

Andreas Dahlen Haugen
Andreas Lund Halvorsen
Sindre Larsen Jervidalo

Sykepleieres rolle ved oppdagelse og forebygging av delirium hos pasienter med hoftebrudd

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Tore Karlsen

Mai 2021

Andreas Dahlen Haugen
Andreas Lund Halvorsen
Sindre Larsen Jervidalo

Sykepleieres rolle ved oppdagelse og forebygging av delirium hos pasienter med hoftebrudd

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Tore Karlsen
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:	Sykepleieres rolle ved oppdagelse og forebygging av delirium hos pasienter med hoftebrudd.	Dato: 19.05.21
Forfattere:	Sindre Larsen Jervidalo Andreas Dahlen Haugen Andreas Lund Halvorsen	
Veileder(e):	Tore Karlsen	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk.)	Sykepleieres rolle, forebygging, delirium, kartleggingsverktøy, hoftebrudd	
Antall sider/ord: 48/10326	Antall vedlegg: 3	
<p>Bakgrunn: Delirium er en alvorlig tilstand, som forverrer prognosen til pasienter innlagt på sykehus. Eldre hoftebruddspasienter er særlig utsatt. Delirium blir underdiagnostisert, som vanskeliggjør forebygging og behandling av tilstanden.</p> <p>Hensikt: Å belyse kunnskapen og holdningene som sykepleiere på norske sykehus har, i møte med eldre hoftebruddspasienter med risiko for å utvikle delirium. Med mål om å finne ut om det er en sammenheng mellom sykepleieres kunnskap og holdning, og oppdagelse og forebygging av delirium.</p> <p>Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Strukturert søk har blitt gjort i ulike databaser, med utvelgelse og inkludering av syv forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Resultatene vi har funnet, kan deles opp i fire kategorier: (1) Sykepleieres kunnskap og ferdigheter til delirium. (2) Sykepleieres holdning til kartleggingsverktøy og delirium. (3) Implementering av kartleggingsverktøy på sengepost. (4) Kartleggingens betydning for sykepleiers rolle.</p> <p>Konklusjon: Sykepleieres rolle er relevant for oppdagelse og forebygging av delirium hos hoftebruddspasienter, da det er sykepleieren som ser pasienten mest. Sykepleieren skal vurdere pasienten gjennom strukturert kartlegging, som et hjelpemiddel til sykepleieres kliniske blikk. For at sykepleierens motivasjon skal opprettholdes, er det vesentlig at sykepleieren har nok kunnskap til hvorfor kartlegging er viktig og hvilke konsekvenser det har dersom en pasient med delirium ikke oppdages. Er kunnskapen til stede, vil barrierer brytes og uønskede hendelser unngås. Dette kan bedre pasientens prognose som fører til en mindre problematisk rehabilitering.</p>		

Abstract

Title:	Nurses' role in detection and prevention of delirium, in patients with hip fractures.	Date: 19.05.21
Authors:	Sindre Larsen Jervidalø Andreas Dahlen Haugen Andreas Lund Halvorsen	
Supervisor(s)	Tore Karlsen	
Keywords (3-5)	Nurses' role, prevention, delirium, screening, hip fractures.	
Number of pages/words: 48/10326	Number of appendix: 3	
<p>Background: Delirium is a serious condition that aggravates the prognosis of hospitalized patients. Elderly patients with hip fractures are at high risk of developing delirium. Delirium is underdiagnosed, which makes prevention and treatment difficult.</p> <p>Aim: This thesis aims to demonstrate what knowledge and attitudes nurses at Norwegian hospitals possess regarding hospitalized elderly patients with hip fracture at a high risk of developing delirium. The purpose is to investigate whether there is a relation between the nurses' knowledge and attitude towards delirium and the detection and prevention of delirium.</p> <p>Method: This study is a literature review. A structural search has been done in different (relevant) databases, where seven articles have been found and included.</p> <p>Result: The results of this study can be split in four categories: (1) Nurses' knowledge and skills towards delirium. (2) Nurses' attitude towards screening and delirium. (3) Implementation of screening tools in hospital ward. (4) The importance of screening in relation to the nurse's role.</p> <p>Conclusion: The nurses' role in detection and prevention of delirium in patients with hip fracture is important, because the nurses spend the most time with the patient during a hospital stay. Through screening and experience, nurses will assess patient's mental state. Critical to maintaining motivation, is the knowledge the nurses have concerning importance of screening, and the consequences of undetected delirium state. With this knowledge at hand, barriers and preventable harm will be avoided. This can lead to a better prognosis for the patient and a less problematic rehabilitation.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	4
1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	5
1.4 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	5
2.0 BAKGRUNN	6
2.1 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV	6
2.1.1 Fire prinsippers etikk	6
2.1.2 Kunnskapsbasert praksis	7
2.1.3 Forebyggende helsearbeid	7
2.2 TEORIGRUNNLAG	8
2.2.1 Delirium	8
2.2.2 Hoftebrudd	11
2.2.3 Begreper	12
3.0 METODE	13
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	13
3.2 SØKEPROSESSEN	13
3.2.1 Søkeprosess	13
3.2.2 Valg av databaser	14
3.2.3 Kritisk vurdering og utvelgelse av vitenskapelige artikler	15
3.2.4 Søkedokumentasjon	17
3.3 ANALYSE	18
4.0 RESULTAT	20
4.1 LITTERATURMATRISER	20
4.2 SAMMENFATNING AV RESULTATER	26
4.2.1 Sykepleieres kunnskap og ferdigheter om delirium	27
4.2.2 Sykepleieres holdning til kartleggingsverktøy og delirium	27
4.2.3 Implementering av kartleggingsverktøy på sengepost	28
4.2.4 Kartleggingens betydning for sykepleieres rolle	30
5.0 DRØFTING	31
5.1 RESULTATDRØFTING	31
5.1.1 Det trengs mer fokus på oppdagelse av delirium på sykehus	31
5.1.2 Det trengs en bedre holdning til delirium på sykehus	32
5.1.3 Det er vanskelig å implementere kartleggingsverktøy på sengepost	35
5.1.4 Kartleggingsverktøyet er et viktig hjelpemiddel for sykepleieres vurdering	37
5.2 KILDEKRITIKK	39
5.3 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	40
6.0 KONKLUSJON	42
7.0 LITTERATUR	43
8.0 VEDLEGG	46

1.0 Innledning

Innledningsvis blir det presentert valg av tema. Til slutt presenteres hensikten med studien og oppgavens formulerte problemstilling.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Delirium er en alvorlig og akutt tilstand som ofte forekommer som en komplikasjon postoperativt. Forekomsten hos pasienter med hoftebrudd anslås å være nær 50%. Delirium er underdiagnostisert og har en dårlig langvarig prognose, med organkomplikasjoner og tidligere død dersom den ikke blir oppdaget (Neerland, Watne og Wyller, 2013). Hoftebrudd har hyppig forekomst i Norge med ca. 5000 brudd per år. Som gjør at Norge ligger i verdenstoppen i antall hoftebrudd (Den Norske Legeforening, 2018). Eldre er i risiko for hoftebrudd, og det er forbundet med mye smerter. Denne pasientgruppen er derfor i stor risiko for å utvikle delirium (Stubberud, 2017).

Gjennom vår erfaring i helsevesenet har vi møtt på delirium i alle slags avdelinger og institusjoner. Vi har sett hvordan helsevesenet forholder seg til delirium og lagt merke til at det er en slags usikkerhet i hvordan man håndterer tilstanden. Et inntrykk vi sitter igjen med etter tre år som sykepleiestudenter på forskjellige praksissteder, er at det trengs et større fokus på delirium. På bakgrunn av dette ønsker vi å se på hva forskning sier om sykepleieres holdning og kunnskap om delirium, og finne ut hva som skal til for å gi pasienten den beste behandlingen.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier er det viktig å ha et fokus og en god holdning til å gjenkjenne og forebygge delirium, ettersom det kan lede til livstruende situasjoner. Gjennom å jobbe mot kunnskapsbasert praksis, vil sykepleieren kunne jobbe effektivt med god og oppdatert kunnskap i bunn. Dette er vesentlig når man skal gi den beste pleien til pasienten (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2016). For at pleien skal være god, må de fire etiske prinsipper være til stede. Dette for å forsikre at pleien skjer på en etisk god måte (Lillemoen, 2016).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kunnskapen og holdningene som sykepleiere på norske sykehus har, i møte med eldre hoftebruddspasienter med risiko for å utvikle delirium. Vi vil finne ut om kunnskapen og holdningene har sammenheng med oppdagelse og forebygging av delirium. Med bakgrunn i denne hensikten har vi formulert en problemstilling som oppgaven vil forsøke å gi svar på:

Hvordan er sykepleieres rolle relevant for oppdagelse og forebygging av delirium hos pasienter med hoftebrudd?

1.4 Avgrensning av problemstilling

Grunnet oppgavens omfangsbegrensninger, avgrenser vi problemstillingen til å fokusere primært på pasienter i en postoperativ fase på sykehus, med fokus på både hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Vi har tatt utgangspunkt i WHO sin definisjon på eldre, men har valgt å sette en nedre grense på 65 år, da Bøyum (2013) hevder at personer over 65 år er den mest utsatte pasientgruppen for hoftebrudd.

Tidlig oppdagelse og forebygging går hånd i hånd, da tidlig oppdagelse kan være vesentlig for effektiv forebygging. Vi har derfor valgt å ta med begge begrepene. Det er lite statistikk som skiller de forskjellige hoftebruddene fra hverandre. Derfor har vi valgt å bruke samlebetegnelsen hoftebrudd på alle typer brudd i hoften. Vi har et primært fokus på hoftebrudd, men har valgt å inkludere studier som også omhandler andre brudd og fra avdelinger utenfor ortopedi, da informasjon fra disse studiene er relevant for vår studie.

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet skal vi redegjøre for teori, som er relevant for oppgavens sykepleiefaglige perspektiv og problemstilling. Til slutt vil vi liste opp noen begrepsavklaringer.

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

2.1.1 Fire prinsippers etikk

De fire etiske prinsipper, fremhevet av Beauchamp og Childress (som belyst i Lillemoen, 2016) er sentrale og grunnleggende prinsipper for å utføre god helsehjelp. De fire etiske prinsippene er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet.

Velgjørenhet og ikke skade handler om å utføre helsehjelp på en forsvarlig måte. Målet med behandlingen er å gjøre det som er best for pasienten. Pasienten skal ikke komme til unødig skade, eller tape sin integritet. Som sykepleier står man i en stilling, der man har makt over pasienten. I det paternalistiske samfunnet, som man kan se på et sykehus, er det viktig at beslutninger som blir gjort, ikke trosser pasientens selvbestemmelsesrett (Lillemoen, 2016).

