



Hvordan kan sykepleier forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 131

Antall ord: 8076

Dato: 11.03.2016

Veileder: Nina Olsvold

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2 <i>Problemstilling</i>	2
1.3 <i>Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans</i>	2
1.4 <i>Oppgavens videre oppbygning</i>	2
2. Metode	4
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	4
2.2 <i>Litteratursøk og funn i databaser</i>	4
2.3 <i>Kildekritikk</i>	6
3. Teori	7
3.1 <i>Delirium ved hoftebrudd</i>	7
3.1.1 <i>Predisponerende faktorer</i>	9
3.1.2 <i>Utløsende faktorer</i>	9
3.1.3 <i>Preoperative og postoperative risikofaktorer</i>	10
3.2 <i>Sykepleie til eldre</i>	11
3.2.1 <i>Sykepleiers forebyggende funksjon</i>	12
4 Drøfting	13
4.1 <i>Sykepleiers utfordringer ved forebygging av delirium hos eldre</i>	13
4.1.1 <i>Mangel på kunnskap tid og ressurser</i>	13
4.1.2 <i>Hvordan identifisere risikopasienten?</i>	15
4.1.3 <i>Endring av praksis</i>	17
4.2 <i>Sykepleietiltak ved forebygging av delirium</i>	17
4.2.1 <i>Forebygging av predisponerende faktorer</i>	18
4.2.2 <i>Forebygging av utløsende faktorer</i>	18
5 Konklusjon	23
Litteraturliste	24

1. Innledning

Psykiske og fysiske belastninger som pasienten opplever ved akutt skade eller kritisk sykdom kan føre til en akutt forvirringstilstand som kalles delirium. Delirium kan komme tidlig i pasientens behandlingsforløp, eller utvikle seg over tid (Stubberud, 2010). I denne oppgaven vil jeg gjøre rede for utfordringer og eventuelle løsningsmuligheter knyttet til forebygging av delirium hos eldre hofteopererte.

Denne delen av oppgaven består innledningsvis av bakgrunn for valg av tema, problemstilling, oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. Det blir også gitt en kort oversikt over oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I de siste to årene har jeg jobbet som assistent på kirurgisk og ortopedisk avdeling. I denne forbindelsen har jeg sett en sammenheng mellom hoftebrudd, eldre personer og delirium. I begynnelsen hadde jeg lite kunnskap om delirium, men etter hvert har jeg blitt mer interessert i temaet. Dette er nok fordi jeg i flere situasjoner har følt meg uvitende i møte med denne pasientgruppen, og følt at jeg ikke har kunnet gi den behandlingen de trenger. Jeg fikk muligheten til å skrive et lite studiekrav om delirium før sommeren og benyttet meg da av sjansen til å høre hva slags kunnskaper og tiltaksrutiner de hadde blant de ansatte der jeg jobber. Inntrykket mitt var at flere hadde mangelfull kunnskap om temaet, og tiltaksrutinene bestod oftest i å gi beroligende medisiner og tilkalle fastvakt ved behov. Dette trigget min nysgjerrighet enda mer. Jeg vil finne ut om sykepleiere kan løse eller forbedre deliriumsproblematikken ved å gjøre forebyggende helsearbeid. Jeg tror nemlig at forebyggende helsearbeid blant eldre generasjonen er nyttig for samfunnet, både med tanke på økonomi og ressursbruk. I Norge er det ca. 9000 hoftebrudd per år med en gjennomsnittlig liggetid på ti dager. Dette betyr at nesten 250 senger på kirurgiske avdelinger til enhver tid er belagt med hoftebrudds-pasienter. Kostnaden med behandlingen i Norge er estimert til å være \$213 millioner (dollar i 1997) (Helsedirektoratet, 2005). Fortsetter den demografiske utviklingen sånn som den gjør nå, vil det om 50 år være dobbelt så mange pasienter med hoftebrudd (Parker & Johansen, 2006). Forskning viser at 45-60% av pasientene over 65 år på ortopediske avdelinger utvikler akutt forvirring (Böhmer, Fagermoen & Fretland, 2009).

Dette er et stort problem med tanke på at delirium er forbundet med funksjonssvikt, forlenget liggetid i sykehus, økt dødelighet og økte kostnader (Ranhoff, 2008). En studie utført av Olofsson et al (2005) viser at en større del av pasientene som utvikler delirium ikke klarer å gjenvinne tidligere evne til å gå og kan derfor ikke bo hjemme lengre. Dette viser at delirium har en stor påvirkning for både den kortsiktige og langsiktige rehabiliteringen. Olofsson et al hevder videre at delirium kan forebygges og behandles og at det derfor er viktig å bedre behandlingen av eldre med hoftebrudd. Jeg ønsker derfor å fordype meg mer i deliriumsproblematikken fordi jeg mener det er et tema som sykepleiere bør rette mer fokus mot. Økt oppmerksomhet og kunnskaper hos sykepleiere om hvem som har risiko for å få delirium, og om årsaksforhold, metoder for påvisning, forebygging og behandling vil trolig bedre prognosen for eldre pasienter i sykehus (Ranhoff, 2008).

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av valgt tema er følgende problemstilling utarbeidet:

”Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?”

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med oppgaven er å belyse konsekvensene av delirium og finne ut hvordan sykepleier kan forebygge dette i kirurgiske avdelinger.

En sykepleier kan medvirke til at pasienten får tilrettelagt behandling, slik at delirium kan forebygges. Rapporter vitner om at forebyggende sykepleietiltak kan redusere forekomsten og varighet av delirium (Olofsson et al., 2005). Det er viktig at sykepleiere gir faglig forsvarlig pleie til pasienten slik at de kan føle seg trygge og ivaretatt. Behovet om kunnskap og kompetanse om dette fagfeltet er nødvendig for å kunne vurdere og observere tilstanden, for deretter å kunne iverksette riktige behandlende og forebyggende tiltak (Stubberud, 2010).

1.4 Oppgavens videre oppbygning

Oppgavens videre oppbygning er inndelt i kapittelet om metode, teori, drøfting og konklusjon. I kapittelet om metode gjør jeg rede for hvordan jeg har gått frem for å finne

forskning, litteratur og hvilke databaser og søkeord jeg har benyttet. I teoridelen blir det presentert hva delirium er, samt de predisponerende og utløsende årsakene det innebærer. Videre i teoridelen presenteres sykepleie relatert til eldre, sykepleierens forebyggende funksjon og systematisk kartlegging av de eldre pasientene. Avgrensning av oppgaven og begrepsavklaringer vil bli gjort rede for i teoridelen for å unngå eventuelle gjentakelser. I siste del av oppgaven drøfter jeg hvordan sykepleier kan forebygge delirium hos eldre hoftebrudds pasienter, og avslutningsvis kommer det en oppsummering og konklusjon.

2. Metode

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for hva metode er og jeg skal beskrive prosessen som har ført frem til de resultatene som beskrives og diskuteres i denne oppgaven.

2.1 Litteraturstudie som metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som ”*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*”. Metoden hjelper oss til å innhente informasjon om noe vi ønsker å få mer kunnskaper om eller noe vi ønsker å se nærmere på (Dalland, 2012, s. 111).

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Ved å benytte litteraturstudie som metode i denne oppgaven kan jeg komme frem til kunnskap som kan være med å belyse problemstillingen. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2015).

2.2 Litteratursøk og funn i databaser

I mitt arbeid med å finne litteratur til tema og problemstilling har jeg benyttet meg av bibliotekets søkebase ORIA. Jeg har fått hjelp av bibliotekaren til å søke oppdatert og relevant forskning, samt bøker innenfor temaet. Søkeordene som ble benyttet her var: *Delirium, akutt forvirring, geriatric og hipfracture*. Jeg har også benyttet meg av pensumbøker jeg har brukt gjennom bachelorstudiet.

