



Hvordan kan sykepleieren på best mulig måte forebygge delirium hos eldre pasienter i den postoperative fasen på sengepost?

Kandidatnummer: 217

VID vitenskapelige høyskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 10995

28.03.2019

Forord

*Utruleg lenge var eg sterk og sprek
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 dei for alvor sette viljen inn
kunne dei vel te seg mindre ynkeleg.
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 stakkarslege når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.*

(Halldis Moren Veesaas, 1995, sitert i Kirkevold, 2013, s. 23)

Sammendrag

Bakgrunn: Delirium er en tilstand som forekommer hyppig, men likevel blir oversett og underdiagnostisert. Hoftebrudd fører til en rekke konsekvenser for både pasienten og samfunnet. Dersom den eldre pasient i tillegg blir rammet av postoperativ delirium, oppstår det ytterligere konsekvenser. Forskning tyder på at delirium kan forebygges. Hensikten med denne oppgaven er å tilegne seg kunnskap om delirium og hvordan sykepleieren kan iverksette tiltak for å forebygge at tilstanden oppstår.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren på best mulig måte forebygge delirium hos den eldre pasienter i den postoperative fasen på sengepost?

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Problemstillingen blir derfor drøftet i lys av relevant teori, forskningsfunn, og Dorothea Orems teori om egenomsorg.

Konklusjon: Sykepleieren har en sentral rolle i forebygging av postoperativ delirium. Det er vesentlig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap for å kunne ivareta den eldre pasients særlige behov. Hovedfunnene i studien viser at kartlegging av og kunnskap om risikofaktorer, individuell tilnærming, tverrfaglig samarbeid, og ulike medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak kan forebygge postoperativ delirium hos den eldre pasient innlagt med hoftebrudd.

Nøkkelord: Delirium, postoperativ, eldre, forebygging

Abstract

Background: Delirium is a condition which occurs frequently, yet is easily overlooked or under diagnosed. Hip fractures lead to a series of consequences for both the patient and for society, and if the elderly patient gets postoperative delirium, additional consequences may arise. Research shows that delirium can be prevented. The purpose with this paper is to acquire knowledge about delirium and what the nurse can do to prevent the condition from occurring.

Topic: How can the nurse prevent delirium in the best possible way for the elderly patients during the postoperative phase?

Method: This paper is a literature study. The topic is therefore discussed based on relevant theory, research findings, and Dorothea Orem's theory of self-care.

Conclusion: The nurse has a vital role in preventing postoperative delirium of occurring. It is essential that the nurse has sufficient knowledge to meet the special needs of the elderly patient. The main findings of the study show that mapping and having knowledge of risk factors, individual approach, multidisciplinary collaboration, and treatments with various medicinal drugs and non-medicinal drugs can prevent elderly patients admitted with hip fracture to get postoperative delirium.

Keywords: Delirium, postoperative, elderly, prevention

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Sykepleiefaglig relevans	7
1.3 Problemstilling	8
1.4 Oppgavens avgrensning	8
1.5 Oppgavens hensikt	8
2. Vitenskapsteoretisk tilnærming og metode	9
2.1 Anvendt metode	9
2.2 Litteratursøk	10
2.3 Kildekritikk	11
2.4 Etske retningslinjer	12
3. Presentasjon og valg av forskningsbaserte artikler	13
3.1 Evidence-Based Practices for the Identification, Screening, and Prevention of Acute Delirium in the Hospitalized Elderly: An Overview of Systematic Reviews	13
3.2 Diagnosis, prevention, and management of delirium	13
3.3 Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd	14
3.4 Faser under sykehusoppholdet	15
4. Presentasjon av teori	17
4.1 Den eldre pasient	17
4.1.1 Aldersforandringer	17
4.1.2 Polyfarmasi	17
4.1.3 Sykepleie til den akutt syke gamle	18
4.2 Hoftebrudd hos den eldre pasient	18
4.3 Postoperativ delirium	19
4.3.1 Pasientens opplevelse av delirium	20
4.3.2 Risikofaktorer for utvikling av delirium	20
4.4 Sykepleierens forebyggende funksjon	22
4.4.1 Forebygging av postoperativ delirium	22
4.5 Presentasjon av teoretisk referanseramme	23
4.5.1 Egenomsorg	23
4.5.2 Egenomsorgsbehov	24
4.5.3 Egenomsorgssvikt	24
4.5.4 Teorien om sykepleiesystemene	25
5. Drøfting	28
5.1 Kunnskapsbasert praksis	28
5.2 Betydningen av et tverrfaglig team	29
5.3 Identifisering av risikopasienter	29
5.4 Den sårbare eldre pasient	30
5.5 Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov	32
5.5.1 Sikre god oksygentilførsel til hjernen	32
5.5.2 Smertebehandling	33
5.5.3 Tilstrebe god væskebalanse og ernæring	33
5.5.4 Forebygging av infeksjoner	34
5.5.5 Tidlig mobilisering	35
5.6 Fremming av ro og trygghet	36
6. Konklusjon	38
1.6 Perspektivering	38

7. Litteraturliste40

1. Innledning

Alderdommen er noe som kommer snikende og gradvis gjennom hele voksenlivet.

Alderdommen preges av to forhold: Naturlige aldersforandringer og økt risiko for en rekke kroniske og alvorlige sykdommer, deriblant økt risiko for hoftebrudd (Romøren, 2013, s. 52).

Forekomsten av sykdom øker altså med alderen og andelen eldre i befolkningen øker.

Befolkningen vil i fremtiden bestå av betydelig flere eldre og færre yngre enn hva det gjør i dag. Antall gamle over 80 år antas å fordobles de neste 50 årene (Mensen, 2013, s. 52). Når dette skjer stilles helsetjenesten overfor store utfordringer.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne litteraturstudien er sykepleierens rolle i forebygging av postoperativ delirium hos den eldre som har pådratt seg hoftebrudd. I dag ligger Norge på verdenstoppen med omlag 9000 hoftebrudd i hvert år (Folkehelseinstituttet, 2016). Nærmere 50% av disse pasientene utvikler delirium postoperativt (Engedal, 2008, s. 199). Delirium er altså en vanlig tilstand, men forskning tilsier at dette er en tilstand som ofte blir oversett eller feildiagnostisert (Ranhoff, 2013, s. 395). Delirium kan ha alvorlige konsekvenser for den eldre pasient og er forbundet med økt komplikasjonsrisiko, økt dødelighet, funksjonssvikt, økt risiko for utvikling av demens, forlenget sykehusopphold og økte kostnader (Ranhoff, 2013, s. 395). På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleierens rolle i forebygging av delirium kommer frem i søkelyset.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Helsepersonelloven § 4 sier ”at forsvarlig og omsorgsfull sykepleie handler om å utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (1999). Med dette tolker jeg at sykepleieren har et ansvar for god kunnskap og gode rutiner når det gjelder tidlig identifisering av risikofaktorer, og det å kunne sette inn forebyggende tiltak for å forhindre utvikling av delirium. Som fremtidig sykepleier ønsker jeg å kunne bidra med å redusere antall tilfeller av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Jeg ønsker med denne oppgaven å innhente meg mer kunnskap angående risikofaktorer, forebyggende tiltak, observasjoner og vurderinger.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren på best mulig måte forebygge delirium hos den eldre pasient i den postoperative fasen på sengepost?

1.4 Oppgavens avgrensning

Jeg har avgrenset denne litteraturstudien til å omhandle sykepleie til pasienter over 65 år. Begrunnelsen av dette valget er at mye av forskningen som er gjort om dette temaet ekskluderer pasienter under 65 år. Videre har jeg valgt å avgrense denne oppgaven til pasienter som gjennomgår hofteoperasjon og er innlagt på sengepost. Hovedfokuset i denne oppgaven vil ligge på hvordan sykepleieren kan identifisere og kartlegge individuelle risikofaktorer hos den eldre pasient for så å sette inn postoperative forebyggende tiltak rettet risikofaktorene til pasienten. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på ikke-medikamentelle tiltak som kan forebygge delirium. Jeg vil likevel trekke medikamentell smertelindring inn noe, i og med at utilstrekkelig smertelindring ses på å være en sterk risikofaktor for utvikling av postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd. Jeg har også valgt å ha med et avsnitt om pasientens opplevelse av delirium i teoridelen, da jeg mener dette gir en mer helhetlig forståelse av tilstanden fra pasientens perspektiv. Dette kommer jeg ikke til å drøfte videre i oppgaven. Oppgaven omhandler hypoaktivt og hyperaktivt delirium, mens både delirium tremens og solnedgangsforvirring er to andre tilstander som ekskluderes fra denne litteraturstudien.

1.5 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å drøfte hvordan sykepleiere kan på best mulig måte bidra til å forebygge delirium hos den eldre pasient som er innlagt på sykehus med hoftebrudd i den postoperative fasen.

2. Vitenskapsteoretisk tilnærming og metode

Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18). En metode er en systematisk fremgangsmåte og et verktøy som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Hvilken metode som er mest hensiktsmessig å benytte, avhenger av hva som belyser problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51).

Kvalitative og kvantitative er to ulike metoder å samle inn data på. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Det som særlig kjennetegner kvantitative metoder er at utgangspunktet for dataanalyser er basert på målbare enheter, altså tall. Ved kvalitative metoder er utgangspunktet for dataanalyse basert på tekst, lyd eller bilder. Kvalitative metoder har som hensikt å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Dette betyr ikke at forskning enten er kvalitativ eller kvantitativ. Det kan være ulike grader av hvor kvalitativ og kvantitativ forskningen er, samt at det også er mulig å kombinere disse to metodene i samme undersøkelse. Alt i alt er det problemstillingen som er avgjørende for hvilken metode som anvendes (Christoffersen, 2015, s. 19).

2.1. Anvendt metode

Etter skolens retningslinjer skrives denne oppgaven som en litteraturstudie. Thidemann (2015, s. 79) beskriver at en litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Jeg skal altså skrive et litteraturstudie som omfatter systematisk litteratursøk, analyse og tolkning av utvalgt litteratur. Denne oppgaven egner seg som en litteraturstudie, fordi det allerede er gjort mye forskning rundt temaet og jeg kan analysere, samle og anvende dataen for å få svar på min problemstilling. Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskap som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79).

I denne oppgaven vil jeg både anvende naturvitenskapelig og humanvitenskapelig kunnskap. Naturvitenskapelig kunnskap er helt avgjørende for å forstå hvordan menneskekroppen fungerer og sykdomsprosesser oppstår (Dalland, 2017, s. 39). I naturvitenskapen er det ikke spørsmål om hvorfor noe skjer, men hvordan det skjer (Dalland, 2017, s. 40).

