



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

**Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr: 22

Antall ord: 8401



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

DELIRIUM OG FORBYGGING



Hentet fra: www.colourbox.com

Bachelorutdanning i sykepleie, Avdeling for helsefag

Haugesund, februar 2015

Kull 2012

Sammendrag

Høy alder fører til redusert evne til å mestre stressfaktorer som oppstår i det postoperative forløp. Dette fører igjen til at pasienten er i risiko for å utvikle postoperativ delirium.

Helsepersonellet sin oppgave er å forebygge at denne tilstanden oppstår, da delirium relateres til høy dødelighet, økt liggetid på sykehus og feildiagnostisering. For å kunne forebygge at postoperativ delirium oppstår, er økt kunnskap om tilstanden sentralt. Hensikten med denne oppgaven er å tilegne kunnskap om delirium og hvordan sykepleieren kan iverksette tiltak for å forebygge at tilstanden oppstår. Oppgaven er basert på litteraturstudie, der relevant litteratur for problemstillingen er blitt benyttet. Funnene viser at kunnskaper om delirium er det mest sentrale aspektet for å kunne forebygge at postoperativ delirium oppstår. Tiltak som er viktige i et forebyggende arbeid er å observere og bruke screening verktøyet Mini-Cog i det preoperative og CAM i det postoperative, for å identifisere risikofaktorer den eldre pasienten er utsatt for. Videre ser vi at kommunikasjon er et viktig moment i det forebyggende arbeidet. Likevel ser man at blant annet tidspress hos sykepleiere fører til utfordringer for å kunne imøtekomme pasientens behov.

Abstract

Increased age leads to reduced ability to cope with stressors that occurs in the postoperative phase. This causes the patients to be at risk for developing postoperative delirium. The healthcare professionals' task is to prevent this condition to occur, as delirium can complicate the patients' treatment by misdiagnosis and increased mortality. To prevent that postoperative delirium occur, increased knowledge about the condition is crucial. The purpose of this thesis is to acquire more knowledge about delirium, and how nurses may implement measures to prevent the condition from occurring. This thesis is a literature study, where relevant literature for the research topic has been used. The results show that knowledge about delirium is the most central aspect to prevent that postoperative delirium occurs. Crucial measures central to preventive work is to observe, and use screening tool such as Mini-Cog in the preoperative and CAM in the postoperative, to identify risk factors if elderly patients are exposed. Furthermore, we see that communication is an important factor to prevent the cognition. Yet we see that the time pressure for the nurses leads to challenges in order to meet the patients needs.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Begrunnelse for valg	2
1.4 Avgrensning og presisering	2
2.0 Teori	3
2.1 Delirium	3
2.1.1 Forløp og prognose	4
2.1.2 Risikofaktorer til delirium	4
2.2 Confusion Assessment Method (CAM)	4
2.3 Den eldre pasienten	5
2.4 Forebygging	5
2.4.1 Sykepleierens forebyggende funksjon	5
2.4.2 Kunnskapsbasert praksis	6
2.5 Omsorg	7
2.5.1 Kari Martinsen – omsorgsfilosofi	7
2.5.2 Kommunikasjon – et omsorgsfundament	8
3.0 Metode	9
3.1 Hva er en metode?	9
3.2 Litteraturstudie som metode	9
3.3 Litteratursøk	10
3.4 Kildekritikk	10
3.5 Etisk overveielse	11
4.0 Presentasjon av forskningsartikler og fagartikkel	12
5.0 Drøfting	16
5.1 Identifisering og forebygging	16
5.1.1 Screening og vurderingsverktøy	19
5.2 Omsorg	21
5.3 Kunnskapsbasert praksis	23
6.0 Avslutning	26
Referanseliste	27
Vedlegg I: Confusion Assessment Method (CAM)	31
Vedlegg II: Årsak til delirium	32
Vedlegg III: Norges befolkning - fordelt på aldersgruppe	33
Vedlegg IV: Mini-Cog Confusion	34
Vedlegg V: Litteratursøk	35

1.0 Innledning

Pasienter mellom 70-80 år er tre ganger så ofte på sykehus i forhold til personer under 60 år (Romøren, 2010). Over 70% av pasienter over 65 år er vist å ha utviklet delirium under opphold på sykehus (Peterson et al., 2006). Delirium kjennetegnes som en forstyrrelse i hjernens funksjon som fører til redusert hukommelse (Stubberud, 2011). Ettersom nordmenn lever lengre enn tidligere (Statistisk Sentralbyrå, fra nå SSB, 2015) (vedlegg III) og Norges befolkning blir eldre, kan det tenkes at "eldrebølgen" vil medføre hyppigere forekomst av delirium.

I henhold til lovverk for helsepersonell og forebygging, skal man etter Helse- og Omsorgstjenesteloven (2011) sitt formål § 1-1, forebygge og tilrettelegge for mestring av sykdom eller lidelse. Specialisthelsetjenesteloven (1999) påpeker under § 2-1 at helseforetakene skal forebygge sykdom og skade. Delirium relateres til blant annet høy dødelighet, økt liggetid på sykehus og feildiagnostisering som for eksempel demens (Ranhoff, 2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for temaet forebygging av delirium hos den eldre sykehuspasient, er på grunnlag av erfaringer jeg har gjort meg i sykehuspraksis. Flere eldre pasienter innlagt på kirurgisk avdeling på sykehus har fra tidligere ikke noen kjent sykdom, men kommer blant annet inn for elektiv operativ behandling. Ved skifte av miljø eller utvikling av smerter kan det oppstå endringer i pasientens mentale status som kan føre til akutt forvirringstilstand. Denne endringen fører ofte til at pasienten trenger en-til-en kontakt, og i praksis blir pasienten tolket som forvirret og vanskelig av helsepersonell og pårørende. Dette fører ofte til at pasienten unødig blir feildiagnostisert med demens.

Jeg ønsker her å trekke frem spesielt en episode hos en eldre pasient jeg husker fra kirurgisk praksis som belyser temaet mitt:

"Du skulle opereres. Jeg hilste på deg. Du var rolig og imøtekommende. Hadde ingen spørsmål. Etter operasjonen når du kom på sengpost, sa pleierne at du var utfordrende og vanskelig. Du spurte mange spørsmål som ble gjentatt. Hvor var du og hvem var vi? Du drog ut venefloner, oksygenkateter og rev av bandasjen. Du ønsket å gå ut av sengen, du ville hjem. Du var irritert. Jeg holdt deg i hånden, repeterte rolig hvor du var hver gang. Jeg prøvde å forstå hvorfor du ikke forstod. Sykepleierne sa at du var forvirret og urolig, og at du helt

sikkert hadde en form for demens fra tidligere, som ikke var dokumentert. Jeg skjønnte i etterkant at dette ikke kunne vært tilfelle, da du var en annen person nesten en uke senere. Du var den rolige personen som jeg møtte før operasjonen”.

1.2 Problemstilling

Delirium er et interessant tema jeg opplever sykepleiere trenger mer kunnskap om, med tanke på risikofaktorer man burde kjenne til for å forebygge at tilstanden oppstår. Ved å forebygge risiko for delirium kan man redusere kostnader, liggetid på sykehus og minimere risikoen for dødelighet (Ranhoff, 2010). Derfor har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier forebygge at postoperativ delirium oppstår hos den eldre sykehuspasient?

1.3 Begrunnelse for valg

I denne oppgaven ønsker jeg å se på hvordan sykepleiere kan være i forkant av, og forebygge at delirium oppstår hos den eldre sykehuspasienten i postoperativ fase. Postoperativ fase vil si perioden fra og med når pasienten kjøres ut fra operasjonsstuen til og med når pasienten blir skrevet ut fra sykehuset. Postoperativ fase deles inn i *oppvåkingsfase* hvor pasienten er på overvåkingsavdeling, og *rekonvalesentfase* som vil si når pasienten er på sengepost (Holm & Kummeneje, 2009). I postoperative fase kan det oppstå komplikasjoner som relateres til den kirurgiske behandlingen. Sykepleieren skal i det postoperative forløp observere blant annet bevissthet og allmenntilstand (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dāvøy & Grønseth, 2010).

1.4 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven tar for seg sykehuspasienter uavhengig av kjønn, i alder fra 65 år og eldre, og hvordan sykepleier kan forebygge at denne pasientgruppen utvikler postoperativ delirium på sengepost. Oppgaven vil ikke handle om delirium tremens da jeg ikke har førstehånds erfaring fra dette i praksis. Videre vil jeg fokusere på ikke-medikamentelle tiltak innen forebygging, da det er legen sin oppgave å ordinere medikamenter og ikke sykepleieren.

2.0 Teori

2.1 Delirium

For å forstå hva delirium innebærer, definerer det *Store Medisinske Leksikon* (Malt, 2014) tilstanden som en forvirring eller en form for forstyrrelse i hjernens funksjon. Ranhoff (2010) påpeker at denne mentale forstyrrelsen karakteriseres ved at det oppstår en forstyrrelse i blant annet bevissthet, hukommelse, orientering og evne til oppfatning i tillegg til endret adferdsmønster. Stubberud (2011) skriver at ved delirium blir den rasjonelle forklaringen svekket, og man vil da kunne observere at pasienten har psykoselignende symptomer som for eksempel hallusinasjoner. Symptomene varierer i løpet av døgnet og varierer individuelt. Ranhoff (2010) hevder at delirium er en kognitiv sykdom som blir sett på som et symptomkompleks. Det er derfor viktig å skille delirium fra andre tilstander som har lignende symptomer, da prognose og behandling av tilstandene er ulik (Ranhoff, 2010).