Etter å ha bestemt meg for tema i oppgaven valgte jeg å gjennomføre et generelt søk på internett. Jeg skrev inn søkeordene *delirium* og *hip fracture* i Google Scholar, Google, BMJ, BMC, Sykepleien.no og benyttet meg av databasene Oria og PubMed via Helsebibloteket.no. I første omgang ønsket jeg å skaffe meg en grov oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur, og søkene gjorde at jeg fant flere norske og internasjonale vitenskapelige artikler, samt faglitteratur. Det er mange ulike vinklinger og informasjon om temaet, så et mer avgrenset søk var nødvendig for å belyse problemstillingen. Jeg hadde lest i boka til Wyller (2015) at det var mange synonymer av ordet *delirium*, og at de vanligste brukte ordene var *akutt forvirring* og *akutt konfusjon*. For å ikke søke for bredt utover bruken av ordet har jeg

holdt meg til den offisielle diagnosebetegnelsen *delirium*, samt synonymet *acute confusion* for å ikke utelate noen gode engelske forskningsartikler. For å avgrense søket til pasientgruppe og alder har jeg brukt ulike kombinasjoner av søkeordene nevnt under.

Søkeord benyttet i avgrensningen: *delirium, acute confusion, elderly, older, geriatric, hip fracture, hip surgery, risk factors, preventing og rehabilitation.*

Fire av forskningsartiklene jeg fant inneholdt hele avgrensningen med søkeordene *delirium, elderly/older og hip fracture* (Deschod et al., 2012; Juliebø et al., 2009; McCafrey & Locsin, 2004; Olofsson et al., 2005). I BioMed Central (BMC) sin søkemotor fikk jeg opp 65 treff ved bruk av søkeordene *hip fracture, delirium og geriatric* og valgte ut artikkelen til Watne et al (2014). Jeg valgte denne artikkelen fordi jeg ville se sammenlikningsresultatene mellom ortogeriatrisk behandling og behandling på vanlig ortopedisk avdeling. Ved å søke på *delirium og prevention* fikk jeg opp 366 treff og anså en artikkel som relevant for oppgaven (Godfrey et al., 2013). Jeg søkte i tidsskriftet sykepleien for å se om det var noen gode norske forskningsartikler eller fagartikler som kunne passe til problemstillingen, og benyttet bare søkeordet ”*delirium*” som ga 13 treff. Av disse endte jeg opp med 4 relevante artikler hvorav 2 var fagfelleurderte (Bjoro, 2010; Böhmer et al., 2009; Bøyum, 2013; Sjøbø, Graverholt & Jamtvedt, 2012).

Bruken av advanced research builder i blant annet PubMed og andre søkemotorer førte frem til flere forskningsartikler som hadde sykepleiefaglig relevans til problemstillingen. Mengden vitenskapelig artikler ved de forskjellige søkene var imidlertid omfattende. Jeg har derfor måttet gjøre et utvalg av de mest relevante artiklene og sto da igjen med en håndfull som jeg har basert oppgaven på. Jeg har også blitt tipset om noen artikler gjennom litteraturlister og fagpersoner. Disse artiklene har jeg da søkt opp i fulltekst.

Dalland (2012) skiller mellom to typer metoder. Den ene er kvalitativ og den andre er kvantitativ. Ved å benytte både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven har jeg tilegnet meg dybdekunnskap og oversiktskunnskap om temaet delirium. Ifølge Dalland har de kvalitative metodene som formål å fange opp det som ikke lar seg måle eller tallfeste og de kvantitative har til formål å gjøre informasjonen om til målbare enheter. Ved at jeg har benyttet begge har jeg fått innsikt i meninger, opplevelser og erfaringer samtidig som jeg har sett resultater av teorier med gjennomsnitt og prosenter av store mengder.

2.3 Kildekritikk

Jeg har søkt i anerkjente databaser og tidsskrifter med fagfelleurdert forskning og vitenskapelige artikler. På dette grunnlaget anser jeg artiklene som faglige og representative. Ved at jeg har benyttet nøkkelord som inneholder hele eller deler av problemstillingen har jeg ansett disse artiklene som overførbare til oppgaven. Jeg har også valgt ut de forskjellige artiklene med tanke på et sykepleiefaglig perspektiv, og har i hovedsak benyttet meg av nyere og oppdatert forskning. Kun tre av fjorten artikler jeg har benyttet meg av er eldre enn 2006. Ved å benytte meg av litteratur med anerkjente forfattere innenfor geriatri og klinisk sykepleie har dette vært med på å belyse problemstillingen min fra et faglig perspektiv. Jeg vil også si at forskningen som er benyttet er transparent for andre slik at det er mulig å finne frem til kildene jeg har brukt. For å sikre etisk forsvarlighet i oppgaven har jeg ikke endret på forskningen og jeg har brukt resultatene fra studien på en redelig måte.

3. Teori

3.1 Delirium ved hoftebrudd

Delirium er assosiert med dårlig rehabilitering hos eldre pasienter som er operert for hoftebrudd (Olofsson et al., 2005). Hoftebrudd brukes som en fellesbetegnelse på lårhalsbrudd, pertrokantære og subtrokantære femurfrakturer. Bruddene har til felles at de oppstår på samme måte, gir like symptomer og kliniske funn, samt at de har liknende risikofaktorer. Uten kirurgisk behandling blir mobilisering umulig og prognosen dårlig med tanke på funksjon og overlevelse. Bruddet medfører alltid et rehabiliteringsbehov hvor mobilisering trolig er det viktigste etter kirurgi. Pasienten må få veiledning i teknikker for trygg forflytning, samt reetablering av normale bevegelsesmønstre (Wyller, 2015). Olofsson et al (2005) har funnet ut av at en stor del av pasientene som utvikler delirium ikke klarer å gjenvinne tidligere gangfunksjon, og kan derfor ikke være hjemmeboende lengre. Engedal (2008) beskriver at registreringsevnen, innprentningsevnen og gjenkallingsevnen er redusert ved delirium. Dette fører til redusert korttidshukommelse som gjør at pasienten har vansker med å lære seg noe nytt i sin deliriums-tilstand og har som oftest sterkt redusert hukommelse for den situasjonen pasienten befinner seg i. Böhmer et al (2009) beskriver at pasienter med delirium oppleves som ressurskrevende og vanskelige å rehabiliterer. De har ofte liten forståelse for hensikten med trening. Dessuten har de vanskeligheter med å tilegne seg ny kunnskap, som for eksempel det å gå med krykker.

I historier om det å ha delirium forteller pasienter om en drømmeliknende tilstand med ofte skremmende innhold som skaper angst og behov for flukt. Flere beskriver også en følelse om å stå utenfor seg selv og ikke ha kontroll over sin egen kropp. Det er grunn til å ta disse historiene alvorlig og de viktiggjør alt arbeid for å forebygge og håndtere delirium (Ranhoff, 2008).

Delirium er en mental forstyrrelse som er karakterisert av forstyrrelse i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og adferd (Ranhoff, 2008). Det er en tilstand som sees ved mange forskjellige sykdommer og er ikke en sykdom i seg selv (Ranhoff, 2014). Delirium er en av de første tilstandene som er beskrevet i medisinsk litteratur, og Hippokrates har i sine skrifter referert til tilstanden allerede for 2500 år siden. Den har hatt mange navn opp gjennom tidene, men internasjonalt har man blitt enige om å bruke betegnelsen delirium som gjeldene, fremfor akutt forvirring (Engedal, 2008).