Naturvitenskapen kan bidra med å forklare, mens humanvitenskapen hjelper oss til å forstå (Dalland, 2017, s. 44). En vitenskap som omfatter en tolkning som kan hjelpe oss til å forstå oss selv og andre menneskers tanker, følelser og atferd kalles humanvitenskapelig kunnskap. Humanvitenskapelig kunnskap kan være kunnskap om pasientens opplevelser, for eksempel knyttet til delirium (Thidemann, 2015, s. 63). Det kan også være kunnskap om sykepleierfaringer knyttet til forebygging av delirium.

Jeg har også valgt å ha med noen lovverk og retningslinjer for å underbygge min problemstilling. Etter skolens retningslinjer vil denne oppgaven ha en sykepleieteori som teoretisk referanseramme.

2.2. Litteratursøk

Før jeg begynte med litteratursøk hadde jeg klart hvilket tema jeg ville skrive om i denne litteraturstudie, altså forebygging av postoperativ delirium hos den eldre pasient. Dette ga meg retning og avgrensninger til hva jeg burde søke på. I første omgang ønsket jeg å skaffe meg en grov oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur. Jeg søkte da på Oria, PubMed og SveMed+. Søkene gjorde at jeg fant en lang rekke både norske og internasjonale vitenskapelige artikler og faglitteratur med ulike vinklinger rundt det aktuelle temaet.

Mitt neste trinn var å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Mine kriterier var at forskningen skulle være publisert etter 2009. Dette for å sikre at artiklene skulle være oppdatert og overførbart til dagens praksis. Andre kriterier var at arenaen skulle være på sykehus og omhandle den eldre pasient. I tillegg var en inklusjonskriterier at artiklene skulle være skrevet på engelsk eller norsk, dansk eller svensk. Eksklusjonskriteriene innebar yngre pasienter, forsknings som er publisert tidligere enn 2009, andre arenaer enn på sykehus og delirium tremens og solnedgangsforvirring.

Videre søkte jeg i anerkjente og godkjente databaser innenfor medisin- og sykepleieforskning. Databaser jeg har benyttet med av inkludert de som ble nevnt ovenfor var Cochrane library, Idunn og Chinal, Helsebiblioteket og ScienceDirect. Jeg gjennomførte flere søk med ulike kombinasjoner i søkeordene i de ulike databasene. Fellesnevneren for alle søk jeg gjorde var å søkeordet *delirium*. Andre søkeord jeg benyttet med av var *akutt confusion elderly, geriatric, older, risk factors, hip fracture, hip surgery og prevention*. Det ble også gjort søkeord på

norsk i de databasene dette var gunstig. Jeg benyttet meg av AND for å kombinere og spisse søkene mine. Aktuelle artikler ble i første omgang valgt på bakgrunn av relevante titler. Videre var det seleksjonsprosessen hvor jeg leste sammendragene for å se om de faktisk var relevant for mitt tema og min problemstilling. Videre gikk jeg gjennom aktuelle artikler etter IMRaD- strukturen, noe som gjorde det enklere å finne frem til den informasjonen jeg var på jakt etter (Thidemann, 2015, s. 68). Jeg valgte også å gå gjennom de utvalgte artiklenes litteraturliste, for å sikre meg best mulig oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur. Søkeprosessen resulterte i 4 artikler som jeg har valgt å anvende i denne oppgaven.

For å finne aktuell kunnskap har jeg også benyttet meg av pensumlister fra alle tre årene i de fagene som er aktuell for min problemstilling. Jeg har også sett på noen videoer hvor pasienter forteller om sine opplevelser ved å ha delirium.

2.3. Kildekritikk

Christoffersen forteller at kildekritikk handler om å bruke kilder på en informert og reflektert måte, slik at man i størst mulig grad kan trekke holdbare konklusjoner (2015, s. 60).

Reliabilitet er et kriterium for kvalitet i forskning og handler om hvorvidt det arbeidet du har presentert, er til å stole på (Dalland, 2017, s. 55). Det er to sider ved kildekritikk. Den første omhandler å finne frem den litteraturen som best belyser min problemstilling, altså det vi kaller litteratursøking. Den andre dreier seg om å gjøre rede for den litteraturen jeg har anvendt i min oppgave (Dalland, 2017, s. 152).

For å vurdere om innholdet i de forskningsbaserte artiklene jeg har valgt er troverdig, har jeg brukt en sjekklister hentet fra helsebiblioteket. Dette er oppdaterte sjekklister som stiller kritiske spørsmål for vurdere kvaliteten på både kvalitative og kvantitative forskningsdesign. Med denne sjekklisten har jeg blant annet sett på om forfatteren har søkt på relevante typer studier, om kvaliteten på de inkluderte studiene er blitt vurdert og hvor presise resultatene er (Helsebiblioteket, 2013).

De kvantitative forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere i denne litteraturstudien ”Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd” og ”Faser under sykehusoppholdet” er relativt små studier. Man må derfor vurdere og ha i tankene om erfaringene gjort i denne studien er troverdige og er overførbare til praksis. På den andre siden trakk disse studiene frem flere tiltak jeg selv kjenner igjen fra praksis og som stemmer

overens med annen forskning. I tillegg vil kvalitative metoder som intervju og observasjon også preges av forskerens personlighet. Siden forskeren er instrumentet, vil for eksempel evnen til å oppnå kontakt med intervjupersonen bety mye. Derfor er det viktig å vise hvordan forskeren som person kan ha påvirket arbeidet (Dalland, 2017, s. 54).

Denne litteraturstudien inneholder flere kilder fra sekundærlitteratur. Den sekundærlitteraturen jeg har hentet fra pensum, anser seg som troverdig og pålitelig. I tillegg har jeg brukt skolens bibliotek. Her har jeg funnet kvalitetssikrede kilder som er relevante for min oppgave. Med tanke på sykepleieteoretiker som referanse, vil jeg bruke primærlitteraturen til Dorothea Orem mest mulig, for å unngå at innhold ikke blir minst mulig feiltolket i mellomledd. Samtidig har jeg brukt sekundærlitteratur for å få et overblikk og en forståelse av teoriens helhet.

2.4. Ethiske retningslinjer

Etter VID Vitenskapelige Høgskoles retningslinjer er denne litteraturstudien skrevet med APA 6th referansestil. Med tanke på etiske hensyn, vil jeg være nøye med kildehenvisning, både i tekst og i litteraturlisten. Ethiske overveielser bør også tas med når det gjelder utvalg og presentasjon av resultater. Det er viktig at man ikke presenterer kun de resultatene som støtter sine egne synspunkt, men gjengir det som virkelig er resultatene. Det er derfor viktig å være åpen i forhold til hvilke svar forskning kan gi oss.

3. Presentasjon og valg av forskningsbaserte artikler

3.1. Evidence-Based Practices for the Identification, Screening, and Prevention of Acute Delirium in the Hospitalized Elderly: An Overview of Systematic Reviews

(Holly, Cantwell, & Kamienski, 2013).

Denne amerikanske oversiktsartikkelen presenterer en oversikt over publiserte systematiske oversiktsartikler knyttet til risikofaktorer, bruken av kartleggingsverktøy og forebygging av delirium hos eldre innlagt på sykehus. Totalt ble 13 oversiktsartikler brukt.

Funn i studien forteller at risikofaktorene for utvikling av delirium er multifaktoriell. Studien fremhever høy alder og multisykdom, kirurgisk operasjon, bruk av opioider, nedsatt funksjonsstatus, kognitiv svikt, nedsatt sansing, depresjon, polyfarmasi og institusjonsopphold som risikofaktorer for utvikling av delirium. De viktigste risikofaktorene viste seg å være kognitiv svikt, polyfarmasi og bruk av opioider. Studien har også gjort funn som tilsier at biomarkører som blant annet høyt CRP-nivå, anemi, hypokalsemi, hyponatremi, forhøyet leverenzymmer og metabolsk acidose er risikofaktorer for utvikling av delirium.

Denne oversiktsartikkelen har også undersøkt bruk av screeningsverktøy for identifisering av delirium. Bruk av sjekklister for å kartlegge risikofaktorer, opplæring av helsepersonell i bruk av CAM og bruk av kartleggingsverktøyet i daglige rutiner blir vektlagt. Artikkelen understreker at kartleggingsverktøy for identifisering av delirium erstatter ingen klinisk vurdering eller kognitive screening, men i stedet komplementerer dem ved å gi tilleggsinformasjon. Studier viser at mange sykepleiere ikke klarer identifisere tidlige tegn til delirium, til tross for mye kunnskap om deliriumdiagnosen.

Denne oversiktsartikkelen har konkludert med konkrete tiltak ved forebygging av delirium. Tiltakene var rettet mot oksygenering, væske- og elektrolytt balanse, smerter, tarm- og blærefunksjon, ernæring, mobilisering og fremming av trygghet. Et annet viktig tiltak var at geriatrisk konsultasjon inne 24 timer før kirurgi kan redusere forekomsten og alvorlighetsgraden av delirium.

3.2. Diagnosis, prevention, and management of delirium

(Young mfl., 2010).

Dette er en oversiktsartikkel som oppsummerer de mest oppdaterte retningslinjer fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dette er altså en oppsummering av kunnskapsbaserte teori om identifisering, forebygging og behandling delirium. Denne artikkelen bygger på en systematisk gjennomgang av litteratur og kritisk vurdering gjort av et tverrfaglig team.

Deres retningslinjer i forhold til forebygging av delirium er klare og er følgende: Pasienter med risiko for utvikling av delirium skal bli møtt av et tverrfaglig team med multikomponente intervensjoner. Intervensjonene skal være på bakgrunn av kartlegging og individuelle behov hos den enkelte pasient. I løpet av 24 timer etter innleggelse bør pasienten kartlegges med tanke på risikofaktorer for utvikling av delirium. Artikkelen resulterer med risikofaktorene: Alder over 65 år, svekket kognitiv funksjon og/eller demens, nylig hoftebrudd og alvorlig klinisk sykdom (med fare for eller forverring av klinisk tilstand), dehydrering, obstipasjon, hypoksi, immobilitet eller begrenset mobilitet, infeksjon, polyfarmasi, smerter, dårlig ernæring, sansesvekkelse og søvnforstyrrelser. De understreker at det er svært viktig å observere pasientene for eventuelle endringer i risikofaktorene for utvikling av delirium. Ved mistanke om kognitiv svikt, kan dette bekreftes ved bruk av standardiserte og validerte screeningsverktøy, som Mini Mental Status. Ved kognitiv svikt og/eller demens er det viktig å sørge for passende belysning, samt bør det være en klokke og en kalender lett synlig for pasienten. Det er også viktig å realitetsorientere pasienten, kognitiv stimulering og regelmessige besøk fra pårørende og venner. Samt er det viktig at pasienten ikke har store forandringer i hvilket personell som behandler han, og at man skal unngå unødvendig flytting av pasienten.

