



Forebygging av delirium etter hoftebrudd

Hvilke faktorer er avgjørende for å kunne forebygge delirium?

Kandidatnummer: 1035

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave
Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK15

Antall ord: 10173

Innleveringsfrist: 22.03.2018

Sammendrag

Bakgrunn: Delirium er underdiagnostisert og forekommer hyppig. Omtrent halvparten av pasienter med hoftebrudd opplever delirium og tilstanden medfører en rekke konsekvenser og komplikasjoner. Forskning tyder på at dette kan forebygges.

Hensikt: Ettersom forekomsten er så høy undersøker denne oppgaven hvilke faktorer som påvirker forebygging av delirium. Videre er målet å samle den valgte forskningen for å vise at ved gode prosedyrer og retningslinjer kan deliriumsforekomsten bli lavere.

Metode: En litterær oppgave som baserer seg på skriftlige kilder med nyere forskning og litteratur.

Konklusjon: Hovedfunnene i studien viste at tid, valg av kartleggingsverktøy, tverrfaglig samarbeid, kunnskap og erfaring er avgjørende for å kunne forebygge delirium. For den valgte pasientgruppen er høy alder, demens, lang ventetid før operasjon, lav KMI og lavt albuminnivå de vanligste årsakene for utvikling av tilstanden. Bruk av kartleggingsverktøy og god informasjon er viktige tiltak for å identifisere tilstanden og begrense stress for pasienten.

Abstract

Background: Delirium is underdiagnosed and occurs frequently. About half of patients with hip fractures experience delirium and the condition causes a variety of consequences and complications. Research shows that this can be prevented.

Aim: As the occurrence is so high, this thesis investigates which factors affect delirium prevention. Furthermore, the aim is to gather the chosen research to show that by using good procedures and guidelines the incidence of delirium can become lower.

Method: A literature study based on written sources with recent research and literature.

Conclusion: The main findings in the study showed that time, choice of assessment tools, interdisciplinary cooperation, knowledge and experience are crucial to prevent delirium. For the selected patient group, high age, dementia, long waiting time before surgery, low BMI and low albumin level are the most common causes of development of the condition. Use of assessment tools and good information are important measures for identifying the condition and limiting stress for the patient.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
1.3 BEGREPSAVKLARING	6
1.3.1 Forebygging	6
1.3.2 Delirium.....	6
1.4 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2 METODE	8
2.1 HVA ER METODE?.....	8
2.2 VALG AV METODE	8
2.3 SØKESTRATEGI	9
2.3.1 inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	9
2.3.2 Søk etter forskningslitteratur	9
2.3.3 Søk etter øvrig litteratur	10
2.4 ANALYSE.....	10
2.5 KILDEKRITIKK.....	11
2.6 ETISKE VURDERINGER.....	12
3 TEORETISK GRUNNLAG	13
3.1 HOFTEBRUDD	13
3.2 PRESENTASJON AV DELIRIUMSDIAGNOSEN.....	14
3.3 RISIKOFAKTORER	15
3.3.1 Aldringsprosessen.....	16
3.3.2 Kirurgisk inngrep	17
3.4 PASIENTERS OPPLEVELSE AV DELIRIUM	18
3.4.1 Forebygging av stress.....	18
3.5 SYKEPLEIERES FOREBYGGENDE ROLLE	19
3.6 FAKTORER SOM ER AVGJØRENDE FOR Å FOREBYGGE DELIRIUM	20
3.6.1 Kartlegging og identifisering	20
3.6.2 Sykepleieres kunnskap og erfaring.....	21
3.6.3 Tverrfaglig geriatrisk konsultasjon	22
4 DRØFTING	24
4.1 BETYDNINGEN AV Å FOREBYGGE FREMFOR Å BEHANDLE.....	24
4.2 PÅVIRKENDE/AVGJØRENDE FAKTORER FOR Å FOREBYGGE DELIRIUM	25
4.2.1 Kartlegging og identifisering	25
4.2.2 Sykepleiers kunnskap og erfaring.....	28
4.2.3 Informasjon til pasient og pårørende	30
4.2.4 Tverrfaglig samarbeid	31
5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	33
LITTERATURLISTE	35

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Hoftebrudd (fractura colli femoris) er det nest vanligste bruddet i Norge med 9000- 10 000 tilfeller hver år (Norvald, Halse, & Ørn, 2012, s, 479), hvorav delirium forekommer i nesten halvparten av tilfellene (Juliebø & Wyller, 2009, s. 4). Videre viser forskning at delirium er underdiagnostisert, muligens så mange som 30-50 % av tilfellene blir aldri diagnostisert (Kragh - Sørensen & Lolk, 2009). Ettersom vi lever i et aldrende samfunn der eldrebølgen er på vei er dette en av mange utfordringer som helsepersonell vil møte mer av. Omtrent 30-40 % av tilfeller av delirium kan forebygges. Det som gjør forebygging av delirium viktig er ikke bare den høye forekomsten, men også konsekvensen av det. Nyere forskning viser at delirium kan bli kronisk eller resultere i permanente følgetilstander, som demens. Det kan være starten på en nedadgående spiral av funksjonsnedgang, tap av uavhengighet, institusjonalisering og til slutt død (Fong, Tulebaev, & Inouye, 2009). Det er ofte en betydelig påkjenning for pasienten og er forbundet med økt liggetid og økte kostnader (Ranhoff, 2010). Når det gjelder oppgavens sykepleiefaglige relevans krever tilstanden at man har kunnskap om deliriumsdiagnosen, kompetanse til å observere symptomer og igangsette forebyggende tiltak. Det kreves også kunnskap om aldringsprosessen da eldre pasienter har ofte et annet sykdomsmønster enn yngre (Knott, 2014).

Da jeg skulle velge tema til bacheloroppgaven fokuserte jeg på at det skulle være noe jeg interesserer meg spesielt for og noe jeg ønsker mer kunnskap om. I tillegg ønsket jeg å velge et høyaktuelt tema til sykehushverdagen jeg skal ta del i. Store deler av min praksis har vært arbeid med eldre pasienter, som gjorde det naturlig for meg å skrive om denne pasientgruppen. I praksis møtte jeg tidlig en delirisk pasient som fort fanget min interesse og gjorde sterkt inntrykk på meg. Senere har jeg fulgt flere pasienter med delirium gjennom sykehusopphold, dette vakte min interesse for å finne ut mer om hvilke ulike prosedyrer og rutiner som finnes når det gjelder forebygging av delirium og kartlegging av risikopasienter. Samt hvorfor forekomsten fremdeles er så høy. På de stedene jeg har hatt praksis har det for meg vært vanskelig å få forståelse for hvilke tiltak som blir iverksatt i møte med disse pasientene. Målet med oppgaven er å vise hvordan ulike faktorer kan påvirke arbeidet med å forebygge delirium og vise til hvordan gode retningslinjer og prosedyrer kan føre til lavere deliriumsforekomst i fremtiden.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvilke faktorer er avgjørende for å kunne forebygge delirium?

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Forebygging

I denne oppgaven snakker vi om forebyggende helsearbeid. Helsearbeidet dreier seg om tiltak basert på medisinsk kunnskap for å redusere risiko for sykdom og muligheten for å sikre god helse. Man tar utgangspunkt i risikofaktorer og søker å redusere virkninger av disse slik at sannsynligheten for og konsekvensene av etterfølgende sykdom reduseres (Larsen & Braut, 2017).

1.3.2 Delirium

Et klinisk syndrom kjennetegnet ved endret mental status med akutt debut og svingende forløp, også kalt akutt forvirring (Juliebø & Wyller, 2009).

1.4 Avgrensning av problemstilling

Aldersgruppen er begrenset til pasienter over 65 år da de betegnes som eldre og de er mer utsatt for utvikling av delirium enn yngre (Engedal, 2008). Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter som har påført seg en hoftefraktur og må inn til operasjon. Tidsrammen gjelder fra pasienten kommer inn på sykehuset, den preoperative fasen, til den spesielle overvåkingen på postoperativ avdeling ikke er nødvendig lenger og pasienten kan flyttes over til sengepost (Berntzen m.fl., 2011). Sykepleie relatert til den medisinske behandlingen beskrives noe, men drøftes ikke nærmere annet enn opioidadministrering for smertelindring. I oppgaven omtales ikke delirium tremens, som er en ekstrem og egen form for delirium som er alkoholutløst (Engedal, 2008). Siden det er mange og komplekse årsaksforhold til diagnosen velger jeg å utdype de vanligste preoperative risikofaktorene som oftest fører til postoperativt delirium. Oppgaven handler om forebygging, derfor blir behandling av delirium kort beskrevet, men ikke utdypet videre.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er strukturert inn i fem hoveddeler, fra kapittel 1, Innledning til og med kapittel 5 som er konklusjonen. I kapittel 1 redegjør jeg for valg av tema og problemstilling, begrepsavklaring og avgrensning av oppgaven. Kapittel 2 er metodedel, her beskrives valg av metode, hvordan jeg har gått fram i søkeprosessen og kildekritikk. Videre i oppgaven legges fram relevant teori om hoftebrudd, presentasjon av deliriumsdiagnosen, risikofaktorer og pasienters opplevelse av diagnosen. Avslutningsvis i teorikapittelet presenteres sykepleieres forebyggende funksjon og tidligere forskning som understøtter det jeg skriver som vil være utgangspunktet for drøftingsdelen. I drøftingsdelen drøftes resultatene av forskningen for å besvare oppgavens problemstilling, samt hvordan resultatene forholder seg til aktuell teori som er inkludert i oppgaven. Deretter vil jeg legge fram en oppsummering og konklusjon ut i fra drøftingen.

2 Metode

2.1 Hva er metode?

Metode kommer av det greske ordet *metodos* som betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Valg av metode går ut på hvordan framgangsmåte man bruker for å få relevant og pålitelig informasjon om virkeligheten vi ønsker å undersøke. Det innebærer også hvordan informasjonen kan analyseres og se på hva som er resultater og konsekvenser av den type forskning (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18). Metoden velges avhengig av hva du ønsker å undersøke. Kvalitativ- og kvantitativ metode er to ulike metoder å samle data på. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter der utgangspunktet for dataanalysen er basert på tall. Det vil si at man kan bruke den samlede dataen til å regne seg fram til for eksempel gjennomsnitt og prosent. Med denne metoden er datainnsamlingen lite fleksibel (Christoffersen m.fl., 2015, s. 18). Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Det er noe som kan beskrives og fortolkes. Her kan intervju brukes der deltakeren kan snakke fritt og med mer detaljer enn om det hadde blitt brukt et systematisk avkrysningskjema som ofte kan brukes i den kvantitative metoden. Begge metodene bidrar til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, hovedforskjellen er hvordan dataene er samlet inn (Dalland, 2017, s. 52).

