

# Forebygging av delirium ved hoftebrudd

*Kartlegging, sykepleietiltak og utfordringer*

Kandidatnummer: 513  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie – emne 14B

Antall ord: 8983  
Dato: 12.04.2021



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
<p><u>Tittel:</u> Forebygging av delirium ved hoftebrudd - <i>Kartlegging, sykepleietiltak og utfordringer.</i></p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilke sykepleietiltak kan forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter over 65 år med hoftebrudd som er innlagt på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Jeg har i oppgaven systematisert teori om delirium, hoftebrudd, kjennetegn på den gamle pasienten og sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg har sett på sykepleiernes forebyggede funksjon og brukt sykepleieprosessen som teoretisk perspektiv for å besvare problemstillingen. Jeg har sett på kartleggingsverktøyet Confusion Assessment Method (CAM), og erfaringer rundt bruken av CAM. Jeg har funnet forskning som er med å belyse min problemstilling og hvilke utfordringer sykepleiere kan møte i praksis.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Hensikten med oppgaven er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området problemstillingen omhandler og beskrive hvordan jeg har kommet fram til denne kunnskapen. Jeg har brukt pensumlitteratur for sykepleieutdanningen, og Cinhal som database for å finne fram til relevant forskningslitteratur. Søkeordene som jeg har brukt under søk i Cinhal er; <i>delirium, delirium prevention, hip fractures, aged, aged, 80 and over, hospitalization, nursing interventions, risk factors.</i></p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingen ser jeg på resultater og funn fra forskning opp mot teori og empirisk kunnskapsgrunnlag. Grundig kartlegging må til for å kunne iverksette individualiserte tiltak ut fra pasientens risikofaktorer. Samtidig er det stor variasjon i de ressurser som er tilgjengelige på ulike avdelinger. Dette kan føre til utfordringer i arbeidet med å forebygge delirium.</p> <p><u>Konklusjon:</u> For at sykepleier skal kunne forebygge delirium kreves det grundig kartlegging av pasienter slik at individualiserte forebyggende tiltak kan iverksettes. Samtidig er mangel på tid, bemanning er kompetanse er en utfordring. Forebygging av delirium trenger mer fokus for å gi økt pasientsikkerhet og en reduksjon i insidens av delirium. For at dette skal lykkes må sykepleierne ha støtte fra ledelsen.</p>	

(Totalt antall ord: 296)

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans</b> .....	<b>1</b>
<b>1.3 Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
1.3.1 Avgrensing.....	2
1.3.2 Begrepsavklaring .....	2
<b>1.4 Disposisjon</b> .....	<b>3</b>
<b>2 TEORI</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Hva er delirium</b> .....	<b>4</b>
2.1.1 Forekomst av delirium ved hoftebrudd.....	4
2.1.2 Predisponerende og utløsende faktorer.....	4
2.1.3 Symptomer ved delirium .....	5
2.1.4 Kartlegging av delirium.....	6
2.1.5 Forebygging av delirium .....	7
<b>2.2 Hoftebrudd</b> .....	<b>8</b>
2.2.1 Osteoporotiske brudd.....	8
2.2.2 Forekomst .....	8
2.2.3 Symptomer på hoftebrudd .....	8
2.2.4 Behandling av hoftebrudd.....	9
2.2.5 Postoperativ sykepleie ved hoftebrudd.....	9
2.2.6 Delirium ved hoftebrudd.....	10
<b>2.3 Den akutt syke gamle</b> .....	<b>10</b>
2.3.1 Sykepleie til den akutt syke gamle .....	10
<b>2.4 Sykepleieprosessen</b> .....	<b>11</b>
2.4.1 Sykepleierens forbyggende funksjon.....	11
<b>3 METODE</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1 Litterær oppgave som metode</b> .....	<b>13</b>
<b>3.2 Litteratursøk og funn i databaser</b> .....	<b>14</b>
3.2.1 Valg av databaser og søkeord .....	14
3.2.2 Søkehistorikk .....	15
3.2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	16
<b>3.3 Utvalg av faglitteratur</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4 Kildekritikk</b> .....	<b>17</b>
<b>4 Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Artikkelmatrise</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1 Kartlegging</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2 Sykepleietiltak ved forebygging av delirium</b> .....	<b>22</b>
<b>5.3 Sykepleierens utfordringer ved forebygging av delirium hos eldre</b> .....	<b>27</b>
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>29</b>
<b>7 Referanseliste</b> .....	<b>30</b>

# **1. INNLEDNING**

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Årlig forekommer omkring 9000 hoftebrudd i Norge. Forekomsten er høyest hos eldre over 65 år. Dette er en pasientgruppe som er særlig utsatt for delirium (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s.527). Hos elder pasienter på sykehus er delirium forbundet med komplikasjoner, økt morbiditet og mortalitet (Bøyum, 2013, S. 210). Det er viktig at sykepleier har kjennskap til kartleggingsverktøy, risikofaktorer og utløsende faktorer knyttet til delirium, samt hva sykepleier kan gjøre for å forbygge denne tilstanden. Mangelfull kunnskap om delirium kan føre til feilvurderinger, underdiagnostisering, komplikasjoner og redusert pasientsikkerhet.

Selv har jeg observert pasienter med delirium i alle mine praksisperioder gjennom bachelorutdanningen. Jeg har sett hvor lite det skiller mellom en realitetsorientert og en delirisk pasient, tilstanden inntreffer raskt og har ofte et svingende forløp. Jeg har måtte håndtere pasienter med delirium på egen arbeidsplass, en mottaks-, - og rehabiliterende avdeling på et sykehjem. Her var situasjonen ofte den at pasienter ble overført fra sykehus etter hoftebrudd for videre rehabilitering. Problemet var at pasienter ofte kom til avdelingen i en deliriumtilstand. På dette tidspunktet hadde jeg mindre erfaring og synes det var rart at pasienter skulle være så forvirrede, sårbare og utsatte, men samtidig skrives ut fra sykehus. Dette vekket interessen hos meg, og jeg ønsket derfor å utforske tema delirium nærmere.

## **1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans**

Temaet delirium har stor sykepleiefaglig relevans. Det er sykepleiere som følger opp pasientens grunnleggende behov, observerer og kartlegger behovet for sykepleie. Sykepleiere har derfor en sentral rolle i forebygging og kartlegging av delirium, og kommunisere dette videre til lege og iverksette tiltak. Mangelfull kunnskap om delirium kan føre til feilvurderinger og redusert pasientsikkerhet. Faglig forsvarlig og kunnskapsbasert sykepleie er en viktig faktor i forebygging og behandling av delirium (Stubberud, 2016, s.434). Det er sentralt at sykepleier har kompetanse til å observere og vurdere pasienters tilstand og fortløpende kunne iverksette de riktige forbyggende tiltak, samt vurdere effekten av tiltakene. Som i all annen sykepleie er sykepleieprosessen sentral. Alt som observeres og gjøres i

forhold til pasienten må dokumenteres i pasientjournal. Dette skal sikre kontinuitet og gi pasienten best mulig pleie og oppfølging (Stubberud, 2016, s.434).

### **1.3 Problemstilling**

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke sykepleietiltak som kan være med på å forbygge delirium hos eldre hofteopererte pasienter, og sykepleieres erfaringer med forebyggende prosessen. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvilke sykepleietiltak kan forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter over 65 år med hoftebrudd som er innlagt på sykehus?

#### **1.3.1 Avgrensning**

Oppgaven omhandler pasienter over 65 år med hoftebrudd innlagt på sykehus. Denne pasientgruppen har ofte flere predisponerende og utløsende faktorer. I oppgaven ønsker jeg å fokusere på forebygging av delirium i den postoperative fasen på sengepost, selv om mange eldre blir deliriske før operasjon og forblir deliriske etter operasjonen (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s.530). Delirium i seg selv er en tilstand eller et symptom på et annet underliggende problem eller sykdom hos pasienten. Ranhoff (2020) skriver at siden det ikke finnes noen dokumentert behandling mot delirium, er den beste behandlingen å forebygge. Jeg ønsker derfor å fokusere på det forebyggende aspektet knyttet til delirium. I og med at dette er en svært flytende tilstand inkluderer jeg kartlegging av delirium i oppgaven. Kartlegging er helt sentralt i møte med disse pasientene, fordi en stor del av denne gruppen har en form for kognitiv svikt, noe som igjen kompliserer prosessen knyttet til forebygging av delirium.

#### **1.3.2 Begrepsavklaring**

*Delirium* er en forstyrrelse av hjernens funksjon og kan også kalles akutt hjernesvikt. Delirium kjennetegnes ved endringer i bevissthet og atferd, svekket hukommelse, orientering og tankeevne (Ranhoff, 2020, S.458).

*Hoftebrudd* er en felles betegnelse på brudd i øvre del av lårbeinet (femur). Hoftebrudd deles inn i mediale lårhalsbrudd, og pertrokantære og subtrokantære brudd, som sitter nedenfor selve lårhalsen. Det er særlig gamle og skrøpelige som blir utsatt for hoftebrudd grunnet osteoporose, og det er denne pasientgruppen som er fokus i denne oppgaven (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s.184).

I denne oppgaven omhandler den *postoperative fasen* behandlingen som starter ide pasienten blir overflyttet til ortopedisk sengepost etter kirurgi og varer til pasienten blir skrevet ut av avdelingen. Den postoperative oppvåkingsfasen på intensivavdelingen er ikke inkludert i denne oppgaven.