Delirium kan deles inn i hyperaktivt delirium og hypoaktivt delirium. Den hyperaktive tilstanden kjennetegnes ved at pasienten er psykomotorisk urolig, og selvseponerer venefloner og urinkateter, i tillegg til å vandre en del og skaper uro i avdelingen. En pasient i denne tilstanden er ofte i fare for å skade seg selv eller andre (Ranhoff, 2010). Hypoaktivt delirium er den vanligste tilstanden (24-44 %) men blir sjeldent erkjent av helsepersonellet. Pasienten er rolig og ligger stille i sengen. Symptomene som forekommer hyppigst, er redusert bevissthet og redusert psykomotorisk aktivitet. Denne tilstanden fører til at pasienten er roligere, og krever dermed mindre av avdelingen enn om pasienten er i hyperaktivt delirium (Ranhoff, 2010).

En tilstand hvor pasienten veksler mellom hyperaktiv og hypoaktiv tilstand kalles kombinert delirium. Vekslingene kan foregå i løpet av de første postoperative døgnene. Hypoaktivt – og hyperaktivt delirium gir alvorlig prognose med tanke på økt dødelighet eller redusert funksjonsevne (Ranhoff, 2010).

2.1.1 Forløp og prognose

Delirium kan oppstå brått i løpet av noen timer eller dager etter operativt inngrep. Varigheten er ofte kort, men kan noen ganger vare i alt fra timer til dager. Tilstanden er varierende fra time til time eller fra dag til dag, og innimellom kan pasienten få klare øyeblikk (Engedal, 2006). Delirium fører til økt komplikasjonsrisiko i det postoperative forløpet og fører til blant annet økt dødelighet og redusert funksjon i dagliglivets aktiviteter (Activities of Daily Living, ADL), økt sykehjemsbehov og forlenget sykehusopphold (Krogseth, Wyller, Engedal & Juliebø, 2011).

2.1.2 Risikofaktorer til delirium

Delirium er en vanlig tilstand hos de eldre sykehuspasientene (Ranhoff, 2010). Stubberud (2010) påpeker at det er utfordrende å identifisere den utløsende årsaken til delirium hos pasienter. Dette fordi mange faktorer kan spille inn og oppståtte symptomer er individuelle. Det vil likevel være vanlig å dele årsakene inn i predisponerende og utløsende faktorer (vedlegg I).

Predisponerende faktorer vil si faktorer som pasienten hadde før innleggelse på sykehus. Slike årsaksfaktorer vil føre til at pasienten er sårbar og vil kunne utvikle delirium ved innleggelse (Ranhoff, 2010). Utløsende faktorer derimot, er hendelser eller forhold som ligger til rette for at tilstanden oppstår. Hos en sårbar pasient vil utstyr som er tilkoblet pasienten, som blærekateter og infusjonsutstyr være utløsende faktorer for at delirium oppstår (Ranhoff, 2010). Herunder omfattes også fysiske faktorer som smerte eller kirurgisk stressrespons som de viktigste årsakene for at tilstanden utvikles (Stubberud, 2011).

2.2 Confusion Assessment Method (CAM)

For å kunne forstå hvordan man kan forebygge at delirium oppstår, mener jeg det er sentralt å vite hvilke symptomer som påviser diagnosen. Jeg ønsker her å trekke frem vurderingsskjemaet Confusion Assessement Method (CAM), som er til hjelp for diagnostisering av delirium. På grunn av underdiagnostisering av delirium, burde sykepleieren observere og vurdere pasientens kognitive funksjon etter punkt fra CAM. I følge Stubberud (2010) er CAM anbefalt å bruke i avdelingen i postoperative forløp, og til hver vakt hos pasienter som er i risiko for å utvikle delirium.

Diagnostiske kriterier etter CAM (vedlegg I) er nødvendig for å kunne avklare om pasienten er på vei til å utvikle eller har utviklet postoperativ delirium. Ranhoff (2010) påpeker at som sykepleier er det derfor viktig at man observerer pasienten og rapporterer videre til legen.

Legen ser pasienten i kortere perioder, og er derfor avhengig av sykepleierens observasjoner av pasienten for å kunne diagnostisere eventuell delirium (Ranhoff, 2010).

Delirium har symptomer som i løpet av døgnet varierer, og for å kunne vurdere om pasienten har utviklet eller står i fare for å utvikle postoperativ delirium, må man ta utgangspunkt i predisponerende- eller utløsende faktorer, som for eksempel pasientens sykehistorie og sykepleierens kliniske observasjoner (Ranhoff, 2010).

2.3 Den eldre pasienten

I følge WHO (2010) er det eldre mennesket over 60 år. Hos personer i alder fra 70 til 80 år er antall sykehusinnleggelse per tusende innbygger høyere enn personer under 60 år (Romøren, 2010). De viktigste og vanligste årsakene til at de eldre innlegges på sykehus er i første rekke hoftebrudd, deretter hjerneslag, kreftsykdommer, mage-og tarmsykdommer, lungebetennelse og hjertesykdommer (Romøren, 2010).

Alder er en av de predisponerende faktorene for utvikling av delirium (vedlegg II). Faren for å utvikle tilstanden øker parallelt med alderen (Stubberud, 2010). I følge Romøren (2010) og ser man en sammenheng; høy alder er med på å redusere evnen til å mestre stressfaktorer som oppstår i det postoperative forløp. Det er nettopp derfor de eldre er utsatt for å utvikle delirium postoperativt om man ikke identifiserer muligheten for dette i et preoperativt forløp.

Den eldre pasienten sees på som et sårbart menneske, på grunnlag av aldringsprosessen hvor blant annet syn og hørsel reduseres med årene (Romøren, 2008). Sykepleieren skal imøtekomme denne pasientgruppen med empati og lytte aktivt til pasientens ønsker. Dette er viktig for å kunne ivareta den eldre sin verdighet, livskvalitet og helse (Eide & Eide, 2013).

2.4 Forebygging

For å kunne forstå hvordan man kan forebygge at delirium oppstår, ønsker jeg å trekke frem hva forebygging vil si. Mæland (2009) beskriver det å forebygge sykdom, som å forhindre eller utsette at det oppstår sykdom.

2.4.1 Sykepleierens forebyggende funksjon

I Yrkesetiskeretninglinjer for sykepleiere (NSF:2011) står det: ”*Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse og forebygge sykdom (...)*”. Forebygging og behandling av delirium er viktig for å tilfredsstille faktoren av å yte faglig forsvarlig sykepleie (Stubberud, 2010).

Som sykepleier er det essensielt å ha kompetanse til å observere i tillegg til å vurdere før det iverksettes tiltak tilknyttet behandling og forebygging (Cullberg, 2005; Ranhoff, 2010).

Som et sekundærforebyggende tiltak skal man som sykepleier, i følge Nortvedt og Grønseth (2010) forebygge helsesvikt ved å identifisere og iverksette tiltak tidlig. Et tertiærforebyggende tiltak har som formål å forhindre at komplikasjoner ved sykdom og behandling oppstår (Nortvedt og Grønseth, 2010).

Stubberud (2010) skriver at for å utøve god helhetlig sykepleie skal man bruke egnet holdning, kunnskap og ferdigheter ovenfor pasienter som er i risiko for å utvikle delirium. Ved å ta utgangspunkt i disse områdene kan man forebygge at denne tilstanden oppstår (Stubberud, 2013).

2.4.2 Kunnskapsbasert praksis

I sykepleierens yrkesetiskeretninglinjer (NSF:2011), står det at man som sykepleier skal holde seg faglig oppdatert om forskning og være med på å bidra at ny kunnskap blir brukt i praksis (jf: *Sykepleieren og profesjonen*).

Med *kunnskapsbasert praksis* (også kalt *evidence informed health care*), mener Bjørndal (2009) at man bruker det faglige og integrerer det man ved med de ønsker brukeren eller pasienten har. Bjørndal, Flottorp og Klovning (2013) beskriver dette nærmere ved at man som fagpersonell skal begrunne de gjøremålene som utføres i praksis, og foreta helsefaglige beslutninger - på individ og gruppenivå – med de kunnskaper som er tilegnet (Bjørndal et al., 2013).

Etter Bjørndal et al. (2013) utføres sykepleiepraksisen forskjellig ved de ulike sykehusene og avdelingene, dette på grunnlag av at helsepersonell ikke er oppdatert på hvilke fagkunnskaper som skal utøves i praksis. Derfor kan ikke praksisutøvelsen sees som kunnskapsbasert. Slike situasjoner er ikke tilfredsstillende ovenfor pleien som skal gis (Bjørndal et al., 2013).

De sykepleiefaglige avgjørelsene skal baseres på innhentet forskningsbasert – og erfaringsbasert kunnskap, i tillegg til pasientens ønsker og behov i situasjonen som oppstår (Nortvedt, Jamtvedt, Graveholt & Reinar, 2007).