Forskeren Zbigniew J. Lipowski definerer tilstanden på følgende måte: ” *Delirium er et transistorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk adferd og forstyrret søvn/våkenrytme*” (Engedal, 2008, s. 198). Lipowski har ikke definert at delirium oppstår akutt, men flere forfattere og klassifikasjonssystemer har lagt vekt på dette kriteriet ved kartlegging (Böhmer et al., 2009; Bøyum, 2013; Godfrey et al., 2013; McCafrey & Locsin, 2004). Böhmer et al (2009) syntes Lipowskis definisjon var vanskelig å forstå og bruke i sitt prosjekt. De lagde derfor sin egen definisjon som kan brukes i den kliniske hverdagen: ”*Forvirring er en tilstand hvor pasienten opplever som akutt desorientert, og hvor man i de fleste tilfeller ser at pasienten returnerer til sitt mentale utgangspunkt*”. Dette blir underbygget av Ranhoff (2008) og i forskningen til Juliebø et al (2009), som skriver at delirium i teorien potensielt er reversibel.

Delirium kan ofte bli oversett eller feildiagnostisert som demens, men det er en vanlig tilstand og forekommer hyppig på ortopediske avdelinger. Den er annerledes fra demens ved at den oppstår akutt, ofte i forbindelse med sykdom eller skade (Ranhoff, 2008).

Det er mange årsaksforhold som kan føre til delirium, og patofysiologien er kompleks og til dels ukjent. Ifølge den rådende teorien er det to hovedveier til delirium. Den ene går ut på at det er en sykdom eller skade i hjernen og den andre er at årsaken ligger ekstracerebralt og forårsaker en reversibel forstyrrelse i hjernens stoffskifte eller impulsoverføring. Dette kan skje ved prosesser som påvirker hjernens metabolisme, som forstyrrelser i kroppstemperatur, blodsukker eller syre-base balansen. Det kan også skje som følge av betennelse og høyt kortisolnivå ved stress og psykiske påkjenninger (Ranhoff, 2014).

Litteraturen beskriver ulike variasjoner av symptomene og hvis pasienten har delirium vil det også være en endring i det psykomotoriske tempoet. Tempoet kan enten være for høyt, for lavt eller en skiftning mellom disse (Engedal, 2008; Ranhoff, 2008; Wyller, 2015) Ved for høy psykomotorisk adferd har pasienten en tilstand av hyperaktivt delirium. Denne typen delirium er enklest å kjenne igjen ved at pasienten som oftest skaper mye uro på avdelingene. De kan være psykomotorisk urolige, agiterte, vandrende, ha paranoide hallusinasjoner og drar ofte ut venekanyler og katetre. Det er disse pasientene som kan være til fare for seg selv og andre (Ranhoff, 2008). Hypoaktivt delirium er derimot mer vanlig enn hyperaktivt, men blir ofte ikke oppdaget fordi pasientene ligger pent i senga og krever ingenting. Det dominerende

symptomet er svekket bevissthet, oppmerksomhet og nedsatt psykomotorisk aktivitet (Wyller, 2015). Ved klinisk testing kan man også oppdage at pasienten har en rigiditet (stivhet i kroppen), nedsatt konsentrasjon og nedsatt oppmerksomhet ved kognitiv testing (Ranhoff, 2008). Selv om hypo og hyperaktivt delirium kan deles i to forskjellige varianter er det allikevel mest vanlig at pasientene fluktuierer mellom disse to tilstandene (Wyller, 2015).

Årsakene til delirium og mekanismene bak den er sammensatte, og ofte ukjente. Det er vanlig å dele årsaksfaktorene inn i predisponerende og utløsende faktorer (Stubberud, 2010).

3.1.1 Predisponerende faktorer

Med predisponerende faktorer menes faktorer som var til stede hos pasienten før innleggelse, og som gjør pasienten mer utsatt for å utvikle delirium (Stubberud, 2010). Flere forfattere har utarbeidet en liste over de viktigste predisponerende faktorene og det som går igjen er høy alder, demens, nedsatt syn og hørsel, kroniske sykdommer, mannlig kjønn, hypertensjon, underernæring, tidligere hjerneskader og hjernesykdommer, psykiske lidelser, posttraumatisk stresslidelse, søvnapne og bruk av legemidler med kognitive bivirkninger (Engedal, 2008; Ranhoff, 2008, 2014; Stubberud, 2010; Wyller, 2015). Når det gjelder alderen, har flere forskere definert eldre som 65 år og oppover som en risikofaktor for delirium. De eldre over 65 år er også de som er mest utsatt for å få hoftebrudd (Böhmer et al., 2009; Bøyum, 2013; Morrison et al., 2003; Watne et al., 2014)

3.1.2 Utløsende faktorer

Utløsende faktorer er de hendelsene eller forholdene som får delirium til å oppstå (Ranhoff, 2008). Alle akutte sykdommer og traumer kan i prinsippet utløse delirium (Wyller, 2015). Dette understreker at delirium først og fremst er en sekundær mental reaksjon på somatisk sykdom (Engedal, 2008). Likevel er det slik at en håndfull tilstander i praksis er helt dominerende som utløsende årsaker og en kombinasjon av disse er uheldig for pasienten (Wyller, 2015). Hos en sårbar pasient kan mindre og lite alvorlige utløsende faktorer gi delirium, mens det derimot skal alvorlige sykdommer eller hendelser til for å utløse det hos spreke og friske eldre mennesker (Ranhoff, 2008).

Ved hoftebrudd er de utløsende årsakene som regel selve bruddet i kombinasjon med nødvendig kirurgi og anestesi. Pasienten kan ha væsketap, smerter før og etter operasjonen,

blødning ved bruddet og blodtrykksfall under operasjonen (Engedal, 2008). Ved et brudd bør man utføre en diagnostisk vurdering av pasienten da det kan være en bakenforliggende sykdom som har ført til fallet og da også kan føre til en deliriumstilstand (Wyller, 2015). Det er vanlig ved operasjon av hoftebrudd å legge inn permanent blærekateter, og forskning har vist at dette er en uheldig pleiemessig faktor som disponerer for delirium (Bøyum, 2013). En rekke legemidler kan utløse delirium, og fordi legemidler er en så vanlig årsak må oppstart av et nytt legemiddel eller endring av dose alltid mistenkes som utløsende årsak (Ranhoff, 2008). Noen pasienter kan også ha hatt et uheldig legemiddelregime i forkant av innleggelsen som ikke har påvirket pasienten tidligere, men idet delirium har oppstått har det kunnet bidra til å forsterke og forlenge det (Wyller, 2015).

De utløsende faktorene kan deles inn i fysiske faktorer, psykologiske og miljømessige forhold eller hendelser som oppstår i løpet av behandlingen av pasienten. De fysiske regnes i dag som de viktigste utløsende faktorene til utvikling av delirium. Noen av de mest nevnte av disse er: somatiske sykdommer og tilstander som medfører nedsatt oksygenmetning i hjernen, eller som øker behovet for oksygen, kirurgi og kirurgisk stressrespons, generell anestesi, smerte, urinretensjon, søvnmangel som gir sanseforstyrrelser, underernæring, elektrolyttforstyrrelser, syre-base-forstyrrelser, alvorlige infeksjoner, feber, nyresvikt og leversvikt. De psykologiske og miljømessige belastningene og opplevelsene under innleggelsen kan føre til økning av stresshormonet kortisol, og dette i kombinasjon med fysiske faktorer kan utløse delirium (Stubberud, 2010).