#### **1.4 Disposisjon**

I teorikapittelet skal jeg presentere fagkunnskap som belyser min problemstilling. I kapittelet om metode gjør jeg rede for hvordan jeg har kommet fram til litteratur, databaser, søkeord og forskning som er benyttet i oppgaven. Etter metode kommer en presentasjon av mine valgte forskningsartikler og artikkelmatrise. I siste del av oppgaven drøfter jeg hvordan sykepleiere kan ta i bruk kartleggingsverktøy, ulike tiltak rettet mot forebygging av delirium, og til slutt noen utfordringer sykepleier kan møte i praksis.

## **2 TEORI**

I dette kapittelet skal jeg presentere fagkunnskap om delirium. Hva de predisponerende og utløsende faktorer innebærer, hvordan man kan kartlegge og hvilke tiltak som kan forebygge tilstanden. Deretter kommer fagkunnskap om hoftebrudd og videre hva som kjennetegner den akutt syke gamle pasienten og sykepleie til denne pasientgruppen. Til slutt skal jeg presentere sykepleieprosessen som teoretisk grunnlag og sykepleiers forebyggende funksjon.

### **2.1 Hva er delirium**

Delirium er en forstyrrelse av hjernens funksjon. Det er mange årsaker til delirium og patofysiologien er kompleks og til dels ukjent. Dagens teori går ut på at det er to veier til delirium. Den første er at det er skade eller sykdom i hjernen, den andre er at årsaken ligger ekstracerebralt og forårsaker reversible forstyrrelser i hjernens stoffskifte og impulsoverføring (Ranhoff, 2014, s. 112).

Delirium kjennetegnes ved endringer i bevissthet og atferd, svekket hukommelse, orientering og tankeevne. Delirium er en vanlig tilstand, men blir ofte feildiagnostisert som demens, oversett eller bagatellisert som et resultat av manglende kunnskap og ressurser hos sykepleiere (Ranhoff, 2020, S.458). Delirium er ikke en sykdom i seg selv, men en tilstand som følge av annen sykdom eller påkjenning. Delirium har et svingene forløp, men er reversibel. Det som skiller demens fra delirium er at delirium oppstår akutt i forbindelse med sykdom, medikamenter eller skade, mens demens er en tilstand som kommer «snikende» over tid (Ranhoff, 2020, S.458). Derfor er det helt sentralt at sykepleiere har kunnskap om delirium, samt risikofaktorer og utløsende faktorer knyttet til tilstanden.

#### **2.1.1 Forekomst av delirium ved hoftebrudd**

Delirium er en svært vanlig tilstand, men blir dessverre ofte oversett eller bagatellisert. Den ses gjerne hos eldre innlagt på sykehus eller på sykehjem. På avdelinger med mange eldre, slik som en ortopedisk avdeling, er det særlig høy forekomst av delirium. Blant eldre med hoftebrudd får om lag 50% av pasientene delirium (Ranhoff, 2014, s. 112).

#### **2.1.2 Predisponerende og utløsende faktorer**

De forhold som var tilstede før delirium hendelsen kalles predisponerende faktorer eller risikofaktorer, og beskriver pasientens sårbarhet. Alle faktorer som fører til redusert reservekapasitet i hjernefunksjonen, gir økt risiko for delirium. Det viktigste er høy alder og sykdom i hjernen (Ranhoff, 2014, s. 113). Videre er polyfarmasi, skrøpelighet, komorbiditet,

underernæring, skadelig bruk av alkohol/rusmidler og sansesvikt andre risikofaktorer. Desto flere risikofaktorene som er til stede, jo lettere utløses delirium (Ranhoff, 2014, s. 113).

De utløsende faktorene er knyttet til hvor sårbar pasienten er. Ofte er det mer enn én utløsende årsak. Delirium knyttes til akutt sykdom eller skade, men alt stress og ubehag en pasient opplever kan medvirke til å utløse delirium. Smerter, urinretensjon, kirurgi, permanent kateter, venefloner, polyfarmasi, obstipasjon, miljøfaktorer og mangel på søvn er de viktigste utløsende faktorene (Ranhoff, 2020, S.464).

Ut fra det som beskrives som riskfaktorer og utløsende faktorer for delirium kan man se at pasientgruppen denne oppgaven omhandler er svært utsatt for delirium. Ofte er det flere predisponerende og utløsende faktorer i kombinasjon som fører til delirium. Dette er en sårbar pasientgruppe, de har smerter etter brudd, de legges inn på sykehus med nye omgivelser og nye mennesker å forholde seg til. Sykepleierens rolle er å observere, kartlegge risikofaktorer og iverksette individuelle tiltak for hver pasient. Dette er svært viktig for å kunne forbygge delirium i størst mulig grad. Noe jeg kommer nærmere inn på i kapittel 2.1.5.

### **2.1.3 Symptomer ved delirium**

Her skal jeg presentere de ulike symptomene som er knyttet til deliriumtilstanden. De mest sentrale symptomene er sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon. Pasienten er ofte desorientert i forhold til tid, rom, sted og situasjon. Feiltolkning av sanseintrykk og psykiatriske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger er vanlige, og kan medføre utagerende atferd hos pasienten. Søvnforstyrrelser er også svært vanlig (Ranhoff, 2020, S.459). Ut fra variasjonene i symptomer kan delirium deles inn etter hyperaktivt og hypoaktivt, og alvorlighetsgraden vil ha like stor variasjon (Ranhoff, 2020, S.459).

Hyperaktivt delirium er enklest å gjenkjenne. Pasienten kan ha psykomotorisk uro, vandre målløst, dra ut venekateter uten forståelse for situasjonen, og ha paranoide hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hyperaktive delirium pasienter skaper mye uro og det påvirker både personalet og medpasienter. Hyperaktivt delirium kan føre til at pasienten skader seg selv eller ender i en utmattet tilstand. Dette kan igjen være alvorlig, spesielt hos pasienter med alvorlige underliggende sykdom (Ranhoff, 2020, S.459). Hypoaktivt delirium er mer vanlig, men også vanskeligere å oppdage og grundig kartlegging må til. Pasienten ligger pent i senga



og lager ikke noe bryderi. Symptomene som dominerer hypoaktivt delirium er svekket oppmerksomhet, bevissthet og nedsatt psykomotorisk aktivitet (Ranhoff, 2020, S.459).

Ut fra det som er beskrevet ovenfor ser man at delirium har et svært varierende forløp fra person til person. Derfor vil god kartlegging, av både kognitiv og fysisk status, være helt avgjørende i forebyggingen av delirium, men også behandling av denne tilstanden.

#### **2.1.4 Kartlegging av delirium**

Diagnosen av delirium er rent klinisk og kan stilles på bakgrunn av sykehistorie, klinisk undersøkelse og klinisk observasjon. Det er viktig å ha klart for seg at delirium i seg selv ikke er en sykdom, men et symptom på annen underliggende sykdom eller stressfaktor (Ranhoff, 2020, s.462). Delirium er en svært vanlig tilstand i sykehus, men den blir ofte oversett, dette gjelder særlig den hypoaktive formen for delirium.

Confusion Assessment Method (CAM) er et enkelt og nyttig hjelpemiddel for diagnostisering av delirium. Det er fire ulike trinn i CAM diagnostikken. Trinn 1 og 2 må være oppfylt, og i tillegg må et av trinn 3 og 4 være tilstede. I trinn 1 må akutt debut og et fluktuerende forløp være tilstede. I trinn 2 skal pasientens oppmerksomhet/uoppmerksomhet vurderes. Trinn 3 handler om desorganisert tenkning og til slutt trinn 4 som undersøker endret bevissthetsnivå (Ranhoff, 2014, s. 456). Et annet verktøy som er enkelt å bruke for å vurdere om pasienten har delirium er 4AT. Testen 4AT (*rapid assessment test for delirium*), er relativt ny og brukes nå ofte i stedet for CAM (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s.122). Jeg velger å fokusere på CAM som verktøy videre i denne oppgaven.

I en kartleggingsprosess kan pårørende til pasienten være en god og viktig ressurs. Ved at sykepleier tar en samtale med en som kjenner pasienten, kan dette gi viktig informasjon for å utrede kognitiv svikt eller nyoppstått forvirring. I en slik samtale kan sykepleier få informasjon om søvnmønster og atferd slik at man kan sammenligne pasienten opp mot «normalen» (Ranhoff, 2014, s. 114).

Ved testing av kognitiv funksjon må sykepleier være bevist på pasientens integritet og selvfølelse, da kognitiv svikt ofte er forbundet med skam og mange pasienter synes det er ubehagelig og skummelt å bli vurdert. Det er derfor avgjørende at sykepleieren forbereder kartleggingen av kognitiv funksjon godt og forklarer pasienten hva kartleggingen skal brukes

til. Dette kan føre til at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, og opplever at kartleggingen er med på å hjelpe (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s.122).

Delirium blir ofte oversett grunnet manglene kompetanse og ressurser. Det er derfor viktig at man som sykepleier kjenner til og kan bruke kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens status, for så å kunne iverksette forbyggende tiltak, men også for diagnostisering av pasienter med en uavklart kognitiv status.

