



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave i sykepleie**

### **Tittel**

Identifisering av postoperativt delirium

Innleveringsdato: 03.06.20

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10136

Kull: 2017

Antall ord: 7251

# Sammendrag

SAMMENDRAG	Norges teknisk- og naturvitenskapelige universitet (NTNU) Dato 03.06.20
<b>Kandidatnummer:</b> 10136	
<b>Antall ord totalt:</b> 7251	
<b>Tittel:</b> Identifisering av postoperativt delirium	
<b>Hensikt:</b> Å belyse hvordan sykepleier kan identifisere postoperativt delirium hos hoftebruddpasienter med demens, samt hvilke tiltak og observasjoner som er nødvendige for at dette kan gjennomføres.	
<b>Problemstilling:</b> «Hvordan kan sykepleier identifisere postoperativt delirium hos hoftebruddpasienter med demens?»	
<b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie. Det brukes eksisterende litteratur som grunnlag for å besvare problemstillingen. Det vil bli brukt sykepleiefaglig litteratur, og disse består av pensum- og lærebøker, fag- og forskningsartikler. Fremgangsmåte og søkehistorikk for forskningsartikler vil bli presentert og oppsummert. Av databaser er Svemed+, Cinahl og PubMed brukt. Kildekritikk vil komme avslutningsvis i metodekapittelet.	
<b>Resultat:</b> Det anbefales bruk av screeningverktøy for å identifisere delirium. Disse verktøyene er enkle å bruke, og enkle å ta i bruk i avdelinger. Det bør være spesielt fokus på standardiserte rutiner for bruk av verktøy på avdelinger hvor pasienter er svært utsatt for postoperativt delirium. Dette krever at sykepleiere er bevisste symptomer og komplikasjoner av delirium.	
<b>Konklusjon:</b> Det er vanskelig å vurdere delirium hos pasienter med demensdiagnoser. Samtidig blir demenspasienter ofte oversett i delirium-vurdering. Konsekvensene av ubehandlet delirium kan være livsendrende.	
<b>(Antall ord i sammendrag: 174)</b>	

# ABSTRACT

ABSTRACT	Norges teknisk- og naturvitenskapelige universitet (NTNU) Date 03.06.20
<b>Candidate number:</b> 10136	
<b>Number of words:</b> 7251	
<b>Title:</b> Identification of postoperative delirium	
<b>Purpose:</b> To illustrate how nurses can identify postoperative delirium in hip fracture patients with dementia, as well as which measures and observations are needed for this to be executed.	
<b>Issue:</b> "How can nurses identify postoperative delirium in hip fracture patients with dementia?"	
<b>Method:</b> This thesis is a literature study. Existing literature is used as a basis for answering the issue. Nursing related literature will be used, and these will consist of curriculum textbooks, academic and research articles. Procedures and search history will be presented and summarized. Svemed+, Cinahl and PubMed are used as databases. Source review will be presented during the method section.	
<b>Result:</b> The use of screening tools to identify delirium is recommended. These tools are easy to use, and easy to implement in hospital wards. Particular focus should be on standardized procedures where patients are highly exposed to postoperative delirium. This requires that nurses are aware of symptoms and complications of delirium.	
<b>Conclusion:</b> Delirium is difficult to assess in patients with dementia. At the same time, dementia patients are often overlooked in delirium assessments. The consequences of untreated delirium can be life-altering.	

# Innhold

Tabeller .....	vi
1. Innledning .....	7
1.1. Innledning til tema .....	7
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.3. Definisjon av sentrale begreper .....	8
1.4. Avgresninger og presisering av problemstilling .....	8
1.5. Oppgavens oppbygning .....	9
2. Metode .....	10
2.1. Litteraturstudie som metode .....	10
2.1.1. Fremgangsmåte .....	10
2.1.2. Valg av databaser .....	10
2.2. Søketabell .....	11
2.3. Andre kilder .....	13
2.4. Kildekritikk .....	13
3. Empiri .....	15
3.1. Artikkelmatrikse .....	15
3.2. Sammenfattet empiri .....	22
3.2.1. Delirium og demens .....	24
3.2.2. Dokumentasjon, verktøy og screening .....	25
3.2.3. Avdekking og identifisering .....	25
4. Teori .....	26
4.1. Hoftebrudd .....	26
4.2. Demens .....	26
4.3. Delirium .....	27
4.3.1. Risikofaktorer .....	27
4.3.2. Identifisering med CAM og 4AT .....	28
4.4. Demens eller delirium? .....	28
4.5. Sykepleie til den akutt, syke gamle pasienten .....	29
4.6. Sykepleieteori .....	30
5. Diskusjon .....	31
5.1. Identifisering av delirium hos hoftebruddpasienter med demens .....	31
5.2. Verktøy og systematisk observasjon .....	32
5.3. Betydningen av dokumentasjon og kunnskap .....	33
6. Konklusjon .....	36
Referanseliste .....	37



# Tabeller

2.1 Søketablell.....	11
3.1 Artikkelmatrise .....	15
3.2 Sammenfattet Empiri .....	22

# 1. Innledning

## 1.1. Innledning til tema

Denne oppgaven handler om postoperativt delirium hos eldre hoftebruddpasienter med demens, og hvordan sykepleier kan identifisere dette hos den aktuelle pasientgruppen. Innledningsvis vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema og definere sentrale begreper. Deretter vil jeg presentere oppgavens problemstilling og dens avgrensinger og presisering. Til slutt nevnes oppgavens oppbygging.

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Hvert år opplever 9000 personer hoftebrudd i Norge (Gjertsen, Dybvik, & Kroken, 2018). Rundt 50% av disse pasientene opplever delirium i den akutte fasen (Thomsen, 2018). Hoftebruddpasientene er ofte eldre personer, og er med dette i utgangspunktet mer utsatt for delirium. Hvis pasientene i tillegg lider av demenssykdommer, er de ytterligere utsatt. (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2016; Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017a; Wyller, 2016). Konsekvensene av postoperativt delirium kan være livsendrende. Forebygging og behandling bør derfor være i fokus hos denne pasientgruppen når de er inneliggende på ortopedisk avdeling for behandling av hoftebrudd (Kirkevold et al., 2016).

Selv om delirium oppstår ofte hos denne pasientgruppen, blir den forvekslet med demens, og derfor nødvendigvis ikke behandlet (Wyller, 2016). Det blir da sykepleiers oppgave å bistå for å identifisere delirium (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016).

Den høye forekomst av delirium blant hoftebruddpasientene gjør at dette er et aktuelt tema for sykepleie til denne pasientgruppen. Når pasientene i tillegg har demensdiagnose, er det vanskeligere å avgjøre om delirium er til stede, og det er derfor avgjørende at slike observasjoner settes søkelys på. Som sykepleier er man i førsterekken for å observere pasienter, da sykepleiere er den gruppen av sykehuspersonell som bruker mest tid med pasientene (Kirkevold et al., 2016).

Grunnen til at jeg valgte dette temaet var for å lære mer om postoperativt delirium hos hoftebruddpasienter, og særlig hos pasienter med demens. Jeg har i praksisstudier selv opplevd at det er vanskelig å skille mellom delirium og demens hos hoftebruddpasienter. Likevel opplevde jeg at delirium var et sentralt tema hos hoftebruddpasienter på ortopedisk avdeling, men at pasienter med demens muligens ble utelatt fra delirium-evaluering da pasientene allerede opplevde forvirring. Derimot opplevde jeg at det var mye fokus på delirium ved geriatriisk avdeling, hvor dette var en del av innkomstvurderingen på avdelingen.

Etter flere års erfaring i helsevesenet har de eldre pasientene i hovedsak vært en aktuell pasientgruppe, i alt fra sykehjem til akuttpsykiatri. I psykiatrien møtte jeg ofte pasienter med akutt forvirring og aggiterte tilstander som for eksempel demens og delirium. Sist i ortopedisk akuttpost hvor hoftebrudd er en hyppig tilstand. Basert på dette har jeg fattet interesse for denne pasientgruppen. Derfor har jeg valgt å skrive om eldre hoftebruddpasienter med demens og delirium. Jeg har på alle steder møtt pasienter som

jeg i etterkant har skjønnet har hatt delirium, men hvor det var ukjent om dette var erkjent under innleggelse. Jeg synes derfor dette er et tema som det er verdt å sette fokus på, og hvor jeg ved å skrive denne oppgaven håper å øke min kunnskap og evne til å identifisere, behandle og rehabilitere pasienter med disse lidelsene.

Det anbefales fra både forskning og pensumlitteratur at man skal bruke verktøy for å identifisere delirium. Jeg opplever at sykepleiere er kjent med flere ulike verktøy, men at de nødvendigvis ikke var en del av den standardiserte sykepleien.

Basert på disse temaene lyder problemstillingen som følger:

**«Hvordan kan sykepleier identifisere postoperativt delirium hos hoftebruddpasienter med demens?»**

### 1.3. Definisjon av sentrale begreper

Her vil jeg definere noen sentrale begreper som blir brukt gjennom oppgaven. En mer utfyllende beskrivelse av begreper kommer i kapittel 4, hvor jeg presenterer den teoretiske referanserammen.

**Eldre pasienter:** Med eldre pasienter menes personer over 67 år (Kirkevold et al., 2016).

**Preoperativ fase:** Tiden det tar fra beslutning om operasjon til pasienten blir operert (Stubberud et al., 2017a, p. 309).

**Postoperativ fase:** Tiden etter det kirurgiske inngrepet hvor pasienten trenger spesiell overvåkning (Stubberud et al., 2017a, p. 310)

**Hoftebrudd:** Samlebetegnelse på mediale lårhalsbrudd, laterale lårhalsbrudd og brudd gjennom trokanterregionen (Stubberud, Grønseth, & Almås, 2017b, p. 184).

### 1.4. Avgresninger og presisering av problemstilling

Siden eldre er de som i hovedsak rammes av både hoftebrudd og delirium, vil oppgaven handle om denne pasientgruppen.

Jeg har valgt å sette søkelys på postoperativt delirium. Akutt skade, som for eksempel hoftebrudd, er en viktig årsak til at pasienter utvikler delirium. I tillegg kommer kirurgi som en risikofaktor. De eldre pasientene er mer var for miljøforandringer, som også øker risikoen for delirium (Kirkevold et al., 2016; Stubberud et al., 2017a; Wyller, 2016). Med dette som begrunnelse er ortopedisk avdeling tenkt kontekst, med særlig fokus på den akutte og postoperative fasen.

Siden delirium sjeldent påvises hos demenspasienter ønsket jeg dette som fokusområde. Det viser seg at det er gjort lite forskning på delirium hos hoftebruddpasienter med demens, da disse ofte blir utelatt fra vurderinger. Likevel ser vi at demenssykdommer er en predisponerende faktor for delirium (Kirkevold et al., 2016).