Gjennomgang av litteratur viser til at delirium kan forebygges hos omkring en tredjedel av risikopasienter ved bruk av multikomponente ikke-farmakologiske intervensjoner.

3.3. Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd

(Bøyum, 2013)

Dette er en studie med kvalitativ, deskriptivt design. Hensikten med denne studien var å studere sykepleieres erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med

hoftebrudd. Det ble gjennomført to folkegruppeintervjuer med tilsammen elleve deltagere, ni sykepleiere og to hjelpepleiere.

Studien viser at det er utfordrende å igangsette forebyggende tiltak. De fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på symptomer og ikke forutgående tanke om risiko for delirium. Sykepleierpersonalet hadde likevel mye kunnskap om og erfaringer med å forebygge og mestre delirium, men manglende ressurser utgjorde en begrensning. Mangel på tid ble oppgitt som en av de begrensende faktorene, spesielt tid til å gi informasjon og berolige pasientene.

Risikofaktorer som sykepleierne trakk fram var helsesvikt, smerter, stress, infeksjoner og særlig urinveisinfeksjoner. Sykepleierpersonalet opplevde urinveiskateter som en betydelig stressfaktor for pasientene. Andre stressfaktorer som ble fremhevet var venekanyler, oksygenlanger og bandasjer. I slike tilfeller prøvde sykepleierne å modifisere stresset noe, for eksempel at de la venekanylene på beina. I tillegg mente flere informanter at eldre pasienter med hoftebrudd måtte vente for lenge på operasjon. De oppfattet ventetiden som et problem, særlig med tanke på immobilitet og faste.

Sykepleierne hadde gode erfaringer med ulike tiltak for å forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd. Tiltakene som ble fremhevet var skjerming, god ernæring, søvn, behandling av dehydrering, adekvat smertelindring med minimalt bruk av opioider, omsorg, fremming av trygghet ved kommunikasjon og gjentakende informasjon. Ett annet forebyggende tiltak var interaksjon med pårørende. Sykepleierpersonalet anså pårørende som en betydelig ressurs for pasienten, da det viste seg at de fleste pårørende kunne ha en beroligende og/eller realitetsorienterende effekt på pasienten. Tilstedeværelse av pårørende kunne dermed være en avgjørende faktor for forebygging av delirium.

3.4. Faser under sykehusoppholdet

(Vassbø & Eilertsen, 2014)

Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i løpet av et sykehusopphold. Studien har et kvalitativt, deskriptivt design. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med 15 sykepleiere fra ortopediske avdelinger ved to ulike sykehus.

De ulike fasene i pasientforløpet avdekket ulike utfordringer for sykepleierne. Deltagernes erfaringer knyttet til målrettet observasjoner av tegn på delirium varierte i stor grad. Resultatene viste at det ikke var etablert faste rutiner for å innhente informasjon om pasientens sykehistorie.

Den preoperative fasen ble omtalt som et tidsrom hvor sykepleierne stod ovenfor særskilte utfordringer. Sykepleiere erfarte at de hadde liten innflytelse på ventetiden preoperativt, og erfaringer var at eldre pasienter venter for lenge på operasjon. De beskriver at uforutsigbarhet i operasjonsprogrammet ofte førte til utilstrekkelig væske- og ernæringsinntak, noe som igjen kan øke risikoen for utvikling av delirium. Sykepleierne beskriver at uklare prosedyrer og uavklart preoperativ ventetid bidro til å vanskeliggjøre systematisk oppfølging, registrering og overvåking av pasientens væskeinntak. Sykepleierne erfarte også at langvarig preoperative sengeleie også økte risikoen for infeksjon, noe som kan føre til forverring og følgende gi utvikling av delirium. Sykepleierne hadde også erfaring med at eldre med dårlig ernæringstilstand preoperativt hadde større fare for utvikling av delirium.

Postoperativ fase ble av sykepleierne beskrevet med større muligheter for selvstendig fagutøvelse enn i den preoperative fasen. Sykepleierne hadde mye fokus på å unngå komplikasjoner med tanke på sengeleiet og hadde mye oppmerksomhet knyttet til mobilisering og god hygiene for å unngå infeksjoner og trykksår. Sykepleierne hadde erfaring med en sammenheng mellom immobilisering og utvikling av delirium, likevel var ikke handlingsmålet bevisst knyttet til forebygging av delirium. De oppgav også betydningen av tilrettelegging for god søvn, normal kroppstemperatur, ernæring, trygghet, smertelindring, kontroll med elektrolytter og hemoglobinnivå.

Denne studien konkluderer med at eksisterende kunnskap anses som tilstrekkelig for å kunne vurdere risiko for, identifisere og forebygge delirium. I tillegg oppleves det krevende med tanke på identifisering, forebygging og behandling av delirium i ulike faser. Flere sykepleiere savner rutiner og kliniske metoder for identifisering av delirium. Erfaringer fra den preoperative fasen synes særlig å avdekke et behov for tverrfaglig samarbeid om pasienten, også tvers av avdelinger. Muligheter for å iverksette det de anså som viktige tiltak for pasienten var i stor grad avhengig av andre faggrupper.

4. Presentasjon av teori

4.1. Den eldre pasient

Verdens helseorganisasjon definerer eldre som mennesker mellom 60-74 år, og gamle som mennesker som er 75 år og oppover (WHO, 2018). Gamle mennesker har levd et langt liv med store variasjoner når det gjelder helse, livserfaringer, intellektuell kapasitet, følelsesliv og sosiale forhold. Det er derfor vanskelig å beskrive aldringsprosessen ut fra kronologisk alder, fordi dette er noe som er individuelt (Engedal, 2008, s. 35). I denne oppgaven vil jeg benytte ordet eldre for de pasientene som blir lagt inn på sykehus med hoftebrudd.

Aldersforandringer er noe som kommer snikende og gradvis gjennom hele voksenlivet (Ranhoff, 2013, s. 75). Alderdommen preges av to forhold: Naturlige aldersforandringer og økt risiko for en rekke kroniske og alvorlige sykdommer. Den aldrende organismen kjennetegnes først og fremst ved redusert reservekapasitet i de enkelte organsystemene og av redusert evne til homøostase (Mensen, 2013, s. 52).

4.1.1. Aldersforandringer

Aldringen påvirker alle kroppens organer: Blant annet hud, muskler og skjelett, hjerte, lunge og hjerne (Ranhoff, 2013, s. 75). Cellene blir mindre funksjonsdyktig, mindre tilpasningsdyktige, organene skrumper og den maksimale yteevnen reduseres (Mensen, 2013, s. 52). For eksempel blir organismens evne til å forsvare seg mot organismer nedsatt, og blir dermed mer mottakelig for infeksjoner. Det elastiske vevet i lungene svekkes, samtidig som respirasjonsmuskulaturen blir svakere. Lungene får redusert reservekapasitet og det oppstår raskere oksygenmangel ved akutt sykdom (Mensen, 2013, s. 54). Et generelt lavere matinntak hos den gamle kan føre til mangel på bestemte næringsstoffer dersom ikke kosten er riktig sammensatt. Eldre kan også ha svekket tørsthetsfølelse, noe som øker risikoen for dehydrering (Wyller, 2014, s. 646). Aldersforandringer fører til påvirkninger av synssansen, hørselssansen, likevektssansen og luktesansen (Wyller, 2014, s. 650). Med andre ord, aldring fører til redusert reservekapasitet, økt sårbarhet og mottakelighet for sykdom (Ranhoff, 2013, s. 75).

4.1.2. Polyfarmasi

Stigende alder gir som beskrevet over økt hyppighet av sykdom. I tillegg behandles stadig flere tilstander med legemidler. Derfor er det vanlig at eldre behandles for flere sykdommer og tar mange legemidler samtidig. Dette kalles polyfarmasi og gir fare for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner (Ranhoff mfl., 2013, s. 159). På grunn av aldersforandringer som svekkede reguleringsmekanismer og redusert organkapasitet, vil legemiddelet også ha en annerledes omsetning og effekt sammenlignet med yngre. Aldersforandringer påvirker både absorpsjonen, fordelingen, effekten og utskillingen av legemidler (Ranhoff & Børdahl, 2013, s. 158).

4.1.3. Sykepleie til den akutt syke gamle

Det er stor variasjon mellom gamle personer som kommer i kontakt med helsevesenet – fra de spreke og friske til de skrøpelige med mange kroniske sykdommer. Når vi tar hånd om den gamle må diagnostikk og medisinsk behandling, forebygging av komplikasjoner og rehabilitering foregå tverrfaglig (Ranhoff, 2013, s. 181). Sykepleiefaglige retningslinjer for sykepleieren sier: *”Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten”* (NSF:2016).

Akutt syke gamle har spesielle behov og karakteristika som skiller dem fra yngre personer som er akutt syke (Ranhoff, 2013, s. 181). Sykdomsutvikling skjer raskere, utvikler seg ofte til å bli mer alvorlige tilstander og det oppstår oftere komplikasjoner ved sykdom og behandling (Ranhoff, 2013, s. 78). Pasienten kan også være vanskeligere å kommunisere med, på grunn av sansesvikt, kognitiv svikt, sammensatte tilstander og komplekse sykehistorier (Ranhoff, 2013, s. 181).

Sykepleiefaglige retningslinjer for sykepleie sier også: *”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg”* (NSF:2016). Sykepleie med utgangspunkt i den enkeltes verdier og behov forutsetter en god relasjon mellom pasient og sykepleier (Kirkevold, 2013, s. 101). På den andre siden er det et økende kvalitetspress i helsevesenet. Dette krever at sykepleiere i stadig sterkere grad utformer sykepleien med utgangspunkt i standardiserte prosedyrer og kliniske retningslinjer. Dette kan lett føre til at tjenesten blir rutinepreget og dermed manglende individualisert sykepleie til den enkelte pasient (Kirkevold, 2013, s. 100).

4.2. Hoftebrudd hos den eldre pasient

Norge ligger på verdenstoppen med omlag 9000 hoftebrudd i Norge hvert år og dette tallet er forventet å øke med 50% mellom 2009 og 2015 (Den norske legeforeningen, 2018, s. 4). Hoftebrudd er ofte lavenergibrudd, som for eksempel fall fra stående stilling og en av de viktigste risikofaktorene er osteoporose (Knutstad, 2013, s. 731). Ved hoftebrudd vil pasienten være preget av smerter og uten mulighet til å belaste beinet og behandlingen i dag er utelukkende operativt (Grønseth mfl., 2016, s. 147).

