

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier på ortopedisk avdeling identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

I Norge forekommer det i gjennomsnitt 9000 hoftebrudd per år, hvor de fleste pasientene er eldre og skrøpelige. Blant hoftebruddpasienter utvikler 30-60% et delirium, hvor 20% av tilfellene forekommer postoperativt. Tilstanden blir ofte ikke identifisert i tide, noe som kan føre til at pasienten får et mer komplisert sykdomsforløp. Sykepleiere står i en sentral posisjon til å identifisere og forebygge tilstanden.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan bidra til identifisering og forebygging av postoperativt delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Problemstillingen blir derfor: «Hvordan kan sykepleier på ortopedisk avdeling identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd».

Metode

Det er benyttet integrativ litteraturoversikt hvor fem forskningsartikler er blitt analysert. Resultatene fra artiklene, relevant teori samt egne refleksjoner og erfaringer utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser at det er manglende fokus på identifisering av delirium, og at det kreves mer kunnskap om tilstanden blant sykepleiere på ortopediske avdelinger. Manglende rutiner for bruk av systematiske kartleggingsverktøy er noe som kommer frem i flere av studienes resultater. Å vedlikeholde pasientens grunnleggende behov viser seg å være det viktigste forebyggende tiltaket.

Nøkkelord: Sykepleie, delirium, eldre, postoperativt, identifisering, forebygging, kartleggingsverktøy, grunnleggende sykepleie og kunnskap.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	5
1.3 HENSIKT	6
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	6
2.0 TEORI	7
2.1 DELIRIUM	7
2.1.1 <i>De forskjellige typene av delirium</i>	9
2.2 IDENTIFISERING AV DELIRIUM	9
2.3 FOREBYGGING AV DELIRIUM	10
2.4 SYKEPLEIERS FUNKSJON	11
2.5 VIRGINIA HENDERSONS GRUNNLAGSTENKNING	12
3. 0 METODE	14
3.1 VALG AV METODE	14
3.2 INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT.....	15
3.3 SØKEPROSESS	15
3.3.1 <i>Valg av søkestrategi</i>	15
3.3.2 <i>Valg av databaser</i>	16
3.3.3 <i>Valg av søkeord</i>	16
3.3.4 <i>Valg av artikler</i>	17
3.4 ANALYSE AV ARTIKLER	20
4.0 RESULTATER	21
4.1 IDENTIFISERING AV DELIRIUM	21
4.1.1 <i>Kartleggingsverktøy</i>	21
4.1.2 <i>Datainnsamling</i>	22
4.1.3 <i>Preoperativ identifisering</i>	23
4.2 FOREBYGGING AV DELIRIUM.	23
4.2.1 <i>Grunnleggende sykepleie</i>	23
4.2.2 <i>Preoperative tiltak</i>	25

4.2.3 Pårørende som ressurs.....	25
4.3 KOMPETANSE	26
5.0 DISKUSJON	27
5.1 METODEDISKUSJON	27
5.1.1 Land og arena for studiene	27
5.1.2 Forfatternes bakgrunn.....	27
5.1.3 Studiens deltakere	28
5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode.....	28
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode	31
5.2 RESULTATDISKUSJON	31
5.2.1 Identifisering av delirium	32
5.2.2 Forebygging av delirium.....	34
5.2.3 Kompetanse	38
6.0 KONKLUSJON	39
6.1 ANVENDELSE I PRAKSIS	39
LITTERATURLISTE.....	40
VEDLEGG. 1: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	

Antall ord: 10979

1.0 INNLEDNING

I Norge forekommer det i gjennomsnitt 9000 hoftebrudd per år, der de fleste pasienter er eldre og skrøpelige og kan ha problemstillinger som polyfarmasi, delirium og demens. Dette er noe som pådrar samfunnet betydelige kostnader (Mellingsæter et al., 2020). Den eldre pasient som er innlagt med hoftebrudd på ortopedisk avdeling vil være ekstra utsatt for utvikling av delirium postoperativt. Blant hoftebruddpasienter utvikler hele 30-60% et delirium, der 20% av tilfellene forekommer postoperativt (Ranhoff, 2003, s. 254). Dette gir indikasjoner for viktigheten med identifisering og forebygging av delirium postoperativt hos den eldre og utsatte pasientgruppen med hoftebrudd på ortopedisk avdeling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vår bacheloroppgave omhandler postoperativt delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd. Vi valgte å belyse dette tema ettersom det er et tema som har fanget vår oppmerksomhet i løpet av sykepleierutdanningen. Pasienter med delirium er noe vi begge har erfart i klinisk praksis, og vi har sett konsekvensene tilstanden kan medføre for både pasient, pårørende, sykepleier og avdelingen. Tilstanden er et hyppig og kjent problem blant eldre innlagt på sykehus, og blir ofte underdiagnostisert eller forvekslet med demens (Stubberud, 2016, s. 430). Dette er derfor et tema vi anser som viktig å belyse og noe vi selv vil være oppmerksomme på som nyutdannede sykepleiere. Vi har valgt å avgrense oppgaven til postoperativt delirium blant eldre pasienter innlagt med hoftebrudd, da dette viser seg å være en spesielt utsatt gruppe.

1.2 Problemformulering

Delirium er en svært vanlig tilstand hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Det er et problem at tilstanden ikke blir identifisert tidlig nok og at det av den grunn ikke blir satt i gang forebyggende tiltak. At delirium ikke blir identifisert er et problem da det kan medføre lengre sykehusopphold, økte kostnader for samfunnet, forverring av pasientens tilstand, og diagnosen kan være en stor påkjenning for både pasient, pårørende og sykepleiere (Ranhoff, 2010, s. 395-400). Vår erfaring tilsier at trengs mer oppdatert kunnskap om hvordan sykepleiere kan identifisere og forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehusavdeling, ettersom tilstanden har klare risikofaktorer og symptomer som enkelt kan kartlegges. Dette kan være med på å sikre pasientsikkerhet, og kan være besparende for samfunnet ved at det blir kortere liggetid på sykehus. Det vil trolig også bedre pasientens

prognoser og ny kunnskap kan bidra til at sykepleier er mer oppmerksom på og årvåken for tilstanden og dermed kan identifisere tilstanden tidligere. Det vil da kunne settes i gang forebyggende tiltak, som kan føre til at færre pasienter utvikler delirium.

Problemformuleringen for denne oppgaven vil derfor være: “Hvordan kan sykepleier på ortopedisk avdeling identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd?”.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.

1.4 Begrepsavklaring

Preoperativ fase

Vi har i denne oppgaven valgt å inkludere noe fra den preoperative fase til tross for at problemformuleringen vår fokuserer på den postoperative fase. Preoperativ fase, eller preoperativt som det blir omtalt i denne oppgaven, er det som skjer før en operasjon og da nærmere bestemt tiden fra det blir bestemt at pasienten skal opereres til pasienten blir operert. Det er i denne fasen viktig at sykepleier vurderer og kartlegger pasientens tilstand for å optimalisere pasientforløpet (Berntzen et al., 2016, s. 309).

Postoperativ fase

Tiden og fasen pasienten går inn i umiddelbart etter operasjonen kalles den postoperative fasen. Pasienten har i denne fasen behov for spesiell overvåkning (Berntzen et al., 2016, s. 309).

IMRaD-strukturen

Strukturen er mye brukt i oppbygging av forskningsartikler, og er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163).

1.5 Oppgavens oppbygning

Teorikapittelet kommer først og inneholder relevant bakgrunnsstoff for oppgaven. Temaene som gjennomgås omhandler definisjon, konsekvenser av delirium, kort om de ulike typene delirium, identifisering og forebygging av delirium, sykepleiers funksjon samt en

presentasjon av Hendersons sykepleieteori som vi fant relevant for oppgaven. Deretter kommer metodekapittelet hvor vi beskriver hva metode er og hvilken metode og fremgangsmåte med søkestrategi, databaser og søkeord vi har benyttet i denne oppgaven. Videre kommer resultatkapittelet hvor artiklenes resultat presenteres med hoved- og underkategorier. I diskusjonskapittelet drøfter vi metoden som er anvendt med fokus på land og arena for studien, forfatterens bakgrunn, studiens deltakere, kvalitativ tilnærming- og integrativ litteraturoversikt som metode. Her drøftes også resultatene fra artiklene med egne refleksjoner og relevant bakgrunnsstoff. Avslutningsvis presenterer vi konkrete forslag til anvendelse av resultatene i praksis.

2.0 TEORI

Dette kapittelet vil omhandle en definisjon, fysiologisk forklaring og kort om konsekvensene av delirium. Vi vil også nevne de to mest omtalte typene av delirium; hyper- og hypoaktiv type. Videre vil vi knytte dette opp til klinisk praksis og beskrive hvordan sykepleier kan identifisere og forebygge delirium. Deretter vil vi belyse sykepleiers funksjon i sykepleieutøvelsen til pasienter med delirium. Avslutningsvis vil vi underbygge teorien med sykepleieteoretiker Virginia Hendersons grunnlagstenkning.

2.1 Delirium

Fenomenet delirium stammer fra det greske ordet «lira» og betyr «av sporet» (Juliebø & Wyller, 2010, s. 4). Delirium er en tilstand som ble beskrevet allerede av Hippokrates. Den gang kom det fram en sammenheng mellom utvikling av delirium og feber eller forgiftning. Det er opp igjennom tidene benyttet flere terminologier for å beskrive tilstanden og den mest brukte betegnelsen i Norge i senere tid vil trolig være akutt forvirringstilstand (Ranhoff, 2003, s. 245-246).

Delirium er en akutt forvirringstilstand som kan ramme pasienter i alle aldre, men som oftest forekommer hos eldre (Stubberud, 2016, s. 430). Tilstanden kan oppstå tidlig i behandlingsforløpet eller utvikles over noe lengre tid. Delirium kjennetegnes ved at det oftest er en kortvarig og reversibel tilstand (Ranhoff, 2010, s. 395). Delirium kan defineres som «... en mental forstyrrelse som er karakterisert av forstyrrelse i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd» (Ranhoff, 2010, s. 395). Delirium er en

vanlig tilstand som ofte blir underdiagnostisert eller feildiagnostisert som demens. Symptomene på delirium kjennetegnes av oppmerksomhetssvikt, redusert konsentrasjon, redusert korttidshukommelse, desorientering av tid, sted og situasjon, persepsjonsforstyrrelser, søvnforstyrrelser samt hallusinasjoner og paranoide forestillinger som kan føre til en agitert atferd hos pasienten. Symptomene kan svinge gjennom døgnet avhengig av endringer i pasientens tilstand og øvrig stressbelastning (Ranhoff, 2010, s. 395-400).

Årsakene og mekanismene bak delirium er komplekse og bare delvis kjente, men som hovedregel forårsaket av somatisk sykdom eller bivirkninger av medisiner. Det er enighet om at delirium forårsakes av forstyrrelser i nevron aktiviteten i det sentrale nervesystemet (Pedersen & Petersen, 2017, s. 159-160). Det kan være utfordrende å identifisere en klar årsak til utviklingen av tilstanden da det finnes en rekke risikofaktorer som deles inn i predisponerende og utløsende faktorer. Det ses ofte en kombinasjon av disse faktorene som årsak til utvikling av delirium. Predisponerende faktorer er de faktorer som allerede var tilstedeværende hos pasienten før innleggelse og som gjør pasienten ekstra sårbar for utvikling av delirium, som for eksempel høy alder, demens, nedsatt syn, nedsatt hørsel og underernæring. Utløsende faktorer regnes som forhold som oppstår under sykehusoppholdet og som kan bidra til utvikling av delirium i form av fysiske, psykiske og miljømessige faktorer, der de fysiske faktorene regnes som de viktigste (Stubberud, 2016, s. 430-431).