2.2 Valg av metode

Dette er en litterær oppgave, som vil si at dataen er hentet fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Denne metoden egner seg fordi det er allerede gjort mye forskning på temaet som jeg kan analysere, samle og anvende til å svare på min problemstilling. Litterær oppgave kan samle og vurdere eksisterende viten fra primærkilder og deretter bruke resultatet som bakgrunn for å utarbeide kliniske retningslinjer (Fredriksen, Beedholm & Glasdam, 2015). En annen fordel er at litteraturen er tilgjengelig hele tiden. Kravet til kunnskapsbasert praksis for helsepersonell har økt behovet for oversikter over egnende artikler på de ulike områdene, og dermed også bruken av litteraturstudier (Christoffersen m.fl., 2015, s. 63). Utfordringen med en litterær oppgave er å finne relevant forskning og litteratur til det som ønskes svar på. Det kommer stadig ny forskning med nye momenter og nye forskningsresultater som gjør at det blir desto viktigere å være kritisk til hva som velges (Dalland, 2017, s. 162).

2.3 søkestrategi

















2.3.1 inklusjon- og eksklusjonskriterier

Avgrensningene som ble gjort i det systematiske søket var: artikler publisert i 2008-2018. Kun fagfellevurdert forskning (peer reviewed), som vil si at artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter på fagfeltet. Artikler skrevet på engelsk. Sammendrag måtte være tilgjengelig slik at jeg kunne få oversikt over hva artiklene undersøkte og hensikten med studien. Aldersgruppen måtte være 65+ slik at det er riktig målgruppe i forhold til problemstillingen i oppgaven. Både kvalitative og kvantitative artikler ble inkludert der jeg har en kvalitativ tilnærming siden jeg bruker allerede eksisterende litteratur. For at studiet skal ha mest mulig relevans for norske sykepleiere er det tilstrebet å bruke forskning fra vestlige land som kan sammenlignes med vårt eget.

2.3.2 Søk etter forskningslitteratur

Databasen "Cinahl" ble brukt til det systematiske søket, som er forskning rettet mot sykepleie og andre helserelaterte yrker (Fredriksen, m.fl., 2015). Høgskolens bibliotek gir tilgang til bruk av databasen. Søkingen har foregått over en lengere periode, fra 02.01.2018 til 21.02.2018. Til det systematiske søket benyttet jeg meg av følgende engelske søkeord: delir* OR confusion AND hip fracture AND prevent*, som ga 25 treff. For å velge ut forskningsartikler leste jeg først overskriftene og sammendrag på resultatet av søket for å finne ut hvilke som omhandler problemstillingen. Da ble forskning som baseres på medikamenter ekskludert ettersom det er mindre fokus på medikamenter i denne oppgaven, med unntak av opioider. Flere av artiklene vurderte jeg som mer relevant til videreutdanninger som anestesi og operasjonssykepleie, disse ble også ekskludert. Av 25 artikler valgte jeg ut ni som kunne være relevante. Fem av disse var tilgjengelig i fulltekst, de resterende ble bestilt av høgskolens bibliotek. Deretter gikk jeg gjennom de ni artiklene med bruk av en prosess Dalland (2017, s. 212) anbefaler der jeg strukturerte artiklene etter hvert som fulltekst ble lest. Dermed ble det lettere å vurdere om forskningen var relevant til å svare på problemstillingen. Tre av disse ble vurdert som relevante til å svare på problemstillingen i drøftingsdelen. I tillegg ble tre forskningsartikler funnet med håndsøk med bruk av snøballmetoden. Til slutt endte jeg med seks forskningsartikler som skal belyse problemstillingen i drøftingsdelen som blir presentert i punkt 3.6 – Faktorer som er avgjørende for å forebygge delirium. Flere artikler ble valgt til å belyse teorien, men som ikke

er en stor del av drøftingen. Det var forholdsvis lett å finne forskning på feltet, utfordringen sto i å velge forskning som kunne svare på problemstillingen.

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S4	 S1 AND S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (25)  View Details  Edit
<input type="checkbox"/> S3	 prevent*	Limiters - Abstract Available; Published Date: 20080101-20181231; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: Aged: 65+ years Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (21,909)  View Details  Edit
<input type="checkbox"/> S2	 hip fracture	Limiters - Abstract Available; Published Date: 20080101-20181231; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: Aged: 65+ years Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,287)  View Details  Edit
<input type="checkbox"/> S1	 Delir* OR confusion	Limiters - Abstract Available; Published Date: 20080101-20181231; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: Aged: 65+ years Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,345)  View Details  Edit

Tabell 1. søkeprosess

2.3.3 Søk etter øvrig litteratur

Litteraturen til oppgaven er bøker hentet fra VID bibliotek i Oslo, egne aktuelle pensumbøker og annen selvvalgt faglitteratur. Først foretok jeg en gjennomgang av litteraturen som omhandler det aktuelle tema for å skape et overblikk. For å få mer kunnskap om hvordan forebygging av delirium fungerer i praksis kontaktet jeg fagutviklingssykepleier på ortopedisk avdeling på Bærum sykehus som arbeider med et prosjekt som omhandler temaet. Hun sendte informasjon om deres rutiner, prosedyrer og retningslinjer vedrørende forebygging av delirium som baseres på ny forskning. For å skape et teoretisk grunnlag i oppgaven har anerkjente leger og professorer med god bakgrunn i feltet blitt valgt til å belyse litteraturen.

Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel er valgt til å belyse deler av problemstillingen. Jeg opplever at deres syn på helhetlig omsorg og sykepleiers rolle for å redusere stress er relevant for den valgte pasientgruppen. Teorien er stor og omfattende, derfor er bare deler av teorien tatt i bruk. Deres teori er presentert i boken *Omsorgens betydning i sygepleje- stress og mestring ved sundhet og sykdom* (2002).

2.4 Analyse

For å få organisere funnene i de ulike forskningsartiklene gjorde jeg en tekstanalyse og delte inn i kategorier med utgangspunkt i problemstillingen eller temaet. Det gjorde jeg ved å få

oversikt over innholdet for så å dele det inn etter hvilke tema de tok for seg. Jeg endte opp med tre kategorier som danner grunnlaget for drøftingsdelen i oppgaven. Kartlegging og identifisering, sykepleiers kunnskap og erfaring og til slutt tverrfaglig geriatrisk konsultasjon.

2.5 Kildekritikk

Ettersom litteraturstudier tar for seg eksisterende forskning risikerer man at den valgte litteraturen er upålitelig eller feilaktig som kan påvirke resultatet. Derfor kreves det godt forarbeid og evnen til å være kildekritisk (Dalland, 2017, s. 207). Kildekritikk innebærer at man bruker kildene på en informert og reflektert måte slik at man i størst mulig grad kan trekke holdbare konklusjoner (Christoffersen, m.fl., 2015, s. 60). Begrepene reliabilitet og validitet er vesentlig når annen forskning blir brukt til å besvare en problemstilling. Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data der man stiller seg kritisk til hvilke data som har blitt brukt, hvordan de samlet inn data og hvordan de jobbet og bearbeidet resultatene. Validitet handler om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene. Da ser man på om dataene er valide representasjoner av fenomenet (Christoffersen, m.fl., s. 23-24). I tillegg til dette har alle en kunnskaps- og erfaringsbakgrunn som blir brukt bevisst og ubevisst som kalles førforståelse som bidrar til vår tolkning av litteraturen. Det kan være vanskelig å opprettholde en objektiv oppfatning som kan påvirke tolkning og valg av forskning. Dalland (2017, s. 58) trekker dette inn som en viktig del av kildekritikken der man må tenke på å være saklig og upartisk.

Analysen som ble gjort av primærstudiene ble vurdert ut i fra om formålet med studien var tydelig, som ofte er beskrevet i et eget avsnitt i artikkelen. Om valg av metode var hensiktsmessig til den enkelte studien. Datainnsamlingen måtte gi et helhetlig bilde av det som ble undersøkt. Utvalget måtte være godt beskrevet og begrunnet. Forskeren var kritisk til egne resultater i forhold til om enkelte bakgrunnsforhold kunne påvirket tolkningen av dataen og legge fram etiske forhold som er vurdert. Det skulle være tydelig hvordan analysen ble gjennomført. Hovedfunnene måtte komme klart frem som også skulle være nyttig til å svare på problemstillingen til denne oppgaven (Christoffersen m.fl., 2015).

I søkeprosessen ble tidsrammen satt på 2008 til 2018 som gjorde at resultatet var nyeste forskning og tilstrekkelig oppdatert. Eldre forskning kan være utdatert og vise et annet resultat. I og med at de fleste artiklene er skrevet på engelsk tas det forbehold om at det kan

ha oppstått mistolkninger av forskningens innhold. Dette er forsøkt unngått ved å lese nøye og ved å bruke ordbok. I tillegg kan tenkes at jeg hadde funnet flere artikler ved å inkludere flere søkeord, som *Fractura colli femoris* i tillegg til *hip fracture*, og om jeg hadde benyttet meg av flere databaser.

Pensumlitteraturen er valgt ut av lærerstedet som anses som relevant og valid. Mye av teksten i pensumbøker er sekundærlitteratur, som betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen opprinnelig forfatter som har blitt oversatt og tolket, som igjen gjør at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg noe. Ettersom det er anbefalt av lærerstedet anses det som gyldig på lik linje som annen litteratur. Dette gjelder også oversiktsartikler. Kravene som har blitt stilt til de benyttede oversiktsartiklene er at de har en klar hensikt med det som undersøkes. Det må komme fram hvordan forskeren har kommet fram til de valgte artiklene og hvilke kriterier som har blitt stilt til dem. Samt at det har blitt brukt anerkjente metoder til å sammenlikne resultatene (Dalland, 2017). Noen av bøkene som ble benyttet var ikke siste utgave tilgjengelig, som kan gjøre at det er noe endret i siste utgave.