Målet med behandlingen av hoftebrudd er at pasienten blir innlagt så raskt som mulig, smertelindres tilstrekkelig, og får kirurgisk behandling helst innen 24 timer. Postoperativt er det viktig å komme raskt i gang med opptrening til optimal funksjon (Den norske legeforeningen, 2018, s. 7). Vanligvis kommer pasienten opp av sengen allerede første postoperative dag og dette tilstrebes. Jo tidligere pasienten begynner å trene etter operasjonen, desto snarere gjenvinner han kontrollen over muskelfunksjonen (Grønseth mfl., 2016, s. 152). Det er langt i fra alle hoftebruddpasienter som opplever et slikt forløp. Pasientene har som regel komplekse medisinske problemstillinger, og det forutsetter kompetanse innenfor geriatri, tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og tilstrekkelig rehabilitering (Den norske legeforeningen, 2018, s. 7)

4.3. Postoperativ delirium

Det store medisinske leksikon definerer delirium som en akutt eller subakutt innsettende forvirringstilstand hvor hjernens funksjoner svikter (Malt & Engedal, 2018). Delirium, ofte kalt akutt forvirring eller konfusjon kjennetegnes ved forstyrrelser i bevissthet og konsentrasjon, i persepsjon, tankeevne, hukommelse, psykomotorikk, følelser og søvn-våkenhetrytme (Ranhoff, 2013, s. 396). Med dette menes at pasienten ikke klarer å tenke med normal hastighet og klarhet, slik at de blir desorienterte og ukonsentrerte. Hallusinasjoner og feiltolkning av sanseintrykk er vanlig (Wyller, 2014, s. 665).

Prevalensen ved delirium er anslått til nær 50% hos eldre pasienter med hoftebrudd (Engedal, 2008, s. 199). Delirium er altså en vanlig tilstand, men blir ofte oversett eller feildiagnostisert og er forbundet med funksjonssvikt, forlenget liggetid i sykehus, økt dødelighet og økte kostnader (Ranhoff, 2013, s. 395).

Delirium kjennetegnes ved akutt debut og kan vise store variasjoner i symptomatologi og alvorlighetsgrad hos ulike personer og med ulike årsaksforhold. Den deliriske tilstanden har vanligvis en rask debut og er forbigående. Forløpet kan variere fra dag til dag og fra time til time. Det er vanlig å dele delirium inn i tre forskjellige varianter som har ulik psykomotorisk tempo. Disse variantene er hyperaktiv delirium og hypoaktiv delirium, samt en blanding av disse (Ranhoff, 2013, s. 396). Hyperaktivt delirium kjennetegnes ved at pasienten er psykomotorisk urolig. Pasienten er ofte vandrende, drar ut kateter, venekanyler og annet medisinsk utstyr. Pasienten kan ha synshallusinasjoner, vrangforestillinger og være aggressive. Hypoaktiv delirium kalles også for stille delirium. De dominerende symptomene ved denne typen delirium er svekket oppmerksomhet og bevissthet, samt nedsatt psykomotorisk aktivitet. I tillegg mangler pasienten ofte evne til å kunne orientere seg for tid og sted. Pasienten ligger ofte pent i sengen, er døsig og kan sovne midt i en setning. Om lag halvparten av pasientene med delirium veksler mellom hyper- og hypoaktivt, såkalt blandet delirium (Ranhoff, 2013, s. 396).

4.3.1. Pasientens opplevelse av delirium

Erfaringer og studier viser at flere pasienter i ettertid husker sine opplevelser under perioden med delirium. Hallusinasjoner kan oppleves som gode, frustrerende eller skremmende. Pasientene beskriver vanligvis at de opplever å være i en tilstand av angst og frykt og de føler seg ofte truet (Almås, 2011, s. 402). Et sitat fra en pasient som forteller sin historie fra da han hadde delirium: *“I was very scared of the nurses. I thought they were out to get me. I believed that there was some kind of Chinese warlord. He was going to assassinate me, my friends and my family and the nurses was his employers. So I was very, very nervous and kept my eyes on the nurses at all time”* (Plymouth Hospitals NHS Trust, 2018, 1:21). Tilstanden kan oppleves som et opphold i en drømmeverden, eller at de er fanget i et grenseland mellom virkelighet og fantasi (Stubberud, 2011, s. 403)

4.3.2. Risikofaktorer for utvikling av delirium

Det er sentralt å se på hvilke risikofaktorer som ligger til grunn for å kunne forstå hvorfor delirium oppstår. Risikofaktorene for utvikling av delirium ved hoftebrudd er multifaktoriell og blir best beskrevet som en sammenheng mellom utløsende og predisponerende faktorer (Ranhoff, 2013, s. 400).

Predisponerende faktorer vil si faktorer som pasienten hadde før innleggelse på sykehus. Slike predisponerende faktorer vil føre til at pasienten er mer sårbar for utvikling av delirium. Den viktigste predisponerende faktoren er kognitiv svikt, særlig demens. Personer med demens er spesielt utsatt for å utvikle delirium, og de får delirium ved mindre påkjenninger enn personer uten demens. Andre viktige faktorene for utvikling av delirium er høy alder, sansesvikt, stort alkoholforbruk, svikt i dagliglivets aktiviteter (ADL-svikt) og det å være mann (Ranhoff mfl., 2013, s. 400).

Utløsende faktorer er hendelser eller forhold som ligger til rette for at tilstanden oppstår. Små og lite alvorlige utløsende faktorer kan gi delirium hos en sårbar pasient, men hos de spreke og friske eldre skal mer alvorlige sykdommer eller hendelser til (Ranhoff, 2013, s. 400). Vi kan dele utløsende faktorer inn i fysiske faktorer, psykologiske faktorer og miljøfaktorer. Dette er faktorer eller forhold som oppstår i løpet av behandlingen av pasienten og kan bidra til å utløse delirium (Stubberud, 2011, s. 401). De fysiske faktorene regnes i dag som de viktigste utløsende faktorene for utvikling av delirium. De mest sentrale fysiske faktorene er somatiske sykdommer og tilstander som medfører nedsatt oksygenomsetning til hjernen, eller som øker behovet for oksygen, kirurgisk stressrespons, smerter, generell anestesi, urinretensjon, søvnmangel, underernæring, elektrolyttforstyrrelser, syre-base-forstyrrelser, alvorlige infeksjoner, feber, nyresvikt, leversvikt og legemidler (Stubberud, 2011, s. 401). En rekke legemidler kan utløse delirium og spesielt polyfarmasi utgjør en risiko for utvikling av delirium (Ranhoff, 2013, s. 400). Det er også påvist en sammenheng mellom bruk av permanent blærekateter og utvikling av delirium (Ranhoff, 2013, s. 401)

Når det gjelder de psykologiske og miljøfaktorene er dette knyttet til pasientens opplevelse under et sykehusopphold. Pasienten kan for eksempel oppleve angst og utrygghet, fremmedgjøring, isolasjon eller sårbarhet, noe som fører til økning av stresshormoner, blant annet kortisol. I kombinasjon med de fysiske risikofaktorene kan en slik økning av stresshormoner bidra til utvikling av delirium (Stubberud, 2011, s. 401). Mange pasienter opplever stress og engstelse før et operativt inngrep. Dette kan blant annet være frykt for det ukjente, frykt for å føle seg syk eller frykt for å dø (Berntzen mfl., 2011, s. 277). Angst og stress har også sammenheng med pasientens oppfatning om smerte og annet ubehag. Ventetid før en operasjon kan også være spesielt stressende (Østensvik, 2013, s. 41).

4.4. Sykepleierens forebyggende funksjon

Forebygging for gamle dreier seg både om å forebygge sykdom, skade og tidlig død og om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2013, s. 137).

Sykepleiefaglige retningslinjer sier: ”*Sykepleieren har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom*” (NSF:2016). Rammeplanen for sykepleieutdanningen sier også at ”*Studenten skal etter endt utdanning ha handlingskompetanse til å forstå risikofaktorer av individuell og/eller miljømessig karakter og ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom*” (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5).

4.4.1. Forebygging av postoperativ delirium

Forebygging av delirium dreier seg hovedsakelig om å kartlegge risikofaktorer og sette inn individuelle tiltak ut ifra den enkelte pasients risikofaktorer. Dette handler altså om de utløsende faktorene, de fysiske, psykiske og miljømessige faktorene. (Østensvik, 2013, s. 745). Fra et sykepleiefaglig perspektiv må kartlegging av den gamle pasient ha to komplementære fokus. Sykepleieren må for det første kartlegge den gamles helsetilstand og funksjonsnivå, og derav følgende behov for sykepleie. Like viktig er det at sykepleieren er tilpasset den enkeltes opplevelse, livssituasjon, verdier og mål (Kirkevold & Brodtkorb, 2013, s. 114).

Det er viktig å være spesielt observant på mulige infeksjoner, dårlig ernæringstilstand, dehydrering og væske- og elektrolyttforstyrrelser. Vurderinger bør gjøres kontinuerlig, da delirium oppstår plutselig (Østensvik, 2013, s. 745).

Ranhoff oppsummerer generelle forebyggende tiltak mot delirium:

- Sørge for tilstrekkelig ro, hvile og skjerming
- Enkel, repetert og konsistent informasjon er viktig
- Personer som pasienten kjenner, kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst. Pårørende bør normalt oppfordres til å være mye til stede.
- Sørg for tidsgivere i miljøet (lett synlig klokke, riktig lys-mørke-rytme)
- Sørg for at pasienten har regelmessig urinlating og avføring. Unngå permanent kateter.
- Korrigjer sansesvikt best mulig. Brillene må være rene og på plass og høreapparatet må være virksomt. Sørg for god belysning i kommunikasjonsituasjonen
- Best mulig mobilisering (sitte opp i senga, sitte i stol) er et svært viktig tiltak som bedrer oksygeneringen, forebygger komplikasjoner og bedrer pasientens mulighet til å orientere seg.
- Pass på at pasienten får i seg nok væske og næring.

- Pass på at pasienten har tilstrekkelig oksygenering og perfusjon. Kontroller blodtrykk, puls og oksygenmetning
- Bidra i samarbeid med legen. Unngå uheldige legemidler, polyfarmasi og bidra til god smertelindring (Ranhoff, 2013, s. 402).

Den eldre pasient kan lett oppleve stress og engstelse ved sykehusinnleggelse. Informasjon, og det å møte personalet og bli kjent med omgivelsene i sykehuset, kan begrense stresset og gi pasienten en viss kontroll og oversikt over situasjonen. Det kan redusere pasientens frykt og engstelse og kan bidra til at en kjenner seg tryggere og mestrer situasjonen (Berntzen mfl., 2011, s. 277). En viktig forutsetning for å skape ro og trygghet er god kommunikasjon, samhandling og støtte. Informasjon og følelsesmessig støtte både før et kirurgisk inngrep og postoperativt påvirker det psykiske stresset pasienten opplever, smerteopplevelsen etter inngrepet og behovet for smertestillende og kvalmestillende legemidler. God interaksjon er alltid basert på gjensidig respekt og god kommunikasjon. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter og evne til dialog (Berntzen mfl., 2011, s. 283). Kommunikasjon med akutt syke gamle kan by på store utfordringer. Syns- og hørselssvikt kan være en utfordring og hjelpemidler pasienten vanligvis bruker må være på plass (Kirkevold & Brodtkorb, 2013, s. 102). Pårørende og personer pasienter kjenner til, kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst. Pårørende bør normalt bli oppfordret til å være mye til stede (Ranhoff, 2013, s. 402).

