PICO. Bokstavene i PICO betegner bestemte elementer: **P**atient/**P**roblem, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 33). Av inklusjonskriterier valgte vi abstract, academic journals, engelsk språk og peer reviewed. Vi har kun valgt artikler med IMRAD-struktur. IMRAD er forkortelse for **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat (And) **D**iskusjon, og kan ses på som en indikator på at artikkelen er av god kvalitet da vitenskapelige artikler i hovedsak er pålagt å benytte denne strukturen fra tidsskriftets side (Thidemann, 2015, s. 68).

Eksklusjonskriterier var andre språk enn engelsk og norsk. Vi ekskluderte også studier som i hovedsak omhandlet behandling av delirium, da vårt fokus er forebygging. Alder på artikkel ble satt fra 1998 fordi vi ville se hvilke typer studier som var blitt gjort de siste 20 årene. Vi landet til slutt på syv forskjellige studier fra 1999 til 2015.

Ved bruk av søkeordene «prevention» AND «delirium» AND «Hip fractures» fikk vi 22 treff, og valgte artikkelen «*Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial*» av Marcantonio, Flacker, Wright, & Resnick (2001). I denne studien ble det undersøkt om en forhåndsbestemt protokoll bestående av forebyggende tiltak har effekt for utviklingen av delirium hos hofteopererte pasienter. Det ble konkludert med at ved å bruke en slik protokoll kan delirium redusertes med 1/3 hos hofteopererte pasienter.

I samme søk fant vi også «*Reorganization of Nursing and Medical Care to Reduce the Incidence of Postoperative Delirium and Improve Rehabilitation Outcome in Elderly Patients Treated for Femoral Neck Fractures*» av Lundström, Edlund, Lundström & Gustafson (1999). I studien studeres effekten av en omlegging av sykepleien og den medisinske behandlingen til et intervensjonsprogram for hofteopererte pasienter for å forebygge delirium. Et intervensjonsprogram ble benyttet på en gruppe pasienter med hoftebrudd, og resultatene fra denne gruppen ble sammenlignet med tidligere studier gjort på hofteopererte pasienter som fikk tradisjonell sykepleie og behandling. Det ble konkludert med at

intervensjonsprogrammet hadde effekt i form av reduksjon i forekomsten av delirium til denne pasientgruppen.

Andre søk vi foretok var med søkeordene «Nursing interventions" OR «Randomized controlled trials» AND «delirium», hvor vi fikk 22 treff. Vi valgte «*Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review*» av Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campell & Kane-Gill (2015). Dette er en systematisk litteraturstudie som tar for seg ikke-medikamentelle intervensjoner for å forebygge delirium. Studien konkluderer med at ikke-medikamentelle intervensjoner er essensielt i forebygging av delirium, og at denne typen intervensjoner kan være både trygge og kostnadseffektive.

Til slutt ble det gjort søk med søkeordene «Orthopedic Nursing» AND «Delirium», noe som gav 10 treff. Vi valgte to artikler som heter «*Faser under sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd*» av Vassbø & Eilertsen (2014) og «*Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in olderhospitalized patients*» av Meako, Thompson, Hilaire & Cochrane (2011). Førstnevnte er en kvalitativ studie som bygger på en reanalyse av data fra tidligere studier. Den ble gjennomført med tre fokusgruppeintervjuer av sykepleiere fra ortopediske avdelinger fra to forskjellige sykehus. De ønsket å studere sykepleiernes erfaring med kartlegging, forebygging og behandling av eldre pasienter med delirium på ortopediske avdelinger. Den andre studien er en pretest - posttest studie hvor de ønsket å kartlegge sykepleiernes grunnleggende kunnskaper om delirium og om det er mulig å øke denne kunnskapen ved bruk av et kort undervisningsprogram som baseres på nasjonale retningslinjer. Begge studiene konkluderte med at det mangler kunnskaper om delirium blant sykepleierne, og at det er behov for kompetanseheving.

3.4 Manuell søking.

Vi har også funnet en del artikler ved hjelp av manuell søking etter at vi oppdaget henvisninger til interessante og relevante artikler i annen litteratur. Flere av databasene har også foreslått artikler som kan være interessante for oss på bakgrunn av søkeordene vi benyttet. Disse artiklene ønsket vi å se nærmere på og søkte dem så opp manuelt. Artikler funnet ved manuell søking i denne oppgaven er «*Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study*» av Lundström, Olofsson, Stenvall, Karlsson, Nyberg, Englund, Borssén, Svensson og Gustafson (2007) og «*Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review*» av Milisen, Lemiengre, Braes & Foreman (2005). Disse artiklene fikk vi hjelp av biblioteket ved høgskolen til å få tak i.

Artikkelen til Lundström et al. (2007) er en randomisert intervensjonsstudie, der 199 pasienter med hoftebrudd ble tilfeldig fordelt i to grupper. Den ene gruppen fikk oppfølging på en spesialisert geriatrik avdeling, med et fastlagt postoperativt intervensjonsprogram. Den andre gruppen mottok tradisjonell sykepleie og behandling. Studien konkluderer med at blant pasientene som fulgte intervensjonsprogrammet var det færre som utviklet delirium sammenlignet med kontrollgruppen.

Artikkelen til Milisen et al. er en systematisk litteraturstudie hvor de tok sikte på å fastslå kjennetegn på delirium og effekten av forskjellige multikomponente intervensjonsstrategier for forebygging av delirium hos eldre mennesker i sykehus. Studien konkluderer med at slike intervensjoner er de mest effektive i forebyggingen av delirium og at sykepleiere spiller en viktig rolle i arbeidet med å implementere disse tiltakene i møte med pasientene.

De valgte artiklene er ytterligere beskrevet i vedlegg 1.

3.5 Kildekritikk.

Kildekritikk vil si de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det handler om å vurdere og karakterisere litteraturen som er benyttet for å vurdere gyldighet og relevans for oppgavens problemstilling (Dalland, 2012, s 67)

Forskningsresultater kan ikke brukes ukritisk, og å kritisk vurdere vitenskapelige artikler omtales som trinn 4 i modellen om kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 22). For å kritisk vurdere de vitenskapelige artiklene vi fant i litteratursøket har vi benyttet sjekklistene på helsebiblioteket.no. Artikler vi mente ikke var gode nok med henblikk på gyldighet, metodisk kvalitet, resultat og overførbarhet, ble forkastet.

Vi har benyttet noen artikler av eldre dato, noe som kan trekkes frem som en svakhet.

Eksempler er Lundström et al. sin artikkel fra 1999 og Marcantonio et al. sin artikkel fra 2001. Vi opplever allikevel at de presenterer tiltak som fortsatt er gyldige, som for eksempel ivaretagelse av grunnleggende behov. De grunnleggende behovene vil være de samme selv om artiklene er av eldre dato. Vi har også sett at nyere forskningsartikler samt vår pensumlitteratur henviser til disse studiene, og vi anser dem derfor som relevante og anerkjente artikler på dette feltet.