Alvorlig sykdom påvirker hjernens evne til tolkning og bearbeiding av informasjon, noe som igjen kan føre til utvikling av delirium. Slike faktorer kan eksempelvis være kirurgi, smerte, urinretensjon, elektrolyttforstyrrelser, legemidler, søvnmangel og nedsatt oksygentilførsel til hjernen. Psykiske og miljømessige faktorer kan være angst og utrygghet, fremmedgjøring, isolasjon, sårbarhet og andre faktorer i miljøet på sykehusavdelingen som kan føre til økt stressbelastning (Stubberud, 2016, s. 430-431). Dette indikerer at eldre og skrøpelige pasienter som gjennomgår et større kirurgisk inngrep er særlig utsatt for delirium ved innleggelse på sykehus, og dermed er det et særlig behov for forebyggende tiltak til denne pasientgruppen (Ranhoff, 2010, s. 400). Delirium forbindes ofte med økt liggetid på sykehus, økt dødelighet, funksjonssvikt og økte kostnader (Ranhoff, 2010, s. 395). Delirium kan oppleves svært skremmende både for pasienten, pårørende og pleiepersonalet (Gulmann & Voldsgaard, 2006, s. 114).

2.1.1 De forskjellige typene av delirium

Det skiller i hovedsak mellom to typer delirium; hyperaktivt- og hypoaktivt delirium. Det er også vanlig at pasienten veksler mellom disse i et såkalt blandet delirium. Hyperaktivt delirium kjennetegnes ved at pasienten opptrer urolig, vandrende, har hallusinasjoner, paranoide vrangforestillinger og gjerne drar ut katetre og venekanyler. Dette kan skape uro på sykehusavdelingen og pasienten kan stå i fare for å skade seg selv eller andre. Denne typen vil være lettere å gjenkjenne enn et hypoaktivt delirium. Hypoaktivt delirium er mer vanlig, men blir ofte ikke fanget opp og identifisert grunnet vage symptomer. Pasienter som opplever denne typen delirium opptrer ofte med nedsatt psykomotorisk aktivitet og har svekket oppmerksomhet og bevissthet. Det kan ved kognitiv testing avdekkes redusert oppmerksomhet og konsentrasjon og pasientene kan oppleve desorientering for tid, sted og situasjon (Ranhoff, 2010, s. 396).

2.2 Identifisering av delirium

Delirium er en tilstand som ofte kan forveksles med demens, noe som gjør identifiseringen av tilstanden vanskelig. Dette fører også til at delirium ofte blir underdiagnostisert (Stubberud, 2016, s. 430). Datainnsamling i form av ulike målinger, kartleggings skjema og kommunikasjon med pasient og pårørende for å finne predisponerende årsaker er viktig når en skal identifisere tilstanden. Det er også essensielt at sykepleier har kunnskaper om hvilke pasienter som er mest utsatt, hvilke symptomer tilstanden har og hva som skiller et delirium fra en demensdiagnose. Ettersom delirium har symptomer som endrer seg, er det viktig å gjennomføre kliniske observasjoner gjennom hele døgnet for å kunne identifisere tilstanden tidnok (Ranhoff, 2010, s. 398). Kartleggings skjemaer kan være til god hjelp for sykepleier både for å kartlegge om pasienten er i risikogruppen eller for å følge med på utvikling av symptomer. CAM (Confusion Assessment Method) ble utviklet som et hjelpemiddel for ikke-psykiater til å påvise delirium hos høyrisikopasienter. Ved hjelp av CAM kan sykepleier identifisere om pasienten har utviklet et delirium eller ikke (Ranhoff, 2010, s. 399). IDC-10 (International Classification of Diseases, 10.utgave) er et annet viktig verktøy i arbeidet med delirium. Dette anvendes for å diagnostisere tilstanden ut ifra gitte kriterier (Ranhoff, 2003, s.251).

Her presenteres de gitte kriteriene for kartleggingsverktøyet CAM i en tabell vi har utformet;

Tabell 2.1.

CAM
<p>Trinn 1: Akutt debut og fluktuerende forløp.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon i forhold til hvordan han er til vanlig?• Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet?
<p>Trinn 2: Uoppmerksomhet</p> <ul style="list-style-type: none">• Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet, er han lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?
<p>Trinn 3: Desorganisert tenkning</p> <ul style="list-style-type: none">• Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning som babling eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske utsagn eller uforutsigbare skift mellom forskjellige temaer?
<p>Trinn 4: Endret bevissthetsnivå</p> <ul style="list-style-type: none">• Er pasienten våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma.
<p>For å stille diagnosen delirium kreves det at trinn 1 og 2 og enten 3 eller 4 er oppfylt.</p>
<p>(Ranhoff, 2003, s. 253)</p>

2.3 Forebygging av delirium

Kvalitet i helse-og omsorgstjenesten vil blant annet innebære at tjenestene skal være trygge og sikre (Aase, 2018, s. 15). For å kunne forebygge et delirium er det vesentlig at sykepleiere har tilstrekkelig med kompetanse til å kunne observere og identifisere symptomer på tilstanden og iverksette korrekte forebyggende tiltak. Helhetlig god sykepleie anses som en viktig faktor i det forebyggende arbeidet. Ved å ivareta pasientens grunnleggende behov for respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og ernæring, samt sørge for at pasienten er fri for smerter og ubehag, mobilisere pasienten, fremme søvn og redusere stressfaktorer, motvirker en de fysiske, psykologiske og miljømessige faktorene som kan utløse tilstanden (Stubberud, 2017,

s. 430-435). Å fremme en normal døgnrytme, sikre tilstrekkelig væskeinntak, kognitiv stimulering, sanse optimalisering med høreapparat og briller samt mobilisering flere ganger daglig, blir omtalt som evidensbaserte deliriumforebyggende tiltak (Pedersen & Petersen, 2017, s.164). Det er blant annet i ortogeriatriske enheter pasientene har høyest risiko for å utvikle delirium, og i forbindelse med hoftebrudd vises det at bruk av blærekateter kan være en pleiemessig faktor som er uheldig og som disponerer for utvikling av delirium (Ranhoff, 2010, s. 401-402).

Miljøtiltak som å unngå utskifting av personalet, gi for lite informasjon og å omgås flere medpasienter vil også redusere stress og bør derfor prioriteres i det forebyggende arbeidet (Ranhoff, 2010, s. 402-405). Kommunikasjonsstrategier kan også ses på som et viktig miljøtiltak. Tydelighet i kommunikasjonen der én person prater om gangen og der det benyttes korte og klare setninger med minst mulig distraksjoner er nødvendig. I den forebyggende kommunikasjonen ses også realitetsorientering som et viktig verktøy med orientering om hvem de er, hvor de er og din rolle som helsepersonell (Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste, u.å). Sykepleiers nonverbale kommunikasjonsferdigheter vil være avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt (Eide & Eide, 2017, s. 136). Å ha pårørende til stede kan også være med på å skape et trygt miljø rundt pasienten noe som derav kan virke forebyggende (Pedersen & Petersen, 2017, s.162).

2.4 Sykepleiers funksjon

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleieutøvelsen omfatter både helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, administrering og fagutvikling. Sykepleieren har et juridisk ansvar i å ivareta pasientens rett til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Sykepleier har dermed også en plikt til å yte faglig forsvarlig helsehjelp etter bestemmelsene i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §4). Behovet for sykepleie kan defineres slik;

Behovet for sykepleie oppstår når alder, sykdom eller en ytre hendelse fører til at personen befinner seg i en situasjon der hans egne ressurser ikke lenger er tilstrekkelige for å fremme helsen eller ivareta de grunnleggende allmennmenneskelige behovene og håndtere de opplevelsene og reaksjonene som personen erfarer. (Kristoffersen et al., 2016, s. 16)

En av sykepleiers viktigste funksjoner er ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov og å møte den enkeltes opplevelser og reaksjoner. Det som legger grunnlaget for utførelsen av sykepleie vil i stor grad være verdier, teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap (Kristoffersen et al., 2016, s. 21). Sykepleie rettet mot pasienter med delirium vil stille sykepleier overfor utfordringer knyttet til sykepleiers etisk-moralske kompetanse. Spesielt utfordrende med denne pasientgruppen er at pasienten kan være motorisk urolig, ha nedsatt bevissthet og opptre utagerende. Dette stiller sykepleier overfor utfordringer rundt å ivareta velgjørhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, likebehandlingsprinsippet og autonomiprinsippet (Stubberud, 2016, s. 429). Sykepleier har etter de yrkesetiske retningslinjer et særskilt ansvar i å holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019). Det er viktig at sykepleier har gode kunnskaper og ferdigheter til å observere og vurdere pasientens tilstand for å kunne iverksette forebyggende tiltak og behandling, samt å kunne vurdere tiltakenes effekt (Stubberud, 2016, s. 434).

2.5 Virginia Hendersons grunnlagstenkning

Henderson var en av de første sykepleierne som prøvde å forklare sykepleierens særegne funksjon. Hennes sykepleiedefinisjon ble presentert i 1955, mens det hun kalte sykepleiens grunnprinsipper ble presentert i 1960. Hovedfokuset i hennes sykepleieteori ligger i beskrivelsen av sykepleierens ansvarsområde og rolle (Kristoffersen, 2016, s. 37-38). Henderson fokuserer også på at den sykepleieren som ønsker å forstå og å hjelpe den enkelte pasient, vil være imøtekommende mot og ønske å ha samtaler med pasientens pårørende. *«Hendes væsentligste innsats kan meget vel være at hjelpe en pårørende til at forstå, hvordan han eller hun kan støtte pasienten»* (Henderson, 1995, s. 50). Definisjonen får fram at sykepleie primært er en tjeneste for pasientene, og at sykepleier skal hjelpe med å utføre de gjøremål som er nødvendig for den enkelte pasients helse med individuell pleie (Kristoffersen, 2016, s. 38).

Sygeplejerskens unikke funktion er at bistå enkle, syge eller raske, med at utføre de aktiviteter til fremme eller genvindelse af sundheden (eller til at opnå en fredelig død), som han ville utføre på egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, vilje eller viden, og at gøre dette på en måde, der hjælper han til så hurtigt som mulig at blive selvhjulpne. (Henderson, 1995, s. 35)

Sykepleiers rolle blir da å kompensere for svikten i pasientens egne ressurser og sørge for ivaretagelse av de grunnleggende behovene (Kristoffersen, 2016, s. 26). Henderson fremhever at sykepleier er og bør være en selvstendig praktikant og være i stand til å ta selvstendige beslutninger så lenge hun ikke diagnostiserer, ordinerer sykdomsbehandling eller setter prognoser, da dette er legens oppgave. Når det gjelder hva som anses å være nødvendig av grunnleggende pleie og omsorg er derimot sykepleieren suveren (Henderson, 1995, s. 36). Hva sykepleier skal assistere pasienter med, blir presentert i 14 punkter som Henderson betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper. Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på at behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person (Kristoffersen, 2016, s. 38-39).