### **2.1.5 Forebygging av delirium**

Helhetlig og god sykepleie er helt sentralt ved forebygging av delirium, og er med på å motvirke de fysiske, psykiske og miljømessige faktorene som kan utløse delirium (Stubberud, 2016, s. 434). Det finnes en rekke tiltak som anbefales i arbeidet med å forebygge delirium.

Sykepleier må observere og utføre tiltak der det er behov for å optimalisere pasientens respirasjon, sirkulasjon, samt eliminasjon og god ernæringsstatus. Videre må de predisponerende fysiske faktorer observeres og vurderes, som væske og elektrolyttforstyrrelser og tegn til utvikling av infeksjon (Stubberud, 2016, s. 434).

Sykepleier må sørge for at pasienten er fri for smerter og ubehag, og at pasienten får nok ro, søvn og hvile. Sykepleier må i samarbeid med fysioterapeut mobilisere pasienten så tidlig som mulig postoperativt. Videre er fokus på reduksjon av stressfaktorer som opplevelse av angst og utrygghet, avhumanisering, fremmedgjøring, isolasjon og sårbarhet en viktig sykepleieoppgave i pasientforløpet (Stubberud, 2016, s. 434). Det er viktig at sykepleier gir enkel, repetert og konsistent informasjon til pasienten. Pårørende bør i tillegg oppfordres til å være mye tilstede, og pårørende vil også ha behov for informasjon og støtte. Pårørende kan bidra til realitetsorientering og dempe angst og uro. Sykepleier må sørge for at pasienten har mulighet for å orientere seg for tid, rom og sted, samt korrigere sansesvikt der det er mulig. I samarbeid med lege må sykepleier undersøke polyfarmasi og uheldige legemidler (Ranhoff, 2020, s.466).

Som beskrevet ovenfor er det en rekke tiltak som kan gjøres i arbeidet mot å forebygge delirium. Det som er sentral for å lykkes med forebygging av delirium er å kartlegge risikofaktorer og hvilket behov for sykepleie hver enkelt pasient har.

## **2.2 Hoftebrudd**

Hoftebrudd er en felles betegnelse på brudd i øvre del av lårbeinet (femur). Det er særlig gamle og skrøpelige som blir utsatt for hoftebrudd, og da er det gjerne osteoporotiske brudd det dreier seg om (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s.184).

### **2.2.1 Osteoporotiske brudd**

Brudd som er forårsaket av liten påkjenning får betegnelsen et osteoporotisk brudd. Normale aldersforandringer gir et porøst skjelett med redusert beinstyrke, og kvinner er mer utsatt enn menn (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 524). Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder forekomst av slike brudd. Det er lett å tenke seg at dette kan kobles opp mot årstid, men i realiteten skjer 85% av denne typen brudd innendørs mens personen utfører dagligdagse aktiviteter. Hos unge skal det er sterkt traume til for å få brudd i hoften fordi beinvevet er sterkt, men hos gamle og skrøpelige kan kun et lite fall i hjemmet føre til hoftebrudd. De fleste hoftebrudd omtales derfor som lavenergibrudd og det er denne typen brudd som er forenelig med pasientgruppen i denne oppgaven (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 527).

### **2.2.2 Forekomst**

Hoftebrudd rammer omkring 9000 hvert år i Norge (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s.527). Denne typen brudd har høy mortalitet hos eldre mennesker. Mellom 5-10% av denne pasientgruppen dør i løpet av de første 30 dagene etter brudd. Gjennomsnittsalderen for dem med hoftebrudd er 83 år, og 75% av disse er kvinner. Hos eldre er osteoporose og økt fallrisiko årsaken til de fleste tilfellene. Den høye andelen av kvinner som får slike brudd knyttes delvis til at kvinner har mer osteoporose enn menn (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s.184). Den høye forekomsten av slike brudd og komplikasjonene som følger gjør at dette er et svært viktig tema som trenger mer fokus, ressurser og kompetanse.

### **2.2.3 Symptomer på hoftebrudd**

Ved et hoftebrudd kan pasienten ha smerter og typiske tegn på hoftebrudd er at beinet er forkortet, ligger rotert utover, og at det ikke kan belastes. Ved lårhalsbrudd blir blodtilførselen gjennom lårbeinshodets ligament ofte ødelagt på grunn av dislokasjon av lårbeinshodet. Dette resulterer i dårlig blodtilførsel til bruddstedet og eventuelt vevs død, og kan i verste fall føre til at lårbeinshodet nekrotiseres (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s.184). Hoftebrudd kan medføre smerter, som igjen kan være med på å utløse delirium, og er en fryktet komplikasjon hos denne pasientgruppen (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s.184).

#### **2.2.4 Behandling av hoftebrudd**

Selv om det er ulike typer av hoftebrudd har de til felles at de behandles med kirurgi. Kort ventetid på operasjon er sentralt i norsk behandling, helst under 24 timer, senest 48 timer etter brudd. Likevel kan dette være lenge å vente for eldre og sårbare pasienter (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 528). Uavhengig av type brudd er rask operasjon, god smertelindring og tidlig mobilisering etter operasjon helt sentralt for å unngå komplikasjoner, inkludert delirium.

#### **2.2.5 Postoperativ sykepleie ved hoftebrudd**

Sykepleieren har en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet. Særlig i forhold til forebygging av komplikasjoner, samt å sørge for rask og trygg mobilisering postoperativt, og å forbygge nye fall. Sykepleieren må ha en aktiv holdning når det gjelder systematiske observasjoner og kartlegging, samt å sørge for raske intervensjoner når noe ikke er som det skal. Dette har stor betydning for å forbygge komplikasjoner og for å hindre redusert funksjonsstatus hos pasienter (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 529).

De viktigste områdene i sykepleierens arbeid med å optimalisere behandlingen og forbygge komplikasjoner er å forebygge smerte, trykksår, obstipasjon og kateterbaserte urinveisinfeksjoner, optimalisere væskebalansen og ernæring, og forebygging av delirium, som er fokuset i denne oppgaven (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 529). Selv om delirium er fokuset, er de andre tiltakene rettet mot å forbygge komplikasjoner postoperativt også med på å forebygge delirium.

I den postoperative fasen er mobilisering og rehabilitering det viktigste etter et hoftebrudd. Målsetningen er at hver enkelt pasient kartlegges ut fra pasientens funksjonsnivå før bruddet og dette krever systematisk kartlegging (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 529). Kartlegging av hvordan pasientens funksjon var før bruddet kan gjøres ved hjelp av et systematisk intervju med pasient og pårørende, men også ved hjelp av verktøyet *Barthels ADL-indeks*. Barthels ADL-indeks gir en oversikt over pasienten sitt funksjonsnivå, og kan derfor gi en indikasjon på hvor stort og sammensatt sykepleiebehovet er (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s.118). Om pasienten var i rullestol før bruddet vil dette være det eneste realistiske målet etter et brudd. For en pasient som var oppegående før bruddet, vil en naturlig målsetning være å oppnå samme funksjonsnivå som før bruddet (Ranhoff, Helbostad &

Martinsen, 2020, s. 529). Sykepleier har derfor en viktig rolle i å kartlegge pasientens tidligere funksjon og legge til rette for at rehabiliteringen skal oppnå ønsket funksjonsstatus.

### **2.2.6 Delirium ved hoftebrudd**

Utvikling av delirium er fryktet, men en vanlig komplikasjon hos eldre pasienter med hoftebrudd. Pasienter med hoftebrudd har høy risiko for delirium. Omtrent 20% får delirium før operasjon og 30% får delirium postoperativt (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s.530). De vanlige rutinene for forebygging av delirium må følges så best det lar seg gjøre. De innebærer kort ventetid på kirurgi, god smertebehandling, god oksygenering, god ernæring og væske status, samt tidlig mobilisering er viktig for å forebygge delirium (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 530). Pasienter med delirium har i tillegg lengere sykehusopphold og har ofte flere komplikasjoner som pneumoni, blodpropp og trykksår. De faller hyppigere enn andre pasienter og har høyere dødelighet det første året etter gjennomgått kirurgi (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s.174). Derfor er det en sentral sykepleieoppgave å forbygge denne tilstanden i størst mulig grad.

### **2.3 Den akutt syke gamle**

Det er stor variasjon blant de gamle som kommer i kontakt med helsevesenet. Fra de spreke og friske gamle, til de skrøpeligste med mange kroniske sykdommer. På bakgrunn av dette er kartlegging av pasientens funksjonsstatus helt sentral i all helsehjelp som gis for å kunne yte best mulig helsehjelp. Det som særlig skiller den akutt syke geriatriske pasienten fra yngre pasienter er at de kan ha diffuse og uspesifikke symptomer på sykdom grunnet aldersforandringer, komorbiditet og polyfarmasi (Ranhoff, 2020, s.233). Geriatriske pasienter har økt risiko for komplikasjoner, funksjonssvikt og død, grunnet dårligere kompensasjonsmekanismer og redusert immunforsvar. Videre kan det være vanskeligere å kommunisere med de gamle, på grunn av sansesvikt, kognitiv svikt, sammensatte tilstander og komplekse sykehistorier. I tillegg er pasientene ofte avhengig av andre, og pårørendes rolle er ofte sentralt for å optimalisere behandling (Ranhoff, 2020, s.233).