4.5. Presentasjon av teoretisk referanseramme

I denne oppgaven har jeg valgt å gå nærmere inn på Dorothea Orem's egenomsorgsteori. Jeg mener Orem's teorier om egenomsorg er velegnet for sykepleierens forebyggende funksjon hos eldre med hoftebrudd. Bakgrunnen til dette er at forebyggende helsearbeid har en sentral plass i Orem's modellen. I tillegg klargjør hun hva som er sykepleiefagets særegne ansvarsområdet gjennom teorien om egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer (Kirkevold, 2014, s. 128). Orem deler sin teori om egenomsorgssvikt inn i tre delteorier: egenomsorg, egenomsorgssvikt og om sykepleiesystem (Orem, Taylor, & Renpenning, 1995, s. 10).

4.5.1. Egenomsorg

” Self- care is the practise of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being” (Orem mfl., 1995, s. 104).

Egenomsorg er altså en aktiv handling som mennesket selv tar initiativ til for å opprettholde alle de funksjoner som er nødvendig for å leve og overleve. Normalt vil mennesket både ha ønske om og evne til å utføre egenomsorg på egne vegne med det formål å opprettholde liv, helse, personlig utvikling og velvære. (Orem mfl., 1995, s. 104). Egenomsorg er ikke en automatisk prosess, men krever at man har en fornuftig innsikt i sin helsetilstand, og ut i fra dette tas det beslutninger om tiltak (Cavanagh, 1999, s. 21).

4.5.2. Egenomsorgsbehov

Egenomsorg er rettet mot å møte ens egenomsorgsbehov. Egenomsorgsbehovene er rettet mot at mennesket skal bevare eller gjenvinne normal funksjon, utvikling, helse og velvære (Orem mfl., 1995, s. 104). Orem definerer tre typer egenomsorgsbehov som beskriver mål og danner grunnlaget for sykepleiehandlinger. Disse er de universelle egenomsorgsbehov, de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene og de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene (Orem mfl., 1995, s. 191).

De universelle omsorgsbehovene som er av stor betydning for menneskets grunnleggende behov i form av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov. Orem har definert og beskrevet åtte forhold som er felles for alle mennesker: Opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft, mat og vann, pleie i forbindelse med eliminasjonsprosesser og ekskrementer, balanse mellom aktivitet og hvile, sosiale behov og forebygging av fare for menneskelig liv, funksjon og velvære (Orem mfl., 1995, s. 192). De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene opptrer under spesielle omstendigheter i løpet av menneskets liv. Disse behovene tar utgangspunkt i menneskets utvikling og utviklingsprosess som opprettholdes og skapes gjennom spesifikke utviklingstrinn i livet (Orem mfl., 1995, s. 196). De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene forekommer når et menneske kommer til skade, blir syke eller personer med funksjonstap og personer som er under behandling eller diagnostisering (Orem mfl., 1995, s. 200). Personer kan komme i situasjoner som fører til endringer i helsetilstanden. Dette kan medfører helt eller delvis avhengighet fra andre for å dekke sine egenomsorgsbehov, som eksempel hjelp fra en sykepleier (Orem mfl., 1995, s. 200). En rekke konkrete handlinger og handlingsmønstre er nødvendig for å føre pasienten fram til de målene som egenomsorgsbehovene (Kristoffersen, 2012, s. 232).

4.5.3. Egenomsorgssvikt

Orem skiller mellom egenomsorgsbehov og terapeutiske egenomsorgskrav. Utover de naturlige, daglige handlinger som skal utføres for å overleve, kan det være ulike årsaker til at det oppstår ytterligere krav til menneskers evne til å ta vare på seg selv. Konkrete handlinger som til enhver tid må utføres for å møte egenomsorgsbehovene, betegner Orem som terapeutiske egenomsorgskrav (Orem mfl., 1995, s. 240). For eksempel akutte eller kronisk sykdom eller emosjonelle traumer kan gjøre det nødvendig for et menneske å måtte utøve ytterligere egenomsorgshandlinger eller søke hjelp fra andre. I tilfeller der pasienten eller for eksempel pårørende ikke er i stand til å oppfylle pasientens egenomsorgskrav, er det behov for hjelp fra en sykepleier (Cavanagh, 1999, s. 29)

Å kartlegge terapeutiske egenomsorgskrav innebærer at sykepleieren undersøker hvilke egenomsorgsbehov personen har problemer med å dekke. Deretter må en avgjøre hvordan disse behovene skal ivaretas med tanke på å fremme normale funksjoner, helse og velvære. Sykepleieren vurderer hva som kan og bør gjøres for å dekke egenomsorgsbehovene (Jahren Kristoffersen, 2012, s. 233) Når sykepleieren har identifisert pasientens egenomsorgsbehov og kartlagt hvilke handlinger som er nødvendig for å ivareta kravene til terapeutiske egenomsorg, må pasientens evne til å møte kravene til handling vurderes. Denne evnen kaller Orem egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2012, s. 234). Sykepleieren vurderer pasientens behov for sykepleie ved å observere om det er misforhold eller samsvar mellom egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet (Orem mfl., 1995, s. 240)

4.5.4. Teorien om sykepleiesystemene

I Orems sykepleiesystem er det tre begrep som omfatter teorien; sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystem (Kirkevold, 2014, s. 133).

Orem beskriver sykepleiekapasitet som målrettede handlingsmønstre som krever utviklede evner, kunnskaper, holdninger og egenskaper som en person trenger for å kunne utøve sykepleie. Dette er noe som krever en spesiell utdanning. Sykepleiekapasitet kan for eksempel være å handle for, gjenkjenne og hjelpe personer til å imøtekomme deres terapeutiske egenomsorgskrav (Orem mfl., 1995, s. 247). Det Orem utdyper mest er de praktiske evnene og omtaler dette som sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen består av fire ulike faser: Kartlegging, planlegging, tiltak og evaluering (Orem mfl., 1995, s. 267). Innenfor sykepleiesystemene beskriver Orem fem hjelpemetoder som sykepleieren benytter seg av. Dette er:

”Å gjøre noe eller handle for en annen” (Orem mfl., 1995, s. 15). Sykepleieren handler på vegne av pasienten for å kompensere for ens ressurssvikt (Orem mfl., 1995, s. 16).

”Å veilede en annen” (Orem mfl., 1995, s. 15). Å veilede en annen handler om at sykepleieren gir passende informasjon og rådgivning til pasienten for å hjelpe han til å imøtekomme sine egenomsorgskrav (Orem mfl., 1995, s. 16).

”Å støtte en annen (fysisk eller psykisk)” (Orem mfl., 1995, s. 15). Psykisk og fysisk støtte kan være utrolig mye forskjellig. Dette kan innebære oppmuntring, motivering og det å lytte og være tilstede for en person (Orem mfl., 1995, s. 17).

”Å sørge for et utviklende miljø” (Orem mfl., 1995, s. 15). Omgivelsene har stor betydning for omsorgsutøvelsen, og det er opp til sykepleieren å skape et utviklende miljø, som kan imøtekomme pasientens egenomsorgskrav, fremme hans utvikling av nye ferdigheter og forebygge at nye begrensninger oppstår (Orem mfl., 1995, s. 18).

”Å undervise en annen” (Orem mfl., 1995, s. 15). Å undervise en annen krever at sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter og at hun er i stand til å videreformidle disse til andre. Sykepleieren skal kunne beskrive og forklare egenomsorgskrav for pasienten og forklare pasienten hvilke metoder og evt, handlinger eller behandling som er nødvendig for å imøtekomme sine egenomsorgsbehov. (Orem mfl., 1995, p. 19).

Teorien om sykepleiesystemer identifiserer hvilke rolle og rolleforhold sykepleie og pasient skal ha, hvilke teknologiske elementer som skal unngås og hvilke hjelpemetoder som skal benyttes (Kirkevold, 2014, s. 134). Hva som avgjør hvor mye hjelp pasienten trenger avhenger av graden av svikt i egenomsorg. Dette handler om å analysere, vurdere og identifisere behovet for sykepleie (Cavanagh, 1999, s. 38). Orem understreker at tiltak skal utarbeides på grunnlag av en helhetsvurdering av pasienten (Cavanagh, 1999, s. 41). Videre skal det utarbeides et sykepleiesystem og en plan for sykepleien som definerer sykepleierens og pasientens rolleforhold (Cavanagh, 2007, s. 43). Orem beskriver tre ulike sykepleiesystemer som brukes for å rangere graden av egenomsorgssvikt (Orem mfl., 1995, s. 306)

Helt kompenserende sykepleiesystemer. Dette sykepleiesystemet er nødvendig hvis sykepleieren skal utøve sykepleie dersom pasienten er fullstendig pleietrengende og pasienten ikke har mulighet til eller utfører egenomsorg (Orem mfl., 1995, s. 308).

Delvis kompensierende sykepleiesystemer. Beskriver pasientsituasjoner der sykepleieren må utføre visse kompensierende handlinger som pasienten selv ikke er i stand til å utføre, eller mangler kunnskaper og erfaringer (Orem mfl., 1995, s. 310).

Støttende/undervisende sykepleiesystemer. Dette sykepleiesystemet er hensiktsmessig dersom en pasient er i stand til å utføre nødvendig egenomsorgshandlinger, men pasienten kunnskaper og erfaringer. Sykepleierens rolle vil være å støtte, veilede og undervise for å fremme pasientens ressurser (Orem mfl., 1995, s. 310).

Det er med jevne mellomrom nødvendig å ta stilling til om den etablerende sykepleiepraksisen skal fortsette, eller om det er behov for å revidere den (Orem mfl., 1995, s. 49). Orem understreker også betydningen av å ha med pårørende gjennom hele sykepleieprosessen. Sykepleieren bør forsøke å identifisere karakteristiske personlighetstrekk ved pasienten og pårørende som kan ha innvirkning på samarbeidet med sykepleierne (Cavanagh, 2007, s. 42).

5. Drøfting

Hvordan kan sykepleieren på best mulig måte forebygge delirium hos den eldre pasient i den postoperative fasen på sengepost?