Autonomi handler om pasienten sin rett til å delta i å bestemme hvilken behandling de skal få og være med på beslutningsprosessen over egen situasjon. Dette prinsippet er utfordrende hos pasienter med delirium, da tilstanden kan gå på kompromiss med deres samtykkekompetanse, og helsepersonell eller pårørende må ta beslutninger på pasientens vegne (Lillemoen, 2016; Stubberud, 2017).

Det siste prinsippet handler om rettferdighet. Sykepleier skal opptre på en måte som hindrer diskriminering av pasientene (Lillemoen, 2016). I regjeringens rapport står det "like tilfeller skal behandles likt, og at ulike tilfeller kan behandles ulikt" (NOU 1997: 18, s.131). Dette vil si at pasienter med samme sykdom og samme utgangspunkt, skal prioriteres på lik måte. Videre belyser rapporten at dersom en pasient får gitt en prioritering, skal alle med samme utgangspunkt eller med høyere prioritering, få det

samme tilbudet, med grunnlag om å opprettholde likebehandlingsprinsippet (NOU 1997: 18).

2.1.2 Kunnskapsbasert praksis

Som sykepleier skal man ha et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne utøve god helsehjelp. Det er forventninger om at helsepersonell er oppdatert til dagens forskning og vet hva man gjør når man utfører helsehjelp. Kunnskapsbasert praksis handler om en sammenheng mellom forskningsbasert, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Hvert år publiseres flere tusen vitenskapelige artikler om medisinsk og helsefaglig forskning. Som sykepleier har man opparbeidet seg erfaringer fra forskjellige pasienter og lært seg hvordan man håndterer forskjellige pasientgrupper. Gjennom å bruke nytt fagstoff sammen med tidligere erfaringer, samtidig med å bruke pasientens anamnese, ønsker og behov, vil sykepleietiltakene foregå på en måte som er best for pasienten (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2016).

2.1.3 Forebyggende helsearbeid

Når vi snakker om forebyggende helsearbeid, snakker vi om hvordan man på den beste måten kan bevare funksjonsnivå og livskvalitet hos pasienten (Ranhoff, 2018c). Forebyggende helsearbeid deles inn i tre kategorier; primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid.

Primærforebyggende arbeid er tiltak som skal forebygge for sykdom og fremme god helse. Dette omfatter å fremme en sunn livsstil for å redusere risikoen for unødvendig sykdom. Den omfatter også forebygging mot spesifikke sykdommer som hjerte- og karsykdommer, beinskjørhet og influensa, gjennom vaksinerings (Ranhoff, 2018c).

Sekundærforebyggende arbeid implementeres etter utviklingen av en spesifikk hendelse, eller ved et nyoppstått symptom. Målet med dette arbeidet er å hindre at den samme hendelsen skal skje igjen. Eksempel på dette er å redusere risikoen for utvikling av delirium hos en pasient med en tidligere sykehistorie som delirisk (Ranhoff, 2018c).

Tertiærforebyggende arbeid er de tiltakene som implementeres etter en diagnose er satt. Hensikten med tertiærforebyggende arbeid, er å forlenge utviklingen av en allerede kommet sykdom, eller redusere symptomene slik at man på best måte kan leve med sykdommen (Ranhoff, 2018c)

2.2 Teorigrunnlag

2.2.1 Delirium

Delirium er en akutt mental forstyrrelse der bevissthet, hukommelse, orientering og evne til å oppfatte atferd endrer seg. Forekomsten er størst hos eldre mennesker som går gjennom store kroppslige påkjenninger som infeksjoner eller store operasjoner. Rundt 50% av alle eldre, opplever delirium ved sykehusinnleggelse (Ranhoff, 2018a). Delirium betegnes ikke som en sykdom, men er en akutt tilstand som følge av predisponerende faktorer, og utløsende årsaker (Engedal og Wyller, 2003).

Patofysiologi

Tilstanden delirium kommer av en ubalanse mellom signalsubstansene acetylkolin, noradrenalin, serotonin og dopamin. Dette er sannsynligvis den viktigste patofysiologiske mekanismen ved delirium (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2015). Kroppen klarer ikke å tilføre hjernen nok næring. Som en konsekvens av dette, vil pasienten kjenne på deliriske symptomer (Ranhoff, 2018a).

Predisponerende faktor og utløsende årsak

Ifølge Stubberud (2017) er det mange predisponerende faktorer og utløsende årsaker for utvikling av delirium. Med predisponerende faktorer, menes faktorer som er til stede hos pasienten før sykehusinnleggelsen. Utløsende årsaker er fysiske, og psykiske eller miljømessige forhold eller hendelser som oppstår i løpet av behandlingen, som bidrar til utvikling av delirium. Det er ofte en kombinasjon av flere predisponerende faktorer og utløsende årsaker som forårsaker delirium (Stubberud, 2017). Det finnes en rekke predisponerende faktorer og utløsende årsaker som vist tabell 1.

Tabell 1 er hentet direkte fra Stubberud (2017, s. 432)

Predisponerende faktorer	Utløsende årsaker
<ul style="list-style-type: none"> • Alder • Demens • Nedsatt syn og hørsel • Kjønn • Kroniske sykdommer, blant annet hjertesvikt og epilepsi • Hypertensjon • Underernæring • Tidligere hjerneskade, blant annet hjerneslag • Røyking • Psykiske lidelser • Posttraumatisk stresslidelse 	<p><u>Fysiske årsaker:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatiske sykdommer og tilstander som medfører nedsatt oksygenomsetning til hjernen eller øker behovet for oksygen • Kirurgi • Generell anestesi • Smerte • Urinretensjon • Søvnmangel • Infeksjon • Feber • Nyresvikt • Leversvikt • Elektrolyttforstyrrelser • Syre-base-forstyrrelser • Hormonforstyrrelser • Underernæring • Legemidler <p><u>Psykologiske faktorer og miljøfaktorer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse av angst og ubehag • Opplevelse av avhumanisering • Opplevelse av fremmedgjøring • Opplevelse av isolasjon • Opplevelse av sårbarhet

Kategorier

Delirium kan deles inn i tre kategorier. Hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delirium. Ved hyperaktivt delirium, vil pasienten være urolig psykomotorisk. Det er ikke uvanlig at disse pasientene drar ut kateter og venefloner, og skaper uro på avdelingen. Hyperaktiv tilstand kan raskt ende i utmattelse, siden denne tilstanden krever mye energi. Hypoaktiv tilstand er den vanligste tilstanden. Denne versjonen av delirium er enklere å forholde seg til for sykepleiere, da pasienten ofte ligger rolig i sengen uten noe agering. Disse pasientene mangler som regel bevegelse, som stiv kropp med lite motorikk, som gjør at denne kategorien lett blir oversett av sykepleiere. De fleste pasienter skifter imidlertid mellom å være hyper- og hypoaktiv, som kalles blandet delirium (Ranhoff, 2018a).

Identifisering og differensialdiagnoser

Identifisering av delirium er svært viktig, men kan være vanskelig. Spesielt vanskelig er det å skille hypoaktiv delirium fra andre sykdommer og tilstander. De vanligste differensialdiagnosene på sykehus er demens og alvorlig depresjon. Den viktigste forskjellen på demens og delirium er at demens er ikke-reversible kroniske sykdommer, mens delirium er en reversibel akutt tilstand. Alvorlig depresjon har også et mer kronisk forløp enn delirium, og med fravær av tegn på akutt somatisk sykdom eller skade (Ranhoff, 2018a). Postoperative symptomer som søvnighet kan også være differensialdiagnose til hypoaktiv delirium (Stubberud, 2017). Når en skal identifisere delirium er det viktigste hjelpemiddelet pasientens sykehistorie, samt opplysninger fra pårørende om pasientens normale tilstand. Dette gjør en for å kartlegge om den aktuelle tilstanden er avvikende fra normalen. I tillegg kan en innhente viktige opplysninger om eventuelle predisponerende faktorer (Ranhoff, 2018a).

Diagnostisering og kartlegging

Ifølge norske fagprosedyrer for delirium, skal delirium diagnostiseres på bakgrunn av DSM-V kriterier eller på bakgrunn av Confusion Assessment Method (CAM) kartleggingsverktøy (Amble et al., 2016). Diagnostisering med DSM-V kriterier skal gjøres av lege. CAM kartleggingsverktøy er utviklet for å svare på DSM-V kriteriene, og er også diagnostiserende. Ifølge norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd anbefales det at alle pasienter med hoftebrudd skal kartlegges for delirium med kartleggingsverktøy 4AT ved innkomst til sykehus, og påfølgende 2-3 dager etter operasjonen (Den Norske Legeforening, 2018). 4AT er ikke diagnostiserende, men er utformet for en rask kartlegging som kan antyde delirium hos pasienten. Ifølge veiledningen i bruk av 4AT, bør positivt utslag følges opp med andre diagnostiserende verktøy (se vedlegg 1).

Kartleggingsverktøy er ment til å gjøre jobben for sykepleiere enklere og systematisk (Stubberud, 2016). CAM og 4AT er de kartleggingsverktøyene som er oversatt til norsk, og som er mest brukt i praksis i Norge i dag. Det finnes andre kartleggingsverktøy brukt internasjonalt, for eksempel CAM-ICU, OSLA, NEECHAM (Stubberud, 2016) og DOSS (van de Steeg et al., 2014).

Forebygging og behandling

En stor del av forebygging og behandling av delirium handler om å motvirke de utløsende faktorene. Dette kan være alt fra smertebehandling og væskebehandling, til å bedre pasientens orienteringsevne ved å sørge for at pasienten bruker briller eller høreapparat ved behov. Dette er for å gi pasienten tydelighet, struktur, ro og trygghet. På et generelt grunnlag kan en si at «god helhetlig sykepleie» forebygger og behandler for delirium. Det er ingen forhåndsbestemt behandlingsplan for delirium, fordi det er stor variasjon fra pasient til pasient (Stubberud, 2016). Det er en rekke forskjellige medikamenter til behandling av enkeltsymptomer som kan være utløsende årsaker til delirium. Medikamentell behandling av delirium har derfor som hovedmål å redusere pasientens enkeltsymptomer, som kan være utløsende årsaker for delirium (Stubberud, 2016).

Prognose

Prognosen er normalt sett god, da tilstanden i seg selv er forbigående. Symptomer som uro og forvirring kan i noen tilfeller vare i flere dager. I slike tilfeller, vil sannsynligheten for at pasienten skader seg selv eller andre øke. Som sykepleier, vil man ha et ansvar for å hindre uheldige episoder i løpet av pasientens deliriske periode. I tillegg vil risikoen for alvorlig nyre- eller leversvikt øke dersom pasienten har hypoaktivt delirium, da denne tilstanden ofte oppdages sent eller ikke i det hele tatt (Ranhoff, 2018a). Tilstanden gir økt risiko for komplikasjoner, samt viser seg å være en risikofaktor for død, demens og tap av funksjonsnivå (Neerland, Watne og Wyller, 2013).