3.1.3 Preoperative og postoperative risikofaktorer

Juliebø et al (2009) har forsket på de preoperative og postoperative risikofaktorene for utvikling av delirium. Studiens funn viser at de som oftest utviklet preoperativt delirium falt innendørs, var febrile, hadde kognitiv svikt og hadde forlenget ventetid på operasjon. Pasientene som utviklet delirium postoperativt hadde risikofaktorer som kognitiv svikt før bruddet, lav BMI, falt innendørs, høy alder, nedsatt funksjon, bodde på institusjon, brukte mer medikamenter før bruddet, atrieflimmer, lavere hemoglobin konsentrasjon ved innleggelse og oftere mottok blodtransfusjon. Flere av de som fikk en høyere ASA klassifisering utviklet også delirium. Trønnes (2006) beskriver ASA som en klassifisering hvor pasientene vurderes før operasjon og blir plassert i en av fem grupper, hvor ASA-1 er frisk pasient og ASA-5 er moribund pasient.

3.2 Sykepleie til eldre

Ifølge Travelbee (2001, s. 29) kan sykepleie defineres som *”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene”*. God klinisk sykepleie kan ifølge Nortvedt & Grønseth (2010) kjennetegnes ved at sykepleieren integrerer fagkunnskaper og moralske aspekter i klinisk praksis og tilpasser sykepleien individuelt, til den enkelte pasient og situasjon. Det er også viktig at sykepleier ivaretar sitt faglige ansvar og funksjoner i møte med pasienten. I følge helsepersonelloven (1999, §4) *”skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”*.

Sykepleieren har spesielle utfordringer når det gjelder eldre fordi de har spesielle behov og karakteristika som skiller de fra yngre pasienter. Sykepleien er krevende og kompleks og sentrale oppgaver vil derfor være observasjon og tolkning av symptomer. Sykepleieren må ivareta både psykososiale og fysiske behov og fokuset må være lindring av symptomer og bevaring av funksjon. Ved behandling i sykehus er målsettingen at de skal komme tilbake til den helsetilstanden de hadde før de ble rammet av sykdom. Sykepleieren står sentralt når det gjelder å koordinere tjenestene og opprettholde kontinuitet i pleien slik at pasienten oppnår best mulig behandlingsresultat. Samtidig med behandling og diagnostikk må det settes i verk komplikasjonsforebyggende og funksjonsforbedrende tiltak (Ranhoff, 2008, s. 190).

Helse og funksjon er summen av alle pasientenes aldersforandringer og tilstander, og har betydning for sårbarhet, livskvalitet og overlevelse. Når en eldre person rammes av en skade eller akutt sykdom, er det derfor ikke bare den enkelte skade eller sykdommen som har betydning for hvordan det går. Den enkeltes premorbide tilstand før skaden eller sykdommen er av stor betydning. Når spreke og robuste eldre rammes av sykdom er spesielle forebyggende tiltak sjelden nødvendig. Når de skrøpelige eldre rammes har de økt risiko for komplikasjoner, forlenget sykdomsperiode, vanskeligere og lengre rehabilitering, samt økt risiko for funksjonssvikt, sykehjemsopphold og død (Ranhoff, 2008, s. 84).

De fysiologiske aldersforandringer som eldre mennesker har fører til at sykdom oppstår lettere og raskere. Selv små problemer kan utvikle seg til å bli alvorlige tilstander. I tillegg

oppstår det flere komplikasjoner ved sykdom og behandling. Disse forholdene kan bidra til at eldre har dårligere evne til å uttrykke subjektive symptomer og tegnene på sykdom framtrer som mindre tydeligere eller annerledes enn hos de yngre pasientene. Det er derfor vanskeligere å vurdere tilstanden og alvorlighetsgraden til pasienten. De er sårbare og må derfor behandles med systematisk forebygging av komplikasjoner og forsiktighet (Ranhoff, 2008).

3.2.1 Sykepleiers forebyggende funksjon

Sykepleieren har ansvar og fagspesifikke funksjoner som skal prege måten om det å tilnærme seg og ivareta pasienter på i alle situasjoner. De beskrives blant annet i yrkesetiske retningslinjer, lover og regler. Sykepleiers evne til å ivareta dette faglige ansvaret påvirker kvaliteten på omsorgen som gis (Nortvedt & Grønseth, 2010). Ifølge ICNs etiske regler for sykepleiere har sykepleiere fire grunnleggende ansvarsområder, det er ”å fremme helse, å forebygge, å gjenopprette helse og å lindre lidelse” (Norsk Sykepleierforbund, 2007, s. 24).

Når sykepleieren tidlig identifiserer og iverksetter tiltak for å forebygge helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt, kalles det sekundærforebyggende tiltak. Det kan være å observere og vurdere symptomer og tegn ved utvikling av sykdom for å iverksette riktige behandlingstiltak. Tertiærforebyggende tiltak skal forhindre at det oppstår komplikasjoner ved sykdom, undersøkelser og behandling, og forhindre at det oppstår nye helseproblemer hos personer med kronisk sykdom eller helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2010). Velferdsstaten (2001) definerer forebygging som ”*alle tiltak som blir gjennomført for å redusere risikoen for sykdom, eller for å øke muligheten for god helse i hele eller deler av befolkningen. Forebygging dreier seg altså om å hindre sykdom og fremme helse*”. Norsk sykepleierforbund (2014) skriver at helsepersonell skal bli oppmerksomme på risikoforhold tidlig og intervensere med forebyggende tiltak. De skriver videre at sykepleiere er svært sentrale i dette arbeidet og skal ivareta helsefremmende og forebyggende aspekter, uansett hvor i helsetjenesten de jobber. Olofsson et al (2005) mener at den mest effektive strategien mot delirium er forebygging.

4 Drøfting

I denne drøftingsdelen vil jeg besvare problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleier forebygge delirium hos eldre hofteopererte?”

4.1 Sykepleiers utfordringer ved forebygging av delirium hos eldre

Jeg har lagt merke til at det er noen utfordringer for sykepleieren i møte med det forebyggende arbeidet av delirium. Kort oppsummert gjelder dette spesielt mangel på kunnskap tid og ressurser, samt å kunne identifisere risikopasienter.

4.1.1 Mangel på kunnskap tid og ressurser

For å foreta pålitelige vurderinger må sykepleieren ha en sterk fagspesifikk kunnskapsbase fra teori og forskning samt erfarings- og personlig kunnskap, og kunnskapen må stadig oppdateres og fornyes (Nortvedt & Grønseth, 2010). Min erfaring er at det ikke er lett å vite hvordan man skal møte og forholde seg til pasienter med delirium uten tilstrekkelig kunnskap og erfaring om tilstanden. I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 1.4 skal *”sykepleier holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis”* (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7). I studien til Godfrey et al (2013) kom det fram at sykepleiepersonalets bevissthet og kunnskap om temaet er variabelt og at sykepleierne med lite kunnskap ikke så på deliriumsforebyggende arbeid som meningsfullt. Jeg kan ikke forstå hvordan en som sykepleier kan si seg fornøyd med å ta vare på pasienter uten å kjenne til den aktuelle litteraturen innenfor det kliniske området der en arbeider, og for meg oppleves det som uforsvarlig med tanke på alle konsekvensene delirium fører med seg. I følge de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.3 står det at *”sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig”* (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7). Jeg tror at mange sykepleiere vil se på deliriumsproblematikken fra et annet perspektiv hvis de får økt kunnskap om temaet. Gjennom økt kunnskap mener jeg at sykepleierne vil kunne vise mer forståelse ovenfor pasienter som har risiko for å utvikle delirium. Nortvedt & Grønseth (2010) hevder at kunnskap på bakgrunn av egne erfaringer og andres erfaringer er nyttig, men hvis kunnskapen ikke er korrekt kan det føre til systematiske feil i måten sykepleier foretar vurderinger og beslutninger på. De understreker også viktigheten av at fagpersonalet tar seg tid til å

oppsummere sine erfaringer og deler det med andre slik at viktig kunnskap kan komme pasientene til nytte, og ikke bare de som nyter den beste sykepleien. Forskningen til Olofsson et al (2005) viser til alvorlige konsekvenser ved delirium som for eksempel kognitiv svikt, søvnproblemer, medisinske komplikasjoner, fysisk nedsatt funksjon og økt dødelighet. På bakgrunn av dette mener jeg at alle sykepleiere bør forsøke å sette seg inn oppdatert kunnskap om risikoforhold, utløsende årsaker, konsekvenser og forebyggende tiltak. Ved å gjøre dette mener jeg man er på god vei til et forebyggende arbeid av delirium.

Det er solid vitenskapelig dokumentasjon på at forebygging av delirium nytter, og de fleste av studiene som er gjort, innebærer sykepleietiltak (Ranhoff, 2008). Det er en ting at forskning har vist at det nytter, men er det gjennomførbart i praksis og kan sykepleietiltakene benyttes i en travel hverdag på ortopedisk avdeling?

Sykepleieinformantene i studien til Bøyum (2013) oppga at manglende ressurser utgjorde en begrensning med å forebygge og mestre delirium, og da ble spesielt tid oppgitt som en begrensende ressurs. Jeg har selv erfart den hektiske hverdagen på ortopedisk avdeling hvor sykepleiere skal være mest mulig effektive i sitt arbeid, og jeg er også inneforstått med at ledelsen har et krav til overordnede prioriteringer og et budsjett å forholde seg til, men jeg mener det er viktig å ikke la dette gå utover pleien til de eldre pasientene. Nortvedt & Grønseth (2010) spør seg om hvordan sykepleier kan gi faglig forsvarlig individuell omsorg i en situasjon med økende krav til produktivitet og kostnadseffektiv behandling. De mener at oppgaven for den kliniske sykepleieren da blir å forsvare kvaliteten på den individuelle pleien og samtidig ha en klar forståelse av de overordnede politiske prioriteringene og av hvilke krav som må stilles til likebehandling av pasienter. I de yrkesetiske retningslinjene er det tre punkter jeg vil løfte opp og fram for å imøtekomme dagens krav. Det første punktet er 6.1 *”sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt”*. Det neste punktet er 6.3 *”sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse og omsorgstjenester”* og det siste punktet er 6.4 *”Sykepleieren arbeider for et ressursmessig grunnlag som muliggjør god praksis”* (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 11). Min mening er at den enkelte sykepleier må engasjere seg mer i politiske beslutninger og krav når det gjelder ressursmangel og tid til pasientene. Det er også kanskje de som har best grunnlag for å si hvilke ressurser pasientene trenger fordi det inngår i jobben deres. Nortvedt & Grønseth (2010) mener at det er viktig med kliniske sykepleiere som ikke bare er faglige dyktige, men som også er moralske og politisk bevisste, samfunnsbevisste

og modige. De hevder at det er nødvendig med engasjerte sykepleiere og ledere som oppfordrer til kritikk av og diskusjon om de vilkårene som dagens og framtidens sykepleiere arbeider og vil arbeide under.

4.1.2 Hvordan identifisere risikopasienten?

For å kartlegge om den eldre pasienten viser tegn til delirium vil nøyaktig observasjon være nødvendig. Ulike kartleggings skjemaer er nyttige verktøy for kartlegging av mental status (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). Et eksempel på et mye brukt kartleggingsverktøy er CAM (Confusion Assesment Method) som er et hjelpemiddel for ikke-psykiatere til å påvise delirium hos høyriskopasienter (Ranhoff, 2008). Det nye screeningsverktøyet 4AT som står for "4 A's test" er også et godt hjelpemiddel for å avdekke om pasienten har sannsynlighet for å utvikle delirium. Det er allerede i bruk på flere sykehus internasjonalt og i Storbritannia hvor screeningsverktøyet ble laget (Bellelli et al., 2014). Böhmer et al (2009) har utarbeidet en egen skala for gradering av forvirring som et hjelpemiddel til å se den enkelte pasients behov og samtidig antyde om det trengs ekstra bemanning.

Det har betydning for pasientens rehabilitering at sykepleieren raskt klarer å identifisere symptom på delirium. Tilstanden blir ofte diagnostisert ut ifra pasientens våkenhet, nedsatte kognitive funksjon, vilje til samarbeid, forvirring, motorisk uro og agitasjon, samt at symptomene har utviklet seg i løpet av kort tid. Ved å vurdere pasientens sykehistorie, fysiologiske status og ta i bruk vurderingsskjemaer kan man kan man iverksette de riktige forebyggende behandlingstiltakene (Stubberud, 2010). Ranhoff (2008) underbygger dette og mener det er nødvendig å bruke diagnostiske kriterier for påvisning av symptomer. Flere forskere har benyttet kartleggingsverktøy og vist at det kan være et godt verktøy for å oppdage symptomer på delirium (Bellelli et al., 2014; Böhmer et al., 2009; Juliebø et al., 2009; Morrison et al., 2003; Olofsson et al., 2005; Sjøbø et al., 2012).

Kartleggingsverktøyet Confusion Assesment Method (CAM) kan brukes, og er anbefalt som hjelpemiddel (Ranhoff, 2008; Wyller, 2014). Bøyum (2013) underbygger dette og skriver i tillegg at pasientene med hypoaktivt delirium blir lite vektlagt av sykepleiepersonalet uten kartleggingsskjema. Ifølge Ranhoff (2008) er CAM utprøvd hos pasienter over 65 år på indremedisinske avdelinger og det finnes i tillegg en versjon for bruk i intensivavdelinger (CAM-ICU), der pasientene ofte ikke har mulighet for verbal kommunikasjon. I studien til

Sjøbø et al (2012) utført på en intensivavdeling viser det seg at sykepleiere har fokus på delirium, men mangler kunnskap om vurderingsverktøy. De fant ut at kun 23,4 prosent av pasientene ble registrert med symptomer på delirium. Etter dette ble alle ansatte undervist i bruken av CAM-ICU og prosentantallet økte til 52,9 prosent. Ifølge Ranhoff (2008) kan CAM brukes av alt pleiepersonale, men det innebærer at man må ha en enkel opplæring.

Ifølge Evensen et al (2016) er derimot det nye screeningsverktøyet 4AT konstruert slik at pasienter med både hypoaktivt og hyperaktivt delirium fanges opp. Det er oversatt til norsk og kan bidra til at flere pasienter med delirium får korrekt diagnose. Testen kan utføres av alle typer helsepersonell, er rask å utføre og krever ingen spesifikk opplæring. Bellelli et al (2014) har utført en studie for å teste screeningsverktøyet 4AT på 234 eldre personer innlagt på sykehus. Funnen viste at verktøyet hadde en spesifikk og sensitiv metode for screening av delirium. Ved at den er kort og enkel å utføre (tar cirka to minutter), støtter den anvendelsen ved rutinemessig klinisk praksis.