Vi har benyttet enkeltstudier, som artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2014), Maeko et al. (2011) og Lundström et al., 1999 og 2007. Som hovedregel er det ikke anbefalt å benytte enkeltstudier som informasjonskilde, da dette stiller krav til kunnskap om forskning,

fortolkning og analyse (Nortvedt et al., 2012, s. 23). Det publiseres hundrevis av enkeltstudier hver dag og man skal være forsiktig med å benytte disse som grunnlag for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 68). Vi har allikevel valgt å benytte noen slike artikler, da vi anser dem som svært interessante og relevante. Vi er imidlertid innforstått med betenkelighetene rundt bruk av enkeltstudier og er forsiktige med å benytte resultatene fra disse som grunnlag for å konkludere.

Noen av artiklene er fra land med forhold som ikke nødvendigvis er overførbare til norsk helsevesen. Dette gjelder artiklene til Maeko et al. (2011) og Marcantonio et al. (2001) som begge er fra USA. Vi anser allikevel artiklene som relevante for problemstillingen, da mange av tiltakene som presenteres, som ivaretagelse av grunnleggende behov og viktigheten av trygghet og ro, kan anses som universelle og gyldige i alle land.

Artikkelen til Vassbø & Eilertsen (2014) er gjort med få informanter. Dette er kvalitativ studie med fenomenologisk tilnærming, og den gir oss verdifull informasjon om sykepleieres erfaringer med delirium. Artikkelen er svært interessant og relevant, og er derfor inkludert i oppgaven. Vi er imidlertid klar over at resultatene fra studien ikke nødvendigvis er overførbare til alle situasjoner.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil vi presentere funn fra artiklene vi har valgt ut som beskrevet i metodekapitlet. Da vi leste artiklene oppdaget vi at det var en del temaer som gikk igjen. Vi har derfor valgt å kategorisere artiklenes funn i fem ulike temaer, som blir presentert i de følgende underkapitlene.

4.1 Kunnskap og undervisning.

Undervisning av sykepleiere i delirium var et gjennomgående tema. Dette innebærer i all hovedsak undervisning i de predisponerende faktorene, de utløsende faktorene og de forebyggende og behandlende tiltakene i arbeidet med delirium (Lundström et al., 1999, s.195-195; Lundström et al., 2007, s. 180; Meako et al., 2011, s. 247; Milisen et al., 2005, s. 82; Rivosecchi et al., 2015, s. 42; Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 59).

På spørsmål om hvor målrettet en observerer tegn til delirium i møte med pasienten svarer en deltager i studien til Vassbø & Eilertsen at: «Her må jeg være ærlig, jeg tenker ikke på delirium når pasienten kommer inn. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min» (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 63). De konkluderer til slutt med at det mangler kunnskaper om delirium blant de ortopediske sykepleierne og at det virker som det finnes behov for utvikling av kompetanse og implementering av evidensbaserte prosedyrer når sykepleierne møter pasienter som står i fare for å utvikle delirium i forbindelse med blant annet hoftebrudd. De så også at tiltak for forebygging og behandling ikke ble iverksatt grunnet utilstrekkelige prosedyrer i hver fase i behandlingsløpet. Sykepleieren i studien etterlyste rutiner og kliniske metoder for kartlegging av utsatte grupper. Prioritering og forbedring rundt organiseringen av denne gruppen pasienter ble vurdert som tydelig nødvendig (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 59). Meako et al. beskriver i sin artikkel en pre-test og post-test studie de gjorde på ortopediske sykepleiere. De testet sykepleiernes kunnskap når det kom til risikofaktorer for utvikling av delirium, forskjell på delirium og demens, medisiner som kan bidra til utvikling av delirium og en plan for pasienter som blir deliriske. De fant at sykepleiere kunne alt for lite på de fleste punktene, spesielt ble spørsmålene som handlet om risikofaktorer og medisiner knyttet til delirium svart feil (Meako et al., 2011, s. 243-245). I post-test undersøkelsen fant de at de kunne øke kunnskapen til sykepleieren betraktelig med bare en 1 times undervisning. På under 2 dager hadde de undervist nesten 60% av sykepleieren på avdelingen (Meako et al., 2011, s. 245).

Lundström et al. peker også på at undervisning er viktig og presenterer i sin studie et undervisningsprogram som går over to uker som ble gitt til sykepleierne. Dette inkluderer undervisning i pleie, rehabilitering, tverrfaglig samarbeid, kunnskap om legemidler, risikofaktorer for utvikling av delirium og forebyggende og behandlende faktorer (Lundström et al., 1999, s. 194-195). I en annen studie blir et fire dagers kurs presentert, som inneholder de samme temaene, men som i tillegg inneholder informasjon om forebygging og behandling av postoperative komplikasjoner (Lundström et al., 2007, s. 180).

4.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov.

Alle artiklene peker på at ivaretagelse av grunnleggende behov hos pasienten som essensielt i forebyggingen av delirium. I oppgaven har vi tatt for oss de mest gjentakende behovene som kommer fram i de forskjellige artiklene og de som har spesiell betydning for utvikling av delirium. Det innebærer blant annet behov for saturasjon over 95%, behov for ernæring, god søvnkvalitet, eliminasjon, væske og elektrolyttbalanse og behov for aktivitet.

Artiklene var entydige i hvilke behov som var viktige å dekke og tiltakene de benyttet var heller ikke av stor variasjon. Lundström et al. peker blant annet på at behovet for ernæring kunne for eksempel bedres med et tilrettelagt spiseareal for pasientene, med pent dekkede bord og appetittvekkende måltider som næringsrike (1999, s. 196). Andre tiltak var servering av proteinrike drikker, opptil tre ganger om dagen, tilse at pasienter benytter eventuelle tannproteser riktig og hjelpe til i spisesituasjon for de som trengte det (Lundström et al., 1999, s. 196; Lundström et al., 2007, s. 181; Marcantonio et al., 2001, s. 519; Milisen et al., 2005, s. 82; Rivosecchi et al., 2015, s. 42).

Lundström et al. peker også på at administrering av oksygen under hele operasjon og de første dagene etter operasjon, til saturasjonen var stabil, var viktig for å ivareta behovet for oksygen (1999, s. 195). Videre i pasientforløpet ble bruk av pep-fløyte, flere ganger om dagen, trukket frem som et viktig tiltak for å både bedre oksygenopptak og for å forebygge pneumoni og atelektase (Lundström et al., 1999, s. 195; Lundström et al., 2007, s.181; Marcantonio et al., 2001, s. 519; Milisen et al., 2005, s. 82).

Når det gjelder behovet for eliminasjon pekte artiklene på at forebygging og behandling av forstoppelse var viktig. De fant også at seponering av folikateter, senest andre postoperative

dag, hadde en god forebyggende effekt av delirium hos pasientene (Lundström et al., 2007, s. 180; Marcantonio et al., 2001, s. 519; Milisen et al., 2005, s. 82).

Artiklene trekker også fram pasientens behov før søvn som en viktig forebyggende faktor og at dette må legges til rette for (Lundström et al., 1999, s. 196; Milisen et al., s. 82). Rivoecchi et al. henviser til studier som trekker frem flere viktige tiltak for å fremme søvnen. Dette innebærer blant annet å redusere koffeininntaket før sengetid, redusere støy som for eksempel TV, benytte øyemaske og øreplugg om natten, dimme lyset i rommet, unngå at pasienten sover på dagtid, behandling av eventuell hodepine og bruk av musikk (2015, s. 44).

Artiklene legger også vekt på væske- og elektrolyttbalansen. Både overhydrering og dehydrering hos pasienten må behandles, og det er viktig at man følger med på både natrium, kalium og glukosenivået. Tiltak i forbindelse med dette var klinisk undersøkelse av pasienten, føre drikkelister og å ta blodprøver (Lundström et al., 2007, s.181; Marcantonio et al., 2001, s. 519; Milisen et al., 2005, s. 82, Rivoecchi et al., 2015, s. 42). Et funn fra studien til Vassbø & Eilertsen var at sykepleieren syntes det var vanskelig å dekke pasientens behov for væske- og ernæring i den preoperative fasen i praksis grunnet dårlig organisering (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 64).

Tidlig mobilisering ble også trukket fram av samtlige artikler. Et tett tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier, fysioterapeuter og ergoterapeuter var et tiltak flere av studiene så som relevant i forbindelse med pasientens behov for aktivitet. Fysioterapeutene skulle være tilgjengelige på avdelingen hele dagen, og alle som jobbet i team med pasienten skulle hjelpe pasienten til mobilisering. De kom fram til at mobiliseringen skulle skje allerede første postoperative dag, men at det da ikke behøvde være mer enn å sitte på sengekanten (Lundström et al., 1999, s. 196; Lundström et al., 2007, s. 181; Milisen et al., 2005, s. 81; Rivoecchi et al., 2015, s. 41).

Videre var det høyst viktig at pasienten ble motivert til å utføre mest mulig selv for best mulig å kunne gjenvinne funksjon og egenomsorg som han hadde før bruddet (Lundström et al., 1999, s. 196; Lundström et al., 2007, s. 181; Milisen et al., 2005, s. 81; Rivoecchi et al., 2015, s. 41). Sykepleieren i artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2014, s. 64) pekte på at langt preoperativt sengeleie kan få negative konsekvenser.

4.3 Miljømessige og psykososiale faktorer.

Flere av artiklene trekker frem viktigheten av å implementere en rekke ikke-medikamentelle tiltak rettet mot psykososiale faktorer og miljøet rundt pasienten for å forebygge delirium. Vi har valgt å kalle denne kategorien for «miljømessige og psykososiale faktorer». Denne kategorien inneholder tiltak som blant annet har til hensikt å fremme pasientens opplevelse av trygghet, ro og velvære, samt tett kontakt med pårørende.

4.3.1 Individtilpasset sykepleie.

Av forebyggende tiltak trekkes det frem viktigheten at sykepleierne tilpasser seg pasienten, og ikke omvendt (Lundström et al., 1999, s. 195; Lundström et al., 2007, s. 180). Det bør tilbys individtilpasset sykepleie, hvor pleien og oppfølgingen av hver pasient planlegges tidlig.

Pasientene bør få våkne av seg selv og spise frokost i sitt eget tempo før morgenstell.

Pasientene i Lundström et al. (1999) sin studie hadde enerom med eget bad og toalett, og de byttet heller ikke avdeling eller rom i løpet av hele oppholdet. Et motto var: «'We don't move disabled patients if the doctor is healthy and can walk independently' (Lundström et al., 1999, s. 195). Også Rivosecchi et al. (2015, s.44) peker også på viktigheten av enerom, og anbefaler også vindu på rommet. Tvangstiltak som bruk av sengehest er ugunstig.

Et annet tiltak som har vist seg å ha effekt for å forebygge delirium er å organisere sykepleien til pasientene i små team, der hver pasient har to kontaktpersoner. Ved få personer involvert hos hver pasient vil det være lettere å fange opp eventuelle endringer i tilstanden (Lundström et al., 1999, s.195). I teamet inngår sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og spesialist i geriatri (Lundström et al., 2007, s. 180). Teamet følger pasientens tilstand og velvære tett, og hver pasient skal undersøkes av alle i teamet innen 24 timer, og videre regelmessig gjennom hele oppholdet (Lundström et al., 1999, s. 195; Lundström et. al, 2007, s. 180).

4.3.2 Bruk av pårørende.

Nær kontakt med pårørende og venner trekkes frem som et viktig forebyggende tiltak i flere av artiklene (Lundström et al, 1999, s. 195; Marcantonio, 2001 s. 519; Meako et al., 2011, s. 242).

Lundström et al. (1999, s. 196) har i sin studie latt pasientene ha telefon på rommet for å tilrettelegge for kontakt med venner og familie. Det er ingen besøkstid, men familie og venner kan komme og gå som de vil og oppfordres til å være tilstede særlig om natten. Pårørende

trekkes også inn som kilde til informasjon om pasienten, og det er lagt opp til flere møter mellom personalet og de pårørende (Lundström et al., 1999 s. 195).

Meako et al. (2011, s. 242) peker også på viktigheten av et tett samarbeid med pårørende for å fange opp pasienter utsatt for delirium og for å kunne identifisere tidlige tegn til utvikling av delirium. I deres studie kommer det frem at pårørendes kunnskaper om pasientens mentale tilstand i liten grad blir etterspurt. I flere tilfeller har pårørende sett en stor endring i pasientens mentale tilstand under sykehusoppholdet, uten at det medisinske teamet har etterspurt eller benyttet seg av disse viktige observasjonene.

4.3.3 Reorientering og kognitiv stimulering

Flere av artiklene peker på viktigheten av å reorientere pasienten ved bruk av kalender, klokke og timeplan på rommet (Marcantonio et al., 2001, s. 519; Rivosecchi et al., 2015, s. 46). I en studie er det benyttet plakater på veggen hvor pasienten kan lese hvor han er og hvorfor (Rivosecchi, 2015, s.42). Pasienten bør også opplyses om navn og funksjon til medlemmene av teamet, og informeres om dagens timeplan (Rivosecchi et al., 2015, s. 46).

Kognitiv stimulering i form av aktiviteter som boklesing, avislesing og radio trekkes også frem som et forebyggende tiltak (Rivosecchi et al., 2015, s. 42). Blant tiltakene i protokollen til Maracantonio et al. (2001, s. 519) har stimuli i miljøet i form av radio, tv eller båndopptaker blitt benyttet. Musikterapi er også et tiltak som flere studier konkluderer med at har effekt (Rivosecchi et al., 2015, s. 41). Det er viktig at pasienten har hjelpemidler for å legge til rette for optimal hørsel og syn, som høreapparat og briller (Marcantonio et al, 2001, s. 519; Rivocecchi et al., 2015, s. 46).

4.4 Smertelindring og legemidler

Adekvat smertelindring er gjennomgående i artiklene (Lundström et al., 1999, s. 195, Lundström et al., 2007, s. 181, Marcantonio et al., 2001, s.519). Smertelindring trekkes frem som viktig for å muliggjøre mobilisering, men også for å forebygge utvikling av delirium som følge av sterke smerter (Lundström et al., 2007, s. 181; Marantonio et al., 2001, s. 519).

Artiklene presenterer ulike former for smertelindring med bruk av blant annet paracetamol jevnt dosert gjennom døgnet, bruk av tramadol, kodein, lavdose subcutan morfin og oxycontin ved behov. Petidin bør unngås. (Lundström et al., 2007, s. 181; Marcantonio et al., 2001, s. 519).

I flere studier vises det også til legemidler som har vist seg å være ugunstige, som blant annet benzodiazepiner, antikolinerge midler og antihistaminer (Marcantonio, 2001, s. 519). Det bør også tilstrebes å unngå polyfarmasi, og legemiddelordinasjonen bør gjennomgås regelmessig (Marcantonio et al., 2001, s. 519).

4.5 Forebygge komplikasjoner.

Flere artikler peker på viktigheten av å forebygge og behandle postoperative komplikasjoner for å forebygge delirium. Eksempler er behandling av ventrikkel-og atrieflimmer, kartlegge og behandle urinveisinfeksjon og andre infeksjoner, sørge for tilstrekkelig hemoglobinnivå og optimal elektrolyttbalanse, sørge for antitromoseintervensjoner og forebygge lungekomplikasjoner med bruk av blant annet peepfløyte (Lundström et al., 1999, s. 195; Lundström et al, 2007, s. 180; Marcantonio et al., 2001, s. 519).

Lundström et al. (2007, s. 181), har i sitt intervensjonsprogram også hatt fokus på sekundær forebygging av fall og frakturer, samt undersøkt hvorfor pasienten fikk hoftebrudd i utgangspunktet.

5.0 DRØFTING

Delirium har en rekke negative konsekvenser både for pasient, pårørende og samfunn. Fokuset bør være rettet mot å forebygge tilstanden, da den kan være vanskelig å behandle når den først er oppstått (Rivosecchi et al., 2015, s. 44). I denne oppgaven har vi ønsket å undersøke hvordan sykepleieren kan forebygge postoperativt delirium hos eldre med hoftebrudd. Forskningsartiklene har gitt oss mye ny kunnskap, og det er særlig noen områder og temaer som trer tydelig frem. Med utgangspunkt i forskningsartiklene, pensumlitteratur og våre egne erfaringer vil vi i de følgende underkapitlene forsøke å drøfte hvordan sykepleieren kan forebygge delirium hos den eldre pasienten, samt diskutere noen utfordringer man vil kunne stå ovenfor i dette arbeidet.

5.1 Hvordan fange opp risikopasienten?

Det er mange og sammensatte årsaker til utvikling av delirium, med predisponerende og utløsende faktorer som sammen kan føre til utvikling av tilstanden. Milisen et al. (2005, s. 88) skriver at sykepleieren har en nøkkelrolle i arbeidet med å avdekke hvem som står i fare for å utvikle delirium slik at man kan utvikle strategier for å forebygge tilstanden. Rivosecchi et al. på sin side, hevder at god daglig sykepleie til alle er det viktigste forebyggende tiltaket for å hindre utvikling av delirium uavhengig av pasientens risikofaktorer. En multifaktoriell og ikke-medikamentell tilnærming, med ivaretagelse av grunnleggende behov, god omsorg, trygghet og fokus på faktorer i miljøet rundt pasienten, er det som må til for å forebygge tilstanden, og disse forebyggende tiltakene oppsummeres som «god sykepleie». Ved å sørge for «god sykepleie» til alle, vil det ikke være behov for å fange opp risikopasientene, hevder Rivosecchi et al.

Flere av studiene viser imidlertid at sykepleiere mangler grunnleggende kunnskaper om delirium, om årsakene til tilstanden og således forebygging av den. De har begrenset oppmerksomhet mot og kunnskaper om pasienter som står i fare for å utvikle delirium, og de opplever mangelfulle rutiner for systematisk identifisering og rapportering i innkomst- og kartleggingsfasen (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 66). Vi mener derfor at et system for å fange opp risikopasienten bør innføres og benyttes for å forebygge delirium. En form for kartleggingsverktøy bør settes i system, slik at man fanger opp risikopasientene tidlig og kan sette i gang målrettede forebyggingstiltak.

Vi har erfaring med risikokartlegging og screeningverktøy for en rekke andre pasientgrupper. Blant annet har vi erfaring med risikoscreening for å kartlegge fallrisiko, ernæringsmessig

risiko og smitterisiko for pasienter ved avdeling for hjerneslag og i indremedisinsk avdeling ved sykehus. Under innkomstsamtalen i kartleggingsfasen der gjennomføres en risikovurdering etter fastlagt skjema. Pasienten får en «poengsum» som angir graden av risiko. Ved funn av forhøyet risiko opprettes en forhåndsbestemt sykepleierdiagnose med tilhørende mål og tiltak i behandlingsplanen. Man oppnår større grad av fokus på de utsatte pasientene, risikofaktorer og aktuelle tiltak. Når en slik sykepleierdiagnose opprettes i behandlingsplanen blir det lett synlig og gjennomførbart for alle rundt pasienten.

Et argument imot en slik risikovurdering kan kanskje være at man risikerer å «glemme» de pasientene som ikke anses som å være i risikozonen. I prinsippet kan alle utvikle delirium ved sterk nok påvirkning. Med dette som bakteppe ser vi hvorfor god daglig sykepleie til alle trekkes frem som det viktigste tiltaket for å forebygge tilstanden uavhengig av risikofaktorer. Vi mener allikevel at et kartleggingssystem som beskrevet over vil være hensiktsmessig.

I en kartleggingsfase kan det være aktuelt å trekke inn pårørende, som kan være en viktig ressurs og gi verdifull informasjon om pasientens tidligere funksjon. Sykepleierne benytter sjelden informasjon fra pårørende i kartleggingsfasen (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 66). Ved å i større grad se på pårørende som en samarbeidspartner, kan sykepleierne skaffe seg verdifull informasjon om pasientens funksjonsnivå før sykehusinnleggelsen, som sammen med kunnskap om predisponerende faktorer kan bidra til å fange opp risikopasientene.

Samtlige artikler er samstemte i at økt kunnskap og undervisning om delirium vil være svært viktig for å kunne forebygge tilstanden.. Forskjellige undervisningsprogrammer har blitt brukt i artiklene. Alt fra korte og uformelle samtaler til to ukers lange kurs, uten at det har kunnet gitt oss noen konkrete tall på hvilke av metodene som gir best resultat. Best beskrevet er undervisningsprogrammet presentert i artikkelen til Maeko. Her kommer det tydelig fram hvordan en enkel powerpoint-presentasjon kan øke kunnskapen til sykepleierne betraktelig (2011, s. 243), men i dette programmet tar de bare for seg forskjell på demens og delirium, risikofaktorer, legemidler knyttet til utvikling av delirium og pleieplan for pasienter som utvikler delirium. Dette er til forskjell fra de andre programmene som også tar for seg å undervise i pleie, rehabilitering, tverrfaglig samarbeid, forebyggende og behandlende faktorer av delirium samt forebygging og behandling av postoperative komplikasjoner. Dette kan ses som et mer helhetlig undervisningsprogram, hvor flere viktige aspekt blir tatt fram.

Motargumentet for å opprette et undervisningsprogram her må vel igjen være påstanden om at helhetlig god sykepleie til alle er godt nok for å forebygge delirium (Rivosecchi, 2015, s.47).

Men når man leser at sykepleiere spesifikt etterlyser systematiske rutiner for kartlegging og rapportering av pasienter (Vassbø og Eilertsen, 2014, s 66) kan man spørre seg om dette muligens kommer av at de føler seg usikre i møte med disse pasientene. Dette ville i så fall ytterligere støtte et argument for undervisning, som kan gjøre sykepleierne tryggere på sine kunnskaper og på sitt ansvar.