2.2.2. Hoftebrudd

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse på alle brudd i øvre ende av lårbenet. Hoftebrudd kan deles opp i to kategorier ut fra om skaden har skjedd intrakapsulært (lårhalsbrudd) eller ekstrakapsulært (nedenfor lårhalsen) (Norsk elektronisk legehåndbok, 2021). Norge ligger på verdenstoppen i antall hoftebrudd, med ca. 9000 brudd per år. Ifølge den norske legeforeningen (2018), forventes det at dette tallet øker med 50% innen 2050. Det er ofte eldre pasienter som må behandles for hoftebrudd, da det er denne pasientgruppen som er mest sårbar. Behandlingen av lårhalsbrudd foregår oftest med reponering og innsetting av en protese gjennom en

operasjon, mens ekstrakapsulære brudd behandles med margnagle, glideskrue med plater eller osteosyntese (Den norske legeforening, 2018). For at prognosen skal bli god, er godt samarbeid mellom profesjonene, effektivitet og gode rutiner essensielt. Etter implementeringen av protese og nagler som en standardisert behandlingsform, har en forskning fra nasjonalt hoftebruddregister vist at forekomsten av død relatert til hofteoperasjon har falt de siste 10 årene. Fremdeles dør en fjerdedel av hofteopererte pasienter innen et år (Den norske legeforening, 2018). Eldre pasienter er mest utsatt for hoftebrudd, da aldersforandringer gir en økt beinskjørhet og en større fare for falltendenser fordi de ofte har problemer med høyt blodtrykk, redusert muskelkraft og svimmelhet (Ranhoff, 2018b).

2.2.3. Begreper

Eldre

Vi har valgt å holde oss til WHO sin definisjon på eldre. WHO definerer de i aldersgruppen 60 - 75 år som unge eldre og mennesker fra 75 år som eldre. (Ranhoff, 2018b)

Positiv kartlegging

Vi bruker begrepet "positiv kartlegging" om et fullført kartleggingsverktøy, med resultater som indikerer eller diagnostiserer delirium.

Preoperativ fase

"(Av latin = foran, før) er den tiden som går fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep, til pasienten blir operert" (Berntzen et al., 2017, s. 309)

Postoperativ fase

"(Av latin = bak, etter) er tiden rett etter det kirurgiske inngrepet og hvor pasienten trenger spesiell overvåking" (Berntzen et al., 2017, s. 310)

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere menes her ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør og beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen. I en litteraturstudie setter man seg inn i metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene vi inkluderer (Thidemann, 2019). I litteraturstudiet bruker vi sekundærdata, som er data samlet inn av andre og er data man finner i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2019). Et grundig søk og analyse av litteraturen vil lede til en ny innsikt som kun er mulig når all litteratur og relevant informasjon er sett i kontekst av annen informasjon (Aveyard, 2014).

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Søkeprosess

Før selve søkeprosessen har vi benyttet oss av et PICO-skjema. PICO-skjemaet ble brukt for å tydeliggjøre hvilke hovedbegreper vi har, og videre bestemme søkeord fra disse begrepene (Thidemann, 2019). PICO-skjemaet finnes som vedlegg 1. Vi har benyttet oss av emne- og nøkkelord for at søket skal gi treff på artikler som gir svar på problemstillingen i oppgaven. Emneordene beskriver innholdet i dokumenter, som blant annet artikler. Nøkkelord eller tekstord er ord fra artiklenes tittel, sammendrag eller forfatterens egne stikkord. Nøkkelord brukes i søk for å finne artikler med nøkkelordene slik som de står i teksten (Thidemann, 2019).

På bakgrunn av PICO-skjemaet endte vi med å bruke disse søkeordene: *Emergence Delirium, Delirium, emergence delirium (nøkkelord), delirium (nøkkelord), Attitude, Orthopedic Nursing, Evidence-Based Practice, Evidence-Based Nursing, Focus Groups Hip Fractures, Femoral Neck Fractures, Femoral Fractures, Attitude of*

Health Personnel, Qualitative Research, Aged, Postoperative Complications, prevention (nøkkelord).

For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur, definerte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene gjorde søket også mer hensiktsmessig ut fra hva vi ønsket av kunnskap (Thidemann, 2019). For å finne ut hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vi ville ha i søket, var PICO-skjemaet også til hjelp for å sortere disse. Se tabell 2.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Sykepleiere ansatt på sykehus	Artikler fra før 2010
Fagfellevurderte artikler med IMRaD struktur	Review artikler
Pasienter med pre- og postoperativt delirium på sykehus	Forskning fra land som ikke er kan relateres til Norge
Artikler som står skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk	

3.2.2 Valg av databaser

I forkant av det strukturerte søket hadde vi planlagt å bruke tre databaser. Disse er alle tilgjengelig gjennom universitetets bibliotek. De utvalgte databasene var PubMed, Ovid (Medline) og CINAHL Complete. Disse ble valgt fordi de alle er databaser som er anerkjente og har vitenskapelige artikler med medisinsk og sykepleiefaglig innhold. Vi endte med å ikke bruke CINAHL Complete, da vi heller ville bruke PubMed og Ovid (Medline) på grunn av deres MeSH-system. Vi har blitt kjent med bruken av disse to databasene gjennom studiet, som var avgjørende for at nettopp disse ble valgt.

Medline (Ovid) er en database innen medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Databasen har referanser til artikler fra internasjonale tidsskrifter fra 1946 og fremover. Mange referanser har engelsk sammendrag (Helsebiblioteket, u.å.).

PubMed består hovedsakelig av vitenskapelige tidsskriftsartikler som omhandler medisin og helsefag. PubMed er en gratisversjon av Medline, utgitt av National Library of Medicine i USA. Her finnes litteratur helt tilbake til 1950. Basen oppdateres daglig, og har lenker til artikler i fulltekst og andre relevante nettressurser (Helsebiblioteket, 2007).

3.2.3 Kritisk vurdering og utvelgelse av vitenskapelige artikler

Et av inklusjonskriteriene vi satt, var at artiklene skulle ha IMRaD-struktur. Hva IMRaD er forkortet til og betyr beskrives under. A'en står for «and».

I: Introduksjon – Skal beskrive bakgrunnen for studien, og hvorfor temaet i studien er interessant, viktig eller nyttig.

M: Metode – Skal beskrive hvordan forskeren har gått frem for å få svar på problemstillingen.

R: Resultat – Presentasjon av hva forskeren fant, uten at forskeren kommer med egne tolkninger.

D: Diskusjon – Skal vise hvordan forskeren tolker resultatene, og hvordan de svarer på problemstillingen.

(Thidemann, 2019).

Ved å bruke artikler med IMRaD-struktur ble jobben med å avgjøre om artiklene var relevante enklere. Vi kunne for eksempel gå rett til resultatdelen i artikkelen for å finne den informasjonen vi var på jakt etter (Thidemann, 2019).

Et annet kriterium var at artiklene skulle være fagfellevurderte. Det innebærer at artikkelen er kvalitetsvurdert og godkjent av minst to eksperter på fagområdet. Dette satt vi som et kriterie for å sikre oss artikler med god kvalitet (Thidemann, 2019). For å være sikre på at de artiklene som vi så for oss å bruke, var kvalitetsmessig gode nok, brukte vi helsebiblioteket.no sin sjekkliste for kritisk vurdering av vitenskapelige

artikler. Som første ledd i denne vurderingen, anbefaler helsebiblioteket (2016) å stille to overordnede spørsmål:

- Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Om vi svarte “nei” på ett av disse spørsmålene, var det anbefalt å legge vekk artikkelen (Helsebiblioteket, 2016). De artiklene vi hadde med videre fra det første leddet i helsebiblioteket sin metode, ble nøye vurdert i sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Alle artiklene som presenteres i resultatdelen i denne oppgaven har vi vurdert til å være av god nok kvalitet til å brukes. Bruk av disse sjekklisterne gjorde kvalitetsvurderingen enklere, og mer strukturert.

3.2.4 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff		
1. Emergence Delirium	Medline (Ovid)	5. 1 OR 2 OR 3 OR 4	19716		
2. Delirium					
3. emergence delirium (nøkkelord)				10. 6 OR 7 OR 8 OR 9	677951
4. delirium (nøkkelord)				12. 5 AND 10 AND 11	22
6. Attitude		16. 13 OR 14 OR 15	40447		
7. Orthopedic Nursing					
8. Evidence-Based Practice					
9. Evidence-Based Nursing		17. 5 AND 10 AND 16	19		
11. Focus Groups		25. 5 AND 16 AND 22 AND 23 AND 24	68		
13. Hip Fractures		PubMed (Medline)	20. 1 OR 2 OR 3 OR 4	19744	
14. Femoral Neck Fractures					
15. Femoral Fractures	21. 18 AND 19 AND 20		29		
18. Attitude of Health Personnel					
19. Qualitative Research					
22. Aged					
23. Postoperative Complications					
24. prevention (nøkkelord)					

Kommentar til søkedokumentasjon:

Kombinasjon nr. 12 valgte vi en artikkel

Kombinasjon nr. 17 valgte vi to artikler

Kombinasjon nr. 21 valgte vi to artikler

Kombinasjon nr. 25 valgte vi to artikler

3.3 Analyse

I denne litteraturstudien har vi tatt utgangspunkt i Aveyard (2014) sin tematiske analysemodell. Første trinn i analysemodellen er å skrive ned og oppsummere hensikt, metode og resultat fra artiklene, det vil gi en enkel oversikt over alle studiene. I det andre trinnet i modellen har vi identifisert temaer i artiklene. For å finne frem til temaoverskrifter fra artiklene, analyserte vi artiklene separat, for å unngå å påvirke hverandres vurdering. Etter hvert som temaer fra artiklene ble identifisert, kom sammenhengen til syne. Vi har kategorisert temaene for å kunne oppdage at det er noen gjennomgående temaer i alle artiklene, og noen temaer som kun gjelder noen artikler. Videre samlet vi oss og sammenlignet hvilke temaer vi hadde kommet frem til som la grunnlaget for de temaoverskriftene og underkategoriene som er beskrevet i tabell 4, og presenteres i resultatkapittelet (Aveyard, 2014). Det viste seg å være tidkrevende og utfordrende å bruke en slik analysestrategi. Likevel var det nødvendig for å kunne sette rammer for oppgaven, ved å plassere temaene i hovedkategorier. Dette ga oss et solid grunnlag for videre arbeid med analyse og drøfting. Hver og en av artiklene er beskrevet kort i litteraturmatriser som presenteres i resultatkapittelet.