2.5 Omsorg

For å kunne forebygge at delirium oppstår er det etter min oppfatning viktig at man forstår pasientens behov ut i fra pasientens forutsetninger. Jeg ønsker derfor å trekke frem begrepet omsorg, da dette er en grunnleggende verdi for all pleie som utføres.

Omsorg blir etter Eide og Eide (2013, s. 32) definert som omtenksomhet, hvor man bekymrer seg eller bryr seg om en annen. I forhold til den helsefaglige sammenheng brukes begrepet om det å ivareta og sørge for å gi god hjelp og støtte.

I følge sykepleiernes yrkesetiskeretningslinjer (NSF:2011) skal grunnlaget for all sykepleie være at man respekterer den enkeltes liv, og at sykepleien som utføres skal baseres på menneskerettighetenes barmhjertighet, omsorg og respekt.

2.5.1 Kari Martinsen – omsorgsfilosofi

I denne oppgaven har jeg valgt å trekke frem Kari Martinsens omsorgsteori. Det har jeg valgt på grunnlag av problemstillingen min, hvor pasienter som er i risiko for å utvikle delirium kan oppleve en vanskelig og utfordrende situasjon. Det er derfor essensielt at man som sykepleier fokuserer på at omsorgen i seg selv er målet, og at omsorgen tilrettelegges den enkelte pasient. Omsorgsfilosofen Kari Martinsen (2003) beskriver omsorg som en forutsetning for å utøve sykepleie, og at man ut ifra dette skal ta vare på andre og vise at man bryr seg om personen.

Omsorg blir etter Martinsen (2003) delt inn i tre fenomener. Den første er *rasjonell* hvor der alltid må være minst to parter, og hvor den ene viser omtanke for den andre. Det andre fenomenet er *praktisk*, der man viser omsorgen ovenfor den andre personen ved å handle. Ved å gjøre dette er det viktig at man forstår situasjonen personen befinner seg i. Det siste fenomenet er *moralisk*. Herunder sier Martinsen at man skal handle ut i fra en holdning for at omsorgen som gis skal være ekte, og at man ikke skal ha forventninger om å få noe i gjengjeld. Videre påpeker Martinsen (2003) at sykepleieren må ha den nødvendige fagkunnskapen som trengs for å utøve god omsorg.

2.5.2 Kommunikasjon – et omsorgsfundament

Det å kunne forstå pasienten spiller en viktig rolle også i forhold til det forebyggende arbeidet da man får et innsyn i pasientens tanker og verdier selv i en deliriumstilstand. Ilkjær (2011) påpeker at om sykepleieren skal kunne forstå pasientens omsorgsbehov er kommunikasjon fundamentalt. I tillegg vil kommunikasjon mellom en pleier og pasient føre til at det oppstår tillit (Ilkjær, 2011).

I forhold til en hjelpende kommunikasjon, må man ha tilegnet ferdigheter for å takle ulike kommunikasjonssituasjoner på en hensiktsmessig måte, som vil si å støtte og hjelpe pasienten. Kommunikasjonssituasjonene kan variere ut i fra den enkelte pasient, da hver pasient har unike behov. Bare slik kan man utvikle et godt tillitsforhold (Eide & Eide, 2013).

I følge Eide og Eide (2013) må sykepleieren utøve profesjonell kommunikasjon, som vil si at sykepleieren kommuniserer i tråd med yrket som utøves, med et helsefaglig formål. Med dette kan man si at profesjonell, helsefaglig kommunikasjon alltid bør være hjelpende, slik at hjelpen som utføres er faglig begrunnet og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2013).

3.0 Metode

3.1 Hva er en metode?

Dalland (2012) beskriver metode som et verktøy som blir anvendt når vi skal undersøke noe. Metoden skal være til hjelp for å samle inn data til det som skal undersøkes. Vilhelm Aubert (1985, s. 196) karakteriserer *metode* som en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. I følge Krumsvik (2014) belyser kvantitativ metode at noe skjer, mens den kvalitative metoden utdyper hvorfor det skjer. For å forstå nærmere hva dette innebærer deler vi metodene innen det samfunnsvitenskapelige inn i kvalitativ- og kvantitativ metode (Dalland, 2012).

Kvalitativ metode blir etter Olsson og Sörensen (2003) karakterisert som beskrivende data, det vil si menneskets observante adferd og ens egen opplevelse beskrevet med ord. Kvalitativ metode gir mange opplysninger og retter fokus inn mot det unike tema (Olsson & Sörensen, 2003). Kvantitative metoder har på sin side målbare dataenheter som en av styrkene. Data samles inn i større omfang, og er derfor bedre egnet til å generalisere funn (Dalland, 2012).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven bygger på litteraturstudie som metode. Aveyard (2014) beskriver litteraturstudie som en omfattende studie der tolkningen av litteraturen relateres til et bestemt emne.

Vi deler litteraturstudie inn i to typer. Den ene kalles *allmenn litteraturstudie* som er selve oppstarten i en forskningsprosess. I denne type studie beskrives bakgrunn for hvorfor en empirisk studie blir utført (Forsberg & Wengström, 2008). *Systematisk litteraturstudie* er en annen type studie hvor mange kliniske spørsmål blir besvart. Forutsetningen for denne type studie er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan være med å bedømme valgt tema (Forsberg & Wengström, 2008).

Forsberg og Wengström (2008) beskriver at fordelene med litteraturstudie er at man får god oversikt med tanke på hvilke tiltak og behandlingsmetoder som er anbefalt. Ulempene med denne metoden er at man får begrenset mengde av relevant forskning. I tillegg vil litteraturen som blir valgt kunne påvirke oppgaven negativt, da litteraturen kan bli valgt ut etter ønsket resultat (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Litteratursøk

Litteratursøk ved flere databaser er med på å sikre stor bredde i forhold til litteratur til faget (Bjørk & Solhaug, 2008). Jeg valgte derfor å søke ved ulike databaser innenfor medisin- og sykepleieforskning. Databasene som gav best søk var CINAHL og Svemed+. Jeg utvidet søket med å bruke engelske søkeord da treffene gav få resultater (vedlegg V). I oppgaven er det anvendt pensumlitteratur og andre relevante verk fra bibliotek for å belyse problemstillingen. Offentlige kilder som Lovdata og Statistisk Sentralbyrå (SSB) er også benyttet.

Oppgaven knytter inn ulike forskningsartikler for å belyse oppgavens problemstilling:

Vassbø og Eilertsen (2011) sin kvalitative artikkel er relevant for oppgaven, da den får frem hvilke utfordringer sykepleierne møter med tanke på utilstrekkelig kunnskap, og manglende evne til å kunne identifisere og iverksette tiltak knyttet opp mot deliriumstilstand. I tillegg viser studien viktigheten av å ha tilstrekkelig med kunnskap om delirium, og at denne kunnskapen kan være med på å forebygge at tilstanden oppstår.

Den kvalitative artikkelen til Brown, Fitzgerald & Walsh (2007), er valgt fordi funnene i studien viser at man kan tidlig identifisere pasientens mentale status ved bruk av screeningsverktøy. I tillegg må miljøtiltak hos pasienten på avdelingen iverksettes for å forebygge at postoperativ delirium oppstår. Studien viser at god omsorg er avgjørende for å forebygge og redusere dødsrisiko av tilstanden.

Belanger og Ducharme (2011) sin artikkel er relevant for problemstillingen, fordi studien tar for seg pasienters egne opplevelser av å være i delirium. Sykepleiernes opplevelse av å håndtere tilstanden blir også nevnt, samt hvordan man skal kunne gi god nok omsorg til pasienter som er i delirium.

3.4 Kildekritikk

I forhold til kritisk vurdering av artiklene må det vurderes om informasjonen i studiene er gyldige. I tillegg skal studiens utførelse og metodens kvalitet vurderes (Kunnskapsbasert praksis, 2011). Kildekritikk blir etter Dalland (2012) sagt til å være den metoden som blir brukt for å fastslå om kilden er sann. Ved å bruke kildekritikk viser det at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som er valgt (Dalland, 2012). Det sentrale for kildekritisk tenkning er å gjøre rede for hvilke kilder som er brukt, og trekke frem hvorfor kilden er relevant i forhold til valgt problemstilling (Dalland, 2012). Fire av artiklene som er

representerte i denne oppgaven er engelskspråklige. Ved å være bevisst på dette, stiller jeg meg kritisk til egen oversettelse om tolkningen av teksten er riktig.

Opgavens svakhet kan være at fire av forskningsartiklene er basert på studie som er utført i utlandet. Man kan derfor stille spørsmålet om artiklene kan anvendes til norsk kontekst.

Alle artiklene som er valgt ut i denne oppgaven, er kontrollert og sjekket av undertegnede i forhold til metode, resultat og referansehenvisning. I tillegg tar studiene for seg viktige funn som er relevante for oppgavens problemstilling.

3.5 Etisk overveielse

Innenfor systematiske studier bør det gjøres etiske overveielser. Disse overveielsene tar for seg studieresultatets utvalg og presentasjon (Forsberg & Wengström, 2008). Med hensyn til dette er det viktig at man for det første ser om studien har fått autorisasjon fra etiske komitéer eller om det er gjort etiske overveielser. For det andre må litteraturen som er brukt i studien være gjenkjennbare uten at artiklene er mer enn ti år gamle. For det tredje skal det fokuseres på om resultatene støtter eller ikke støtter hypotesen som blir presentert (Forsberg & Wengström, 2008).