2.6 Ethiske vurderinger

I bacheloroppgaver følger vi høgskolens retningslinjer. Litteraturen er henvist til forfatterne og hvor det er hentet fra, bygget på APA-standarden for å vise respekt for forfatterne og overholde retningslinjer for oppgaveskriving.

3 teoretisk grunnlag

3.1 Hoftebrudd

Oslo er på verdenstoppen når det gjelder insidens av hoftebrudd (Meyer & Sjøgaard, 2016) og pasienter med hoftebrudd er den vanligste innleggelsesårsaken for akutt kirurgi (Østensvik, 2013, s.732). De fleste tilfellene skyldes redusert beinmasse kombinert med fall. Beinskjørhet, eller osteoporose, innebærer at beinmassen er redusert til et nivå under en definert grenseverdi. Da er beinets styrke svekket og beinvevet blir mer porøst (Meyer & Sjøgaard, 2016). Hoftebrudd er en samlebetegnelse for proksimale femurfrakturer, som vil si brudd i øvre del av lårbenet (Østensvik, 2013, s.731). Bruddet ses ofte ved at beinet er forkortet og ligger utadrottert. Pasientene vil være preget av smerter og benet kan ikke belastes. Mortaliteten til denne typen brudd er høy hos gamle og skrøpelige mennesker, 7-8 % dør i løpet av 30 dager (Berntzen m.fl., 2011).

Syv av ti hoftebrudd rammer kvinner. Risikoen for brudd øker også med alderen og graden av osteoporose. Samtidig øker risikoen for fall med alderen (Meyer & Sjøgaard, 2016). Andre faktorer som røyking, lav fysisk aktivitet, tidlig overgangsalder, underernæring og lav kroppsvekt har også vist å være av betydning (Østensvik, 2013, s.733).

Bruddet krever operasjon, tidligere var det vanlig å operere med nagler og skruer, i dag er det mer vanlig at pasientene opereres med hemiprotese (Østensvik, 2013, s. 733). Hofteoperasjon som følge av hoftebrudd går under kategorien store kirurgiske inngrep (Engstad, 2012). Ventetiden før operasjon kan være en stor belastning for pasienten og pårørende som stiller store krav til sykepleieren (Østensvik, 2013, s. 733). Dersom pasienten utvikler delirium kan det føre til vanskeligheter med å gjennomføre opptrening etter bruddet. Treningen burde begynne så tidlig som mulig. Da får pasienten en opplevelse av at protesen fungerer og at han kan stole på protesen etter operasjonen, i tillegg til at det virker forebyggende mot blant annet blodpropp (Østensvik, 2013). Mange blir friske etter et hoftebrudd, men det er en stor gruppe som får svekket funksjon og blir avhengig av hjelpemidler og økt omsorg (Meyer & Sjøgaard, 2016).

3.2 Presentasjon av deliriumsdiagnosen

Delirium er ikke et nytt fenomen, det er faktisk en av de første tilstandene som ble beskrevet i medisinsk litteratur for 2500 år siden, forståelsen av tilstanden er dog noe annerledes i dag (Engedal, 2008). Delirium er et akutt hjerneorganisk syndrom. Tilstanden er en multifaktorell lidelse relatert til høy alder, polyfarmasi, akutt sykdom, patofysiologiske endringer, stressende situasjoner, underliggende demenssykdom og lang ventetid til kirurgi (Gruber-Baldini, m.fl. 2013; Juliebø & Wyller, 2009, s. 4). Faktorer som disse skaper en reaksjon som fører til en overbelastning av hjernen, en akutt forbigående hjernesvikt, som utvikler seg over en kort periode på timer eller dager med ofte et svingende forløp (Marinez, Tobar, Beddings, Vallejo, & Fuentes, 2012). Tilstanden oppstår hyppig hos eldre mennesker over 65-70 år (Engedal, 2008).

Det er ingen klar måte å stille diagnosen annet enn å gjenkjenne det kliniske bildet med de typiske adferdssymptomene (Bjørø, 2010, s. 3) og ofte blir det oversett eller feildiagnostisert med demens. Hjelpemidler kan brukes for å påvise tilstanden. American Psychiatric Associations diagnosekriterier (DSM-5) er et godt brukt kartleggingsverktøy med punkter fra A til E som beskriver tilstanden og årsaksforhold (Ranhoff, 2014, s.111). Confusion Assessment Method (CAM) er et annet kartleggingsverktøy som brukes som et hjelpemiddel for å vurdere om det er sannsynlig at pasienten lider av delirium. CAM er godt validert og ikke tidkrevende som kan brukes av både leger og sykepleiere (Juliebø & Wyller, 2009).

Kjernesymptomene ved delirium er uoppmerksomhet og kognitiv svikt, endring i bevissthetsnivå, desorganisert tankegang, persepsjonsforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og endret døgnrytme (Meagher, m.fl., 2007). Det vil være vanskelig for pasienten å tolke og forstå innhold i informasjon. Hverdagslige handlinger som å spise og kle på seg kan plutselig bli vanskelig. Stimuli som pasienten ikke vanligvis ville reagert på, som dørklokke eller rennende vann, kan gi utslag som uro, angst og inadekvat atferd. Mange opplever ubehagelige drømmer som er skremmende og vanskelig å skille fra virkeligheten. Korttidshukommelsen vil være svekket, men langtidshukommelsen vil være intakt så lenge pasienten ikke har en demenssykdom. Man vil også kunne se emosjonelle endringer. Alt fra apati til agitasjon, fra depresjon til mani, fra angst og frykt til total ro. Symptomene er mer synlig på kvelden og nettene (Engedal, 2008).

Så snart det er stadfestet at det foreligger delirium må pasienten utredes for mulige utløsende årsaker. Anamnesen må være grundig, spesielt med tanke på nyoppståtte symptomer (fall, feber, smerter og mer) og endring i legemiddelbehandlingen (Ranhoff, 2014). Behandlingen består i å behandle utløsende årsak, sikre god blodtilførsel til hjernen, korrigere relevante fysiologiske avvik, seponere alle medikamenter som ikke er absolutt nødvendige i akutt situasjonen, sørge for god pleie inkludert aktiv mobilisering. Fastvakt eller pårørende bør være til stede hos pasienten ettersom tilstanden kan oppleves skremmende. Ellers må det sørges for god ernæring, etterstrebe god døgnrytme og bruk av syns- og hørselshjelpemidler (Juliebø & Wyller, 2009, s. 5).

3.3 Risikofaktorer

Årsakene til utvikling av delirium er mangfoldig og multifaktorielle og utvikles ofte gjennom et komplekst samspill mellom en rekke risikofaktorer (Fong m.fl., 2009). Vi skiller mellom predisponerende og utløsende faktorer. Engedal (2008, s. 199) trekker spesielt fram høy alder og demens som de viktigste og helt sikre predisponerende risikofaktorene for delirium. Pasienter med andre hjernesykdommer er i risikogruppen, muligens også det mannlige kjønn. Pasienter med nedsatt syn og/eller hørsel som fører til manglende informasjonsflyt vil være disponert for å utvikle delirium ved somatisk sykdom og/eller legemiddelpåvirkning. Flere legemidler kan utløse delirium. Legemidler med antikolinerg effekt er særlig kjent, samt nevroleptika, antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva og fler (Engedal, 2008).

I en brosjyre utdelt fra ortopedisk avdeling på Bærum sykehus legges det i tillegg vekt på dårlig allmenntilstand og underernæring, flere kroniske sykdommer og polyfarmasi som viktige predisponerende faktorer. Akuttsomatiske sykdommer, blødningsanemi, lav O₂ metning, lavt eller høyt blodsukker, dehydrering, brudd og andre skader, obstipasjon eller urinretensjon, smerter, fall, søvnmangel og overstimulering er eksempler på utløsende faktorer. Flere av disse faktorene ses ofte ved hoftebrudd. (Vestre Viken, s. 3).

Når man leser artikler som skriver om ulike faktorer som kan utløse delirium kan det virke som at en hvilken som helst alvorlig somatisk sykdom kan utløse delirium hos et disponert individ. Dermed vil jeg legge fram de utløsende faktorene slik Engedal (2008, s. 200-202) har gruppert det. Først, og viktigst, er sykdommer som fører til midlertidig reduksjon av surstoff

til hjernen, som ved hjerneslag, høy feber, søvnapné og plutselig lavt blodtrykk. Deretter er forgiftninger en viktig gruppe. Det innebærer infeksjonstilstander, ulike sopper og store mengder alkohol. Videre er tap av acetylkolin i hjernen en utløsende faktor, som man kan se dersom en pasient begynner på et nytt legemiddel eller får en doseøkning. Neste gruppe er akutte somatiske tilstander som utløser biologisk stress (økt produksjon av kortisol). Deretter kommer en gruppe basert på kliniske observasjoner som viser at pasienter under psykologisk stress er utsatt, som miljøendringer, forflytning og kriser. Sist er gruppen som går på overgripende skader eller sykdommer i hjernen som blødninger, hodetraumer, svulster og epilepsi

3.3.1 Aldringsprosessen

Aldringsprosessen utdypes her for å belyse hvordan det å bli eldre er en risikofaktor i seg selv for utvikling av delirium og hvorfor det er andre utfordringer når det eldre mennesket møter sykdom. Engedal (2008) sier at aldringsprosessen vanskelig kan beskrives ut fra kronologisk alder fordi den er individuell. Videre henviser han til WHO som definerer «eldre» som mennesker mellom 60-74 år og «gamle» som 75 år og eldre. En annen beskrivelse han trekker fram av aldringsprosessen er summen av alle irreversible fysiologiske prosesser som rammer alle individer av en art som fører til svekkelse og død. En del av de fysiologiske prosessene innebærer at cellene blir mindre funksjonsdyktige, organene skrumper og den maksimale yteevnen reduseres – redusert reservekapasitet. Med dette blir det vanskeligere for organismen å stå imot og overvinne belastninger som stress og sykdom. I verste fall kan det føre til svikt av flere organer samtidig som forklarer hvordan en liten forkjølelse kan føre til lungebetennelse, hjertesvikt og delirium.