5.1. Kunnskapsbasert praksis

Rammeplanen for sykepleieutdanningen beskriver at etter fullført studie skal en ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier: *”Sykepleieren har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”* (NSF:2016). Dette samsvarer med hvordan Ranhoff (2013, s. 137) beskriver sykepleierens forebyggende funksjon til den gamle pasient: *”Forebygging for gamle dreier seg både om å forebygge sykdom, skade og tidlig død og om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet”*.

Ut ifra det som ble beskrevet her kan man derfor tro at sykepleieren har grunnleggende, generell og elementær kunnskap i forhold til forebygging av postoperativ delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. På den andre siden samsvarer ikke dette med resultatene som ble funnet i studien til Vassbø og Eilertsen. Sykepleierne i denne studien hadde manglende kunnskaper og kompetanse med tanke på identifisering, forebygging og behandling av postoperativ delirium. Oppmerksomhet rettet mot risikofaktorer for utvikling av delirium var varierende og begrenset. Det var også en manglende helhetlig forståelse av tilstandens kompleksitet og alvorlighetsgrad (Vassbo & Eilertsen, 2014). Dette underbygger studien til Bøyum (2013), der denne studien beskriver sykepleierne at det er utfordrende å igangsette forebyggende tiltak og de fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på symptomer og ikke forutgående tanke om risiko for delirium. På den andre siden hadde sykepleiepersonalet mye kunnskaper om og erfaringer med å forebygge og mestre delirium, men manglende ressurser utgjorde en begrensning. Mangel på tid ble oppgitt som en av de begrensende faktorene. Dette setter lys på viktigheten av å innhente seg kunnskap om en tilstand som fører til økt liggetid på sykehuset, økt dødelighet, økt komplikasjonsrisiko, økt funksjonssvikt, økt risiko for utvikling av demens og økte kostnader (Ranhoff mfl., 2013, s. 395). Med tanke på at sykepleierne i studien til Bøyum oppgir mangel på tid som en begrensende faktor, vil jeg trekke inn det økende tidspresset i helsetjenesten. Dette er noe som kan føre til at helsetjenesten lett kan bli rutinepreget og dermed manglende individualisert sykepleie til den enkelte pasient.

5.2. Betydningen av et tverrfaglig team

I Norske studier kommer det som beskrevet ovenfor frem at sykepleiere har i svært varierende grad tilstrekkelige kunnskaper om forebygging av postoperativ delirium hos eldre som er innlagt med hoftebrudd. Dette viser betydningen av et tverrfaglig team for å møte pasientens behov på en helhetlig måte. Den eldre pasient med hoftebrudd er ikke bare en ortopedisk pasient, men også en geriatrik med et svært sammensatt og varierende behov. Vurderingen og behandlingen av pasienten bør derfor foregå tverrfaglig, der de enkelte helseprofesjonenes ansvar, oppgaver og roller komplementerer hverandre (Kirkevold & Brodkorb, 2013, s. 117). Dette underbygger NICE sine retningslinjer som beskriver at forebygging av delirium skal gjøres av et tverrfaglig team med multifaktorielle tiltak (Young mfl., 2010). I studien til Vassbo og Eilertsen (2014) beskriver sykepleierne behov for tverrfaglig samarbeid, også på tvers av avdelinger for å kunne redusere risikoen for postoperativ delirium. Muligheter for å iverksette det de anså som viktige tiltak for pasientene var i stor grad avhengig også av andre yrkesgrupper. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier: *”Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten”* (NSF:2016). For å best mulig forebygge postoperativ delirium er det derfor viktig å samarbeide på tvers av yrkesgrupper, slik at pasienten blir møtt av en samordnet helsetjeneste som ser pasientens behov fra ulike sider og ulike synspunkt.

5.3. Identifisering av risikopasienter

Både litteratur og forskning understreker at for å kunne forebygge postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd er det vesentlig å finne ut hvem som står i fare for utvikling av tilstanden (Bøyum, 2013; Holy mfl., 2013; Østensvik, 2013, 745). Orem (1995, s. 267) beskriver sykepleieprosessen med fire faser: Kartlegging, planlegging, tiltak og evaluering. Videre beskriver hun at det som avgjør hvor mye hjelp pasienten trenger, avhenger av graden av svikt i egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 38). Dette handler om å analysere, vurdere og identifisere behovet for sykepleie før tiltak settes i verk. Dette setter lys på betydningen av å identifisere, vurdere og kartlegge som en sentral rolle i sykepleierens forebyggende funksjon.

Det å identifisere den eldre pasienter med hoftebrudd som er i risiko for utvikling av postoperativ delirium handler om å identifisere og kartlegge pasientens predisponerende og utløsende faktorer (Østensvik, 2013, s. 745). Det finnes en lang rekke predisponerende og utløsende faktorer for delirium og for at sykepleieren skal kunne bidra til forebygging av

postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd, er det avgjørende å ha kjennskap til disse. Fra et sykepleiefaglig perspektiv må kartlegging av den eldre pasient ha to komplementære fokus. Sykepleieren må for det første kartlegge den gamles helsetilstand og funksjonsnivå, og derav følgende behov for sykepleie (Kirkevold & Brodtkorb, 2013, s. 114). Orem understreker også at tiltak skal utarbeides på grunnlag av en helhetsvurdering av pasienten (Cavanagh, 1999, s. 41). Datasamling må variere med hensyn til både innhold, omfang, fremgangsmåte, tidspunkt og situasjon. I tillegg er det viktig å få frem at kartlegging og identifisering av pasientens risikofaktorer for utvikling av postoperativ delirium etter hoftebrudd, må skje kontinuerlig. NICE understreker at sykepleiere er sentrale aktører i arbeidet med å ivareta helhet og kontinuitet overfor pasienten (Young mfl., 2010).

For å kunne forebygge postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd på en best mulig måte, er det altså viktig med faste rutiner som kartlegger den gamles helsetilstand på en individualisert måte. Dette støtter Young mfl (2010) ved å si at intervensjonene skal være på bakgrunn av kartlegging av individuelle behov hos den enkelte pasient. De trekker også frem betydningen ved bruk av sjekklister for å kartlegge risikofaktorer og at opplæring av helsepersonell i kartleggingsverktøyene i daglige rutiner bør vektlegges. På den andre siden beskriver de at ingen kartleggingsverktøy eller sjekklister skal erstatter ingen klinisk vurdering, men i stedet komplementerer dem ved å gi tilleggsinformasjon. På den andre siden, viser studier at det ikke er etablert faste rutiner for å innhente informasjon om pasientens sykehistorie (Bøyum, 2013; Vassbø & Eilertsen, 2014). Jeg tror utarbeidelse et kartleggingsverktøy/sjekkliste som brukes blant sykepleiere i daglige rutiner kan være med på å øke fokuset på forebygging av postoperativ delirium hos pasienter med hoftebrudd, allerede ved innkomst på sykehuset. Videre i det postoperative forløp kan dette også rettlede sykepleieren til hva man bør være ekstra oppmerksom på.

5.4. Den sårbare eldre pasient

Den aldrende organismen kjennetegnes først og fremst ved redusert reservekapasitet i den enkelte organsystem og av evne til homøostase. Dette fører til at den eldre pasient har redusert reservekapasitet, økt sårbarhet og økt mottagelighet for sykdom (Mensen, 2013, s. 52). Aldringen påvirker alle kroppens organer: Blant annet hud, muskler og skjelett, hjerte, lunge og hjerne (Ranhoff, 2013, s. 75). Den aldrende organismen fører derfor til at de eldre har et økt behov for kartlegging, identifisering og behandling. Jeg synes derfor det er viktig å gå litt

nærmere inn på hvorfor den eldre pasient er spesielt sårbar for utvikling av delirium etter et hoftebrudd.

Litteraturen ser på høy alder og kognitiv svikt og demens som viktige predisponerende faktorer for utvikling av delirium (Ranhoff, 2013, s. 400). Forskning viser at kognitiv svikt og/eller demens er den sterkeste predisponerende risikofaktoren for utvikling av postoperativ delirium ved hoftebrudd (Holly mfl., 2013). Mennesker med demens utvikler delirium ved mindre påkjenninger enn personer uten demens (Ranhoff, 2013, s. 396). Mine tanker rundt dette er at selv om høy alder blir i flere studier rapportert som en betydelig risikofaktor for utvikling av postoperativ delirium, er høy alder sannsynligvis forbundet med andre risikofaktorer som aldringsprosessen fører med seg. Likevel er det viktig å kartlegge eventuell kognitiv svikt. Kognitiv svikt kan ikke sykepleieren gjøre noe med. Med det sykepleieren kan gjøre noe med, er tiltak som fremmer et godt miljø rundt pasienten med kognitiv svikt.

Forskning og litteratur fremhever flere ulike risikofaktorer som kan ha direkte tilknytning til den aldrende organismen. Dette er kognitiv svikt, polyfarmasi, nedsatt sansing, nedsatt funksjonsstatus, dårlig ernæringsstatus og dehydrering og hoftebrudd (Bøyum, 2012; Holly mfl., 2013; Stubberud, 2011, s. 401; Young mfl., 2010) På den andre siden kan også andre forhold sett bort fra den eldre pasients organisme fremkalle slike risikofaktorer. Jeg vil likevel i denne drøftingen fremheve hvordan den aldrende pasient med hoftebrudd kan ha direkte tilknytning til utvikling av postoperativ delirium. For at sykepleieren skal kunne ha en forebyggende funksjon, er det derfor viktig at en kjenner til disse biologiske aldersforandringene hos den gamle pasient.

Som tidligere nevnt vil et menneske normalt både ha ønske om og evne til å utføre egenomsorg på egne vegne med det formål å opprettholde liv, helse, personlig utvikling og velvære (Orem mfl., 1995, s. 104). Med tanke på de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene som Orem beskriver, kan eldre for eksempel ha utfordringer med tilpasning til alderdommens påvirkning på organismen både psykisk og fysisk. Som en konsekvens av aldringsprosessen og sykdom kan det dessuten oppstå nye egenomsorgsbehov som den eldre må dekke. Det kan med andre ord i enkelte tilfeller være utfordrende hos den eldre å ivareta den nødvendige egenomsorgen for seg selv (Cavanagh, 1999, s. 29). Den gamle pasient som er innlagt på sykehus med hoftebrudd har altså også helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Dette kan

medføre helt eller delvis avhengighet fra andre for å dekke sine egenomsorgsbehov, som for eksempel en sykepleier.