#### **2.3.1 Sykepleie til den akutt syke gamle**

Å utføre sykepleie til denne pasientgruppen kan være sammensatt og krevende. Sykepleier har en sentral rolle i å opprettholde kontinuitet og koordinering av det tverrfaglige arbeidet. Sentrale sykepleieroppgaver innebærer observasjon og tolkning av symptomer, tegn på sykdom og komplikasjoner. God sykepleie skal i tillegg ivareta den gamles integritet, fysiske

og psykiske behov, og har bevaring av funksjon og lindring av symptomer som hovedfokus (Ranhoff, 2020, s.238).

## **2.4 Sykepleieprosessen**

Sykepleieprosessen er en modell og arbeidsform for hvordan man systematisk kan dele inn sykepleien i fem ulike faser. De fem fasene er; Vurdering og kartlegging - Presisering av sykepleie behov/diagnose - Forventet resultat/mål - Planlagte og gjennomførte tiltak - Resultat og/eller evaluering (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2015, s.15-16).

Sykepleieprosessen bør ses på som en bekreftende interaksjon med pasienten. Det betyr at sykepleier bekrefter hvordan hun/han oppfatter pasientens behov for sykepleie. En viktig del av prosessen er at sykepleier har mulighet til å samarbeide med pasient og pårørende.

Hensikten med prosessen er å arbeide personsenteret og tilrettelegge individuelt for at den enkelte pasient kan ta større ansvar for sin egen helse og omsorg, og skape forutsetninger for at helsepersonell kan få informasjon om pasientens behov for sykepleie (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2015, s.15-16). Ved å bruke sykepleieprosessen som teoretisk grunnlag i arbeidet med pasienter som er utsatt for delirium, kan sykepleier kartlegge pasientens behov for sykepleie og de risikofaktorene som er individuelle fra pasient til pasient. Dette skaper da grunnlaget for å drive forbyggende sykepleie.

### **2.4.1 Sykepleierens forbyggende funksjon**

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forbygger sykdom» (Norsk sykepleierforbund, 2021). Sykepleierens forebyggende funksjon går ut på å kartlegge og identifisere mulige problemer hos pasienter før de oppstår eller utvikler seg til å bli alvorlige problemer. Her kommer sykepleieprosessen inn som et viktig verktøy i kartlegging av pasientens pleiebehov og eventuelle risikofaktorer og problemområder (Kirkevold, 2015, s. 203). Forebyggende tiltak klassifiseres som primær-, sekundær- eller tertiærforebyggende tiltak på bakgrunn av hvilke målsetninger tiltakene har for pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.22).

Det primærforebyggende arbeidet omfatter tiltak som fremmer god helse og forebygger at det oppstår sykdom og skader. Altså før det oppstår sykdom eller skade, en sunn livstil er særlig i fokus (Ranhoff, 2020, s.161).

Sekundærforebygging er tiltak som settes i verk når det oppstår sykdom, skade og symptomer eller en hendelse. Målet med sekundærforbygging er å hindre nye hendelser, som for

eksempel å forebygge delirium hos elder som har gjennomgått kirurgi etter hoftebrudd (Ranhoff, 2020, s.164).

Tertiærforebyggende tiltak utføres for å forebygge ytterligere negative konsekvenser av en eksisterende sykdom. Tertiærforebygging ligger nær opp til og overlapper det som kalles symptomatisk behandling av en tilstand. Slike tiltak kan hjelpe denne pasientgruppen til å ha et godt liv til tross for sykdom, og er dermed svært viktige. Sykepleieren kan også oppleve å utføre tiltak innen alle kategoriene til en og samme pasient (Ranhoff, 2020, s.166).

Det kan være en krevende prosess for sykepleiere å forebygge delirium og annen sykdom hos eldre pasienter, nettopp forbi denne pasientgruppen kan ha flere problemer samtidig og det er ikke alltid like lett å skille problemene fra hverandre. Derfor vil tidlig, god og systematisk kartlegging være helt essensielt for å fremme helse og forebygge komplikasjoner, inkludert delirium.

### 3 METODE

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for hva metode er, hvilken metode jeg har brukt og jeg skal beskrive prosessen som har ført meg fram til de resultatene som framkommer og diskuteres i denne oppgaven.

Metode er en systematisk framgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s.74). Metoden forteller altså noe om hvordan man går fram for å fremskaffe, men også hvordan man etterprøver i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2020, s.53).

Det er to hoved kategorier i metode, kvantitativ og kvalitativ. En kvantitativ metodetilnærming er data som er målbare, såkalt harde og objektive data, og kalles gjerne *forklarende* kunnskaps. Kvalitativ metode er forenelig med *forstående* kunnskap. Hensikten med en slik metoden er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser og erfaringer, tanker, motiver og holdninger, og å få fram nyanser (Thidemann, 2019, s.76).

Ved å benyttet meg av forskning med både kvalitativ og kvantitativ metode har jeg fått innsikt i sykepleieres erfaringer med intervensjoner rettet mot pasienter i fare for delirium ved hoftebrudd, samtidig som jeg har sett på større sammenligningsstudier.

#### 3.1 Litterær oppgave som metode

I oppgaven har jeg benyttet meg av litterær oppgave som metode. En litterære oppgave handler om å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere går ut på å samle inn litteratur, gjennomgå litteraturen kritisk og til slutt sammenfatte det hele med en systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen (Thidemann, 2019, s.77). Hensikten med en litterær oppgave er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen omhandler og beskrive hvordan man har kommet fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s.78). Jeg har derfor sett på, og hentet inn, data og kunnskap fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori som belyser min problemstilling.



## 3.2 Litteratursøk og funn i databaser

Litteratursøk handler om hvordan jeg kom fram til databaser jeg har brukt og hvordan jeg har utført søk i databaser.

### 3.2.1 Valg av databaser og søkeord

Jeg hadde i slutten av fjerde semester i utdanningen bestemt meg for at jeg ville skrive om forebygging av delirium. Det som gjensto var å finne ut hvilken kontekst jeg ønsket å skrive ut fra. Jeg søkte fram og tilbake på nett og kom fram til at jeg ønsket å skrive om delirium knyttet til hoftebrudd. Dette er et svært relevant pasientfenomen med høy insidens av delirium i pasientgruppen over 65 år. Da jeg startet å jobbe med oppgaven ønsket jeg først å få økt kunnskap om delirium og hoftebrudd. Jeg brukte tid på å lete i pensum og utførte søk i Cinahl for å få en oversikt over hva som var av forskning på temaet.

Jeg har hovedsakelig benyttet meg av Cinahl som database for søk etter forskning. Cinahl er en relevant database, fordi den dekker tidsskrifter innen helsefag og sykepleie, og har internasjonal dekning. Cinahl gir i tillegg tilgang til mange forskningsartikler i tidsskrifter i fulltekst. Jeg har funnet en av mine forskningsartikler på sykepleien.no. Dette fordi jeg ønsket forskning på norsk, fra Norge, for å kunne sammenligne forskningen jeg har funnet fra andre land.

Jeg utførte flere runder med søk i Cinahl fra november 2020 til mars 2021. Søkeordene jeg benyttet meg av i Cinahl var kombinasjoner av: *Delirium, delirium prevention, hip fractures, aged, aged, 80 and over, hospitalization, nursing interventions, risk factors*. Det finnes mange synonymer for ordet delirium i det engelske språk, men jeg har bevist brukt ordet delirium i mine søk, da jeg tenkte at dette ville være med på å avgrense søkene ytterligere

### 3.2.2 Søkehistorikk

I tabellen presenteres mine søk i Cinahl, og et søk på sykepleien.no. Her ser man hvilke kombinasjoner av søkeord jeg har brukt på de ulike søkene, antall treff, leste sammendrag, leste artikler og til slutt hvilke artikler jeg har valgt å inkludere i oppgaven.

Tabell 1

Søkedato	Søk nr	Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler	Valgte artikler
26.11.20	1	Cinahl	1.Aged 2.Aged, 80 and over 3.Hospitalization 4.Delirium 5. 1 OR 2 6. 5 and 3 and 4	179	11	5	1	Treff nr 14: Godfrey, M., Green, J., Smith, J., Cheater, F., Inouye, S. K., Hurst, K. & Young, J. (2020) <i>Process of implementing and deliviering the prevention of delirium system of care: a mixed method preliminary study.</i>
26.11.20	2	Cinahl	Nursing interventions «and» Delirium	31	8	3	0	
03.11.20	3	Sykepleien.no	Jeg søkte på «Forebygging av delirium» under fanen forskning på nettsiden sykepleien.no	18	4	4	1	Treff nr 7: Bøyum, Å. W. (2013) <i>Forebygging av delirium hos eldre imlagt med hoftebrudd.</i>
25.01.21	4	Cinahl	1. Delirium 2. Risk factors 3. Hip Fracture 4. BMI  5. 1 «and» 2 and 3	4	4	2	1	Treff nr 1: Juliebø, V., Bjøro, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A. H. & Wyller, T. B. (2009) <i>Risk factors for peroperative and postoperative delirium in elderly pasients with hip fracture</i>
03.03.21	5	Cinahl	Hip Fracture «and» Delirium prevention	58	10	3	2	Treff nr 9: Shields, L., Henderson, V. & Caslake, R. (2017) <i>Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium After Hip Fracture: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials</i>  Treff nr 13: Durst, J., & Wilson, D. (2020) <i>Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project</i>

### 3.2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Jeg ønsket at sykepleieperspektivet skulle være fokus i denne oppgaven, og jeg ønsket mer kunnskap om sykepleiernes erfaringer med denne pasientgruppen og hvilke utfordringer de møter.