Aldringen kan ikke stoppes, men den kan påvirkes. Livsstilen til individer, som moderat mosjon, har en forebyggende effekt på aldringssykdommer og for tidlig aldring. Samtidig som inaktivitet kan være en økende risiko (Gill, Allore, & Guo, 2003). Aktivitet og et sosialt liv kan ha effekt på den kognitive funksjonen hos friske eldre. Biologisk endres kroppssammensetningen med økende alder. Fett øker, muskelmassen synker og andelen kroppsvann avtar. Dette forverres ytterligere av redusert tørstefølelse og økt inntak av karbohydrater og fett (Engstad, 2012). Mange skrøpelige eldre er dårlig ernært og har nedsatt funksjonsnivå ved innleggelse som gjør de ekstra utsatt for delirium (Østensvik, 2013, s. 714). Dersom kostholdet reguleres til å motvirke denne tendensen vil det bidra til å opprettholde

muskelmasse, styrke, fysisk funksjon og dermed forebygge for tidlig aldring og funksjonssvikt (Engstad, 2012). Et kirurgisk inngrep medfører økt energiomsetning og økt nedbrytning av vev. I tillegg vil dårlig ernæringsstatus føre til dårligere sårtilheling, svekket immunforsvar og økt risiko for infeksjoner (Kaasa, 2013).

3.3.2 Kirurgisk inngrep

Ettersom behandling av hoftebrudd er operasjon, vil også dette utdypes som en risikofaktor. Sykepleiere har lenge vært klar over at mange pasienter som skal opereres er engstelige og opplever situasjonen som stressende (Kaasa, 2013, s. 40). Juliebø, m.fl. (2009) fant ut i sin studie at risikoen for preoperativt delirium hos pasienter med hoftebrudd øker med omtrent 5 % per time pasienten må vente på operasjon. De påpeker at det å ligge immobilisert, smertepåvirket, redd og med urinkateter i flere døgn trolig øker risikoen ikke bare for delirium, men også komplikasjoner som pneumoni, urinveisinfeksjon, trykksår og tromboembolisme. Helsedirektoratet (2015) godkjente i 2015 en kvalitetsindikator der målet er at hofteoperasjoner skal skje innen 24 timer og senest innen 48 timer for pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp.

Under kirurgiske inngrep jobbes det for å forebygge komplikasjoner med faste kontrollrutiner, nøye overvåking og strenge infeksjonsforebyggende tiltak (Berntzen, m.fl. 2011). Kroppens fysiologiske reaksjon på kirurgi kalles ofte kirurgisk stressrespons eller traumerespons. Det fører blant annet til økte krav til det kardiovaskulære systemet og aktivisering sympatiske nervesystemet og binyrebarken. Kroppen holder tilbake vann og elektrolytter, mens insulinproduksjonen går ned og det oppstår en betennelsesreaksjon rundt operasjonssåret. I tillegg fører stressresponsen til en rekke forandringer i mange organer i kroppen. Som forklart er det en stor påkjenning for pasienten (Kaasa, 2013). Responsen fra naturens side er en hensiktsmessig reaksjon ved skader, som at blodtrykket holdes oppe ved eventuelt blodtap og at koaguleringssevnen øker slik at blødninger stopper lettere. Ved kirurgi er deler av stressresponsen uhensiktsmessig. Det bidrar til økte krav til per- og postoperative belastninger og komplikasjoner, som nedsatt lungefunksjon, nedsatt tarmfunksjon, kvalme, smerte og mer (Berntzen, m.fl. 2011).

3.4 Pasienters opplevelse av delirium

Delirium har et svingende forløp og kan oppstå i en hyperaktiv- og hypoaktiv form basert på det psykomotoriske mønsteret (Juliebø & Wyller, 2009, s. 4). Den hyperaktive (ca. 30-35%) pasienten oppleves ofte som foretaksom, vandrende, ofte plukkende og ødeleggende med talepress. De kan virke agitert, engstelig, lett distraherbar og hallusinerer ofte. Hypoaktive pasienter (20-25%) er sløve med lite spontanaktivitet, treg i samtale og treg reaksjonsevne. De resterende 40-45% av pasientene opplever en blandingsform der de kan være både motorisk aktiv og helt rolig (Vestre Viken, s. 2; Engedal, 2008). Den hypoaktive formen har mindre tydelige symptomer som lett kan bli oversett og dermed underdiagnostisert. Begge varianter oppleves skremmende (Juliebø & Wyller, 2009; Østensvik, 2013).

I en studie foretatt i Sverige ble 49 pasienter som hadde blitt diagnostisert med delirium etter kardiologiske operasjoner blitt intervjuet om deres opplevelse av tilstanden. De ble fulgt opp ett år etter operasjonen i hjemmene. Det kom frem at pasientene fortsatt hadde en sterk følelse av sårbarhet. De kan fortsatt beskrive hallusinasjonene og marerittene fra tiden de var innlagt på sykehuset. Tilstanden beskriver de som en unik, skremmende og traumatisk opplevelse (Lingehall, Smulter, Olofsson & Lindahl, 2015).

3.4.1 Forebygging av stress

Benner og Wrubels (2002) teori fokuserer i stor grad på pasienters opplevelse av stress. Når det oppstår forandring i menneskets livssituasjon oppstår behovet for sykepleie og omsorgen som utøves av sykepleierne vil være den essensielle forutsetningen for mestring (Benner & Wrubel, 2002, s. 23). De viser videre at omsorg er det primære til alt menneskelig liv og blir brukt som en betydning av at mennesker, begivenheter, prosjekter og ting betyr noe for individet, der enkelte ting er av større eller mindre betydning. Disse betydningsfulle tingene er det som skaper stress for personen. Teorien definerer stress som forstyrrelsen av meninger, forståelse og normal funksjon, med opplevelse av skade, tap eller utfordringer som følger. Det kreves sorg, fortolkning eller tilvenning av nye ferdigheter. Begrepet transaksjon brukes om pasientens relasjon til situasjonen og deres evne til å tilpasse seg den. De snakker om stress som personens fysiske, emosjonelle og/eller interkulturelle opplevelse av at den uanstrengte funksjonen har blitt forstyrret. De betrakter stress som en uunngåelig tilstand som et resultat av å leve i en verden hvor ting betyr noe for én (Benner & Wrubel, 2002, s. 83-85).

Sykepleien rettes mot personer som opplever stress ved helsesvikt, tap og sykdom.

Stressbegrepet i teorien er nært knyttet til behovet for sykepleie, fordi opplevelsen av stress er individuell og et resultat av et samspill mellom forhold i personen og omgivelsene.

Sykepleieren må tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. De hevder at en uerfaren sykepleier vil kunne utvikle komplekse ferdigheter og en intuitiv helhetsforståelse av konkrete situasjoner slik at de gradvis kan frigjøre seg fra en bevisst bruk av teoretiske prinsipper og retningslinjer.

Sykepleiekunnskapene utvikles da ved å ta utgangspunkt i eksempler på praktisk ekspertise. Ved å sette ord på en slik ekspertpraksis vil en kunne trekke ut nye kunnskaper som kan danne grunnlaget for en ny og forbedret praksis i neste omgang (Benner & Wrubel, 2002).

Sykepleier forholder seg til pasientens opplevelse av sykdom i den formelle eller uformelle gjennomgangen av anamnesen (Benner & Wrubel, 2002, s. 15). Opplevelsen av symptomer oppleves forskjellig og ved akutt eller ny sykdom vil symptomene fungere som en veiledning for å kunne diagnostisere og behandle den underliggende sykdommen. De viser til den Cartesiske modell som sier at psyken er mottaker og fortolker av inntrykk, som vil si at symptomer betraktes som psykens subjektive fortolkning av kroppens reelle sykdomsopplevelse. Sykepleierens oppgave vil da være å finne ut hva som virkelig foregår ut i fra pasientens symptomer (Benner & Wrubel, 2002, s. 222).

3.5 Sykepleieres forebyggende rolle

Ifølge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Sykepleiere har nær kontakt med pasientene og bør derfor være de første til å se symptomer og atferdsendring (Bjørø, 2010, s. 3). Bjørø påpeker at sykepleiere har en nøkkelrolle i forhold til å forebygge delirium hos sårbare eldre. I Lingealls m.fl. (2015) studie som omhandler pasienter som har vært diagnostisert med delirium kom det fram at helsepersonell trenger dypere kunnskap om postoperativt delirium for å kunne forebygge, oppdage og behandle delirium. Dette for å unngå at pasienter blir «fanget i en rar verden», og unngå traumene som fører med. Flere av deltakerne beskriver at de kunne ønske de hadde blitt forklart på forhånd at de var i risiko for å kunne bli delirisk.

Enkelt kan man si at «helhetlig god sykepleie» er en viktig faktor for å forebygge delirium. Den helhetlige sykepleien skal motvirke fysiske, psykologiske og miljømessige faktorer som kan utløse tilstanden. Tiltak som å sørge for respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og ernæring er viktig for alle pasienter som er innlagt på sykehus. Sykepleier skal også sørge for at alle pasienter er fri for smerter, sørge for hvile, mobilisering og redusere stress (Stubberud, 2016).

Dersom det settes i verks effektive tiltak tidlig kan mange kirurgiske komplikasjoner forebygges. Sykepleiernes evne til å vurdere risikomomenter, observere tidlige tegn til komplikasjoner og å sette i verk forebyggende tiltak er derfor av største betydning. Forebygging av komplikasjoner og god smertelindring muliggjør rask mobilisering og gjenvinning av evnen til egenomsorg (Berntzen, m.fl. 2011). Juliebø og Wyller (2009) skriver at akutt syke eldre bør vurderes med tanke på delirium minst en gang per dag. Hos pasienter med demenssykdom kan være vanskeligere å vurdere endringer i kognitiv funksjon og trekker inn pårørende som en viktig informasjonskilde. I samtale med fagutviklingssykepleier på ortopedisk avdeling på Bærum Sykehus, Christine Rygg, understreker også hun viktigheten av å få en oversikt over disse pasientene da det er viktig å være klar over at demte kan gå i delir på lik linje som oppegående klare og orienterte pasienter. Jo mer fysisk og kognitivt svekket pasienten er på forhånd, jo mindre skal til for å utløse et delir.