5.5. Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov

Kartlegging av risikofaktorer i seg selv er som beskrevet svært viktig for å kunne sette i verk individuelle intervensjoner til pasienten. Både litteratur og forskning viser til at en rekke forebyggende tiltak kan forebygge postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd. Både når det gjelder identifisering av risikofaktorer og spesifikke tiltak, er det svært viktig med en individuell tilnærming av pasienten. Det er viktig at sykepleieren er tilpasset den enkeltes opplevelse, livssituasjon, verdier og mål (Kirkevold & Brodtkorb, 2013, s. 114). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren sier at *“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg”* (NSF:2016). Gamle mennesker har levd et langt liv med store variasjoner når det gjelder helse, livserfaringer, intellektuell kapasitet, følelsesliv og sosiale forhold (Engedal, 2008, s. 35). Dette krever at vi som sykepleiere individualiserer sykepleien til den enkelte pasient. Jeg vil nå trekke frem noen tiltak som blir fremhevet i både teori og forskning.

5.5.1. Sikre god oksygentilførsel til hjernen

Aldringsprosessen fører til at lungene får redusert reservekapasitet, og det oppstår raskere oksygenmangel ved akutt sykdom (Mensen, 2013, s. 54). Stubberud (2011, s. 401) beskriver tilstander som medfører oksygenmangel til hjernen, eller som øker behovet for oksygen som en sentral fysisk faktor for utvikling av delirium. Dette stemmer overens med retningslinjene til NICE, som beskriver at hypoksi er en sterk risikofaktor for utvikling av delirium (Young mfl., 2010). Det er derfor viktig at sykepleieren tilstreber at hjernen får nok oksygentilførsel.

I forbindelse med dette beskriver Orem (1995, s. 15) sykepleierens rolle som *“å gjøre noe eller handle for en annen”*. Sykepleieren må altså handle på vegne av pasienten for å kompensere for eventuell oksygenmangel til hjernen. Videre beskriver hun også universelle egenomsorgsbehov, hvor et av behovene er opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft (Orem mfl., 1995, s. 192). Young (2010) underbygger dette ved å beskrive at det er viktig å sikre at pasienten har tilfredsstillende oksygenmetning. På den andre siden beskriver sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie at de anså oksygenlanger som en stressfaktor for pasienten. Min mening rundt dette er at sykepleieren skal sikre at pasienten får tilstrekkelig

oksygentilførsel til hjernen, og dermed at oksygenlanger er nødvendig i enkelte tilfeller. Mine erfaringer er også at sykepleieren kan gjøre andre tiltak som bedrer oksygeneringen til pasienten. Dette kan for eksempel være mobilisering, smertelindring og bruk av PEEP-fløyte. Ranhoff (2013, s. 402) sier at sykepleieren må passe på at pasienten har tilstrekkelig oksygenering og perfusjon og at det er viktig å kontrollere blodtrykk, puls og oksygenmetning og at mobilisering også er et viktig tiltak som bedrer oksygeneringen.

5.5.2. Smertebehandling

Ved hoftebrudd vil pasienten være preget av sterke smerter og adekvat smertelindring er gjennomgående i forskning og litteratur. Forskning viser til at sterke smerter er risikofaktorer for utvikling av delirium (Bøyum, 2013; Holly mfl., 2013; Vassbø & Eilertsen, 2014; Young mfl., 2010). Mine erfaringer er at sterke smerter også fører til stress, dårlig mobilisering og forstyrret søvn hos pasienten. I studien til Bøyum (2013) hadde sykepleierne erfaring med at god smertelindring virket begrensende på utvikling av delirium. Et av målet med behandlingen av hoftebrudd er at pasienten smertelindres tilstrekkelig (Den norske legeforening, 2018, s. 7). En viktig rolle for sykepleieren ved forebygging av postoperativ delirium hos den hofteopererte, vil derfor være i samarbeid med lege, adekvat smertebehandling. Mine erfaringer rundt smertebehandling, er at ikke-medikamentelle tiltak kan være minst like viktig som medikamentelle i enkelte situasjoner. Dette kan for eksempel være fremming av ro og trygghet, mobilisering og avslapningsøvelser.

Etter gjennomgang av teori og forskning kommer det også fram at ulike medikamenter er en risikofaktor for utvikling av delirium. Noe som går igjen i teori og forskning er at bruk av opioider og polyfarmasi er særlige risikofaktorer for utvikling av delirium (Bøyum, 2013; Holly mfl., 2013; Ranhoff, 2013, s. 400). Med tanke på polyfarmasi er det også sentralt å trekke inn den eldre pasient og dens aldringsprosess – med stigende alder økes hyppigheten av sykdom. Dette fører til at de eldre ofte tar mange legemidler samtidig (polyfarmasi). Dette gir fare for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Aldersforandringer påvirker også både absorpsjonen, fordelingen, effekten og utskillingen av legemidler (Ranhoff & Børdahl, 2013, s. 158). Gjennomgang av medikamentene til pasienten vil derfor være en viktig del av den fullstendige kartleggingen av pasienten som blir lagt inn på sykehus med hoftebrudd.

5.5.3. Tilstrebe god væskebalanse og ernæring

Eldre har generelt et lavere matinntak som kan føre til mangel på bestemte næringsstoffer dersom kosten er riktig sammensatt. Eldre kan også ha svekket tørsthetsfølelse, noe som øker risikoen for dehydrering (Wyller, 2014b, s. 647). Nyrefunksjonen reduseres gradvis med alder, noe som svekker evnen til å opprettholde normale væske - syre-base og elektrolyttbalanse. Dårligere nyrefunksjon reduserer også utskillelse av ulike medikamenter. (Mensen, 2013, s. 52). Underernæring, dehydrering, elektrolyttforstyrrelser og syre-baseforstyrrelser er en sentral fysisk risikofaktor for utvikling av delirium (Holly mfl., 2013; Stubberud, 2011, s. 401; Young mfl., 2010). Vassbø og Eilertsens studie (2014) viser også til at sykepleierne erfarte at lang ventetid før operasjon førte til utilstrekkelig væske- og elektrolyttbalanse og ernæringsinntak. Med dette vil jeg trekke inn betydningen av et godt tverrfaglig samarbeid, også på tvers av avdelinger. I tillegg er det svært viktig å kartlegge eventuell ernæringsvikt og dehydrering, samt elektrolyttforstyrrelser og syre-baseforstyrrelser, for så å iverksette individuelle tiltak hos den enkelte pasient.

Underernæring medfører redusert muskelmasse og generell svekkelse, gir nedsatt immunforsvar og økt infeksjonsfare (Brodtkorb, 2013, s. 259). Dette gir for meg en bedre forståelse på hvorfor dårlig ernæringsstatus er forbundet med økt risiko for utvikling av delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd. Dårlig ernæringsstatus kan i følge dette, altså kobles til både hoftebruddet (nedsatt muskelmasse og generell svekkelse) og den økte infeksjonsfaren som blir betegnet som en risikofaktor for utvikling av delirium. Sykepleierne i studien til Bøyum (2013) hadde erfaringer med at god ernæring og behandling av dehydrering var tiltak som kunne forebygge delirium hos pasienter med hoftebrudd. Det å tilstrebe god væskebalanse og ernæring kan man også knytte til Orem's hjelpemetode. I følge Orem er det opp til sykepleieren å skape et utviklende miljø, som kan møte pasientens egenomsorgskrav, fremme hans utvikling av nye ferdigheter og forebygge at nye begrensninger oppstår (Orem mfl., 1995, s. 18).

5.5.4. Forebygging av infeksjoner

Aldringsprosessen fører til at organismens evne til å forsvare seg mot mikroorganismer blir nedsatt og blir dermed mer mottakelig for infeksjoner (Ranhoff, 2013, s. 75). Stubberud (2011, s. 401) beskriver alvorlige infeksjoner som en betydelig risikofaktor for utvikling av delirium. Dette støtter også forskning (Holly mfl., 2013; Young mfl., 2010). Sykepleierne i Vassbø og Eilertsens studie (2014) hadde stor fokus på forebygging av infeksjoner. Deres

oppmerksomhet var knyttet til mobilisering og god hygiene for å inngå tryggsår og infeksjoner. I Bøyums studie (2013) ble også infeksjoner identifisert som er risikofaktor, og da særlig urinveisinfeksjon. På den andre siden opplevde sykepleiepersonalet urinveiskateter som en betydelig stressfaktor for pasienten. Ranhoff sier også at det er påvist sammenheng med bruk av blærekateter og delirium (Ranhoff, 2013, s. 401). Hos den operative pasient, anser jeg urinveiskateter som nødvendig, både med tanke på det operative inngrepet og for å unngå overfylt blære og urinretensjon. Samtidig mener jeg det er viktig at sykepleieren så tidlig som mulig seponerer urinveiskateteret til pasienten for å unngå urinveisinfeksjon.

5.5.5. Tidlig mobilisering

Ranhoff (2013, s. 400) beskriver immobilitet som en risikofaktor for utvikling av postoperativ delirium. Dette støtter forskning og beskriver immobilitet, begrenset mobilitet og funksjonssvikt som en risikofaktor for utvikling av delirium (Young mfl., 2010; Holly mfl., 2013). Ved et hoftebrudd har ikke pasienten mulighet til å belaste beinet preoperativt og har derfor begrenset mobilitet. Etter det operative inngrepet kommer pasienten vanligvis opp av sengen allerede første postoperative dag (Grønsløth mfl., 2016, s. 152), noe som er et viktig tiltak ved forebygging av postoperativ delirium. Mobilisering er også noe som kan bedre oksygeneringen, forebygge komplikasjoner, fremme rehabiliteringsfasen og bedre pasientens mulighet til å orientere seg (Ranhoff, 2013, s. 401). I Vassbø og Eilertsen sin studie (2013) forteller sykepleierne at de hadde mye fokus på å unngå komplikasjoner med tanke på sengeleiet, og hadde mye oppmerksomhet knyttet til mobilisering. Likevel var ikke handlingsmålet bevisst knyttet til forebygging av delirium, men heller til rehabiliteringen etter det operative inngrepet. Dette viser at sykepleierne trenger å bli mer bevisst og oppmerksomme på forebyggende tiltak knyttet til postoperativ delirium hos den hofteopererte eldre pasient.

Orem (1995, s. 104) beskriver at egenomsorgsbehovene er rettet mot at mennesket skal bevare eller gjenvinne blant annet normalt funksjon og utvikling. Tidlig mobilisering av pasienten etter det operative inngrepet, kan hjelpe pasienten til å gjenvinne normal funksjon og utvikling, samtidig som dette kan være med på å forebygge postoperativ delirium. I tillegg vil jeg fremheve to av Orem's hjelpemetoder for sykepleiere: "*Å støtte en annen (fysisk eller psykisk)*" og "*Å veilede en annen*" (Orem mfl., 1995, s. 15). Med dette mener jeg det er en viktig sykepleieoppgave å støtte pasienten psykisk, samt å veilede pasienten, selv om

mobilisering kan oppleves smertefullt og skremmende. Sykepleieren må veilede, gi passende informasjon, lytte, være tilstede og motivere pasienten under mobiliseringsprosessen.