Tabell 2

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pasienter over 65 år</li><li>• Hoftebrudd</li><li>• Sykepleieperspektiv</li><li>• Postoperativ sykepleie</li><li>• Fagfellevurdert forskning</li><li>• Engelsk, norsk, dansk eller svensk språk.</li><li>• Overførbarhet til norske sykehus: Artiklene er fra Norden eller andre deler av verden hvor sykehusdrift kan sammenlignes med norske sykehus</li><li>• Artiklene må ha relevans til problemstilling og fokusere på sykepleietiltak som kan være med på å forbygge delirium.</li><li>• Jeg har valgt å kun inkludere CAM som kartleggingsverktøy i oppgaven, grunnet oppgavens størrelse omfang.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preoperativ sykepleie</li><li>• Sykehjem og hjemmesykepleie</li><li>• Behandling av delirium</li></ul>

### 3.3 Utvalg av faglitteratur

Fagkunnskapen og teorien i oppgaven er hovedsakelig hentet fra ulike fagbøker på nåværende eller tidligere pensumlister til bachelorutdanningen i sykepleie. I mye av pensumlitteraturen har forfatterne av bøkene basert seg på sine tolkninger av andre forfattere og funn i forskning, det er da sekundærlitteratur (Trygstad & Dalland, 2020). Jeg har i prosessen med å skrive oppgaven hatt stor nytte av boken; *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2020), som er en del av pensumlitteraturen. Boken har vært helt sentral for meg, for å kunne belyse min problemstilling. Redaktører og medforfattere i boken er Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff. De har i flere år vært aktuelle innen fagutvikling og publisert en rekke vitenskapelige artikler og bøker innen sykepleie og geriatri. Jeg ser på pensumlitteratur som troverdige kilder, i og med at pensum, sammen med praksis, er grunnlaget i min utdanning som sykepleier.

### 3.4 Kildekritikk

Kildekritikken har to sider. Det første handler om å finne fram til litteratur som belyser min problemstilling, altså litteratursøking. Det andre siden dreier seg om å gjøre rede for den litteraturen som blir anvendt i oppgaven. Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet (Trygstad & Dalland, 2020, s.143).

Kildekritikk handler om at jeg skal kunne gjøre rede for hvilke kriterier jeg har brukt under utvelgelsen av forskningsartikler, og at jeg skal vurdere og karakterisere innholdet i litteraturen funnet (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152). Når jeg fant en kilde eller informasjon, måtte dette vurderes med tanke på kvalitet og hvorvidt det er relevant for mitt arbeid videre med oppgaven. Dette kalles informasjonskompetanse. Informasjonskompetanse handler om evnen til å søke og finne informasjon, vurdere informasjonen kritisk med tanke på relevans og pålitelighet, for så å ta informasjonen i bruk i egen kunnskapsutvikling. (Trygstad & Dalland, 2020, s. 140).

Gjennom prosessen og arbeidet med helsefaglig forskning har det vært viktig for meg å ha et kritisk blikk til det jeg valgte av forskning, selv om en artikkel er publisert i et kjent tidsskrift. Jeg måtte kritisk vurdere hver artikkel om den hadde overførbarheten, gyldigheten, metoden og resultatene som måtte til for å besvare min problemstilling.

Alle mine valgte artikler, bortsett fra Bøyum, er hentet fra Cinhal og søkekriteriene innebar at artiklene er fagfellevurdert og på engelsk eller skandinavisk språk. Alle artiklene er fra 2013 eller nyere, med unntak av Juliebø et al sin forskning som er fra 2009. Jeg vurderer like vel Juliebø et al sin forskning som relevant, da funnene samsvarer med nyere forskning. Bøyum sin forskning er hentet fra sykepleien.no og er også fagfellevurdert.

Kriteriet for alle mine valgte artikler er at de har sykepleiefaglig relevans og at de utfyller min problemstilling. Fire av mine artikler er på engelsk og jeg har oversatt disse til norsk. Jeg tar høyde for at viktige momenter kan gå tap i oversettelsen. Situasjonen rundt pandemien har gjort at jeg har jobbe med oppgaven relativt isolert og det har vært redusert mulighet til å be om hjelp fra bibliotek, eller ha diskusjoner på skolen med medelever. Det kan også tenkes at jeg hadde kommet fram til andre søk hvis jeg hadde hatt noen å diskutere med. Like vel mener jeg at resultatene fra valgte forskningsartikler har god overføringsverdi til min problemstilling.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Godfrey et al (2020) sin forskning undersøker effekten av å implementere standardiserte tiltak rettet mot forebygging av delirium. Forfatterne av studien konkluderer med at forebyggende intervensjoner mot delirium har vist seg å redusere insidensen av delirium med en tredjedel hos eldre pasienter innlagt på sykehus. I Shields et al (2017) sin studie var hensikten å undersøke om omfattende geriatrisk kartlegging (comprehensive geriatric assessment - CGA) hadde effekt ved forebygging av delirium. Studien demonstrerer at CGA intervensjoner har positiv effekt ved forebygging av delirium etter hoftebrudd, og forfatterne anbefaler at CGA er en del av standard behandling hos denne pasientgruppen.

Studien til Bøyum (2013) så på sykepleieres erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Resultatene av studien viser at sykepleierne har kunnskaper og erfaring når det gjelder å iverksette tiltak rettet mot forebygging og håndtering av delirium, men manglende ressurser utgjorde en begrensning. I studien til Durst & Wilson (2020) var hensikten å fastslå om insidensen av delirium reduseres ved bruk av forbyggende intervensjoner for pasienter med hoftebrudd. Denne studien fikk ikke bevist en sammenheng mellom forbyggende intervensjoner og delirium insidens, men forfatterne av studien anbefaler fortsatt helsepersonell å identifisere pasienter med høy risiko for utvikling av delirium, og videre bruke kjente intervensjoner for å forbygge utvikling av tilstanden.

I den siste studien jeg har inkludert var hensikten å kartlegge og evaluere risikofaktorer knyttet til pre-, -og postoperativt delirium. Jeg har i denne studien fokusert på de postoperative risikofaktorene. Forfatterne av studien, Juliebø et al (2009), identifiserer flere risikofaktorer knyttet til utvikling av postoperativt delirium. Disse risikofaktorene er kognitiv svikt, brudd som oppsto etter fall i hjemmet og lav BMI, her ble lav BMI sett på som den største risikofaktoren.

De fem artiklene som jeg har valgt å inkludere i oppgaven er med på å utfylle min problemstilling på flere måter. Det er fokus på kartlegging, risikofaktorer, forebyggende intervensjoner og sykepleiernes egne erfaringer med forebyggende intervensjoner rettet mot denne pasientgruppen.

## 4.1 Artikkelmatrise

Tabell 3 artikkelmatrise

Nr	Forfatter / årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design / Metode	Funn
1	Godfrey, M., Green, J., Smith, J., Cheater, F., Inouye, S. K., Hurst, K. & Young, J. (2020)	Process of implementing and delivering the Prevention of Delirium system of care: a mixed method preliminary study	BMC Geriatrics (2020) 20:1	Hensikten med studien var å undersøke effekt av standardiserte tiltak rettet mot forebygging av delirium rettet mot pasienter >65 år.	Sammenlignende case-studie design og deltagelse. Seks avdelinger på fem sykehus i nord England ble rekruttert.	Det blir konkludert i studien at intervensjoner ved forebygging av delirium har vist seg å redusere forekomst av delirium med en tredjedel hos pasienter innlagt på sykehus.
2	Åge Wiberg Bøyum (2013)	Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd	Sykepleien Forskning Nr 3, 2013; 8: 210-218	Hensikten med studien var å studere sykepleie personalets erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd	Dette er en beskrivende studie, med bruk av kvalitativ metode  Det ble utført to fokusgruppeintervjuer med ni sykepleiere og to hjelpepleiere.	Sykepleiepersonalet hadde mye kunnskap om og erfaring med å forebygge og mestre delirium, men manglende ressurser utgjorde en begrensning ved forebygging av delirium.
3	Shields, L., Henderson, V. & Caslake, R. (2017)	Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium After Hip Fracture: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials	The American Geriatrics Society  65:1559-1565, 2017	Hensikten med studien var å vurdere effekten av omfattende geriatrisk kartlegging (comprehensive geriatric assessment - CGA) i forebygging av delirium etter hoftebrudd.	Studien var en systematisk gjennomgang og metaanalyse, med kvantitativ metode.  Fire studier ble vurdert, tre europeiske og en Amerikansk, totalt 973 deltagere.	Denne systematiske analysen har demonstrert at CGA intervensjoner har positiv effekt ved forebygging av delirium etter hoftebrudd, og forfatterne anbefaler at CGA er en del av standard behandling hos denne pasientgruppen. Samtidig er det ikke mulig å konkludere hva som er den beste CGA modellen ut fra funnene som er vurdert.
4	Durst, J., & Wilson, D. (2020)	Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project	International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing  36 (2020) 100710	Hensikten med denne evidensbaserte studien var å fastslå om insidensen av delirium reduseres ved bruk av forbyggende intervensjoner for pasienter med hoftebrudd	Et prospektiv kvalitets forbedrende prosjekt.  En revisjon av medisinske journaler ble gjennomført før og etter implementering av en evidensbasert forebyggende protokoll mot delirium. Totalt 90 pasienter var inkludert i studien.	I gruppen som mottok forbyggende intervensjoner, ble protokollen brukt i 31% av innleggelsene. Forebyggende delirium intervensjoner ble dokumentert av sykepleiere i 75,6% av pasientjournaler.  Manglende engasjement fra leger og ledelsen, samt lav bemanning og travle vakter medførte begrensninger i gjennomføringen av studien.
5	Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A. H. & Wyller, T. B. (2009)	Risk factors for peroperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture	The American Geriatrics Society  57:1354-1361, 2009	Hensikten med studien var å kartlegge og evaluere risikofaktorer knyttet til pre-, -og postoperativt delirium	Dette er en prospektiv kohortstudie  Studien tok for seg to ortopediske avdelinger ved to norske sykehus. Her ble 364 pasienter 65år og over, med og uten kognitiv svikt, screenet daglig for delirium ved bruk av CAM.	Studien identifiserer fire risikofaktorer knyttet til preoperativt delirium; kognitiv svikt, bruddet oppsto i hjemmet, feber og lang ventetid på operasjon.  Postoperativt ble kognitiv svikt, bruddet oppsto i hjemmet og lav BMI identifisert som risikofaktorer knyttet til utvikling av delirium.