3.6 Faktorer som er avgjørende for å forebygge delirium

Forebygging av delirium starter allerede når pasienten kommer inn på sykehus i den første samtalen preoperativt. Den preoperative fasen er tiden fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et kirurgisk inngrep til pasienten er operert. I denne fasen vurderes pasientens tilstand, det kartlegges og det fokuseres på å begrense risikofaktorer (Berntzen, m.fl., 2011).

3.6.1 Kartlegging og identifisering

Med utgangspunkt i tidligere forskning som viser at delirium kan forebygges og risikopasienter kan identifiseres gjennomførte Oh m.fl. (2014) en systematisk oversikt over ti ulike studier. Målet var å finne vanlige preoperative risikofaktorer for pasienter innlagt med hoftebrudd for å identifisere risikopasienter allerede ved innkomst. Resultatet viste at kognitiv svikt var en svært stor risikofaktor. Lav KMI og lavt albuminnivå i kombinasjon med

multisykdom viste seg at økte sannsynligheten for å bli delirisk. I tillegg viste flere av studiene at smerte kombinert med en lav dose opioider er en risikofaktor. De fastslo at preoperativ kognitiv kartlegging er en av de viktigste metodene for å identifisere risikopasienter.

Det finnes mange ulike kartleggingsverktøy for delirium. En av disse er NEECHAM Confusion Scale. Verktøyet skal brukes for å kunne oppdage delirium tidlig slik at forebyggende tiltak kan iverksettes. Det er et instrument som er enkelt å bruke for sykepleiere, men Sørensen Dupplis og Johansson (2010) ønsket å teste hvor valid den er. Studien de gjennomførte besto av 149 deltakere, 65 år og eldre, som var inne for hoftefraktur. Pasientene ble observert daglig med bruk av DSM-IV kriteriene for delirium sammen med NEECHAM. Resultatet av studien viser at NEECHAM har god evne til å forutsi deliriumutvikling hos eldre med hoftefraktur. Dersom det brukes systematisk i utøvelsen av sykepleie vil det kunne bidra til tidlig oppdagelse av delirium og iverksettelse av forebyggende tiltak.

3.6.2 Sykepleieres kunnskap og erfaring

I en studie gjort av Bøyum (2013) ble ni sykepleiere og to hjelpepleiere intervjuet med hensikt å studere deres kunnskap og erfaring med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Det viste seg at de hadde mye kunnskaper om og erfaring med å forebygge og mestre delirium. Tiltakene ble iverksatt som en reaksjon på symptomer. Sykepleierne uttrykte frustrasjon og i noen tilfeller avmakt overfor krevende situasjoner de kunne komme opp i, som at pasientene kan skade seg selv ved å for eksempel selvseponere kateter og venekanyler. Videre ble mangel på tid til informasjon og til å berolige pasientene oppgitt som en hemmende faktor (Bøyum, 2013).

Sykepleierne har erfart dehydrering, lang ventetid til operasjon (immobilitet og faste), dårlig smertelindring og infeksjoner som vanlige utløsende årsaker til forvirringstilstanden. I tillegg framhevet de at det å få urinkatetre og venekanyler, eventuelle oksygenlanger og bandasjer var stressfaktorer for pasientene. Skjerming av pasienten viste seg å være et sentralt miljøtiltak som går ut på å gi pasienten enerom, fjerne inntrykk som radio og fjernsyn og prøve å ha fast personalet hos pasienten. Dette ble også gjort som et forebyggende tiltak for sårbare pasienter. Gode kommunikasjonsstrategier og bruk av pårørende viste seg i studien å

være nødvendig for forebygging av delirium som trygging og en realitetsorienterende effekt (Bøyum, 2013).

En undersøkelse med spørreskjemaer ble gjort på en intensivavdeling for å kartlegge helsepersonells meninger om og villighet til å involvere pasienters familie som hjelp til å forebygge deliriumutvikling. Helsepersonalet besto av 60 sykepleiere og 58 leger. Samtidig deltok 60 familiemedlemmer for å finne ut om de ønsket å ta del i dette arbeidet. Resultatet viste at de fleste av helsepersonellet mente det ville være positivt å bruke pårørende som en del av det forebyggende arbeidet. Halvparten rapporterte at de har snakket med familiemedlemmer om diagnosen og hvordan det kan forebygges, mens for familiemedlemmene derimot rapporterte 38 % at de hadde fått informasjon av helsearbeiderne om delirium. Familiemedlemmene rapporterte også at de ønsker å være en del av det forebyggende arbeidet. Dette krever at helsearbeiderne tar seg tid til å snakke med pårørende om diagnosen, der den vanligste metoden var en-til-en opplæring (Smithburger, Korenoski, Kane-Gill & Alexander, 2017).

Sieber, Mears, Lee og Gottschalk (2011) undersøkte forholdet mellom bruken av opioider og kognitiv svekkelse etter hoftefrakturoperasjoner. Studien ble gjort i USA og besto av 236 deltakere som gjennomgikk en hofteoperasjon. Pasientene ble kartlagt med bruk av CAM pre- og postoperativt. For å oppnå en tilfredsstillende smerteskår på under tre ble opioider brukt. Resultatet viste at bekymringer for postoperativt delirium bør ikke hindre bruk av opioider for å oppnå et tilfredsstillende smertenivå, dette gjaldt pasienter med og uten demens.

3.6.3 Tverrfaglig geriatrisk konsultasjon

De siste årene har det blitt gjennomført flere studier som vurderer tverrfaglige geriatrisk konsultasjon. Shields, Henderson og Caslake (2017) definerer omfattende geriatrisk konsultasjon som en tverrfaglig multikomponent intervensjon som tar tak i flere helsedomener for å utvikle en koordinert, person-sentrert styringsplan som kan skje på hvilket som helst tidspunkt i den perioperative perioden. De gjennomførte en metaanalyse som tok for seg fire RCT-studier fra fire forskjellige land: Norge, Sverige, Spania og USA (2001-2014). To av studiene var avdelingsbasert på geriatriske avdelinger og to var team-baserte på ortopediske avdelinger. Til sammen besto studiene av 973 deltakere. Målet var å vurdere effekten av tverrfaglig geriatrisk vurdering for å forebygge delirium hos pasienter som hadde

påført seg en hoftefraktur. Resultatet av sammenlikningen viste at det er en signifikant reduksjon av utviklingen av delirium ved hoftefrakturer med bruk av omfattende geriatrisk vurdering.

Deschodt m.fl. (2012) tok for seg 171 pasienter over 65 år med en hoftefraktur der det var en intervensjonsgruppe som skulle få tverrfaglig geriatrisk behandling og en kontrollgruppe. Det tverrfaglige teamet besto av lege, en sykepleier, en sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut, alle med mye erfaring innenfor geriatri. Målet var å evaluere effekten av kliniske geriatriske konsultasjonsteam som ble introdusert på ikke-geriatriske avdelinger, på delirium og generell kognitiv funksjon hos eldre voksne. For å vurdere insidensen og varigheten av delirium ble kartleggingsverktøyene CAM, DI (Delirium Index, måler alvorlighetsgraden av tilstanden) og MMSE tatt i bruk. Geriatrisk konsultasjon resulterte til 30 % lavere insidens av postoperativt delirium. Av de som ble deliriske, i intervensjon- og kontrollgruppen, kom det ikke fram noen stor forskjell på varighet og alvorlighetsgrad.

4 Drøfting

I denne delen av oppgaven diskuteres funnene fra forskningsartiklene i lys av teorien, som skal svare på problemstillingen:

Hvilke faktorer er avgjørende for å kunne forebygge delirium?

Som tidligere beskrevet er det en rekke faktorer som spiller inn og utallige tiltak som er sentralt for deliriumsdiagnosen og denne pasientgruppen. Derfor vil det ikke være mulighet til å dekke alle disse, som gjør at faktorer og tiltak som de utvalgte forskningsartiklene vektlegger blir fokusert på, i tillegg til sentrale aspekter i litteraturen. Jeg vil starte med å belyse viktigheten av forebygging.

4.1 Betydningen av å forebygge fremfor å behandle

Forebygging er mest effektivt for å redusere forekomst og konsekvenser av delirium (Deschodt m.fl., 2012). Pasienter som har utviklet delirium har større fare for å pådra seg komplikasjoner, de har dårligere prognose og vanskeligere for å gjennomføre opptrening etter hoftebrudd (Østensvik, 2013). Delirium er assosiert med utvikling av demenssykdom, førstegangsplassering på sykehjem og død (Juliebø & Wyller, 2009) og som beskrevet i Lingealls (2015) studie oppleves tilstanden skremmende og traumatisk. Pasienter som har hatt delirium er også disponert for å det igjen (Stubberud, 2016). Tilstanden er en fare i seg selv. Fra praksis har jeg erfart deliriske pasienter som faller og pådrar seg skader, river ut venefloner og urinkateter og nekter å spise grunnet vrangforestillinger. For pasienter med hoftebrudd er det av stor betydning for rehabiliteringen at sykepleier klarer raskt å identifisere tilstanden (Stubberud, 2016). Jeg ønsker å sette lys på viktigheten av forebygging med en pasienthistorie fra praksis. En pasient på 83 år hadde blitt operert for hoftebrudd og lå på sengepost for videre oppfølging. Vi merket atferdsendringer og han ble mer og mer urolig. Legen mente at han var delirisk. Prosessen med å undersøke hva som kunne være den utløsende årsaken ble satt i gang og vi ga han enerom for å skjerme han. Plutselig hører vi et hyl og vi kommer løpende inn på rommet hans. Denne pasienten hadde klatret ut av sengen og pådratt seg et hoftebrudd på motsatt side av der han var operert. Man kan tenke seg at dersom forebyggende tiltak hadde blitt satt i gang fra starten kan det være at denne pasienten kunne vært spart for nok en operasjon, smerter og ubehag.