Tabell 4: Oversikt over temaoverskrifter

Hovedkategori (Temaoverskrifter)	Sykepleieres kunnskap og ferdigheter om delirium	Sykepleieres holdning til kartleggingsverktøy og delirium	Implementering av kartleggingsverktøy på sengepost	Kartleggingsverktøyets betydning for sykepleieres rolle
Underkategori	Kunnskap og holdninger Differensialdiagnoser Opplæring og kunnskap Tid og ressurser Undervisning	Lite opplæring i CAM Påstand om nok kunnskap om bruk av screeningverktøy Feil bruk av kartlegging CAM er for objektiv Kunnskap om kartleggingsverktøy forbedrer bruken Pårørende som ressurs	Barrierer hos sykepleier til bruk av kartleggingsverktøy Unødvendig med kartlegging Enkelt og raskt å bruke CAM Ekstra papirarbeid Dårlig motivasjon Screening blir fort nedprioritert når det er hektisk Kartlegging styrker sykepleieres posisjon til legen	Frustrasjon rundt legens oppfølging Etterspørsel av en behandlingsplan Leger som satt pris på sykepleieres identifisering av delirium Manglende kultur for bruk av screeningverktøy Screening svekker sykepleieres autonomi Sykepleieres posisjon til leger

4.0 Resultat

Etter gjennomført strukturert søk i utvalgte databaser er det valgt ut syv artikler som brukes i oppgaven for å gi et svar på problemstillingen. Under punkt 4.1 er artiklenes hensikt, metode og resultat presentert.

4.1 Litteratormatriser

Artikkelreferanse	Wong, E. K. <i>et al.</i> (2018) Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study, <i>Age and ageing</i> , 47, s. 880 – 886. doi: 10.1093/ageing/afy107 (Hentet: 19.04.21)
Hensikt	Forstå sykepleieres perspektiv og bruk av screeningverktøy CAM på en ortopedisk avdeling.
Metode	En kvalitativ studie. Studien brukte fokusgrupper for å skape en faglig diskusjon mellom sykepleierne. 43 sykepleiere fra to forskjellige universitetssykehus i Canada var med på studien. Alle var godt kjent med CAM fra før av.
Resultat	<p>Kun 35% av deltagerne husker at de har hatt opplæring i CAM og bare 9% kunne huske at de hadde hatt undervisning om hypoaktivt delirium.</p> <p>De fleste i fokusgruppene syntes det var vanskelig å skille demens fra delirium. Dette gjorde at de var veldig avhengig av pårørende da de skulle avgjøre pasientens kognitive funksjon.</p> <p>Det kom fram at det var forskjellige meninger om screeningverktøyet CAM. Noen sykepleiere likte CAM, da den var enkel å bruke. Andre mente den var for objektiv, og var for lite beskrivende om den individuelle tilstanden.</p> <p>De fleste brukte CAM som en daglig oppsummering. I stedet for å gå gjennom kriteriene sammen med pasienten i nåtid, valgte sykepleierne å fylle ut skjemaet ut ifra et helhetlig inntrykk sykepleierne hadde fått av pasienten gjennom hele dagen.</p>

Artikkelreferanse	Oberai, T. <i>et al.</i> (2019) «Just another piece of paperwork»: perceptions of clinicians on delirium screening following hip fracture repair elicited in focus groups, <i>International psychogeriatrics association</i> , 31(6), s. 877 – 884. doi: 10.1017/S1041610218001369 (Hentet: 19.04.21)
Hensikt	Å se på holdningene til sykepleiere, som jobber på ortopedisk avdeling, rundt tidlig oppdagelse, forebygging og håndtering av pasienter med delirium.
Metode	En kvalitativ studie. Studien brukte fokusgrupper for å skape en faglig diskusjon mellom ortopediske sykepleiere. Totalt 17 deltagere var med i fokusgruppene.
Resultat	<p>4 hovedtemaer som ble trukket frem:</p> <p>1 Delirium er et viktig tema, men kan være vanskelig å oppdage Deltagerne uttrykte at det var lett å oppdage pasienter med hyperaktivt delirium, men hadde ofte problemer med pasienter med hypoaktivt delirium. Spesielt vanskelig dersom pasienten brukte sterke opiat, eller hadde en langtkommet demensdiagnose.</p> <p>2 Det er ulike meninger om screeningverktøy fungerer Flesteparten av deltagerne mente at de allerede hadde all den kunnskapen og verktøyene de trengte for å oppdage og håndtere delirium. Screeningverktøy ville ta for mye tid fra andre viktige arbeidsoppgaver. Andre mente at screeningverktøy var altfor objektive. Noen sykepleiere mente at screeningverktøy kunne være et godt hjelpemiddel hos mindre erfarne sykepleiere.</p> <p>3 Det er nødvendig med klare retningslinjer for tidlig oppdagelse Deltagerne mente at det burde være mer klare retningslinjer og ansvar hos legene ved delirium.</p> <p>4 Familie står sentralt for pasientforløpet Alle deltagerne var enige i at familie var en svært viktig kilde på å oppdage endring i pasientens kognitive funksjon, spesielt hos pasienter med hypoaktivt delirium.</p>

Artikkelreferanse	Todd K. S. <i>et al.</i> (2015) Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture, <i>International journal of orthopaedic and trauma</i> . 19, s. 214 – 221. doi: 10.1016/j.ijotn.2015.03.005 (Hentet: 19.04.21)
Hensikt	Implementere en klinisk fremgangsmåte for å forbedre tidlig oppdagelse og behandling av delirium. Vurdere virkningen av den kliniske fremgangsmåten ift; lengden på sykehusoppholdet, hvor pasientene blir skrevet ut (opp eller ned i omsorgsnivå?) og pasientenes tilfredshet.
Metode	Kvalitativt forbedringsprosjekt – pilotstudie. Totalt 56 pasienter, 23 før intervensjon sammenlignet med 33 etter intervensjon 1 Evaluere vurderingskriteriene før implementering av tiltak 2 Opplæring av sykepleiere i å bruke CAM 3 Implementere CAM som en klinisk protokoll på avdelingen, for alle hofteopererte over 65 år 4 Evaluere nøyaktigheten av CAM 5 Evaluere vurderingskriteriene etter implementering av tiltak
Resultat	Som et resultat av den nye implementeringen, økte bevisstheten rundt delirium hos sykepleierne. Som et resultat av dette igjen, ble pasientforløpet betydelig bedre: Hos pasientene etter intervensjonen, gikk lengden på sykehusoppholdet ned med 22%. Flere pasienter ble skrevet ut til med et lavere omsorgsnivå. Pasientenes tilfredshet gjennom oppholdet økte med 15%. Vurdering med CAM var en suksess for avdelingen. De fortsatte med praksisen, og inkluderte alle pasienter over 65 uavhengig av innleggelsesårsak. Videre anbefalte de flere avdelinger å implementere dette programmet.

Artikkelreferanse	Ramaswamy R. <i>et al.</i> (2010) Beyond grand rounds: a comprehensive and sequential intervention of delirium, <i>The Gerontologist</i> . 51(1), s. 122 – 131. doi: 10.1093/geront/gnq075 (Hentet: 19.04.21)
Hensikt	Teste effekten og resultatene av en omfattende og sekvensiell intervensjon (undervisningsprogram), med mål om å endre klinikernes (sykepleiere og leger) atferd, ved å øke kunnskapen om delirium.
Metode	50 deltagere, der 34 var sykepleiere, 6 var leger og 10 som ikke oppga sin stilling. Alle jobbet på akuttavdeling for eldre. Et to-dagers undervisningsprogram. Pre og post kunnskapstest, og klassifisering av egen vurderingsevne ved bruk av CAM og Delirium håndtering generelt. Maks score 17
Resultat	Gjennomsnittlig gikk kunnskapsnivået opp fra 7,9p til 10,8 pre og post. Det var gjennomsnittlig høyere score hos de som deltok i flere undervisningstimer. Selvtillit i å identifisere pasienter med delirium økte med 28% Egenvurdering av i kunnskap om bruk av CAM økte med 36% Ifølge studien er denne måten å lære opp helsepersonell på, bedre enn de tradisjonelle opplæringsplanene.

Artikkelreferanse	van de Steeg, L. <i>et al.</i> (2014) Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i> . 20(6) s. 813 - 819 doi: https://doi.org/10.1111/jep.12229
Hensikt	Identifisere og klassifisere sykepleieres barrierer, for etterlevelse av retningslinjer mot delirium.
Metode	Kvalitativ studie. Åpne intervjuer ble gjennomført med et målrettet utvalg på 63 forskningsdeltakere. Utvalget omfattet 28 sykepleiere, 18 leger og 17 politiske rådgivere som jobber på 19 sykehus i Nederland. Dataene ble analysert ved hjelp av temaanalyse.
Resultat	Barrierer til å overholde retningslinjer som ble identifisert, ble delt i fire temaer: motivasjon og mål, kunnskap og ferdigheter, profesjonell rolle og identitet, og kontekst og ressurser. Intervjuene med sykepleiere, leger og politiske rådgivere (policy advisors) ga et samlet syn på dagens situasjon. Legene og de politiske rådgiverne (policy advisors) mente undervisning/opplæring var et viktig middel for å overholde retningslinjene. Studiet illustrerer at individuell, sosial og organisatoriske faktorer spiller en rolle i sykepleieres overholdelse av retningslinjer for delirium. Studiet konkluderer med at de potensielle fordelene ved å følge retningslinjene, både for pasient og for sykepleierne, må frem i lyset for å motivere sykepleierne. Studiet sier også at når nye retningslinjer blir formulert, bør sykepleiernes meninger og erfaringer bli med i betraktningen for å forsikre om at det er realistiske retningslinjer som blir iverksatt

Artikkelreferanse	Durst, J. og Wilson, D. (2020) Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project. <i>International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing</i> . 36. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100710
Hensikt	Hensikten til studie var å finne ut om bruk av forebyggende tiltak hos hoftebruddsopererte pasienter, gjorde at forekomsten av delirium gikk ned.
Metode	En kohortstudie Et kvalitetsforbedrende prosjekt. Implementering av en ny retningslinje for pre- og postoperativ fase. Studien fulgte 90 pasienter fra mottak til utskrivning, der 45 ble behandlet på bakgrunn av de nye retningslinjene og 45 med de gamle retningslinjene.
Resultat	Antall påviste med delirium var lik i begge grupper: 11.1% hos de uten og 15,6% hos de med retningslinjene. De mest vanlige tiltakene som ble dokumentert var tilstedeværelse av familie (62,2%), ivaretagelse av søvnmønster (6,7%) og bruk av briller og høreapparat (6,7%). Det var ikke særlig store funn i denne studien, siden de fleste deltagerne sluttet å følge de nye retningslinjene midt i studien.