5.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov.

Å dekke pasientens grunnleggende behov var det første vi lærte på skolen og kalles grunnleggende sykepleie. I møte med gamle pasienter med hoftebrudd vil man oppleve at pasientene har, som Orem beskriver det: «helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov», og effektiv imøtekommelse av disse kan hindre sykdomsutvikling (Orem, 2001, s. 48). Til sammenligning viser også studiene at ivaretagelse av grunnleggende behov er essensielt for å forebygge utvikling av delirium. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011, s. 18) skriver at ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov inngår i sykepleierens behandlede funksjon. Men artiklene viser at god ivaretagelse av grunnleggende behov også virke forebyggende når det kommer til delirium. Når vi i tillegg vet at flere av de predisponerende og de utløsende årsakene til delirium er knyttet til utilfredsstilte grunnleggende behov, var det ikke overaskende at det var nettopp dette artiklene kom fram til.

Lav kroppsmasseindeks og søvnmangel er eksempler på risikofaktorer. Dette kan være grunnen til at flere artikler trakk fram viktigheten av å tilrettelegge miljøet rundt pasienten for å fremme ernæringsstatus og øke søvnkvalitet. Dette fikk oss til å tenke på Orems hjelpemetode «å sørge for omgivelser som fremmer utvikling». Heldigvis, så vi i studien til Vassbø og Eilertsen, at dette var noe de mente ble fremholdt av sykepleierne på avdelingen.

Orem legger også vekt på at sykepleierens overordnede hensikt er å fremme menneskers normalfunksjon. I lys av dette så vi at tidlig mobilisering er et gjennomgående tiltak i artiklene. Tidlig mobilisering og tilrettelegging for at pasienten skal gjøre mest mulig selv fremmer normalfunksjon og egenomsorg hos pasienten, samtidig som det forebygger delirium. Selv om fysioterapeuter og ergoterapeuter er en stor del av dette arbeidet har sykepleieren også en viktig funksjon. Dette blir tydelig når man tenker på at to av Orems hjelpemetoder er «å sørge for fysisk og psykisk støtte» og «å veilede og rettlede en annen». I denne sammenheng kan vi trekke paralleller til vår pasient: Det er forståelig at det oppleves som både skummelt og vondt å bli mobilisert første postoperative dag. Som sykepleiere har vi derfor en viktig rolle i å støtte og veilede pasienten gjennom dette. Til likhet fant Vassbø og

Eilertsens ut i sin studie at sykepleieren hadde stort fokus på mobilisering, men dette ble ikke begrunnet utfra et ønske om å forebygge delirium i seg selv, men snarere på grunn av viktigheten av mobilisering på generelt grunnlag.

Redusert oksygenmetning av hjernen i kombinasjon med større blodtrykksfall kan også føre til delirium, og dette er noe som ofte forekommer under operasjon. Vi tenker at det sikkert var nettopp derfor Lundström et al. beskrev så tydelig viktigheten av at pasienten får oksygen. Ikke bare under operasjon, men også den første tiden etter operasjon, til saturasjonen hadde stabilisert seg. Videre var det også viktig at pasienten brukte PEP fløyte. I forbindelse med det blir Orems beskrivelse av sykepleierens rolle i «å undervise en annen» et viktig aspekt. I praksis på Ortopedisk avdeling på Ullevål så vi at de fleste pasientene hadde en PEP-fløyte på nattbordet ved sengen, men vi så aldri en pasient som brukte dem uten at de ble bedt om det. Senere erfarte vi at de fleste sykepleierne på avdelingen var usikre i hvordan og hvor ofte disse skulle brukes. Orem beskriver at sykepleieren har en nøkkelrolle i å hjelpe pasienten til å forstå betydningen av ny kunnskap, men hvis det er slik at sykepleierne ikke har denne kunnskapen er det lett og forså hvorfor pasientene ikke forstod hvorfor PEP-fløyten var viktig for dem å bruke. I det store og hele er jo dette bare én erfaring fra én avdeling, men for oss ble det veldig synlig hvor viktig sykepleierens rolle i undervisning faktisk er.

Hos et gammelt menneske med hoftebrudd kan arbeidet med å dekke alle behovene blir en utfordring. Nyere studier peker på at det er mer gunstig for pasienten å bli utredet og behandlet for væske- og elektrolyttforstyrrelser framfor å bli operert innen første døgnet (Grønseth et al., 2016, s 184), men det å dekke pasientens væske- og ernæringsinntak er svært vanskelig i den preoperative fasen grunnet store uforutsigbarheter i operasjonsprogrammet (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 64). Pasientene må ofte vente lenge på operasjon som igjen øker faren for utvikling av delirium. Uklare prosedyrer og usikker preoperativ ventetid gjør det vanskelig å følge opp systematisk registrering og overvåking av pasientens væskeinntak for sykepleiere (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 64). I denne sammenhengen klarer vi heller ikke å slutte å tenke på at pasienten vil måtte faste i flere dager hvis operasjonen stadig blir utsatt og flyttet på. Lav BMI er knyttet til utvikling av delirium, men selv om artiklene peker på flere tiltak i forbindelse med dette, er det i hovedsak snakk om den postoperative fasen. I den preoperative fasen må pasienten faste før operasjonen, men hvis operasjonsprogrammet blir forskjøvet kan pasienten måtte faste lenger enn nødvendig. I vår praksis på ortopedisk avdeling var vårt inntrykk at fastingen var et stort fokus hos pasienten. Uansett alder og

uansett hvilken type brudd var det flere som synes det var svært tøft å skulle faste i flere dager før de ble tatt inn til operasjon. Vi kan ikke la være å lure på hvordan det må oppleves for et gammelt menneske, kanskje med en begynnende kognitiv svikt, å bli satt i den situasjonen. «Vi må få et bedre samarbeid med de som har ansvaret for operasjonsprogrammet!» ble det sagt av en av sykepleieren i studien til Vassbø & Eilertsen (2014, s. 64) og det tror vi er et vesentlig poeng for at vi skal kunne møte pasientens behov for væske- og ernæring. Et annet alternativ som vi har diskutert er hvorfor ikke disse pasientene kan få intravenøs ernæring mens de venter på operasjon. På spørsmål om dette fikk vi til svar av praksisveileder at: «det var et godt spørsmål, men det nytter ikke å spørre legen om det». I ettertid lurer vi fortsatt på hvorfor det ikke skulle nytte, det er jo tross alt et av de universelle egenomsorgsbehovene for et menneske (Kristoffersen, 2011, s. 230). Det kan virke som det foreligger en del stagnerte holdninger i praksisfeltet. Er ikke sykepleiere åpne for nye innspill og innfallsvinkler?