I tillegg til pasientens helse, liv og velvære vil lavere forekomst kunne være tidsbesparende og kostnadseffektivt. Delirium er assosiert med økt liggetid, sykehjemsopphold og mange får fastvakt for å sørge for at de ikke skader seg selv, som fører til økte kostnader og ressurser (Ranhoff, 2010; Juliebø & Wyller, 2009). Sykepleiere spiller en viktig rolle i identifisering, observering, dokumentering og rapportering. Det er av stor viktighet å identifisere tidlige tegn til utvikling av delirium for å unngå medisinske og psykiske komplikasjon hvis det ikke blir oppdaget og behandlet. Men samtidig foreligger det en utfordring i dette arbeidet, nemlig å oppdage de tidlige tegnene med observasjoner og valide kartleggingsinstrumenter for å kunne gi god kvalitet på pleien (Sørensen Dupplis & Johansson, 2010). Benner og Wrubel (2002) påpeker at symptomer oppleves forskjellig og studeres forskjellig av omsorgsgiveren avhengig av situasjonen. Ved akutt eller ny sykdom fungerer symptomene som en empirisk veiledning til diagnostisering og behandling av en underliggende sykdom. På bakgrunn av dette mener jeg sykepleiere burde få et økt fokus på forebygging og gjøre det man kan for å minske forekomsten.

4.2 Påvirkende/avgjørende faktorer for å forebygge delirium

4.2.1 Kartlegging og identifisering

Det finnes ingen blodprøve som kan avdekke delirium, diagnosen stilles ved å gjenkjenne symptomer. Systematisk kartlegging av symptomer hos eldre kan bidra til å redusere forekomsten og alvorlighetsgraden av delirium (Bjørø, 2010, s. 3). Juliebø og Wyller (2009) mener at syke eldre burde bli vurdert for delirium minst en gang per dag. Delirium oppstår plutselig, derfor blir det nødvendig å gjøre en vurdering kontinuerlig (Østensvik, 2013, s. 745). Flere av studiene Oh m.fl. (2014, s. 908) undersøkte viste at en kognitiv vurdering ofte ikke blir prioritert i den akutte fasen før operasjon, som blir begrunnet med mangel på tid. Dette kan være en faktor til at delirium er underdiagnostisert (Kragh-Sørensen & Lolk, 2009), sammen med at den hypoaktive formen av delirium har mindre synlige symptomer og symptomene kan tolkes som demens som gjør det vanskeligere å oppdage (Juliebø & Wyller, 2009; Østensvik, 2013; Stubberud, 2016). På en annen side kan man stille spørsmål om forekomsten av diagnosen er avhengig av hvilket kartleggingsverktøy som blir brukt på de ulike avdelingene, i forhold til hvor valide og nøyaktige de er.

Det finnes en rekke kartleggingsverktøy som er utarbeidet til å fange opp delirium. Flere studier viser til gjennomføringen og bruken av kognitiv testing preoperativt (Oh, m.fl., 2014).

Kartleggingsverktøyet MMSE (Mini Mental Status Examination) ble brukt i flere studier for å identifisere pasientens kognitive status (Oh m.fl., 2014, s. 902). MMSE kartlegger pasientens orientering for blant annet tid, sted og hukommelse. (Bruserud & Ellingsen, 2013). Dette kartleggingsverktøyet er ikke rettet mot delirium, men ved å benytte seg av denne testen gjentakende vil man kunne se eventuelle kognitive endringer som burde være en del av den standard preoperative vurderingen som kan følges opp postoperativt.

I søkeprosessen var CAM og DSM- systemet, i tillegg til MMSE, mye brukt i forskning for å identifisere delirium. Kartleggingsverktøyet NEECHAM Confusion scale var mindre synlig i søket. Det er en kvalitetssikret screeningvurdering som er enkelt og raskt å gjennomføre med hensikt å identifisere tilstanden tidlig slik at tiltak kan iverksettes. Studien som ble gjort av dette kartleggingsverktøyet viste at det har god evne til å forutsi deliriumutvikling hos eldre med hoftefraktur. Dersom det brukes systematisk i utøvelsen av sykepleie vil det gjøre at tiltak blir iverksatt på et tidlig tidspunkt som trolig vil gjøre en forskjell på forekomsten (Sörensen Dupplis & Johansson, 2010). DSM-IV ble brukt til sammenlikning i studien. NEECHAM identifiserte flere tilfeller av delirium enn DSM-IV. I studiens diskusjon trekkes det fram at hvert verktøy har sine styrker og svakheter som må bli tatt hensyn til i praksis og mener videre at DSM-IV ser ut til å være mer generell og ikke plukker opp symptomer til delirium som viser seg i en mild form.

Årsakene til forvirringstilstanden er sammensatt med en rekke predisponerende og utløsende faktorer (Gruber-Baldini, m.fl. 2013). Forebygging starter med å finne ut hvem som er i fare for å utvikle tilstanden (Østenvik, 2013, s. 745), så hva er det viktigste sykepleieren burde få kjennskap til ved hoftebruddpasienter for at risikopasienter blir identifisert? Forskning og litteratur viser at høy alder og demens er helt sikre predisponerende faktorer (Juliebø & Wyller, 2009; Engedal, 2008; Gruber-Baldini, m.fl. 2013; Østenvik, 2013), som kan forklares ut i fra aldringsprosessen (Engedal, 2008). Disse faktorene kan ikke påvirkes av sykepleiere, men det er viktig å identifisere og være klar over at disse pasientene har økt risiko for utvikling av delirium. Da vet sykepleierne at disse pasientene er sårbare og tiltak som å skjerme pasienten kan virke positivt (Bøyum, 2013). Sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie trekker fram enerom, fjerne inntrykk som radio og fjernsyn og etterstrebe fast personalet som gode tiltak. Allikevel konkluderer Oh m.fl. (2014, s. 909) i sin studie at alder i seg selv ikke burde vurderes som en risikofaktor, men burde ses i sammenheng med kognitiv funksjon og andre medisinske forhold. Dette stemmer overens med det Gill m.fl. (2003)

beskriver ved at aldringen ikke kan stoppes, men den kan påvirkes. Faktorer som fysisk aktivitet, kosthold og sosialt liv kan påvirke både aldringen og den kognitive funksjonen.

Ventetid fra innleggelse til operasjon har sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie erfart at kan være en faktor for postoperativt delirium. De understreker at immobilitet og faste er særlige problemer knyttet til ventetiden. Det støttes av funnene til Juliebø m.fl. (2009) som viste at risikoen for preoperativt delirium øker med omtrent 5 % per time pasienten må vente på operasjon. Pasienter kan oppleve å måtte faste i opptil to døgn. Faste fører til sult, tørste, angst, døsighet og svimmelhet. Fastingen innebærer også utilstrekkelig væske som fører til dehydrering, noe Bøyums (2013) studie forklarer som enda en utløsende faktor. Sett i sammenheng med at flere er underernærte allerede ved innkomst kan det tenkes at dette øker risikoen ytterligere. Pasienter skal faste de siste seks timene før operasjon, som krever at sykepleierne har en god kommunikasjon med legene for å avklare operasjonstid slik at fastetiden ikke blir unødvendig lang. Dette er også viktig for pasientene da de kan føle at de blir sviktet dersom de må vente lenge uten å få informasjon. De kan sitte igjen med en følelse av at sykepleierne ikke har vist dem tilstrekkelig respekt og empati, som kan føre til et tillitsbrudd til helsevesenet (Kaasa, 2013, s. 41, 51).

Videre viste Oh m.fl. (2014) sin studie at lav KMI og lavt albuminnivå øker risikoen i kombinasjon med multisykdom. Det antas å representere dårlig ernæringsstatus, men kan også gjenspeile inflammatoriske tilstander assosiert med kronisk sykdom. Lavt albuminnivå kan i tillegg føre til større biotilgjengelighet av legemidler som binder seg til albumin, noe som øker risikoen for bivirkninger som delirium (Oh, m.fl., 2014 s. 908). Østensvik (2013, s. 737) viser til Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring som anbefaler at alle pasienter som møter helse- og omsorgstjenesten skal kartlegges for ernæringsmessig risiko. For utsatte pasienter skal tiltak som ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak og målrettede tiltak iverksettes. Kaasa (2013, s. 51) skriver at pasientens ernæringsstatus må kartlegges før det kirurgiske inngrepet og sykepleierne må vurdere i hvilken grad vedkommende er i stand til å ivareta de økte kravene til ernæring. Dårlig ernæringsstatus vil føre til dårligere sårtilheling, svekket immunforsvar og økt risiko for infeksjoner (Kaasa, 2013). Ut i fra egen erfaring har jeg sett at KMI ofte blir regnet ut ved innkomst og tiltak som beriking av maten ofte blir igangsatt der man ser underernæring. For pasienter som skal inn til akutt operasjon er det lite tid til å

korrigere slike typer ubalanse, men det hadde vært interessant å undersøke hvordan forskjell det vil være dersom pasienten får økt ernæring fra innleggelse fram til fasten begynner.

4.2.2 Sykepleiers kunnskap og erfaring

For å kunne bidra til forebygging er det nødvendig at sykepleiere har kunnskap, gode holdninger og ferdigheter med diagnosen. Det å kunne ivareta velgjørenhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet og likebehandlingsprinsippet kan være utfordrende og belastnende (Stubberud, 2016). Benner og Wrubel (2002) hevder at en uerfaren sykepleier vil kunne utvikle komplekse ferdigheter og en større helhetsforståelse av konkrete situasjoner slik at de teoretiske prinsippene og retningslinjene gradvis frigjøres. På denne måten utvikles sykepleieren ved å ta utgangspunkt i praktisk fagkunnskap, som danner grunnlaget for en ny og forbedret praksis. Som Stubberud (2016) skriver kan man si at helhetlig god sykepleie er en viktig faktor for å forebygge delirium. Dette innebærer å motvirke fysiske, psykologiske og miljømessige faktorer som kan utløse tilstanden. Han trekker fram blant annet god sirkulasjon, eliminasjon, redusere stress og god smertelindring som tiltak. Dette er generelle tiltak for sykepleie uansett hvilken pasientgruppe sykepleieren møter. Dermed kan det tenkes at en hver sykepleier skal kunne gjøre tiltak for å forebygge delirium, men dersom sykepleier har direkte kunnskap om forebygging av delirium og fokuserer på dette kan det bedre pleien og muligens minske forekomsten av tilstanden. En kan da hevde at en sykepleier uten nok kunnskap om diagnosen kan lettere overse symptomer, der en mer erfaren sykepleier ville satt i gang tiltak for å forebygge utviklingen. Etersom forekomsten av delirium fremdeles er så høy vil jeg videre diskutere hvilke begrensende faktorer sykepleiere opplever i det forebyggende arbeidet.