Sjøbø et al (2012) mener at deliriumstilstanden ofte blir oversett til tross for at det finnes kunnskapsbaserte anbefalinger om systematisk vurdering med valide verktøy. Wyller (2015) mener at tilstanden ikke blir kartlagt så ofte, dette er trolig på grunn av mangelfulle kunnskaper hos personalet og til dels for dårlig oppmerksomhet om symptomene. Sjøbø et al (2012) hevder i midlertidig at utfordringene knyttet til å endre praksis ikke må undervurderes, og anbefaler tilrettelegging av blant annet praktisk trening for alle og innføring av ”superbrukere” som kan veilede. Etter min mening kan dette være tiltak som kan bidra til en effektiv implementering av valide verktøy i praksis. Olofsson et al (2005) oppfordrer å implementere forebyggende intervensjons programmer i behandlingen av eldre med hoftebrudd for å bedre det psykiske aspektet og livskvaliteten.

Min mening er at noen av disse verktøyene kanskje er lettere å implementere i praksis en andre, med tanke på opplæring av bruk og tid. Min oppfatning av praksis er at sykepleiere kan trenge et verktøy som lar seg passe inn i rutine til en hektisk hverdag, og ved for eksempel benytte det nye kartleggingsverktøyet 4AT kan man slippe spesifikk opplæring, samtidig som det er tidsbesparende i forhold til for eksempel bruk av andre kartleggingsverktøy. Jeg mener også at det bør være opp til avdelingen og ledelsen å implementere disse verktøyene og ikke opp til hver enkelte sykepleier, for at flest mulig skal kunne ta det i bruk. Ved å implementere

hjelpeverktøy vil jeg også mene at det øker oppmerksomheten rundt temaet og hver enkelt sykepleier vil kanskje bli mer bevisst i forebyggingen av delirium.

4.1.3 Endring av praksis

Forskning har kommet frem til mange ulike tiltak og ordninger man kan innføre i arbeidet mot forebygging av delirium, og min mening er at en endringen av praksis for de eldre er kanskje det som må til for å bedre kvaliteten på pleien og omsorgen. Ifølge Ranhoff (2008) er akuttgeriatrike enheter er nå innført en rekke steder i Norge og målsettingen med behandlingen er at pasienten skal nå tilbake til funksjonsnivået før den akutte sykdommen. Ved siden av behandling og medisinsk diagnostikk er hovedelementene forebygging av sykehuspåførte komplikasjoner og rehabilitering. Studien til Watne et al (2014) som inkluderte 329 pasienter, viste at pre og post operativ ortogeriatrisk behandling gitt i en akuttgeriatrisk avdeling ikke reduserte antall tilfeller av delirium og kognitiv svikt sammenliknet med vanlig ortopedisk avdeling. Geriatrisk konsultasjon har derimot vist seg å være et effektivt tiltak. I studien til Deschodt et al (2012) ble 171 pasienter i alderen 65 år og eldre tildelt tverrfaglig geriatrisk konsultasjon. Andelen av deltakere med kognitiv nedgang var større enn kontrollgruppen som fikk tildelt konsultasjon. Geriatrisk konsultasjon kan etter min mening være et forebyggende tiltak som kan innføres i avdelingen, men det forutsetter at det må finnes midler og ressurser til å gjennomføre det.

4.2 Sykepleietiltak ved forebygging av delirium

Fra 1990 årene har forskningen dreid seg om å finne måter å forebygge og behandle delirium. Forskningen har i stor grad vært knyttet til tverrfaglige behandlingsmodeller, der sykepleieintervensjon har vært sentralt. Det hevdes at forekomsten av delirium i sykehus er knyttet ikke bare til karakteristika ved pasienten, men til kvaliteten av den medisinske behandlingen og pleien. Det skyldes at forhold som har sammenheng med behandling og pleie, kan bidra til å opprettholde pasientens delirium (Ranhoff, 2008).

Eldre pasienter med nedsatt allmenntilstand som innlegges med hoftebrudd, har ikke nødvendigvis delirium ved innkomst, men de kan utvikle det under sykehusoppholdet. Helsepersonellens fokus ved denne pasientgruppen bør derfor være å gjennomføre enkle forebyggende tiltak (Ranhoff, 2008), noe som i mange tilfeller dreier seg om ”helhetlig god

sykepleie” ifølge Stubberud (2010, s. 403), som skriver at de fysiske, psykologiske og miljømessige faktorene som kan utløse tilstanden, da motvirkes.

4.2.1 Forebygging av predisponerende faktorer

Det er ikke alle predisponerende faktorer som lar seg påvirke som for eksempel det med høy alder og demens (Engedal, 2008). Wyller (2015) mener at selv om det er predisponerende forhold som i liten grad lar seg påvirke, er de allikevel viktige å kjenne til for å kunne identifisere pasienter som i utgangspunktet har høy risiko for å delirium. Sykepleier kan da intensivere forebyggende tiltak og diagnostisk påpasselighet ovenfor denne pasientgruppen. Ranhoff (2008) understreker viktigheten av å legge til rette for pasienten, slik at man kan korrigere det som er i ubalanse. Et eksempel er å korrigere sansesvikt ved å sette rene briller på pasienten med dårlig syn og fungerende høreapparat på en med nedsatt hørsel.

4.2.2. Forebygging av utløsende faktorer

Lav BMI

Juliebø et al (2009) skriver at et av de viktigste funnene i studien var sammenhengen mellom undervekt og delirium. Med en BMI (kroppsmasseindeks) mindre enn 20.0 kg/kvadratmeter var risikofaktoren tre ganger høyere for å utvikle delirium enn ved normalvekt. Undervekt er assosiert med preoperativt og postoperativt delirium og studien viser videre at nærings supplement kan redusere og forkorte varigheten av delirium. Næringsforebyggende tiltak kan også redusere pasientens risiko for dødelighet fire måneder senere. Stubberud (2010) understreker viktigheten av å ivareta pasientens behov for ernæring som et forebyggende tiltak mot delirium. Wyller (2015) anbefaler sykepleier å aktivt tilby pasienten mat og drikke, og få hjelp til å få dette i seg . Maten skal være næringstett og næringstilskudd bør vurderes. En større andel av eldre vil kunne ha behov for ekstra næringstilskudd, og særlig gjelder dette sårbare eldre. Ved at sykepleieren stiller spørsmål om ernæringstilstand til pårørende og pasient ved innleggelse er min mening at sykepleieren kanskje blir mer bevisst på tilstanden til pasienten, og kan sette i gang ernæringstiltak slik at ytterligere tap av kroppsvekt forebygges.

Ventetid på operasjon

I Bøyums studie (2013) oppga flere informanter at eldre pasienter med hoftebrudd måtte vente for lenge på operasjon. De oppfattet ventetiden i seg selv som et problem med tanke på immobilitet og faste. En sykepleier fortalte at de av og til diskuterte med legene for å forsøke å få pasientene operert på et tidligere tidspunkt. Helsedirektoratet (2005) skriver at hoftebrudd bør behandles så snart som mulig, og senest innen 1 døgn etter bruddet. Dette er fordi lengre ventetid forbindes med økt smerte, komplikasjoner, flere liggedager og økt dødelighet. Funnene i studien til Juliebø et al (2009) underbygger dette og viser at den preoperative ventetiden lengre enn 48 timer, øker risikoen for liggesår, infeksjoner og lengre liggetid. Den viser også en viktig sammenheng mellom ventetiden på operasjon og preoperativt delirium. For hver time pasienten må vente på operasjon øker risikoen for postoperativt delirium med fem prosent. Erfaringen min fra praksis er at det ikke alltid er kapasitet på operasjon til å operere pasientene innenfor et døgnns grensa. Det kan være mange ulike grunner til dette, som for eksempel dårlig kapasitet på intensiv, andre akutte ting som må opereres først eller lang venteliste. Pasientene blir som regel holdt fastende i håp om at de skal opereres så fort som mulig. Wyller (2015) mener at det er rom for å arbeide med ernæringstilstanden til de eldre fordi det ofte går lang tid fra innleggelse til operasjon. Juliebø et al (2009) understreker at den preoperative fastingen og den katabolske responsen etter kirurgi kan forverre underernæringen ytterligere. Wyller (2015) mener at pasientene som blir holdt fastende til operasjon er en spesiell utfordring og anbefaler derfor at pasientene får energi og proteinberiket mat så lenge som mulig frem til fastsatt start av faste. PreOp næringsdrikke kan også trygt gis som et nyttig tilskudd i en sårbar fase. Det kan gis i inntil to timer før operasjon. Jeg har observert at preOp er noe som blir gitt ofte av sykepleiere til eldre på avdelingen i tillegg til intravenøs væske forordnet av lege. Wyller (2015) understreker viktigheten av at sykepleier har en god dialog med anestesivdelingen i arbeidet med ernæring preoperativt.

Stress

Ranhoff (2008, s. 403) oppfordrer sykepleieren til tett oppfølging av velkjente personer og et minst mulig stressende miljø. Stubberud (2010) anbefaler handlinger som reduserer stressfaktorer som opplevelse av angst, utrygghet, fremmedgjøring, isolasjon og sårbarhet. Ved observasjon av pasienter med delirium er min egen oppfatning at de har blitt mer urolige ved støy, romstening og mange personer inne på rommet. Stubberud (2010) mener at pasientene bør ha færrest mulig personer å forholde seg til.

I studien til Bøyum (2013) hadde sykepleiepersonalet positive erfaringer med skjerming og interaksjon med pårørende som tiltak. Skjermingen som ble benyttet omfattet enerom (om mulig), fravær av fjernsyn og radio, samt en fast ansvarlig sykepleier (om mulig). I interaksjonen kom det frem at pårørende kunne ha en svært beroligende og realitetsorienterende effekt på pasienten. Det virket også som om pårørende kunne ha en helt avgjørende forebyggende effekt i enkelte tilfeller i forhold til utviklingen av delirium. Det er allikevel viktig å påpeke at Bøyum (2013) mener det trengs mer forskning både i forhold til pasientopplevelser og som grunnlag for intervensjoner. Det er også viktig å poengtere at sykepleierne i studien oppga begrensninger i forhold til manglende ressurser og tid.

Egen praksis erfaring tilsier at det ikke lett å få nok tid til pasienten på en hektisk hverdag ved ortopedisk avdeling. Det er ofte to personer på kveldsvakt fordelt på 13 pasienter eller fler. Da handler det om å prioritere sykepleieoppgavene best mulig, og det er knapp tid som kan brukes til å realitetsorientere pasientene. Bøyum (2013) opplyser om at flere av informantene hadde erfaring med at realitetsorientering av pasientene krevde tålmodighet, tid og en målrettet strategi. I de tilfellene pårørende har en beroligende effekt og synes det er greit å være tilstede hos pasienten kan de brukes som en positiv ressurs i forebygging av delirium. Dette understreker Ranhoff (2008, s. 402) som oppfordrer pårørende til å være tilstede fordi det kan gi pasienten realitetsorientering og dempe angst. Bøyum (2013) påpeker i midlertidig at pårørende kan trenge mye informasjon og støtte før de kan fungere som en ressurs for pasienten, fordi de ofte er i en utsatt situasjon.

Ranhoff (2008) beskriver viktigheten av at sykepleieren må skape trygghet og en mest mulig behagelig tilværelse for de eldre pasientene med delirium. som et forebyggende tiltak står det at sykepleier skal sørge for tilstrekkelig ro hvile og skjerming. Stubberud (2010) oppfordrer sykepleieren til å prioritere handlingstiltakene og kun gjøre det som er nødvendig. Hvis tilstanden tillater det anbefaler han også å fjerne mest mulig av det utstyret pasienten er koblet til, for eksempel urinkateter, infusjonsutstyr og overvåkingsutstyr. Dette blir underbygget av Bøyum (2013) som skriver at sykepleiepersonalet i studien framhevet at urinkatetre og venekanyler, sammen med eventuelle oksygenlanger og bandasjer utgjorde betydelige stressfaktorer for pasientene. Samtidig var det ofte helt nødvendig at de hadde dette utstyret, og i slike tilfeller prøvde de å modifisere stresset noe. Ved for eksempel å legge venekanyler på beina istedenfor armene. I praksis har jeg ofte sett at sykepleierne har gjort dette, og da har heller ikke pasienten klart å dra ut venekanylen. Ved bruk av kateter anbefaler (Ranhoff,

2008) å legge inn intermitterende kateter hos de med urinretensjon istedenfor permanent kateter.

Engedal (2008, s.213) anbefaler at omgivelsene bør være rolige og lyse, og skriver videre ” *Utsett ikke pasienten for bakgrunnsstøy. Husk at han kan reagere på denne støyen slik at angst og motorisk uro kan tilta*”. Jeg har selv erfart at sykepleiere har skrevet opp tiltaket ”sørge for tilstrekkelig ro og hvile” i pleieplanen til de eldre pasientene. Spesielt hos de som har vært utsatt for mye stress, og jeg har da fått oppfatningen av at pleiepersonalet har tatt hensyn til dette. Wyller (2015) skriver at pasienten bør skjermes og få ro på nattestid, mens på dagtid bør det stimuleres til mental og fysisk aktivitet. Han skriver videre at overstimulering på dagtid må unngås og at pasienten må så langt det lar seg gjøre, skjermes mot støy og mot distraherende stimuli. Videre understreker han at sang og musikk enkelte ganger har god effekt. Forskning tyder også på dette, og i studien til McCafrey & Locsin (2004) ble musikk-lytting introdusert som en intervensjon til en eksperimentell gruppe. Sykepleiere dokumenterte episoder av akutt forvirring og delirium hos eldre postoperativt, hvor funnene viste en betydelig synkning i antall av postoperativ forvirring i den eksperimentelle gruppen sammenliknet med den ikke-lyttende kontrollgruppen.

Smertebehandling som forebygging

Smerte er et symptom som forekommer hyppig hos eldre. Undersøkelser viser at mange eldre, særlig de med kognitiv svikt og personer som ikke kan formidle sin smerte ikke får tilfredsstillende smertebehandling. Det er vitenskapelige holdepunkter for å hevde at eldre mennesker har forhøyet smerteterskel, noe som medfører redusert evne til å oppfatte smertestimuli og større risiko ved skade og sykdom. Det viser seg også at selv om eldre formidler til sykepleieren om at de har smerte, så blir det ikke alltid igangsatt adekvate tiltak for å lindre smertene (Bjørø & Torvik, 2009).

I en studie var hensikten å undersøke sammenhengen mellom smerte, smertebehandling og delirium. Multivariat logistisk analyse ble anvendt som analysemetode, og av 204 pasienter utviklet 70 (34,3%) delirium etter operasjon. Ingen av pasientene hadde delirium da de ble oppsøkt av forskeren første gang. Pasienter som fikk utilstrekkelig smertebehandling hadde økt risiko for delirium sammenliknet med pasienter som fikk høyere doser analgetika (Bjørø, 2010). Sykepleierne i studien til Bøyum (2013) hadde også erfaring med at god

smertelindring kunne virke begrensende på delirium, spesielt dersom dette kunne gjøres med minimal bruk av opioider.