Det er bevisst ikke anvendt artikler i oppgaven som er eldre enn fra 2005, for å sikre en oppdatert studie, ettersom kunnskaper innenfor helsefag er under stadig endring. Artiklene er valgt på grunnlag av relevans for oppgavens problemstilling og er etisk overveid. I tillegg er forskningsartiklene valgt ut fra anerkjente databaser som CINAHL og Svemed+.

Etikken i oppgaven er overholdt, ved at det blir referert til artikler og litteratur hvor det henvises til forfatter, publikasjonssted og årstall. APA-metoden blir benyttet ved referering.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler og fagartikkel

Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium (Brooks, Spillane, Dick & Stuart- Shor, 2014)

Dette er en kvantitativ artikkel. Hensikten med studien er å evaluere hvor effektiv en multikomponent strategi er med tanke på å identifisere og behandle 96 kirurgiske pasienter som er 65 år eller eldre – og som står i fare for å utvikle postoperativ delirium. Studien er ved Cape Cod Hospital i New England. Funnene viser at pasienter som tester positivt i det preoperative forløp, ved bruk av screeningverktøyet Mini-Cog (vedlegg IV), utvikler postoperativ delirium. Tilstanden blir identifisert ved å bruke kartleggingsverktøyet CAM ved sengepost, eller CAM-ICU ved intensiv avdelingen. Resultatet av undersøkelsen viser en sammenheng mellom etterlevelse og utfall. For de pasientene som scorer høyt i gjennomføring av CAM og CAM-ICU resulteres dette til tidlig identifikasjon av postoperativ delirium. Bruk av screeningverktøy Mini- Cog i preoperativ fase, bidrar til å forenkle tidlig identifisering av postoperativ delirium hos eldre kirurgiske pasienter.

Uro og uklarhet – sykepleierens erfaringer med delirium blant gamle med brudd (Vassbø & Eilertsen, 2011).

En kvalitativ artikkel, som har til hensikt å undersøke hvilke praksiserfaringer sykepleierne har med eldre pasienter som blir innlagt for ortopedisk kirurgi i henhold til delirium. I studien deltok femten sykepleiere fra ortopediske avdelinger i fokusgruppeintervjuer. Funnene viser at mulighet for pasientautonomi i utøvelse av sykepleie gir utfordringer på ortopedisk avdeling. I tillegg fører tidsmangel og utilstrekkelig kunnskap hos sykepleierne til vanskeligheter med tanke på å identifisere delirium og planlegge tiltak. Dette gjaldt gamle pasienter som sto i fare for, eller som allerede hadde utviklet delirium. Resultatet i studien viser at ved å tilegne seg kunnskap om delirium ville man være i stand til å identifisere risikoutsatte pasienter og dermed igangsette forebyggende tiltak.

Delirium dichotomy: A review of recent literature (Brown, Fitzgerald & Walsh, 2007).

En kvalitativ oversiktsartikkel. Hensikten med artikkelen er å gjennomgå litteratur for å definere kliniske funksjoner og risikofaktorer innen delirium, i tillegg til å finne hvilke vurderinger og behandlingsstrategier som bør utføres i håndtering av tilstanden. Funnene viser for det første at ved å bruke screeningverktøy kan man tidlig identifisere pasientens kognitive funksjon, og om pasienten er i risiko for å utvikle postoperativ delirium. For det andre er miljøet rundt pasienten i det postoperative en risikofaktor for utvikling av tilstanden, som blant annet ukjente omgivelser, manglende kunnskap blant helsepersonell og ukjente ansikt. Konklusjonen som kom frem i artikkelen er at behovet for å identifisere og gi god omsorg til pasientgruppen i risikosonen for utvikling av delirium, er avgjørende for å redusere dødsrisiko ved forekomst av tilstanden.

Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies (Belanger & Ducharme, 2011).

Denne kvalitative studien har til hensikt å presentere resultat som kommer frem fra 17 artikler. Dette med fokus på erfaringer hvor pasienter beskriver hvordan det var å være i delirium. Sykepleiernes omsorgsutførelse blir også trukket frem. Bakgrunn for studien er at det i de siste årene har blitt fokusert mest på prognose, karakteristikk og patofysiologi, i tillegg til forebygging og gjenkjenning av deliriums tilstanden. Pasienters erfaringer og følelser knyttet inn mot tilstanden har dermed blitt oversett. Funnene fra studiene viser at pasienter som har vært i delir opplevde ubehag. Men ved at pasientene kunne snakke om opplevelsen, bli hørt og forstått - i tillegg til at pårørende var tilstede, var det lettere å komme seg gjennom tilstanden. Funnene viser også at sykepleierne som skulle behandle denne pasientgruppen ikke klarte å forstå pasientenes atferd og uttrykkelse og kjente derfor selv en følelse av ubehag. Resultatene i studien viste at pasientenes egen opplevelse av delirium, samt sykepleierens erfaring fra den utøvde omsorgspleien, gav god innsikt i hvordan den praktiske omsorgen kan forbedres.

Promoting mental health in older people admitted to hospitals (Keenan, Jenkins, Denner, Harries, Fawcett, Magill, Atkins & Miller, 2011).

Dette er en litteraturstudie. Hensikten med studien er å utforske hvilke vurderinger og handlinger sykepleiere gjør for å gi god omsorg til den eldre populasjonen med komplekse behov innen for psykisk helse som delirium, depresjon eller demens. Studien skal være med på å hjelpe sykepleiere til å utøve god kvalitet og omsorg hos disse pasientene. Funnene viser at pasienter som har vanskeligheter og problemer relatert til psykisk helse ikke får ivarettatt sin omsorg, dette fordi sykepleieren oppfatter pasienten som vanskelig. Tilstanden forblir dermed udiagnostisert og uoppdaget. Sykepleiere bør tilpasse kommunikasjonen opp mot den enkelte pasient, være tålmodig og vise empati i samtale med pasienten. I tillegg må budskapet som formidles være tilpasset slik at pasienten forstår. Samtidig er tilstedeværelse av pårørende viktig, da det gir pasienten trygghet. Resultatene viser at om sykepleierens fremtreden og kroppsspråk skaper trygghet - og er pasientrettet, vil man kunne redusere utfordrende oppførsel hos pasienten. En slik fremtreden gir pasienten god omsorg, og fremhever den eldre pasientens verdighet, respekt og velvære.

Delirium hos eldre pasienter (Neerland, Watne & Wyller, 2013)

Artikkelen er en litteraturstudie. Formålet med studien er å gi helsepersonell oppdatert kunnskap med tanke på håndtering av delirium. Bakgrunn til dette er at pasienter med delirium ofte blir oppfattet som en stor belastning hos helsetjenesten, for pasienten selv og pårørende. Funnene viser at det viktigste for å forebygge og behandle delirium er å igangsette ikke-medikamentelle tiltak, da forebyggende medikamentell behandling ikke blir anbefalt. Samtidig viser funnene at påvisning og behandling av utløsende årsak til tilstanden må få høyere prioritering. Resultatene tilsier at delirium ofte blir oversett hos eldre pasienter. De største risikofaktorene for utvikling av delirium er høy alder og demens. I tillegg er de vanligste utløsende faktorene; infeksjon, hjerneslag, metabolsk forstyrrelse og traume.

Fagutvikling i praksis (Løvsletten, 2013).

En fagartikkel, med hensikten for å avdekke hvor stor plass fagutvikling har innenfor den kliniske hverdagen. Funnene viser at det innenfor den kliniske hverdagen stilles krav til at sykepleieren bør bruke fagutvikling og forskning for å være oppdatert. Personalet mener fagutvikling er viktig, men at prioriteringer for å øke fagkompetansen ikke blir prioritert. Det er utfordringer rundt det å tilegne seg nye fagkunnskaper. Så det vesentlige er at personalet ved avdelingen tar ansvar og er bevisste på egen kompetanseheving. Samtidig må ledelsen tilrettelegge for fagutvikling ved å skape struktur ved avdelingsposten. Bare slik kan sykepleierne ivareta både pasienter og medarbeidere på en tilfredsstillende måte. Ved økte fagkunnskaper blir kvaliteten innenfor behandlingen bedre, og personalet vil være mer kompetente innenfor pleien som gis til pasienten.

5.0 Drøfting

HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN FOREBYGGE AT POSTOPERATIV DELIRIUM OPPSTÅR HOS DEN ELDRE SYKEHUSPASIENT?

5.1 Identifisering og forebygging

Det er i følge Vassbø og Eilertsen (2011) sentralt å identifisere de predisponerende- og utløsende faktorene, for å kunne forebygge at postoperativ delirium oppstår. Derfor bør sykepleiere være i forkant og identifisere de ulike faktorene i det preoperative forløpet.

Den eldre pasienten er en person som er over 60 år (WHO, 2010). Og i følge Stubberud (2010) er det alderen som er en predisponerende faktor for deliriumsutvikling. Forfatteren mener man er mer utsatt for å havne i delirium jo eldre man er. I følge Krogseth et al. (2011) fører delirium til økt risiko for dødelighet og redusert funksjon i dagliglivets aktiviteter ADL, som igjen fører til økt sykehjemsbehov og forlenget sykehusopphold. Tall fra SSB (2015) viser at den eldre befolkningen i Norge vil vokse de neste årene, i tillegg til at vi stadig lever lenger. Vi ser derfor i lys av studien til Neerland et al. (2013) at påvisning og behandling av utløsende årsaker som fører til delirium, må ha høyere prioritering enn det har per i dag, for å kunne forebygge at et stort antall eldre utvikler postoperativ delirium i fremtiden.