5.6. Fremming av ro og trygghet

Utvikling av postoperativ delirium etter et hoftebrudd er knyttet til pasientens opplevelse under et sykehusopphold, altså psykologiske og miljømessige faktorer. Den eldre pasienten har lett for å oppleve innleggelse på sykehus som svært stressfullt. Pasienten kan for eksempel oppleve angst og utrygghet, fremmedgjøring, isolasjon eller sårbarhet, noe som fører til økning av stresshormoner, blant annet kortisol. I kombinasjon med de fysiske risikofaktorene kan en slik økning av stresshormoner bidra til utvikling av delirium (Stubberud, 2011, s. 401). Angst og stress kan blant annet ses i sammenheng med det operative inngrepet, smerter og annet ubehag eller ventetid før en operasjon (Berntzen mfl, 2011, s. 279). Forskning viser også til stress som en utløsende faktor til postoperativ delirium (Bøyum, 2013; Vassbo & Eilertsen, 2014; Young mfl., 2010). Det er derfor viktig at sykepleieren er kjent med dette og kan iverksette tiltak som fremmer ro og trygghet. Sykepleierne intervjuet i artikkelen til Bøyum (2013) hadde gode erfaringer med bruk av skjerming som et forebyggende tiltak. Skjermingen som ble benyttet var enerom, fravær fra fjernsyn og radio. Ranhoff beskriver også at et forebyggende tiltak er å sørge for tilstrekkelig ro, hvile og skjerming. Dette mener jeg også samsvarer med Vassbø og Eilertsens studie som understreker at det er viktig med tilrettelegging av god søvn.

Som skrevet tidligere, beskriver Orem (1995, s. 15) fem hjelpemetoder som sykepleieren benytter seg av. Den ene hjelpemetoden er ”Å støtte en annen (*Fysisk eller psykisk*). Fysisk og psykisk støtte kan være utrolig mye forskjellig. I forhold til sykepleierens funksjon i forebygging av postoperativ delirium hos den eldre med hoftebrudd, mener jeg å støtte en annen psykisk handler om å være til stede, fremme ro, trygghet og redusere stressfaktorene hos pasienten. Samtidig er det viktig at sykepleieren sørger for at pasienten har oversikt over situasjonen. Her vil jeg også trekke inn nedsatt sansning som en risikofaktor for utvikling av postoperativ delirium. Både teori og forskning peker på at nedsatt sansing er en særlig risikofaktor for utvikling av delirium (Holly mfl., 2013; Ranhoff, 2013, s. 400; Young mfl., 2010). Med alderen påvirknings synssansen, hørselssansen, likevektssansen og luktesansen (Wyller, 2014, s. 650). Dette er noe sykepleieren må kartlegge, for så videre å korrigere sansesvikten best mulig. Dette mener jeg er særlig viktig i kommunikasjonssammenhenger, slik at pasienten både ser og hører sykepleieren og får oversikt over omgivelsene rundt seg.

Forskning viser også til at fremming av trygghet, modifisering av stressfaktorer og tilrettelegging av god søvn er avgjørende faktorer for forebygging av delirium (Bøyum, 2013; Holly mfl., 2013; Vassbø & Eilertsen, 2014). En viktig forutsetning for å skape ro og trygghet er god kommunikasjon, samhandling og støtte (Berntzen mfl., 2011, s. 283). På den andre siden oppgir sykepleierne i studien til Bøyum (2013) mangel på tid som en begrensende faktor, og da spesielt til å gi informasjon og berolige pasienten. Likevel hadde sykepleierne god erfaring med samhandling og gjentakende informasjon som forebyggende tiltak mot postoperativ delirium. Ranhoff (2013, s. 402) understreker at det er viktig med enkel, repetert og konsistent informasjon.

Sykepleierne i studien til Bøyum (2013) mener også at bruk av fast personalet er et viktig forebyggende tiltak for postoperativ delirium (Bøyum, 2013). Dette støtter Ranhoff (2013, s. 402) ved å si at det er viktig med personer som pasienten kjenner, som kan bidra med å realitetsorientere og til å dempe angst. Dette mener jeg er et viktig tiltak. Pasienten har da mulighet til å bygge opp tillitt til sykepleierne, samt at det kan oppleves tryggere for pasienten. Å fremme trygghet og oversikt over situasjonen kan virke forebyggende mot delirium, fordi det reduserer de psykiske stressfaktorer for pasienten som er innlagt med hoftebrudd. Et fast personalet kan også sørge for kontinuitet i observasjoner av tidlige symptomer og endringer i pasientens tilstand.

I studien til Bøyum (2013), anså sykepleiepersonalet pårørende som en betydelig ressurs for pasienten. Det kom fram at de fleste pårørende kunne ha en beroligende og/eller realitetsorienterende effekt på pasienten. Tilstedeværelse av pårørende kunne dermed være en avgjørende faktor for forebygging av delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd. Dette støtter NICE sine retningslinjer ved å understreke at regelmessig besøk fra pårørende og venner er forebyggende for utvikling av delirium hos den eldre pasient (Young mfl., 2010). Dette vil, etter min mening og erfaring, være relevant å tilrettelegge for i møte med pårørende, for å kunne tilby mest mulig sykepleie for den utsatte pasientgruppen.

6. Konklusjon

Den eldre hofteopererte pasient er i en pasientgruppe som byr på store utfordringer. Disse utfordringene vil øke ytterligere dersom pasienten utvikler postoperativ delirium. Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke sykepleietiltak som kunne bidra til å forebygge postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd.

Sykepleieren har en svært viktig rolle i forebyggingen av postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd. For å kunne forebygge postoperativ delirium er det vesentlig å finne ut hvem som står i fare for utvikling av tilstanden, altså ved identifisering av risikofaktorer hos pasienten. Tidlig kartlegging av pasienten bør derfor være et mål for sykepleieren. Kunnskap og kompetanse blant sykepleierne er en forutsetning for god datasamling, som videre danner grunnlaget for å igangsette forebyggende tiltak. På den andre siden viser forskning nettopp manglende kunnskaper og kompetanse med tanke på identifisering av risikofaktorer og igangsetting av målrettede tiltak.

Risikofaktorene som kan utløse postoperativ delirium hos den eldre pasient med hoftebrudd er svært mange. De som ble mest fremhevet var kognitiv svikt og/eller demens, utilstrekkelig smertelindring, funksjonssvikt, dårlig ernæringsstatus og væskebalanse, lang ventetid før operasjon, høy alder, sansesvikt og stress. Tiltak som kan bidra til å forebygge postoperativ delirium er optimal smertelindring, tilstrekkelig oksygenering til hjernen, tidlig mobilisering, forebygging av infeksjoner, tilstrebe god væskebalanse og ernæring og fremming av ro og trygghet hos pasienten. Dette er noe som forutsetter et godt tverrfaglig samarbeid, der de enkelte helseprofesjonenes ansvar, oppgaver og roller komplementerer hverandre.

1.6 Perspektivering

Til tross for den høye forekomsten av postoperativ delirium hos den eldre pasient innlagt med hoftebrudd, er dette en tilstand som ofte blir oversett eller feildiagnostisert. Forskning viser til at postoperativ delirium kan forebygges hos omkring en tredjedel av risikopasienter ved bruk av multikomponente intervensjoner, men hvorfor blir ikke dette gjort i praksis? Det blir også beskrevet at eksisterende forskning rundt dette temaet anses som tilstrekkelig for å kunne vurdere risikoen for, identifisere og forebygge delirium. Så hva er det som blir gjort galt og hva kan gjøres videre? Jeg mener at sykepleieren har behov for økt kunnskap og kompetanse når det gjelder den eldre pasients aldringsprosess og deres særlige behov. I tillegg

mener jeg det bør etableres retningslinjer som sykepleieren kan benytte seg av som en daglig rutine i praksis. Disse retningslinjene bør omhandle kartlegging av den eldre pasient som har pådratt seg hoftebrudd. På den andre siden gjelder ikke dette bare for pasienter som har pådratt seg hoftebrudd, men alle eldre pasienter som blir innlagt på sykehus. Slike retningslinjer kan bidra til at sykepleieren kartlegger risikopasienter tidlig i forløpet og dermed raskt kan sette i verk tiltak som kan forebygge delirium.

7. Litteraturliste

- Berntzen, H., Almås, H., Brun, G. M. A., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G & Grønseth, A. (2011). Peroperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D. -G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 277, 283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2013). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 259). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*, (3), 210–218. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems model i praksis* (1. utg.). Kbh: Munksgaard Danmark.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, A. P & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforeningen. (2018). *Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd* (s. 4 & 7). Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net/Anbefalinger/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf>
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Grønseth, L. K., Roa, A., Kjønne, I & Almås, H. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 152). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (03.06.2016). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Holly, C., Cantwell, E. R., & Kamienski, M. C. (2013). Evidence-Based Practices for the Identification, Screening, and Prevention of Acute Delirium in the Hospitalized Elderly: An Overview of Systematic Reviews. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 2(1), 7–15. <https://doi.org/10.1007/s13670-012-0031-4>
- Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelsen av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (3. utg.), (s. 41). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2013). Individuell sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 100-101). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2013). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 23). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M & Brodtkorb, K. (2013). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 102, 114 & 117). Oslo: Gyldendal akademisk

Kunnskapsdepartementet. (2009). *Rammeplan for sykepleierutdanning* (s. 5). Hentet 20.03.19 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kristoffersen, J. N. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar Bindt 1* (s. 232-234). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, U & Engedal. (31. Oktober 2018). Delirium. Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.sn.no/delirium>.

Mensen, L. (2013). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 52, 54). Oslo: Gyldendal akademisk.

Norske sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5. utg.). St. Louis: Mosby.

Plsmouth Hospitals NHS Trust, 2018, 1:21). *Patient Delirium Experience - Brians story*. (9. Mars. 2018). Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=CWRw7hx1McA&t=250s>

Ranhoff, H. A. (2013). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 75, 78). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, H. A. (2013). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 137). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, H. A & Børdahl, B. (2013). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 158). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, H. A. (2013). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 180 & 181). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, H. A. (2013). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. D. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 395-402). Oslo: Gyldendal akademisk.

Stubberud, D. (2011). Sykepleie ved delirium. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 401, 403). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Young, J., Murthy, L., Westby, M., Akunne, A., O'Mahony, R., & on behalf of the Guideline Development Group. (2010). Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ*, 341(jul28 2), c3704–c3704. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3704>

Østensvik, E. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelsen av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (3. utg.), (s. 731, 745). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vassbø, K. T & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. Hentet fra Faser under sykehusoppholdet (Vassbø & Eilertsen, 2014)

World Health Organization. *Aging and Life course*. Hentet fra <https://www.who.int/ageing/en/>

Wyller, V. B. (2014a). *Frisk cellebiologi, anatomi og fysiologi*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