Å være fri fra smerter er et grunnleggende behov. Dessverre vil brudd av store knokler fører til store smerter hos pasienten og som vi vet kan smerter føre til delirium. Smertelindring av pasienten blir derfor veldig viktig. Dette var gjennomgående i flere av kildene vi støtter oss til. Samtidig ble det også trukket fram at det finnes flere legemidler enn bør unngå i det forebyggende arbeidet av delirium. Selv om Stubberud og artiklene stort sett var samstemte på dette også fant vi noen ulikheter. Til likhet ble både legemidler som virker dempende på hjernen og antikolinerge midler trukket fram som utløsende årsaker til delirium, men til forskjell peker Stubberud på at det er *kombinasjon* av antikolinerge legemidler og legemidler mot parkinsonisme og urininkontinens som kan utløse delirium. Marcantonio et al. peker på bruken av antikolinerge midler alene som ugunstig. Samtidig nevnes også antihistaminer som en utløsende faktor i denne studien (Marcantonio et al., 2001, s. 519). I tillegg til legemidler en bør unngå, peker Marcantonio et al. på at generell bruk av for mange legemidler ikke er bra. Hvis vi kombinerer dette med kunnskapen vi har om at eldre pasienter er en gruppe som ofte bruker flere legemidler, noe som utsetter dem for legemiddelinteraksjoner og samtidig aldersforandringer som kan føre til endret farmakokinetikk (Ranhoff & Engh, 2014, s. 184; Spigset, 2013, s. 335), blir dette et viktig tiltak som bør kastet lys over.

5.3 Viktigheten av omsorg, trygghet og kjente personer.

Individtilpasset sykepleie, trygghet, ro og hvile, skjerming fra støy og få, velkjente personer nært pasienten trekkes frem som viktige tiltak for å forebygge delirium. Vi har tidligere kalt denne typen tiltak for «miljømessige og psykososiale faktorer». Blant annet fremheves

enerom, gjerne med vindu og eget bad og toalett, som viktig (Lundström et al., 1999, s. 195; Rivosecchi et al., 2015, s. 44). Støy fra medpasienter, stadig skifte av personell og det å ligge i korridoren trekkes frem som negativt. Tiltak for å unngå dette omtales som «god sykepleie». Man kan imidlertid spørre seg om det er mulig å gjennomføre alt dette i praksis. Er det langt mellom ideal og realitet? Helsetjenesten er i dag preget av produktivitetsfokusering og effektivisering. Sykepleiere opplever et stort press og trekkes mellom fordelingspolitikken og kravet til mest mulig helse for flest mulig pasienter på den ene siden, og den optimale behandling og omsorg for den enkelte pasient på den andre. Vi vet om en rekke forebyggende tiltak som har vist seg å ha effekt, men lar det seg gjennomføre i praksis? Med dagens ressursknapphet er det for eksempel få steder alle hofteopererte pasienter kan tilbys enerom med eget bad og toalett. Av og til må pasienter ligge på korridoren. Støy fra medpasienter kan være vanskelig å unngå. Eksterne forhold, rammer og ressursknapphet kan altså medføre en begrensning i hvor stor grad sykepleierne faktisk kan forebygge utviklingen av delirium når det kommer til disse psykososiale og miljømessige aspektene.

Å ha lite utskiftning av personell og tilstrebe få og kjente personer rundt pasientene trekkes frem som svært viktig. Stabilitet og forutsigbarhet synes å være idealet. Sykepleiere jobber imidlertid turnus med arbeidstid både dag, kveld og natt, med friperioder imellom. Kanskje er det også ustrakt bruk av ekstravakter og sykepleiere fra bemanningsbyråer ved enkelte avdelinger. Det er dermed ikke gjennomførbart at én sykepleier har ansvaret for samme pasient til enhver tid. Vi mener en mulig løsning kan være å i større grad benytte primärsykepleie som modell. Primärsykepleie vil si at pasienten får tildelt en sykepleier som har hovedansvaret for ham eller henne fra innleggelse til utskrivelse. På denne måten sikres kontinuitet, individuell og helhetlig sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 285). Ved å benytte primärsykepleie som modell vil man kunne tilstrebe stabilitet rundt pasienten i så stor grad det lar seg gjøre. Primärsykepleieren vil kunne ha en koordinerende funksjon under pasientens opphold og fungere som et bindeledd mellom de ulike faggruppene rundt pasienten. Sykepleieren vil også få muligheten til å bli godt kjent med pasient og pårørende og kan dokumentere og videreformidle viktig informasjon til de andre fagpersonene i teamet. I lys av teorien vi støtter oss til mener vi dette vil være av stor betydning for å forebygge delirium.

Vi mener også kunnskapen om viktigheten av pårørende bør benyttes i større grad: Pårørende kan representere noe trygt og kjent i en ny og ukjent situasjon. Vi beskrev viktigheten av pårørende i kapittel 2.2.2, og mener denne kunnskapen er spesielt aktuell for gamle innlagt på

sykehus etter hoftebrudd. Å fjerne fastsatte besøkstider og heller oppfordre pårørende til å være tilstede hele døgnet, har vist seg å ha effekt for å forebygge delirium (Lundström et al., 1999, s.196). I en sykehushverdag hvor pasienten uunngåelig må forholde seg til flere ulike sykepleiere som ofte ikke har så mye tid som man skulle ønske, kan sykepleieren benytte pårørende for å tilrettelegge for stabile og kjente mennesker rundt pasienten. Sykepleieren kan rettlede og informere pårørende om viktigheten av at de er tilstede så mye som mulig for å dempe angst hos pasienten. Sykepleieren kan også gi informasjon om hvordan de konkret kan hjelpe ved blant annet å gi enkel, repetert og konsistent informasjon og sørge for realitetsorientering av pasienten (Ranhoff, 2014a, s. 459). Av største betydning er det kanskje at det blir formidlet til de pårørende at bare det at de er tilstede vil være av stor betydning for pasientens opplevelse av trygghet og velvære, og dermed forebygge utviklingen av delirium.

I lys av vår egen erfaring som pårørende vet vi at dette vil kunne oppleves som svært viktig. Vi opplevde frustrasjon over å få lite informasjon om delirium og hvordan vi kunne bidra for å hjelpe. Å få klar og tydelig beskjed om at vårt nærvær, hele døgnet, kunne vært til hjelp, ville vært uvurderlig for oss. Vi mener således at det er viktig at sykepleiere er opplyst om dette og kan bringe denne informasjonen til pårørende, som i de fleste tilfeller helt sikkert vil gjøre hva de kan for å hjelpe sine kjære familiemedlemmer.

I Orems sykepleieteori beskrives hjelpemetoden «Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling». Denne hjelpemetoden vil være svært aktuell i møte med gamle pasienter med hoftebrudd. Teorien viser at miljøet rundt pasienten er av stor betydning, og et godt tilrettelagt miljø og optimale omgivelser kan bidra til å forebygge delirium. Å tilrettelegge for ro og hvile, skjerme pasienten for støy, sørge for klokke og kalender på rommet og hjelpe pasienten med å finne en normal døgnrytme er eksempler på forebyggende tiltak. Dette er i tråd med Orems hjelpemethode om helsefremmende omgivelser som sykepleieren bør være seg bevisst og aktivt benytte seg av. Også i denne sammenheng vil det kunne være aktuelt å trekke inn pasientens familie og venner. Å tilstrebe et helsefremmende miljø rundt pasienten kan også innebære at sykepleieren legger til rette for et tett samarbeid med pårørende. Hjelpemetoden omhandler nemlig ikke bare fysiske forhold, men også psykososiale forhold i omgivelsene.