Brooks et al. (2014) påpeker at postoperativ delirium er en kombinasjon av både disponerende og utløsende faktorer. Videre beskriver Brooks et al. (2014) at tilstanden oppstår som en følge av en operasjon eller grunnet sykehusinnleggelsen selv. En utfordring man kan tenke seg herunder, er at pasienten blir sykehusinnlagt for elektiv operativ behandling. I følge Stubberud (2011) er innleggelsen i seg selv en delirium utløsende faktor. Selve operasjonen blir også regnet til å være en hovedutløsende faktor for deliriumsutvikling i følge Stubberud (2011).

I forbindelse med forebyggende tiltak som bør iverksettes sier Brown et al. (2007) at så få pleiere så mulig bør gå inn til pasienten, da utskifting av pleiere kan føre til stress, og som er i seg selv en utløsende faktor. En bør også tilrettelegge for at pasienten ikke blir lagt på flermannsrom da ulike sansestimuli som lyder og støy kan fremkalle postoperativ delirium.

Av erfaring vet vi at sengeplassene på pasientrommene i avdelingen ofte er fylt opp. I mange tilfeller må pasienter ligge på gangen med bare skjermbrett rundt sengen hvor blant annet pleiere, pasienter og pårørende passerer, klokker ringer og det er et urolig miljø rundt

pasienten. Lignende opplevelser trekkes inn av sykepleierne i studien til Vassbø og Eilertsen (2011). Et tiltak som viste seg å ha effekt var å plassere pasienten utenfor vaktrommet som en nødløsning. Ved at sykepleierne da var oftere tilstede, kunne de gjøre gode observasjoner av pasientens bevissthet i tillegg til å trygge og skape ro rundt pasienten, noe som viste god effekt. Vi ser her at miljørettede tiltak er viktig for å forebygge at tilstanden oppstår hos den eldre pasienten.

Daglige tilfeller ved kirurgisk seksjon er at pasienten får innlagt venekanyler og urinkateter som en del av prosedyrene før det operative inngrepet, for å dekke pasientens behov under inngrepet. Innleggelse av blærekateter hos en sårbar pasient kan være en utløsende faktor da dette vil skape forvirring og ubehag hos pasienten (Ranhoff, 2010). Ved å redusere bruken av ubehagelige utstyr som venekanyler og urinkateter, vil dette i følge Neerland et al. (2013) være et godt forebyggende tiltak for å redusere at postoperativ delirium oppstår hos den eldre pasienten. Utfordringen som kan oppstå ved seponering av venekanyler, er redusert væsketilførsel og dehydrering hos pasienten, som også er utløsende faktorer for delirium. Dermed kan det se ut til at en utløsende faktor blir erstattet med et annet.

Smerte og kirurgisk stressrespons er uunngåelige konsekvenser av kirurgiske inngrep (Neerland et al., 2013). I studien til Vassbø og Eilertsen (2011) kom det frem at sykepleierne var opptatt av å smertelindre pasienten i den postoperative fasen, for å redusere smertekonsekvenser som uro og rastløshet. Hensikten var med andre ord ikke å forebygge utvikling av delirium, men å roe ned pasienten.

Når en pasient har smerter og ubehag, tar sykepleiere utgangspunkt i pasientens symptomer som uro og rastløshet (Vassbø & Eilertsen, 2011). Ranhoff (2010) betegner symptomene uro og rastløshet hos pasienter som er i hyperaktiv delirium. Derfor må man stille spørsmål om hvordan man kan identifisere årsakene ved de ulike tilstandene. Ranhoff (2010) beskriver delirium som er symptomkompleks, hvor noen av symptomene kan relateres til andre typer diagnoser. I følge Keenan et al. (2011) har tilstander (som for eksempel smerte) lignende symptomer som delirium. Siden ulike tilstander krever ulik behandling, vil det derfor være viktig å identifisere årsaken til symptomene ved å stille enkle ”ja” eller ”nei” spørsmål til pasienten for å få konkrete svar. Slik vil man få svar fra pasienten om pasienten har smerter, eller om årsaken er en annen. Deretter må man iverksette tiltak for å behandle den underliggende årsaken (Keenan et al., 2011).

I følge Mæland (2009) vil forebygging si at man er med på å hindre eller utsette at sykdom oppstår. Det er av egen erfaring at mange av pasientene er underernærte ved innleggelse på sykehus. I tillegg må pasienten faste i forkant av operasjon. Underernæring er en predisponerende faktor for postoperativ delirium (Vedlegg II). Vassbø og Eilertsen (2011) poengterer i sin studie at fasteprosessen fører til stress og ubehag for pasienten. I tillegg kan det forekomme at operasjonen utsettes da hasteoperasjoner prioriteres ovenfor den elektive operasjonen. Timene går, og pasienten må faste lenger enn antatt. Studien til Vassbø og Eilertsen (2011) fremhever at slike hendelser forårsaker frustrasjon blant sykepleiere, fordi arbeidet man skal utføre blir utilstrekkelig. Sykepleiere eksemplifiserer frustrasjonen opp mot at pasientene ikke får væske eller ernæring, da det er vanskelig å vite når pasienten skal opereres. Slike episoder vil være en utfordring i henhold til det forebyggende arbeidet, da sykepleieren er avhengig av andre yrkesinstanser for at pasienten skal kunne slippe å faste over lenger tid.

Brooks et al. (2014) benevner at det mest effektive for å forebygge forekomsten av delirium er å fokusere på ikke-medikamentelle tiltak som screeningverktøy, og god pre- og postoperativ oppfølging. Pasienter i delir får ofte antipsykotika som fører til økt dødsrisiko for de eldre pasientene. Den vanligste konsekvensen av en komorbid¹ tilstand, dersom den eldre pasienten får medikamentell behandling, er dødsfall (Brooks et al., 2014). Herunder ser vi viktigheten av å identifisere og forebygge allerede i den preoperative fasen, for å kunne få en oversikt over pasientens risikofaktorer mot å utvikle postoperativ delirium.

Helseforetakene skal i følge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 2-1a forebygge sykdom og skade. Sykepleierens sentrale oppgave er derfor å forebygge at postoperativ delirium oppstår under sykehusopphold, da delirium relateres til blant annet høy dødelighet og økt liggetid på sykehus, i tillegg til at pasienter feildiagnostiseres med demens. Det å forebygge er i følge Neerland et al. (2013) den mest effektive metoden for å redusere at postoperativ delirium oppstår.

¹ Komorbiditet vil si forekomst av flere ulike typer sykdommer samtidig hos samme person (Nylenna, 2009)

5.1.1 Screening og vurderingsverktøy

Det preoperative screeningsverktøyet Mini-Cog Confusion (vedlegg IV), er i følge Brown et al. (2007) lett å administrere, tar liten tid og skal derfor ikke være utfordrende å bruke for hverken sykepleiere eller pasienter. I følge Freter (2005) er preoperativ screening et viktig redskap for at man tidlig kan iverksette tiltak for å hindre at pasienten utvikler postoperativ delirium.

Vassbø og Eilertsen (2011) påpeker at det vil være utfordrende å screene pasienter i det preoperative forløp, da sykepleiere opplever at det er mye å gjøre i avdelingen og at tiden ikke strekker til. Nordtvedt og Grøseth (2010) mener derimot at sykepleieren skal identifisere og iverksette tiltak så tidlig som mulig, i forhold til et sekundærforebyggende arbeid. Bare slik kan man forebygge at postoperativ delirium oppstår. I tillegg beskriver Nordtvedt og Grønseth (2010) at man som et tertiærforebyggende tiltak skal forhindre at komplikasjoner av behandling oppstår.

Egen erfaring er at sykepleierne i praksis har tilsynelatende lite kunnskaper om hva det vil si å screene pasientens kognitive funksjon ved innleggelse eller i forkant av operasjon. Dette fordi preoperativ mental screening ikke er en fast prosedyre i avdelingen. Lignende erfaringer trekkes frem i studien til Brown et al. (2007) hvor sykepleiere sjeldent opplever at pasientene ble screenet ved bruk av Mini-Cog Confusion da andre oppgaver ble prioritert. Det kan tenkes at ledelsen ikke har innført gode nok rutiner for å forebygge delirium postoperativt. Dette kan videre medføre at sykepleiere ikke får tilstrekkelig kompetanse om tilstanden og derfor ikke utfører screeningen.

I følge de Yrkesetiskeretninglinjer (NSF:2011) under punkt to, *sykepleieren og pasienten*, skal sykepleiepraksisen forebygge at sykdom oppstår. For å kunne forebygge ser vi viktigheten av at sykepleiere tilegner seg kunnskaper i bruk av screeningverktøy. Tilegner sykepleieren seg tilstrekkelige kunnskaper om bruken av screeningsverktøy, kan vi tenke oss at postoperativ screening blir oftere fulgt opp av sykepleiere. Dette fordi Mini- Cog screening i følge Brown et al. (2007) fører til enklere identifisering av pasienter som er i risiko for å utvikle akutt forvirring og at man raskere kan tilrettelegge og forebygge en postoperativ deliriumstilstand.