Pasientene som ble intervjuet etter gjennomgått delirium i Lingealls m.fl. (2015) studie mente at helsepersonell trenger dypere kunnskap om postoperativt delirium for å kunne forebygge utviklingen av tilstanden. Dette er pasientenes oppfatning som strider i mot det sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie viste. Der var det ikke kunnskapen som var problemet, det var heller tid som ble oppgitt som en begrensende faktor. I tillegg er det rimelig å si at de forebyggende tiltakene som blir trukket fram i litteraturen kan være vanskelig å se for pasientene. Sykepleiere kan sitte med kunnskap om forebygging og gjennomfører tiltak uten at dette er synlig for pasienten. Det kan være så enkelt som å hjelpe til å ta på et høreapparat. På en annen side kan det være vanskelig å si om funnene fra Bøyum

(2013) sin studie er representativt for de fleste sykepleiere som møter disse pasientene da utvalget besto av kun 11 deltakere som jobber på en avdeling der det er høy forekomst av tilstanden. Østenvik (2013, s. 744) hevder at flere mener at hyppigheten av delirium har sammenheng med kvaliteten på sykepleien til pasientene med bakgrunn i at delirium opptrer hyppig i forbindelse med dårlig smertelindring, nedsatt ernæring og dehydrering.

Mangel på tid er et kjent fenomen for sykepleiere, noe jeg selv har erfart fra egen praksis der jeg har observert at sykepleiere hele tiden på prioritere. Ettersom hoftebrudd krever akutt kirurgi, helst innen 48 timer (Helsedirektoratet, 2015), fører det til begrenset tid til å forberede og observere pasienten. Dette kan medføre mindre tid til å korrigere forstyrrelser som kan komplisere det per- og postoperative forløpet. Da må faren ved å utsette operasjonen veies opp mot omfanget av de preoperative forberedelsene (Berntzen, m.fl., 2011). Som Østenvik (2013) forklarer er mange skrøpelige eldre dårlig ernært, har lettere for å bli dehydrert og har nedsatt funksjonsnivå ved innleggelse som setter disse pasientene i risikogruppen for utvikling av delirium og trenger en mer omfattende vurdering.

Pasienter med hoftebrudd er preget av smerte og de har behov for regelmessig tilførsel av analgetika for adekvat smertelindring (Østenvik, 2013). Det er lite kunnskap knyttet til opioidanalgetisk bruk og postoperativt delirium hos eldre etter hoftefrakturereparasjon. Dette bygger på uenigheter om opioidadministrasjon kan være en risikofaktor for postoperativt delirium. Alternativt kan perioperativ smerte være en risiko for postoperativt delirium, som hoftefrakturer ofte er assosiert med (Sieber, m.fl., 2011). Informantene i Bøyum (2013) sin studie oppga at de var restriktive til bruk av smertestillende opioider som oksykodon. Selv med kunnskap om at smerte i seg selv er en betydelig stressfaktor førte erfaringene av bivirkninger som kunne forverre pasientens situasjon til den restriktive holdningen.

Akutte smerter kan gi negative fysiologiske reaksjoner, disponerer for komplikasjoner og forlengelse av sykdomsforløp. Økt stressrespons og økt belastning på sirkulasjonssystemet gir hjertet mer arbeid og smerter kan forsinke mobiliseringen etter operasjonen (Berntzen, Danielsen, Almås, 2011, s. 368). Studien til Sieber m.fl. (2011) tyder på at bekymringer for postoperativt delirium ikke bør hindre bruk av opioider for å oppnå et tilfredsstillende smertenivå (Sieber, m.fl., 2011). Postoperativt delirium kommer ofte ikke til syne før etter 24 timer og oppdages ofte ikke før andre postoperative dag (Sieber, m.fl., 2011), som kan gjøre at denne studien alene ikke kan utelukke sammenhengen mellom bruk av opioider og delirium

ettersom en vurdering av pasienten ble kun gjort preoperativt og andre postoperative dag. Det blir vanskelig å si noe om bruk av opioider og utvikling av delirium på en senere stadiet ut i fra studien.

4.2.3 Informasjon til pasient og pårørende

For raskere rehabilitering og kortere sykehusopphold er det viktig å redusere mengden stress pasienten utsettes for. Sykepleiere som møter pasienter preoperativt har ansvar for å gi støtte, tilpasset informasjon etter pasientens ønsker og behov og forberede pasienten på det han skal gjennom. Samtidig skal pasientens tilstand optimaliseres. Opplevelsen av å gjennomgå kirurgi vil oppleves forskjellig, noen tilpasser seg situasjoner lett mens andre kan oppleve det som en stor belastning (Berntzen, m.fl., 2011), det Benner og Wrubel (2002) beskriver med begrepet transaksjon.

Psykologiske og miljømessige belastninger som kan oppleves på sykehusopphold kan føre til øking av blant annet stresshormonet kortisol, som kan være en utløsende årsak til utvikling av tilstanden (Stubberud, 2016). Fra Benner og Wrubels (2002) teori rettes sykepleien mot personer som opplever stress ved helsesvikt, tap og sykdom. Sykepleieren må tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. Preoperativ informasjon og det å bli kjent med personalet og omgivelsene i sykehuset kan begrense stresset og gi kontroll, som kan bidra til trygghet og mestring av situasjonen. Dette er enkle tiltak som kan bidra til bedre postoperative forløp med færre komplikasjoner (Berntzen, m.fl., 2011). Pasientens personlige opplevelse av situasjonen vil ligge til grunn for hvordan og i hvilken grad han vil takle de psykiske og somatiske belastningene underveis (Stubberud, 2016). Ut i fra dette mener jeg det vil være viktig for pasientens opplevelse at sykepleieren viser at hun tar seg tid til vedkommende og respekterer han og hans behov, sørger for tilstrekkelig og grundig informasjon og lar pårørende være med på prosessen om det er ønskelig for pasienten. En av deltakerne i Lingealls (2015) studie som har opplevd delirium forteller hvor overrasket han var over hvor trygg han følte seg på at operasjonen skulle gå bra etter samtale med kirurgen da han vanligvis var en engstelig person. På en annen side kan informasjonen være uheldig da det kan føre til angst eller forsterke angst, noe informasjonsgiveren burde være klar over slik at informasjonen kan tilpasses den enkelte (Berntzen, m.fl., 2011).

For mange pasienter kan det være betryggende og til god hjelp at pårørende er tilstede når informasjonen blir gitt. Det kan være vanskelig å få med seg alt som blir sagt, da kan det være godt å være flere som kan hjelpe til å forstå og huske informasjonen (Berntzen, m.fl., 2011, s. 284). Pårørende kan også være en sentral informasjonskilde som en del av den preoperative kartleggingen i forhold til pasientens funksjon og helse (Østensvik, 2013, s. 745). Spesielt hvis pasienten har en demensdiagnose, noe fagutviklingssykepleier på ortopedisk avdeling på Bærum sykehus, Christine Rygg, understreker som et viktig tiltak. De bruker et spørreskjema til pårørende. Spørreskjemaet skal kartlegge pasientens hukommelse eller intellekt ved å sammenlikne situasjonen nå (de siste 14 dagene) og for ti år siden.

Forskning tyder på at helsepersonell mener det vil være positivt å inkludere pårørende i det forebyggende arbeidet og pårørende viser seg villig og ønsker å bistå. Dette kan være tidsbesparende for sykepleiere på en hektisk vakt (Smithburger, m.fl., 2017). For pasienter som er i en stressende situasjon med smerter, immobilitet og sykehusinnleggelse, vil det være tryggende å ha kjente fjes rundt seg som også kan ha en realitetsorienterende effekt (Bøyum, 2013). Veiledning av pårørende forutsetter at sykepleiere tar seg tid til å forklare om diagnosen og hvilke tiltak de kan gjennomføre uten at de er helsepersonell. Sykepleierne i Smithburgers m.fl. (2017) studie oppga en-til-en opplæring som den mest brukte metoden. Dersom det blir satt av tid til denne samtalen kan det spare sykepleiere for arbeid ettersom det ikke er mye tid til overs i en sykepleierhverdag til å sette seg ned ved pasientsengen. På en annen side vil det i en akuttsituasjon som hoftebrudd være liten tid til dette arbeidet preoperativt da pasienten skal fortrest mulig inn til operasjon og forberedelsene må bli prioritert. Derfor kan det tenkes at pårørende vil være en bedre ressurs postoperativt. Samtidig er det viktig å tenke over at ikke alle pårørende egner seg til denne jobben og det kan bli mer en belastning for pasienten enn det er til hjelp.

4.2.4 Tverrfaglig samarbeid

Moderne kirurgisk behandling forutsetter et tverrfaglig samarbeid, der sykepleieren har en sentral rolle i hele den perioperative perioden, som vil si pre-per- og postoperativt (Kaasa, 2013, s. 39). I avsnitt 3.6.3, vises det til to forskningsartikler som tar for seg tverrfaglig geriatrikks konsultasjon som fungerende forebyggende tiltak for pasienter med hoftefraktur som er i risiko for utvikling av delirium (Deschodt m.fl., 2012; Shields, m.fl., 2017). Geriatriks konsultasjonsteam har blitt introdusert på ikke-geriatriks avdelinger for å

forbedre pleien til skrøpelige eldre (Deschodt, m.fl., 2012, s. 733). I disse tverrfaglige teamene har sykepleier en sentral rolle. Deschodt m.fl. (2012) trekker fram at sykepleieren på teamet er blant annet ansvarlig for gjennomføringen av en omfattende geriatrik vurdering der målet er å kartlegge eventuelle problemer med funksjon, kognisjon, sosiale forhold og medisinske forhold. Alle på teamet har hver sine oppgaver og alle problemer som kan ha blitt oppdaget blir diskutert i gruppen og blir fulgt opp videre. Dette fører til et flerdimensjonalt bilde av tilstanden til pasienten. Et oppfølgingsbesøk ble videre arrangert for å sjekke om det oppsto nye problemer og om anbefalingene teamet kom fram til var blitt implementert. Pasienter kan oppleve å være på mange forskjellige avdelinger gjennom et sykehusopphold. Derfor vil det være av stor betydning at informasjonen om pasienten blir videreformidlet mellom avdelingene slik at pasienten blir fulgt opp.