Oppgaven er ikke ment til å drøfte de patofysiologiske eller somatiske årsakene til delirium. Jeg ønsker å se på sykepleiefaglige utfordringer, fortrinnsvis hvordan sykepleier kan identifisere delirium basert på systematiske observasjoner og vurderinger. Det overordnede fokuset vil heller ikke ligge på hvordan sykepleier kan forebygge delirium, men hvilke faktorer som er viktig eller utfordrende i forbindelse med identifisering.

## 1.5. Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 utgjør den metodiske oversikten for oppgaven. Her vil jeg presentere valgt metode og søkeprosessen som inkluderer søketabeller. I dette kapittelet vil jeg også presentere kildekritikk. I kapittel 3 vil jeg presentere empiri. Her vil jeg gi en systematisk oversikt over forskningsartiklene jeg har benyttet meg av, i form av tabeller og sammenfattet empiri. Videre vil kapittel 4 beskrive den teoretiske referanserammen. Her vil jeg presentere begrepsavklaringer som er viktige for oppgavens diskusjon. Herunder vil også sykepleieteori være inkludert. I kapittel 5 vil drøfte empiri fra kapittel 3 og teori fra kapittel 4. Avslutningsvis vil jeg konkludere i kapittel 6.

## 2. Metode

### 2.1. Litteraturstudie som metode

Anvendt metode er litteraturstudium. Det vil si at oppgaven er basert på eksisterende litteratur (Dalland, 2012, p. 228). Gjennom et litteraturstudie vil kunnskapen bli systematisert fra skriftlige kilder, før det gjennomgår en kritisk gjennomgang slik at man kan sammenfatte et resultat (Thidemann, 2017, p. 79)

6 av artiklene i denne litteraturstudien har en kvantitativ metode, hvor data tar form i målbare enheter. En studie er imidlertid kvalitativ og baserer seg på meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012). En siste artikkel er en *review* basert på et systematisk litteraturstudium.

For gjennomføringen av litteraturstudiet var jeg avhengig av å formulere en avgrenset og presis problemstilling, forberede litteratursøk, gjennomføre litteratursøk, vurdere kvaliteten på artiklene og analysere funn fra artiklene for å kunne sammenfatte et resultat (Thidemann, 2017, p. 80). Dette litteraturstudiet baserer seg i all hovedsak på funn fra forskning- og fagartikler, aktuell pensumlitteratur og annen faglitteratur. Samtidig er det viktig at litteraturen som blir brukt har sykepleiefaglig relevans.

#### 2.1.1. Fremgangsmåte

Før selve søkeprosessen benyttet jeg PICO-skjema. Dette er et verktøy som hjelper meg å danne en presis og tydelig problemstilling som videre danner grunnlaget for søkeprosessen og valg av artikler (NTNU, 2016).

#### 2.1.2. Valg av databaser

Jeg benyttet meg av databaser som var tilgjengelig gjennom NTNU sitt bibliotek for å finne forskningsartikler. Utvalget består av databasene Svemed+, Cinahl og PubMed. Alle databasene er anerkjente og sykepleiefaglig rettet, og derfor valgte jeg å benytte meg av disse databasene. Svemed+ er en skandinavisk database med fag- og forskningsartikler fra nordiske tidsskrifter. Cinahl er en database som dekker sykepleie, og andre helsefag. PubMed er den mest brukte databasen for helsepersonell, og dekker sykepleie (Thidemann, 2017).

Jeg begynte søkeprosessen med forskjellige søkeord og kombinasjoner, eksempelvis «hip fracture», «hip surgery», «hip fractures in the elderly», «dementia», «alzheimer», «delirium», «acute confusion», «postoperative delirium», «identification», «screening», «4AT tool», «tools», «instruments». Oversatt til norsk er disse søkeordene: «hoftebrudd», «hofteoperasjon», «hoftebrudd hos eldre», «demens», «alzheimer», «delirium», «akutt forvirring», «postoperativt delirium», «identifisering», «screening», «4AT-verktøy», «verktøy», «instrument». Alle disse søkeordene ble brukt i søkeprosessen, og presenteres i søketabeller.

Med utgangspunkt i PICO-skjemaet ble søkene strukturert med bakgrunn i hvilken pasientgruppe jeg fokuserer på, hvilke tiltak jeg er interessert i og hvilke effekter som er av interesse for min problemstilling. Flere av artiklene hadde gode litteraturlister, og

henviste til annen forskning. Dette gjorde at jeg kunne tilspisse søkeord, og se nærmere på for eksempel verktøy og screening da dette ble forslått i andre forskningsartikler.

Under søkeprosessen vektla jeg først og fremst artiklens tittel for deretter å lese abstraktet for å finne hovedbudskapet i artikkelen. Abstraktet hjalp meg i forbindelse med hvordan jeg kunne besvare min problemstilling. Det ble vektlagt at artikkelen hadde et godt beskrevet metodekapittel, da dette tyder på tilstrekkelig, presis og faglig rettet forskning. De utvalgte artiklene vil etter nøye gjennomlesning bidra til å besvare min problemstilling.

## 2.2. Søketabell

### 2.1 Søketabell

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Hip fracture OR hip surgery	Cinahl		25565	01.04.20
2) Dementia			95391	
3) Tools OR instruments			447592	
4) Delirium OR acute confusion			10713	
		1 AND 2 AND 3 AND 4	20	

#### Inkluderte artikler:

**a) Krogseth, M., Wyller, T.B., Engedal, K., Juliebø, V. (2011). `Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients` *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* Vol 31(1), s. 63-70**

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Dementia	Cinahl		67651	26.03.20
2) Screening tools			12412	
3) Delirium			10457	
4) Nursing			717427	
		1 AND 2 AND 3 AND 4	13	

#### Inkluderte artikler:

**b) Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., Speed, G., Langsborough, I. (2008) `Nurses` description of changes in cognitive function in the acute care setting` *Australian Journal of Advanced Nursing: Volum 26(1)* s. 21-25**

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Delirium	Svemed+		145	05.04.20

2) Dementia 3) Nursing		1 AND 2 AND 3	1905 10758 5	
<b>Inkluderte artikler:</b> <b>c) Kang, Y., Moyle, W., Cooke, M., O`Dwyer, T.S. (2017). `An educational programme to improve acute care nurses` knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment` <i>Nordic College Of Caring Science: 31(3), s. 631-640.</i></b>				

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Dementia 2) Delirium 3) 4AT tool	Cinahl	1 AND 2 AND 3	52265 8566 13 7	10.04.20
<b>Inkluderte artikler:</b> <b>d) Saller, T., MacLulich, A.M.J, Schäfer, S.T., Crispin, A., Neitzert, R., Schüle, C., Dossow, V., Hofmann-Kiefer, K.F. (2019). `Screening for delirium after surgery: Validation of the 4A`s test (4AT) in the post-anaesthesia care unit` <i>Anaesthesia, 74(10), s. 1260-1266.</i></b>				

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Postoperative delirium 2) Identification or screening 3) Dementia	Cinahl	1 AND 2 AND 3	866 242069 60969 11	10.04.20
<b>Inkluderte artikler:</b> <b>e) Culley, D.J., Flaherty, D., Fahey, M.C., Rudolph, J.L., Javedan, H., Huang, CC., Wright, J., Bader, A., Hyman, B.T., Blacker, D., Crosby, C. (2017). `Poor Performance on a Preoperative Cognitive Screening Test Predicts Postoperative Complications in Older Orthopedic Surgical Patients` <i>The American Society of Anesthesiologists, Wolter Kluwer Health, Anesthesiology: 127(5), s. 765-774.</i></b>				

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Hip fractures in the elderly 2) dementia 3) delirium	Cinahl	1 AND 2 AND 3	1549 60969 9688 7	27.03.20
<b>Inkluderte artikler:</b> <b>f) Hedman, A.R., Ljunggren, G., Grafström, M., Strömberg, L. (2005) `Dementia, delirium and other comorbid condition in acute hip fracture care` <i>Vård i Norden No.78 Vol 25(4), s.25-29.</i></b>				

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Delirium 2) Forebygging	Cinahl		10457 12	11.04.20
		1 AND 2	1	
<b>Inkluderte artikler:</b> <b>g) Bøyum, Å.W (2013). `Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd` Sykepleien forskning Vol 8(3), s.210-218</b>				

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1) Hip fracture OR hip surgery 2) Dementia OR alzheimer	Pub Med		100702  262438	01.04.20
3) Tools or instruments 4) Delirium or acute confusion			11196600  22719	
		1 AND 2 AND 3 AND 4	11	
<b>Inkluderte artikler:</b> <b>h) Martocchia, A., Curto, M., Comite, F., Scaccianoce, F., Girardi, P., Ferracuti, F., Nicoletti, F., Falschi, P. &amp; Orthogeriatric group (2015). `The prevention and treatment of Delirium in Elderly Patients Following Hip Fracture Surgery` . <i>Bentham Science Publisher 2015, 10, 55-65.</i></b>				

## 2.3. Andre kilder

I drøftingsdelen vil jeg trekke fram egne erfaringer fra praksis på geriatrisk og ortopedisk avdeling. All informasjon om praksissted vil anonymiseres i henhold til retningslinjer fra NTNU (NTNU, 2020). Resterende litteratur inkludert med utgangspunkt i anbefalinger fra fagpersoner og veileder, samtidig som det har sykepleiefaglig fokus. Pensumlitteratur er anbefalt fra studiestedet og har vært sentralt i utdanningsløpet.

## 2.4. Kildekritikk

Ved kildekritikk skal man vurdere artiklene ut fra hvordan de best mulig belyser valgt problemstilling, samtidig som man skal gjøre rede for litteraturen. Redegjørelse av litteraturen kommer i kapittel 3 om empiri.

Ved utvalg av litteratur hadde jeg satt noen avgrensninger for å best mulig besvare problemstillingen.

Alle de valgte artiklene er fagfellevurdert (*peer review*). Det vil si at de er gjennomgått av eksperter på området og vurdert og godkjent som fagfellevurdert. Med dette har artiklene oppfylt krav om innhold og form for vitenskapelig artikkel (Dalland, 2012).

Jeg ekskluderte artikler som var eldre enn år 2005, da jeg ønsket artikler med oppdatert kunnskap og relevans for min problemstilling. Søkene ble derfor avgrenset fra år 2005 til år 2020. Samtlige artikler er skrevet etter år 2005, men forskningen fra Hedman et al. (2005) er utført tidligere, og artikkelen ble publisert for første gang i 2005. Dette kan være en svakhet for min studie, da noe av informasjonen kan være utdatert i forhold til nyere forskning.

Videre valgte jeg å avgrense søket til personer over 65 år. Dette er begrunnet i at delirium, demens og hoftebrudd stort sett oppstår hos pasienter over 65 år. (Gjertsen et al., 2018; Kirkevold et al., 2016). Dette er et eget valgalternativ i databasene, men til noe forskjell fra definisjonen fra Kirkevold et. al (2016).