Det er sentralt å bruke vurderingsverktøyet CAM (vedlegg I) ved sengepost som fast postoperativ oppfølging til hver vakt hos pasienter som er i risiko for å utvikle postoperativ (Stubberud, 2010). Men for å kunne vite hvilke pasienter som er i en slik risiko må en ta

utgangspunkt i de predisponerende – og utløsende faktorene. Som tidligere beskrevet er preoperativ screeningverktøy et utmerket verktøy å identifisere om pasienten er i risiko.

Selv om pasienten ikke anses til å utvikle postoperativ delirium ved bruk av Mini-Cog i det preoperative forløpet, vil pasienten likevel være i risiko i det postoperative på grunn av endringer som kan oppstå i pasientens kognitive tilstand. Derfor er det anbefalt å bruke CAM de første postoperative dagene for å avdekke om pasienten har utviklet delirium.

Vurderingsverktøyet CAM-ICU bør tas i bruk ved intensivavdelingen de første postoperative timene eller dagene, for deretter at sengeposten følger opp med å observere etter vurderingsverktøyet CAM (jf. Brown et al., 2007).

En utfordring som igjen vil kunne oppstå i det postoperative, er tidsmangel og utilstrekkelig kunnskap hos sykepleieren. Dette fører til at sykepleiere ikke har tid til å følge opp postoperative pasienter, eller utfører gode observasjoner for å identifisere om pasienten er i risiko eller allerede har utviklet postoperativ delirium (Vassbø & Eilertsen, 2011).

Stubberud (2010) påpeker at ved å bruke CAM i det postoperative får sykepleiere muligheten til å observere eventuelle endringer i pasientens kognitive status i det preoperative forløp. Herunder ser vi viktigheten av å screene pasienten ved bruk av Mini-Cog i forkant av operasjon, for å få et overblikk om pasienten er i risiko for å utvikle delirium. Brown et al. (2007) sin studie fremhever at preoperativ screening fører til enklere observasjoner av hvilke endringer som er oppstått i pasientens tilstand i det postoperative forløpet. Stubberud mener at preoperativ screening også fører til at sykepleieren er i forkant og forebygger at delirium oppstår i det postoperative, samt forebygger underdiagnostisering av tilstanden (Stubberud, 2010).

5.2 Omsorg

Keenan et al. (2011) problematiserer i sin studie hvordan pasienter som har vanskeligheter og problemer relatert til blant annet delirium ikke får ivaretatt sin omsorg. Dette på grunnlag av at sykepleiere oppfatter denne pasientgruppen som utfordrende, noe som er uheldig, da tilstanden blir udiagnostisert og forblir uoppdaget hos pasienten. Dette fører også med seg vanskeligheter for å kunne forebygge at tilstanden oppstår.

På grunn av sykepleierens utilstrekkelige forståelse av pasientens behov, vil det være vanskelig å identifisere hvilke risikofaktorer pasienter har i forhold til å utvikle postoperativ delirium (Belanger & Ducharme, 2011). En slik utilstrekkelig forståelse fører først og fremst til ubehag hos pasienten, relatert til følelse av tapt omsorg. Ubegag hos sykepleieren vil oppstå fordi sykepleieren ikke vet hvilke behov pasienten har (Belanger & Ducharme, 2011).

Omsorg er definert som omtenksomhet. Omtenksomhet vil si at man bryr seg om noen andre. Med tanke på det helsefaglige handler det om å ivareta og sørge for å gi god hjelp og støtte (Eide & Eide, 2013)

Omsorg er ifølge filosofen Kari Martinsen (2003) en forutsetning for å kunne utøve sykepleie. Basert på dette skal man ta vare på personen og vise at man bryr seg. I forhold til relasjonell omsorg skal den ene parten (sykepleieren) vise omtanke for den andre (pasienten). Dette er viktig for å kunne forstå pasienten, ettersom en pasient som er i fare for å utvikle delirium har behov for å være i et trygt miljø for å kunne føle seg ivaretatt (Brown et al., 2007). Vi kan si at omsorg også er viktig i det forebyggende arbeid, da man får innsyn i pasientens tanker og verdier. Ved at pleieren vektlegger kjennskap og tillit til pasienten, vil man kunne forebygge at postoperativ deliriumstilstand oppstår.

Ulike pasienter har ulike behov, men for å kunne utvikle et godt tillitsforhold til pasienten, vil en hjelpende kommunikasjon være med på at sykepleieren bruker tilegnede ferdigheter for å kunne støtte og hjelpe pasienten best mulig (Eide & Eide, 2013).

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (NSF:2011) påpeker at man skal basere all pleie på respekt for den enkelte pasient sitt liv. I tillegg må pleien som utføres baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt. Jeg tolker dette som at sykepleieren i forhold til forebygging må vise omsorg ovenfor pasienten som er i risiko for å utvikle postoperativ delirium. Dette kan bare gjøres ved at man gir hjelp og støtte ut i fra den enkeltes behov.

I følge Martinsen (2003) må sykepleieren ha nødvendige kunnskaper som skal til for å kunne utøve tilfredsstillende omsorg. Det å kunne forstå pasienten spiller derfor en viktig rolle også i et forebyggende arbeid, for å få et innsyn i pasientens tanker og verdier for å vite hvilke behov pasienten har.

Eide og Eide (2013) påpeker at ved å tilstrebe en profesjonell kommunikasjon, kan sykepleieren bruke sine fagkunnskaper, og knytte disse opp mot å hjelpe pasienten for å få dekket pasientens behov.

Av egen erfaring opplever sykepleieren tidspress da de ikke har nok tid til pasienter som er i preoperativ fase. Et slikt tidspress oppstår i sammenheng med sykepleieroppgaver som må utføres som medisingiving, administrasjon og tilgjengelighet for andre pasienter. Derfor er det vanskelig å ta seg tid til pasienter som venter på operasjon i forhold til å bli kjent med pasienten og deres sykdomshistorie. Vi kan derfor på grunnlag av naturlige aldersforandringer og ensomhet på post, tenke oss at lite omsorg og preoperativ-oppfølging vil kunne føre til psykiske belastninger hos den eldre pasienten i postoperativ fase.

Stubberud (2010) påpeker at det er viktig å ikke bare behandle, men også forebygge at delirium oppstår. Slik får man utført tilfredsstillende faglig og forsvarlig sykepleie. Martinsen (2003) påpeker at sykepleieren i forhold til det praktiske, skal vise omsorg ovenfor pasienten ved å handle ut i fra pasientens behov. For å kunne handle korrekt, er det derfor viktig at man forstår situasjonen pasienten befinner seg i.

Sykepleierne som fremtrer med rolig kroppsspråk i det postoperative, er med på å skape trygghet hos pasienten (Keenan et al., 2011). Etter Keenan et al. (2011) sin studie er det å få en følelse av å bli imøtekommet, med på å forebygge at utfordrende adferd som delirium oppstår. Dette på grunnlag av at pasienten fikk god omsorg, som var med på å fremheve den eldre pasientens verdighet, respekt og velvære (Keenan et al., 2011).

Sykepleieren skal i henhold til Helse- og Omsorgstjenestelovens (2011) formål § 1-1, blant annet forebygge og tilrettelegge for mestring av sykdom eller lidelse. For å kunne gi tilfredsstillende omsorg i det forebyggende arbeid, må sykepleieren forstå pasients omsorgsbehov. Derfor er kommunikasjon med pasienten ifølge Ilkjær (2011) helt fundamentalt da kommunikasjonen fører til tillit mellom partene.

I følge Eide og Eide (2007) skal sykepleieren imøtekomme pasienten med empati, og være en aktiv lytter for å kunne få et innblikk i pasientens ønsker. Bare slik kan man ivareta den eldre sin verdighet, livskvalitet og helse. Dermed kan vi se hvordan det forebyggende arbeid er viktig i forhold til å imøtekomme og gi - spesielt pasienter som er i risiko for å utvikle delirium- god omsorg i de preoperative for å ivareta den enkeltes verdighet.

I forhold til moralsk omsorg, fremhever Martinsen (2003) at sykepleieren skal gi omsorg som er ekte. Sykepleieren skal ikke forvente å få noe i gjengjeld. I tillegg må sykepleieren ha nødvendige fagkunnskaper for å kunne utøve god omsorg (Martinsen, 2003). Dette mener også jeg er en viktig del av et forebyggende arbeid .

Dersom pårørende er tilstede ved å sitte hos pasienten mest mulig, i tillegg til å kommunisere og orientere om hvor pasienten er, vil pasienten kunne føle seg trygg i omgivelsene man er i (Keenan et al., 2011). Likevel er det ifølge Neerland et al. (2013) viktig at sykepleieren informerer de pårørende om pasienten er i risiko for å utvikle delirium, og hvorfor pasienten bør skjermes i forhold til mange sanseinntrykk de første postoperative timene.

Sanseinntrykkene innebærer blant annet mye lys i rom, stemmer, og mange ansikt på kort tid (Neerland et al., 2013). Det vil på grunnlag av risikofaktorer og observasjoner i det preoperative forløp være sentralt å samarbeide med pårørende for å komme frem til en ordning på akkurat hvor lenge besøkene bør være, for å redusere mye stimuli for pasienten.