Artikkelreferanse	Milisen, K. <i>et al.</i> (2001) A Nurse-Led Interdisciplinary Intervention Program for Delirium in Elderly Hip-Fracture Patients. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> . Volum 49 (5), 523-532. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49109.x
Hensikt	Hensikten var å utvikle og teste en sykepleierledet tverrfaglig intervensjonsprogram for delirium om forekomsten, løpet av delirium og kognitiv funksjon hos eldre pasienter med hoftebrudd i løpet av den postoperative perioden før utskrivelse. Studien testet også effekten av intervensjonsprogrammet på gjennomsnittlig liggetid postoperativt, rehabilitering og dødelighet etter tre måneder etter utskrivelse.
Metode	To kohorter med 60 pasienter i hver gruppe. Den ene kohorten fikk behandling og pleie av sykepleiere som gikk gjennom den nye intervensjon. Den andre kohorten gikk gjennom sykehusets "vanlige" rutine. intervensjonens implementeringer: 1 Opplæring om delirium hos sykepleierne 2 Systematisk kartlegging av kognitiv funksjon 3 Hentet inn en sykepleier med spesialisering innenfor feltet 4 Implementering av kartlegging av smerter
Resultat	De nye retningslinjene reduserte ikke antall deliriske pasienter. Det studien så, var at sykdomsforløpet ble kortere og alvorlighetsgraden av tilstanden ble redusert. Samtidig ble det vist at pasientene fra avdelingene med de nye retningslinjene var generelt kognitivt friskere enn den andre gruppen da de var deliriske. Det ble ikke oppdaget noen forandring i pasientenes funksjonsevne postoperativt.

4.2 Sammenfatning av resultater

Med bakgrunn i analysen og de samlede temaoverskriftene presenteres oppgavens sammenfattede resultat i punktene under.

4.2.1 Sykepleieres kunnskap og ferdigheter om delirium

I studiet gjort av Ramaswamy *et al.* (2010) gikk kunnskapsnivået, i gjennomsnitt, opp fra 7,9 poeng til 10,8 poeng før og etter undervisningen. Det var en gjennomsnittlig høyere score hos de som deltok i flere undervisningstimer. Deltakerne sin selvtillit i å oppdage delirium og i bruk av CAM økte med henholdsvis 28% og 36%. Basert på resultatene på den første testen, kan man se at de med mer grunnleggende kunnskap om delirium, overvurderte sin kunnskap og valgte å ikke være med på flere undervisninger. Som en konsekvens av dette, scoret den samme gruppen dårligst da de skulle ha den avsluttende testen. Samtidig i studien til Milisen *et al.* (2001), så de at ved økt kunnskap om delirium, ble sykdomsforløpet til de deliriske pasientene mildere, da pasientenes symptomer var mildere og lengden på delirium ble kortere.

I studien til Wong *et al.* (2018) kunne bare 35% av deltakerne huske å ha hatt formell opplæring i CAM, og bare 9% kunne huske å ha hatt undervisning om hypoaktivt delirium. I alle fokusgruppene i samme studie var vanskeligheten ved å skille delirium fra demens, en gjentakende tematikk.

I studien til Oberai *et al.* (2019) uttrykte deltakerne at delirium er noe man "ofte ser" og er "høyt prioritert" på grunn av tilknytningen til lengre liggetid. Sykepleierne kjente igjen delirium når det utviklet seg på en hyperaktiv måte, ved for eksempel forvirring eller motorisk uro, men de var mer usikre på symptomene når pasientene brukte høye doser med smertestillende og fremsto sedert. Sykepleierne uttrykte vanskeligheten med å oppdage delirium postoperativt. Noen ganger kom pasientene tilbake til sengeposten fra operasjon og slo, sparket eller bet, og dette var tydelig tegn for sykepleierne på postoperativt delirium. Andre ganger kunne pasientene komme tilbake til sengepost og være veldig søvnig. Da ble de ofte ikke sett på som deliriske, siden de bare lå i sengen og sov.

4.2.2 Sykepleieres holdning til kartleggingsverktøy og delirium

I studiet til Wong *et al.* (2018) så de en splittelse i alder hos sykepleierne, når det kom til holdninger rundt kartleggingsverktøyet CAM. Yngre sykepleiere i studien mente den var for lite beskrivende, da den ikke inkluderte individualitet mellom

pasientene. Videre synes enkelte sykepleiere at CAM var for objektiv og utelukket å finne den utløsende faktoren til delirium. Ifølge studien var de eldre sykepleierne fornøyd med CAM, da de likte enkle sjekklister. Det kom også frem at flere brukte CAM som en daglig oppsummering for hvordan pasientens kognitive tilstand hadde vært gjennom hele dagen (Wong *et al.*, 2018).

I studiet gjort av Oberai *et al.* (2019) kom de fram til lignende resultater i forhold til holdningsforskjeller blant eldre og yngre sykepleiere. Flesteparten av deltakerne i studiet mente at de allerede hadde all den kunnskapen og verktøyene de trengte for å oppdage og håndtere delirium. Dersom man inkluderte et kartleggingsverktøy, ville dette bare ta opp unødig tid og ressurser, spesielt for erfarne sykepleiere. Kartleggingsverktøy kunne derimot være et godt hjelpemiddel hos de yngre, mindre erfarne sykepleiere (Oberai *et al.*, 2019).

Studien til Durst og Wilson (2020) fikk ikke de resultatene de ønsket seg, siden de fleste pleierne sluttet å bruke de nye retningslinjene som var blitt implementert. Dette ga imidlertid nyttig informasjon om sykepleiernes holdninger til nye retningslinjer og kartleggingsverktøy. De fleste pleierne gikk tilbake til sine gamle rutiner, da pleierne var mer kjent med disse rutinene.

4.2.3 Implementering av kartleggingsverktøy på sengepost

I studiet til van de Steeg *et al.* (2014) vil de identifisere og klassifisere barrierer hos sykepleiere, ved implementering av nasjonale retningslinjer for oppdagelse, forebygging og behandling av delirium, i Nederland. Retningslinjene innebar strukturert kartlegging av delirium, med DOSS som kartleggingsverktøy.

Barrierene blir inndelt i fire kategorier:

Motivasjon og mål

På et generelt grunnlag mangler sykepleiere motivasjon til å kartlegge etter delirium. Dette kan bunne i at systematisk kartlegging blir sett på som mer arbeid, og at de ikke ser målet/resultatet/fordelene ved arbeidet. Resultater ved systematisk kartlegging viser at arbeidsmengde går ned, på grunn av kortere liggetid og mindre forekomst av hyperaktivt delirium. Disse dataene har ikke sykepleierne tilgang til, og dermed faller motivasjonen.

Kunnskap og ferdigheter

De fleste sykepleierne mener de har nok kunnskap til å bruke kartleggingsverktøy. Det er delte meninger om sykepleierne mener de har nok kunnskap selv til å håndtere deliriske pasienter, og om sykepleierne mener andre sykepleiere har nok kunnskap til å håndtere deliriske pasienter. De fleste sykepleierne er positive til undervisning om håndteringen av deliriske pasienter.

Kontekst og ressurser

Det er en generell holdning om at kartlegging for delirium, og fullføring av innkomstpapirer, ikke alltid blir prioritert. Det er også mange andre ting som må gjøres, og som ofte kommer foran kartlegging i prioritering. Dette handler både om forsvarlighet, men også kultur på avdelingen. Det ble vist en forskjell mellom avdelingene, i forhold til hvor godt systematisk kartlegging ble en del av den daglige driften. De avdelingene som hadde engasjerte teamledere, hadde også bedre implementering av kartlegging.

Profesjonell rolle og identitet

Sykepleierne så ikke på systematisk kartlegging som en essensiell ting for å gi god pleie for eldre pasienter. Dersom det ble travelt, var kartlegginger og dataarbeid alltid det første som ble prioritert vekk. Noen sykepleiere mente også at slike kartleggingsverktøy, truet sykepleierens autonomi. De mente at de klarte å kjenne igjen delirium uten å måtte fylle ut skjemaet. Og de mente at ved å måtte forholde seg til slike skjemaer, ble autonomi og egne vurderinger av pasientene svekket. Flere sykepleiere synes kartleggingsverktøyet styrket deres posisjon når de skulle snakke med legen. Det var mer tyngde dersom de hadde mistanke om delirium, og kunne vise til positivt utslag på kartleggingen.

I artikkelen til Todd *et al.* (2015) ble CAM innført som en standard kartlegging av alle hofteopererte pasienter over 65 år. Kartleggingen ble gjennomført ved innkomst til sengeposten, og en gang hvert skift. I tillegg ble en strukturert retningslinje ved positivt utslag (tegn på delirium), på CAM innført, som innebar at sykepleierne skulle se etter mulige årsaker til delirium, som; smerte, infeksjon, forstoppelse, urinretensjon, og deretter sette i gang behandlende tiltak ved avvik på disse mulige

årsakene. Lege skulle også kontaktes ved positivt utslag på CAM. Før innføringen av den strukturelle kartleggingen og den påfølgende retningslinjen, gjennomgikk alle sykepleiere tilknyttet avdelingen undervisning i riktig bruk av CAM og retningslinjene. Forskerne undersøkte effekten av denne intervensjonen for pasientene, som resulterte i kortere sykehusopphold, pasientene ble skrevet ut til et lavere omsorgsnivå, og pasienttilfredsheten økte. Intervensjonen ble en suksess for sykepleierne og avdelingen, og førte til at avdelingen innførte strukturert kartlegging og retningslinjer av alle pasienter over 65 år, uavhengig av innleggelsesårsak.

4.2.4 Kartleggingens betydning for sykepleieres rolle

Både van de Steeg *et al.* (2014) og Todd *et al.* (2015) har lignende resultater om sykepleiernes posisjon i samarbeid med legen. Sykepleierne hadde mer tyngde i sin vurdering av delirium, dersom de kunne vise til positivt utslag på kartlegging. Dette gikk derimot ut over sykepleiernes autonomi i studien til van de Steeg *et al.* (2014), da de mente at ved å måtte forholde seg til slike skjemaer, overstyrte det sykepleieres subjektive vurderinger av pasientene.

I studiene til Wong *et al.* (2018) og Oberai *et al.* (2019), viste noen av sykepleierne frustrasjon over legene. I begge studiene forklarte noen av deltakerne at leger ofte utsatte visitt til morgenen, dersom delirium var påvist om kvelden og natten. I mange tilfeller gikk den deliriske tilstanden over i løpet av natten, noe som igjen førte til underdiagnostisering av delirium. Flere av sykepleierne i begge studiene uttrykte følelser om å ikke bli sett eller hørt av legene. Sykepleierne ønsket derfor et bedre samarbeid mellom leger og sykepleiere når det gjaldt diagnostisering av delirium. Grunnet den store frustrasjonen rundt leger som ikke vurderte de utfylte kartleggingsverktøyene, etterspurte sykepleierne i studien til Oberai *et al.* (2019) en behandlingsplan for å følge opp de utsatte pasientene.

5.0 Drøfting

5.1 Resultatdrøfting

I denne delen vil oppgavens resultater bli drøftet opp mot relevant fag- og forskningslitteratur. Til slutt vil vi ta for oss kildekritikk og metodiske overveielser. Først gjengis problemstillingen:

Hvordan er sykepleieres rolle relevant for oppdagelse og forebygging av delirium hos pasienter med hoftebrudd?

5.1.1 Det trengs mer fokus på oppdagelse av delirium på sykehus

Eldre utgjør den største prosentandelen når det kommer til innleggelser på sykehuset, spesielt hos pasientgruppen med hoftebrudd. Dette gjør at denne pasientgruppen er særlig utsatt for delirium, da både hoftebrudd og en høy alder øker sannsynligheten for utvikling av delirium. Tallene til Ranhoff (2018a) og Den Norske Legeforening (2018) viser hvor sårbar eldre pasienter er for å utvikle delirium. Selv om så mange pasienter har risiko for å utvikle delirium i løpet av oppholdet, blir ikke alle oppdaget, da det ifølge Ranhoff (2018a) er store mørketall på tilstanden. Dette betyr at sykepleiere må bli flinkere på å oppdage delirium på sykehuset. Dette støttes av Stubberud (2016).

Prognosen på tilstanden delirium er nokså god, men kan også gi en rekke komplikasjoner. Ifølge Todd *et al.* (2015) kan delirium hos hofteopererte føre til nedsatt funksjonsnivå i dagliglivet (ADL), lengre sykehusopphold og øke sannsynligheten for senere reinnleggelser. Det er viktig å nevne at Den Norske Legeforening (2018) beskriver delirium som en viktig prognostisk faktor for senere demens, funksjonstap og død. Vi kan se fra resultater hos Todd *et al.* (2015) at når oppdagelsen av delirium økte, ble flere pasienter skrevet ut med et lavere omsorgsnivå. Samtidig så de at lengden på sykehusoppholdet gikk betraktelig ned. Dette understrekes i studien til Milisen *et al.* (2001), der de så at sykdomsforløpet for delirium gikk ned ved tidlig oppdagelse. Samtidig så studien at alvorlighetsgraden av sykdomsforløpet ble redusert, da CAM scoren ble bedre hos pasientene med tidlig oppdaget delirium.

Som nevnt i innledningen, blir delirium ofte oversett da tilstanden kan forveksles med depresjon eller demens, da symptomene er like (Stubberud, 2016). Ranhoff (2003) belyser at den største forskjellen mellom delirium og demens er at delirium har underliggende organiske forstyrrelser eller er toksisk påvirket av legemidler. I noen tilfeller kan det være nærmest umulig å skille mellom delirium og en akutt psykose, legger Ranhoff (2003) til. Det kan se ut som at dette også stemmer i praksis, da både Wong *et al.* (2018) og Oberai *et al.* (2019) oppdaget at sykepleierne hadde vansker med å skille hypoaktivt delirium fra demens. Spesielt var det vanskelig å oppdage delirium hos hofteopererte, da denne pasientgruppen ofte hadde et ekstra behov for sterke smertestillende. Opiater gjorde pasientene sløve og trøtte, noe som ofte skygget for symptomene hos pasientene med hypoaktivt delirium.

Det er ikke gitt at alle med hoftebrudd som utvikler delirium vil få en dårligere prognose, men mye forskning tyder på at risikoen for nedsatt ADL og tidlig død øker ved utvikling av delirium. Som beskrevet av Den Norske Legeforening (2018) kan delirium være det første tegnet på utvikling av demens. På bakgrunn av komplikasjonene delirium kan gi, vil dette være grunn nok til å ha større fokus på oppdagelse av delirium.

I og med at det er vanskelig å oppdage delirium, er det trolig mye mørketall der ute. Vi mener det er et behov for å sette fokus på oppdagelse av tilstanden, spesielt med tanke på de komplikasjonene en episode med delirium vil kunne gi den eldre pasienten. Gjennom å sette mer fokus på tilstanden og øke kunnskapen til sykepleieren, vil det bli lettere å differensialdiagnostisere tilstanden opp mot lignende symptombilder. Hvis delirium oppdages oftere og tidligere, vil livskvaliteten kunne økes hos den eldre pasienten etter sykehusoppholdet.

5.1.2 Det trengs en bedre holdning til delirium på sykehus

For at systematisk kartlegging skal lykkes, tror vi at det trengs en holdningsendring hos sykepleiere. Som det kommer frem i studiet til Wong *et al.* (2018) er holdningene til kartleggingsverktøyet CAM splittet mellom alder og erfaring hos sykepleierne. De yngre og mindre erfarne sykepleierne viser en bedre, men likevel ikke god nok holdning til kartleggingsverktøy enn de eldre og mest erfarne sykepleierne. Det kan

tenkes at de mindre erfarne er mer mottakelig for forskningsbasert praksis og fortsatt er mer påvirkelig i sin egen praksisutøvelse. På en annen side kan det tenkes at en erfaren sykepleier baserer sin praksis mer på erfaring, og dermed stoler mer på egne ferdigheter. Erfaringsbasert praksis er avgjørende for at pleien skal bli helhetlig og effektiv. Likevel kan det gjøre at holdningen til ny forskningsbasert praksis blir dårligere, da en stoler mer på egne vurderinger (Nortvedt og Grønseth, 2017).

Det kommer frem i studien til Oberai *et al.* (2019) at de eldre sykepleierne som deltok var fornøyd med kartleggingsverktøy som CAM, fordi de foretrekker enkle sjekklister. I samme studie mente flesteparten av sykepleierne at de hadde den nødvendige kunnskapen og verktøyene som de trengte for å oppdage og håndtere pasienter med delirium. De yngre og mindre erfarne sykepleierne i studiet til Wong *et al.* (2018) mente at CAM som kartleggingsverktøy var for lite objektiv og som utelukket muligheten til å finne den utløsende årsaken til delirium tilstanden. Dette strider mot forskningen til Oberai *et al.* (2019), som sier at når holdningene til forskningsbasert praksis er dårlig, vil det utfordre sykepleieres funksjon til å hele tiden holde seg oppdatert på ny forskning på feltet (Nortvedt og Grønseth, 2017). I tillegg kan man se en holdning i studien til Durst og Wilson (2020), der de gamle metodene ble sett på som gode nok, og de dermed valgte å gå bort i fra de nye implementeringene. Ved at kartleggingsverktøy blir sett på som unødvendig bruk av tid og ressurser hos erfarne sykepleiere (Oberai *et al.*, 2019), handler det muligens om at holdningene gjenspeiler et kunnskapshull om kartleggingsverktøy.

Forskning viser heldigvis at ikke alle sykepleiere har en dårlig holdning til kartleggingsverktøy. I studien gjort av Todd *et al.* (2015) var sykepleierne engasjert i den praksisendringen som ble forsøkt, helt fra starten av studien. Dette viser en holdning hvor man ikke står fast i gamle rutiner, som kan vise seg å være utdatert praksis. Denne implementeringen gjorde muligens at det ble en holdningsendring, som endte med å forbedre prognosen til pasienter med delirium (Todd *et al.*, 2015).

Den fagutviklende funksjonen til sykepleier handler om å holde seg faglig oppdatert, og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i praksis, ved for eksempel å lese faglitteratur og å anvende, innarbeide og bidra til utvikling av ny kunnskap. Det krever en interesse for faglitteratur og forskning, og en positiv holdning til endringer. God

klinisk praksis kjennetegnes ved at sykepleieren bevisst vurderer om det er behov for å iverksette sykepleiehandlinger (intervensjoner, tiltak) innenfor alle delfunksjonene i pasientomsorgen. Det vil også bidra til å kvalitetssikre sykepleien (Nortvedt og Grønseth, 2017).

De erfarne og eldre sykepleierne i Oberai *et al.* (2019) mente at kartleggingsverktøy passet best som et hjelpemiddel for de yngre, mindre erfarne sykepleierne. Fra Nortvedt og Grønseth (2017) beskrives det at erfarne sykepleiere sitter inne med solide og omfattende kunnskaper etter mange års arbeid med bestemte pasientgrupper. Disse erfaringene er det nyttig at blir delt med andre og at pleieproblemer blir diskutert. Det holder dessverre ikke å kun støtte seg på erfaringsbasert praksis når man skal yte god sykepleie. Det er viktig å oppdatere seg på forskningslitteratur, fordi det er der man finner oppdatert kunnskap, de beste metodene og de nyeste teknikkene i faget. Det er stor betydning i at pasienten får den sykepleien som er av oppdatert forskning innen det bestemte fagområdet (Nortvedt og Grønseth, 2017).

Det trengs en bedre holdning til delirium hos sykepleiere. For å få til en holdningsendring tror vi at det behøves et økt fokus på delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Det er avgjørende at sykepleiere har en holdning og interesse om å holde seg faglig oppdatert. En bedre holdning vil kunne komme av økt kunnskap på dette feltet. Da trengs det et kunnskapsløft om oppdagelse og forebygging av delirium. Det er i dag store forskjeller i kunnskapsnivået om både kartleggingsverktøy og delirium generelt, blant sykepleiere som skal håndtere disse pasientene. Ved å øke kunnskapen, må en strukturert opplæring og undervisning i kartlegging og delirium være til stede, dette avhenger også av ledelsen på sykehuset. Samtidig er det sykepleieres ansvar å holde seg faglig oppdatert på hva som gjelder av ny forskning og litteratur. Målet med god sykepleie er å jobbe kunnskapsbasert. For å kunne jobbe kunnskapsbasert, kreves det gode holdninger til endring og evnen til å se verdien i både erfarings- og forskningsbasert praksis (Nortvedt og Grønseth, 2017).

5.1.3 Det er vanskelig å implementere kartleggingsverktøy på sengepost

Det er ofte vanskelig å implementere nye retningslinjer på en avdeling. Dette kommer av at det alltid vil være barrierer når man skal iverksette nye metoder på arbeidsplassen. En vanlig dag på en kirurgisk avdeling vil ofte være hektisk, da prøver skal tas, grunnleggende behov skal ivaretas og pasienter skal både skrives inn og ut. Det kan se ut som at nye retningslinjer er de første som forsvinner i en slik hverdag, da sykepleieres viktigste oppgave er å forsvare kvaliteten på den individuelle pleien (Nortvedt og Grønseth, 2017).

I Helsepersonelloven §4 (1999) står det at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Som en sykepleier uttalte i studien til Oberai *et al.* (2019), er kartleggingsverktøy viktig for tidlig oppdagelse, men bør ikke komme i veien for ivaretagelse av pasienten, da dette er sykepleieres viktigste jobb. Men det står også i helsepersonelloven §16 (1999) at arbeidsgiver og ledelsen har et ansvar om å tilrettelegge forhold på den måte at forsvarligheten blir opprettholdt på avdelingen. Dette vil si at ved implementering av nye retningslinjer, skal tilretteleggingen foregå på en måte som ikke utfordrer sykepleieres kvalitet på arbeidet. Videre belyser Rokset og Flovik (2016) at forsvarlighetsbegrepet har en viss spennvidde, der det i noen tilfeller og til en viss grad godtas at praksis avviker fra minstestandarden, så lenge det ikke bryter med loven.