Morrison et al (2003) gjennomførte en studie for å finne ut sammenhengen av utviklingen av delirium ved hoftebrudd og bruk av opioide analgetika og smerte. De utførte en kohort studie på fire sykehus i New York som inkluderte 541 pasienter med hoftebrudd. 87 av disse pasientene utviklet delirium. Pasienter som fikk mindre enn 10 mg intravenøs morfin per dag hadde større risiko for å utvikle delirium enn pasienter som fikk mer smertestillende per dag. Pasienter som fikk morfinliknende preparater (eksempel petidin) hadde høyere risiko for å utvikle delirium i sammenlikning med pasienter som fikk andre opioide analgetika. De pasientene som ikke var kognitivt svekket i utgangspunktet hadde økt risiko for å utvikle delirium ved høy smerte. Ved ubehandlet smerte hadde disse pasientene 9 ganger høyere sannsynlighet for å utvikle delirium enn pasienter som fikk adekvat smertebehandlet.

Sykepleierne i studien til Bøyum (2013) hadde positiv erfaring med ikke-medikamentell smertelindring som leieforandring, god informasjon og omsorg. Bjørø & Torvik (2009) anbefaler at ikke-medikamentelle metoder benyttes når det er mulig, eller i kombinasjon med medikamentell metode. Et annet eksempel på et ikke-medikamentelt tiltak er musikk-lytting, hvor musikk avleder oppmerksomheten fra smerten og fremmer avslapning. Dette blir underbygget av studien til McCafrey og Locsin (2004) hvor funnene viser at den eksperimentelle gruppen hadde mindre tegn på smerte enn den lyttende kontrollgruppen.

Dette kan tyde på at et viktig tiltak i forebyggingen av delirium bør være riktig smertelindring. Med riktig smertelindring tenker jeg også på at det bør være tilpasset pasientene individuelt. I praksis har jeg selv erfart at noen trenger mer smertestillende enn andre for å bli godt nok smertelindret. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee mener at hvert enkelt individ opplever lidelse og smerte på en helt unik måte. I hennes teori om smertens problem understreker hun på den ene siden at smerte er et problem for mennesket som utsettes for det, men på den andre siden er det også et problem for sykepleieren som har ansvar for å redusere pasientens smerter (Travelbee, 2001). Bjørø & Torvik (2009) hevder at det ikke er noen selvfølge at eldre pasienter vil formidle uoppfordret at de har smerte. De understreker derfor at det er viktig at sykepleieren aktivt spør den eldre pasienten om smerten og hvordan den oppleves.

5 Konklusjon

Problemstillingen for denne oppgaven har vært ” *Hvordan kan sykepleier forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?* ”

I første delen av drøftingen er hovedpunktet at sykepleier først og fremst må tilegne seg oppdatert kunnskap om temaet, og må være engasjert i sykepleiefaglige beslutninger. Videre viser forskningen at kunnskapen i seg selv ikke er nok for at sykepleier skal anvende tiltak i praksis. Det må implementeres kartleggingsverktøy på avdelingene og opplæring i dette om det kreves. Det må også lages egne rutiner og prosedyrer i forhold til ulike handlingstiltak for å kunne sette en viss standard. Videre i drøftingsdelen kommer det fram at sykepleier bør ta i betraktning at pårørende kan ha en god forebyggende effekt på pasienten, med tanke på skjerming og interaksjon som tiltak. Dette forutsetter da at sykepleier og pårørende har en god dialog. Det kan videre konkluderes med at teori og forskning viser til ulike tiltak som geriatrisk konsultasjon, korrigerende av predisponerende faktorer, igangsetting av ernæringstiltak, redusering av stressfaktorer, og riktig og god smertelindring. Dette kan være gode tiltak i forebyggingen av delirium.

I løpet av tiden jeg har arbeidet med denne oppgaven har jeg til tider blitt litt forvirret med tanke på at det er et stort, vanskelig og omfattende tema, med mange ulike vinklinger. Jeg har fått større innsikt i sykepleiers forebyggende arbeid mot delirium, men det er vanskelig å komme med et eksakt fasitsvar, da det noen ganger vil være individuelle hensyn som må tas i forhold til pasientene. Det er i tillegg ulike rutiner på de forskjellige avdelingene som gjør at det krever ulik tilrettelegging av forebyggende praksis. Jeg håper at flere sykepleiere vil se viktigheten av et forebyggende deliriums arbeid, og skjonne virkningen av hva det kan gjøre.

Litteraturliste

- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., ... MaccLulich, A. (2014). Validation of the 4 AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Oxford Journals*, 43(4), 496-502. doi: 10.1093/ageing/afu021
- Bjørø, K. (2010). Smertebehandling som risikofaktor for delirium hos gamle mennesker med hoftebrudd. *Tidsskriftet Sykepleien*, 4(1), 76-78. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0032
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.333-348). (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøhmer, H., Fagermoen, M. S. & Fretland, T. (2009). Akutt forvirring hos eldre, ortopediske pasienter. *Tidsskriftet Sykepleien*, 90(2), 54-59. doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0005
- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Tidsskriftet Sykepleien*, 8(3), 210-218. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0091
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Deschodt, M., Braes, T., Flamaing, J., Detroyer, E., Broos, P., Haentjens, P., ... Milisen, K. (2012). Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 733-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03899.x
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis* (rev. 2. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., Groot, C. d., Lønne, G., Gjevjon E. R., ... Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4(136), 299-300. doi: 10.4045/tidsskr. 15. 1334
- Godfrey, M., Smith, J., Green, J., Cheater, F., Inouye, S. K. & Young, J. B. (2013). Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. *BMC health services research*, 13(341). doi: 10.1186/1472-6963-13-341
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogeth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A. H. & Wyller, T. B. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1354- 1361. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02377.x

- Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2008). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.113-122). (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- McCaffrey, R. & Locsin, R. (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of clinical nursing*, 13(2), 91-96. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01048.x
- Morrison, S., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K., McLaughlin, M. A., Orosz, G., ... Siu, A. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontology*, 58A(1), 76-81. Hentet 01.02.2016 fra <http://www.med.unc.edu/aging/ace/documents/hipopiod.pdf>
- Helsedirektoratet. (2005). *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd* (Veileder IS-1322/2005). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/268/Nasjonal-faglige-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-osteoporose-og-osteoporotiske-brudd-IS-1322.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20.02.2016 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2014). *Politisk plattform for folkehelse*. Hentet 11.02.2016 fra https://www.nsf.no/www/artikkelside/print?p_document_id=2187312
- Norsk sykepleierforbund. (2007). *ICNs etiske regler for sykepleie*. Hentet 11.02.2016 fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 399-407). (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Olofsson, B., Lundstrom, 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. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00324.x
- Parker, M. & Johansen, A. (2006). Hip fracture. *British Medical Journal*, 333(7557), 27-30. Doi: 10.1136/bmj.333.7557.27
- Ranhoff, A. H. (2008). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.395-405). Oslo: Gyldendal akademisk
- Ranhoff, A. H. (2008). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.180-195). (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Ranhoff, A. H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.137-147). (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014). Delirium (akutt forvirring) og demens. A. A. Dahl., T. F. Aarre & J. H. Lodge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s.109-117). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Sjøbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Tidsskriftet Sykepleien*, 7(4), 358-368. Doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0155
- Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved delirium. H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 399-407). (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Trønnes, H. (2006). ASA-klassifikasjonen. *Norsk anestesilogisk forening*. Hentet 20.02.2016 fra <http://nafweb.no/standarder/asa-klassifikasjon/>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri: en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Velferdsstaten. (2001). *Forebyggende helsearbeid*. Hentet 10.02.2016 fra <http://web2.gyldendal.no/sosialkunnskap/html/velferdsstaten/18.htm>
- Watne, L O., Torbergesen, A C., Conroy, S., Engedal, K., Frihagen, F., Hjorthaug, G A., ... Wyller T. B. (2014). The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC medicine* 12(63). doi: 10.1186/1741-7015-12-63