## 5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg belyse min problemstillingen ved hjelp av litteratur presentert i teorikapittel og forskningsartiklene:

Hvilke sykepleietiltak kan forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter over 65 år med hoftebrudd som er innlagt på sykehus?

I første del skal jeg se på bruken av kartleggingsverktøyet CAM, og erfaringer knyttet til kartlegging og risikopasienter. Deretter skal jeg diskutere rundt de forebyggede tiltak som kan tas i bruk i forskningen jeg har valgt, og sykepleieres egne erfaringer med bruk av forebyggende tiltak. Til slutt skal jeg diskutere hvilke utfordringer sykepleiere møter i praksis ved kartlegging og iverksetting av forebyggende tiltak mot delirium.

### 5.1 Kartlegging

Delirium er svært vanlig hos pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd. Pasienter som har pådratt seg hoftebrudd er forbundet med skrøpelighet, komorbiditet, polyfarmasi og kognitiv svikt, og dette er en pasientgruppe som har stor risiko for utvikling av delirium (Shields et al, 2017, s.1559). Dessverre er delirium en tilstand som ofte blir oversett eller feil diagnostisert som demens grunnet manglende kompetanse og ressurser (Ranhoff, 2020, s.460). Systematisk observasjon av atferd og mental funksjon er derfor viktige aspekter ved sykepleien til alle gamle med og uten kognitiv svikt (Ranhoff, 2020, s.460). De siste årene har fordelene av Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), oversatt til norsk: systematisk geriatrisk kartlegging, hos eldre innlagt på sykehus blitt demonstrert. Forskning har vist at tverrfaglige intervensjoner, inkludert CGA ved hjelp av kartleggingsverktøy slik som CAM, er effektive når det gjelder å redusere insidensen av delirium hos pasienter innlagt på sykehus (Shields et al, 2017, s.1559).

Når en pasient overflyttes etter hoftekirurgi fra overvåkning til sengepost, starter sykepleieprosessen ved ankomst i ny avdelingen. Det første sykepleieren må gjøre i sykepleieprosessen er å observere, vurdere og kartlegge pasientens behov for sykepleie, og planlegge forventet resultat og mål ut fra kartleggingen (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2015, s.15). Sykepleier må gjennomgå dokumentasjonen som følger pasienten ved overflytning for å få en oversikt over pasientforløpet så lang. Deretter må sykepleier gjøre

egne observasjoner, kartlegge kognitiv og fysisk status, og kartlegge pasientens individuelle risikofaktorer for utvikling av delirium. Fordi delirium har symptomer som kommer og går, og som endrer seg fortløpende gjennom døgnet, er observasjoner gjennom døgnet viktig. Kliniske observasjoner av symptomer gjøres av sykepleiere på avdelingen, og sykepleier bør på hver vakt noter i journal om pasienten er klar, våken og orientert, eller har delirium symptomer (Ranhoff, 2020, s.462).

I studien til Durst & Wilson (2020) ble CAM brukt som verktøy for å vurdere delirium hos pasienter med hoftebrudd. CAM verktøyet var i denne studien en del av en større protokoll for forebygging av delirium hos pasienter med hoftebrudd. Protokollen for forebygging av delirium inneholdt tiltak rettet mot kosthold og væskeinntak, mobilisering, medisiner og smertebehandling, og en rekke sykepleietiltak rettet mot forebygging av delirium. Sykepleierne i studien til Durst & Wilson (2020) skulle bruke protokollen aktivt som en del av sykepleieprosessen i arbeidet mot å forebygge delirium. Ved hvert vaktskifte skulle sykepleierne bruke CAM for å vurdere pasientene for delirium og utførte forebyggende intervensjoner fortløpende ut fra protokollen. Hele prosessen, fra observasjon og kartlegging - til implementering av tiltak og evaluering, skulle dokumenteres i pasientjournalen. Dessverre lyktes ikke dette helt da manglende kompetanse om delirium hos sykepleierne og manglende engasjement fra legene og ledelsen førte til at delirium protokollen ikke alltid ble tatt i bruk. Sykepleierne i Durst & Wilson sin studie dokumenterte ikke alltid rutinemessig de forebyggende intervensjoner i pasient journal, og det var mangelfull informasjon om delirium gitt til pasienter og pårørende. Som et resultat av dette ble ikke alle risikopasienter kartlagt for delirium og mange forble udiagnostisert (Durst, & Wilson, 2020, s.2). Mangelfull kartlegging kan derfor føre til et dårligere utfall og komplikasjoner for denne pasientgruppen.

Bøyum (2013) skriver at sykepleierne i studien rettet lite oppmerksomhet på hypoaktivt delirium. Dette forklares først med at de hypoaktive pasientene ikke sto i umiddelbar fare for å skade seg selv. Pasientene kunne imidlertid være utsatt for sviktende smertelindring, dehydrering og understimulering, noe som medførte en ekstra fare for utvikling av komplikasjoner. Den manglende oppmerksomheten rettet mot hypoaktivt delirium forklares videre med at avdelingen ikke benyttet seg av registreringsverktøyet CAM (Bøyum, 2013, s.215). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, punk 2.10, står det at sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2021). Derfor er det svært viktig at hypoaktivt delirium blir kartlagt og tatt på alvor i like stor grad som



hyperaktivt delirium, selv om symptomene på hypoaktivt delirium virker mindre truende for pasienten. Ranhoff (2020) understreker også at hypoaktivt delirium er mer vanlig enn den hyperaktive varianten, men hypoaktivt delirium er mer vanskelig oppdage og disse pasientene krever systematisk og grundig kartlegging for å forebygge delirium, men også diagnostisering av delirium.

Fra egen erfaring har jeg observert at det ulikt hvordan avdelinger går fram for å forebygge og avdekke delirium, og det er ofte opp til hver enkelt sykepleier og den kompetansen hun/han sitter inne med som avgjør hva slags oppfølging og kartlegging pasienten mottar. I helsepersonelloven §4 står det at *helsepersonell skal 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* (Helsepersonelloven, 1999). I møte med denne sårbare pasientgruppen som har så høy insidens av delirium, har sykepleier et ansvar når det kommer til forebygging av denne tilstanden. Sykepleier må holde seg faglig oppdatert og kjenne til bruk av kartleggingsverktøy, slik som CAM. Dette kan føre til økt pasientsikkerhet. I studien til Durst og Wilson (2020) og Shields et al (2017) er fokuset en systematisert arbeidsmetode for sykepleiere. Arbeidsmetoden innebærer grundig kartlegging av pasienter, og deres individuelle risikofaktorer, med følgende intervensjoner for å forebygge utvikling av delirium.

Avdelinger med denne typen pasienter bør strebe etter faste rutiner for kartlegging av pasienter og deres individuelle risikofaktorer. Videre må individuelle forebyggende intervensjoner iverksettes. Noe som igjen kan føre til at færre pasienter utvikler delirium, færre feil diagnostiseres, og at det blir mer fokus på hypoaktivt delirium. Det kan tenkes at dette vil gi økt engasjement og kompetanse til personalet generelt, og resultere i økt pasientsikkerhet.

## **5.2 Sykepleietiltak ved forebygging av delirium**

Elder pasienter som legges inn på sykehus med hoftebrudd er ofte sårbare og skrøpelige. Noen har delirium allerede ved innkomst, men mange pasienter utvikler denne tilstanden under innleggelsen. Sykepleierens fokus i møte med denne pasientgruppen er først og fremst og utføre helhetlig god sykepleie. I denne delen av sykepleieprosessen er fokuset planlegging og implementering av tiltak rettet mot ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov og forebygging av delirium (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2015, s.15).

Sykepleieprosessen er da med på å motvirke de fysiske, psykiske og miljømessige faktorene som kan utløse delirium (Stubberud, 2016, s. 434).

Delirium kan utløses av mye, ofte er det en kombinasjon av predisponerende og utløsende faktorer (Ranhoff, 2020, s.464). Mange av disse faktorene kan forbygges, men ikke alle faktorene lar seg korrigeres, slik som høy alder og kognitiv svikt. Det er like vel helt sentralt at sykepleieren kjenner til pasienters individuelle sårbarhet og identifiserer pasienter som har høy risiko for utvikling av delirium og iverksetter forebyggende tiltak deretter.