Også hjelpemetoden «Å sørge for fysisk og psykisk støtte» vil i aller høyeste grad være aktuell i møte med denne pasientgruppen. Hjelpemetoden kan benyttes i situasjoner hvor pasienten går gjennom noe smertefullt og ubehagelig, eller befinner seg i en ny, ukjent og utrygg situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 237; Orem, 2001, s. 57). Støtten behøver ikke å gis med ord, sykepleieren kan også støtte pasienten ved hjelp av berøring, blikk, verbal støtte

eller kun ved å være tilstede. Dette er helt i tråd med funn fra forskningsartiklene og pensumlitteratur, hvor viktigheten av et trygt og støttende miljø rundt pasienten understrekes.

Til tross for at det kan foreligge en rekke forhold som medfører et stort gap mellom ideal og realitet når det kommer til forebygging av delirium, mener vi allikevel at det er svært viktig at sykepleiere har inngående kunnskap om tilstanden og hvordan den kan forebygges, både når det gjelder ivaretagelse av de fysiologiske og grunnleggende behovene, og de mer psykososiale aspektene og faktorer i miljøet rundt pasienten. Ved økt kunnskap og oppmerksomhet tror vi sykepleierne vil strekke seg langt for å følge opp dette i praksis så langt det lar seg gjøre, innenfor de rammene som foreligger. Det er ikke alltid så mye som skal til, men det kan være av avgjørende betydning for pasienten.

6.0 AVSLUTNING

Vi har i denne bacheloroppgaven fordypet oss i hvordan sykepleiere kan forebygge delirium hos gamle pasienter med hoftebrudd. Vi har tatt for oss relevant teori fra pensumlitteratur og utført systematisk litteratursøk. Vi fant mange gode forskningsartikler som har gitt oss mye lærdom og vi har drøftet og reflektert rundt temaet. Hovedsakelig har vi sett at de fleste tiltakene som har vist seg å ha effekt for å forebygge tilstanden daglig utføres av sykepleierne ved avdelingene. I tråd med Orems teori om sykepleierens hjelpemetoder, kan sykepleieren forebygge delirium hos den gamle ved å ha fokus på både fysiske, psykososiale og miljømessige faktorer rundt pasienten. God ivaretagelse av grunnleggende behov, trygghet og god omsorg samt tett involvering fra de pårørende har vist seg å ha effekt. Utfordringen ligger i å øke fokuset og bevisstheten rundt tilstanden og hvordan den kan forebygges nettopp ved den daglige sykepleien som hele tiden utføres.

Det kan synes som sykepleierne mangler kunnskap om delirium, og ved avdelingene mangler det også konkrete rutiner og retningslinjer for kartlegging og risikovurdering av utsatte pasienter. Bevisstheten må økes og forebyggende tiltak, den «gode sykepleien» som hele tiden utføres, må settes i system. Dette tror vi vil gjøre det lettere for sykepleierne å bli bevisst på de forebyggende tiltakene, samtidig som det kan minske risikoen for at noen tiltak blir glemt. Økte kunnskaper og bevisstgjøring vil også kunne bidra til at sykepleierne føler seg trygge og kompetente i møte med pasienter i som står i fare for å utvikle delirium. Det er ikke alltid så mye som skal til, men det kan ha avgjørende betydning for pasienten.

LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging: Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 79-98). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engstad, T. (2016). Geriatri. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 541-552). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C., Wengstrøm, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.
- Grønsløth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I., Almås, H., (2016). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 2, s. 169- 206). Oslo: Gyldendal akademisk
- Holly, C., Rittenmeyer, L. & Weeks, S. M (2014): Evidence-Based Clinical Audit Criteria for the Prevention and Management of Delirium in the Postoperative Patient With Hip Fracture. *Orthopaedic Nursing*, 33 (1), 27-34.
- Kirkevold, M. (2014). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 22-28). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., Bind 1). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.

Krogseth M., Wyller, T. B., Engedal, K., Juliebø. V. (2011). Delirium Is an Important Predictor of Incident Dementia among Elderly Hip Fracture Patients: *Dementia and Geriatric and Cognitive Disorders*, 31, 63–70

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo:

Kunnskapsdepartementet. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Langeland, N. & Halse, A.-K. (2016). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 467-504). Oslo: Gyldendal akademisk

Lundström, M., Edlund, A., Lundström, G. & Gustafson, Y. (1999). Reorganization of Nursing and Medical Care to Reduce the Incidence of Postoperative Delirium and Improve Rehabilitation Outcome in Elderly Patients Treated for Femoral Neck Fractures. *Scand J Caring Sci* 13, 193-200.

Lundström, M., Olofsson, B., Stenvall, M., Karlsson, S., Nyberg, L., Englund, U. & Borssén, B. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res* 19 (3), 178-186.

Marcantonio, E.R, Flacker, J.M, Wright, R.J & Resnick, N.M (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*, 49 (5), 516-522

Meako, M. E., Thompson, H. J. & Cochrane, B.B. (2011). Orthopaedic Nurses' Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. *Orthopaedic Nursing*, 30 (4), 241-248.

Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review *JAN, Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 52(1), 79-90

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : En arbeidsbok* . Oslo: Akribes.

Olofsson, B., Lundström, M., Borssen, B., Nyberg, L., Gustafson, Y. (2005) Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (2), 119-127.

Olofsson, B., Persson, M., Bellelli, G., Morandi, A., Gustafson, Y., Stenvall, M., (2017). Development of dementia in patients with femoral neck fracture who experience postoperative delirium-A three-year follow-up study: *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(4), 623-632.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice*. 6.ed. St.Louis: Mosby Year Book.

Ranhoff, A. H. (2014a): Delirium (akutt forvirring). I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A.H. (2014b): Den akutt syke gamle. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2014c): Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H.(Red.), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A.H & Engh, E. (2014): Eldre og legemidler. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H(Red.), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Rivosecchi, R. M, Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S. & Kane-Gill, S.L (2015) Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review. *Critical Care Nurse*, 35 (1), 39-49.

Romøren, T.I. (2014): Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H.(Red.), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykatri: kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.). Oslo: Akribe.

Spigset, O. (2013). Eldre og legemidler. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. [429]-438). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1 (4), 59-71.