Her presenteres de 14 grunnleggende sykepleieprinsippene i en oversiktstabell vi har utformet;

Tabell 2.2.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Å puste normalt. 2. Å spise og drikke tilstrekkelig. 3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer. 4. Å bevege seg og opprettholde ønsket kroppstillinger. 5. Å sove og hvile. 6. Å velge riktig klær og sko, samt kle av og på seg. 7. Å opprettholde normal kroppstemperatur ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur. 8. Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Å unngå farer i omgivelsene og unngå å skade andre. 10. Å kommunisere med andre ved å uttrykke sine følelser, behov, bekymringer eller meninger. 11. Å praktisere sin tro. 12. Å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe. 13. Å finne underholdning og fritidssysse. 14. Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling. <p>(Henderson, 1995, s. 37).</p>
---	--

3.0 METODE

Dette kapittelet omhandler søkeprosessen og hvordan vi har kommet fram til forskningsartikler, samt hvilken metode vi har benyttet oss av for å belyse oppgavens problemstilling. Dette vil innebære valg av metode, søkestrategi, bruk av databaser, valg av søkeord, artikler og analyse.

3.1 Valg av metode

Metode er det verktøyet en benytter for å undersøke et område, for å få fram ny kunnskap eller etterprøve kunnskap. Metoden er et nyttig verktøy for å samle inn data til det en ønsker å undersøke. Metode kan defineres som «...en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap...» (Dalland, 2017, s. 51).

Det er i hovedsak to typer metode som benyttes; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er kjennetegnet ved at den gir målbare data som kan tallfestes. Kvantitativ metode går mer i bredden av et fenomen, og fremstillingen har til hensikt å formidle en forklaring på bakgrunn av det representative. Det blir som regel benyttet spørreskjema, samt systematiske observasjoner for å innhente data (Dalland, 2017, s. 52-53). Denne metoden vil eksempelvis kunne være gunstig dersom hensikten er å utforske forekomsten av en bestemt sykdomstilstand (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Kvalitativ metode forteller oss mer om opplevelsene og egenskapene til fenomenet. Det har med andre ord til hensikt å formidle forståelse og få fram det særegne. Dette er en metode som går mer i dybden av et fenomen. Det benyttes ofte intervjuer og observasjoner for å innhente data og metoden tar sikte på å få fram en helhet (Dalland, 2017, s. 52-53). Dette vil være en egnet metode dersom en eksempelvis skal innhente opplysninger om sykepleier eller pasientens opplevelser av sykdom eller helsetjenester (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Valg av metode vil innebære både etiske og faglige refleksjoner. En viktig overveielse ved valg av metode er at den vil gi best mulig data til å belyse oppgavens hensikt og problemstilling. Det må foretas vurderinger mellom fordeler og ulemper ved de aktuelle metodene. Det er også mulig å benytte seg av en kombinasjon av de to metodene (Dalland, 2017, s. 54). For å belyse problemstillingen har vi valgt å benytte oss av kvalitativ metode, ettersom vi ønsker å innhente opplysninger om hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan

identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Dette er informasjon forskere lettere kan innhente gjennom intervjuer og observasjoner av sykepleiers erfaringer og opplevelser.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt handler om å få en oversikt over kunnskapsgrunnlaget innen et område. Dette innebærer å innhente forskning i det området som skal studeres og dermed danne seg en forståelse. En forutsetning er altså å søke etter vitenskapelige artikler, velge artikler og å analysere disse som et grunnlag til å besvare problemstillingen. Utgangspunktet for en litteraturoversikt er at det benyttes allerede publiserte forskningsartikler som grunnlag for innhenting av data (Friberg, 2017, s. 141-143). Friberg definerer det slik «...att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde» (Friberg, 2017, s. 141).

Integrativ litteraturoversikt er en mer kompleks litteraturoversikt. Denne type litteraturoversikt vil basere seg på å sammenstille og analysere funn fra forskningsartikler og syntetisere dette til «en ny helhet». Dette innebærer å gjøre sammenligninger og å dra konklusjoner. Ut ifra resultatet kan en undre seg over hvordan dette kan bidra til økt forståelse for fenomenet i praksis. Det kan også forekomme nye spørsmål ved resultatene (Friberg, 2017, s. 150-151). Integrativ litteraturoversikt vil danne grunnlaget for vår metodiske tilnærming i oppgaven. Vi vil i tillegg til forskningsartikler ha med relevant teori og egne refleksjoner som danner grunnlaget for oppgaven.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Vi har i løpet denne prosessen erfart at det finnes et mangfold av artikler som omhandler delirium. Det var derfor nødvendig for oss å bruke strukturert litteratursøking som strategi, da dette innebar bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier som begrenser søket og antall treff på artikler. Først og fremst avgrenset vi søket til å kun omhandle artikler som belyser vår problemstilling ved hjelp av relevante søkeord. For å avgrense søket enda mer ønsket vi kun artikler som var publisert etter 2011, da vi vurderte at artikler som var eldre enn 10 år kunne

være noe mer utdatert enn nyere forskning som har kommet på området. Vi ønsket også kun artikler som var fagfellevurdert eller «peer reviewed», for å sikre at artiklene vi fant var av god nok kvalitet og troverdighet. Videre avgrenset vi søkeområdet til at vi ønsket artikler fra Europa og da aller helst Skandinavia, for å samle forskning som er mest lik det norske helsevesenet og som er basert på norske sykepleieres erfaringer (Dalland, 2017, s. 156-157).

3.3.2 Valg av databaser

Ettersom vi har valgt litteraturstudie, var det viktig for oss å finne et knippe gode og relevante vitenskapelige artikler som vi kunne analysere og bruke som et grunnlag i besvarelsen av oppgaven. For å finne relevante artikler, søkte vi i bibliotekets helsevitenskapelige databaser. Vi gjorde søk i alle databasene, men fant artiklene vi har valgt å bruke til å belyse problemstillingen på Cinahl, Svemed+ og Idunn. Svemed+ og Idunn inneholder mange skandinaviske artikler, og det var derfor i disse databasene vi fant flertallet av artiklene vi vurderte som mest relevante for oppgaven. Ettersom delirium også er et internasjonalt fenomen, ønsket vi å inkludere internasjonale studier og brukte derfor databasen Cinahl.

3.3.3 Valg av søkeord

For å finne aktuelle artikler måtte vi begrense søket i databasene ved å finne relevante søkeord, i tillegg til de andre inklusjons-og-eksklusjonskriteriene vi valgte å bruke. Ved å kun oppgi ordet «delirium» i de forskjellige databasene fikk vi flere tusen artikler opp som resultat. Ved søk i databasen Idunn begrenset vi søket ved å bruke ordene «delirium» og «sykepleie». Dette ga fem resultater, noe som gjorde at vi kunne lese gjennom og vurdere alle artiklene for å se om noen var relevante. På databasen Svemed+ brukte vi søkeordene «forebygging, delirium, hoftebrudd, eldre». Dette ga ett resultat som viste seg å være en svært relevant artikkel. Videre når vi skulle gjøre søk i de tilsynelatende større databasene, var det viktig å begrense søket enda mer med å bruke flere søkeord. På databasen Cinahl ble derfor søkeordene «nursing AND postoperative AND delirium AND hipfracture» brukt. Med disse søkeordene i tillegg til de andre inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi har nevnt ga dette et treff på 17 artikler.

3.3.4 Valg av artikler

Ettersom oppgaven vår er basert på den kvalitative metoden var det mest relevant for oss å bruke kvalitative artikler i besvarelsen vår. I og med at søkeordene våre, og inklusjons- og eksklusjonskriteriene i de fleste databasene ga flere treff enn antall artikler vi valgte å bruke, måtte vi gjøre en vurdering på hvilke artikler vi oppfattet som mest relevante til å besvare problemstillingen. Dette gjorde vi ved å få et overblikk over hva artiklene omhandlet, om de besvarte noen av spørsmålene vi stiller og om den belyser problemstillingen vår (Dalland, 2017, s. 159). Enkelte artikler kunne vi utelukke kun ved å lese artikkelens abstrakt og konklusjon, mens andre måtte vi ta en grundigere analyse av før vi kunne ta en vurdering. At artikkelen omhandlet forskning fra korrekt arena i relevante land, artikkelens gyldighet og holdbarhet, studiens etiske hensyn, forfatterens bakgrunn og hvilke publiseringskanaler som er benyttet ble også tatt i betraktning når vi skulle vurdere artiklens relevans. De fem artiklene vi har analysert i oppgaven er valgt ut ifra disse kravene. Oppgaven vår inkluderer både primærstudier og sekundærstudier, og samtlige av artiklene er bygd opp etter IMRaD-strukturen, noe som gjør det enklere for leseren å få et raskt overblikk over innholdet i artikkelen (Dalland, 2017, s. 158-164).

Tabell 3.1. Oversikt over utvalgte og analyserte artikler.

Forfatter, årstall, land.	Hensikt:	Perspektiv:	Metode:	Resultat:	Database:
Bøyum, W. Å. (2013). Norge	Studere sykepleie personalets erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Det er utført to fokusgruppeintervju med ni sykepleiere og to helsefagarbeidere.	Sykepleierne hadde kunnskaper og erfaring når det gjaldt å iverksette tiltak til pasienter med delirium. Sykepleiere har positiv erfaring med skjerming og pårørende som tiltak. Kommunikasjonsstrategier spiller en viktig	Svemed+

				rolle. Det trengs noe mer forskning.	
Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2011) Norge	Undersøke hva som kjennetegner sykepleiers praksiserfaringer knyttet til tilstanden delirium hos gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi.	Sykepleier	Kvalitativ. Fokusgruppeintervjuer med 15 sykepleiere ansatt på ortopedisk avdeling.	Den gamle pasientens særegne behov blir ikke i tilstrekkelig grad vektlagt i forbindelse med ortopedisk kirurgi. Det er behov for praksisforbedring av sykepleietjenesten til eldre med hoftebrudd.	Idunn.
Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014) Norge.	Undersøke sykepleiers erfaring med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant eldre som innlegges for ortopedisk kirurgi.	Sykepleier	Kvalitativ. Reanalyse av fokusgruppeintervjuer med 15 sykepleiere fra ortopedisk avdeling.	Det er et behov for kompetanseutvikling og implementering av evidensbaserte prosedyrer i sykepleiepraksis, samt tydelig prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte pasienter.	Idunn.

Tsang, L. F. (2014) Kina	Beskrive utviklingen av en prosedyre som sykepleiere kan bruke til å identifisere, forebygge og behandle pasienter med risiko for utvikling av postoperativt delirium.	Sykepleier og lege.	Prosedyren ble testet ved to ortopediske avdelinger og inkluderte ortopediske leger, geriater og ortopediske sykepleiere samt andre profesjoner. Prosedyren var tilpasset pasienter på 60 år og eldre innlagt med hoftebrudd.	RAMP er et verktøy som ble utviklet for sykepleiere til å systematisk identifisere delirium ved å kartlegge underliggende risikofaktorer. Grunnleggende sykepleie ble ansett som en viktig forebyggende faktor. Det blir presisert at prosedyren som ble utformet trenger mer utprøving for å kunne vurdere dens effekt.	Cinahl
Holly, C., Rittenmeyer, L. & Weeks M., S. (2014) USA	Beskrive en tilnærming til forebygging av postoperativt delirium hos eldre pasienter gjennom bruk av eksisterende kliniske retningslinjer.	Sykepleier og lege.	Systematisk gjennomgang av eksisterende kliniske retningslinjer og teori om tema for å utarbeide kliniske vurderingskriterier spesielt tilpasset den postoperative pasient med hoftebrudd.	Strategiske og standardiserte tilnærminger for å forbedre pleien til postoperative pasienter med hoftebrudd som opplever delirium er identifisert, men følges ikke rutinemessig. En metode som har vist å øke rutinemessig bruk av tilpasset klinisk praksis er implementering av kliniske vurderingskriterier.	Cinahl.