Videre skal jeg diskutere rundt noen av de sykepleietiltakene som forskningen jeg har valgt vektlegger. Det finnes mange sykepleietiltak som kan tas i bruk i arbeidet mot forebygging av delirium, men hvilke av tiltakene som tas i bruk varierer og baserer seg på pasientens risikofaktorer, sårbarhet og symptomer.

Skjerming er et helt sentralt tiltak i møte med denne pasientgruppen. Alt stress som pasienten opplever på sykehuset representerer en fare. For eksempel vil stadig nytt personalet å forholde seg til, for lite personkontakt og for lite informasjon, støy fra medpasienter og uheldige rutiner der pasientens behov for ro og integritet ikke tas hensyn til (Ranhoff, 2020, s.466). I studien til Bøyum (2013) framsto bruk av skjerming som et av informantenes sentrale tiltak i møte med denne pasientgruppen. Utover det å skjerme pasienten for inntrykk, virket det imidlertid som om det var en lite bevisst holdning til skjermingstiltaket. Skjermingen som ble benyttet, omfattet enerom der det var mulig, fravær av TV og radio, samt en primærsykepleier i størst mulig grad. Dette var et tiltak som sykepleierne brukte overfor pasienter med utagerende delirium, men det fremkommer også i studien til Bøyum (2013) at sykepleierne brukte enerom for noen pasienter som de anså som sårbare for utvikling av delirium.

Ranhoff (2020) skriver om viktigheten av best mulig korrigerings av sansesvikt for denne pasientgruppen. Briller må pusses og sitte på plass, høreapparatet må lades opp og sitte riktig og sørge for god belysning i samtalsituasjoner. I studien til Bøyum (2013) var det ingen som anga syns og hørselshjelpemidler som tiltak brukt i skjermingssammenheng. Det kan tenkes at en pasient med sansesvikt ikke vil ha det samme utbytte av informasjon, realitetsorientering og tryggende kommunikasjon hvis de ikke hører hva som blir sagt eller ser hva som skjer. Det er derfor helt sentralt at sansesvikt korrigeres slik at andre intervensjoner kan optimaliseres.

Det er en del pleiemessige faktorer som kan være uheldige og skape stress for pasienten, og som disponerer for utvikling av delirium. Dette gjelder særlig bruk av permanent kateter, venefloner og tvangsmidler, slik som full sengehest (Ranhoff, 2020, s.466). I studien til Bøyum (2013) forteller informantene at de opplevde urinveiskateter, venefloner, sammen med eventuelle oksygenlanger og bandasjer, som betydelige stressfaktorer for pasientene. Samtidig var dette ofte helt nødvendig at pasienten hadde dette utstyret. I slike tilfeller prøvde sykepleierne å modifisere stresset noe, for eksempel ved at de kunne legge venefloner på beina til pasienten. Det framkommer ikke i studien om dette var med på å berolige pasienten, men det var lettere å unngå seponering av venefloner når de var lagt på beina og pasienter var ikke like oppmerksomme på utsyr som ikke var synlige. Ranhoff (2020) skriver at det er en påvist sammenheng mellom bruk av urinveiskateter og venefloner og delirium. Videre anbefales det at permanent kateter bør unngås i størst mulig grad, og hos pasienter med urinretensjon bør intermitterende kateter foretrekkes (Ranhoff, 2020, S.465). Ved at sykepleier slipper å bruke tid på å passe på kateter og annet utstyr, kan en tenkes at det gir mer tid til andre oppgaver, slik som å opprettholde god væske og ernæringsstatus, tryggende kommunikasjon og realitetsorientering.

I en forebyggende og rehabiliterende prosess, spesielt i etterkant av kirurgi, er det svært viktig at pasienter får i seg tilstrekkelig med mat og drikke (Ranhoff, 2020, s.467). Det er sykepleier som følger opp pasientens grunnleggende behov og derfor er væske og ernæring viktig sykepleieoppgave.

Hos informantene i studien til Bøyum (2013) ble dehydrering sett på som et viktig moment for utvikling av delirium, noe også Stubberud (2016) og Ranhoff (2020) understreker. Mange pasienter kunne være dehydrert ved ankomst fordi de hadde ligget lenge før de hadde fått hjelp og kanskje oppleve lang ventetid før operasjon. Sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie hadde erfart at dehydrering kunne være en utløsende årsak til delirium. Dette var sykepleierne nøye med å dokumentere og rapportere, og legene ordinerte væskebehandling i de tilfeller der det var behov. Det er i tillegg et viktig tiltak at sykepleier observerer og dokumenterer diurese og væskeinntak, og er aktiv til å tilby drikke til pasienten.

I studien til Juliebø et al (2009) er lav BMI et av de viktigste funnene knyttet til postoperativt delirium. Stubberud (2016) poengterer at underernæring er en risikofaktor for utvikling av delirium. I følge Juliebø et al (2009) ga en BMI lavere enn 20, tre ganger så høy

sannsynlighet for å utvikle delirium. Juliebø et al skriver videre at for å motvirke utviklingen av delirium knyttet til lav BMI trengs det tverrfaglige intervensjoner, inkludert ernæringsstilskudd. Dette kan være med på redusere insidensen av delirium, men også forkorte varigheten av delirium. Bøyum (2013), Stubberud (2016) og Ranhoff (2020) poengterer alle viktigheten av å ivareta pasientens behov for ernæring som et svært viktig forebyggende tiltak for å unngå utvikling av delirium. Juliebø et al (2009) skriver i tillegg at tiltak rettet mot ernæring kan redusere pasients risiko for dødelighet etter fire måneder. Sykepleiere har en sentral rolle når det kommer til oppfølging av pasientens ernæringsstatus og eliminasjon. God oppfølging kan være med på å forebygge delirium og ytterligere tap av kroppsvekt. Det er sykepleier som sørger for at pasient får i seg tilstrekkelig med ernæring, og Juliebø et al (2009) skriver at maten bør være næringstett og næringstilskudd må fortløpende vurderes. Sykepleier må aktivt inn og tilby pasienten mat og bistå hvis pasienten har vansker med å spise selv. Mange eldre spiser lite og har dårlig matlyst, derfor må sykepleier spørre spørsmål rundt pasients ernæringsstatus og hva pasienten foretrekker å spise og hva de ikke ønsker å spise.

I møte med denne pasientgruppen er kontinuitet i sykepleien og kommunikasjon viktig for å lykkes med forebygging av delirium. Enkel, repeterende og konsistent informasjon er sentralt (Ranhoff, 2020, s.466). Fra studier som er gjort på pasientopplevelser, vet man at pasienter kan streve med å holde seg realitetsorientert (Bøyum, 2013, s.215). Mange befinner seg i en fluktuerende grensetilstand mellom våkenhet og delirium. Overfor de pasientene som er i ferd med å bli forvirret og som strever etter å holde seg orientert for tid og sted, anbefales det å bruke realitetsorienterende strategier (Bøyum, 2013, s.215). Bøyum (2013) skriver at en forebyggende strategi med god samhandling, gjentakende informasjon og omsorg kan i noen tilfeller lindre symptomene, men også snu utviklingen av delirium for en pasient som begynner å bli forvirret. Sykepleierne i studien til Bøyum (2013) hadde god erfaring med at realitetsorientering og bekreftende strategier hadde en forebyggende effekt, og en slike tilnærminger hadde også effekt på pasienter som var i ferd med å bli forvirret. Dette krever imidlertid tålmodighet, tid, og en målrettet strategi fra sykepleier sin side, og kan være vanskelig å få gjennomført i en travel hverdag med mange arbeidsoppgaver (Bøyum, 2013, s.215).

Sykepleiepersonalet i Bøyum (2013) sin studie anså pårørende som en betydelig ressurs for pasientene. Pårørende kunne ha en beroligende og/eller realitetsorienterende effekt på

pasienten, og tilstedeværelse av pårørende kunne derfor være en avgjørende faktor for forebygging av delirium. Dette bekrefter litteraturen til Ranhoff (2020), hun skriver at personer som kjenner pasienten kan bidra til realitetsorientering og dempe angst. Pårørende bør derfor oppfordres til å være mye tilstede (Ranhoff, 2020, s.466). Sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie uttalte at pårørende kunne oppleve det som vanskelig å se sine nærmeste være mentalt forandret. Sykepleierne mente at det ikke alltid ble sikret at budskapet ble forstått av de pårørende og at pårørende ikke var klar over hvilken nytte de selv hadde for sine nærmeste. Det medfører at det kan ta tid før pårørende var en ressurs for pasienten, da pårørende også hadde behov for informasjon og støtte fra sykepleiepersonalet. Dette tyder på at informantene i Bøyum (2013) sin studie hadde kunnskap om og erfaring med at informasjon til pårørende er viktig. For at pårørende skal kunne være en ressurs i denne sammenhengen trengs det god informasjon og støtte fra sykepleier til både pårørende og pasient. Dette er imidlertid ikke alltid enkelt å gjennomføre god informasjon til pårørende, da mange avdelinger sliter med lav bemanning og manglende kompetanse, noe som igjen kan føre til redusert bruk av pårørende som en ressurs.