VEDLEGG 1

| Forfatter/ år/land/tittel | Hensikt (mål) med studien | Metode | Resultat/konklusjon | Egne kommentarer |
|--|--|---|--|---|
| <p>Forfattere: Rivosecchi, Ryan M.; Smithburger, Pamela L.; Svec, Susan; Campbell, Shauna; Kane-Gill, Sandra L.</p> <p>År: 2015</p> <p>Tittel: <i>Nonpharmacological Interventions to Prevent Delirium: An Evidence-Based Systematic Review.</i></p> | <p>Finne ut hvilke ikke-medikamentelle intervensjoner som fungerer i forebygging av delirium.</p> | <p>Kunnskapsbasert systematisk litteraturstudie</p> | <p>Studien finner at ikke-medikamentelle intervensjoner er essensielt i forebygging av delirium, og at denne typen intervensjoner kan være både trygge og kostnadseffektive.</p> | <p>Vi synes denne artikkelen var veldig relevant etter som det er en stor studie som har samlet funn fra flere artikler og sammenlignet dem. Artikkelen kommer fram til flere tiltak som svarer på problemstillingen vår. Den er også relevant med tanke på at den av nyere tid.</p> |
| <p>Forfattere: Maria Lundström, Agneta Edlund, Gudrun Lundström og Yngve Gustafson.</p> <p>År: 1999</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Tittel: <i>Reorganization of Nursing and Medical Care to Reduce the</i></p> | <p>I studien studeres effekten av en omlegging av sykepleien og den medisinske behandlingen til et intervensjonsprogram for hofopererte pasienter for å forebygge delirium. Et intervensjonsprogram ble benyttet på en gruppe pasienter med hoftebrudd, og resultatene fra</p> | <p>En kohort studie med 49 deltagere.</p> | <p>Det ble konkludert med at intervensjonsprogrammet hadde effekt i form av reduksjon i forekomsten av delirium til denne pasientgruppen. I tillegg hadde de færre postoperative komplikasjoner i forbindelse med operasjonen.</p> | <p>Vi synes denne studien var interessant fordi den kommer fram til flere tiltak som viser seg å ha effekt på målgruppen. Den er av eldre dato men funnene samsvarer med nyere forskning og da mener vi at det underbygger at disse tiltakene fungerer. Den er også relevant med tanke på at den er svensk.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <p><i>Incidence of Postoperative Delirium and Improve Rehabilitation Outcome in Elderly Patients Treated for Femoral Neck Fractures</i></p> | <p>denne gruppen ble sammenlignet med tidligere studier gjort på hofteopererte pasienter som fikk tradisjonell sykepleie og behandling.</p> | | | |
| <p>Forfattere: Milisen K; Lemiengre J; Braes T; Foreman MD</p> <p>År: 2004</p> <p>Tittel: <i>Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review</i></p> | <p>Målet med denne studien var å kartlegge karakter og effektivitet i forskjellige multikomponente intervensjonsstrategier for delirium hos gamle på sykehus.</p> | <p>Systematisk litteraturstudie</p> | <p>Studien konkluderer med at slike intervensjoner er de mest effektive i forebyggingen av delirium og at sykepleiere spiller en viktig rolle i arbeidet med å implementere disse tiltakene i møte med pasientene.</p> | <p>Denne studien viser til flere tiltak som er av relevans for problemstillingen vår. De konkluderer med at disse tiltakene fungerer og at sykepleiere har en viktig rolle i dette arbeidet. Dette synes vi var relevant. Studien har samlet flere artikler og sammenlignet funnene derfra. Det forsterket troverdigheten i funnene. Artikkelen er av noe eldre dato, men samsvarer med nyere forskning, dette viser oss at tiltakene er gjeldene også i dag.</p> |
| <p>Forfattere: Lundström M; Olofsson B; Stenvall M; Karlsson S; Nyberg L; Englund U; Borssén B; Svensson O; Gustafson Y</p> <p>År: 2007</p> <p>Land: Sverige, Umeå</p> | <p>De ønsket å undersøke om et multifaktorellt-intervensjonsprogram kan minske forekomsten av delirium og bedre behandlingen for pasienter med hoftebrudd.</p> | <p>En randomisert intervensjonsstudie, der 199 pasienter med hoftebrudd ble tilfeldig fordelt i to grupper. Den ene gruppen fikk oppfølging på en spesialisert geriatrisk avdeling, med</p> | <p>Studien konkluderer med at blant pasientene som fulgte intervensjonsprogrammet var det færre som utviklet delirium sammenlignet med kontrollgruppen.</p> | <p>Vi synes denne studien var relevant fordi den viser til flere funn som svarer på problemstillingen vår. De kommer også fram til at tiltakene fungerer og det derfor er viktig at de blir utført. Den er fra Sverige, noe som er relevant for oss. Den er også bra fordi</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>Tittel: <i>Postoperative delirium in old patients with femoral neckfracture: a randomized intervention study</i></p> | | <p>et fastlagt postoperativt intervensjonsprogram. Den andre gruppen mottok tradisjonell sykepleie og behandling.</p> | | <p>de har gjort en randomisert studie med en kontrollgruppe noe som styrker funnene.</p> |
| <p>Forfattere: Tove K. Vassbø, Grethe Eilertsen</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Norge</p> <p>Tittel: <i>Faser under sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd</i></p> | <p>De ønsket å studere sykepleiernes erfaring med kartlegging, forebygging og behandling av eldre pasienter med delirium på ortopediske avdelinger.</p> | <p>Kvalitativ innholdsanalyse</p> | <p>Manglende rutiner og lite oppmerksomhet ble funnet. Dette førte til at sykepleierne ble satt foran mange utfordringer. Sykepleierne opplevde å ikke ha handlingsrom for forebygging av delirium og studien konkluderte med at heving av kompetanse og implementering av prosedyrer er nødvendig. Prioritering og forbedring av prosedyrer trengs for at forebyggende og behandlende tiltak iverksettes.</p> | <p>Denne studien synes vi var veldig interessant fordi den tar utgangspunkt i norske sykepleieres syn på problemstillingen. Dette er spennende når man setter det i lys av hva som bør gjøres og hva som faktisk gjøres av forebyggende arbeid. Man får også fram utfordringer og problemstillinger til knyttet til arbeidet med å forebygge delirium. Artikkelen er også av nyere dato noe som forteller oss at funnene er relevante for dagens praksis.</p> |
| <p>Forfattere: Meako, Michelle E; Thompson, Hilaire J; Cochrane, Barbara B</p> <p>År: 2011</p> <p>Land: Amerika</p> <p>Tittel: <i>Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in old erhospitalized patients</i></p> | <p>De ønsket å kartlegge sykepleiernes grunnleggende kunnskaper om delirium og om det er mulig å øke denne kunnskapen ved bruk av et kort undervisningsprogram som baseres på nasjonale retningslinjer.</p> | <p>Pre-test og post-test studie.</p> | <p>Mangler kunnskaper om delirium blant sykepleierne, og at det er behov for kompetanseheving. De fant også at det var mulig å heve kompetansen med en 1 times powerpoint undervisning.</p> | <p>Denne artikkelen viser at sykepleiere ikke har nok kunnskap om delirium men også at undervisning fungerer. Dette underbygger ett viktig funn og er relevant for problemstillingen vår. Den er av nyere dato, som viser at det er relevant for dagens praksis. Selv</p> |

| | | | | |
|--|---|---------------------------|---|--|
| | | | | om deltagerne er amerikanske viser den at undervisning fungerer og det er et viktig poeng. |
| <p>Forfattere: Edward R Marcantonio, Honathan M. Flacker, John</p> <p>Årstall: 2001</p> <p>Land: Amerika</p> <p>Tittel: <i>Reducing delirium after hip fractures: a rindomized trial</i></p> | <p>I denne studien ble det undersøkt om en forhåndsbestemt protokoll bestående av forebyggende tiltak har effekt for utviklingen av delirium hos hofteopererte pasienter.</p> | <p>Randomisert studie</p> | <p>Det ble konkludert med at ved å bruke en slik protokoll kan delirium redusertes med 1/3 hos hofteopererte pasienter.</p> | <p>Denne studien viser at protokoller fungerer noe som vi så som relevant for oppgaven og problemstillingen. Den er av noe eldre dato men fordi den samsvarer med nyere forskning ser vi den som relevant.</p> |