I studien til van de Steeg *et al.* (2014) og Oberai *et al.* (2019) kommer det fram at sykepleierne syntes kartleggingsverktøy tar opp mye verdifull tid, noe som fører til at papirarbeidet nedprioriteres. Som et motsvar til denne meningen, belyste en avdelingsleder i studien til van de Steeg *et al.* (2014) at sykepleierne klaget på dårlig tid før de nye retningslinjene kom, og de kommer til å klage på travle dager senere. Ikke alle studiene møtte på utfordringer med implementering av nye retningslinjer. I studien til Todd *et al.* (2015) økte bevisstheten rundt delirium og kartleggingsarbeid hos sykepleierne. Samtidig så studien at lengden på sykehusopphold gikk ned og tilfredsheten hos pasientene økte. Dette underbygger at kunnskap om strukturert kartlegging bedrer pasientens prognose. Oberai *et al.* (2019) sin studie, støtter opp

under denne påstanden, da man kunne se en meningsendring rundt kartlegging hos sykepleierne etter økt forståelse om tema.

I studien til Durst og Wilson (2020), så de at sykepleierne gikk tilbake til gamle kjente vaner etter en stund i prosjektet, fremfor å følge de nye retningslinjene. Grunnen til det dårlige engasjementet kommer trolig av at helsepersonell ikke ble informert og opplært godt nok før implementeringen, noe som førte til dårlig gjennomføring og lite motivasjon på avdelingen. Håkonsen (2017) forklarer hvordan menneskers motivasjon påvirkes av følelser. Dersom sykepleiere opplever nye implementeringer som kjedelige eller meningsløse, vil dette påvirke motivasjonen til å gjennomføre kartleggingen. Dette støttes i forskningen gjort av Jun, Kovner og Stimpfel (2015) som sier at mangel på motivasjon, og oppfatning om at kartleggingsverktøy har lite nytteverdi, fører til mindre bruk av verktøyet. Dette studiet er en systematisk gjennomgang av flere internasjonale studier, som har sett på sykepleieres barrierer og motivasjon til bruk av forskningsbasert kunnskap. I studien til van de Steeg *et al.* (2014) kom det fram at sykepleierne manglet motivasjonen til å utføre strukturert kartlegging på pasientene, selv om de visste hvor helseskadelig uoppdaget delirium kan være. Grunnen til dette tapet av motivasjon, kom av at sykepleierne aldri fikk vite om kartleggingen hadde noe effekt, da resultatet ikke ble delt med avdelingen. Håkonsen (2017) opplyser at for å holde motivasjonen oppe, er man nødt til å kunne se at det som blir gjort har en mening. Da sykepleierne i van de Steeg *et al.* (2014) sin studie kun så ekstra papirarbeid, kan det tenkes at motivasjonen sank deretter. Ved å sammenligne studiene til Todd *et al.* (2015) og van de Steeg *et al.* (2014), ser vi at motivasjonen er forskjellig. Graden av innblikk i resultatene fra kartleggingen har en avgjørende virkning på om helsepersonell er motiverte til å gjennomføre nye retningslinjer eller ikke. Dette er kun spekulasjoner, men kan være nyttige perspektiver å ha med seg i videre forskning.

Kunnskap ut fra egen og andres erfaringer er nyttige, men hvis kunnskapen ikke er korrekt, kan det ende med systematiske feil i måten en foretar vurderinger og beslutninger på. Bruk av egne og andres erfaringer som eneste kunnskapskilde vil gi mindre pålitelige vurderinger, enn om det brukes objektive indikatorer og mål til å vurdere situasjonen. Mange avdelinger i helsevesenet bruker i dag en uformell protokoll, som "slik gjør vi det her", til å behandle symptomer hos pasienter. Det blir

da en kultur på avdelingen, som alle tror er god praksis, helt til en begynner å undersøke nærmere og finner ut at nettopp den måten å gjøre det på er utdatert (Nortvedt og Grønseth, 2017). Ramaswamy *et al.* (2010) viser at erfarne sykepleiere mener de har nok kunnskap om delirium og kartleggingsverktøy i utgangspunktet. Dette viser seg å ikke stemme, fordi etter endt undervisningsprogram scoret de mindre erfarne sykepleierne bedre enn de erfarne. Denne testen var egnet til å fange opp sykepleieres faktiske kunnskap om delirium og kartleggingsverktøy. Kunnskapen som erfarne sykepleiere tror de har, kan påstås å være mer basert på erfaring. Dette underbygges av studien til Jun, Kovner og Stimpfel (2015) som viser at erfarne sykepleiere har en høyere autonomi, og baserer seg mer på erfaring enn forskningsbasert kunnskap. Dermed kan man si at den uformelle protokollen, ikke baserer seg på forskningsbasert kunnskap og skaper et faglig sårbart miljø. Hvis man kan få erfarne sykepleiere til å basere seg på forskningsbasert kunnskap, vil en uformell protokoll være positivt på avdelingen. Jun, Kovner og Stimpfel (2015) fant også at sykepleiere som ser nytteverdien i kartleggingsverktøy, sannsynligvis vil anbefale det videre til andre sykepleiere.

Det er flere barrierer ved implementering av strukturert kartlegging. Det er vanskelig å implementere fordi kartlegging blir raskt nedprioritert, da det sees på som unødvendig bruk av tid og ekstra papirarbeid. Det vil være vanskelig å implementere nye retningslinjer i en kultur med en holdning om at kunnskapen som man behøver, allerede er til stede. I tillegg vil mangel på motivasjon virke inn på om kartlegging blir prioritert eller ikke, da det er andre arbeidsoppgaver som anses som mer meningsfull.

5.1.4 Kartleggingsverktøyet er et viktig hjelpemiddel for sykepleieres vurdering

Når man arbeider forebyggende mot delirium, vil bruken av kartleggingsverktøy være avgjørende for å oppdage delirium på et tidlig stadium. Det har betydning for pasientens rehabilitering at sykepleieren tidlig oppdager delirium hos pasienten. Tilstanden blir ofte diagnostisert ut fra symptomer som omhandler kognitiv tilstand og våkenhet. I tillegg ser man på om symptomene har utviklet seg på kort tid (Stubberud, 2017).

I fokusgruppesamtalene som ble utført i studien til van de Steeg *et al.* (2014), ble det fortalt at sykepleierne satte pris på kartleggingsverktøy, da dette var med på å styrke sykepleiernes argumentasjon for videre behandling i samarbeid med legene. Siden sykepleierne kjente at kartleggingsverktøyene ga dem en økt troverdighet, var det lettere å være motivert for å fortsette å bruke de nye retningslinjene. Videre fortalte sykepleierne at de likte å få nye verktøy som bidro til å påvirke legenes valg, da de ikke trengte å diskutere like mye som før for å få startet en behandling. Med andre ord, følte sykepleierne at retningslinjene hadde blitt mer klare, etter at strukturert kartlegging var blitt implementert. Dette funnet svarer på studien til Oberai *et al.* (2019), der sykepleierne savnet en strukturert plan for oppfølging av delirium etter kartleggingens positive funn.

Stubberud (2017) anbefaler en mer systematisk tilnærming, hvor en vurderer pasientens sykehistorie og fysiologiske status, og tar i bruk vurderingsskjemaer. Da delirium ofte underdiagnostiseres, anbefales det å bruke et standard vurderingsskjema for datasamling og vurdering av pasientens mentale og kognitive funksjon. Ved bruk av skjemaene bør en utvise faglig skjønn slik at sykepleien tilpasses individuelt og utføres omsorgsfullt. CAM anbefales som et kartleggingsverktøy for sykepleiere (Stubberud, 2017). I Todd *et al.* (2015) sin studie, kom det fram at leger satte pris på godt utførte kartleggingsverktøy, da man kunne oppdage delirium tidlig og dermed sette inn effektive tiltak som forbedret pasientens prognose.

Ikke alle sykepleiere deler samme oppfattelse av kartleggingsverktøyet sin verdifullhet. I studien til Wong *et al.* (2018) viste det seg å være mye frustrasjon knyttet til kartleggingsverktøyet CAM. Noen av sykepleierne uttrykte frustrasjon på leger som utsatte visittene til dagen etterpå dersom CAM-resultatene var positive om kvelden eller natten. Dette endte ofte med at pasientenes symptomer hadde avtatt over natten. Ulempene med å ikke diagnostisere pasienten er at behandling ikke settes i gang, i tillegg vil ikke tilstanden bli dokumentert. Dette er uheldig ved en eventuell senere innleggelse, fordi sykehistorien blir feil. Sykepleierne belyste også at selv om CAM-resultatene var positive, ble de ikke alltid sett på og i noen tilfeller var ikke legene kjent med CAM. Dette underbygger resultatene fra Oberai *et al.*

(2019) om at det kreves en strukturert plan rundt oppfølging ved positive funn av kartleggingsverktøy.

Som tidligere beskrevet, styrket kartleggingsverktøy sykepleiernes posisjon til legen, men dette kom på bekostning av sykepleiernes autonomi (van de Steeg, 2014). Flere følte at å kun krysse av for tre punkter ikke var spesifikt nok. Sjekklistene gjorde det slik at det ikke ble mye rom for kliniske observasjoner og individuelle vurderinger. For å yte god sykepleie, er sykepleieren nødt til å vurdere hver enkelt pasients opplevelse av sykdom. Dette betyr at kliniske observasjoner og individuelle vurderinger er viktige for å kunne yte god sykepleie (Nortvedt og Grønseth, 2017). På bakgrunn av dette kan en si at kartleggingsverktøy alene ikke er optimalt for diagnostisering av delirium.

Nortvedt og Grønseth (2017) skriver at det behøves mer forskning om effekten av kartleggingsverktøy. Sykepleieren som bruker kartleggingsverktøy, må også være bevisst på at skjemaene ikke skal ta oppmerksomheten vekk fra pasienten eller bruken av faglig skjønn. Bruk av standardiserte og validerte verktøy kan også bidra til bedre beslutninger enn kun faglig skjønn (Nortvedt og Grønseth, 2017). “Den minst pålitelige formen for kunnskap er den profesjonelles personlige mening og antakelser i en situasjon, når bare denne brukes” (Nortvedt og Grønseth, 2017, s.25).

Riktig og konsekvent bruk av kartleggingsverktøy har betydning for sykepleieres rolle i tverrfaglig samarbeid. Sykepleierne får enda et verktøy ved siden av sin egen vurdering. På bakgrunn av dette vil sykepleieres posisjon til legen styrkes. Likevel er det viktig at sykepleieres autonomi blir ivaretatt. En sykepleiervurdering kan være like viktig for pasienten, og må derfor ikke havne i skyggen til et kartleggingsverktøy.