Alle forskningsartiklene, foruten om Bøyums artikkel (2013) er skrevet på engelsk som kan ha ført til mistolkninger, og sentrale poenger fra studien kan derfor ha blitt utelatt.

Flere av forskningsartiklene hadde utelatt pasienter med demens fra sin vurdering av delirium. Dette kan ha vært en svakhet for meg i forbindelse med hvordan man identifiserer delirium hos demenspasienter.

«An educational programme to improve acute care nurses` knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment» er basert på forskning fra Sør-Korea. Selv skriver forfatterne at deres forskningsresultat kan sammenliknes med studier i vesten. Videre skriver de at uavhengig av metode, kultur og ulike velferdsordning, vil utdanningsprogrammer generelt øke kunnskap blant sykepleiere. Det må også trekkes fram at i Sør-Korea bruker pårørende omtrent 8 timer daglig for å ta vare på sine (Kang, Moyle, Cooke, & O'Dwyer, 2017), og kan være vanskelig sammenliknbart med Norge. Likevel mener jeg denne artikkelen er svært gyldig for å svare på min problemstilling, da den har flere relevante betraktninger for oppgavens resultatdel.

## 3. Empiri

### 3.1. Artikkelmatrise

#### 3.1 Artikkelmatrise

<b>Artikkelreferanse (a)</b>	Krogseth, M., Wyller, T.B., Engedal, K., Juliebø, V. (2011). `Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients` <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i> Vol 31(1), s. 63-70
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å vurdere i hvilken grad delirium hadde innvirkning på en eventuell demensdiagnose 6 måneder etter sykehusinnleggelse.
<b>Metode</b>	Prospektiv kohortstudie med 6-måneders kontroll av 106 pasienter med hoftebrudd som ikke var diagnostisert med preoperativ demens. Delirium ble identifisert med CAM og kognitiv status ble vurdert med IQCODE-SF.
<b>Resultat/konklusjon</b>	29/106 pasienter (27%) utviklet delirium i den akutte fasen. I denne gruppen oppfylte 11/29 pasienter (38%) kriteriene for demens etter seks måneder, sammenliknet med 5/77 pasienter (7%) uten delirium. Delirium var den sterkeste indikatoren på demens etter seks måneder. Hos hoftebruddpasienter uten preoperativ demens, var delirium den mest fremtredende faktoren for demens seks måneder senere.
<b>Relevans</b>	Postoperativt delirium viste seg å være den viktigste indikatoren på demens etter 6 måneder. Dette forteller oss noe om hvor viktig det er å forebygge og identifisere delirium, slik at det kan behandles for å unngå livsendrede konsekvenser etter hoftebrudd.

<b>Artikkelreferanse (b)</b>	Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., Speed, G., Langsborough, I. (2008) `Nurses` description of changes in cognitive function in the acute care
------------------------------	--

	setting` <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i> : Volum 26(1) s. 21-25
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å beskrive sykepleiers dokumentasjon av kognisjon og adferdsmessige forandringer hos pasienter i akutte situasjoner.
<b>Metode</b>	Journalgransking for å finne årsak, risikofaktorer og symptomer på delirium. Deretter brukte forfatterne pasientjournaler skrevet av sykepleiere for å velge ut pasienter som hadde, eller utviklet delirium under innleggelse. De valgte ut pasientene med utgangspunkt i å lete etter pasienter som ble identifisert som «forvirret» ved innleggelse.
<b>Resultat/konklusjon</b>	<p>Totalt ble 1209 pasienter undersøkt. 183 av disse pasientene ble identifisert som forvirret. «Forvirring» var den mest brukte beskrivelsen av sykepleiere for å beskrive kognitiv eller atferdsmessig forandring. Ofte var «forvirring» det eneste begrepet som ble brukt i forklaringen. Mange av forandringene viser seg imidlertid å tyde på delirium. Det ble brukt lite verktøy for screening av delirium.</p> <p>Det anbefales at sykepleiere er utdannet og trent til å utføre rutinemessig kognitiv vurdering gjennom bruk av verktøy, for eksempel CAM, og at sykepleiere er trent til å skille mellom akutt og kognitiv forvirring.</p> <p>Kognitive og adferdsmessige forandringer er vanlig problemstilling hos eldre innlagt i sykehus. Uttrykket «forvirret» ble brukt for å beskrive et vidt spekter av kognitive og adferdsmessige forandringer, og ble sett på som en utfordring i forbindelse med å identifisere delirium, som ofte er den første indikasjon på alvorlig underliggende sykdom.</p>
<b>Relevans</b>	Kognitiv og atferdsmessig forandring er vanlig hos eldre pasienter innlagt i sykehus. Artikkelen har relevans for min studie da det foreslår verktøy for identifisering av delirium, samt vektlegger at sykepleiers kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon er en viktig faktor for nettopp dette.



<b>Artikkelreferanse (c)</b>	Kang, Y., Moyle, W., Cooke, M., O`Dwyer, T.S. (2017). `An educational programme to improve acute care nurses` knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment` <i>Nordic College Of Caring Science</i> : 31, s. 631-640.
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å evaluere effekten av utdanningsprogrammer for akutt sykepleie til pasienter med kognitiv svikt. Forfatterne ville se hvilken effekt utdanning hadde på kunnskap, holdninger og involvering av familie og pårørende til denne pasientgruppen.
<b>Metode</b>	Kombinerte metoder som inkluderte individualintervju og gruppeintervju. 40 registrerte sykepleiere deltok i et 3 måneder langt utdanningsprogram for sykepleie av eldre pasienter med kognitiv svikt. Samtidig ble seks familier (caregivers) intervjuet for sin involvering i pasientene.
<b>Resultat/konklusjon</b>	Utdanningsprogrammer har en positiv påvirkning på sykepleiers kunnskap om kognitiv svekkelse og holdninger til pasienter med kognitiv svikt. Det viste dessuten at utdanningsprogrammet økte sykepleiers vilje til å involvere pårørende i pleie av denne pasientgruppen. Utdanningsprogrammer er et effektivt virkemiddel for å forbedre sykepleiers kunnskap og holdninger.
<b>Relevans</b>	Viser hvordan utdanningsprogrammer (eventuelt kunnskapsløft) kan forbedre sykepleiers arbeid hos pasienter med kognitiv svikt.

<b>Artikkelreferanse (d)</b>	Saller, T., MacLulich, A.M.J, Schäfer, S.T., Crispin, A., Neitzert, R., Schüle, C., Dossow, V., Hofmann-Kiefer, K.F. (2019). `Screening for delirium after surgery: Validation of the 4A`s test (4AT) in the post-anaesthesia care unit` <i>Anaesthesia</i> , 74, s. 1260-1266.
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å evaluere den diagnostiserende nøyaktigheten av 4AT i relasjon til referert standard, i hovedsak

	psykiatrisk vurdering. En annen hensikt var å kvantifisere tilfellene av postoperativt delirium i et tilfeldig utvalg.
<b>Metode</b>	Prospektiv studie av elektive kirurgiske pasienter, gjennomført postoperativt i sengepost med 105 sengeplasser. 1865 pasienter ble screenet i tidsrommet mellom april og november 2014, 543 pasienter ble inkludert i studien.
<b>Resultat/konklusjon</b>	<p>4,1 % av pasientene ble diagnostisert med delirium postoperativt. Pasienter med delirium lå dobbelt så lenge på sykehus sammenlignet med pasienter uten delirium.</p> <p>Pasientene fikk gjennomgått screening gjennom 4AT som inkluderer 4 element:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasientens årvåkenhet</li> <li>2) 3) Undersøkelse av pasientens kognisjon og oppmerksomhet med forkortet mental test, inkludert å gjengi månedene i året baklengs.</li> <li>4) «onset» og muligheter for svingninger.</li> </ol> <p>Score 0: Indikerer delirium eller kognitiv svikt som usannsynlig.</p> <p>Score 1-3: Indikerer mulig kognitiv svekkelse.</p> <p>Score 4&gt;: Sannsynlig delirium.</p> <p>4AT viser seg å ha høy sensitivitet og spesifisitet for avdekking av delirium. Funnene i studien støtter at 4AT er et hjelpsomt verktøy for å avdekke delirium. Samtidig viser studien at det er enkelt å bruke, samt enkelt å innføre i avdelinger. 4AT kombinerer fordelene med etablerte tester for screening av delirium, samtidig som det viser seg effektivt og robust.</p>
<b>Relevans</b>	Vurdering av 4AT-verktøy. Viser seg å være et presist verktøy som enkelt kan brukes av sykepleiere for å avdekke delirium. Relevant i forbindelse med hvilke ulike verktøy sykepleier kan benytte seg av i identifisering av delirium.
<b>Artikkelreferanse (e)</b>	Culley, D.J., Flaherty, D., Fahey, M.C., Rudolph, J.L., Javedan, H., Huang, CC., Wright, J., Bader, A., Hyman, B.T., Blacker, D., Crosby, C. (2017). `Poor Performance on a Preoperative Cognitive Screening Test

	Predicts Postoperative Complications in Older Orthopedic Surgical Patients` <i>The American Society of Anesthesiologists, Wolter Kluwer Health, Anesthesiology: 127, s. 765-774.</i>
<b>Hensikt</b>	Hypotesen for forskningen var at uoppdaget kognitiv svekkelse hos pasienter uten historie med demens er i risikogruppen for utvikling av postoperative komplikasjoner.
<b>Metode</b>	Prospektiv kohortstudie basert på kvantitativ metode.
<b>Resultat/konklusjon</b>	50 av 211 pasientene som ble screenet hadde utslag for sannsynlig kognitiv svikt. Pasientene ble screenet preoperativt ved bruk av Mini-Cog og andre tilleggsopplysninger. Utfallet inkluderte utskrivelse til annet sted enn hjemmet, delirium, sykehuskomplikasjoner, liggedøgn og dødelighet. Mange eldre ortopedisk-kirurgiske pasienter hadde trolig kognitiv svikt preoperativt. Slik svekkelse er forbundet med utvikling av delirium postoperativt, lengre sykehusopphold og mindre sannsynlighet for å komme hjem etter sykehusinnleggelse.
<b>Relevans</b>	Relevant for min problemstilling for å vise hvilke konsekvenser kognitiv svekkelse har, og betydningen av screening for dette.

<b>Artikkelreferanse (f)</b>	Hedman, A.R., Ljunggren, G., Grafström, M., Strömberg, L. (2005) `Dementia, delirium and other comorbid condition in acute hip fracture care` <i>Vård i Norden</i> No.78 Vol 25(4), s.25-29.
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å undersøke i hvilken grad demens, delirium og andre komorbide tilstander hos hoftebruddpasienter ble diagnostisert og kodet i pasientjournal og rapportert til nasjonale databaser.
<b>Metode</b>	Retrospektiv kvantitativ metode. Inkluderte alle hoftebruddpasienter innlagt fra 1994-1999. Basert på diagnosekoder i databaser fra Stockholm-registeret. Baserer seg i hovedsak på funn fra utskrivningsnotat fra medisinsk ansvarlig lege.