3.4 Analyse av artikler

Vi har benyttet oss av Friberg sin analysemodell når vi har analysert de vitenskapelige artiklene. Ved å benytte oss av denne har vi delt opp og analysert viktige deler av artiklene, sammenlignet disse og skapt en ny helhet (Friberg, 2017, s. 148-150).

For å analysere de valgte artiklene leste vi først gjennom studiene flere ganger med et spesielt fokus rettet mot studienes resultat. Deretter identifiserte vi hovedfunnene i hvert av studienes resultater og så på hva som var mest fremtredende i resultatene i forhold til å kunne besvare vår problemstilling. For å få et overblikk over hva som skulle analyseres sammenlignet vi alle studienes resultater og framstilte en systematisk oversikt ved hjelp av en tabell. Deretter så vi etter likheter og forskjeller mellom resultatene og knyttet dette opp mot vår problemstilling og til slutt hvordan dette kan forbedre dagens praksis på området vi har studert.

Tabell 3.2.

Hovedfunn	Underkategorier
Identifisering av delirium	- Kartleggingsverktøy - Datainnsamling - Preoperativ identifisering
Forebygging av delirium	- Grunnleggende sykepleie - Preoperative tiltak - Pårørende som ressurs
Kompetanse	

4.0 RESULTATER

Dette kapittelet vil omhandle en presentasjon av artiklenes resultater og hovedfunnene i disse. Vi vil også trekke fram viktigheten av preoperativ identifisering og forebygging da dette er en avgjørende faktor for om pasienten utvikler delirium postoperativt.

4.1 Identifisering av delirium

4.1.1 Kartleggingsverktøy

Flere av de analyserte artiklene avdekker en mangel på bruk av kartleggingsverktøy for å tidlig identifisere delirium som en del av forebyggingen (Bøyum, 2013; Holly et al., 2014; Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014).

Artikkelen til Holly et al., (2014) kommer i sine resultater fram til at delirium er en vanlig, men ofte oversett tilstand hos eldre innlagt på sykehus. Resultatene peker på viktigheten av å forstå sammenhengen mellom risikofaktorer og tidlig identifisering og diagnostisering av delirium. Studien nevner diagnosesystemet ICD-10 som et verktøy for å diagnostisere delirium. For å kunne identifisere delirium ble det ansett som nødvendig å benytte seg av en daglig vurdering av risikofaktorer hos pasienter innlagt med hoftebrudd. Det beskrives at kartleggingsverktøy ikke alltid blir benyttet, men at kartleggingsverktøyet CAM har en nøyaktighet på hele 89 %. Viktigheten av god opplæring og tilstrekkelig kompetanse for å få optimalt utbytte av kartleggingsverktøyet blir vektlagt (Holly et al., 2014, s. 27- 32). Studien belyser at identifisering av underliggende årsaker til delirium er ansett som en førsteprioritet. For å kunne kartlegge dette ble det foreslått en rekke kliniske spørsmål for å avdekke pasientens helsetilstand ved å benytte en type elimineringsmetode. Eksempelvis: «Has hypoxia been ruled out?...Has infection been ruled out?...” (Holly et al., 2014, s. 33).

Ifølge studien til Tsang (2014) avdekkes det at tidlig identifisering av delirium er en del av primærforebyggingen. Prosedyren RAMP (Risk Assessment and Management for Post-operative delirium) er et verktøy som ble utviklet for sykepleiere til å systematisk identifisere delirium ved å kartlegge underliggende risikofaktorer. Prosedyren tok for seg seks risikofaktorer som en del av kartleggingen; mental og atferdsmessig påvirkning, sensorisk svekkelse, fysiologisk påvirkning, immobilitet, elektrolyttforstyrrelser og

infeksjonspåvirkning. Dette ble benyttet allerede preoperativt og senere i kombinasjon med kartleggingsverktøyet CAM fra postoperativ dag 0 og til pasienten ble overflyttet eller utskrevet. Ifølge studien kommer det fram at tidlig identifisering og behandling av risikofaktorer kan vise seg å redusere graden av postoperativt delirium. Det blir presisert at prosedyren som ble utformet trenger mer utprøving for å kunne vurdere dens effekt (Tsang, 2014, s. 24-33).

4.1.2 Datainnsamling

I artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2011) avdekkes en manglende systematisk datainnsamling og kartlegging av risikoutsatte pasienter. Dette innebar blant annet mangel på observasjon av endringer i bevissthetsnivå og mental status i forbindelse med innleggelse av risikoutsatte pasienter. Når deltakerne fikk spørsmål om egen praksis i forbindelse med rapportering av delirium kom utsagn som «Nei, vi gjør ikke det. ...vi bare godtar delirium, sånn er det bare. Så gjør vi ingenting med det» (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 135).

I analysen av tidligere studie avdekket Vassbø og Eilertsen (2014) at det var varierende opplevelser blant sykepleierne om hvordan det var rettet oppmerksomhet mot identifisering av delirium. Sykepleierne opplevde ulike utfordringer i de ulike fasene i pasientforløpet. En sykepleier uttrykte seg slik: «Her må jeg være ærlig, jeg tenker ikke på delirium når pasienten kommer inn. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min» (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 63). Andre oppga at de tenkte på delirium først senere i pasientforløpet. Det tydet på at sykepleierne hadde mest fokus rettet mot hyperaktivt delirium og ikke erkjente hypoaktivt delirium. Sykepleierne opplevde det som utilfredsstillende at det ikke var etablert tydelige rutiner for bruk av systematisk identifisering og rapportering av delirium. Resultatene viser til at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand før innleggelse og heller ikke benyttet seg av å innhente informasjon fra pårørende. Sykepleierne fortalte at det var særlig vanskelig å identifisere et utviklet delirium hos pasienter som allerede hadde en demensdiagnose. Studien viste mangel på systematiske kartlegginger og prosedyrer i alle fasene i pasientforløpet (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 62-65).

4.1.3 Preoperativ identifisering

Spesielt to av de analyserte artiklene peker på viktigheten av preoperative samtaler med pasientene i kombinasjon med visitt av geriater eller geriatrisk sykepleier som tiltak for å identifisere delirium. Holly et al., (2014, s. 31) fremhever at preoperative konsultasjoner eller samtale innen 24 timer postoperativt i kombinasjon med daglig visitt av geriater eller geriatrisk sykepleier ble fremmet som tiltak for å identifisere delirium. Vassbø og Eilertsen (2011, s. 136) beskriver at preoperativ informasjon ble særlig vektlagt for akuttinnlagte pasienter.

4.2 Forebygging av delirium.

4.2.1 Grunnleggende sykepleie

«Pasientens opplevelse av trygghet anses som sentralt i forebygging av delirium...» (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 130). I artikkelen fremheves det at tilstedeværelse er et viktig forebyggende tiltak både for observasjoner, å kunne gjenta informasjon og å formidle trygghet og ro overfor pasienten samt sikre at pasienter med endret bevissthetsnivå ikke påførte seg skader. Resultatene peker også på at skjerming av pasienter var et viktig tiltak for å redusere symptomer. Artikkelen nevner videre at tilstrekkelig smertelindring er et viktig tiltak for forebygging av delirium, da smerter også påvirker pasientens andre grunnleggende behov som matlyst, søvn og mobilisering negativt. Det kommer dog også fram at sykepleier opplevde å ikke ha nok tid til å kunne forebygge delirium, da det ikke var tilstrekkelig personell tilgjengelig i en travel hverdag. Sykepleierne hadde fokus rettet mot tradisjonelle forebyggingstiltak postoperativt, men knyttet ikke dette direkte opp mot forebygging av delirium (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 133-137).

I artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2014) fremheves også viktigheten av å utføre grunnleggende sykepleie for å forebygge delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. I likhet med artikkelen over nevner også denne artikkelen tilrettelegging for god søvn, normal kroppstemperatur, ernæring, trygghet, væske og smertelindring som viktige faktorer i forebygging prosessen (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 62-70). Studien fremmer særlig mobilisering ettersom «...deltakerne beskrev at de hadde erfart en sammenheng mellom immobilisering og utvikling av delirium...» (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 64).

Bøyum (2013) konkluderer i sin studie med at «Forebygging av delirium krever et helhetlig perspektiv og en bevissthet på komplekse forhold som for eksempel utilfredsstillende smertelindring, dehydrering, forlenget preoperativ ventetid, bevisst kommunikasjonsstrategi og et avskjermet miljø» (Bøyum, 2013, s. 217). Det avdekkes at mangel på tid er en begrensende faktor i arbeidet mot å forebygge delirium. Studien viser også til inneliggende urinkateter, venekanyler, oksygenlanger og bandasjer som stressmomenter for pasienten. Det ble også sett en sammenheng mellom inneliggende kateter og urinveisinfeksjon som utløsende faktor til utvikling av delirium (Bøyum, 2013, s. 213-217).

Tsang (2014) viser også i sin studie til grunnleggende sykepleie som en viktig forebyggende faktor. Det avdekkes at multifaktorielle tiltak med en medføleende og omsorgsgivende tilnærming til pasienten er gode forebyggende tiltak. Det kommer i studien fram at smerter kan være en utløsende faktor for delirium da pasienten kanskje ikke klarer å fortelle at han har smerter og dermed blir urolig. Ved bruk av smertestillende samt lite mobilisering nevnes også her forstoppelse som en utløsende årsak til delirium noe som også kan unngås ved praktisering av grunnleggende sykepleie. Har pasienten svekket syn eller hørsel, er det viktig at sykepleier hjelper pasienten med å ha alle sine hjelpemidler som briller og høreapparat tilgjengelig. Mobilisering, ernæring og væsketilførsel blir også nevnt som viktige forebyggingstiltak i studien. Et stabilt miljø med samme primærsykepleier og uten unødvendig rombytte blir også nevnt som viktig forebygging (Tsang, 2014, s. 24-33).

Holly et al., (2014, s. 33) fremhever kommunikasjonsferdigheter, orientering og å skape trygghet som gode forebyggende tiltak. I likhet med studien til Tsang (2014) nevner også denne studien viktigheten av et stabilt miljø rundt pasienten. Det pekes på at miljøet rundt en pasient med hoftebrudd skal vurderes daglig. Grunnleggende sykepleie blir nevnt som helt essensielt for å forebygge delirium postoperativt. Det konkluderes her med at de mest effektive tiltakene for å forebygge delirium er å fremme trygghet, hydrering, riktig ernæring og oksygen. Artikkelen presiserer at sykepleieobservasjoner er like viktig som legetiltak (Holly et al., 2014, s. 31).

4.2.2 Preoperative tiltak

Flere av studiene påpeker at det preoperative forløpet kan ha stor innvirkning på om pasienten utvikler et postoperativt delirium. «... sykepleierne var spesielt opptatt av å beskrive et begrenset handlingsrom for forebygging av delirium i den preoperative fasen» (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 133). Sykepleierne i studien hadde liten innflytelse på hvor lenge pasienten måtte vente på operasjon, noe som gjorde planlegging og iverksetting av væske- og næringstilførsel vanskelig. Dette reduserte muligheten til å utøve kvalitetsmessig god sykepleie, noe studien ser på som en sammenheng med utvikling av delirium (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 133-134).

Artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2014) fremhever også den preoperative fasen som et tidsrom hvor sykepleiere står overfor krevende utfordringer. «Sykepleierne etterlyste bedre rutiner for planlegging av operasjonene og bedre samarbeid om operasjonsprogrammet, særlig for å møte behovene til gamle pasienter med brudd» (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 64). Uforutsigbarhet i operasjonsprogrammet kan føre til utilstrekkelig væske- og ernæringstiltak, samt immobilisering hvor en konsekvens kan være at pasienter øker risikoen for å utvikle delirium. Selv om sykepleierne hadde erfart sammenhenger mellom immobilisering og utvikling av delirium, synes ikke handlingene å være direkte rettet mot forebygging av delirium (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 62-66).

Studien til Bøyum (2013) avdekket at flere av informantene mente at de eldre pasientene med hoftebrudd måtte vente for lenge på operasjon, som i seg selv var et problem i tillegg til at en fikk problemer med immobilitet og faste (Bøyum, 2013, s. 214). Dette er i denne studien som i tidligere studier også nevnt som faktorer som kan øke risiko for utvikling av et postoperativt delirium.

4.2.3 Pårørende som ressurs

Flere av artiklene nevner pårørende som en god og viktig ressurs i forebyggende arbeid mot utviklingen av delirium. «Uten pårørende eller bekjente, er det veldig vanskelig å vite om pasienten er klar eller ikke. Det kan derfor være vanskelig å vite hvilket utgangspunkt en har» (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 136-137). Bøyum (2013) har i sin studie kommet fram til at pårørende i de fleste tilfeller har en svært beroligende og realitetsorienterende effekt på

pasienten. «Tilstedeværelse av pårørende kunne dermed være en avgjørende faktor for forebygging av delirium» (Bøyum, 2013, s. 215), kommer det fram i artikkelen. Tsang (2014) skriver om viktigheten av å informere de pårørende om diagnosen og hvilken forebyggende rolle de kan ha. Artikkelen understreker at mennesker pasienten kjenner kan være med å fremme trygghet for pasienten (Tsang, 2014, s. 32). Holly et al., (2014, s. 33) nevner også i sin studie samarbeid med pårørende som et viktig tiltak og vektlegger i likhet med Tsang (2014) viktigheten av informasjon om tilstanden til både pasient og pårørende.

4.3 Kompetanse

I flere av de analyserte artiklene kommer det fram at det trengs kompetanseheving blant sykepleiere når det kommer til identifisering og forebygging av delirium. Flere av artiklene inkluderer et behov for kompetanseheving i konklusjonen, og legger vekt på at dette vil være et viktig skritt i riktig retning for å skape et tilpasset helsetilbud til eldre (Tsang, 2014; Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014). Holly et al., (2014, s. 33) setter ord på kompetanseheving mer indirekte med å konkludere med at delirium i flere tilfeller ikke blir identifisert og hvilke negative konsekvenser dette har. Bøyum (2013, s. 213) derimot, skriver i sin artikkel at sykepleierne i studien hadde mye kunnskaper om og erfaringer med å forebygge delirium og at manglende ressurser var det som satt begrensinger. Ifølge Holly et al., (2014, s. 33) kom det i resultatene fram at helsepersonell trenger nok kunnskap om delirium og dens diagnostiske betydning. Vassbø og Eilertsen (2011, s. 135-137) avdekket en kunnskapsmangel blant sykepleiere når det kommer til å identifisere risikoutsatte pasienter og iverksette forebyggende tiltak. Flere av sykepleiernes uttalelser tyder på at de ikke hadde oppfattelsen av at delirium er en diagnose som krever oppmerksomhet og spesielle handlinger.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Vi skal i denne delen av kapittelet diskutere vår bruk av kildekritikk, de valgte artiklenes relevans for oppgaven, kvalitativ tilnærming som metode og integrativ litteraturstudie som metode.

5.1.1 Land og arena for studiene

Flertallet av artiklene vi har valgt er studier fra Norge, og derfor relevante for oss å bruke i besvarelsen av oppgaven. Dette ettersom vi ønsker å fokusere på det norske helsevesenet og norske sykepleieres erfaring. To av artiklene er publisert henholdsvis i USA og Kina noe vi i utgangspunktet vurderte som en svakhet. Vi vurderte likevel at de var relevante ettersom de omhandlet bruken av enkelte kartleggingsmetoder som vi ønsket å legge vekt på. Det er også relevant å understreke at det finnes gode internasjonale erfaringer ved kartleggingsverktøy ettersom dette trolig også kan ha en positiv effekt i det norske helsevesenet. I og med at vi har valgt å fokusere på hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd, ble studier fra ortopediske avdelinger den aktuelle arenaen for oss. Samtlige artikler er studier hentet fra ortopediske avdelinger med fokus på eldre mennesker og delirium. Studiene fokuserer på forskjellige elementer ved den ortopediske avdelingen og sykepleien som blir utført. Ved å finne studier med forskjellige fokus, noen nasjonale og noen internasjonale vurderer vi at vi har fått med flere viktige elementer for å belyse vår problemstilling.

5.1.2 Forfatterens bakgrunn

I vårt arbeid med kvalitetsvurdering og kildekritikk for å finne artikkelens troverdighet og gyldighet, fokuserte vi på forfatterens bakgrunn og kompetanse. I kvalitative studier med helsevitenskapelige tema er det relevant om forfatteren har kunnskap om temaet gjennom en rolle som for eksempel lege, sykepleier eller pasient (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Alle forfatterne har relevant erfaring eller bakgrunn som intensivsykepleier eller sykepleier. Forfatterne har også tatt videre masteroppgaver eller doktorgrader slik at de for eksempel har blitt professor i klinisk sykepleie, direktør ved sykepleieskole, leder for forskningsgruppe eller høgskolelektor. Det er også i studien til Holly

et al., (2014) og Tsang (2014, s. 33) presisert at det ikke eksisterer noen potensielle interessekonflikter blant forskerne, verken økonomisk eller på noen annen måte.

5.1.3 Studiens deltakere

Samtlige av studiene baserer seg i størst grad på deltakelse av sykepleiere. Studien til Bøyum (2013) inneholder innspill fra helsefagarbeidere, mens studiene til Holly et al., (2014) og Tsang (2014) har noen innspill fra leger. Samtlige deltakere ved studiene er ansatt på ortopedisk avdeling og har derfor relevant erfaring til å kunne bidra med informasjon til studiene som belyser vår problemstilling. Vassbø og Eilertsen (2011, 2014) hadde følgende inklusjonskriterier for sine deltagere; autorisert sykepleier og ansatt i minimum 50% stilling ved ortopedisk avdeling. Deltakerne hadde alt fra fire måneders til 14 års erfaring. Det presiseres også at begge kjønn var representert blant deltakerne, samt at de hadde bakgrunn fra forskjellige europeiske land. Tre av artiklene er basert på fokusgruppeintervju med henholdsvis 15 deltakere (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 131-132; Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 61-62) og elleve deltakere (Bøyum, 2013, s. 212). Dette er noe vi anser å gi et oversiktlig innblikk i hvilke erfaringer ansatte på ortopediske avdelinger har med tanke på utvikling av delirium hos eldre pasienter. Deltakerne i studien til Bøyum (2013) hadde 3-25 års erfaring ved avdelingene. Dette er med på å gi studien et innblikk i hvordan både nye og erfarne sykepleiere ved avdelingene forholder seg til delirium, og om det har vært en utvikling i arbeidet med forebygging av tilstanden over tid. Disse faktorene er også med på å øke studienes troverdighet og relevans, ettersom de er basert på erfaringer fra relevante yrkesgrupper som arbeider i relevante arenaer. To av artiklene inneholder også sitater fra deltakerne, noe som er med på å gi oss et mer konkret og levende bilde av hvordan deltakerne stilte seg til enkelte spørsmål og problemområder, i motsetning til å få det gjenfortalt med forfatterens ord (Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø og Eilertsen, 2014).

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode

Flertallet av de vitenskapelige artiklene vi har anvendt har benyttet seg av kvalitativ metode i form av fokusgruppeintervjuer. De to resterende har benyttet seg av allerede eksisterende forskning innen området. Kvalitativ metode har til hensikt å utforske meningsinnholdet i fenomener og opplevelsene for de involverte parter og bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Kvalitative intervjuer er en egnet metode for å få fram opplevelser, holdninger og oppfatninger ut ifra den enkeltes perspektiv. En fordel med bruken av kvalitativ

forskningsmetode er at dette kan åpne opp for ny kunnskap og danne grunnlag for nye problemstillinger (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Dette er noe vi mener er hensikten til samtlige av de vitenskapelige artiklene som benyttes i oppgaven. Artiklene har fokus på sykepleiers opplevelser og erfaringer, samt benyttelse av kliniske vurderingskriterier og prosedyrer rettet til sykepleiere.

Ettersom hensikten med vår oppgave er å belyse hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd, har vi benyttet oss av kvalitative forskningsstudier. Grunnet at problemstillingen vår omfavner et relativt avgrenset område ser vi det som en styrke at det er benyttet kvalitativ metode i flertallet av de analyserte artiklene. Det ble tidlig avklart at kvalitativ metode er den metoden vi mener belyser vår problemstilling på best mulig måte. Dersom hensikten med oppgaven i tillegg hadde vært å undersøke statistikken på hvor mange eldre som utvikler postoperativt delirium, kunne en med fordel inkludert kvantitativ forskning.

For å kvalitetssikre studienes forskningsresultater har vi gransket studienes gjennomførelse, hvilken metode som er benyttet, hvordan data er samlet for å besvare problemstillingen, samt i hvilken grad det er tatt hensyn til etiske forhold. I artikkelen til Vassbø og Eilertsen (2011) og i reanalysen til Vassbø og Eilertsen (2014) blir det benyttet kvalitativ metode med fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervju er med på å få fram gruppeerfaring, dette gir også rom for drøfting og refleksjoner blant deltakerne noe som ble tatt i betraktning i utarbeidelsen av intervju spørsmålene. Det er gjort et nøye forarbeid blant annet ved å benytte en teoretisk referanseramme der det framheves at sykepleiers oppfatninger er satt i fokus. Det er også begrunnet valg av metode for datainnsamling der det beskrives hvorfor de aktuelle informantene ble valgt og hvorfor kvalitativ metode var velegnet til å besvare problemstillingen. Det ble tatt hensyn til etiske overveielser ved at det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon til informantene og praksisfeltet, samt innhentet skriftlig samtykke. Opplysningene ble konfidensielt behandlet og anonymisert. Det ble også kvalitetssikret ved godkjenning av krav til personvern og oppbevaring av elektroniske data ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (Vassbø & Eilertsen, 2011, s. 131-133; Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 61-62). De ovennevnte artiklene tar hensyn til de faktorer som anses som viktig for forskningens kvalitet. Vi mener derfor at de besvarer problemstillingene på en god måte.

I studien til Bøyum (2013) er det også benyttet kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju som metode. Intervjuguiden ble i forkant testet ut ved en pilotundersøkelse, noe vi mener er med på å kvalitetssikre studien. Etske hensyn som er tatt i betraktning er tillatelse for gjennomføring av studie innhentet av ledelsen ved avdelingen og sykehuset. Deltakelsen skulle være frivillig og det ble avholdt et informasjonsmøte der deltakerne ga sitt muntlige samtykke i forkant av intervjuene. Informantene og deres utsagn ble anonymisert og opptakene ble slettet etter de var transkribert. Søknad om datainnsamling og lagring ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Bøyum, 2013, s. 212-213). Også i denne studien er det blitt gjort vurderinger når det kommer til valg av metode og etiske hensyn. Dette er noe vi har ansett som viktig for å ivareta personvern. I denne studien mener vi det er en fordel at det presiseres at det er frivillig å delta på intervjuene og at det er innhentet tillatelse fra ledelsen for å kunne gjennomføre intervjuene.

I studien til Tsang (2014) ble det utformet en prosedyre til bruk for sykepleiere for å identifisere, forebygge og behandle postoperativt delirium hos geriatriske pasienter med hoftebrudd. Denne prosedyren ble testet ved to ortopediske avdelinger og inkluderte ortopediske leger, geriatere og ortopediske sykepleiere, samt andre profesjoner. Prosedyren ble utviklet i samarbeid med retningslinjer publisert av National Institute for Health and Clinical Excellence. Et utkast ble delt ut til et knippe tilfeldige sykepleiere for å innhente deres meninger om prosedyren og for å avdekke dens anvendbarhet. Det ble gjort et grundig litteratursøk i forkant av utarbeidelsen av prosedyren. Det er ikke gjort noe mer rede for hvilken metode som er benyttet i studien, noe som kan representere en svakhet ved studien. Vi har allikevel sett kvaliteter ved denne studien ved at den i stor grad er knyttet opp mot sykepleie og at den belyser vår problemstilling på en god måte. Det ble benyttet en etikk-komite for tillatelse til datainnsamling i praksisfeltet. Det ble også innhentet skriftlig samtykke og gitt skriftlig informasjon til pasientene og deres pårørende. Data ble konfidensielt behandlet og kravet om anonymisering ble overholdt (Tsang, 2014, s. 24-25).

I studien til Holly et al., (2014) ble det utført en systematisk gjennomgang av eksisterende kliniske retningslinjer for å utarbeide nye kliniske vurderingskriterier for å forebygge og behandle postoperativt delirium hos pasienter med hoftebrudd. Det er begrunnet for valg av metode og dratt sammenligninger mellom metoden som er benyttet og forskningsstudie. Dette anså vi som en kvalitetssikring på at metoden som er benyttet er vel så god som en

forskningsstudie. Det er også benyttet en modell for oppbyggingen av de kliniske vurderingskriteriene for å kvalitetssikre disse (Holly et al., 2014, s. 27-29). I artikkelen fant vi ikke noe om etiske overveielser som er gjort i forbindelse med studien. Dette kan anses som en svakhet, da en ikke kan si sikkert om personvern ble ivaretatt på en sikker måte. Allikevel kan en gå ut ifra at forfatterne av artikkelen har vurdert etiske overveielser i sin analyse av de inkluderte studiene.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vi har benyttet oss av integrativ litteraturoversikt som metodisk tilnærming i oppgaven. Dette har vært med på å strukturere vårt arbeid ved at vi har benyttet oss av resultatene fra allerede publiserte vitenskapelige artikler for å knytte sammenhenger og dra konklusjoner for å besvare vår problemstilling (Friberg, 2017, s. 150). Ved å benytte oss av de fem vitenskapelige artiklene, samt teori og egne refleksjoner har vi dannet et grunnlag for å kunne belyse hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Ved å benytte oss av denne metoden har vi måttet anvende søkestrategier inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier, vurdere de vitenskapelige artiklene etter kvalitet og etiske hensyn, analysert resultatene og brukt disse til å skape en ny helhet som besvarer vår problemstilling. Vi valgte ut fem vitenskapelige artikler vi mente var med på å belyse vår problemstilling på en god måte.

Litteraturoversikt som metode kan også ha en svakhet ved at en bruker forskning innen et relativt avgrenset område. Dermed vil ikke alt av forskning om det aktuelle tema bli inkludert i oppgaven. En annen svakhet kan være at vi selv har valgt ut de aktuelle artiklene, men dette kan samtidig ses på som en styrke, ved at vi har valgt artikler som vi mener belyser vår problemstilling.

5.2 Resultatdiskusjon

Dette delkapittelet vil omhandle en diskusjon av våre hovedfunn i de analyserte artiklene, underbygd med teori og egne refleksjoner for å belyse hvordan sykepleier på ortopedisk avdeling kan identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.

5.2.1 Identifisering av delirium

Oppsummert avdekker flere av de analyserte artiklene i sine resultater manglende bruk av systematiske kartleggings skjema og datainnsamling som verktøy for å identifisere delirium (Bøyum, 2013; Holly et al., 2014; Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014). For å kunne forebygge delirium vurderer vi det som helt essensielt at sykepleier er i stand til å identifisere tilstanden. Vi anser det som urovekkende at det avdekkes en så stor mangel på klare rutiner for bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere delirium på ortopedisk avdeling. Det kan tenkes at tidspress i dagens effektiviserte helsevesen, samt kortere sykehusopphold er faktorer som spiller inn på hvorvidt pasientene blir kartlagt for delirium eller ikke.

En utfordring med å identifisere delirium er at tilstanden ofte kan forveksles med demens (Stubberud, 2016, s. 430). Deltakerne i studien til Vassbø og Eilertsen (2014, s. 63) uttrykte også at dette var en særlig utfordring. For å identifisere et delirium vil det være nødvendig å diagnostisere tilstanden. Dette ser vi i teorien der diagnosesystemet ICD-10 er beskrevet (Ranhoff, 2003, s. 251). Diagnosesystemet presiseres også som et nyttig verktøy i studien til Holly et al., (2014, s. 31). Majoriteten av deltakere i studien til Vassbø og Eilertsen (2014) ga uttrykk for at de ikke hadde delirium i tankene når pasienten ble innlagt. Noen tenkte derimot på dette senere i pasientforløpet. Mangelfulle rutiner for systematisk identifisering av tilstanden var noe de opplevde som utilfredsstillende (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 63). Symptomene på delirium oppstår ofte akutt og har et fluktuerende forløp der særlig eldre mennesker med hoftebrudd er utsatt (Ranhoff, 2010, s. 396-400). Symptomene på den hypoaktive typen av delirium synes ikke å være forstått og satt i sammenheng med delirium ifølge deltakerne i studien til Vassbø og Eilertsen (2014, s. 65). Deltakerne forteller om opplevelser der pasienten kunne hatt et hypoaktivt delirium uten at de selv var klar over det. Fremstillingen tyder på at sykepleierne hadde mer fokus rettet mot pasienter med hyperaktivt delirium (Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 65). Dette kan forstås i lys av teorien som peker på at hypoaktivt delirium er langt mer krevende å fange opp enn det hyperaktivt delirium er. For å identifisere et hypoaktivt delirium kan en utføre en kognitiv testing og vil da avdekke symptomer som redusert oppmerksomhet, konsentrasjon og desorientering (Ranhoff, 2010, s. 396). Vi anser det derfor som nødvendig å implementere en standard prosedyre for hvordan delirium skal identifiseres postoperativt hos pasienter innlagt med hoftebrudd på ortopedisk avdeling.

Et av de viktigste verktøyene for å identifisere delirium er gjennom datainnsamling og bruk av systematiske kartleggings skjema. Det kan være gunstig å inkludere pårørende for å innhente komparentopplysninger for å lettere kunne identifisere eventuelle predisponerende årsaker (Ranhoff, 2010, s. 398). I studien til Vassbø og Eilertsen (2014, s. 63) avdekkes det derimot manglende rutiner på systematisk datainnsamling og innhenting av informasjon fra pårørende, samt å benytte kartleggings skjema for å identifisere delirium. Videre ses det i studien til Vassbø og Eilertsen (2011, s. 134-135) en mangel på observasjon av endringer i pasientens bevissthetsnivå og mentale status. I lys av teorien beskrives viktigheten av å identifisere om pasienten har en endring i mental funksjon (Ranhoff, 2010, s. 398). Vi vil tro at å benytte seg av datainnsamling i forkant av en operasjon vil kunne gi sykepleier mye viktig informasjon om pasientens sykehistorie og om pasienten er særlig utsatt for å kunne utvikle et delirium postoperativt. Dette kan skape en unødig belastning på pasienten dersom det ikke blir innhentet nok data for å kartlegge og identifisere den risikoutsatte pasienten slik at forebyggende tiltak blir igangsatt.

Et velkjent og mye omtalt kartleggings skjema i litteraturen er CAM. Dette er et verktøy som kan benyttes av sykepleier til å identifisere om pasienten har utviklet et delirium (Ranhoff, 2010, s. 399). Vår erfaring fra klinisk praksis er at det mangler rutiner for identifisering og kartlegging av delirium. Det er gjerne slik at pasienten med delirium ikke blir oppdaget før det foreligger symptomer. Dette er med på å skape refleksjoner rundt sykepleiers plikt til å yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4) og pasientens rett til forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Kristoffersen et al., s. 17). Det kan forstås at sykepleier har et særskilt ansvar i å identifisere postoperativt delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Vi kjenner til og har gjennom praksis erfart de negative konsekvensene delirium kan medføre for både pasient, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig. Det kan trolig være besparende for alle parter med tidlig identifisering av tilstanden.

Vi kan se likheter i studien til Holly et al., (2014) og Tsang (2014) der begge belyser viktigheten av å forstå sammenhengen mellom risikofaktorer og utviklingen av delirium. Det hevdes ifølge studien til Holly et al., (2014) at det er nødvendig med en daglig vurdering av risikofaktorer hos alle pasienter med hoftebrudd grunnet at delirium har et fluktuerende

forløp. Kartleggingsverktøyet CAM blir presentert som et viktig verktøy for å identifisere delirium. Det kommer dog fram at dette ikke alltid blir benyttet (Holly et al., s. 29-30). Det kan virke som at det foreligger gode grunnleggende kunnskaper om identifisering av delirium og viktigheten ved å benytte ulike kartleggingsverktøy og vurderingskriterier, men at det allikevel mangler klare rutiner for når, hvordan og hvem som skal utføre dette. I studien til Tsang (2014) ble det i tillegg til CAM utarbeidet en prosedyre kalt RAMP som er tidligere presentert i resultatkapittelet. Dette skal hjelpe sykepleier med å identifisere delirium ved å systematisk kartlegge pasientens underliggende risikofaktorer (Tsang, 2014, s. 25-29). Dette kan forstås i lys av teori om predisponerende og utløsende faktorer for utvikling av delirium og hvorfor det er viktig å tidlig identifisere de risikoutsatte pasientene for å forebygge et delirium postoperativt (Stubberud, 2016, s. 430-431). Ettersom delirium har et akutt og fluktuerende forløp vil det kunne være hensiktsmessig å benytte seg av kartleggingsverktøy som foreslått i studien. Delirium kan ha et svingende forløp både fra dag til dag og i løpet av døgnet. Det vil derfor være viktig med hyppig kartlegging og kliniske observasjoner (Ranhoff, 2010, s. 398). Vår erfaring tilsier at CAM først blir benyttet når et delirium har oppstått og at det ofte ikke er implementert rutiner for dette i avdelingen.

I studien til Holly et al., (2014, s. 31) og Vassbø og Eilertsen (2011, s. 136) blir også preoperative samtaler belyst som et verktøy for å identifisere delirium. Det å kunne identifisere tilstanden preoperativt vil trolig kunne forebygge delirium også postoperativt. En kan da gjennom preoperativ samtale identifisere hvilke pasienter som er i risiko for å utvikle delirium senere i pasientforløpet, samtidig som en kan avdekke om en pasient allerede har utviklet et delirium preoperativt og å tilpasse forebyggende tiltak deretter.

5.2.2 Forebygging av delirium

Delirium oppstår som følge av at pasienten er utsatt for en utløsende årsak i forbindelse med sykehusoppholdet og behandlingen. Det kan være både fysiske, psykiske og miljømessige faktorer, hvor de fysiske faktorene regnes som de viktigste årsakene. Dette kan eksempelvis være smerte, urinretensjon, elektrolyttforstyrrelser, legemidler, søvnmangel og nedsatt oksygentilførsel til hjernen (Stubberud, 2016, s. 431). At sykepleier er kjent med hva som anses som utløsende årsaker, ser vi derfor på som essensielt for at sykepleier skal kunne forebygge utviklingen av tilstanden. I tillegg må sykepleier ha et spesielt fokus på eldres grunnleggende behov, og hvilke områder som påvirkes mest i forbindelse med hoftebrudd og

operasjon. Sanseoptimalisering ved at sykepleier sørger for at pasienten har eventuelle briller og høreapparater tilgjengelige fremheves i studien til Tsang (2014, s. 31) og understøttes i teorien (Pedersen & Petersen, 2016, s. 164). Det kommer i teorikapittelet fram at sykepleieutøvelse blant annet omfatter forebygging, noe som er svært sentralt i sykepleierens funksjon i arbeidet med pasienter som er i risikogruppen for å utvikle et delirium (Kristoffersen et al. 2016, s.17). Samtidig er en av sykepleiers viktigste funksjoner også å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen et al. 2016, s. 24-25).

Grunnleggende sykepleie kommer tydelig fram som viktige forebyggende tiltak i samtlige artikler, og dette anses derfor som svært aktuelt for å belyse problemstillingen vår (Bøyum, 2013; Holly et al., 2014; Tsang, 2014; Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014). Henderson presenterer også i hennes behovsteori 14 grunnleggende prinsipper sykepleier skal hjelpe og assistere pasienter med. Flere av de samme punktene går igjen i annen teori og artikler som eksempelvis hjelp til tilstrekkelig ernæring, væske, søvn, regelmessig eliminasjon og normal kroppstemperatur (Bøyum, 2013, s. 217; Henderson, 1995, s. 37; Ranhoff, 2010, s. 402; Vassbø & Eilertsen, 2011, 134-137; Vassbø & Eilertsen 2014, s. 64). En kan da se at det er en klar sammenheng mellom utilstrekkelig ivaretagelse av grunnleggende behov og utløsende årsaker for tilstanden. At sykepleier mestrer å ivareta pasientens grunnleggende behov, anser vi derfor som et svært viktig og essensielt forebyggende tiltak. Det kan tenkes at grunnleggende sykepleie har lett for å bli nedprioritert i en travel hverdag, men at det vil være nødvendig å se og erkjenne den eldres særegne behov for å kunne forebygge delirium postoperativt.

Selv om de fysiske faktorene anses som de viktigste utløsende årsakene, er det også viktig at sykepleier har fokus på de psykiske og miljømessige faktorene. Disse faktorene blir i teorien beskrevet som at pasienten kjenner på angst og utrygghet, fremmedgjøring, isolasjon, sårbarhet og andre faktorer i sykehusmiljøet som kan føre til økt stressbelastning (Stubberud, 2016 s. 431). I artikkelen til Bøyum (2013) presenteres det at inneliggende urinkatetre, venekanyler, oksygenlanger og bandasjer kan være stressmomenter for pasienten (Bøyum, 2013, s. 214). Samtlige av disse momentene kan dessuten være nødvendige for å kunne vedlikeholde pasientens grunnleggende behov med tanke på eliminasjon, tilstrekkelig oksygentilførsel og tilgang til medikamentadministrering. Sykepleier bør da vurdere hva som er nødvendige tiltak for pasientens grunnleggende behov og hva som eventuelt kan fjernes.

Som Bøyum (2013) nevner i sin artikkel kan det være et alternativ å legge venekanylen på foten til pasienten, da dette kan redusere stresset (Bøyum, 2013, s. 214). Et inneliggende urinkateter øker også risikoen for at pasienten utvikler en urinveisinfeksjon som igjen kan være en utløsende årsak for delirium (Bøyum, 2013, s. 213). Det bør derfor vurderes daglig om pasienten enda har behov for dette eller ikke, for å unngå et infeksjonsutløst delirium.

Et stabilt miljø rundt pasienten uten for mye utskifting blant personalet og rombytter blir presentert i studiene til Holly et al., (2014, s. 33) og Tsang (2014, s. 32) som viktige forebyggende tiltak. Dette blir understøttet i teorien hvor det blir nevnt at faktorer i miljøet som stadig utskiftning av personell, å måtte ligge på korridoren og støy fra forskjellige medpasienter disponerer for utvikling av delirium (Ranhoff, 2010, s.402). I studien til Holly et al., (2014, s. 33) og Vassbø og Eilertsen (2011, s. 134) belyses også viktigheten av å skape trygghet gjennom tilstedeværelse, observasjoner, informasjon og kommunikasjonsteknikker. Det blir i studien til Bøyum (2013) avdekket at realitetsorientering er beste kommunikasjonsstrategi å bruke når pasienten uttrykker forvirring for tid og sted (Bøyum 2013, s. 215). Fra teorien vurderer vi også at det er viktig å ha fokus på nonverbal kommunikasjon, ettersom vi gjennom det nonverbale gir uttrykk for om vi er innstilt på å lytte på det som blir sagt og ut ifra dette hjelpe (Eide & Eide, 2017, s. 136). De nevnte faktorene anses å være avhengige av hverandre da å prioritere primærsykepleie, fremme gode kommunikasjonsteknikker, ha et fast rom og skjerming fra unødvendig støy kan være med å skape en trygg omgivelse for pasienten.

Pårørende som ressurs i det forebyggende arbeidet trekkes fram i flere av de analyserte artiklene og understøttes av teorien samt våre erfaringer fra praksis (Bøyum, 2013, s. 216; Holly, 2014, s. 33; Tsang, 2014, s. 33; Vassbø & Eilertsen 2011, s. 136-137; Vassbø & Eilertsen, 2014, s. 63). Det legges i studiene til Bøyum (2013, s. 215) og Tsang (2014, s. 32) vekt på at pårørende kan ha en beroligende og betryggende effekt for pasienten. Dette trekkes også fram i teorien ved at det er med på å skape et trygt miljø rundt pasienten (Pedersen & Petersen, 2017, s. 162). Vår erfaring tilsier også at pårørende har en positiv forebyggende effekt da de som det kommer fram i studien til Vassbø og Eilertsen (2011, s. 136-127) kjenner pasientens normale funksjon og kan hjelpe til med observasjoner som forebygging i en travel hverdag på avdelingen, samt skape trygghet for pasienten. Som det trekkes fram i studien til Holly et al., (2014, s. 33) og Tsang (2014, s. 33) er det imidlertid også viktig at pårørende får

informasjon om tilstanden, med hensyn til at den kan oppleves skremmende for dem og at de da lettere kan forstå typiske symptomer.

For å forebygge et postoperativt delirium vurderte vi at det var aktuelt å inkludere preoperative forebyggende tiltak i oppgaven vår for å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende og fullverdig måte. Resultatene i enkelte artikler viser til at uforutsigbar ventetid på operasjon bød på flere utfordringer med tanke på faste, væskerestriksjoner og immobilitet som alle er faktorer som kan gi negative følger for pasientens grunnleggende behov, og som derfor kan ha innvirkning på om pasienten utvikler et postoperativt delirium (Bøyum, 2013; Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014). Det blir ikke konkret understøttet i teorien at ventetid på operasjon og preoperative tiltak er viktig. Det er derimot et stort fokus på grunnleggende behov og sykepleie til disse. Vi anser derfor at resultatene fra artiklene indirekte blir understøttet av teorien da problemområdene også preoperativt med tanke på ventetid går utover pasientens grunnleggende behov. Å ha fokus på pasientens grunnleggende behov ses derfor som et essensielt tiltak også preoperativt for å forebygge et postoperativt delirium.

Om en i praksis skal kunne følge opp eldre pasienter så tett og nøyaktig som det er presentert i disse resultatene, samt iverksette gitte relevante tiltak, har vi gjennom egen praksis selv erfart og vurdert at det kreves mye tid og ressurser av de ansatte og sykehuset, noe en ikke alltid har ubegrenset av i en hektisk hverdag som sykepleier. Bøyum (2013) skriver i sin artikkel at han opplevde at sykepleierne hadde nok kunnskaper, men at det var mangelen på tid og ressurser som satte begrensninger i det forebyggende arbeidet. Det fremheves at det er spesielt tidkrevende å gi tilstrekkelig informasjon til og å berolige pasientene (Bøyum, 2013, s. 213). Teorien nevner på lik linje med Bøyum (2013, s. 215) at det er god erfaring fra praksis med et skjermet miljø i form av enerom, noe som kan være vanskelig å oppfylle på grunn av begrenset antall enerom på en ortopedisk avdeling (Ranhoff, 2010, s. 403). At det kommer fram at det er mangel på tid og ressurser er noe vi vurderer negativt i forhold til pasientsikkerheten. Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten skal blant annet innebære at tjenestene skal være trygge og sikre (Aase, 2018, s. 15). Dette kan blant annet innebære viktigheten av at det foreligger klare rutiner og prosedyrer for forebygging av delirium, for å effektivisere tiden til sykepleiere og iverksetting av tiltak samt kontinuerlige vurderinger av disse.

5.2.3 *Kompetanse*

Sykepleier har ifølge de yrkesetiske retningslinjer et ansvar for å holde seg faglig oppdatert og å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019). Dette ser vi motstridende i de ulike studiene der det avdekkes en kunnskapsmangel når det gjelder identifisering og forebygging av delirium. Det fremheves at kompetanseheving på området anses som nødvendig (Tsang, 2014; Vassbø & Eilertsen, 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014). Studien til Vassbø og Eilertsen (2011, s. 140-141) peker på at det trengs økt geriatrisk kompetanse og fokus på systematikk for å kunne utøve god sykepleie til eldre pasienter med hoftebrudd. I studien til Bøyum (2013) fremheves det på den andre siden at sykepleierne hadde mye kunnskaper og erfaringer med å forebygge delirium, men at manglende ressurser satte en begrensning.

Forebyggingstiltak mot kjente postoperative komplikasjoner som infeksjoner, smerter og immobilitet ble presentert som å være godt implementert i praksis, men at det foreligger et manglende fokus på at dette også er faktorer som forebygger delirium (Vassbø & Eilertsen, 2014, s.67). I teorien belyses viktigheten av at sykepleier har gode kunnskaper og ferdigheter til å observere og vurdere pasientens tilstand for å kunne iverksette forebyggende tiltak (Stubberud, 2016, s. 434). Sykepleie rettet mot delirium vil også kunne stille sykepleier overfor utfordringer knyttet til etisk-moralsk kompetanse, herunder de etiske grunnprinsippene; velgjørenhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, likebehandlingsprinsippet og autonomiprinsippet (Stubberud, 2016, s. 429-430). Ut ifra dette anser vi det som viktig at sykepleier er bevisst sitt faglige og etiske ansvar i arbeidet med å indentifisere og forebygge postoperativt delirium hos den eldre pasient innlagt med hoftebrudd.

6.0 KONKLUSJON

Vi har i løpet av arbeidet med bacheloroppgaven innsett at det foreligger en manglende bruk av kartleggingsverktøy og datainnsamling, samt manglende kompetanse på området vi har undersøkt. Det kommer gjennomgående fram i studiene at begrenset tid og ressurser, samt uforutsigbar ventetid på operasjon er faktorer som påvirker om det settes i gang forebyggende tiltak. Videre kommer det fram i flere av artiklene at grunnleggende sykepleie samt inkludering av pasientens pårørende vil være viktig som en del av forebyggingen. Vi konkluderer derfor med at det trengs kompetanseheving på området, samt bedre rutiner på ortopedisk avdeling for identifisering og forebygging av delirium.

6.1 Anvendelse i praksis

Sykepleiere på ortopedisk avdeling har et særlig ansvar med å identifisere og forebygge delirium postoperativt hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd, ettersom sykepleier har tette kontakt med pasienten under sykehusinnleggelsen. Dette krever at sykepleier holder seg faglig oppdatert og implementerer systematiske kartleggingsverktøy for å identifisere delirium som en rutine på avdelingen. Vi foreslår derfor at det på den enkelte ortopediske avdeling bør foreligge en prosedyre på hvordan sykepleier systematisk kan identifisere delirium ved å benytte kartleggingsverktøy som for eksempel CAM. Dette bør være en standard prosedyre for alle pasienter over 60 år som innlegges med hoftebrudd. Videre foreslår vi at sykepleier foretar datainnsamling preoperativt for å identifisere eventuelle predisponerende årsaker til utvikling av delirium. Dette vil innebære informasjon om pasientens sykehistorie. Sykepleier vurderer om en skal kontakte pårørende for å innhente komparentopplysninger om pasienten. Sykepleier må videre ivareta pasientens grunnleggende behov gjennom hele pasientforløpet for å forebygge utviklingen av et postoperativt delirium. Sykepleier skal også fremme trygghet, gode kommunikasjonsteknikker og et stabilt miljø rundt pasienten. For å heve kompetansen bør det arrangeres fagdager på den enkelte ortopediske avdeling der fokuset er hvordan sykepleier kan identifisere og forebygge postoperativt delirium. De foreslåtte tiltakene vil ha til hensikt å styrke sykepleiepraksis til eldre pasienter innlagt med hoftebrudd ved å identifisere og forebygge postoperativt delirium, og å kompensere for de mangler som kommer fram i konklusjonen.

LITTERATURLISTE

Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. (u.å). Lynkurs i delirium. Hentet 14. april 2021 fra <https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/utviklingshemning-og-aldring/helse-og-sykdom/delir-2/lynkurs-i-delirium/>

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A, M, G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg, bind1., s. 309-373). Gyldendal Akademisk.

Bøyum, W. Å. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien.no*, 8(3) s. 210-218. [10.4220/sykepleienf.2013.0091](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091)

Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (6.utg). Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019, 23. mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3 utg.) Gyldendal.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141-151). Studentlitteratur AB, Lund.

Gulmann, N. C & Voldsgaard, I. (2006). Intellektuelle og mentale problemer. I H. Tuntland (Red.), *Sykdommer hos eldre* (102-128).

Henderson, V. A. (1995) *The Nature of Nursing: Overvejelser efter 25 år* (1. utg) Munksgaard.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Holly, C., Rittenmeyer, L. & Weeks, S. M. (2014). Evidence-Based Clinical Audit Criteria for the Prevention and Management of Delirium in the Postoperative Patient With a Hip Fracture. *Ortopedic nursing*, 33(1), s. 27-34. [10.1097/NOR.0000000000000020](https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000020)
- Juliebø, V. & Wyller, T. B. (2010). Delirium: en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrisk sykepleie: Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens. Delirium hos eldre mennesker*, 2(3), s. 4-6. https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/geriatrisk-sykepleie-3_2010.pdf
- Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3., s. 15-76). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (3.utg., bind 1., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Mellingsæter, M. R., Johannessen, H. I. & Saltvedt, I. (2020, 29. juni). *Ortogeriatrici i Norge*. Indremedisineren. <https://indremedisineren.no/2020/06/ortogeriatrici-i-norge/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pedersen, H & Petersen, M. M. (2017). Kognitiv dysfunksjon. I S. Jastrup & E. A. Holm (Red.), *Sygepleje til ældre* (1.utg., s. 157-174). Forfatterne og Munksgaard.
- Ranhoff, A. H. (2003). Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I K. Engedal & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (1.utg., s. 245-262). Akribes Forlag.

- Ranhoff, A. H. (2010). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 395-405). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 1., s. 429-437). Gyldendal Akademisk.
- Tsang, L. F. (2014). Nurse' prediction prevention and management on post-operative delirium in geriatric patients with hip fracture: The development of a protocol to guide care. *International journal of Orthopaedic & Trauma nursing*, 18 (1). s. 23-34. [10.1016/j.ijotn.2013.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.06.001)
- Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2011). Uro og uklarhet - sykepleiers erfaringer med delirium i møte med eldre med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), s. 129-142.
<https://www.idunn.no/nsf/2011/02/art03>
- Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet - sykepleiers erfaringer med delirium i møte med eldre med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(1), s. 59-71.
https://www.idunn.no/file/pdf/65640218/faser_under_sykehusoppholdet_-_sykepleieres_erfaringer_med.pdf
- Aase, K. (2018). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3.utg., s. 15-22). Universitetsforlaget AS

VEDLEGG. 1: OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.
Tidsskrift/årstall	Sykepleien.no (2013).
Forfattere	Bøyum, W. Å. (2013) Norge.
Perspektiv	Sykepleier.
Problem	Årlig forekommer det ca. 9000 hoftebrudd i Norge. De eldre over 65 år er mest utsatt. I og med at akutt forvirring etter lårhalsbrudd er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet, er det viktig at sykepleier har nok kunnskap og ressurser til å forebygge delirium hos eldre.
Hensikt	Studere sykepleiepersonalets erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.
Metode	Kvalitativ metode. Det er utført to fokusgruppeintervju med ni sykepleiere og to helsefagarbeidere.
Resultater	Studien viser til at sykepleiere har kunnskaper og erfaring med å iverksette forebyggende tiltak i forbindelse med pasienter med delirium. Da særlig pasienter med hyperaktiv og hypoaktiv variant. De fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på symptomer på delirium. Det var flere etiske utfordringer i forbindelse med pasienter med delirium. Sykepleiere har positiv erfaring med skjerming, smertelindring, bruk av pårørende og god kommunikasjon med pasienten som forebyggende tiltak hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. Det trengs mer forskning på området som grunnlag for å iverksette sykepleietiltak.

Artikkel 2	
Tittel	Faser under sykehusoppholdet: Sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd.
Tidsskrift/årstall	Nordisk sygeplejeforskning (2014).
Forfattere	Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014) Norge.
Perspektiv	Sykepleier.
Problem	Begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner er gjennomgående i ulike faser i pasientforløpet og stiller sykepleier overfor ulike utfordringer.
Hensikt	Undersøke sykepleiers erfaring med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant eldre som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i et sykehusopphold.
Metode	Kvalitativ. Reanalyse av fokusgruppeintervju med 15 sykepleiere fra ortopedisk avdeling.
Resultater	Begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner var et problem i ulike faser og stilte sykepleier overfor ulike utfordringer. Det synes å være et behov for kompetanseutvikling og implementering av evidensbaserte prosedyrer i sykepleiepraksis, samt tydelig prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte eldre pasienter. Utilstrekkelige prosedyrer i hver fase kan medføre at viktige forebyggingstiltak og behandling ikke iverksettes.

Artikkel 3	
Tittel	Uro og uklarhet: Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd.
Tidsskrift/årstall	Nordisk sykeplejeforskning (2011).
Forfattere	Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2011) Norge.
Perspektiv	Sykepleier.
Problem	Akuttinnleggelser, uforutsigbare operasjonsprogram og stort arbeidspress synes å stille sykepleier overfor spesielt store utfordringer i møte med utsatte gamle pasienter med brudd. Utilstrekkelig med kunnskap gjør det også vanskelig for sykepleier å identifisere og iverksette forebyggende tiltak til tilstanden.
Hensikt	Undersøke hva som kjennetegner sykepleiers praksiserfaringer knyttet til tilstanden delirium hos gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi.
Metode	Fokusgruppeintervjuer med 15 sykepleiere ansatt på to ortopediske avdelinger som ble analysert på en kvalitativ måte.
Resultater	Den gamle pasientens særegne behov blir ikke i tilstrekkelig grad vektlagt i forbindelse med ortopedisk kirurgi. Det er behov for praksis forbedring av sykepleietjenesten til eldre med hoftebrudd og økt kunnskap som setter sykepleiere i stand til å identifisere risikoutsatte pasienter og iverksette forebyggende tiltak. Dette innebærer kompetanse i geriatri og systematikk, som vil gi muligheter for større autonomi i utøvelsen av sykepleie.

Artikkel 4	
Tittel	Nurse` prediction prevention and management on post-operative delirium in geriatric patients with hip fracture: The development of a protocol to guide care.
Tidsskrift/årstall	International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing (2014).
Forfattere	Tsang, L. F. (2014) Kina.
Perspektiv	Sykepleier/leger.
Problem	Det finnes ingen standard prosedyre for hvordan sykepleier kan identifisere, forebygge og behandle postoperativt delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd.
Hensikt	Beskrive utviklingen av en prosedyre som sykepleiere kan bruke til å identifisere, forebygge og behandle pasienter med risiko for utvikling av postoperativt delirium.
Metode	Prosedyren ble testet ved to ortopediske avdelinger og inkluderte ortopediske leger, geriatere og ortopediske sykepleiere samt andre profesjoner. Prosedyren var tilpasset pasienter på 60 år og eldre innlagt med hoftebrudd.
Resultater	RAMP er en prosedyre som ble utarbeidet for å tilstrebe den beste behandlingen til geriatrike pasienter som gjennomgikk hoftebrudds kirurgi. Prosedyren er et verktøy som ble utviklet for sykepleiere til å systematisk identifisere delirium ved å kartlegge underliggende risikofaktorer. Prosedyren ble beskrevet som mest effektiv dersom en benytter den fra innleggelse til utskrivelse. Grunnleggende sykepleie ble ansett som en viktig forebyggende faktor. Det blir presisert at prosedyren som ble utformet trenger mer utprøving for å kunne vurdere dens effekt.

Artikkel 5	
Tittel	Evidence-Based Clinical Audit Criteria for the Prevention and Management of Delirium in the Postoperative Patient With a Hip Fracture.
Tidsskrift/årstall	Ortopedic nursing (2014).
Forfattere	Holly, C., Rittenmeyer, L. & Weeks M., S. (2014) USA
Perspektiv	Sykepleier/lege.
Problem	Kliniske vurderingskriterier blir ikke fulgt rutinemessig for å forebygge og behandle postoperativt delirium hos eldre med hoftebrudd.
Hensikt	Beskrive en tilnærming til forebygging av postoperativt delirium hos eldre pasienter gjennom bruk av eksisterende kliniske retningslinjer.
Metode	Systematisk gjennomgang av eksisterende kliniske retningslinjer og teori om tema for å utarbeide kliniske vurderingskriterier spesielt tilpasset den postoperative pasient med hoftebrudd.
Resultater	Strategiske og standardiserte tilnærminger for å forbedre pleien til postoperative pasienter med hoftebrudd som opplever delirium er identifisert, men følges ikke rutinemessig. En metode som har vist å øke rutinemessig bruk av tilpasset klinisk praksis er implementering av kliniske vurderingskriterier.