Mangelfull smertelindring kan gi forlenget rehabilitering og økt fare for delirium. Smertebehandling er også helt sentralt for å kunne mobilisere pasienten postoperativt og forebygge komplikasjoner (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s.530). Sykepleier har en viktig rolle i å sørge for at pasienten er fri for smerter og ubehag (Stubberud, 2016, s. 434). Det kan imidlertid være krevende å oppnå optimal smertelindring. Dette fordi pasienten ikke alltid er i stand til å kommunisere sin opplevelse av smerte. Smertestillende medikamenter kan også gi pasienten negative bivirkninger og føre til ytterligere økt fare for polyfarmasi, som også er en utløsende årsak til delirium. Dette fremkommer i Bøyum (2013) sin studie at sykepleierne hadde restriktive holdninger til smertestillende medikamenter, slik som oksykodon, fordi det kunne «slå begge veier». Selv om informantene var klar over at smerter i seg selv kunne være en betydelig stressfaktor, virket det som om erfaringer med at bivirkninger kunne forverre pasientenes situasjon, bidro til å gi dem noe restriktive holdninger til medikamentbruk (Bøyum, 2013, s.214). Sykepleierne hadde også erfaringer med at god smertelindring kunne virke begrensende på delirium, spesielt dersom dette kunne gjøres med minimal bruk av opioider (Bøyum, 2013, s.214). Sykepleierne i Bøyum (2013) sin studie hadde imidlertid gode erfaringer med ikke-medikamentell smertelindring som leiendring, tilstrekkelig med informasjon og omsorg.

God smertelindring og tidlig mobilisering etter kirurgi er svært viktig for å forebygge delirium postoperativt (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 530). Sykepleier må i samråd med lege kombinere medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring. Forløpende må effekten av smertelindringen observeres og dokumenteres i pasientjournal som en del av sykepleieprosessen. Det kan være en krevende prosess å optimalisere smertebehandling til denne pasientgruppen, men god smertelindring er helt sentralt for å kunne starte rehabiliteringen for pasienten og å forebygge delirium.

### **5.3 Sykepleierens utfordringer ved forebygging av delirium hos eldre**

Det kan være flere utfordringer sykepleiere møter i praksis i arbeidet med å forebygge delirium. Ofte er disse utfordringene knyttet til manglende ressurser i form av kompetanse, bemanning og tid. Hvilken type ressursmangel det dreier seg om er individuelt fra avdeling til avdelingen. Sykepleiepersonalet i Bøyum (2013) sin studie hadde mye kunnskap om og erfaring med å forebygge delirium, men mangel på tid og bemanning ble oppgitt som en av de begrensende faktorene, spesielt tid til informasjon og til å berolige pasientene. Sykepleierne uttrykte både frustrasjon og avmakt, overfor de svært krevende situasjoner de opplevde.

I studien til Godfrey et al (2020) framkom det at alle avdelinger som deltok opplevde ressursmangel. Alle avdelingene slet med underbemanning. Mest uttalt var personalmangelen på de geriatrike avdelingene, der hvor pleiebehovet var størst. Dette resulterte i mye bruk av bemanningsbyrå for å dekke opp vaktene. Det var et klart behov for å skape endring på intervensjonsavdelingene. Manglende ressurser førte til at de mest erfarne sykepleierne på avdelingen var opptatt med fulle belegg og å håndtere pasientflyten, og det var langvarige bemanningsvansker ved avdelingen. Derfor ble behovet for forebyggende delirium intervensjoner kompromittert, på grunn av stor avhengighet av bemanningsbyråer og vikarer (Godfrey et al, 2020, s.6). I studien til Godfrey et al (2020) rapporterte også sykepleiepersonalet på alle avdelingene om minimal kunnskap om delirium, og de negative konsekvensene denne tilstanden medfører pasienter, men også personalet. Her ser man at ressursmangelen ikke bare dreier seg om dårligere bemanning, men også i form av manglende kompetanse hos personalet. Ulike tilnærminger ble brukt i studien til Godfrey et al (2020) for å gi økt kompetanse om delirium på avdelingene. Felles var at læringen og kompetanseøkningen skulle skje gjennom å dele kunnskap om delirium gjennom refleksjon av avdelingens praksis og sykepleiernes egne erfaringer med delirium. Perspektivet og

fokuset i læringen var forebygging av delirium, målet var å engasjere personalet ved å gi dem en ny tilnærming til denne tilstanden (Godfrey et al, 2020, s.7). I neste avsnitt skal vi se at utfallet av kompetanseøkningen varierte i stor grad.

To avdelinger i Godfrey et al (2020) sin studie ble sammenlignet. Begge avdelingene hadde en sykepleier som sto ansvarlig for implementering av et system for forebygging av delirium og kompetanseøkning hos personalet. Sykepleieren ved avdeling 3 hadde støtte fra avdelingsleder og ledelsen. Med følgende autoritet til å forhandle og gjennomføre kompetanseøkning og implementering av nye rutiner. Det var mange oppgaver som sto høyt opp på agendaen, men med støtten fra ledelsen klarte sykepleieren ved avdeling 3 å gjennomføre implementering av rutiner for å forebygge delirium. Dette støtter Orvik (2015), som skriver at avdelingslederen har et særlig ansvar for at helsepersonell har de ressurser og forutsetninger som trengs for å møte pasientens behov på en koordinert måte gjennom pasientforløpet (Orvik, 2015 s.238). Dette sto i kontrast til avdeling 4. Sykepleieren som hadde ansvaret for implementering på denne avdelingen fikk lite støtte fra ledelse, og den vedvarende bemanningsproblematikken kompliserte prosessen. Mangel på læring og kompetanseøkning ved denne avdelingen førte til at forebygging av delirium ikke ble forstått, og at konsekvensen og verdien av forbyggende intervensjonen ble ikke sett (Godfrey et al, 2020, s.7).

Ut fra det Orvik skriver om lederens ansvar med tanke på ressurser og ved å se på sammenligningen av de to avdelingene i Godfrey et al (2020), ser man at det er helt sentralt at avdelingsleder er med og driver kompetanseøkningen fram, skaper tid og rom for læring, og støtter personalet der de møter utfordringer og mangel på ressurser. Kompetanseøkning og endring må derfor være befestet hos ledelsen for å lykkes.

## 6 Konklusjon

Denne oppgaven handler om hvordan delirium kan forebygges hos eldre hofteopererte. I den første delen av drøftingen er hovedpunktet at sykepleiere bør strebe etter å indentifisere og kartlegge risikopasienter med fare for utvikling av delirium. Det vektlegges at avdelinger bør ha faste rutiner for kartlegging. Dette skaper grunnlag for å kunne iverksette individuelle forebyggende tiltak mot delirium. Dessverre fremkommer det av forskningen at manglene ressurser i form av tid, kompetanse og bemanning kompromitterer forebyggingen av delirium og gir redusert pasientsikkerhet. Forebygging av delirium kan være en krevende prosess og alle medlemmer av behandlingsteamet trenger læring og informasjon knyttet til risikofaktorer for utvikling av delirium, symptomer, kartlegging og forbyggende tiltak ved delirium. Dette krever imidlertid støtte fra ledelsen for å lykkes. Ledelsen må skape tid og rom for sykepleierne til kompetanseheving og refleksjon av praksis. Dette kan igjen resultere i en tryggere praksis. Systematisert kartlegging og forebyggende intervensjonene ut fra pasientens individuelle riskfaktorer kan føre til en reduksjon av delirium insidens. Dette kan igjen gi bedret rehabilitering for denne pasientgruppen, økt pasientsikkerhet og føre til sparte økonomiske ressurser.



## 7 Referanseliste

- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien forskning*, 2013;8(3):(210-218).  
DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0091
- Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving. (7.utg.). Gyldendal.
- Durst, J. & Wilson, D. (2020). Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project. *International Journal og Orthopaedic and Trauma Nursing*. 36(2020)100710  
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100710>
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). Nye VIPS-boken. *Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet*. Cappelen Damm Akademisk.
- Godfrey, M., Green, J., Smith, J., Cheater, F., Inouye, S. K., Hurst, K. & Young, J. (2020). Process of implementing and delivering the Prevention of Delirium system of care: a mixed method preliminary study. *BMC Geriatrics*. 20:1  
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1374-x>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås, (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg. s.169-206). Gyldendal Akademisk
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A. H. & Wyller, T. B. (2009). Risk factors for peroperative and postoperative delirium in elderly pasients with hip fracture. *The American Geriatrics Society (JAGS)*. 57:1354-1361.  
DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02377.x
- Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg. s.115-140). Gyldendal Akademisk.

- Kirkevold, M. (2015). Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleiers møte med ulike typer situasjoner. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. (5 utg., s. 193-208). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund - NSF (2021, 17. Mars). *Yrkesetiske retningslinjer*. Oversikt: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg. s. 17-39). Gyldendal Akademisk
- Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse. (2. utg.). Cappelen Akademisk
- Ranhoff, A. H. (2014). Delirium (akutt forvirring) og demens. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J.-H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling*. (1. utg., s. 109-126). Cappelen Damm Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (Akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3.utg. s. 458-471.). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3.utg. s.232-244). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2020). Forebyggende sykepleie. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg. s.160-172). Gyldendal Akademisk
- Ranhoff, A. H., Helbostad, J & Martinsen, M. I. (2020). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg S. 524 – 534). Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1*. (5.utg. s.429-438). 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. *The American Geriatrics Society*. 65:1559-1565, 2017  
DOI: 10.1111/jgs.14846

- Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving (2.utg.). Universitetsforlaget