<b>Resultat/konklusjon</b>	14 993 registrerte hoftebrudd i tidsperioden forskningen pågikk. Det viktigste funnet i forskningen var hvilke store variasjoner det var i dokumentasjon av kognitive forstyrrelser. Dette varierte fra sykehus til sykehus og fra år til år. Forskningen viser at nesten ingen av pasientene hadde dokumentert deliriumdiagnose ved første innleggelse. 10% av pasientene hadde dokumentert demensdiagnose registrert. Svært mange demenspasienter antas å ha deliriumdiagnose i den akutte fasen. En stor del av de eldre viste symptomer på postoperativ «forvirring». Det påpekes i artikkelen at akutt forvirring (delirium) sjeldent diagnostiseres. Likevel var det mer synlig dokumentasjon i geriatriske avdelinger og prosjekter, sammenliknet med ortopediske kirurgiske avdelinger. Dokumentasjon av komorbide tilstander (for eksempel delirium) er avgjørende for planlegging, behandling og prognose etter hoftebrudd-populasjonen.
<b>Relevans</b>	Relevant for min studie for å vise viktigheten av dokumentasjon av kognitive endringer. Dårlig dokumentasjon har konsekvenser for pasientens situasjon.

<b>Artikkelreferanse (g)</b>	Bøyum, Å.W (2013). `Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd` <i>Sykepleien forskning</i> nr 3 (8), s.210-218.
<b>Hensikt</b>	Å studere sykepleiepersonalets erfaringer med forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.
<b>Metode</b>	Studien er av beskrivende karakter, med bruk av kvalitativ metode med gruppeintervju. Det var 11 deltakere, hvorav 9 sykepleiere og to hjelpepleiere.
<b>Resultat/konklusjon</b>	Studien viser at sykepleiepersonalet har kunnskaper og erfaring når det gjelder å iverksette intervensjoner i forhold til pasienter med delirium. Dette gjaldt særlig pasienter med hyperaktivt delirium og hyperaktiv/hypoaktiv variant. De fleste tiltak ble iverksatt som en reaksjon på

	<p>symptomer. Det var flere etiske utfordringer knyttet opp mot pasienter med delirium. Sykepleiepersonalet har positive erfaringer med skjerming og interaksjon med pårørende som tiltak. Sykepleiepersonalets anvendelser av kommunikasjonsstrategier har stor innvirkning på både pasientomsorg og forebygging. Studien viser at sykepleiere erfarer at manglede ressurser gir begrensninger for behandling av delirium-pasienter.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Relevant for min studie for å vise at sykepleiere sitter med kunnskap om delirium, men at andre faktorer begrenser behandling.</p>

<b>Artikkelreferanse (h)</b>	<p>Martocchia, A., Curto, M., Comite, F., Scaccianoce, F., Girardi, P., Ferracuti, F., Nicoletti, F., Falschi, P. &amp; Orthogeriatric group (2015). The prevention and treatment of Delirium in Elderly Patients Following Hip Fracture Surgery. <i>Bentham Science Publisher</i> 2015, 10, 55-65.</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikt var å undersøke hvordan man kan behandle og forebygge delirium postoperativt til hoftebruddpasienter.</p>
<b>Metode</b>	<p>Litteraturstudie basert på datainnsamling fra ulike databaser.</p>
<b>Resultat/konklusjon</b>	<p>I de fleste tilfeller er patofysiologien rundt delirium kompleks, men ikke fullstendig forstått. Inflammasjon, skade eller operasjon er anerkjent som trigger for delirium, spesielt hos eldre demente pasienter. For å diagnostisere delirium må underliggende faktorer evalueres, og screening for Alzheimer sykdom bør være inkludert i preoperativ geriatrisk vurdering. Her anbefales bruk av MMSE. Etter en slik vurdering, kan spesialisert lege evaluere tilstedeværelsen av delirium. Et godt måleverktøy for delirium er CAM. Ellers kan man bruke DSI (delirium system interview). Behandling av delirium gjennomføres hovedsakelig med miljøtiltak (for eksempel lyssetting, pårørendeinvolvering og bruk av</p>

	hjelpemidler for hørsel og syn). Hos eldre pasienter kan farmakologisk behandling ha god effekt. Ortogeriatrisk samarbeid og støtte kan forbedre kur og utfall av eldre pasienter etter hoftebrudd. Delirium er vanlig blant eldre pasienter med hoftebrudd og komorbid demens, og er forbundet med dårlig diagnose etter operasjon. Spesialtrente terapeuter kan hjelpe med å optimalisere postoperativ sykepleie for denne skrøpelige pasientgruppen, med særlig fokus på forebygging og behandling av delirium.
<b>Relevans</b>	Relevant for min studie da den tydeliggjør faktorer som utløser delirium, og at delirium er kompleks. Tydeliggjør også konsekvenser av episoder med delirium under sykehusinnleggelse.

### 3.2. Sammenfattet empiri

I denne delen av oppgaven sammenfattes resultatene fra de 8 ulike vitenskapelige artiklene. Sammenfatningen inkluderer funn som kan bidra til at sykepleier avdekker utvikling av delirium hos hoftebruddpasienter med demens.

#### 3.2 Sammenfattet Empiri

Artikkel	Delirium og demens	Verktøy, screening og dokumentasjon	Avdekking og identifisering
a) Krogseth et al. (2011).	Postoperativt delirium er den viktigste risikofaktoren for demens 6 måneder etter sykehusinnleggelse. Demenspasienter ble utelatt fra studien, men det nevnes at denne pasientgruppen er i utgangspunktet mer utsatt for delirium.	Delirium ble vurdert av CAM under sykehusinnleggelse. Nevner lite om dokumentasjon av kognitive forstyrrelser. Det meste av informasjon om kognitiv status preoperativt ble innhentet basert på pårørendeintervju.	CAM ble brukt for å avdekke postoperativt delirium hos hoftebruddpasientene mens innlagt i sykehus
b) Hare et al. (2008)	Mange av pasientene som hadde dokumentert «forvirring» hadde kognitive eller	Det anbefales at sykepleiere og annet trent personale bruker CAM for kartlegging av delirium.	Screeninger av delirium bør foretas hyppig å avdekke delirium.

	<p>atferdsmessige forandringer som går i samsvar med delirium. Mange av disse pasientene hadde dokumentert demens fra tidligere. Ofte ble delirium oversett i tilfeller hvor pasientene hadde diagnostisert demens.</p>	<p>Dokumentasjon av kognitive forandringer er viktig for å kartlegge kognitiv status.</p>	<p>Sykepleiere bør være trent til å skille mellom kronisk og akutt forvirring i akuttsituasjoner, og dette kan bidra til avdekking, forebygging og behandling av delirium. Sykepleier har en viktig rolle i å identifisere endringer i kognisjon, og tidlig identifisering av delirium i akuttsituasjoner.</p>
c) Kang et al. (2017).	<p>Utdanningsprogram ga sykepleiere kunnskap om å skille mellom delirium og demens, og ga kunnskap om risikofaktorer og forebygging av delirium.</p>	<p>Utdanningsprogrammer ville gi sykepleiere kunnskap og verktøy for å identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt i sykehus.</p>	<p>Utdanning av sykepleiere bidrar til evnen for å avdekke kognitiv svekkelse. Blant annet vil det gi kunnskaper om hvordan man skal identifisere akutt og kronisk forvirring.</p>
d) Saller et al. (2019).	<p>Av pasientene i forskningen ble 4,1% diagnostisert med postoperativt delirium. Nevner lite om sammenheng mellom delirium og demens.</p>	<p>Vurderer 4AT som er svært godt verktøy i avdekking av delirium. 4AT viser høy sensitivitet, er effektivt og robust. Funnene i studiene støtter at 4AT er et hjelpsomt verktøy, samtidig som det er enkelt å bruke, og enkelt å innføre i avdelinger.</p>	<p>4AT fungerer godt som verktøy for å avdekke delirium.</p>
e) Culley et al. (2017).	<p>Mange kirurgiske pasienter har trolig kognitiv svekkelse (demens) før innleggelse i sykehus. Dette øker risikoen for postoperativ delirium, som igjen ga lengre sykehusinnleggelse og mindre</p>	<p>Nevner CAM som screening av delirium og Mini Cog for screening av mental status. Sier lite om dokumentasjon, men at pasienter bør screenes for delirium flere ganger per dag postoperativt da delirium ofte forverres utover dagen.</p>	<p>For å best mulig avdekke postoperativt delirium bør grunnleggende sykepleie inkludere screening av kognitiv status og delirium preoperativt.</p>

	sannsynlighet for å reise hjem etter sykehusopphold.		
f) Hedman et al. (2005)	Det ble funnet store variasjoner i dokumentasjon av kognitive forstyrrelser. Mange hadde registrert demens, men det var dårlig dokumentert postoperativt delirium. Særlig i tilfeller hvor demensdiagnoser forelå.	Nevner DRG-system: Økte registrerte deliriumdiagnoser, men var dårlig tatt i bruk. Dokumentasjon av kognitiv status er avgjørende for planlegging, behandling og prognose for hoftebruddpopulasjonen, derunder også avdekking.	Dokumentasjon avgjørende for å avdekke delirium. Postoperativt delirium er svært vanlig blant hoftebruddpasienter, og særlig hos demenspasienter.
g) Bøyum (2013).	Nevner lite om pasienter med både delirium og demens.	Nevner CAM som registreringsverktøy, men ble ikke brukt av sykepleiere som ble intervjuet. Foreslår videre at CAM er et viktig verktøy for forebygging av delirium.	Gjelder i all hovedsak forebygging. Sykepleiere er klar over hvilke risikofaktorer som finnes for at delirium kan utløses, og vet at disse må unngås for utvikling av delirium.
h) Martocchia et al. (2015).	Delirium angis som en av de viktigste risikofaktorene for demens etter hoftebrudd. Samtidig er pasienter som allerede har demens svært utsatt for delirium.	Nevner 4AT som kartleggingsverktøy ved delirium. Kognitiv status bør kartlegges og dokumenteres av sykepleier eller lege fra første innleggelsesdag, og er særlig viktig i postoperativ fase. Det bør brukes standardiserte verktøy for dette.	Sier lite om avdekking av delirium, men at delirium bør forebygges ved sykehusinnleggelse.

### 3.2.1. Delirium og demens

I flere av artiklene ble det vektlagt at pasienter med demens er mer utsatt for postoperativt delirium etter kirurgi, og med særlig fokus på hoftebrudd (Culley et al., 2017; Martocchia et al., 2015). Postoperativt delirium kan være livsendrende og en sterk indikator på demens (Krogseth, Bruun Wyller, Engedal, & Juliebø, 2011). Sykepleiere er klare over risikofaktorer og utløsende faktorer for delirium, og at disse må forebygges for utvikling av delirium (Bøyum, 2013). Kognitiv svekkelse, som for eksempel, før innleggelse i sykehus øker risikoen for postoperativt delirium og dette kan ha store konsekvenser



(Culley et al., 2017). Delirium er forbundet med dårlig prognoser etter operasjon (Martocchia et al., 2015).

### 3.2.2. Dokumentasjon, verktøy og screening.

I Hedman et al. (2005) vektlegger de viktigheten av dokumentasjon i forbindelse med kognitive forandringer eller svekkelser i den postoperative fasen. De skriver at dokumentasjon av kognitive forandringer er avgjørende for planlegging, behandling og prognoser hos hoftebruddpopulasjonen. I artikkelen fra Hare et al. (2008) nevnes det at dokumentasjon er viktig for å kartlegge kognitiv status. Det viste seg imidlertid i denne studien at demenssykdommer ofte er godt dokumentert, men at delirium dokumenteres med begrepet «forvirring».

Samtlige artikler vektlegger bruk av verktøy for identifisering av delirium. Saller et al. (2019) vurderer 4AT som et godt og enkelt screeningverktøy, mens hovedtyngden av artiklene foreslår CAM som et godt verktøy for avdekking av delirium (Bøyum, 2013; Culley et al., 2017; Hare, McGowan, Wynaden, Speed, & Landsborough, 2008; Krogseth et al., 2011; Martocchia et al., 2015). Utdanningsprogrammer for sykepleiere med fokus på delirium vil gi sykepleiere kunnskap om delirium, samtidig som det gir kunnskap om verktøy som kan brukes for identifisering av delirium (Kang et al., 2017).

### 3.2.3. Avdekking og identifisering

Ved å utføre preoperativ screening for delirium av pasienter med hoftebrudd, vil man kunne avdekke delirium. Sykepleiere bør være trent til å skille mellom akutt og kronisk forvirring, og med dette enklere kunne avdekke delirium. Sykepleier spiller en viktig rolle i å identifisere delirium, og særlig i den akutte fasen (Hare et al., 2008). Som Kang et al (2017) tidligere har påpekt vil utdanningsprogrammer om delirium bidra til å øke kunnskapen blant sykepleiere. Et kunnskapsløft blant sykepleiere vil derfor bidra til å avdekke delirium hos pasienter innlagt i sykehus.

Verktøy som 4AT og CAM kan tas i bruk av sykepleiere. Begge verktøyene er oppfattet som enkle, hardføre og presise. Hvis verktøy for screening blir tatt i bruk til rett tid vil sykepleiere kunne avdekke delirium hos hoftebruddpasienter (Culley et al., 2017; Krogseth et al., 2011; Martocchia et al., 2015; Saller et al., 2019). Dokumentasjon av eventuelle funn, eller standardiserte måter å gjennomføre dette på er avgjørende for identifisering av delirium (Hedman, Ljunggren, Grafström, & Strömberg, 2005).

## 4. Teori

### 4.1. Hoftebrudd

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse for brudd lokalisert i øvre del av lårbeinet (Kirkevold et al., 2016). Nasjonalt hoftebruddregister angir at det er omtrent 9000 personer som opereres for hoftebrudd i Norge hvert år. Det rammer som oftest pasienter som har passert 65 år og gjennomsnittsalderen er 80 år. Det viser seg å være et flertall av kvinner (69%) (Gjertsen et al., 2018). 1-1,5 % av alle fall hos eldre resulterer i hoftebrudd, og 10-15 % av disse pasientene risikerer nytt fall innen 10 år (Kirkevold et al., 2016, p. 513).

De fleste hoftebruddene kommer av lavenergiaktivitet, og har ofte en utløsende årsak. Det er derfor viktig at den utløsende årsaken behandles så fort som mulig. Hoftebrudd skal alltid behandles kirurgisk, og den viktigste oppgaven er å få pasientene på bena slik at mobilisering kan påbegynne så fort som mulig etter operasjon. Dette er for å unngå komplikasjoner. Sykepleier sin rolle hos hoftebruddpasienter er å forebygge og behandle smerter, delirium, trykksår, væske- og ernæringsproblematikk, eliminasjon og sørge for hurtig mobilisering (Kirkevold et al., 2016). Et samarbeid mellom ortopedisk og geriatrisk avdeling bedrer resultater for mobilisering og funksjoner i dagliglivet, og vil på sikt gi økt overlevelse (Kirkevold et al., 2016).

Eldre pasienter, og særlig pasienter med demens, er mer utsatt for fall. De fleste fall med brudd hos eldre er knyttet til osteoporose. Samtidig kan ernæringsstatus hos eldre være dårligere, og særlig om pasienter har kognitive svekkelser. Dårlig ernæringsstatus gir redusert muskelmasse, generell svekkelse, nedsatt immunsystem og økende infeksjonsfare. På grunn av dette vil eldre pasienter ha lavere toleranse for operativ behandling og være mer utsatt for kirurgiske komplikasjoner (Kirkevold et al., 2016)

Hos eldre pasienter kommer hoftebruddet ofte i tillegg til andre sykdommer, for eksempel hjertesykdom, KOLS eller diabetes. Hos multimorbide pasienter øker risikoen for lungebetennelse, hjertesvikt, dyp venetrombose og lungeemboli ved sykehusinnleggelse (Wyller, 2016, pp. 835–838). Hoftebrudd skal alltid behandles kirurgisk, og det er derfor viktig med gode preoperative undersøkelser hos eldre, slik at tilleggssykdommer som kan gi økt operasjonsrisiko blir oppdaget og behandlet. Kirurgisk behandling er likevel ikke tilstrekkelig, og rehabilitering er avgjørende for å gjenvinne funksjon. Dette krever tverrfaglig innsats, og rehabilitering bør starte umiddelbart etter operasjon. Slik unngår man sengeleiets komplikasjoner, immobilisering og funksjonstap hos eldre (Wyller, 2016). Komplikasjonene etter hoftebrudd kan være livsendrende hvis ikke de blir behandlet eller forebygget. Det kan føre til frykt for å falle på nytt, inaktivitet med påfølgende funksjonssvikt, sosial isolasjon, nedsatt livskvalitet og innleggelse i sykehjem, eller i verste fall død (Kirkevold et al., 2016, p. 352).

### 4.2. Demens

Eldre mennesker opplever ofte redusert korttidshukommelse, og kan ofte forklares med alderdom. Varig reduksjon i kognitive evner skyldes derimot alltid en sykdomsprosess i sentralnervesystemet og kalles demens. «Den vanligste underliggende årsaken er Alzheimer sykdom, som karakteriseres av omfattende nevrontap i storhjernen» (Wyller,

2016, p. 1157). Slike nevrontap gjør at kognitive evner svekkes og gir utslag i form av hukommelsestap. Det er også vanlig at emosjonelle funksjonsforstyrrelser oppstår, og dette kan igjen gi personlighetsendringer. Ved langtkommen demens kan motoriske, sensoriske og autonome funksjoner rammer. Tilstander som depresjon, sansetap og legemiddelbivirkninger kan likne på demens. Til forskjell fra delirium er bevisstheten hos demenspasienter normal (Wyller, 2016).

### 4.3. Delirium

«Delirium, eller akutt forvirring, er en betegnelse som brukes om en plutselig og forbigående reduksjon i kognitive evner kombinert med redusert eller varierende bevissthet» (Wyller, 2016, p. 1156). Enhver akutt sykdomsprosess kan utløse delirium. Ved delirium opplever pasientene en akutt funksjonssvikt, og dette gjør at man må lete etter sykdomsprosesser i alle organsystemene.

Delirium kan ofte tolkes som demens, og er derfor ofte underdiagnostisert. Delirium og demens opptrer ofte samtidig, fordi personer med demens ofte får delirium ved akutt skade eller sykdom. Delirium er en akutt tilstand, mens demens er en kronisk tilstand hvor symptomene er vedvarende gjennom døgnet (Stubberud et al., 2017a). Man skiller mellom hyperaktivt delirium, hvor pasienten er utagerende, aggressiv og uten evne til å samarbeide, og hypoaktiv delirium hvor pasienten mentalt har «lukket seg inne». Ved hypoaktivt delirium oppfattes pasientene ofte som apatisk og likegyldig, men samarbeidsvillig. Disse symptomene gjør at hypoaktiv delirium ofte forveksles med depresjon. Hos enkelte pasienter ser man ofte en kombinasjon av hyperaktiv og hypoaktiv delirium. Da vil pasientene veksle mellom de to tilstandene i løpet av en periode. Eldre pasienter rammes hyppigst av hyperaktiv delirium (Stubberud et al., 2017a, p. 433).

#### 4.3.1. Risikofaktorer

Delirium kan utløses av flere årsaker, og det finnes derfor mange risikofaktorer. Dette deles inn i to hovedkategorier. Den første er predisponerende faktorer. Dette er faktorer som var til stede hos pasienten før delirium inntraff. Dette kan for eksempel være kognitiv svikt, høy alder eller sansesvikt. Den andre er utløsende faktorer. Dette er faktorer som får delirium til å oppstå. Eksempelvis er dette akutt sykdom eller skade, infeksjoner, stress, legemidler og kirurgi (Kirkevold et al., 2016; Wyller, 2016). Hoftebrudd nevnes ofte som en utløsende faktor, og setter hoftebruddpasienter i høy risiko for utvikling av delirium. Hos hoftebruddpasienter kan dette eksempelvis skyldes smerter, da smerter ikke nødvendigvis er godt nok behandlet og samtidig utløsende årsak for delirium (Stubberud et al., 2017a).

Miljøforandring, nye sanseinntrykk, stress, ny farmakologisk behandling og kirurgi kommer ofte i tillegg til årsak for innleggelse, og bidrar til å øke risikoen for delirium under sykehusinnleggelse. Eldre er generelt mer utsatt, da de er mer følsomme for forandring. Det vil si at det er få miljøforandringer som skal til før eldre pasienter havner i delirium (Kirkevold et al., 2016; Stubberud et al., 2017a; Wyller, 2016). Disse risikofaktorene kan i seg selv påvirke pasientens kognitive status og orienteringsevne, og gjør at delirium ofte oversees og forveksles med demens. Forvirring hos eldre pasienter kan derimot ikke rettfærdiggjøres med betegnelsen demens (Wyller, 2016, pp. 1156–1157). Kirkevold skriver at delirium hos demenspasienter kan forverre den kognitive svikten under sykehusinnleggelse og dermed føre til at pasienten fremstår som mer forvirret (Kirkevold et al., 2016, p. 453).

### 4.3.2. Identifisering med CAM og 4AT

Delirium har ingen enkel diagnostikk. Man er avhengig av å lete etter predisponerende og utløsende årsaker. Dette kan gjøres gjennom datainnsamling om sykehistorie, komparentopplysninger fra pårørende og observasjon av endring i mental funksjon. Siden deliriumsymptomer kommer og går gjennom døgnet, er observasjoner av pasientens mentale funksjon viktig. Det må dokumenteres og rapporteres (Kirkevold et al., 2016). Som sykepleier er man pliktig å føre journal i henhold til kapittel 8 §39 (*plikt til å føre journal*) og §40 (*krav til journalens innhold m.m*) i Helsepersonelloven (1999). Relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og pasientens helsehjelp skal dokumenteres i pasientens journal (Lovdata, 1999).

Et hjelpemiddel for å identifisere delirium er Confusion Assesment Method (CAM). CAM er utviklet som et hjelpeverktøy for ikke-psykiatere for å påvise delirium. Det krever en enkel opplæring, og kan utføres av alt helsepersonell. Det er en algoritme med 4 kjennetegn.

- 1) Akutt debut og fluktuerende forløp
- 2) Uoppmerksomhet
- 3) Desorganisert tenkning
- 4) Endret bevissthetsnivå

Kjennetegn 1 og 2 må være oppfylt, og minst ett av kjennetegnene 3 eller 4 må være til stede for å diagnostisere sannsynlig delirium. Det anbefales at CAM brukes i avdelinger hvor pasienter er i høy risiko for å utvikle delirium. Dette bør gjøres på hver vakt, og vil med dette bli en innarbeidet rutine. Da vil observasjonene skje automatisk (Kirkevold et al., 2016, p. 456).

Rapid Assesment test (4AT) er et annet screeningverktøy som kan brukes for å identifisere akutt delirium. Verktøyet bidrar til at flere får korrekt diagnose og sikrer identifikasjon av symptomer på delirium. 4AT kan brukes av alt helsepersonell, er rask, kortfattet og enkel i bruk. Samtidig vil den gjøre helsepersonell varsom på at oppmerksomhetssvikt hos eldre pasienter kan være delirium. 4AT er utviklet slik at den kan fange opp både hypoaktivt og hyperaktivt delirium. Man undersøker 4 aspekter ved pasienten; årvåkenhet, gjør en forkortet mental vurdering, oppmerksomhet og akutt endring eller fluktuasjon i tilstand. En score på 0 tilsier at delirium eller kognitiv svikt er usannsynlig. Score på 1-3 tilsier mulig kognitiv svikt og score 4 eller mer tilsier mulig delirium og/eller kognitiv svikt (Berg, Watne, & Roth Gjevjon, 2016; Evensen et al., 2016).

### 4.4. Demens eller delirium?

Det kan være vanskelig å skille delirium fra demens, da begge har forvirring som symptom. Dette kan være særlig vanskelig i akuttfasen. Delirium er en akutt tilstand, der mentalsviktproblemer har kommet brått, og er utløst av identifiserbare faktorer, eksempelvis akutt skade eller sykdom. Den utløsende årsaken for delirium ligger ofte utenfor hjernen, og må behandles raskt. Demenssykdommer utvikler seg på den andre siden svært langsomt og har et kronisk forløp. Demenssykdommer kjennetegnes av gradvis svikt i hjerneceller. Symptomene på mental svikt skal ha vært til stede i minst 6 måneder. Da delirium er en akutt tilstand og demens er en kronisk sykdom som har utviklet seg over tid, vil sykehistorien være et viktig hjelpemiddel for å skille mellom delirium og demens. Sykepleiere må derfor gjennomføre systematiske observasjoner av adferd og mental status hos eldre med kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2016, p. 454).

## 4.5. Sykepleie til den akutt, syke gamle pasienten

Sykepleie er en profesjon hvor kompetansen er rettet mot pasienter og pårørende, og ivaretagelse av grunnleggende funksjoner. Sykepleier sine fokusområder og sentrale mål er pasientens helse, livskvalitet og mestring. For å lykkes innen disse områdene er man avhengig av god fagkunnskap og gode verdier, som nestekjærlighet og barmhjertighet (Kristoffersen et al., 2016).

Verdier, teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap utgjør grunnlaget for sykepleien som utøves (Kristoffersen et al., 2016). Samtidig bygger sykepleien på de yrkesetiske retningslinjene, som her er gjengitt fra Norsk Sykepleieforbund: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2019).

Hos den akutt, syke gamle ser man mange utfordringer. Eldre har ofte flere sykdommer og nedsatt funksjon, som igjen gir kompliserte sykdomsbilder. De er i høy risiko for akutt sykdom, og multimorbiditet, alder og funksjonssvikt påvirker diagnostikk, forløp og behandling (Kirkevold et al., 2016). Sykepleie til denne pasientgruppen er derfor avhengig av gode observasjoner og tolkning av symptomer. Symptomene er ofte diffuse og uspesifikke, og sykepleier må derfor ivareta både fysiske og psykososiale behov. Målet for sykepleien er at pasientene skal gjenvinne den helsetilstanden de hadde før sykehusinnleggelse. Underveis i sykehusinnleggelsen må sykepleier gjennom tverrfaglig samarbeid kartlegge pasientens funksjon og fremtidige behov. Kommunikasjon kan være vanskeligere med eldre pasienter da de oftere har sansesvikt eller kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2016). Derfor er det viktig at informasjon gis klart og enkelt, og at pasientene kun forholder seg til en problemstilling i gangen. Ofte ser man at kognitiv svikt fører til at de eldre mister samtykkekompetanse, og kommunikasjon med pårørende er viktig for å formidle pasientens ønsker. Dette vil igjen bidra til bedre helse, forebygging og behandling (Kirkevold et al., 2016).

Delirium har særlig høy forekomst hos eldre pasienter, og kan gi store konsekvenser hvis ikke det blir behandlet. Sykepleien til denne pasientgruppen må derfor ha en forebyggende og forbedrende effekt. Dette innebærer daglig observasjon av mental status ved bruk av screeningverktøy, daglig observasjon av bruk av psykofarmaka og man må utrede alle pasienter som opplever akutt forverring. De underliggende årsakene må behandles, og man må sørge for trygge omgivelser. Pårørende bør oppmuntres til å være til stede for realitetsorientering og trygging. Det er også viktig å unngå unødvendig bruk av medisiner. Videre må man sørge for at pasienten får tilstrekkelig med ro, hvile og skjerming. Særlig hos eldre, kirurgiske pasienter må pasientene ha regelmessig eliminering, riktig væske- og ernæringsinntak, stabile målinger (eksempelvis blodtrykk, puls og oksygenmetning) og pasientene må være godt smertelindret. Alt dette vil ha en forebyggende effekt for delirium (Kirkevold et al., 2016).

Akutt funksjonssvikt hos eldre skyldes alltid akutt sykdom, forverring av kronisk sykdom, skade eller legemiddelbivirkninger. Symptombildet er ofte mer diffust, men det finnes noen kjennetegn på akutt funksjonssvikt. Dette er for eksempel nedsatt mobilitet, falltendens, dehydrering, forvirring, mental svikt og inkontinens. Hoftebrudd er en av hovedårsakene til akutt funksjonssvikt hos eldre. Det er da spesielt viktig å komme i gang med mobilisering og samtidig forebygge sengeleiets komplikasjoner. Man må tilstrebe best mulig smertebehandling. Man må sørge for at pasienten er informert om egen tilstand, og dette gjøres gjennom enkel, repetert og konsistent informasjon. For å hindre desorientering, må

man sørge for at pasienten har lett synlig klokke og riktig lyssetting i forhold til døgnrytme. Det oppfordres til at personer som kjenner pasienter er mye til stede for realitetsorientering og dempe angst. Som sykepleier må man, i samarbeid med lege, unngå uheldige legemidler og polyfarmasi (Kirkevold et al., 2016).

## 4.6. Sykepleieteori

I denne oppgaven vil jeg benytte meg av Virginia Henderson sin sykepleieteori. Bakgrunnen for dette er Hendersons tydelige funksjons- og ansvarsområder for sykepleier, særlig hos pasienter hvor ressursmangel hindrer mestring av egen helse (Kristoffersen et al., 2016). Dette er svært aktuelt for min problemstilling da den aktuelle pasientgruppen møter flere utfordringer i forbindelse med å ivareta grunnleggende behov.

Hendersons hovedargument i pasientpleie er å ivareta grunnleggende behov hos pasienter som selv mangler ressurser til dette. Denne ressursmangelen skyldes enten vilje, krefter eller kunnskap. Normalt sett ville pasienter dekket grunnleggende behov på egen hånd, men når sykdom inntreffer forsvinner noe av muligheten til dette (Kristoffersen et al., 2016).

Henderson delte inn funksjonsområder i 14 elementer med utgangspunkt i grunnleggende behov. Flere av disse elementene er gjeldene for denne pasientgruppen. Sykepleieren må ivareta pasientens normale pustemønster, sørge for tilstrekkelig med væske og ernæring, hjelper til å fjerne avfallsstoffer, sørger for god kroppsstilling, etterstrebe normal kroppstemperatur, unngår at pasient kommer i situasjoner hvor han er til skade for andre, og at pasienten får uttrykket sine behov og følelser (Kristoffersen et al., 2016).

Målet med sykepleien er ifølge Henderson at pasientene skal gjenvinne selvstendighet til å ivareta grunnleggende behov selv etter sykdom gjennom å optimalisere helsesituasjonen. Sykepleiers oppgave er å hjelpe pasientene med å mestre helseutfordringer, men for at dette skal gjennomføres må sykepleier ha oversikt over hva pasienten har behov for med utgangspunkt i de 14 elementene. Sykepleier må også utforme sykepleiediagnoser eller sykepleieproblem, samt sette opp, planlegge og iverksette tiltak som kompenserer for ressursvikten (Kristoffersen et al., 2016).

Henderson sykepleieteori er individfokusert, og rettet mot pasientens individuelle behov for sykepleie basert på grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2016).

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet skal problemstillingen besvares i lys av presentert teori og empiri. Problemstillingen er som følger «hvordan kan sykepleier identifisere postoperativt delirium hos hoftebruddpasienter med demens?».

### 5.1. Identifisering av delirium hos hoftebruddpasienter med demens

Basert på egne erfaringer fra praksis ved geriatrisk og ortopedisk avdeling har jeg opplevd at det har vært fokus på identifisering av delirium. Ved geriatrisk avdeling var rutinemessig bruk av screeningverktøy en del av kartlegging ved inntaksvurdering, mens det ved ortopedisk avdeling først ble gjort ved mistanke om delirium. Denne forskjellen støttes av forskning, hvor det i Hedman et al. (2005) presiseres at det ved geriatriske avdelinger ble hyppigere dokumentert delirium sammenliknet med ortopediske avdelinger, og som resultat av dette var forekomst av delirium høyere ved geriatriske avdelinger.

Delirium er en akutt forvirringstilstand som kommer av akutt sykdom eller skade i hvilket som helst organsystem, og som oftest utenfor hjernen. Delirium skyldes underliggende årsaker som er identifiserbare (Wyller, 2016). Martocchia et al. (2015) påpeker dessuten at disse underliggende årsakene må evalueres preoperativt for deretter å kunne identifisere delirium.

Hoftebruddpasienter er en særlig utsatt for delirium, og rundt 50% av hoftebruddpasientene opplever postoperativt delirium (Thomsen, 2018). Når pasientene samtidig er rammet av demens er risikoen enda høyere. Samtidig ser man at sykehusinnleggelsen byr på miljøforandringer, nye sanseintrykk, mulig ny farmakologisk behandling og kirurgi. Alle disse faktorene bidrar til å øke risikoen ytterligere. Til sammen gjør dette hoftebruddpasienter med demens er svært utsatt for postoperativt delirium (Kirkevold et al., 2016; Stubberud et al., 2017a; Wyller, 2016).

Delirium er vanskelig å identifisere hos hoftebruddpasienter med demens, fordi delirium ofte mistolkes som demens (Wyller, 2016). Delirium er en akutt tilstand, utløst av identifiserbare faktorer som ofte befinner seg utenfor hjernen, mens demens er en kronisk svikt i hjernen som har utviklet seg over tid, og hvor symptomene skal ha vært tilstede i minimum seks måneder (Kirkevold et al., 2016). Mange pasienter blir trolig oversett på grunn av demensdiagnosen (Hare et al., 2008).

I den postoperative fasen, bør det være mer søkelys på forebygging og behandling av delirium hos demenspasienter, da disse ofte faller bort fra vurderingen (Martocchia et al., 2015; Wyller, 2016). Mange kirurgiske pasienter har trolig kognitiv svikt preoperativt, men dette har i enkelte tilfeller ikke vært undersøkt tidligere. Delirium kan derfor være det første tegnet på kognitiv svikt (Culley et al., 2017). Dette ser vi også i Krogseth et al (2010) sin forskning. De viste at 38% av pasientene som utviklet postoperativt delirium, utviklet demens innen de neste seks månedene. Ellers viste de at hos pasientene uten påvist preoperativ demens, var delirium den sterkeste indikatoren på å få påvist demensdiagnose seks måneder senere. Dette viser tydelig tegn på at sykepleiere trenger

god kunnskap om den akutt, syke gamle pasienten, da ringvirkninger av sykdommene kan være livsendrende (Kirkevold et al., 2016).

Som sykepleier skal man etterstrebe å forebygge delirium for å unngå den ekstra belastningen dette vil gi pasienten (Kirkevold et al., 2016). Dette gjøres ved at de grunnleggende behovene blir ivaretatt, slik beskrevet i Virginia Hendersons teori. Hun nevner 14 element som kan knyttes opp mot hoftebruddpasienter, særlig hvis de i tillegg lider av demens. Henderson mente at å ivareta de grunnleggende behovene var spesielt viktig hvis pasienten selv manglet ressurser til dette. Hos pasienter med hoftebrudd og samtidig demens vil det være naturlig å anta at pasientene mangler ressurser til nettopp dette. Ifølge teorien er målet med sykepleie å hjelpe pasientene med å gjenvinne funksjoner, slik at de selvstendig kan utføre disse gjøremålene. Dette kommer også tydelig fram i det generelle målet for sykepleie som er at pasientene skal gjenvinne den tilstanden de hadde før sykehusinnleggelse (Kristoffersen et al., 2016). Samtidig er det viktig i pasientpleie å respektere de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019).

Konsekvensene av postoperativt delirium kan være livsendrende for pasienten, og det er derfor viktig at dette behandles. Delirium kan blant annet føre til funksjonstap, institusjonalisering eller død (Kristoffersen et al., 2016). Culley et al. (2017) har sett på konsekvensene av delirium, og legger særlig vekt på at sannsynligheten for å komme tilbake til hjemmet minker betraktelig om delirium ikke behandles. Samtidig sier deres forskning at omtrent en fjerdedel av pasientene hadde utslag for kognitiv svikt preoperativt, men at det trolig er flere hoftebruddpasienter som er kognitiv svekket før sykehusinnleggelsen. Culley et al. (2017) skriver videre at dette forlenger liggedøgn og sykehusopphold, øker dødeligheten og øker sjansen for postoperativt delirium. Dette bekreftes av Saller et al. (2019) som i sin forskning fant at pasienter med delirium lå dobbelt så lenge i sykehus sammenliknet pasienter uten delirium. Til tross for store konsekvenser blir ikke alltid delirium oppdaget. Sykepleiers rolle for å bidra til å identifisere delirium blir avgjørende for pasientens videre helsetilstand.

Bøyum (2013) skriver i sin forskning at sykepleiere kjenner risikofaktorer og utløsende årsaker for delirium, men at det ofte er andre faktorer, for eksempel tid og ressurser, som setter begrensninger på forebyggende arbeid mot delirium.

## 5.2. Verktøy og systematisk observasjon

Sykepleier vil kunne identifisere delirium hos hoftebruddpasienter med demens ved å se på 4 forhold:

- pasientens sykehistorie.
- systematisk observasjon av atferd
- Systematisk observasjon av mental status med hensyn på kognitiv svikt
- Komparentopplysninger fra pårørende

(Kirkevold et al., 2016).

Ved innleggelse er sykehistorien ofte kjent, men som tidligere nevnt er ikke alltid kognitiv svikt erkjent.

Ved ortopedisk avdeling er det sykepleiere som bruker mest tid med pasienten, og er best egnet til god systematisk observasjon (Hare et al., 2008). I tillegg til observasjoner av kognisjon, må sykepleier daglig observere vitale målinger, grunnleggende behov og bruk



av psykofarmaka (Kirkevold et al., 2016). Det anbefales videre at mental status observeres ved bruk av screeningverktøy. Eksempelvis nevnes screeningverktøyene CAM og 4AT.

CAM er godt egnet til å identifisere delirium, mens 4AT har trolig har en fordel ved at den kan plukke opp mulig kognitiv svikt fordi den i tillegg inkluderer en forkortet mental vurdering (Berg et al., 2016; Evensen et al., 2016).

Saller et al. (2019) utførte forskning for å vurdere nøyaktigheten av 4AT. Funnene i forskningen viste at 4AT var et hjelpsomt verktøy for screening av delirium. Det var robust, viste høy sensitivitet, var enkel å bruke og samtidig enkelt å innføre i avdelinger. Det ble også konkludert med at 4AT kan brukes av alt helsepersonell. Bøyum (2013), Culley et al. (2017), Hare et al. (2008), Krogseth et al. (2010) og Martocchia et al. (2015) anbefaler imidlertid CAM som screeningverktøy. Dette kan skyldes at 4AT er et relativt nytt screeningverktøy, mens CAM har vært i bruk lengre.

Det påpekes at identifisering av delirium skjer hvis disse systematiske observasjonene blir gjort til rett tid (Culley et al., 2017; Krogseth et al., 2011; Martocchia et al., 2015; Saller et al., 2019). Culley et al. (2017) antyder at screening for delirium bør foreligge preoperativt som en del av den grunnleggende sykepleien for pasienter i risikogruppen. Kirkevold et al. (2016) skriver at symptomer på delirium kommer og går i løpet av døgnet, og dette bekreftes i Culley et al. (2017) som fremhever at screening derfor bør skje flere ganger daglig da delirium forverrer seg utover dagen. Screeninger bør derfor tas hyppig av pasienter i risikogruppen (Hare et al., 2008).

Utfordringer knyttet til systematiske observasjoner er flere. Langtkommen demens kan ha innvirkninger på motorisk, sensoriske og autonome funksjoner (Wyller, 2016). Samtidig skiller man mellom hyper- og hypoaktivt delirium. Eldre rammes oftest av hyperaktivt delirium, som kan resultere i at pasientene blir utagerende, aggressive og ute av evne til å samarbeide (Stubberud et al., 2017a). Trolig kan begge disse faktorene kan gjøre det utfordrende i forbindelse med observasjoner og screening, og spesielt for tester som inkluderer spørreskjema.

Det er svært viktig at forandringer av kognitiv funksjon fanges opp, da konsekvensene kan være enorme. Hedman et al. (2005) og Martocchia et al. (2015) påpeker at det er nødvendige med standardiserte verktøy. Videre bør kartlegging og dokumentering av kognitiv status skje fra første innleggelsesdag og til utskrivelsesdag hos hoftebruddpasienter med risiko for delirium. Særlig er dette viktig i en postoperativ fase, da risikoen for delirium er høyest (Martocchia et al., 2015).

Hvis delirium har inntruffet, må det behandles. Man må da finne underliggende årsak for delirium før man kan behandle. Når dette er gjort viser det seg at miljøtiltak fungerer godt. Riktig lyssetting, pårørendeinvolvering og hjelpemidler for hørsel og syn er avgjørende i behandlingen. Videre er god farmakologisk behandling viktig. Et ortogeriatrisk samarbeid vil bedre utfallet hos eldre pasienter med hoftebrudd, da delirium ofte er forbundet med dårlig prognose etter operasjon (Martocchia et al., 2015).

### 5.3. Betydningen av dokumentasjon og kunnskap

Bruk av screeningverktøy og systematisk observasjon er viktig for å identifisere delirium hos hoftebruddpasienter med demens. Dokumentasjon av disse observasjonene og resultatene er av stor betydning for identifisering. Symptomer og mentale funksjoner må

dokumenteres og rapporteres (Kirkevold et al., 2016). Samtidig er det et viktig poeng at sykepleier er pliktig til å føre journal om relevante og nødvendige helseopplysninger om pasienten (Lovdata, 1999).

Andre utfordringer knyttet til identifisering av delirium er smerter. Ofte er ikke smertebehandlingen god nok hos hoftebruddpasienter, og dårlig smertelindring øker risikoen for delirium. Sykepleiers rolle er derfor å observere smerter og sørge for god smertelindrende behandling, i samarbeid med lege (Kirkevold et al., 2016).

Man ser også utfordringer knyttet til dokumentasjon av kognitiv status hos demenspasienter med hoftebrudd, selv om dette er avgjørende for identifisering av delirium (Hare et al., 2008; Hedman et al., 2005). Hare et al. (2008) sin forskning baserte seg på sykepleiere sin dokumentasjon av kognitiv funksjon. Det viste seg at «forvirring» ofte var det eneste begrepet som ble brukt for kognitiv eller atferdsmessig forandring, men gjennom journalgranskingen viste det seg at dette ofte var tilfeller av delirium. Dårlig dokumentering skygger med dette over for mulige deliriumdiagnoser, og «forvirring» ble tolket som et svakt begrep for et vidt spekter av kognitive forandringer hos eldre hoftebruddpasienter. Dette ble ansett som en utfordring for identifisering, og går igjen i Hedman et al. (2005) sin forskning. «Forvirring» ble her også brukt som begrep for å forklare mulig delirium. Det viste seg at det var store variasjoner i dokumentering, avhengig av hvilken avdeling pasienten hørte til, og hvilket år dokumentasjonen fant sted. Dokumentering av delirium viste seg tydeligere i geriatriske avdelinger, sammenliknet med ortopediske avdelinger. Nesten ingen av pasientene i forskningen hadde dokumentert delirium, men rundt 10% av pasientene hadde dokumentert demens. Det er derimot naturlig å anta at mange demenspasienter hadde postoperativt delirium ved hoftebrudd (Hedman et al., 2005).

Videre skriver Hedman et al. (2005) at dokumentasjon er avgjørende for videre planlegging, behandling og prognose hos hoftebruddpasientene. Dette samsvarer med Kirkevold et al. (2016) som presiserer at kartlegging og dokumentasjon av den eldre pasienten på sikt vil gi bedre helsehjelp da man har fått kartlagt pasientens funksjon og videre behov.

Utfordringene knyttet til dokumentasjon av delirium kan være knyttet til sykepleiers problem med å skille delirium fra demens. Dårlig eller mangelfull dokumentering av pasientens kognitive tilstand, kan blant annet minke sannsynligheten for å komme tilbake til hjemmet (Culley et al., 2017), forlenger tiden fram til demensdiagnose (Krogseth et al., 2011) eller føre til funksjonstap og død. Dette vil være motstridende for målet for sykepleie som er å etterstrebe at pasientene gjenvinner funksjoner de hadde før sykehusinnleggelse (Kristoffersen et al., 2016).

Utfordringen knyttet til dokumentasjon kan som nevnt skyldes sykepleieres kunnskap om delirium. Identifisering av delirium er en av sykepleierens oppgaver postoperativt. Dette bekreftes av Hare et al. (2008), som videre anbefaler at sykepleiere blir utdannet og trent til å utføre rutinemessige kognitive vurderinger av eldre pasienter. Med denne utdanningen skal sykepleiere også lære hvordan man skiller mellom akutt og kronisk forvirring.

Likevel kommer det fram i Bøyums forskningsartikkel (2013) at sykepleiere allerede sitter inne med kunnskaper og erfaringer om delirium. Forskningen viser likevel at tiltak iverksettes som en reaksjon på symptomer, og det kan derfor være naturlig å anta at dette er for sent i prosessen. Det kan diskuteres om dette har en forebyggende effekt når symptomene allerede er til stede.

Kang et al. (2017) satte i gang et forskningsprosjekt for sykepleiere for å se om utdanningsprogrammer kunne forbedre kunnskapsnivået om kognitive forandringer hos eldre pasienter og samtidig se om det endret holdninger blant sykepleiere for å inkludere pårørende i behandling av delirium. Etter 3 måneder med undervisning viste det seg at utdanningsprogrammet var et effektivt virkemiddel for å øke kunnskap om akutt og kronisk forvirring, og økte samtidig viljen for å inkludere pårørende i behandling av pasientgruppen. Å inkludere pårørende er en viktig del av behandlingen av delirium. Personer som kjenner pasienten kan bidra til realitetsorientering og dempe angst (Kirkevold et al., 2016).

Med utdanningsprogrammer blir sykepleiere mer rustet til å bruke verktøy for å identifisere delirium (Kang et al., 2017). Bruk av screeningverktøy bør brukes i alle avdelinger hvor pasienter er særlig utsatt for utvikling av delirium, som ved ortopedisk avdeling. Hvis dette innarbeides som rutine i avdelingen, vil observasjonene skje automatisk, og man vil med dette øke fokuset og bedre sjansene for identifisering av delirium (Kirkevold et al., 2016).

Ved at dette innarbeides som rutiner, settes det fokus på problemet og dette kan igjen bidra til at kunnskapene øker. Når sykepleiere opparbeider seg kunnskap om den akutte, syke gamle vil risikoen for utviklingen av delirium minke (Kirkevold et al., 2016).

## 6. Konklusjon

Sykepleier har en viktig rolle i å identifisere delirium. Sykepleier er den i sykehus som tilbringer mest tid med pasienten og er i førsterekken, og derfor i best posisjon for observasjon. Studier viser at delirium er vanskelig å identifisere hos hoftebruddpasienter med demens fordi delirium ofte mistolkes som demens. Identifisering av delirium er vanskelig i alle tilfeller, men hos pasienter med demens og hoftebrudd er det spesielt vanskelig da forvirring allerede er til stede. Videre kan stadier og forløpet av demens og hyperaktivt delirium bidra til at identifiseringen blir vanskeligere. Konsekvensene av delirium kan være fatale, livsendrende og inngripende, og derfor har pasienter med demens både behov for og krav på utredning. Delirium øker sannsynligheten for forlenget sykehusinnleggelse, ikke å komme tilbake til hjemmet, funksjonstap og død.

Verktøy for screening er viktig for å identifisere postoperativt delirium, og det anbefales systematisk observasjon med standardiserte verktøy. Dette bør innarbeides som rutiner i avdelinger med pasienter i risikogruppen, og særlig hos hoftebruddpasienter med demens da de er mer utsatt for delirium på grunn av høy alder og multimorbiditet. For at verktøyene skal gi nøyaktige svar, må de brukes til rett til og gjerne flere ganger om dagen.

Mangelfull dokumentasjon er en utfordring i forbindelse med å identifisere delirium. «Forvirring» er et svakt begrep som blir brukt om et vidt spekter av kognitive forandringer. God dokumentasjon og rapportering er derfor avgjørende for identifisering av delirium, for planlegging og behandling ved delirium og for prognose for hoftebruddpopulasjonen.

Mangelfull kunnskap om delirium blant sykepleiere kan også ha en innvirkning på at postoperativt delirium er vanskelig å identifisere hos pasienter med demens. Da kan opplæring og utdanningstiltak ha god effekt på kunnskaper og holdninger knyttet til dette, og bidra til et kunnskapsløft blant sykepleiere. Ved å innarbeide gode rutiner for systematisk observasjon av kognitiv status og eventuelle forandringer, øker også fokuset rundt identifisering av delirium.

Videre trengs det mer kunnskap om denne spesifikke pasientgruppen.

# Referanseliste

- Berg, G. V., Watne, L. O., & Roth Gjevjon, E. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. doi:10.4220/sykepleiens.2016.56686
- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*, 8(3), 210–218. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0091
- Culley, D. J., Flaherty, D., Fahey, M. C., Rudolph, J. L., Javedan, H., Huang, C. C., ... Crosby, G. (2017). Poor Performance on a Preoperative Cognitive Screening Test Predicts Postoperative Complications in Older Orthopedic Surgical Patients. *Anesthesiology*, 127(5), 765–774. doi:10.1097/ALN.0000000000001859
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5th ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., Groot, D. C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., ... Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2016/02/kommentar-og-debatt/nytt-verktoy-oppdage-delirium-og-kognitiv-svikt>
- Gjertsen, J.-E., Dybvik, E., & Kroken, G. (2018). Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak. Retrieved from [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/26\\_arsrapport\\_2018\\_nasjonlat\\_h oftebruddregister.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/26_arsrapport_2018_nasjonlat_h oftebruddregister.pdf)
- Hare, M., McGowan, S., Wynaden, D., Speed, G., & Landsborough, I. (2008). Nurses' descriptions of changes in cognitive function in the acute care setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 21–25. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105629660&site=e-ehost-live>
- Hedman, A.-M. R., Ljunggren, G., Grafström, M., & Strömberg, L. (2005). Dementia, delirium and other comorbid conditions in acute hip fracture care - Traditions, attitudes and local policies rather than actual state guide diagnose making? *Vård i Norden*, 25(4), 25–29. doi:10.1177/010740830502500407
- Kang, Y., Moyle, W., Cooke, M., & O'Dwyer, S. T. (2017). An educational programme to improve acute care nurses' knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 631–640. doi:10.1111/scs.12377
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2016). *Geriatrisk sykepleie* (2nd ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3rd ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Krogseth, M., Bruun Wyller, T., Engedal, K., & Juliebø, V. (2011). Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(1), 63–70. doi:10.1159/000322591
- Lovdata. (1999). Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Martocchia, A., Curto, M., Comite, F., Scaccianoce, S., Girardi, P., Ferracuti, S., ... Ferretti, A. (2015). The Prevention and Treatment of Delirium in Elderly Patients Following Hip Fracture Surgery, 10, 55–65. doi:10.2174/1574889810666150216152624

- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>
- NTNU. (2016). Skjema for litteratursøk og oppgaveskriving i helsefag. Retrieved from [https://innsida.ntnu.no/wiki?p\\_p\\_id=36&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_36\\_struts\\_action=%2Fwiki%2Fview\\_page\\_details&p\\_r\\_p\\_185834411\\_nodeName=Norsk&p\\_r\\_p\\_185834411\\_title=Skjema+for+litteratursøk+og+oppgav](https://innsida.ntnu.no/wiki?p_p_id=36&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_36_struts_action=%2Fwiki%2Fview_page_details&p_r_p_185834411_nodeName=Norsk&p_r_p_185834411_title=Skjema+for+litteratursøk+og+oppgav)
- NTNU. (2020). Retningslinjer for bruk av pasientdata. Retrieved from [https://innsida.ntnu.no/documents/portlet\\_file\\_entry/10157/RETNINGSLINJER+FOR+BRUK+AV+PASIENTDATA.pdf/52a89457-b5c0-4a05-afc9-b20109659d93?status=0](https://innsida.ntnu.no/documents/portlet_file_entry/10157/RETNINGSLINJER+FOR+BRUK+AV+PASIENTDATA.pdf/52a89457-b5c0-4a05-afc9-b20109659d93?status=0)
- Saller, T., MacLulich, A. M. J., Schäfer, S. T., Crispin, A., Neitzert, R., Schüle, C., ... Hofmann-Kiefer, K. F. (2019). Screening for delirium after surgery: validation of the 4 A's test (4AT) in the post-anaesthesia care unit. *Anaesthesia*, 74(10), 1260–1266. doi:10.1111/anae.14682
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2017a). *Klinisk sykepleie 1* (5th ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2017b). *Klinisk sykepleie 2* (5th ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2nd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thomsen, J. B. (2018). Delirium. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d6a7ab08768c4afe9679e5ef5676b184/delirium.pdf>
- Wyller, T. B. (2016). *SYK 2* (3rd ed.). Oslo: Cappelen Damm.