Resultatet av Deschodts m.fl. (2012) studie viser at forekomsten av postoperativt delirium ble 30 % lavere med oppfølging av et geriatrik team. Dette er klinisk relevant fordi vi kjenner til de negative konsekvensene knyttet til delirium, som er en belastning for pasienten, pårørende og sykepleiere og det vil være samfunnsøkonomisk i forhold til kortere liggetid på sykehus eller institusjon, den ekstra pleien og oppfølgingen som ofte oppstår etter delirium (Fong, m.fl., 2009; Ranhoff, 2010). Med oppfølging av et tverrfaglig team vil pasientene bli kjent med personalet som er en trygghet og personalet vil være kjent med pasienten som gjør det lettere å observere eventuelle endringer. Med hjelp av disse teamene kan det tenkes at kartleggingsverktøy blir tatt i bruk i større grad og det blir lettere for andre sykepleiere på avdelingen å prioritere andre undersøkelser og forberedelser som minsker tidspresset. De sørger også for at andre utenfor teamet følger opp pasienten. Jeg har ikke klart å finne ut hvor godt disse teamene er implementert på norske sykehus, noe som hadde vært interessant i denne diskusjonen.

5 Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne litterærstudien sett på hvilke faktorer som er av betydning i det forebyggende arbeidet av delirium med bruk av litteratur og forskning. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg blitt mer bevisst konsekvensene av tilstanden, som var større enn jeg først antok.

Sykepleiere har en nøkkelrolle i å minske forekomsten, som krever blant annet kunnskap, tverrfaglighet og kartleggingsverktøy. Ut i fra forskningen som er benyttet i oppgaven viser sykepleiere som jobber med pasientgruppen at de har kunnskap om diagnosen og forebygging, men tidspress er et gjentakende problem. Dette fører blant annet til at kartlegging av kognitiv funksjon ikke blir prioritert. Kartleggingsverktøy er et viktig hjelpemiddel som burde implementeres systematisk i utøvelsen av sykepleie slik at tiltak kan iverksettes tidlig. Samtidig kan valg av kartleggingsverktøy også være en faktor som påvirker resultatet av å identifisere tilstanden, da de ulike kartleggingsverktøyene har sine styrker og svakheter. Videre kan sykepleieres tidligere erfaring være en faktor som kommer i veien for og påvirker utøvelsen av sykepleie, som at de blir restriktive til bruk av opioider av frykt for bivirkninger, tross kunnskap om at smerter er utløsende årsak til delirium.

Selv om sykepleiere kjenner på tidspress må ikke pasientens psykiske reaksjon på situasjonen glemmes. Det kan utgjøre en forskjell på pasientens opplevelse dersom sykepleier bidrar til å gi pasienten en følelse av kontroll og mestring, som kan begrense stresset pasienten er utsatt for. God informasjon til pasient og eventuelt pårørende vil være vesentlig. Bruk av pårørende kan også hjelpe til å lette på tidspresset ved å bruke de som en ressurs i det forebyggende arbeidet, som pårørende ofte ser seg villig til.

Litteratur og forskning kom fram til at høy alder, demens, underernæring, lang ventetid før operasjon, lav KMI og lavt albuminnivå er de vanligste faktorene for utvikling av delirium for den valgte pasientgruppen. For denne pasientgruppen blir mangel på tid enda mer synlig da de skal inn til operasjon innen 48 timer, som fører til begrenset tid til å rette på ubalanse ved blant annet underernæring. Dersom egne tverrfaglige geriatriske team blir implementert for utsatte pasienter viser forskning at forekomsten kan bli betraktelig lavere, som også kan føre til mindre tidspress for sykepleiere på avdelingen, samtidig som pasienten får en tettere oppfølging.

Det har vært en interessant og utfordrende prosess å skrive denne oppgaven, der jeg har lært mye underveis. Jeg tror oppgaven kan være nyttig som supplerende lesestoff for andre sykepleiere. Dette på grunn av at de vil de trolig vil møte mange sårbare eldre pasienter på arbeidsplassen. Forhåpentligvis kan denne oppgaven bidra til en bevissthet rundt viktigheten av å forebygge delirium.

Litteraturliste

*Benner, P., & Wrubel, P. (2002). *Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sundhet og sykdom*. Danmark: Munksgaard.

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2011). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk sykepleie 1*, 4. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H., (2011). Sykepleie ved smerter. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk sykepleie 1*, 4. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

*Bjørø, K. (2010). Delirium- en viktig tilstand hos sårbare eldre mennesker. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 2(3), s. 3.

*Bruserud, F., & Ellingsen, M. (2013) Sykepleie til pasienter med nyresykdom. Knutstad, U. (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie. 2. utg.* Oslo: Cappelen Damm

*Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien forskning*, 2013(8), 2010-2018. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0091

*Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Deschodt, M., Braes, T., Flamaing, J., Detroyer, E., Broos, P., Haentjens, P., Boonen, S., & Milisen, K. (2012). Preventing Delirium in Older Adults with Recent Hip Fracture Through Multidisciplinary Geriatric Consultation. *Journal of The American Geriatrics Society*, 60(4), 733-739. Doi:10.1111/j. 1532-5415.2012.03899.x

*Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. 2. Utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Engstad, T. (2012). Geriatri. Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling* (532-538). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Fong, T. G., Tulebaev, S. R., & Inouye, S. K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews. Neurology*, 5(4), 210–220.
<http://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.24>

*Fredriksen, K., Beedholm, K. & Glasdam, S. (2015). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 2. Utg. Danmark: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

*Gill, T., Allore, H., & Guo, Z. (2003) Restricted activity and functional decline among community-living older persons. *Archives Of Internal Medicine*, 163(11), 1317-1322

*Gruber-Baldini, A. L., Marcantonio, E., Orwig, D., Magaziner, J., Terrin, M., Barr, E., ... Carson, J. L. (2013). Delirium Outcomes in a Randomized Trial of Blood Transfusion Thresholds Among Hospitalized Older Patients with Hip Fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(8), 1286–1295. <http://doi.org/10.1111/jgs.12396>

*Helsedirektoratet (2015). *Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd*. Hentet 14.02.18 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Kvalitetsindikatorer/KI%20definisjoner%20Somatisk%20helse/N-004%20Preoperativ%20liggetid%20ved%20hoftebrudd.pdf>

Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A., & Wyller, T. (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

*Juliebø, V., & Wyller, T. B (2010). Hvor lenge skal man vente på operasjon ved hoftebrudd? *Tidsskriftet den norske legeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.10.0933

*Juliebø, V., & Wyller T. B. (2009). Delirium- en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 2(3), s. 4-6.

Kaasa, L. (2015). Sykepleie til pasienter som skal opereres. Grov, E.,K. & Holter, I. M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, bok 1. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kaasa, L (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. Knutstad, U (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm

*Knott, L (2014). Elderly patients in hospital. Hentet 04.01.18 fra: Patients.co.uk. <http://www.patient.co.uk/doctor/Elderly-Patients-in-Hospital.htm>. // <https://patient.info/doctor/elderly-patients-in-hospital>

*Kragh - Sørensen, P . & Lolk, A. (2009). Organiske psykiske lidelser. I O. Mors, P. Kragh - Sørensen & J. Parnas, *Klinisk psykiatri* (3. utg., s. 119 - 214). København: Munksgaard Danmark. *

*Larsen, Ø. & Braut, G. S. (2017). Forebyggende medisin. I store medisinske leksikon. Hentet 30. Januar 2018 fra https://sml.snl.no/forebyggende_medisin

*Lingehall, H. C., Smulter, N., Olofsson, B., & Lindahl, E. (2015). Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up. *BMC Nursing*, 14 (1), 1-10.

*Marinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G., & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age & Ageing*, 41 (5), 629-634. Doi:10.1093/ageing/afs060

*Meagher, D. J., Moran, M., Raju, B., Gibbons, D., Donnelly, S., Saunders, J. & Trzepacz, P. T (2007). Phenomenology of delirium – assessment of 100 adult cases using standardized measures. *The British Journal Of Psychiatry*, 190(2), 135-141, Doi:10.1192/bjp.bp.106.023911

*Meyer, H., E. & Sjøgaard, A-J. (2016). Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd). Hentet 23.02.18 fra <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>

*Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier*. Hentet 16.02.2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Norvald, L., Halse, A-K. & Ørn, S. (2012) Sykdommer i bevegelsesapparatet. Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red), Sykdom og behandling. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Oh, E. S., Li, M., Fafowora, T. M., Inouye, S. K., Chen, C. H., Rosman, L. M., Lyketsos, C. G., Sieber, F. E., & Puhan, M. A. (2014). Preoperative risk factors for postoperative delirium following hip fracture repair: a systematic review. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 900-910. Doi:10.1002/gps.4233

*Ranhoff, A. H. (2010). Delirium (akutt forvirring). Kirkevold, I. M., Brodtkorb K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 395-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Ranhoff, A. H. (2014). Delirium (akutt forvirring) og demens. Dahl, A. A., Aarre, T. F., Loge, J. H. (red.). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 109-126). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Shields, L., Henderson, V., & Caslake, R. (2017). Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium After Hip Fracture: A systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 65(7), 1559-1565. Doi:10.1111/jgs.14846

*Sieber, F. E., Mears, S., Lee, H., & Gottschalk, A. (2011). Postoperative Opioid Consumption and Its relationship to cognitive Function in Older Adults with Hip Fracture. *Journal of The American Geriatrics Society*, 59(12), 2256-2262. Doi:10.1111/j. 1532-5415.2011.03729.x

*Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L., & Alexander, S. A. (2017). Perceptions Of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48-58.

Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Sörensen Dupplis, G., & Johansson, I. (2010). Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(2), 133-142. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x

*Vestre Viken. Delir/akutt forvirring hos eldre- en hyppig og alvorlig tilstand som trenger rask utredning og behandling [Brosjyre]. Drammen: Vestre Viken HF.

Østensvik, E. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. Knutstad, U (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm