



MASTEROPPGAVE:

Sykepleiernes opplevelser og
handlinger ved omsorg til pasienter
med hoftefraktur som utviklet delirium

FORFATTER: ZVONKO MILUTINOVIC (090102)

11. desember 2012

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Sykepleieres erfaring og handlinger i møte med pasienter med hoftebrudd som utviklet delirium.</u>	Dato : <u>11.12.12</u>
Deltaker:	<u>Zvonko Milutinovic</u>	
Veileder:	Professor Inger Signe Johansson, Høgskolen i Gjøvik	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Nursing experience, delirium, hip fracture, acute confusional states, elderly.	
Antall sider/ord: 56/17953	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Introduksjon: Pasienter med hoftefraktur løper stor risiko for å utvikle delirium i sammenheng med operasjon og sykehusinnleggelse. Dette fører igjen til langvarig sykehusopphold og økt dødelighet. Hensikt: Hensikt med studien er å beskrive sykepleieres opplevelser og handlinger ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium. Metode: Kvalitativt deskriptivt design. Åtte sykepleiere fra to ortopediske avdelinger ble intervjuet individuelt. Data ble analysert med innholdsanalyse og det fremkom fire kategorier og ti underkategorier. Resultat: Opplevelser som sykepleierne hadde ved omsorg til pasienter med delirium var: «Utfordrende situasjon», «Forandring i oppførsel» og «Utilstrekkelighet». De handlingene som sykepleierne rapportert oppsummeres under kategorien «Muligheter i pleiesituasjon». Sykepleierne opplevde omsorg til pasienter stressende og frustrerende knyttet til manglende tid, lav bemanning og kommunikasjonsproblemer. Informantene utfører hyppige helsetiltak rettet mot pasienten for å kunne gi den beste omsorgen: behandling av bakomliggende årsak, realitetsorientering, samarbeid med pårørende, hindring av selvskading og dokumentering. Konklusjon: Funnene indikerer at sykepleierne opplevde en krevende og kompleks situasjon ved omsorg til pasienter med delirium. De opplevde stress og frustrasjon på grunn av økt arbeidsmengde, manglende tid og lav bemanning. Samarbeid med pårørende, behandling av bakomliggende årsak, og å være tilstede framstod som viktige tiltak i omsorg av pasienten.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>Nurses experience and actions in the caring of patients with hip fracture who developed delirium.</u>	<u>Dato:2012-11-12</u>
Participant:	<u>Zvonko Milutinovic</u>	
Supervisor:	Professor Inger Signe Johansson, University College of Gjøvik, Norway	
Employer:		
Keywords (3-5)	Nursing experience, delirium, hip fracture, acute confusional states, elderly.	
Number of pages/words: 56/17953	Number of appendix: 3	Availability: open
<p>Introduction: Patients with hip fracture runs a high risk of developing delirium in conjunction with surgery and hospitalization. This leads to prolonged hospital stays and increased mortality. Aim: The aim of this study is to describe nurses' experiences and actions of caring for patients with hip fracture who developed delirium. Method: Qualitative descriptive design. Eight nurses from two orthopedic wards were interviewed individually. Data were analyzed using content analysis and emerged four categories and ten subcategories. Result: Experiences that nurses had the care of patients with delirium was: "Challenging situation", "Change in behavior" and "Insufficiency". The actions that nurses reported are summarized under the category of "Opportunities in the care situation." Nurses experienced caring for patients stressful and frustrating related to lack of time, low staffing and communication problems. Informants perform frequent patient health measures aimed to provide the best care: treatment of the underlying cause behind, reality orientation, work with families, prevention of self-harm and documentation. Conclusion: The findings indicate that nurses experienced a difficult and complex situation of caring for patients with delirium. They experienced stress and frustration because of the increased workload, lack of time and low staffing. Collaboration with families, treatment of underlying causes behind, and to be present appeared to be important measures in the care of the patient.</p>		

Innholdsfortegnelse

Forord	4
1.0 Introduksjon	5
<i>1.1 Delirium</i>	6
<i>1.2 Risikofaktorer for utvikling av delirium</i>	7
<i>1.3 Forebygging og behandling av delirium</i>	9
<i>1.4 Pasientens opplevelse av delirium</i>	11
<i>1.5 Sykepleieres opplevelse i møte med pasienter med delirium</i>	12
<i>1.6 Problemområde og problem avgrensning</i>	13
2.0 Hensikt og forskningsspørsmål	14
3.0 Metode	15
<i>3.1 Design</i>	15
<i>3.2 Utvalg av informanter</i>	15
<i>3.3 Datainnsamling</i>	16
<i>3.4 Transkribering</i>	17
<i>3.5 Dataanalyse</i>	17
<i>3.6 Troverdighet</i>	19
<i>3.7 Forskningsetikk</i>	21
4.0 Resultat	23
<i>4.1 Utfordrende situasjon</i>	24
<i>4.1.1 Stress og frustrasjon</i>	24
<i>4.1.2 Kommunikasjonsproblemer</i>	26
<i>4.2 Forandring i oppførsel</i>	27
<i>4.2.1 Motorisk urolighet og uklarhet</i>	27
<i>4.2.2 Uklarhet</i>	28
<i>4.3 Utilstrekkelighet</i>	29
<i>4.3.1 Emosjenelle og affektive reaksjoner</i>	29
<i>4.4 Muligheter i pleiesituasjoner</i>	30

4.4.1 Tiltak med fokus på bakomliggende årsaker	30
4.4.2 Realitetsorientering	31
4.4.3 Samarbeid med pårørende	32
4.4.4 Hindring av selvskading	33
4.4.5 Dokumentering i behandlingsplan	35
5.0 Diskusjon	36
5.1 Resultatdiskusjon	36
5.1.1 utfordringer som sykepleiere har i møte med pasienter som har utviklet delirium	36
5.1.2 Handlinger som sykepleiere gjør i omsorgen	39
5.2 Metodiske overveielser	43
6.0 Konklusjon	45
6.1 Betydning for klinisk sykepleie	45
6.2 Videre forskning.....	46
7.0 Referanseliste	48

Vedlegg 1 - Informasjonsbrev

Vedlegg 2 - Samtykke erklæring

Vedlegg 3 – Intervjuguide

FORORD

Etter å ha jobbet på en kommunal rehabiliteringsavdeling i flere år erfarte både jeg og mine kolleger at det ikke var nok kunnskap om identifisering, forebygging og behandling av delirium. Dette vekket min interesse for å studere denne tilstanden og tilegne meg mer oppdatert kunnskap.

Ved innleveringen av denne mastergradsoppgave avsluttes fire krevende, men samtidig meget interessante år med studier i klinisk sykepleie. Nå er masteroppgaven ferdig skrevet, den er klar for sensur og jeg skriver mine siste ord i denne sammenheng. Arbeidet har vært svært tidkrevende, spennende, frustrerende og lærerikt. Til tider har jeg møtt veggen. Likevel er jeg lykkelig for i dag å kunne sette sluttstrek for prosjektet. Jeg vil derfor benytte denne anledningen til å takke alle de enestående menneskene rundt meg, som har gjort dette mulig.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til hver og en av de åtte sykepleierne som stilte opp som informanter. Deres bidrag til studien er viktig og betydde mye for meg at jeg fikk høre deres opplevelser og tanker. Jeg takker avdelingslederne på de to ortopediske avdelingene som brukte av sin tid og hjalp meg til å rekruttere deltakerne.

Mange, mange takk til professor Inger Johansson, min dyktige veileder som alltid er til stede. Takk for din evne til å ha oversikt, se strukturer og dine uvurderlige erfaringer og kunnskaper. En spesiell takk for din tålmodighet!

Ungene mine og kona mi skal ha stor takk for en særdeles enestående tålmodighet og støtte. David på 4 år som ble født da jeg begynte å studere og sparket fotball i stua alene. Nå skal vi gjøre det sammen. Jovan på 16 år som stilte opp som barnevakt til sin lillebror mange ganger. Min kone, Renata, som fulgte meg i opp og ned turer. Vi klarte det!

Jeg vil takke førstelektor Solveig Struksnes, min veileder på 1., 2. og 3. studieår. Jeg takker deg for god veiledning, oppmuntring og konstruktiv kritikk!

Sist, men ikke minst vil jeg takke mine kolleger i Enhet for forebygging og rehabilitering i bydel Ullern i Oslo for konstruktive innspill og korrekturlesning. Takk alle sammen!

Jessheim, 05.12.2012

Zvonko Milutinovic

1.0 INTRODUKSJON

Delirium er en svært vanlig tilstand hos syke gamle. Pasienter med hoftefraktur løper stor risiko for å utvikle delirium i sammenheng med operasjon og sykehusinnleggelse. Studier beskriver varierende forekomst av delirium blant pasienter med hoftebrudd. Forskning viser at forekomst av delirium hos innlagte pasienter er mellom 11% og 42% (Siddiqi et al., 2006). Forekomst av delirium er 32% på opptak og dag etter operasjon for lårhalsbrudd og 14% dag før utskrivelse (Johansson et al., 2012). Ulike studier har vist at over 70% av pasienter over 65 år utvikler delirium i løpet av sykehusoppholdet (Peterson et al., 2006). Pasienter utvikler delirium både før og etter operasjon for fractura colli femoris. Forekomst av preoperativt delirium er 21,1%, mens forekomst av postoperativt delirium er 36,4% (Juliebø et al., 2009), og 28% i følge Lee et al. (2011). Forekomsten er særlig høy hos pasienter med lårhalsbrudd. Ifølge Olofsson (2005) er forekomst av delirium 62% hos pasienter over 70 år innlagt med lårhalsbrudd. Halvparten av pasientene utvikler delirium postoperativt spesielt etter hoftebrudd (Young & Inouye, 2007).

I følge Folkehelseinstituttet (2012) viser studier fra flere land i Norden, Vest-Europa og Nord-Amerika at forekomsten av hoftebrudd har falt etter 1990. Både Danmark og Finland rapporterer om nedgang på 20 prosent hos kvinner rundt 2000. Gjennomsnittlig forekomst av delirium i forhold til lårhalsbrudd i Danmark er 35% (Bitsch et al., 2004). Studier har vist at delirium i befolkninger i Norge er på høyeste nivå i Norden. I følge National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) ligger forekomst av delirium etter hoftebrudd på kirurgiske avdelinger i Storbritannia mellom 10-50%. Etter hoftebrudd varierer utvikling av delirium hos eldre mennesker i Frankrike mellom 26% og 52% (Mouchoux et al., 2011).

Forekomst av lårhalsbrudd i Norge er 9000 hvert år (Bjørø, 2008). Forekomst av lårhalsbrudd i Sverige er rundt 18000 hvert år og antallet forventes å øke særlig når det gjelder pasienter som er eldre enn 80 år (Johansson et al., 2012).

Akutt forvirring er alvorlig tilstand som fører til vanskeligheter med omsorg til eldre som utviklet denne tilstanden (Fagerberg & Jönhagen, 2002). Flere studier beskriver sykepleieres omsorg til pasienter med delirium og fokuserer på problemer knyttet til hvordan man skal gi en god pleie til pasienter som har utviklet delirium og hvordan man skal identifisere delirium (Marcantonio et al., 2001; Lundström et al., 2007). Andre studier som har prøvd å finne ut hvordan pasienter med delirium samarbeider og forstår aktiviteter rettet mot rehabilitering (Olofsson et al., 2005). Pasienter som har utviklet delirium har behov for hyppig tilsyn.

Pasientens overgang og rehabilitering kan være en psykologisk prosess som inkluderer mestring, tilpasning og realitetsorientering. Sykepleieres rolle i denne sammenheng er avgjørende.

Sykepleieres rolle i rehabilitering av pasienter med hoftebrudd inneholder vurdering, emosjonell støtte, samarbeid med pårørende, kommunikasjon med pasienten, omsorg og behandling (Lundström et al., 1999). Forskning viser at sykepleieres rolle i rehabilitering av pasienter som er operert for hoftebrudd er ikke nok utforsket (Olsson et al., 2007). Sykepleiere burde gjøre følgende handlinger i møte med pasienter som har utviklet delirium: hyppig realitetsorientering, invitere pårørende å komme på besøk, mobilisere pasienten, bruke både smertestillende, beroligende og sovepille, passe på væskeinntak, seponere permanent kateter i samarbeid med en lege (Lee, 2005). Tidligere forskning viser at sykepleiere opplever stress i møte med pasienter med delirium. Omsorg til dem øker betydelig sykepleieres arbeidsmengde. Det er vanlig at pasienter som utvikler delirium etter lårhalsbrudd hallusinerer og feiltolker sine omgivelser. For å redusere stress og skape en rolig og trygg omsorgssituasjon krever det mer av den ansatte for å tilpasse pasientens individuelle behov (Lundström et al., 1999).

1.1 Delirium

Begrepet delirium ble første introdusert av Celsius i det første århundre e. Kr for å beskrive psykiske lidelser under feber eller hodeskade. Delirium kommer av latinske deliro-delirare som betyr å fantasere, å være gal, å gå fra vettet. Hippokrates la merke til at pasienter med feber utviklet delirium som førte til død (Adamis & Treloar, 2007).

I ICD 10 defineres delirium som et

”organisk hjernesyndrom med uspesifikk årsak, som kjennetegnes av samtidig forstyrrelse av bevissthet og oppmerksomhet, persepsjon, tenkeevne, hukommelse, psykomotorisk atferd, følelsesliv og søvnvåkenhetsrytme. Varigheten er skiftende, og alvorlighetsgraden varierer fra mild til svært alvorlig” (ICD-10, 2011, s.312).

Delirium kjennetegnes av forstyrrelser i oppmerksomhet og bevissthet som utvikles over en kort tidsperiode, og hvor symptomene svinger i løpet av samme dag (Lundström et al., 2005). Delirium er forstyrrelse av høyere cerebrale funksjoner som gir svikt i oppmerksomhet og konsentrasjon. Korttidshukommelse er redusert, noe som fører til desorientering for tid og sted (Ranhoff, 2003). Pasienter med delirium sliter med å holde konsentrasjon som fører

videre til at de har vansker med å ta inn og forstå informasjon som ble gitt. Symptomer på delirium er desorganisert tenkning, forstyrret bevissthet, oppmerksomhetssvikt og endret søvnrytme. Pasienter med delirium er urolige om natten og sover om dagen. De har psykiatriske symptomer som hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger. Pasientene kan ha høy puls, feber, dehydrering og tremor (Ranhoff, 2003). I følge Inouye (2006) har symptomene en tendens til å komme og gå eller ha varierende alvorlighetsgrad over et døgn. Symptomene kommer brått og varer noen timer eller dager. En pasient som utvikler delirium har problemer med å opprettholde samtale eller følge instruksjoner. Pasienten har uorganisert tenkning, kognitiv svikt inkludert desorientering, hukommelsessvikt og språkvansker. De har følelsesmessige forstyrrelser som frykt, angst, depresjon, apati eller eufori.

Delirium er delt inn i forskjellige undergrupper: hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium og en blanding mellom disse to. Forskning viser at en tredjedel av alle delirium er uoppdaget. Helsepersonell oppdager hyperaktivt delirium, men mislykkes i å oppdage hypoaktivt delirium (Peterson et al., 2006). Pasienter som utvikler hyperaktivt delirium er motorisk urolige, uklare og har paranoide hallusinasjoner. De som utvikler hypoaktivt delirium er rolige og trekker seg tilbake fra omgivelsene. Ved kognitiv testing påvises desorientering i forhold til tid og sted samt nedsatt konsentrasjon (Ranhoff, 2003).

1.2 Risikofaktorer for utvikling av delirium

I følge Inouye (2006) er det både predisponerende og utløsende risikofaktorer for utvikling av delirium. De viktigste predisponerende faktorer er høy alder, tidligere kognitiv svekkelse, funksjonell svekkelse, dehydrering, underernæring, behandling med flere medisiner, tidligere hjerneslag og tidligere brudd. Redusert syn og hørsel kan bidra til utvikling av delirium. Som utløsende faktorer beskriver forfatteren følgende: smerter, subduralt hematoma, urinretensjon, brudd, infeksjoner, hjerteinfarkt, hjerneslag, hypo og hyperglykemi, elektrolyttforstyrrelse. Dette styrkes av en studie av David Anderson (2005). Forfatteren beskriver at predisponerende og utløsende faktorer er knyttet til hverandre og bidrar til utvikling av delirium. Delirium er en multifaktoriell tilstand som skyldes et samspill mellom predisponerende og utløsende faktorer. Predisponerende faktorer indikerer risiko for utvikling av tilstanden. De faktorer identifiseres på opptak før delirium ble utviklet. Pasienter med flere predisponerende faktorer kan utvikle delirium ofte. De med flere predisponerende faktorer ligger i høy risiko kategorier for utvikling av tilstanden. Dette gir potensial for å identifisere risikopasienter ved innleggelse og å sette i fokus forebygging av delirium. Utløsende faktorer

er de hendelsene som får delirium til å oppstå. Inouye et al. (2006) beskrevet følgende uavhengige utløsende faktorer som fører til delirium hos eldre pasienter: bruk av fysiske begrensninger, bruk av blærekateter, underernæring og bruk av mer enn tre medisiner.

Flere studier (Johansson et al., 2012; Bjørø et al., 2008) viser at smerter hos pasienter med lårhalsbrudd er underbehandlet, noe som forhindrer mobilisering og fører til forlengelse av delirium. Studien av Johansson et al. (2012) viste at pasientene opplevde en høyere intensitet av smerte ved hvile og med bevegelse på opptak. Dette gir potensial for å starte tilstrekkelig smertelindring og forebygging av delirium på akuttmottak. Flere studier (Kalisvaart et al., 2006; Kyziridis, 2006; Galanakis et al., 2001; Francis, 2012) viser at risikofaktorer for utvikling av delirium er pasients andre medisinske tilstander som depresjon, nedsatt i pasients allmenn medisinsk status, medikamenter med antikolinerge effekter samt infeksjonstilstand. Risikofaktorer i sammenheng med operasjon er forlenget ventetid for operasjon, ubehandlet smerte, underernæring, dehydrering, lavt Hb, feber og urinretensjon. Legemidler som nevroleptika, antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan utløse delirium (Ranhoff, 2010).

Hjerte og karsykdommer som høyt blodtrykk og cerebrovaskulære sykdommer fører til utvikling av delirium (Andersson et al., 2001). En studie av Juliebø et al. (2009) viser flere risikofaktorer assosiert med preoperativt delirium: pasienter som hadde kognitiv svikt fra før, de som bodde i institusjon, pasienter som ble funksjonelt svekket, de som falt innendørs, pasienter med KOLS eller tidligere hjerneslag og de som brukte hypnotika. Preoperativt delirium utviklet pasienter som på opptak hadde feber, takykardi, CRP over 10 mg/l. Ifølge forfatteren er det også flere risikofaktorer assosiert med postoperativt delirium: kognitiv svikt, underernæring, pasienter som brukte flere medisiner før innleggelse, de som hadde lav Hb på opptak og pasienter som hadde atrieflimmer før lårhalsbrudd. En lignende fremkom finnes i en studie av Schuurmans et al. (2003).

Følgende risikofaktorer fører til utvikling av delirium: pasienter som var avhengige av hjelp til ADL, de som bodde i en institusjon, bruk av flere medisiner samt flere psykoaktive stoffer og tidligere hoftebrudd. Ifølge Fong et al. (2009) finnes det modifierbare og nonmodifierbare risikofaktorer for utvikling av delirium. De modifierbare risikofaktorene er: svekkelse av hørsel eller syn, immobilisering (kateter eller begrensninger), bruk av antikolinerge medisiner, polyfarmasi og kortikosteroider, hjerneslag, meningitt, emosjonell

stress, smerter og søvnmangel. De nonmodifiserbare risikofaktorene er: demens eller kognitiv svikt, høy alder, fall, kronisk nyre eller lever sykdom.

1.3 Forebygging og behandling av delirium

Forebygging og behandling av delirium innebærer behandling av predisponerende eller respektive utløsende årsaker (Gustafson et al., 2002). Forebygging av delirium er den mest effektive strategien for å redusere forekomst av denne tilstanden. Mellom 30-40% av delirium kan forebygges (Lee et al., 2011). Høy kvalitet av omsorg til eldre pasienter kan redusere forekomst av delirium mellom 30-40% (Anderson, 2005). Eldre pasienter som har demens eller organisk hjernesykdom utvikler delirium mer enn de som ikke har det. Pasienter med demens har fem ganger større sannsynlighet for å utvikle delirium (Potter & George, 2006). Bare ved vrangforestillinger og hallusinasjoner behandles delirium direkte i form av medikamenter for å roe pasienten. I følge Ranhoff (2010) skal medikamentell behandling ved delirium brukes bare når pasienten er i fare for å skade seg selv eller andre.

Motsvarende funn viser en studie av Oldenbeuving et al. (2010). I denne studien ble det brukt rivastigminhydrogentartrat (rivastigmin-kolinesterasehemmer) på en 65 år gammel pasient som utviklet delirium. Etter å ha startet med rivastigminhydrogentartrat (6mg/dag), forsvant symptomene på delirium innen to uker. For å forebygge delirium startet man med rivastigminhydrogentartrat seks uker før operasjonen, og etterpå økes dosen av preparatet frem til to uker før operasjonen. Under sykehusoppholdet var det ingen symptomer på delirium, og rivastigminhydrogentartrat var redusert seks uker etter utskrivning fra sykehus. Pasienter som bruker rivastigminhydrogentartrat lenge utvikler delirium sjeldnere enn de som ikke bruker dette preparatet i følge forfatteren. Pasienter som får utilstrekkelig smertebehandling etter operasjon for hoftebrudd har økt risiko for delirium sammenlignet med pasienter som får høyere doser med analgetika (Bjørø, 2009).

Flere studier (Björkelund et al., 2010; Wass et al., 2008) viser at et multifaktoriell program som inkluderer intensivt prehospital og preoperativ behandling og omsorg kan redusere forekomst av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd. Forebygging av delirium kan deles inn i primær, sekundær og tertial. Den primære forebygging er rettet mot å redusere forekomsten av delirium med høy kvalitet av pleie og helsetjenester. Sekundær forebygging er rettet mot klinisk oppfølging og behandling av delirium. Tertial forebygging krever

identifisering av tidligere episoder av delirium slik at de pasientene blir kartlagt som personer med høy risiko for utvikling av delirium (Wass et al., 2008). I følge Rørbakken (2003) og Ranhoff (2010) anbefales følgende prinsipper som forebyggende tiltak for delirium: realitetsorientering, støyreduksjon, sikre uavbrutt søvn og tidlig mobilisering. Forebygging og behandling av delirium innebærer at pasienten må ha god oksygen tilførsel, adekvat væske tilførsel, ro og hvile, redusere eller unngå bruk av permanent kateter, unngå bruk av tvang, god oksygenering, bruk av briller og høreapparat, mobilisering, smertelindring (Ranhoff, 2010).

Det finnes ingen blodprøve som kan avdekke delirium men det er sykepleieres observasjon av pasientens endret tilstand og instrumenter som kan identifisere og vurdere utvikling av delirium. Vanlige instrumenter er Confusion Assessment Method - CAM (Inouye et al., 1990) og NEECHAM Confusion Scale (Neelon et al., 1996).

CAM ble utviklet for å forbedre kartlegging og anerkjennelse av delirium. Ved hjelp av denne skalaen er det mulig å identifisere delirium raskt i klinisk miljø. CAM dekker fire store kognitive og fysiologiske forandringsområder: 1) akutt debut og vekslende forløp, 2) uoppmerksomhet, 3) desorganisert tankegang og 4) endret bevissthetsnivå. Det er både sykepleiere og leger som kan observere pasients atferd og kartlegge symptomer på delirium. I delen "Akutt debut og vekslende forløp" observeres tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan pasienten er til vanlig. Det observeres også om atferden veksles i løpet av dagen. I delen "Uoppmerksomhet" observeres om pasienten hadde problemer med å holde oppmerksomhet, for eksempel om pasienten ble lett distraheret. I delen "Desorganisert tankegangen" observeres om pasientens tankegang var usammenhengende, det vil si at pasienten endret fra tema til tema uforutsigbar. I delen "Endret bevissthetsnivå" observeres pasientens bevissthetsnivå generelt. Her observeres om pasienten er våken, anspent, søvnig eller lett å vekke samt om det er umulig å vekke pasienten. Observant svarer med "ja" eller "nei" på de spørsmålene. Skalaen er delt inn i 2 bokser. Områder "Akutt debut og vekslende forløp" og "Uoppmerksomhet" ligger i boks 1, mens områder "Desorganisert tankegang" og "Endret bevissthetsnivå" er i boks 2. Hvis alle punktene i boks 1 og minst ett i boks 2 er besvart med "ja" er diagnosen delirium sannsynlig.

Johansson et al. (2002) utviklet den svenske utgaven av NEECHAM Confusion Scale, vurderingsinstrument for tidlig oppdagelse av delirium. Denne skalaen vurderer pasientens

nivå på bearbeiding, nivået av atferd, og fysiologiske tilstand. Nivå 1 vurderer pasientens bearbeiding av oppmerksomhet, instruksjoner og orientering. *Bearbeiding av oppmerksomhet* har en poengskala fra 0 – 4 poeng, der 0 gjelder betydelig redusert oppmerksomhet og 4 gjelder full oppmerksomhet. *Bearbeiding av instruksjoner* har poengskala fra 0 – 5 poeng. Pasient som er trøtt og sliten skårer 0 poeng, mens pasient som kan følge en kompleks samtale skårer 5 poeng. *Bearbeiding av orientering* har poengskala fra 0 – 5 poeng. Hvis pasients behandling av stimuli er sterkt redusert skårer pasienten 0 poeng. Hvis pasient er orientert både til tid på døgnet, dato, sted, og persondata skårer pasienten 5 poeng. Nivå 2 vurderer atferd som handler om utseende, motorisk aktivitet og språk. *Atferd som handler om utseende* har poengskala fra 0 – 2 der 0 poeng gjelder unormal kroppsstatus og atferd, mens 2 poeng gjelder kontrollert kroppsstatus og opprettholding av personlig hygiene. *Atferd som handler om motorisk aktivitet* skårer fra 0 – 4. Bevegelsesmønsteret sterkt hemmet skårer 0 poeng, mens normalt bevegelsesmønster skårer 4 poeng. *Atferd som handler om språk* skårer fra 0 – 4 poeng. Hvis det ikke er mulig å forstå pasienten skårer pasienten 0 poeng, mens hvis pasient har tilfredsstillende initiativ til samtale skårer 4 poeng. Nivå 3 – fysiologiske kontroller inneholder registrering av tre områder: stabilitet i vitale funksjoner, stabilitet i oksygenmetning og stabilitet i urinblære. *Stabilitet i vitale funksjoner* innebærer opplysninger om temperatur, puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens og hjertefrekvens. For å skåre 2 poeng kreves at alle verdiene er normale, mens 0 poeng skårer man om to eller flere kontroller viser unormale verdier. *Stabilitet i oksygenmetning* – O₂ metning på 93% eller over skårer 2 poeng, mens O₂ metning under 90% skårer 0 poeng. *Stabilitet i urinblære* – urinkontinens, behov for kateterisering eller anuri skårer 0 poeng, mens pasient som kan kontrollere blærefunksjonen skårer 2 poeng. Poenger fra alle tre nivåer kan variere mellom 0 (minimal respons) til 30 poeng (normal funksjon). Hvis pasient skårer <25 poeng er pasienten i fare for utvikling av delirium.

1.4 Pasientens opplevelse av delirium

Pasienter som utviklet delirium opplevde brått endring av virkeligheten. De som var innlagt på ortopedisk avdeling opplevde å ha vært på en nazistiske leier som fange. Pasienten trodde at sykepleieren var vakt på nazistiske leieren (Dupplis & Wikblad, 2007). I en studie av Andersson et al. (2002) opplevde pasienter i sitt delirium angst, forvirring med hensyn til tid og sted, irritasjon mens noen av dem hadde hallusinasjoner eller illusjoner. I siste fase av delirium tenkte pasienter høyt om hva som hadde skjedd. I samme studien opplevde en

innlagt pasient at hun så på en merkelig film der sykepleiere var skuespillere og alt vært så uvirkelig. I studien av Duppils & Wikblad (2007) beskrevet en pasient at hun var våken da begynte vann å rene ut fra alle vegger. Pasienter opplevde angst og frykt på grunn av trusler rettet både mot seg selv og mot sitt land. Da sykepleier skulle sette en sprøyte så reagerte pasienten med aggressiv atferd for hun opplevde dette som forsøk på å ta livet av henne. En annen pasient var redd fordi det var bare henne som viste at hennes land blir angrepet av en annen nasjon (Fageberg et al., 2002). Pasientens opplevelse å være i delirium var som om de drømte, men samtidig var de våkne. De viste at de var på sykehuset, men samtidig på et annet sted (Duppils & Wikblad, 2007). De som utviklet delirium løper sammen fortid og nåtid. De setter både mennesker, situasjoner, hendelser og steder fra tidligere i dagens miljø og situasjon (Andersson et al., 2002). Flere pasienter som var i sitt delirium opplevde vrangforestillinger som ekte. Pasienter søkte svar av sykepleiere og pårørende for å forstå sin situasjon og å få kontroll over sin situasjon. Når sykepleiere, pårørende eller andre pasienter prøvde å realitetsorientere dem følte pasientene seg håpløst. Da pasientene følte at de ikke kunne stole på sine egne eller venner ble håpløshet og ensomhet enda sterkere (Fageberg et al., 2002). Hallusinasjoner vekket sterke følelser blant pasientene i form av frykt, panikk og aggresjon (McCurren & Cronin, 2003). Hallusinasjoner ble beskrevet av pasienter i delirium fra behagelige til skremmende (Duppils & Wikblad, 2007; McCurren & Cronin, 2003). Pasienter opplevde at de ikke ble lyttet til i møte med omsorgspersoner. De hadde vanskeligheter både for å bli forstått av andre og å forstå sin egen situasjon (Andersson et al., 2002).

1.5 Sykepleieres opplevelse av møte med pasienter med delirium

I følge Dahlke og Phinney (2008) er det få studier som forsket på sykepleieres opplevelser av omsorg til eldre pasienter som utviklet delirium. I møte med pasienter med delirium har sykepleiere utfordringer for å nå og forstå pasientens situasjon. Når sykepleiere lar merke til forandring i pasientens oppførsel tar de kontakt med sine kolleger på avdeling eller med pårørende for å høre om pasientens tidligere mentale status (Dahlke & Phinney, 2008). Ni av ti pleiere har erfart fysisk aggresjon av pasienter med delirium (Rogers & Gibson, 2002). Sykepleiere opplever omsorg til pasienter med delirium som "å streve for balanse" gjennom å takle uventede reaksjoner hos pasienten og store arbeidsmengden ved å balansere disse forholdene (Lou & Dai, 2002). Ulike oppfatninger av virkeligheten fører til vanskeligheter for sykepleiere å gi pasientene den hjelpen som de ønsker (Stenwall, 2009). Noen situasjoner i

møte med pasienter med delirium betegnes av sykepleiere som nærmest umulige og sykepleiebeslutningene preges av det som er mulig i den konkrete situasjonen (Lou & Dai, 2002). Det er vanskelig å komme i kontakt med en som er i en annen virkelighet, og en av de viktigste og vanskeligste oppgaver til sykepleiere er å beskytte pasienten for ikke å skade seg selv (Hallberg, 1999). Sykepleiere bruker verbal og nonverbal kommunikasjonsferdigheter i sine forsøk til å oppfatte pasientenes erfaringer og følelser. De kunne se i pasientens øyne angst, frykt eller bekymring (Andersson et al., 2003).

1.6 Problem område og problemavgrensning

Forskning viser at pasienter som har utviklet delirium har forlenget sykehusopphold, økt risiko for død og økte kostnader for helsevesenet. Eldre pasienter utvikler delirium preoperativt mens en del av dem utvikler tilstanden postoperativt på ortopediske avdelinger i Norge.

Det er mye forskning på delirium, men lite i dette område som gir kunnskap om sykepleieres opplevelser i møte med pasienter med delirium som er utfordrende og deres handlinger rettet mot pasienter med delirium.

Forskning tyder på at kunnskap om delirium og bruk av den i praksis har forebyggende effekt (Gustafson et al., 2002). Til tross for omfattende forskning på dette området er delirium fortsatt et stort problem, og det er derfor av stor betydning for å beskrive sykepleieres erfaring i omsorg og behandling av pasienter med delirium. Ved å belyse problemet og øke bevisstheten om delirium og dens konsekvenser kan sykepleiere i mange tilfeller redusere pasientens lidelse.

Denne studien begrenser seg til sykepleieres erfaringer og handlinger hos pasienter som utviklet delirium etter lårhalsbrudd. Det vil si at pasients erfaringer å bli delirisk og pårørendes erfaringer ikke er en del av denne studien.

2.0 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikt med studien er å beskrive sykepleieres opplevelser og handlinger ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium. Studien har følgende problemstillinger:

- *Hvilke utfordringer har sykepleiere i møte med pasienter som utviklet delirium?*
- *Hva slags handlinger må sykepleiere gjøre i omsorgen?*

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres studiens metode som består av: design, utvalg av informanter, datainnsamling, transkribering, dataanalyse og troverdighet.

3.1 Design

Denne studien har en kvalitativ design der semistrukturerte personlige intervjuer anvendes for datainnsamling. I følge Kvale & Brinkmann (2010) finnes det forskjellige intervjuformer. Hvilke av intervjuformer skal benyttes er avhengig av forskningsformål. Det finnes datastøttede intervjuer, fokusgruppeintervjuer, faktuelle intervjuer og begrepsintervjuer. Bruk av kvalitativ metode ansees å være hensiktsmessig med bakgrunn i at studien søker å belyse og beskrive sykepleieres opplevelser i deres yrkesutøvelse (Polit og Beck, 2012). Gjennom kommunikasjon mellom mennesker lærer vi om deres erfaringer, følelser og håp. Ved bruk av det kvalitative forskningsintervjuet forsøker vi å forstå verden fra intervjupersonenes side, å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelser av verden. Det kvalitative forskningsintervjuet er anvendelig for å kunne gi en dypere forståelse av hvordan individene ser prosessene rundt seg. Kvalitativ metode kjennetegnes ved et rikt datamateriale basert på informantenes subjektive fortelling om fenomenet, hvor forskeren søker å forstå informantenes levde erfaringer gjennom innhenting og eventuelt tolkning av datamaterialet (Polit & Beck, 2012).

3.2 Utvalg av informanter

Deltakere i studien er sykepleiere som jobbet innom ortopedisk avdeling. I denne studien ble det brukt strategisk utvelgelse. Første steg i utvalget av informanter i studien var å søke etter sykepleiere som møttes med pasienter som har utviklet delirium etter operasjon for fractura colli femoris. Neste steget var å velge ut sykepleiere som skal delta i studien. Det empiriske materialet er basert på kvalitativt intervju med åtte sykepleiere fra to ortopediske avdelinger på et sykehus i Sør Norge. Inklusjonskriteriene for studien var at deltakerne hadde minimum to års erfaring som sykepleier på aktuell ortopedisk avdeling samt at deltakerne møttes med pasienter med delirium i løpet av sitt arbeid. Utvelgelsen av informantene skjedde ved at forfatteren kontaktet avdelingslederne i hver av de to ortopediske avdelingene og da ble det gitt informasjon om prosjektet. Avdelingslederne ga en oversikt over sykepleiere som har jobbet på avdelingen over to år og deres telefonnumre. Utvalget fra de to avdelingene var slik at halvparten av sykepleierne i studien var fra den ene avdelingen og halvparten fra den andre

ortopediske avdelingen. Det ble tatt kontakt med sykepleierne både på telefon og direkte på avdelingen. Etter å ha kontaktet femten sykepleiere var ti aktuelle deltakere som meldte sin interesse og oppfylte inklusjonskriteriene. De som var villig til å delta i studien og som oppfylte inklusjonskriteriene fikk informasjonsbrev (Vedlegg 1) på avdelingen. Sykepleierne i studien ga sitt samtykke til å delta i studien før de ble intervjuet (Vedlegg 2). Utvalget var ti kvinnelige sykepleiere. Det ble gjennomført et pilotintervju med en av disse ti sykepleierne, og en sykepleier trakk seg fra studien før hun ble intervjuet. Til slutt var det åtte sykepleiere som deltok i studien. Alle sykepleierne med ett unntak var utdannet ved norske høyskoler. En sykepleier var utenlandsk og de andre var norske. Sykepleierne som deltok i studien hadde erfaring på ortopedisk avdeling fra to til elleve år.

3.3 Datainnsamling

Avtale om tid og sted for gjennomføring av intervjuet ble bestemt etter kontakt med hver informant. Intervjuene ble gjennomført på et møterom på en av de to ortopediske avdelingene på dagtid fra kl.14,15 til kl.15,00 slik at de sykepleierne som jobber dagvakt kunne intervjues. Sykepleiere som jobbet kveldsvakt var villige å komme på jobb tidligere slik at de var også intervjuet mellom kl.14,15 og 15,00. De fleste intervjuene (syv av åtte) ble gjennomført i mai og juni 2012, og det siste i august 2012.

Det ble utformet en intervjuguide med en delvis strukturert tilnærming (Vedlegg 3) med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål. Intervjuguiden inneholdt fire hovedspørsmål som dekker det som var studiens hensikt. For å få svar på forskningsspørsmål om sykepleieres utfordringer i møte med pasienter som har utviklet delirium ble det stilt tre hovedspørsmål:

- Beskriv hvordan du opplever det å være sykepleier på vakt når en pasient har utviklet delirium.
- Hvilke tegn på delirium ser du etter i møte med pasienter som har utviklet delirium?
- Beskriv hvordan du oppfatter pasientens opplevelse å bli delirisk?

For å få svar på forskningsspørsmål angående handlinger som sykepleiere gjør i møte med pasienter med delirium ble det stilt et spørsmål:

- Hvilke tiltak har sykepleiere erfarenhet av i møte med pasienter med delirium?

For å teste om intervjuguiden gir svar på forskningsspørsmål ble det gjennomført et pilotintervju i forkant av data innsamlingen. Pilotintervjuet ble gjennomført i mai 2012. I pilotintervjuet ble det avdekket at intervjueren burde stille flere oppfølgingsspørsmål

angående sykepleieres opplevelse av møte med pasienter med delirium. Svar på noen spørsmål var korte og ikke nok beskrivende. Følgende oppfølgingsspørsmål anvendes: “Hvordan opplevde du det?”, “Hva tenkte du da?” “Hva mener du med...?”

I innledningsfasen presenterte intervjueren seg selv og da ble gitt en kort innføring i hva som er temaet selv om alle informantene fikk informasjonsbrev hvor det ble beskrevet også. I denne fasen informerte intervjueren om at informasjonen som registreres om informanter vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger og at det ikke vil være mulig å identifisere informanter i resultatene av studien. I åpningsfasen startet intervjueren med spørsmål angående sykepleieres opplevelse av møte med pasienter som har utviklet delirium. Sykepleierne var interessert i temaet som resulterte med rikt materiale i studien. I avslutningsfasen ble sykepleierne spurt om de har noe mer å si om temaet. Møterommet lå på en av de to aktuelle avdelinger, og var godt skjermet for lyder utenfra. Ingen av intervjuene ble avbrutt. Det er ulike måter å dokumentere et intervju på. Intervjuene varte mellom 45 minutter og 1 time og de ble tatt opp på lydopptak Ved å bruke opptaker, var det mulig å være fokusert på informanten.

3.4 Transkribering

Transkriberingen ble foretatt ord for ord og parallelt med gjennomføring av intervjuene. Intervjueren transkriberte alle intervjuene selv. Transkribering klargjør intervjumaterialet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2010). Enkelte av opptakene måtte høres flere ganger for å sikre at all informasjon ble korrekt gjengitt. For å transkribere det som ble sagt brukte intervjueren VLC player, et dataprogram for å senke hastigheten på lydopptaket slik at intervjueren kunne høre og notere hvert ord. Til sammen ble det transkribert 50 sider eller 21 399 ord fra alle intervjuene. Etter ferdigstilt transkribering ble det lyttet gjennom alle intervjuene og kontrollert at intervjueren fått med seg alt som ble sagt.

3.5 Dataanalyse

Dataanalyse, koding og kategorisering ble gjort ved kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på manifest og latent innhold. Manifest innholdet er analyse av hva teksten sier, mens latent innholdet er analyse av tolkning av den underliggende meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). I denne studien ble det brukt induktiv manifest innholdsanalyse som er inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Analysen omfatter følgende 6 steg:

- Gjennomlesning av intervjuene flere ganger for å få ett helhetsbilde av forståelse hva informantene hadde svart,
- Søking av innholdsområde i forhold til hensikten,
- Innholdsområdet deles inn i meningsenheter og er grunnlaget for analysen,
- Kondensering av meningsenheter, forkorting av teksten gjennom reduksjon uten at meningsinnhold går tapt,
- De kondenserte meningsenhetene kodes og viser sentrale budskapet i intervjuer utifra hensikten. Kodene kondenseres med tanke på likheter og forskjeller for å identifisere underkategorier.
- Underkategorier som hører sammen sorteres i kategorier som er indre utfyllende, samtidig som de er gjensidig utelukkende, manifest innhold.

I Tabell 1 presenteres analyseprosessen fra meningsenhet til kategori. Kategoriene «Utfordrende situasjon», «Forandring i oppførsel» og «Utilstrekkelighet» svarer på forskningsspørsmål hvilke utfordringer sykepleiere har i møte med pasienter med delirium, mens kategorien «Muligheter i pleiesituasjon» svarer på forskningsspørsmål hva slags handlinger sykepleiere gjør i omsorgen.

Tabell 1: Analyseprosessen fra meningsenhet til kategori

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
Jeg opplever det stressende. Pasient som utvikler delirium krever mer oppmerksomhet, ekstra pleie og mer tid enn de andre pasienter.	Stress fordi pasienten med delirium krever mer enn de andre pasienter.	Stress på grunn av økt arbeidsmengde	Stress og frustrasjon	Utfordrende situasjon
Forvirring, motorisk urolighet, plukking, de ligger og tar, ser ting, hallusinerer, tror det har vært noen inne på rommet.	Forvirring, plukking, hallusinerer.	Plukking, hallusinerer	Motorisk urolighet og uklarhet	Forandring i oppførsel
Jeg opplever at de nesten får panikk. De blir veldig redde, og vil egentlig bare hjem.	Pasienter får panikk og er redde.	Panikk og angst	Emosjonelle og affektive reaksjoner	Utilstrekkelighet

Pasienter som er veldig angstfulte har veldig god nytte av at pårørende kommer og er der.	God nytte av at pårørende kommer.	Pårørende til stede	Samarbeid med pårørende	Muligheter i pleiesituasjon
---	-----------------------------------	---------------------	-------------------------	-----------------------------

3.6 Troverdighet

Her vurderes studiens kvalitet og resultatenes troverdighet. I begrepet troverdighet inngår tilforlatelighet (credibility) pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability). Credibility omfatter aktiviteter som øker sannsynligheten slik at funnene som ble produsert er troverdige (Polit & Beck, 2012). Credibility som parallell til intern validitet dreier seg om i hvilken grad studiens framgangsmåter og funn reflekterer studiens formål og virkeligheten. Validiteten kan styrkes gjennom strategier som vedvarende observasjon og metodetriangulering. Vedvarende observasjon innebærer å bruke nok tid til å forstå fenomenet slik at forskeren kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon. Metodetriangulering innebærer forskerens ulike metoder (intervju, observasjon) som er brukt under arbeidet (Johannessen et al., 2011). I følge Graneheim og Lundman (2004) skal forskningsresultater være så troverdig som mulig og hver forskningsstudie må vurderes i forhold til de prosedyrer som brukes til å komme fram til funnene. For å skape tillit til studiens kvalitet og etablere troverdighet gjennomgår en beskrivelse av framgangsmåte i studien og i analyseprosessen. Pålitelighet (dependability) omfatter hvordan forskere har demonstrert troverdigheten av funnene (Polit & Beck, 2012). Overførbarhet (transferability) dreier seg om studiens funn og forventninger at funnene har betydning for andre i lignende situasjoner (Polit & Beck, 2012).

Tilforlatelighet

Målet med tilforlatelighet er å illustrere bevisene gjennom prosess som førte til konklusjon (Polit & Beck, 2012). Funnene i studien er resultat av forskningen og ikke resultat av forfatterens subjektive holdninger. Forfatteren har gått flere ganger tilbake til det transkriberte materialet for å se om meningen er ivaretatt i den konteksten informanter har uttalt det.

Pålitelighet

Påliteligheten i studien handler om troverdigheten som er knyttet til utvalg av informanter, gjennomføring av intervju og transkribering. Hensikten med denne studien var å finne ut

kunnskap om sykepleiernes opplevelser og handlinger ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium. Det å velge den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling og mengden av data er viktig for å etablere troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004). For å studere sykepleieres opplevelser av omsorg til pasienter som har utviklet delirium velges en kvalitativ metode, og for å samle inn data til studien velges personlige intervjuer. Formålet er å forstå eller beskrive noe. Det legges vekt på at det kvalitative intervjuet har til hensikt å få fram beskrivelser av informantens opplevelse av noe for å kunne tolke betydningen av de fenomenene som beskrives.

For å få best mulig svar på studiens formål ble satt opp kriterier som beskrev hvem som ble invitert til å delta i intervjuet. Informantene i studien var kun sykepleiere. Det å velge deltakere med ulike erfaringer øker muligheten for å belyse forskningen spørsmål fra en rekke aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). Informantene hadde erfaring på aktuell ortopedisk avdeling fra to til elleve år. I studien ble benyttet intervjuguide med fire ledende forskningsspørsmål. Alle informantene fikk samme spørsmål. Intervjuguiden inneholder en oversikt over emner som skal dekkes, og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2010). Ideen med intervju er å stille spørsmål og gi kommentarer på en slik måte at informanten forteller mer, fordyper seg selv og gir noen eksempler på oppfatninger eller erfaringer som er beskrevet. Det er viktig å ta litt tid før intervjuet begynner slik at informanten føler seg komfortabelt i intervjusituasjonen. Oppfølgingsspørsmål kom spontant av seg selv for å få mer informasjon om det aktuelle eller for å fordype tema vi snakket om.

Troverdigheten økes ved å bruke opptak og ordrett transkribering. Til sammen ble det transkribert 50 sider eller 21 399 ord fra alle intervjuene. Materialet ble analysert etter Graneheim og Lundman (2004) kvalitativ innholdsanalyse. Valget ble gjort etter gjennomgang av de ulike metodene og ble regnet at metoden er best i stand for å svare på studiens formål.

I denne studien var i fokus manifest innholdet. Intervjueren må være i stand til å redusere tekst uten å miste innholdet eller betydningen av materialet (Polit & Beck, 2012). Innholdsanalyse ble gjort gjennom å kondensere meningsenhetene inn i koder og deretter i underkategorier og kategorier. Resultatet er også styrket med sitater fra intervjuene for å øke gyldigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Gyldighet betyr at studien beskriver hva det er ment å beskrive.

Overførbarhet

Overførbarhet innebærer at det er mulig å overføre resultater fra en studie til andre situasjoner med lignende sammenheng og deltakere (Polit & Beck, 2012). For å kunne vurdere overførbarheten av studiens resultat må forfatteren gi en tydelig beskrivelse av utvalg, informanter, datainnsamling og analyseprosess. Det er leseren som avgjør om resultatene er overførbare. Sitater og illustrasjoner i teksten bidrar også til å hjelpe leseren å avgjøre overførbarheten i studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2004).

3.7 Forskningsetikk

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) utviklet retningslinjer for forskningsetikk. Etter de retningslinjer må forskeren ta vare på informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2011).

Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi innebærer at den som spørres om å delta i studien har på forhånd tilstrekkelig informasjon om prosjektet til å vite hva han samtykker til. Informert samtykke innebærer at vedkommende gir frivillig samtykke til å delta. Vedkommende må informeres om at han kan trekke seg fra studien når som helst og uten å begrunne det (Kvale & Brinkmann, 2010). Denne informasjonen ble derfor gitt deltakerne da de ble spurt om å delta. Informanter ga skriftlig og muntlig samtykke til å delta i denne studien.

Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv er knyttet til konfidensialitet. Konfidensialitet handler om at forskeren anonymiserer deltakeren (Kvale et al, 2010). Sykepleiernavn, pasientnavn og institusjonsnavn blir anonymisert i det transkriberte materialet.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (prosjektnummer 30296). Lydopptak, adresselister og tekst har blitt oppbevart etter NSDs retningslinjer. Data ble lagret på forfatterens laptop og kan åpnes bare ved bruk av passord. Tilgang til de har kun forfatteren og veilederen. Dataene slettes umiddelbart etter at denne masteroppgaven er godkjent. Da forfatteren søkt godkjenning av NSD var prosjektittel "Sykepleierens erfaring og handlinger i henhold til pasienter med hoftebrudd som utviklet delirium". Etter Analyseseminar i november 2012 ble tittelen endret til "Sykepleiernes opplevelser og

handlingar ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium". NSD ble informert om dette og endringen er registrert.

4.0 RESULTAT

I dette kapitlet presenteres resultater av informantenes utfordringer og handlinger som de gjør i omsorgen. Dette ble gjort i relasjon til oppgavens forskningsspørsmål:

- *Hvilke utfordringer har sykepleiere i møte med pasienter som utviklet delirium?*
- *Hva slags handlinger må sykepleiere gjøre i omsorgen?*

På bakgrunn av analysen er resultatene delt inn i fire kategorier og ti underkategorier (Tabell 2). Kategoriene «Utfordrende situasjon», «Forandring i oppførsel» og «Utilstrekkelighet» svarer på forskningsspørsmål: «*Hvilke utfordringer har sykepleiere i møte med pasienter som utviklet delirium?*» Kategorien «Muligheter i pleiesituasjon» svarer på forskningsspørsmål: «*Hva slags handlinger må sykepleiere gjøre i omsorgen?*» Resultatene i studien blir forsterket med sitater fra intervjuene hvor informantene blir markert som «sykepleier 1,2,3...».

Tabell 2: Oversikt over kategorier og underkategorier fra innholdsanalyse av intervjuer angående sykepleiernes utfordringer¹⁾ i møte med pasienter med delirium og deres handlinger²⁾.

Kategorier	Utfordrende situasjon ¹⁾	Forandring i oppførsel ¹⁾	Utilstrekkelighet ¹⁾	Muligheter i pleiesituasjon ²⁾
Under kategorier	Stress og frustrasjon. Kommunikasjon problemer.	Motorisk urolighet. Uklarhet.	Emosjenelle og affektive reaksjoner.	Tiltak med fokus på bakomliggende årsaker. Realitetsorientering. Samarbeid med pårørende. Hindring av selvskading. Dokumentering i behandlingsplan.

4.1 Utfordrende situasjon

Denne kategorien beskriver sykepleieres opplevelser av utfordringer i møte med pasienter som har utviklet delirium før eller etter operasjon for fractura colli femoris. Denne kategorien består av to underkategorier: «Stress og frustrasjon» og «Kommunikasjonsproblemer». I omsorgen av denne pasientgruppa opplever sykepleierne at det er utfordrende, stressende og frustrerende. Det som gjør denne situasjonen utfordrende er manglende tid, lav bemanning og det at pasienter ikke klarer å utrykke seg om sine plager. Det vil si at sykepleier må forstå pasienten uten ord. Kommunikasjon er en viktig del av sykepleie og budskap bør formidles klart og tydelig for å unngå at budskap blir misforstått.

4.1.1 Stress og frustrasjon

Sykepleiere beskrev stressfulle opplevelser relatert til omsorg til pasienter med delirium og anga at de blir overbelastet om en pasient utviklet delirium. Pasienter krever mye av sykepleiere og de har ikke nok tid for å roe dem ned. Det fremkom at informantene savner hjelp av leger og sykepleierkolleger. Manglende informasjon om pasientens tilstand før innleggelsen fører til stress og frustrasjon hos sykepleiere.

I intervjuene formidlet sykepleierne at de opplevde stress og frustrasjon til ulike anledninger. Sykepleierne angir at pasienter som utvikler delirium er mer krevende enn de andre pasienter fordi de trenger hyppigere tilsyn og krever mer av sykepleiere i forhold til det at de trenger bedre tilrettelegging i omsorgen.

Ja, jeg opplever det ofte ganske stressende, fordi vi har mange pasienter her. Og en pasient som utvikler delirium krever ofte litt mer oppmerksomhet og litte ekstra pleie og ja, litt mere tid enn de andre pasientene (sykepleier 2).

Sykepleiere beskriver omsorg til pasienter med delirium som en stressfull opplevelse på grunn av økende arbeidsbelastning. De prøver å takle uventede reaksjoner hos pasienten og store arbeidsmengden ved å balansere disse to forholdene. Sykepleiere opplever pasienter med delirium som de vanskeligste pasienter å gi god pleie til, fordi «det er så mye rundt det».

Man må bruke mye tid og snakke med dem, fortelle dem hvor de er og, så det er, det er jo slitsomt. Det blir en ekstra oppgave på en måte som man må gjøre i tillegg til de andre tingene. (sykepleier 8).

Omsorgen til pasienter som utviklet delirium er vanskelig på grunn av manglende tid. Pleiepersonalet må sette av tid til å følge pasienten med akutt forvirring. Men det er ikke nok tid.

... det er ganske fortvilende egentlig, for du føler at du ikke har tid til pasienten. For den krever mye mer oppfølging, den krever mye mere tilrettelegging, ta vare på, passe på. De kan være veldig urolige. Og det kan være veldig vanskelig å klare å ta hånd om de pasientene (sykepleier 1).

Sykepleiere beskriver at det skulle ha vært mindre stress og lettere å tåle økende arbeidsbelastning om de hadde støtte av sine kolleger. De savner hjelp av fagpersonalet, både leger og sykepleiere som er på vakt. Pleiepersonalet opplever at de står alene i denne frustrerende situasjonen og at legene ikke hjelper dem til å finne ut hva som skjer med pasienten.

Når du står oppi den, når du på en måte, jeg vil si man opplever gjerne ofte at legene ikke er så opptatte av det, rett og slett. Det er, det blir mer vårt problem på pleiesiden, rett og slett (sykepleier 1).

En annen sykepleier beskrevet det slik:

Så jeg vil gjerne ha i bildet flere, alle inni bildet, leger som assisterer og pleiere som jeg jobber med, kollegaer som assisterer. Så det er svært vanskelig å stå i en situasjon, i den situasjonen alene (sykepleier 5).

Informantene opplever omsorg til pasienter med delirium slitsomt. De pasientene trenger oppmerksomhet både før og etter operasjon. Ortopediske pasienter har mye restriksjoner og ting som de ikke får lov til å gjøre. Når pasienter blir forvirra så er det ikke sikkert de husker på det.

Det er jo slitsomt... spesielt hvis for eksempel pasienter som har hoftebrudd som ikke har operert, man må passe godt på dem for da skal de ofte opp av senga, eller ut å gå eller et eller annet sånt. Det vil de ikke klare. Også når dem har operert så blir det mye mer å passe på (sykepleier 8).

Manglende informasjon om pasients tilstand før innleggelse er stressende og frustrerende. Sykepleiere kan være usikre om det gjelder delirium eller demens om de ikke har informasjon om pasienten på forhånd.

... sjelden så har vi jo noe, noe beskrivelse av pasienten, hvordan de er på sykehjemmet. Ofte så får vi kanskje informasjon fra pårørende, flere dager etter operasjonen... (sykepleier 1).

4.1.2 Kommunikasjonsproblemer

I denne underkategorien fremkom det at sykepleiere kommuniserer med pasientene for å forstå pasienter, roe dem ned, realitetsorientere dem, trygge dem og oppnå kontakt. Sykepleierne har vanskeligheter å forstå pasientens situasjon. De har vansker å uttrykke seg eller kan uttrykke blandede budskap hvilket kan føre til misforståelse fra sykepleieres side. Gjensidige misforståelser kommer fordi pasienter er i en annen verden og sykepleiere har vansker å nå deres virkelighet. Sykepleiere prater med en pasient i delirium rolig og lavt, men iblant må de prate høyt for å få pasienten å lytte til viktig informasjon. Kommunikasjonsproblemer begrenser pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser til sykepleiere og pårørende. Dette kan føre til at vedkommende blir frustrert og irritert. Kommunikasjon mellom pasienter og sykepleiere kan være verbal og nonverbal. Når det gjelder nonverbal kommunikasjon så er det ansiktet som uttrykker følelser og interesse. Sykepleiers ansiktsuttrykk i pleiesituasjon formidler informasjon til pasienten. For å forstå pasienten som har utviklet delirium innebærer at sykepleier må tolke pasientens nonverbal kommunikasjon. Effektiv kommunikasjon er avgjørende for en nøyaktig vurdering av pasientens situasjon. Sykepleiere angir at pasienter har vansker med å forstå informasjon.

Med mobilisering for eksempel, at de ikke forstår at de skal opp, noen vil jo ikke opp, for det gjør kanskje vondt, eller de er redde på noe vis. Og det motsatte, de gjerne hopper ut av senga og at de ikke forstår at de er nyopererte, og at kanskje bena ikke holder så godt som de ønsker. Vanskelig å gi informasjon (sykepleier 1).

Sykepleierne mente at pasientene misforstått situasjonen og handlet på grunnlag av misforståelse og gjorde ting som de normalt ville ikke ha gjort. De beskriver at det er vanskelig å forstå og nå pasienten. Sykepleier beskriver den pleiesituasjonen der oppstått kommunikasjonsproblemer med pasienten hun skulle stelle.

Sykepleiere beskriver hvordan det er å kommunisere med pasienten som utviklet delirium slik:

Dem kan tolke det vi gjør annerledes sånn at dem jobber mot oss. Dem skjønner ikke at vi må stelle de, og snu de, og vaske de. Dem kan ha dårlig assosiasjoner til nedentil vask. Så det kan bli vanskelig (sykepleier 7).

Informantene angir at eldre pasienter med delirium klarer ikke å uttrykke seg og når de kommuniserer med pasienter kan pasientene være sinte og frustrerte.

4.2 Forandring i oppførsel

På bakgrunn av intervjuene kan denne kategorien deles inn i to underkategorier: motorisk urolighet og uklarhet. De utfordringer som beskrives er at de som utvikler delirium kan være så forvirret at de drar ut katetre og venefloner, går opp av senga med et lårhalsbrudd. De kan reagere med irritasjon og aggressivitet. Pasienter hallusinerer og er i en annen verden.

4.2.1 Motorisk urolighet

I denne underkategorien fremkom sykepleiernes erfaringer med pasienter med akutt forvirring rettet mot de med hyperaktivt delirium. I studien fremkom at pasienter var motorisk urolige og aggressive. Informantene beskrev at pasienter reiser seg opp med et lårhalsbrudd, selvseponerer kateter, plukker i bandasje og operasjonssåret. De som utviklet hyperaktivt delirium og blitt motorisk urolige ble beskrevet slik:

... de blir jo, ja de kan være plukkete, de napper ut venefloner, de kan rope, selvseponere kateter, de gjerne går opp på senga, så man må passe på at de ikke går opp på senga, uten at noen i hvert fall er der (sykepleier 1).

Informantene beskrev at motorisk urolige pasienter kan få en infeksjon når de drar ut kateter eller tar av bandasje fra operasjonssåret.

Veldig uhensiktsmessig, når de er nyopererte, å rive av bandasjer, med tanken på infeksjonsfarer, katetre blir ofte dratt ut. Dem blir motorisk urolig, og vil opp fordi dem har vondt, det er typisk for hofte opererte, dem vil opp og sitte på sengekanten (sykepleier 4).

Sykepleiere angir at motorisk urolige pasienter krever mye oppmerksomhet noe som er både ressurs og tids krevende.

Informantene beskrev at ortopediske pasienter har mye restriksjoner og ting som de ikke får lov til å gjøre og da når de blir forvirra så de husker ikke på det.

... de vet ikke hva, hva det vil si da restriksjoner. De reiser seg opp og de gjør alt det de ikke skal, fordi de ikke husker hvilke restriksjoner det gjelder (sykepleier 6).

Sykepleierne er oppmerksomme på pasienter som er i særlig fare for å bli skadet, men samtidig er de begrenset å ta vare på den pasientgruppa på grunn av manglende tid. Sykepleierne angir at en som er motorisk urolig kan fort bli skadet igjen om den ikke har fast vakt.

Informantene angir at pasienter som har utviklet delirium krever ekstra jobb som man må gjøre i tillegg til de andre tingene. De trenger hyppig tilsyn og det er en utfordring.

... jeg husker en pasient som var i delir og det pågikk blodtransfusjon og vi hadde ikke muligheten til å overvåke henne hele tiden. Så når vi kom inn litt senere så hadde henne revd ut venefloner og det var blod overalt og på gulvet og ja. (sykepleier 6).

4.2.2 Uklarhet

I denne underkategorien beskrev sykepleiere pasienter som hadde hallusinasjoner, vrangforestillinger, utagerende og aggressiv adferd. Pasienter er ikke orientert for tid og sted. De vet ikke om det er dag eller natt og de skjønner ikke at de er innlagt på sykehus. De er ikke samarbeidsvillige og kan være aggressive. Når slike tilstander preger pasienten har sykepleiere en stor utfordring.

Hun ropte og hun har var sint på oss, hun så, som hallusinerte ting inne på rommet. Hun beskylte oss for å gå i rundt i sakene hennes (sykepleier 1).

Sykepleierne beskriver at det er vanskelig å gi informasjon. Og da må sykepleierne gjenta informasjon om igjen og om igjen.

... det hjelper ikke å forklare for de heller hva det er. Og de kan kanskje forstå det der og da, men over lenger tid så husker de det ikke, det du har forklart (sykepleier 6).

Det blir veldig vanskelig å sitte inne og berolige pasienten hele tiden. Hvis den hallusinerer, og hører stemmer, så kan den rope en del, tilkalle oppmerksomhet. Det er mange andre på avdelingen som blir urolige.

... det er veldig ubehagelig for både oss og pasienten som blir redd og sint, man blir forvirra, i hvert fall med to manns rom, så det var akkurat det, som skjedde der pasienten lå på rom med en annen pasient, som da ble liggende våken hele natta, som da også ble nyoperert (sykepleier 4).

Andre utfordringene for sykepleierne var da pasientene ikke var samarbeidsvillige og var aggressive.

De kan også nekte også gjøre ting, nekte å utføre stell, nekte å ta medisiner. Jeg har jo opplevd å bli slått av en som har vært i delirium (sykepleier 2).

Sykepleiere beskriver pasients irritasjon og aggressivitet slik:

... hvor hun vekslet veldig mellom det å være hyggelig og rolig og snill og god, og til å være rasende og ville ikke ha hjelp... så vi måtte på en måte bare trekke oss ut av rommet (sykepleier 1).

4.3 Utilstrekkelighet

Denne kategorien beskriver hvordan sykepleiere oppfatter pasientens opplevelse å bli delirisk og inneholder en underkategori, "Emosjonelle og affektive reaksjoner". Det fremkom at pasientene kan oppleve panikk, frykt og angst, frustrasjon. Pasientene er skamfulle, de er lei seg og de er flau. Sykepleierne oppfatter mye aggresjon, mye frustrasjon, at man blir oppgitt på seg selv og på sykepleiere. Alle sykepleiere anga at pasienter kan være lei seg, nedstemt, at pasienter skjønner at det er noe som ikke er som det skal være, men de klarer ikke å sette helt fingeren på det. Pasientene husker hva de selv har sagt og hva sykepleiere har sagt og gjort i situasjoner. Og de er lei seg og det er mange unnskyldninger i etter tid for hvordan de oppførte seg.

4.3.1 Emosjonelle og affektive reaksjoner

Informantene beskrev at pasienter blir lei seg og såret på deres vegne og skjemmes om de hadde sagt noe de ikke skulle si og at de er til bry.

... hun var så lei seg og ydmyk fordi hun husket noe av det hun hadde sagt og gjort. Og hun var utrolig lei seg, hun var så lei seg i tilfelle vi ble fornærma. Ja, det var helt vondt å se på (sykepleier 7).

Når pasienter kommer mer til seg selv igjen, så er det lettere å forklare for sykepleierne at dette ikke er uvanlig, at det kan skje, og stort sett så er pasientene nok skamfulle.

Vi ser ofte at de er veldig lei seg, de forstår at de roter og tuller i perioder, og de skjønner at de sagt eller gjort ting som ikke er greit, og de er gjerne lei seg, de er skamfulle, og vi bruker mye tid på å forklare at det er helt greit (sykepleier 1).

Sykepleie oppfatter at pasientene opplever sin tilstand som drømmetilstand at det å være i delirium oppleves som å være både på sykehuset og i drømmeverden og at det fører til følelser som frykt, angst og sinne.

... de nesten får litt panikk ... så blir de veldig redde, og vil egentlig bare hjem... Jeg opplever stort sett at de enten er redde eller sinte (sykepleier 2).

Sykepleiere beskriver at pasienter leter etter forklaringer og årsaker til det som skjer med dem i møte med sykepleiere. Når de ikke får helt klart svar på sine spørsmål blir de redde.

... de forstår ikke hva som skjer og forstår ikke hvem vi er, eller hvor de er..... forstår ikke ledninger og pumper og det som de har rundt seg..de kan føle at de er i en litt håpløs situasjon de også (sykepleier 6).

4.4 Muligheter i pleiesituasjon

I denne kategorien trekkes data som er knyttet til sykepleieres handlinger i møte med pasienter som har utviklet delirium. Sykepleierne beskrev intervensjoner og strategier som de bruker for å hjelpe pasienten. Kategorien består av fem underkategorier: «Tiltak med fokus på bakomliggende årsaker», «Samarbeid med pårørende», «Realitetsorientering», «Hindring av selvskadning» og «Dokumentering i behandlingsplan».

4.4.1 Tiltak med fokus på bakomliggende årsaker

Sykepleierne mener at pasienter utvikler delirium på grunn av smerter. Vurdering av smerter hos kognitivt reduserte pasienter er vanskelig, og underbehandling av smerter er et problem ved delirium. De prøver smertelindring først med de svakeste smertestillende. Om det ikke hjelper så gir sykepleierne sterkere medisiner mot smerter. Sterkere smertestillende kan utløse delirium, men dette må ikke forhindre tilstrekkelig smertelindring. Sykepleiere mener at livstruende tilstanden må diagnostiseres og behandles. Hovedmål er å finne årsaken til pasientens delirium.

Men det er viktig å gi gode smertelindring og sånne ting og. For de kan bli uklare hvis de har mye smerter og så mye vondt (sykepleier 6).

... hvis man kan klare seg bare med paracet, så er det det beste, men man skjønner ofte fort hvis pasienten har vondt, så ser man det på kroppsspråket og ansiktet på pasienten. Så man ser jo fort om paracet ikke holder, da må man prøve seg med pinex forte (sykepleier 3).

Informantene angir at smertestillende kan forårsake delirium hos eldre pasienter. Både nevroleptika og trisykliske antidepressiva kan gi delirium, men det er også andre medisiner som har slik effekt. Noen av smertestillende som brukes til vanlig forverrer delirium i større grad. Alle sykepleiere angir at tramadol hydrochloride gjør den største forskjellen. Pasienter kan være forvirret, uklare eller motorisk urolige etter å ha startet med den. Når sykepleierne lar merke til forandring i pasientens oppførsel seponerer de aktuell smertestillende umiddelbart.

... vi bruker jo et preparat som heter nobligan og hvis de blir uklare, og utvikler ofte delirium i etterkant av oppstart med nobligan da eller tramadol. Det første jeg tenker er at det må bort, at vi må seponere de (sykepleier 3).

Sykepleiere trekk fram at motorisk urolige, aggressive samt pasienter som hallusinerer må ha beroligende.

... er pasienten uoperert og vil ut av senga, så bruker vi beroligende. ... for det vil risikere både nerveskader og hjerneskader, hvis dette skulle flytte på seg (sykepleier 4).

Sykepleiere erfarer at dehydrering kan forårsake delirium hos eldre. I følge informantene faller pasienter hjemme og blir liggende to tre dager før de blir funnet. De blir dehydrerte når de kommer inn på sykehuset og det gjør at de utvikler delirium.

Har også erfaring med væskebehandling er bra, viktig å komme i gang med det både preoperativt og postoperativt (sykepleier 1).

Informantene trekker frem at pasienter som kommer hjemmefra er underernærte. Da er det viktig å gi dem god ernæring.

Å prøve å forklare at det er viktig at du spiser nå, at det er viktig for kroppen din. For at bruddet skal gro og for at du skal ha energi for å komme deg igjennom dette her (sykepleier 2).

Sykepleiere angir at urinkateter kan føre til UVI og videre kan det forårsake utvikling av delirium. Pasienter opplever kateter som stressfaktor og kan være motorisk urolige. Når sykepleiere oppdager at pasienten drar ut kateter pleier de å seponere det.

Har også erfaring med at en del kanskje eldre damer, så er det viktig å få ut kateter. Fordi de gjerne har en tendens til UVI. Det gjør jo, mange av de blir forvirret av UVI også (sykepleier 1).

Sykepleiere mener at tidlig mobilisering og aktiviteter i dagliglivet må benyttes. Tidlig mobilisering virker beroligende på pasienter.

... altså at det er viktig å få mobilisert pasientene opp så fort som mulig. Få de i gang rett og slett. Så de ikke blir liggende (sykepleier 1).

... så går vi en tur og se, ser om det kanskje kan hjelpe da, mot den uroligheten (sykepleier 4)

4.4.2 Realitetsorientering

I denne underkategorien fremkom at informantene prøver å relitetsorientere pasienter med å gjenta informasjon hele tiden. Forklare hva det er som har skjedd og hvorfor pasienten er på sykehuset. Det er viktig å tenke på at hallusinasjoner er virkelighet for pasienter og da er det viktig at sykepleiere forklarer med argumenter om alt som skjer.

... det kan være at vi ikke får gitt, at de ikke tar informasjon, at de ikke vet hvor de er, at de, at vi stadig må gjenta informasjon om tid på døgnet, om hvor de er, hva som har skjedd, at de ikke husker at de er opererte (sykepleier 1).

Sykepleier beskrev at pasienter er i en annen virkelighet. Selv om sykepleiere er opptatt av å informere pasienter om forskjellige ting så er de i tvil om pasienter forstår det som blir sagt.

... det er vanskelig for dem også å motta informasjon ofte, fordi de forstår ikke, de forstår ikke det vi prøver å fortelle de i forhold til restriksjoner og ofte disse protesene våre, hofteprotesene (sykepleier 3).

Informantene angir at pasienter blir urolige når de ikke vet hvor de er, om det er dag eller natt. Det fremkom i intervjuene at pasienter bør realitetsorienteres gjennom å kommunisere med dem på forskjellige måter.

God tid. Tålmodighet. Ikke prate med barnestemme, for det syns jeg mange gjør, prater til pasienten som de skulle vært fem år. At man respekterer tid, og respekt og mye forklaring. Lytte. Hva er det du er redd for? Hva er det jeg kan gjøre for at du ikke skal bli redd? (sykepleier 4).

Og det er ikke bare å forsøke å prate med pasienter. De bruker også skriftlig informasjon.

Lapper bruker vi faktisk mye av. Du er på sykehus. Du er brakt lårhalsen. Dato (sykepleier 4).

Det fremkom i intervjuene at når pasienter skjønner at de er litt på grenseland kan pasientene reagere på forskjellige måter.

Hva som har skjedd, hvorfor dem er her og... kan man svare og gjenta det, og da kan dem begynne å gråte og bli deprimert, også kan det hende at dem blir aggressive da, fordi dem blir så redde (sykepleier 4).

Sykepleiere beskrev at de prøvde å få til en dialog med pasienter og ikke bare å gjenta informasjon. Sykepleiere erfarer at pasienter stoler på dem.

Med å forklare pasientene at det er her de bor, det er her de ligger, at de er skada, og at vi jobber her og at de må høre, og at de stoler såpass mye på oss (sykepleier 4).

4.4.3 Samarbeid med pårørende

I denne underkategorien fremkom det at sykepleiere opplever pårørende som stor ressurs og hjelpelige for pårørende kjenner pasienten og pasienten kjenner de. Det er en trygghet for pasienten når har pårørende rundt seg, de roer seg mye fortere. Sykepleiere beskrev at de ser

at pasienter forandrer helt atferd når de pårørende er på besøk, for de kjenner at det er noe godt, noe trygt som kommer inn døra, og det hjelper ofte.

... da er pårørende viktig, et viktig bidrag. Jeg tror også at pasientene med pårørende rundt seg hele tiden har mindre, mindre tendens til så mye forvirring som pasienter uten dem...det er en trygghet i en ukjent situasjon (sykepleier 1).

Siden pasienter og sykepleiere er i to forskjellige virkeligheter og verder som fører av og til at de er litt fiender så kan pårørende forklare litt til pasienten. Sykepleiere angir at de er flinke til å bruke pårørende litt mer, for det er de som pasientene husker best selv om de har delirium.

Pasienter som er veldig angstfylte, har veldig god nytte av at pårørende kommer og er der. Jeg tror det roer dem litt ned, kjente ansiktene. Mennesker som bryr seg, i stedet for vi som flakser ut og inn (sykepleier 1).

Sykepleiere beskrev at pårørende har en sentral rolle når pasienter befinner seg i et ukjent miljø med mange ukjente mennesker.

Det kan nok være lettere på en måte for en pårørende å realitetsorientere enn for oss. Fordi pasienten, de kjenner jo igjen de nærmeste. De blir rolige automatisk av å se sine nærmeste. (sykepleier 6).

Sykepleiere mener at pårørende er selv i en sårbarsituasjon og det som skjer med deres nærmeste kan være veldig overaskende til dem. Det skjer av og til at pårørende takler ikke å se sin nære i en sånn tilstand.

... noen ganger takler jo det pårørende litt dårligere, enn pasienten selv, syns jeg...noen pårørende blir irriterte på pasienten (sykepleier 2).

4.4.4 Hindring av selvskading

I denne underkategorien fremkom det at pasienter er ofte i fare for selvskading på grunn av motorisk uro og uklarhet. Sykepleierne mener at urolige og uklare pasienter må ha hyppig tilsyn. Det er mange forskjellige strategier som sykepleiere må ha i møte med motorisk urolige og uklare pasienter for å hindre deres selvskading

... vanskeligheten er at de har en motorisk uro. De vil hoppe ut av senga sånn at de ikke skjønner at de har et brudd ...en må observere pasienten døgnet rundt på grunn av at de kan gjøre en selvskade (sykepleier 5).

Sykepleiere angir at når pasienter klatrer over sengehester så er de i fare for å få et brudd til. Om pasienten ligger i tomannsrom så ringer den andre pasienten og informerer sykepleiere

om det som skjer. Når pasienten som har utviklet delirium har eget rom så må sykepleiere gjøre mange forskjellige ting for å hindre pasientens selvskading.

Vi bruker jo å feste ringesnora i skjorta, sånn at når de begynner å klatre over så rekker vi kanskje å komme dit for nok eller før de faller (sykepleier 2).

Sykepleiere er veldig opptatt av å passe på at pasienter er trygge, at det er trygge omgivelser rundt, og at de passer på at pasienter ikke reiser seg ut av senga og faller.

... man setter senga inntil veggen og setter noe foran i form av bord eller stol på andre siden, eller at man kan legge madrass på gulvet (sykepleier 3).

Sykepleiere passer på at pasienter har på sitt rom bare det som er nødvendig og alt annet tas ut.

... det mest viktigste, og ikke ha for mange ting rundt, å ha åpen plass rundt, for at de ikke kan plukke på mange ting å skjære seg og putte i munnen (sykepleier 3).

Sykepleiere mener at pasienter kan være motorisk urolige og uklare både før og etter operasjon. Det er en utfordring for sykepleiere å holde pasienten i sengen. Det å ta sengehester opp og å begrense pasientens frihet i bevegelse opplever sykepleiere som tvang, selv om det er tiltak for å hindre pasientens selvskading.

Det er jo litt sånn i grenseland, når går det over til litt sånn tvangsbruk og sånn. For det er jo det å sette fysiske hindringer for de, det er en litt vanskelig situasjon for de, synes jeg da. (sykepleier 2).

Sykepleiere mener at skjerming og fastvakt har nøkkel rolle når det gjelder hindring av pasientens selvskading. Som skjerming oppfatter sykepleiere at pasienter som har utviklet delirium bør legges i enerom. Dette også av hensyn til andre pasienter. De pasientene som er meget urolige får fastvakt.

Sammenfatningsvis beskrev sykepleiere varierende tiltak rettet mot pasienten avhengig av pasientens tilstand. Tiltakene kan være smertelindring, væskeinntak, matinntak, oksygentilførsel, behandling av infeksjoner, tidlig opptrening, seponering av medisiner som gir uklarhet, tilstedeværelse, realitetsorientering, samarbeid med pårørende og hindring av selvskading. Disse tiltakene er direkte rettet mot pasienten.

4.4.5 Dokumentering i behandlingsplan

Det som kom frem i denne underkategorien er at sykepleiere har behandlingsplaner og der skriver de for hver ny sykepleier som kommer på vakt så kan man lett gå og se hva slags problematikk det er, både fysisk og psykisk. Og hva slags tiltak sykepleiere har valgt å iverksette i forhold til denne aktuelle pasienten. Det er noen sykepleiere som ikke registrerer forandring i pasientens oppførsel.

Sykepleiere mener at det er veldig viktig å registrere både forandringer i pasientens oppførsel og tiltak som ble gjort.

Alt må jo altså rapporteres videre. Ja, vi må jo skrive det i journalen og det om hvordan vi oppfatter pasienten. Slik at vi kan se eventuelle forandringer på det kognitive da. Og vi skriver ned tiltak for å se hva som hjelper og hva som er forsøkt (sykepleier 6).

... Også tiltakene som hører med der (sykepleier 2).

Sykepleiere angir at der er mange sykepleiere som ikke er fastansatte. De jobber ikke så ofte og de kjenner ikke pasienter godt. Det er derfor sykepleiere registrerer alt som er viktig i forhold til pasienter som har utviklet delirium slik at de får oppfølging kontinuerlig.

... sånn at pasienten har faste rutiner rundt seg og at det ikke kommer en ny på jobb og gjør noe helt annet...så det blir dokumentert i behandlingsplanen så vi kan opprettholde det. ...det er mange som jobber og ikke alt er kjente på...så er det viktig at man bruker den behandlingsplanen hvor det står konkret (sykepleier 3).

5.0 DISKUSJON

Denne studien har benyttet kvalitativ metode med innholdsanalyse og har hatt fokus på å finne ut hvilke utfordringer sykepleiere har og hva slags handlinger de gjør i omsorgen.

I dette kapitlet diskuteres resultater og metode. Resultatene består av fire kategorier og ti underkategorier. I tre av fire kategorier diskuterte sykepleierne utfordringer som de har i møte med pasienter som har utviklet delirium. Dette er følgende kategorier:

- Utfordrende situasjon,
- Forandring i oppførsel,
- Utilstrekkelighet.

I kategorien «Muligheter i pleiesituasjon» diskuterte sykepleierne handlinger og tiltak i møte med denne pasientgruppa.

Resultatet viser at sykepleierne opplever en utfordring i møte med pasienter med delirium. Det mest utfordrende er forandring i pasientens oppførsel. Selv om sykepleierne forsøkt å etablere kommunikasjon med pasienter i delirium var det vanskelig eller umulig. Pasienter som utvikler denne tilstanden er uklare og motorisk urolige og det er vanskelig for sykepleierne å opprettholde samarbeid med dem. Resultatet viser at det finnes flere omsorgsintervensjoner som har forutsetninger for å lindre og behandle delirium hos eldre pasienter med hoftefraktur. Omsorgsintervensjoner rettet mot pasienter viser at sykepleierne har kunnskap om delirium samt at de gjør en systematisk observasjon av symptomer på delirium. I studien fremkom at omsorgsintervensjoner inneholder identifisering av bakomliggende årsak, forsøk å realitetsorientere pasienten gjennom å bruke skriftlig informasjon samt samarbeid med pårørende.

5.1 Resultatdiskusjon

De sykepleierne som ble intervjuet i denne studien pratet om utfordringer som de har i møte med pasienter som har utviklet delirium samt handlinger som de gjør i omsorgen.

5.1.1 Utfordring som sykepleiere har i møte med pasienter som har utviklet delirium

Kategorien «Utfordrende situasjon» viser stressfulle og frustrerende utfordringer som sykepleiere har på sin vakt når en pasient utvikler delirium. Funnene i studien tyder på at stress, frustrasjon og kommunikasjonsproblemer er knyttet til manglende tid til å være

sammen med pasienten med delirium og lav bemanning fordi pasient som plutselig utvikler delirium krever flere sykepleiere på vakt øyeblikkelig. Pasienter med delirium blir uklare og forstår ikke det sykepleierne sier. Samtidig har pasienter problemer med å uttrykke seg, noe som fører til at sykepleierne ikke skjønner hva pasienten egentlig vil. Disse funnene støttes av tidligere forskning (Lou & Dai, 2002; Andersson, 2003) som viser at sykepleiere beskrev omsorg til pasienter med delirium som en stressfull opplevelse. Stress betegner ulike typer belastninger som mennesket utsettes for. Stress betegner også det menneskets fysiologiske og psykologiske reaksjoner og subjektive opplevelse i møte med belastninger. Frustrasjon betegner den følelsesmessige reaksjonen som opptrer ved møte med en hindring på veien mot et ønsket mål. De vanskeligste av disse reaksjonene er tilbaketrekning og aggresjon. I en studie av Pretto et al. (2009) ble det beskrevet at sykepleiers omsorg til pasienter med delirium førte til økt stress, stor arbeidsbelastning og frustrasjon. Dette fordi pasienter utvikler delirium uforventet noe som resulterer i økt arbeidsmengde hos sykepleierne. Hvis ledelsen ikke tar dette på alvor, fører det til økt stress hos sykepleierne. Sykepleiere prøver å takle uventede reaksjoner hos pasienten og den store arbeidsmengden, ved å balansere disse to forholdene (Lou & Dai, 2002). Stress på grunn av økt arbeidsmengde fører til misnøye, utbrenthet og redusert evne til å være selvstendig i utøvelse av sykepleie (Mensik, 2007). Sykepleiere beskrev i en annen studie, at det å gi god pleie til eldre pasienter krever mye tid fordi de beveger seg langsommere. Det tar lengre tid å stelle dem enn yngre pasienter. Motsvarende resultat beskrives av Dahlke & Phinney, (2008) som angir at behovet for å bevege seg langsommere med eldre pasienter opplevde sykepleiere frustrerende fordi omsorgsmiljøet ikke tillatte den ekstra tiden som krevdes. For å gi god pleie til pasienter med akutt forvirring må det engasjeres ekstra pleiepersonalet fordi disse pasientene er ressurskrevende (Gillis & MacDonald, 2006). Pasienter i delirium som får bedre kvalitet av omsorg har mindre alvorlig delirium samt kortere varighet av denne tilstanden (Milisen et al., 2001).

Kommunikasjonsproblemer mellom sykepleier og pasient oppstår fordi pasienten i sitt delirium er uklar, hallusinerer og kan være aggressiv. Sykepleier forsøkte å lede pasienten tilbake til sin virkelighet mens pasienten kommuniserte fra sin virkelighet. Sykepleiere har utfordringer for å nå og forstå pasienter som har utviklet delirium. Sykepleier bruker ulike strategier for å forstå pasienten og formidle trygghet. Deres tolkning var at pasientene forstod gitt informasjon noen ganger, men at de glemte det som ble sagt hvilket også framkommet i studier av Andersson et al. (2003). Pasienter som utviklet delirium ønsker å være alene og har

negativ holdning mot sykepleiere. Sykepleiere prøver å få forståelse av pasientens situasjon ved å notere det som pasienter sier i sin forvirrende tilstand og ved å reflektere over hvorvidt smerter påvirker dem (Andersson et al., 2003). Lignende strategier beskrives i studien av McCurren og Cronin (2003) der sykepleiere og omsorgspersoner syntes at det var viktig å gi pasienten forklaring og terapeutisk kommunikasjon. I samme studien ble beskrevet at for å roe pasienten ned kan sykepleiere ta initiativ til en diskusjon gjennom å forklare at eldre mennesker kan utvikle delirium når de er syke og at det går over.

I min studie fremkom at pasienter følte seg skamfulle i etter tid på grunn av sin oppførsel. Informanten brukte mye tid på å forklare at det var ikke noe uvanlig og at det skjer ofte. Pasienter med delirium har vanskeligheter med å kommunisere både i «drømmer» da de var alene, og da de var sammen med sykepleiere. I følge Andersson et al. (2003) fortalte at pasienter i etter tid forsøkte å få kontakt med omsorgspersoner, men de kunne ikke nå dem. En pasient som utviklet delirium hørte at sykepleiere snakket til henne, men hun skjønnte ikke hva de ville av henne. Sykepleierne i foreliggende studie anga at de gjentatt informasjon til pasienter utallige ganger, men de skjønnte ikke noe av det. Dette problemet beskrives i andre studier. I studien av Duppils & Wikblad (2007) beskrevet forfatterne at i etterkant av delirium utrykte pasienter at de verken forstod når de ble snakket til, eller hadde følelsen av å bli lyttet til. Videre beskrives sykepleieres tiltak i studien av Stenwall (2007) der sykepleiere prøver å lytte til pasientens ord og observere pasientens handlinger for å forstå det som pasienter uttrykker. Sykepleiere forsøker å få kontakt med pasienter og å få pasientens oppmerksomhet. De bruker seg selv som et verktøy for å føle seg trygge i rollen som omsorgspersoner. De ser på pasienten som en ukjent person og har vanskeligheter å lytte til den. Sykepleiere leter etter en kjent person hos pasient for å kunne kommunisere bedre med vedkommende. Interessant i min studie er at sykepleierne observerte pasientens kognitive funksjoner med å spørre hvilken dag det er, eller hvor mange barn pasienten har.

Kategorien «Forandring i oppførsel» viser utfordringene sykepleierne møter når de skal håndtere situasjon med motorisk urolige, uklare og aggressive pasienter. Funnene i studien tyder på at det å møte pasienter i delirium, oppleves som uforutsigbart. Dette fordi pasienter plutselig kan bli aggressive eller begynne å hallusinere. I denne situasjonen strever sykepleierne for å få kontroll over situasjonen uten å vite på forhånd om de kommer til å lykkes (Stenwall, 2007). Sykepleierne mener at misforståelse mellom dem og pasienten fører til at pasienten blir aggressiv og voldelig. Sykepleierne må kontrollere denne uforutsigbarhet

ved å styre over dem. Om de klarer å styre over pasienten, reduserer de uforutsigbarhet og frykt (Stenwall, 2009). Sykepleiere fortalte at pasienter kunne være så forvirrete at de forsøkte å dra ut venefloner, kateter eller komme ut av sengen. Sykepleierne beskrev at pasienter ”glemte” smerter i akuttforvirringstilstand. De kunne eksempelvis forsøke å komme seg ut av sengen til tross for at de var nyopererte (Rogers & Gibson, 2002).

Kategorien «Utilstrekkelighet» viser sykepleieres oppfatning av pasientens opplevelse å bli delirisk. I studien fremkom det at sykepleierne som ble intervjuet snakket med pasienter om deres opplevelse av delirium i etter tid. Funnene i studien tyder på at sykepleiere bør snakke med pasienter om deres opplevelse av å være delirisk for å hjelpe dem til å bearbeide sine tanker og følelser. Tidligere forskning viser at pasienter beskrev det å være i delirium som å være på sykehus og samtidig på et annet sted. Det som de opplevd da de utviklet delirium var satt både i nåtid og i fortid. Pasienter fortalte at de var våkne, men på en annen måte. Det var vanskelig for pasienter å forklare sine opplevelser, men de uttrykte det som «å være ute og se inne», som drømmeaktige opplevelser, endringer av perspektiv, illusjoner, å være mellom bevissthet og ubevissthet. I min studie fremkom at pasienter blir engstelige og redde på grunn av sin situasjon. Informanten i studien fortalte at en pasient var redd for at hun fikk hjerneslag. Dette styrkes med studier av Duppils & Wikblad, (2007) og Fagerberg & Jönhagen, (2002). Når pasienter utviklet delirium opplevde de både angst, frykt, uro og panikk. Når pasienter kom tilbake til virkeligheten hadde de ulike følelser av frykt, ubehag og lettelse (Duppils & Wikblad, 2007). I min studie fremkom at pasienter var lei seg og skamfulle i etter tid. De beskrevet sine opplevelser av å bli delirisk slik: ”i går så skjønnte jeg ikke helt hva som skjedde, da var jeg ikke helt med”, eller ”i går så jeg mye tull inne på rommet her” eller ”jeg sa mye rart”. Pasienter hadde vanskeligheter å kommunisere med pårørende. Pasienter forventet at pårørende burde høre på deres beskrivelser av virkeligheten, og da det ikke skjedd opplevde de en håpløs situasjon (Fagerberg & Jönhagen, 2002). Pasienten føler både tillit og mistillit i møte med sykepleiere og pårørende (Stenwall, 2009). I foreliggende studie fremkom at pårørende kan takle av og til pasientens situasjon dårligere enn pasienten selv. Da en datter hørte sin mor som snakket usammenhengende reagerte hun slik: “Herregud mamma, du vet at du er på sykehus”. Men pasienten der og da vet ikke det.

5.1.2 Handlinger som sykepleiere gjør i omsorgen

Det som særpreget i beskrivelseskategorien «Muligheter i pleiesituasjon» handlet om tiltakene som sykepleiere gjør i omsorgen med pasienter som har utviklet delirium. Denne kategorien

består av fem underkategorier: «Tiltak med fokus på bakomliggende årsaker», «Realitetsorientering», «Samarbeid med pårørende», «Hindring av selvskading» og «Dokumentering i behandlingsplan». Underkategorien «Tiltak med fokus på bakomliggende årsaker» viser sykepleieres handlinger rettet mot bakomliggende eller utløsende faktorer som kunne være assosiert med delirium.

I følge Ranhoff (2003) finnes det 58 faktorer som kan føre til delirium, men de viktigste predisponerende og utløsende årsaker er: infeksjoner, brudd, legemidler, urinretensjon, hjerteinfarkt og hjerneslag. Delirium skyldes en eller flere utløsende årsaker som opptrer hos en pasient med ett sett av risikofaktorer. Omsorg til eldre pasienter fokuserer på omsorgspersoner som burde vise en interesse og engasjement til pasienter for å nå gjensidig forståelse, ærlighet og samarbeid (Johansson et al., 2012).

Sykepleiere i studien var opptatt av god smertelindring til pasienter med delirium. Sykepleiere beskrev at de forsøker å lindre smerter med svakere smertestillende først, og om det ikke hjelper så gir de sterkere smertestillende. Når pasienter med delirium ikke klarer å uttrykke seg så ser sykepleiere på ansiktet og kroppsspråk. En faktor som er assosiert med delirium er ubehandlet eller underbehandlet smerte. Smertebehandling er en viktig komponent av akutt omsorgen som gis til skrøpelige eldre voksne med hoftebrudd (Bjørø, 2008). Det er vanskelig å vurdere smerter hos pasienter med delirium. Smertestillende som gir positiv effekt ved delirium og som viste seg som trygt medikament er paracetamol (paracet). Kodeinfosfatesquihydrat (paralgin forte) kan forverre delirium i mindre grad enn andre opiater (Engendal & Wyller, 2003). Dårlig smertelindring til eldre mennesker kan svekke den mentale statusen og utvikle delirium. For effektiv postoperativ smertelindring bør gis kombinasjon av en kortvirkende svak opiat og en smertestillende uten opiater (Lee, 2005).

I studien av Johansson et al. (2012) ble beskrevet at pasienter med hoftefraktur opplevde høy intensitet av smerter allerede på opptak. Smertelindring er fortsatt utilstrekkelig til tross tidligere studier fremhever betydning av smertelindring. Eldre personer som gjennomgått operasjon for hoftefraktur lider av postoperative smerter og postoperative smerter knyttes til utvikling av delirium (Hall-Lord et al., 2004). Sykepleierne i studien er klare over at noen smertestillende gjør at pasienter blir uklare. Sykepleierne i studien angir at tramadol hydrochloride (nobligan og tramadol) utløser ofte delirium hos eldre pasienter.

I følge Ranhoff (2010) er medisiner med antikolinerg effekt som kunne gi delirium. Medisiner som virker dempende på hjernen kan gi delirium, for eksempel sovemedisiner, beroligende og narkosemidler. Sykepleiere i studien beskrev at pasienter som hadde permanent blærekateter var utsatt for å få urinveisinfeksjon som videre kunne føre til delirium. Når pasienter var urolige og dratt ut katetre valgt sykepleierne i studien å seponere det. I følge Inouye (2006) er sammenheng mellom bruk av permanent blærekateter og delirium påvist.

Sykepleierne i studien beskrev at pasient falt hjemme og var liggende to tre dager før den ble funnet av hjemmesykepleie. Ved innleggelsen var pasienten dehydrert. Informantene anga at væskebehandling bør gis både før og etter operasjon for fractura colli femoris. Dehydrering er bakomliggende faktor som gir delirium. Ved dehydreringen minskes vannvolumet i kroppen. Dehydrering fører til redusert urin konsentrasjon noe som reduserer evne til å skille ut vann belastning (Culp et al., 2003). For å roe pasienter ned brukte sykepleierne i studien beroligende. I studien av Dibert (2004) ble det indikert at urolighet, dehydrering, dårlig syn og hørsel gir delirium hos eldre pasienter.

Sykepleierne i studien beskrev at pasienter var uklare og at de var i en annen virkelighet. I slike situasjoner brukte sykepleiere i studien realitetsorientering som gikk ut på å gi informasjon om klokkeslett, dato, forklare at pasienten ble innlagt på sykehus samt at pasienten pådratt seg lårhalsbrudd. Sykepleiere i studien brukte lapper der de skrev informasjon om dato, måned, at pasienten er innlagt på sykehus. Samme resultat fremkom i en studie av Patton (2006) der ble det indikert hvordan realitetsorientering skulle hjelpe pasientens bevissthet om sted, tid og mennesker. Studien beskrev at realitetsorientering kunne implementeres med å informere pasienten om dag, dato samt klokkeslett. I studien fremkom det at når pasienter var i delirium hadde pårørende en positiv innvirkning på realitetsorientering. Pasienter opplevde pårørende som trygghet og de forandrer helt atferd når pårørende var på besøk. Utifra de resultatene som fremkom i studien viste det seg at det er behov for klarere retningslinjer og instruksjoner for å redusere lidelser til pasienter med delirium.

Sykepleiere i studien beskrev at de brukte pårørende da de andre tiltakene mislyktes. Motstridende funn finnes i studien av Waszynski og Petrovic (2008) der sykepleiere forsøkt å behandle delirium hos pasienter uten hjelp av pårørende. Samarbeid mellom sykepleiere og pårørende er viktig. Sykepleiere kan få informasjon om pasientens tilstand før innleggelsen. Sykepleiere oppfatter pårørende som ressurs i behandling av delirium (Lee, 2005). Det at

pårørende var til stede da deres nærmeste utviklet delirium ga pasienter trygghet og ro (McCurren & Cronin, 2003).

Sykepleierne på ortopedisk avdelingen beskrev at pasienter var i fare for å skade seg selv da de var motorisk urolige. Dette indikerer at pasienter med delirium burde ha både fysisk, psykisk og sosialt beskyttelse. I studien av Andersson et al. (2003) fremkom at for å beskytte pasienten mot å skade seg selv valgte sykepleiere å holde pasienten i sengen. Den samme strategien brukte sykepleierne i min studie. De tok sengehester opp, eller festet ringsnora i skjorta, og når pasienter begynner å klatre over så rekker sykepleiere å stoppe dem før de får skade seg. Sykepleierne anga at tiltak som hyppig tilsyn eller fastvakt ga positive resultater. Fastvakt var bare få omsorgspersoner på slik at pasienten følte seg trygt med dem.

Flere studier viser at en viktig del av omsorg til pasienter med fractura colli femoris som utviklet delirium var å gi pasienten en personlig omsorg. Pasienter ble vurdert av tverrfagligteam og i samarbeid med pasienten og pårørende var utarbeidet personlig omsorgsplan (Lundström et al., 2007). For å redusere stress og skape en rolig og trygg omsorgssituasjon, tilpasset ansatte til pasientens individuelle behov, for eksempel at pasienten våkner opp av seg selv og utfører morgenstell i sitt eget tempo. Utifra de resultatene som fremkom i min studie er det behov for ulike innsatser. Slike intervensjoner ble beskrevet i studien av Lundström et al. (1999). En viktig del av omsorg til denne pasientgruppa var at de fikk to kontaktpersoner, en sykepleier og en hjelpepleier som hadde hatt hovedansvar for omsorg. Sykepleiere fikk ekstra opplæring med fokus på samarbeid mellom omsorgspersoner og eldre pasienter i stressende situasjoner (Lundström et al., 1999).

Funnene som fremkom i studien viste at kartlegging av kognitiv funksjon og tiltak er viktig for kontinuerlig observering og behandling av pasienten. Sykepleierne i studien snakket om helsepersonell som kommer på vakt kun om helgen. De kjenner ikke nok pasienter og da er det viktig å kunne få mest mulig informasjon om pasienter, spesielt om dem som har utviklet delirium. Kartlegging av symptomer på delirium og tiltak er viktig på grunn av sykepleiere kan sammenligne pasientens kognitiv status i en periode og samtidig vurdere tiltak som ble benyttet (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). I studien viste det seg at de fleste sykepleiere kartlegger både forandring i pasientens oppførsel og tiltak, men det gjorde ikke alle sykepleiere. I en usystematisk kartlegging mister man mulighet for kontinuerlig observering av pasienten. Det fremkom i studien at sykepleiere ikke bruker vurderingsinstrument til

vurdering av delirium, noe som kan hjelpe til å bekrefte delirium hos pasient og kommunisere det videre til lege. Sykepleierne i studien anga at selv om de viste at pasienten utviklet delirium stilte leger ikke diagnosen.

Resultatet i denne studien kan overføres til sykepleiere på andre ortopediske avdelinger. Resultatet kan være aktuelt til sykepleiere på kommunale rehabiliteringsavdelinger, og hjemmesykepleie siden det er en del eldre pasienter som kommer hjem etter operasjon for fractura colli femoris.

5.2 Metodiske overveielser

Studiens hensikt og problemstilling bestemmer framgangsmåten (Kvale & Brinkmann, 2010). Hensikt med studien var å beskrive sykepleieres opplevelser og handlinger ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium. En kvalitativ tilnærming i denne studien anses som egnet. Velge den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling og mengden av data er viktig å etablere troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

I kvalitative undersøkelser har rekruttering av informanter et klart mål som kalles for purposefull sampling eller strategisk utvelgelse. Med en strategisk utvelgelse velger forskeren en målgruppe som må delta i studien for at forskeren skal få samlet nødvendige data (Johannesen et al., 2011). Strategisk utvalg kan gi best mulig informasjon om temaet studien ønsket å belyse (Polit & Beck, 2012). Utvalget i masteroppgaven var åtte sykepleierne som hadde erfaring på aktuell ortopedisk avdeling fra to til elleve år. Det å kunne velge deltakere med ulike erfaringer øker muligheten for å belyse problemstillingen fra en rekke aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). Utvalget av åtte sykepleiere framstår som optimalt. De som takket ja for å delta i studien gjøre det frivillig. Grunnleggende forskningsetisk prinsipp er informantens frivillighet og deres vilje til å fortelle sine opplevelser (Polit & Beck, 2012). Alle sykepleierne i studien var kvinnelige og det anses som en svakhet i oppgaven.

I denne studien ble det brukt kvalitativ metode med semistrukturerte personlige intervjuer. Med et semistrukturert livsverdensintervju hentes inn beskrivelser om den intervjuede livsverden (Kvale & Brinkmann 2010).

De fleste intervjuene (syv av åtte) ble gjennomført i mai og juni 2012, og det siste i august 2012. Intervjuteknikken ble bedre etter hvert. Intervjuene ble gjennomført på et møterom på en av de to ortopediske avdelingene i en god og avslappende atmosfære. I følge Johannessen

et al. (2011) er best å gjennomføre intervju på et sted der informanten slapper av og ikke blir forstyrret. Alle intervjuer hadde innlednings og avslutningsfase noe som ble anbefalt av Kvale og Brinkmann (2010). Siden forfatteren er selv klinisk spesialist i sykepleie som har jobbet i to kommunale enheter for forebygging og rehabilitering i flere år kunne det gjøre at forfatteren tar det som kommer som gitt eller at forfatteren feiltolker det som ble sagt. Det anses som en svakhet i studien. I studien ble brukt intervjuguide med fire ledende spørsmål. På denne måten fikk informantene mulighet til å formidle sine egne opplevelser uten at forfatteren hadde oppfølgingsspørsmål som kunne gjøre at forfatteren får svar som ble ønsket. Oppfølgingsspørsmål brukte forfatteren kun for å få forklaring eller for å fordype informantens svar. Informantenes svar kan utdypes ved at intervjueren inntar en interessert holdning (Kvale & Brinkmann 2010).

I denne studien ble det brukt induktiv manifest innholdsanalyse som er inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Analysemetode var godt beskrevet i artikkelen av Graneheim og Lundmann. Analysen omfattet seks steg. Analysemetoden ble benyttet av andre, noe som kan oppleves som en styrke. Analysen resulterte til slut etter støtte fra veilederen i fire kategorier og ti underkategorier. Det som min veileder tok en del av analyseprosessen og ga sin støtte kan være verdifullt for troverdighet. En svakhet ved metoden er at intervjueren gjennomført alle intervjuene og innholdsanalyse alene. Siden intervjueren er utlendingen som har bodd i Norge i seks år gjør at språklige begrensninger fører til begrensningen i studien.

Siden både forfatteren og mange andre sykepleiere tar ekstravakter på forskjellige steder i området gjør at mange sykepleiere møtte hverandre. På grunn av dette ble alle informantene kontaktet av forfatteren tre uker før denne studien ble levert. Da ble det stilt ett spørsmål til alle informantene: "Opplvde du noe ukorrekt av meg eller var det noe som helst som kunne påvirke dine svar?" Alle informantene svarte at de ikke opplevd noe ukorrekt av forfatteren og at det ikke var noe som helst som kunne påvirke deres svar.

Resultatet er styrket med sitater fra intervjuene for å øke gyldigheten (Graneheim & Lundman, 2004). I studien ble benyttet sitater fra de fleste informanter. Troverdighet kan styrkes ved å formidle resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene (Johannessen et al., 2011).

6.0 KONKLUSJON

Resultatene i denne studien viser at sykepleiere opplever stress og frustrasjon i møte med pasienter med delirium på grunn av manglende tid, lav bemanning og misforståelser som oppstår mellom sykepleiere og pasienter. Manglende tid og lav bemanning er knyttet til det at pasienter utvikler delirium brått og det er behov for flere omsorgspersoner med en gang. Pasienter er motorisk urolige, uklare og ofte aggressive. Delirium begrenser omsorg. Sykepleierne legger stor vekt på å hjelpe delirisk pasienten samt gjenvinne kontrollen over seg selv og sin situasjon. Sykepleiere understreker at de ikke alltid har tid til å være hos pasienter for å roe dem ned. Kommunikasjonsproblemer går begge veier. Pasienter skjønner ikke hva sykepleiere forteller og gjør, og samtidig har pasienter vansker for å uttrykke seg, noe som fører til at sykepleiere ikke skjønner hva pasienter vil. For å realitetsorientere pasienten bruker sykepleiere tydelig og skriftlig informasjon: "Du er på sykehus". "Du er brakt lårhalsen". Pasienter i delirium prøver å forstå hva som skjer med dem og leter etter hjelp i møte med omsorgspersoner. Sykepleiere opplever pårørende som stor ressurs som kan hjelpe til med å realitetsorientere pasienten. Når pårørende er til stede så lytter de til pasienten og prøver å forstå den som kan hjelpe pasienten i delirium til å skape mening (Stenwall, 2009).

Resultatene i studien viser at sykepleiere har kunnskap om symptomer på delirium og hvordan man behandler denne tilstanden. Sykepleierne utfører hyppige helsetiltak rettet mot pasienten. De er opptatt av å behandle bakomliggende årsak, å være til stede når de har tid og samarbeide med pårørende slik at de kommuniserer med pasienten gjennom pårørende. Sykepleiere setter i gang flere tiltak for å hindre pasientens selvskading.

6.1 Betydning for klinisk sykepleie

Alle eldre utgjør en stor risikogruppe for å utvikle delirium etter et lårhalsbrudd. Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap om denne tilstanden. Gjennom å belyse sykepleieres personlige opplevelser av møte med pasienter som utviklet delirium økes bevisstheten om delirium. Resultatet i denne studien har vist at sykepleierne var i en utfordrende situasjon for å få en forståelse for pasienten og pasientens situasjon samt å gi en god pleie til den forvirrende pasienten. Resultatene bør ha betydning for sykepleiere på ortopediske avdelinger siden i studien finnes en rekke helsetiltak rettet mot pasienten. Den plutselige forvirringen hos pasienten øker sykepleieres arbeidsmengde, gjør at sykepleiere må bruke mer tid i omsorgssituasjon, noe som fører til stress og frustrasjon hos sykepleiere. Dette har betydning

for ledere på ortopediske avdelinger som kan minske stress hos sykepleiere med å sette flere pleiepersoner på vakt.

Sykepleierne i studien anga at leger stiller diagnosen delirium sjeldent. Det fremkom at sykepleierne ikke bruker vurderingsinstrument til vurdering av akutt forvirring. Pasienter med delirium bør få dokumentert sin tilstand ved hjelp av NEECHAM eller CAM skala. På denne måten kunne det ha vært lettere for sykepleiere og leger å stille diagnosen delirium og å sette i gang behandling.

Det fremkom i studien at kartlegging av kognitive funksjoner og handlinger er usystematisk. De fleste sykepleiere kartlegger symptomer og tiltak i behandlingsplanen. En del av sykepleiere velger å rapportere muntlig til neste mann, men få sykepleiere oppfatter forvirring hos eldre pasienter etter fractura colli femoris som vanlig komplikasjon. De kartlegger ikke forandringer i pasientens oppførsel. Gjennom rapportering gir sykepleiere informasjon om hva som skjedde under hennes vakt samt relevante aspekter om pasienten til sykepleier som skal ta over. Rapportering er et verktøy for å overføre viktig informasjon om pasientens tilstand mellom sykepleiere (Philpin, 2006).

Denne studien kan bidra til en mer systematisk vurdering og behandling av delirium. Det er behov for å utarbeide retningslinje og prosedyre.

6.2 Videre forskning

Denne studien viser sykepleiernes opplevelse av møte med pasienter med delirium. Det åpner mulighet til fremtidige studier å forske på pasientens opplevelse av møte med helsepersonell. I tillegg er det interessant å forske på pårørendes opplevelse av møte både med sine med delirium og helsepersonell.

Det er behov for å foreta ytterligere forskning på hvor ofte sykepleiere bruker et verktøy for identifisering av delirium. En annen interessant problemstilling er om hvor tidlig identifisering og behandling av delirium påvirker pasienten, liggetid, dødelighet og kostnader for omsorg.

Studien viser at det er behov for ytterligere forskning på sykepleieres opplevelser og handlinger i møte med pasienter som utviklet delirium. Etter å ha flere studier med samme

hensikt kan utformes et forslag om retningslinjer og prosedyre i forhold til pasienter med delirium.

7.0 REFERANSELISTE

- Adamis, A., Treloar, A. (2007). A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *History of Psychiatry*, 18, 459-469.
- Anderson, D. (2005). Preventing delirium in older people. *British Medical Bulletin*, 73 and 74, 25–34.
- Andersson, E.M., Gustafson, L., Hallberg, I.R. (2001). Acute confusional state in elderly orthopaedic patients: factors of importance for detection in nursing care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 7-17.
- Andersson, E.M., Norberg, A. & Hallberg, I.R. (2002). Acute confusional episodes in elderly orthopaedic patients: the patients' actions and speech. *International Journal of Nursing Studies* 39, 303- 317.
- Andersson, E.M., Hallberg, I.R. & Edberg, A.K. (2003). Nurses' experiences of the encounter with elderly patients in acute confusional state in orthopaedic care. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 437-448.
- Bitsch, M, Foss, N., Kristensen, B. & Kehlet, K. (2004). Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review. *Acta Orthop Scand*. 75,(4),378-89.
- Björkelund, K.B., Hommel, A., Thorngren, K.G., Gustafson, L., Larsson, S. & Lundberg D. (2010). Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand*, 54,(6),678-688.
- Bjørø, K. (2008). *Pain treatment: A risk factor for delirium in older adults with hip fracture* (doktoravhandling). The University of Iowa, USA.
- Bjørø, K. (2009). Smertebehandling som risikofaktor for delirium hos gamle mennesker med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*, 4,(1),76-78.
- Culp, K., Menten, J. & Wakefield, B. (2003). Hydration and acute confusion in long-term care residents. *Western Journals of Nursing Research*, 25, (3),251-266.
- Dahlke, S. & Phinney, A. (2008). Caring for Hospitalized Older Adults at Risk for Delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, 34,(6) 41-47.
- Dibert, C. (2004). Delirium and the older adult after surgery. *Clinical educator, Cardiac health system trillium health centre*, 28,(1),10-15.
- Duppils, G.S. & Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing* 16, 810–818.
- Engedal, K. & Wyller, T. (2003). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Akribe Forlag.
- Fagerberg, I., Jönhagen, M.E. (2002). Temporary confusion: a fearful experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 339-346.

Folkehelseinstituttet (2012). Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og brudd. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:70816::1:6043:4::0:0

Fong, T.G., Tulebaev, S.R. & Inouye, S.K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*, 5,(4), 210–220.

Francis, J. (2012). Prevention and treatment of delirium and confusional states. Helsebiblioteket.no. <http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-delirium-and-confusional-states>.

Galanakis, P., Bickel, H., Gradinger, R., Von Gruppenberg, S. & Förstl, H. (2001). Acute confusional state in the elderly following hip surgery: incidence, risk factors and complitacions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 349-355.

Gillis, A. & MacDonald, B. (2006). Unmasking Delirium. *The Canadian Nurse*, 102,(9),19-24.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24,(2), 105-112.

Gustafson, Y., Lundström, M., Bucht, G. & Edlund, A. (2002). Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas. *Tidsskrift For den Norske Legeforening*, 122,(8), 810-814.

Hallberg, I.R. (1999). Impact of delirium on professionals. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 10, 420-425.

Hall-Lord, M.L., Wilde-Larsson, B., Bååth, C. & Johansson, I.S. (2004). Experiences of pain and distress in hip fracture patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 221–230.

ICD-10. (2011). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S., Siegal, A.P. & Horwitz, R.I. (1990). Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*, 941-948.

Inouye, S.K. (2006). Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*, 354, 1157-1165.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag.

Johansson, I.S., Hamrin, E. & Larsson, G. (2002). Psychometric testing of the NEECHAM confusion scale among patients with hip fracture. *Res Nurs Health*, 25, 203-211.

Johansson, I.S., Bååth, C., Wilde-Larsson, B., Hall-Lord, M.L. (2012). Acute confusion states, pain, health, functional status and quality of care among patients with hip fracture during hospital stay. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2012.07.002>

- Juliebø, V., Bjøro, K., Krogseth M., Skovlund E., Ranhoff A.H., Wyller TB. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57,(8),1354-61.
- Kalisvaart, K.J., Vreeswijk, R., de Jonghe, J.F.M., van der Ploeg Math, T., van Gool, W.A., & Eikelenboom, P. (2006). Risk Factors and Prediction of Postoperative Delirium in Elderly Hip-Surgery Patients: Implementation and Validation of a Medical Risk Factor Model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54,(5),817–822.
- Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2008). *Kartlegging. Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kyziridis, T. C. (2006). Post-operative delirium after hip fracture treatment - a review of the current literature. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3,1860-5214.
- Lee, V. (2005). Confusion: Geriatric Self-Learning Module. *Medsurg Nursing*, 14,(1),38-41.
- Lee, H.J., Hwang, D.S., Wang, S.K., Chee, I.S., Baeg, S. & Kim, J.L. (2011). Early Assessment of Delirium in Elderly Patients after Hip Surgery. *Psychiatry Investig*,8,(4),340–347.
- Lou, M.F. & Dai, Y.T. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *The Journal of Nursing Research*, 10,(4),279-290.
- Lundström, M., Edlund, A., Lundström, G. & Gustafson, Y. (1999). Reorganization of Nursing and Medical Care to Reduce the Incidence of Postoperative Delirium and Improve Rehabilitation Outcome in Elderly Patients Treated for Femoral Neck Fractures. *Scand J Caring Sci*; 13, 193–200.
- Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B, Bucht, G. & Gustafson, Y. (2005). A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. *J Am Geriatr Soc* 53, 622–628.
- Lundström, M., Olofsson, B., Stenval, M., Karlsson, S., Nyberg, L., Englund, U., Borsen, B., Svensson, O. & Gustafson, Y. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res*, 19, (3),178-186.
- Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J. & Resnick, N.M. (2001). Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial. *American Geriatrics Society* 49, 516–522.
- McCurren, C. & Cronin, S.N. (2003). Delirium: Elders tell their stories and guide nursing practice. *Medical Surgical Nursing* 12, 318-323.
- Mensik, J.S. (2007). The essentials of magnetism for home health. *Journal of Nursing Administration*, 37,(5),230-234.
- Milisen, K., Foreman, M.D., Abraham, I.L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E., Fischler, B., Delooz, H.H., Spiessens, B. & Broos, P.L.O. (2001). A Nurse-Led Interdisciplinary Intervention Program for Delirium in Elderly Hip-Fracture Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49,(5),523-532.

Mouchoux, C., Rippert, P., Duclos, A., Fassier, T., Bonnefoy, M., Comte, B., Heitz, D., Colin, C. & Krolak-Salmon, P. (2011). Impact of a multifaceted program to prevent postoperative delirium in the elderly: the CONFUCIUS stepped wedge protocol. *BMC Geriatrics*, <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/25>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: diagnosis, prevention and management*. NICE clinical guideline 103.

Neelon, V.J., Champagne, M.T., Carlson, J.R. & Funk, S.G. (1996). The NEECHAM Confusion Scale: Construction, Validation, And Clinical Testing. *Nursing Research Journal*, 324-330.

Oldenbeuving, A.W., de Kort P.L.M., Roks, G. (2010). Rivastigmine for the Treatment of Delirium. *European Critical Care & Emergency Medicine*, 2, 51-53.

Olofsson, B. (2005). Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19,(2), 119-127.

Olsson, L.E., Karlsson, J . & Ekman I . (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of Advanced Nursing* 58,(2), 116-125.

Patton, D. (2006). Reality orientation: its use and effectiveness within older person mental health care. *Journal of clinical nursing*, 15, 1440-1449.

Peterson, J., Pun, B., Dittus, R., Thomason, J., Jackson, J., Shintani, A. & Ely, E. (2006). Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 54,(3),479-484.

Philpin, S. (2006). Handing over: transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nursing in Critical Care*, 11,(2),86-93.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Potter, J. & George, J. (2006). The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clinical Medicine*, 6,(3),303-308.

Pretto, M., Spirig, R., Milisen, K., Degeest, S., Regazzoni, P., & Hasemann, W. (2009). Effects of an interdisciplinary nurse-led Delirium prevention and management program (DPMP) on nursing workload: A pilot study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 804-812.

Ranhoff, A.H. (2003). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Akribes Forlag.

Ranhoff, A.H. (2010). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rogers, A.C. & Gibson, C.H. (2002). Experiences of orthopaedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 9-17.
- Rørbakken, G. (2003). Delirium: forebygging, utredning og behandling. I: K. Engedal & T. B. Wyller (Red.). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe Forlag.
- Siddiqi, N., House, A.O. & Holmes, J.D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Oxford Journals. Age and Ageing*, 35,(4), 350-364.
- Schuurmans M.J., Duursma, S.A., Shortridge-Baggett, L.M., Clevers, G.J. & Pel-Littel, R. (2003). Elderly patients with a hip fracture: The risk for delirium. *Appl Nurs Res*;16, 75–84.
- Stenwall, E., Sandberg, J., Jönhagen, E.M. & Fagerberg, I. (2007). Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scand J Caring Sci*, 21, 515–522.
- Stenwall, E. (2009). *Ett ögonblick i sänder – mötet vid akutt förvirringsstillstånd, äldre patienters, närståendes och professionella vårdares perspektiv* (doktoravhandling). Karolinska Institutet, Stocholm, Sverige.
- Wass, S., Webster, P.J. & Nair, B.R. (2008). Delirium in the Elderly: A Review. *Oman Medical Journal*,
<http://www.omjournal.org/ReviewArticle/PDF/200807/Delirium%20in%20the%20Elderly.pdf>
- Waszynski, C.M. & Petrovic, K. (2008). Nurses Evaluation of the Confusion Assessment Method: A Pilot Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 4, 49-56.
- Young, J. & Inouye, S.K. (2007). Delirium in older people. *British medical Journal*, 334, 842– 846.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Sykepleiernes opplevelser og handlinger ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium.

Bakgrunn og hensikt

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Gjøvik, Master i klinisk sykepleie og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie der hensikt er å beskrive sykepleierens opplevelser ved omsorg med pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium. Du er utvalgt på bakgrunn av din erfaring med pasienter som pådratt seg hoftefraktur og arbeidet innen omsorg til dem.

Hva innebærer studien?

Dersom du vil delta, fyller du ut vedlagte samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt og leverer det til din avdelingsleder. Deltakelse i studien innebærer intervju av sykepleiere som forventes å vare rundt 1 time. Det blir gjort opptak på bånd. Utskriften får du til gjennomsyn og godkjenning om du ønsker det. Tid for intervjuet avtales nærmere. Studien er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som blir samlet inn skal kun brukes til masteroppgaven. Informasjonen som registreres om deg, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Prosjektet avsluttes i desember 2012. Min veileder er Inger Signe Johansson, professor på Høgskolen i Gjøvik, som kan kontaktes på telefon 61135313 eller e-mail inger.johansson@hig.no.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på eget ark. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke.

Dersom du har spørsmål angående studien kan du kontakte masterstudent Zvonko Milutinovic på telefon 92869173 eller e-post: zvonko.oslo@gmail.com.

Vedlegg 2

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg er villig til å delta i forskningsprosjektet, “Sykepleiernes opplevelser og handlinger ved omsorg til pasienter med hoftefraktur som utviklet delirium”.

Dato

Navn med blokkbokstaver

Signatur

Intervjuguide

Forsknings spørsmål: "Hvilke utfordringer har sykepleiere i møte med pasienter som utviklet delirium"?

1. Beskriv hvordan du opplever det å være sykepleier på vakt når en pasient utviklet delirium.
2. Hvilke tegn på delirium ser du etter i møte med pasienter som utviklet delirium?
3. Beskriv hvordan du oppfatter pasientens opplevelse å bli delirisk?

Forsknings spørsmål: "Hva slags handlinger må sykepleiere gjøre i omsorgen"?

1. Hvilke tiltak har sykepleiere erfaringer av i møte med pasienter med delirium?