5.2 Kildekritikk

For å vurdere troverdigheten til våre valgte forskningsartikler, har vi brukt sjekklister fra helsebiblioteket for kritisk vurdering av forskningslitteratur. Sjekklistene var et godt hjelpemiddel i denne prosessen, og de tar for seg både artiklenes troverdighet, etiske forhold og nytteverdi for oppgavens valgte tema og problemstilling. Disse sjekklisene blir stadig oppdatert, og er spesielt utviklet for å vurdere forskjellige typer studier.

Vi har inkludert en pilotstudie. Det er få deltakere i studien, men dette har vi vurdert til at ikke er negativt for vår oppgave, da denne studien er kvalitativ og undersøker sykepleieres holdninger. Allikevel kan det kritiseres fordi studien ikke får vist bredde og den generelle holdningen, men heller holdninger hos en liten gruppe sykepleiere. Det kan derfor stilles spørsmål ved studiens kvalitet, og man skal vise forsiktighet med å generalisere ut ifra studiens resultater. Imidlertid kan man anta tendenser som uansett er interessante å drøfte med tanke på videre utforskning av emnet.

Studien gjort av Milisen *et al.* (2001) avviker fra vår eksklusjonskriterie da den er over ti år gammel, og baserer seg på eldre fag- og forskningslitteratur. Man kan stille spørsmål til hvor aktuell disse resultatene er da praksis har endret seg mye de siste 20 årene. Siden den tar for seg et tema som fortsatt er relevant for oppgavens hensikt og problemstilling, har vi valgt å inkludere den.

Det at ingen av artiklene er fra Norge eller Skandinavia kan kritiseres. Derimot har vi artikler som er gjennomført i vestlige land, fra Nederland, Belgia, Canada, Australia og tre fra USA. Vi antar at funnene fra andre vestlige og sammenlignbare land er mer overførbare enn artikler fra eksempelvis Asia og Afrika, hvor kultur og struktur i helsevesenet er annerledes enn i Norge. Det at alle artiklene er skrevet på engelsk, vil gi rom for feiltolking i oversettelsen.

5.3 Forskningsetiske overveielser

Noen studier ble etisk godkjent av sykehusets etiske komite, andre var gjennomgått i nasjonale etiske retningslinjer som begrunnelse for etisk samtykke. I studien til Ramaswamy *et al.* (2010) nevnes det ikke i artikkelen om noen forskningsetisk godkjenning, men tidsskriftet artikkelen er publisert i krever at studiene viser til en etisk godkjenning (The Gerontologist, u.å.). Om det ikke er blitt gitt en etisk godkjenning, skal det nevnes.

Vi har etter beste evne forsøkt å anerkjenne forfatterens verk, ved å henvise til artiklene og deres resultater fortløpende i tekst. Sjekklistene vi bruker fra Helsebiblioteket (2016), som vi viser til i metodekapittelet, inkluderer artiklenes etiske forhold. Sjekklistene tar opp om forfatterne av forskningen i detalj forklarer hva

forskningen går ut på til deltakerne, om forfatterne diskuterer etiske problemstillinger som måtte bli avdekket underveis i studien, og om studien er forelagt etisk komité (Helsebiblioteket, 2016).

6.0 Konklusjon

Etter å ha gjennomgått relevant faglitteratur for å besvare problemstillingen definert i denne oppgaven, har vi kommet frem til en konklusjon om at sykepleieres rolle er svært relevant for oppdagelse og forebygging av delirium hos hoftebruddspasienter, da det er sykepleieren som ser pasienten mest. Sykepleieren skal vurdere pasienten gjennom strukturert kartlegging, som et hjelpemiddel til sykepleieres kliniske blikk. For at sykepleierens motivasjon skal opprettholdes, er det vesentlig at sykepleieren har nok kunnskaper til hvorfor kartlegging er viktig og hvilke konsekvenser det har dersom en pasient med delirium ikke oppdages. Er kunnskapen til stede, vil barrierer brytes og uønskede hendelser unngås. Dette vil bedre pasientens prognose som fører til en mindre problematisk rehabilitering.

Spesielt siden det ofte er slik at det er sykepleieren som har mest kontakt med pasienten i løpet av et sykehusopphold. For at sykepleieren skal kunne gjøre en faglig god vurdering av pasienten, viser forskningen at man bør benytte strukturert kartlegging i tillegg til klinisk skjønn.

7.0 Litteratur

Amble, K. *et al.* (2016) Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling, Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling> (Hentet: 03.05.2021).

Aveyard, H. (2014) Doing a literature review in health and social care: a practical guide. 3. utg. Maidenhead (England): McGraw-Hill/Open University Press.

Berntzen, H. *et al.* (2017) Perioperativ og postoperativ sykepleie, i Stubberud, D., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) Klinisk sykepleie 1. utgave 5. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 309-373.

Bøyum, Å. W. (2013) Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd, Sykepleien Forskning, 3, side 210-218. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0091

Den norske legeforening (2018) Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/956b8c0c846e4e4483019fe93808edfa/norske-retningslinjer-for-tverrfaglig-behandling-av-hoftebrudd.pdf> (Hentet: 05.05.2021).

Durst, J. og Wilson, D. (2020) Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. 36. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100710>

Graverholt, B., Jamtvedt, G. og Nortvedt, M. W. (2016) Kunnskapsbasert praksis i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. utgave 5. Oslo: Cappelen Damm akademisk. s. 179-191.

Helsebiblioteket (u.å.) Alle databaser. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser> (Hentet: 21.04.2021).

Helsebiblioteket (2007) Bli kjent med helsedatabasene. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/7682/ukens-tips-bli-kjent-med-helse-databasene;jsessionid=CE93287307FB9A8A17DD48BFF25A2020> (Hentet: 21.04.2021).

Helsebiblioteket (2016) Sjekklistor. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
(Hentet: 29.04.2021).

Håkonsen, K. M. (2017) Psykologi og psykiske lidelser. utgave 5. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jun, J., Kovner, C. T. og Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 54-68. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>

Lillemoen, L. (2016) Etik i sykepleien i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. utgave 5. Oslo: Cappelen Damm akademisk. s. 297-335.

Milisen, K. *et al.* (2001) A Nurse-Led Interdisciplinary Intervention Program for Delirium in Elderly Hip-Fracture Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49 (5), s. 523-532. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49109.x>

Neerland, B. E., Watne, L. O. og Wyller, T. B. (2013) Delirium hos eldre pasienten. *Tidsskriftet den norske legeforening*. Tilgjengelig fra:
<https://tidsskriftet.no/2013/08/oversiktsartikkel/delirium-hos-eldre-pasienter> (Hentet: 16.05.21).

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2017) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse, i Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie 1*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.17-37.

NOU 1997: 18 (1997) Prioritering på ny. Oslo: Statens trykking.

Oberai, T. *et al.* (2019) «Just another piece of paperwork»: perceptions of clinicians on delirium screening following hip fracture repair elicited in focus groups, *International psychogeriatrics association*, 31(6), s. 877-884. doi: [10.1017/S1041610218001369](https://doi.org/10.1017/S1041610218001369)

Ramaswamy R. *et al.* (2010) Beyond grand rounds: a comprehensive and sequential intervention of delirium, *The Gerontologist*. 51(1), s. 122-131. doi: [10.1093/geront/gnq075](https://doi.org/10.1093/geront/gnq075)

Ranhoff, A. H. (2003) Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi, i Engedal, K. og Wyller, T. B. (red.) *Aldring og hjernesykdommer*. utgave 1. Oslo: Akribe, s. 245-264.

Ranhoff, A. H. (2018) Delirium (akutt forvirring), i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) Geriatrik sykepleie. utgave 2. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 452-462. a

Ranhoff, A. H. (2018) Den gamle pasienten, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) Geriatrik sykepleie. utgave 2. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 79-90. b

Ranhoff, A. H. (2018) Forebyggende og helsefremmende sykepleie, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) Geriatrik sykepleie. utgave 2. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 162-172. c

Rokset, T og Flovik, A. M. (2016) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Holter, I. M. og Grov, E. K. (red.) Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. utgave 5. Oslo: Cappelen damm akademisk, s. 271-295.

van de Steeg, L. *et al.* (2014) Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 20(6) s. 813-819 doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12229>

Stubberud, D. (2017) Sykepleie ved delirium, i Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie* 1. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 429-437.

The Gerontologist (u.å.) Instruction to authors. Tilgjengelig fra: https://academic.oup.com/gerontologist/pages/Instructions_To_Authors (Hentet: 19.05.2021).

Thidemann I. J. (2019) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. 2. utg. Oslo: universitetsforlaget.

Todd K. S. *et al.* (2015) Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture, *International journal of orthopaedic and trauma*. 19(1), s. 214-221. doi: [10.1016/j.ijotn.2015.03.005](https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2015.03.005)

Wong E. K., *et al.* (2018) Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study, *Age and ageing*, 47, s. 880-886. doi: [10.1093/ageing/afy107](https://doi.org/10.1093/ageing/afy107)

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Kartleggingsverktøy 4AT

(Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-geriatri/fag/tester-og-registreringsskjemaer/>)



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (etikett)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____ Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvnnig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember"
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holddepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt
1-3: mulig kognitiv svikt
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: www.the4AT.com

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangsvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuierende tilstand:** Fluktuierende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuierende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?"

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Geir V. Berg (RN, MScN, Dr.PH), Edith Roth-Greyson (RN, MScN, PhD), Ahmad Al-Fatall (MD), Catherine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigurd Evensen (MD, PhD-student); Susan Joel (RN) ansvarlig for tibakke oversettelsen.

Vedlegg 2: Kartleggingsverktøy Confusion assessment method, CAM

(Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-geriatri/fag/tester-og-registreringsskjemaer/>)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Høyen Ranhoff, Marianne Hjørnstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

I	AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig? b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	BOKS 1
II	UOPPMERKSOMHET Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraherert, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
III	DESORGANISERT TANKEGANG Var pasientens <u>tankegang</u> desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	BOKS 2
IV	ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå? <input type="checkbox"/> Våken (normal) <input type="checkbox"/> Oppspilt (anspent) <input type="checkbox"/> Somnolent (søvnig, lett å vekke) <input type="checkbox"/> Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke) <input type="checkbox"/> Komatøs (umulig å vekke) Er det noen kryss i det grå feltet?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er besvart med JA, er diagnosen delirium sannsynlig.

Vedlegg 3: Pico skjema

P Person/ Pasient/ Problem	I Intervensjon/ eksponering	C Evt sammenligning	O Utfall
Hip fractures Femoral Neck Fractures Femoral Fractures Aged (65-79) Aged, 80 and over Emergence delirium Delirium Confusion Acute confusion Hospitalization	Mass screening Symptom Assessment Prevalence Data collection Surveys and questionnaires Early diagnosis		Health Knowledge, Attitudes, Practice Attitude of health personnel Self-efficacy