5.3 Kunnskapsbasert praksis

Studien til Vassbø og Eilertsen (2011) fremhever at dagens sykepleiere har utilstrekkelig med kunnskap rundt pasienter som er i risiko for å utvikle eller allerede er i delirium. Mangel på kunnskap fører ofte til vanskeligheter i forhold til å planlegge og iverksette tiltak for å forebygge eller behandle tilstanden.

Ved å trekke frem sykepleierens Yrkesetiskeretninglinjer (NSF:2011) punkt en, ser man at sykepleieren er pliktig til å være oppdatert i forhold til forskning. I tillegg skal man bidra til kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis vil ha betydning da 70% av pasienter over 65 år i følge Peterson et al. (2006) utvikler delirium under sykehusopphold. Her ser vi at kunnskap må være til grunn for å forebygge postoperativ delirium. Viktigheten av kunnskapsbasert praksis blir trukket frem i Belanger og Ducharme (2011) sin studie. I denne studien opplevde pasienter som hadde vært i delirium at sykepleierens forståelse av delirium var manglende. Dette ble oppfattet som ubehagelig for pasienten. Nettopp derfor er kunnskap sentralt i forebyggede arbeid.

I praksis er det forskjeller innen pleie fra de ulike sykehus og avdelinger. Dette mener Bjørndal et al. (2013) kan være fordi helsepersonell ikke er oppdatert på hvilke fagkunnskaper som skal utøves i praksis. Nordvedt et al. (2007) fremhever at sykepleierens avgjørelser skal være basert på både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Avgjørelsene skal også baseres på pasientens ønsker og behov i forhold til de situasjoner som oppstår. Her kan vi se viktigheten av at sykepleieren bruker fagkunnskaper og ta avgjørelser sammen med pasienten i et forebyggende arbeid.

Forebygging av postoperativ delirium er bare mulig om sykepleieren tilegner seg tilstrekkelig med kompetanse og kunnskaper. Bare slik kan man observere best mulig, i tillegg til å vurdere gode iverksettende forebyggende og behandlende tiltak (Cullberg, 2005; Ranhoff, 2010). Her ser vi viktigheten av sykepleierens motivasjon og interesse for å kunne være kunnskapsbasert i praksis, og at dette kan gi resultater i forhold til å forebygge postoperativ delirium.

Dagens kunnskapsbaserte forskning viser at det er en sammenheng mellom høy alder og redusert evne til å mestre stressfaktorer som oppstår i det postoperative forløp. Som tidligere nevnt, vil den eldre befolkningen i følge SSB (2015) øke med årene. Dette vil føre til flere tilfeller av postoperativ delirium, og skape utfordringer om sykepleieren ikke er kunnskapsrettet. Ved å være kunnskapsbasert i praksis, bruker man det faglige, og integrerer kunnskaper man har tilegnet seg, sammen med ønskene brukeren eller pasienten har (Bjørndal, 2009). Med dette kan vi si, at man i forhold til å forebygge postoperativ delirium som fagpersonell, skal begrunne de gjøremålene som utføres i praksis, og i tillegg foreta helsefaglige beslutninger på både individ og gruppenivå. Dette skal gjøres med kunnskapene som er tilegnet (Bjørndal et al., 2013).

For å kunne jobbe forebyggende opp mot postoperativ delirium, er det viktig å skape god struktur innenfor avdelingen. Løvsletten (2013) fremhever at dette kan føre til gode forhold med tanke på å ivareta ikke bare pasienten, men også personale og fagutvikling i avdelingen. Kvaliteten innenfor behandlingen som gis vil da bli bedre, og personalet mer kompetente til å kunne gi god nok pleie (Løvsletten, 2013).

I forhold til utfordringer som sykepleiere møter, skriver Romøren (2010) at den eldre pasienten er et sårbart menneske på grunn av aldringsforandringer som redusert syn og hørsel. Disse forandringene blir sett på som predisponerende faktorer (vedlegg II) som fører til at den eldre er utsatt for å utvikle delirium postoperativt. Men dette forekommer bare om faktorene ikke identifiseres i et preoperativt forløp. Ved å identifisere de predisponerende- og utløsende

faktorene, vil man ifølge Vassbø og Eilertsen (2011) forebygge at pasienten havner i postoperativ delirium. For å kunne vite hvilke faktorer det er snakk om vil det være grunnleggende at sykepleieren har tilegnet kunnskap om de ulike faktorene, og hvilke tiltak som skal iverksettes. I følge Løvsletten (2013) blir en god behandling og oppfølging av pasienten avgjort ut i fra den enkelte sykepleieren. Derfor er kompetanseutvikling sentralt. Den kunnskapsbaserte praksis bidrar dermed med på å gi dyktigere helsepersonell og forbedret pasientbehandling.

Hypoaktivt – og hyperaktivt delirium gir alvorlig prognose som økt dødelighet eller redusert funksjonsevne (Ranhoff, 2010). Dette kan relateres til at det ikke blir vektlagt god nok kunnskapsbasert praksis knyttet opp mot å forebygge at denne tilstanden oppstår. I praksis og i den kliniske hverdagen trekker Løvsletten (2013) frem, at det er viktig å stille krav med tanke på å bruke fagutvikling og forskning for å være oppdatert. Studien til Brown et al. (2007) viste at screeningtester som Mini-Cog, kunne være med på å fastslå om pasienter var i risiko for å utvikle kognitiv svikt. Dette verktøyet var også med på å samle inn data slik at man kan analysere pasientens tilstand ved innleggelse, og dermed forebygge delirium.

For at man som sykepleier skal kunne forebygge at delirium oppstår hos den eldre sykehuspasienten, vil jeg si at kunnskaper om blant annet diagnose og forebyggende tiltak er grunnleggende for hvordan man skal forebygge.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan man kan forebygge at postoperativ delirium oppstår hos den eldre sykehuspasienten. Først og fremst kan sykepleieren forebygge postoperativ delirium ved å tilegne seg nødvendig kunnskap om tilstanden. Sykepleieren er pliktig til å forebygge at sykdom oppstår, og for å forebygge må man ha kunnskap.

Kunnskapen dreier seg om å identifisere tilstandens risikofaktorer gjennom observasjon og bruk av screening- og vurderingsverktøy. Dette er en forutsetning for det forebyggende arbeidet. Ikke-medikamentelle tiltak viser seg å gi best effekt ved å forebygge delirium. Slike tiltak kan være å gi pasienten ett-mannsrom, og at andel utstyr påført pasienten (venekanyler, urinkateter) reduseres. Tilstanden vil lettere kunne avdekkes dersom forebyggende verktøy som Mini-Cog i det preoperative og CAM i det postoperative innføres som en fast rutine.

Utfordringer som mange sykepleiere møter vil kunne være få sengeplasser på pasientrom, tidspress med tanke på administrative oppgaver som skal utføres, og oppfølging av andre pasienter. Videre ser vi at praksisutøvelsen varierer fra ulike avdelinger og sykehus. Godt forebyggende arbeid forutsetter god struktur innenfor avdelingen. Forebygging av postoperativ delirium vil styrke pasientomsorgen, samt redusere pasientgruppens ubehag og dødelighet. Å utøve god omsorg, forutsetter tilstrekkelig fagkunnskap om pasientens tilstand. Kommunikasjon er sentralt for å imøtekomme og gi best mulig pleie til pasienten.

Ettersom den norske befolkningen blir eldre og lever lenger er det svært aktuelt å øke sykepleiernes fagkunnskaper om tilstanden for å kunne forebygge postoperativ delirium i framtiden.

Referanseliste

- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care; a practical guide* (3.utg.). Berkshire: Open University Press.
- Berntzen, H., Alåms, H., Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo., Dåvøy G. & Grønseth. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H., Stubberud, D. - G. & Grønseth, R. *Klinisk sykepleie 1*. (s. 273 -338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Belanger, L. & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315.
doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribes AS.
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I: Grimen, H. & Terum, L.I. (red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borsoe, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, R. & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: a cognitive vital signs measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(11), 1021-1027.
- Brooks, P., Spillane, J. J., Dick, K. & Stuart-Shor, E. (2014). Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium. *Association of periOperative Registered Nurse*, 99(2), 256 – 276.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.12.009>
- Brown, S., Fitzgerald, M. & Walsh, K. (2007). Delirium dichotomy: A review of recent literature. *Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(2), 238-247.
doi: 10.5172/conu.2007.26.2.238
- Cullberg, J. (2005). *Psykosser. Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. (2006). Delirium. I: Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (red). *Tverrfaglig Geriatri*. (2.utg, 252-263). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Freter, S. H. (2005). Research Letters. *Age and Ageing*, 34(2), 169-184. *British Geriatrics Society*. Hentet 19. februar 2015 fra <http://ageing.oxfordjournals.org/content/34/2/169.full.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (2.utg). Stockholm: Natur och Kultur.
- Helse – og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet 19. februar 2015 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie – med dagkirurgi*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ilkjær, I. (2011). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I: Holter, I. M. & Mekki, T. E. (s.721 -741). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.
- Keenan, B., Jenkins, C., Denner, L., Harries, M., Fawcett, K., Magill, L., Atkins, S. & Miller, J. (2011). Promoting mental health in older people admitted to hospitals. *Nursing standard* 25(20), 46-56.
doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2011.01.25.20.46.c8276>
- Krogseth, M., Wyller, T.B., Engedal, K. & Juliebø, V. (2011). Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dement Geriatric Cognitive Disorder*; 31(1), 63–70. doi: 10.1159/000322591
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode – ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsbasert praksis (2011). *Kritisk vurdering*. Hentet 19. Februar 2015 fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>

- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien* 2, 47-49.
doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0002
- Malt, Ulrik. (2014). Delirium. I: *Store medisinske leksikon*.
Hentet 19. februar 2015 fra <https://sml.snl.no/delirium>
- Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin. (2utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2009). Forebygging – vakker tanke eller fornuftig handling? I: Stamsø, M. A. (red.). *Velferdsstaten i endring: Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. (299 -322). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Neerland, B. E., Watne, L.O. & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos elder pasienter.
Tidsskrift for Den norske legeforening, 15(133), 1596-1600.
doi: 10.4045/tidsskr.12.132
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. *Klinisk sykepleie 1*. (s. 17-32).
Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graveholt, B. & Reinart, L. M. (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler.
Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nylenna, M. (2009). Komorbiditet. I: *Medisinske ordbok* (7. utg). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K. & Ely, E. W. (2006). Delirium and Its Motoric Subtypes: A Study of 614 Critically Ill Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(3), 479-484.
doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x
- Ranhoff, A. H. (2010). Delirium (akutt forvirring). I Kirkevold, M, Brodtkord, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 395 -417).
Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M, Brodtkord, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* (s. 29 -37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). Befolkningspyramide 1846 -. Hentet 19. februar 2015 fra <http://ssb.no/befolkning/befolkningspyramide>
- Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved delirium. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønset, R. *Klinisk sykepleie 1.* (s. 399-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2011). Bevissthet. I Holter, I. M. & Mekki, T. E. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1.* (s. 437 – 457). Oslo: Akribe.
- Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2011). Uro og uklarhet: Sykepleiers erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. *Nordisk sykeplejeforskning* 2(1), s. 129 -142.
- WHO (2010). Definition of an older or elderly person. Hentet 19. februar 2015 fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Vedlegg I: Confusion Assessment Method (CAM)

Confusion Assessment Method (CAM): Algoritmeversjon

For å kunne stille diagnosen delirium med CAM Algoritmeversjon kreves det at trinn 1 og trinn 2, og enten 3 eller 4 er oppfylt.

1. TRINN 1: Akutt debut og fluktuerende forløp

Opplysninger fås som regel fra pårørende eller pleiepersonell om bekreftende svar på spørsmål:

- Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon i forhold til hvordan han er til vanlig?
- Er det endring i pasientens funksjon og adferd gjennom døgnet, dvs. kommer og går problemene og varierer de i intensitet?

2. TRINN 2: Uoppmerksomhet

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

- Har pasienten problemer med å fokusere på oppmerksomhet, er han f. eks lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?

3. TRINN 3: Desorganisert tenkning

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

- Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning som babling eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skiftninger mellom forskjellige tema?

4. TRINN 4: Endret bevissthetstilstand

Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende):

- Generell vurdering på pasientens bevissthetstilstand:
Våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma.

Hentet fra: Ranhoff (2010, s. 399)

Vedlegg II: Årsak til delirium

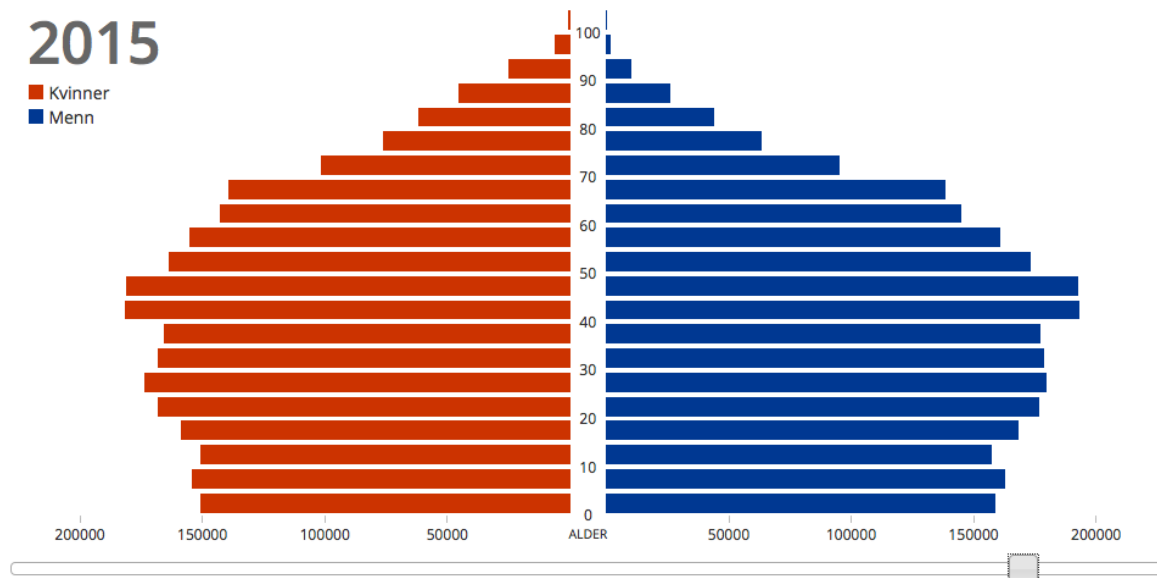
Predisponerende faktorer	Utløsende faktorer
<ul style="list-style-type: none">- Alder- Demens- Nedsatt syn- Kjønn- Kroniske sykdommer- Hypertensjon- Underernæring- Tidligere hjerneskader bl.a hjerneslag- Røyking- Psykiske lidelser- Posttraumatisk stresslidelse	<ul style="list-style-type: none">- Fysiske faktorer: Somatisk sykdom og tilstand som fører til redusert oksygenomsetning i hjernen eller økt behov for oksygen- Kirurgi- Generell anestesi- Smerte- Urinretensjon- Søvnmangel- Elektrolyttforstyrrelse- Syre-bare-forstyrrelse- Infeksjoner- Feber- Nyresvikt- Leversvikt- Hormonforstyrrelser- Legemidler <p>Psykologiske faktorer og miljøfaktorer:</p> <ul style="list-style-type: none">- Opplevelse av angst og ubehag- Opplevelse av avhumanisering- Opplevelse av fremmedgjøring- Opplevelse av isolasjon- Opplevelse av sårbarhet

Hentet fra: Stubberud (2010 s. 402)

Vedlegg III: Norges befolkning - fordelt på aldersgruppe

Befolkningspyramide 1846-

Folkemengden i Norge etter alder og kjønn, vist i grupper på 5 år.



Hentet fra (SSB, 2015).

Vedlegg IV: Mini-Cog Confusion

MINI - COG

To assess a person for delirium using the confusion Assessment Method (CAM) it is necessary to include at least a brief cognitive assessment as part of the interview process. The mini-Cog is a simple effective three-word test which only takes 2-3 minutes to administer. This test is able to be used on people from different ethnic on people from different ethnic and educational backgrounds. The results of this test are indicated as either normal or abnormal cognition.

Administration:

1. Get the patients attention, then say: "I am going to say three words that I want you to remember now and later. The words are

BANANA SUNRISE CHAIR
2. SAY ALL THE FOLLOWING PHASES IN ORDER INDICATED. "Please draw a clock in the space bellow. Start drawing a large circle." (When this is done, say) "Put all the numbers in the circle." (when done say) "Now set the hands to show 11:10 (10 past 11). "If subject has not finished clock drawing in 3 minutes, discontinue and ask for recall items.
3. Say: "What were the 3 words I asked you to remember?"

Scoring:

_____ _____ _____ (score 1 point for each) 3 item

Score the clock:

Recall score

Normal clock 2 points

Clock score

Abnormal clock 0 points

Total Score:

3 – item recall plus clock score: 0,1,2 possible impairment 3,4 or 5 suggests no impairment

Hentet fra (Borsoe, Scanlan, Brush, Vitaliano & Dokmak, 2000)

Vedlegg V: Litteratursøk

Database	Søkeord	Resultat	Utvalgt
CINAHL	Postoperative AND delirium AND hospital	90 treff	<i>Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium.</i> (Brooks, P., Spillane, J. J., Dick, K. & Stuart-Shor, E., 2014)
CINAHL	Delirium AND recent	127 treff	<i>Delirium dichotomy: A review of recent literature.</i> (Brown, S., Fitzgerald, M. & Walsh, K., 2007).
CINAHL	Delirium AND communication AND nursing	37	<i>Promoting mental health in older people admitted to hospitals.</i> (Keenan, B., Jenkins, C., Denner, L., Harries, M., Fawcett, K., Magill, L., Atkins, S & Miller, J., 2011).
Svemed+	Delirium	109 treff	<i>Delirium hos eldre pasient</i> (Neerland, B. E., Watne, Leiv. O., Wyller, T. B., 2013) <i>Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd</i> (Vassbø, T. K. & Eilertsen, G., 2011).

Svemed+	Fagutvikling	20 treff	<i>Fagutvikling i praksis.</i> (Løvsletten, M., 2013).
---------	--------------	----------	---