

Bacheloroppgave

Kamilla Naustenget
Vibeke Sylte Røyset

Forebygge postoperativt delirium

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Rigmor Hammer
Mai 2022

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

Kamilla Naustenget
Vibeke Sylte Røyset

Forebygge postoperativt delirium

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Rigmor Hammer
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



Kunnskap for en bedre verden

SY300215 Bacheloroppgaven i sykepleie

Forebygge postoperativt delirium / preventing postoperative delirium

Navn på studenter:

Kamilla Naustenget

Vibeke Sylte Røyset

Hovedveileder: Rigmor Hammer

Antall ord: 8587

Antall sider inkl. vedlegg: 38

Sammendrag

Bakgrunn: Av pasienter som gjennomgår ett kirurgisk inngrep er det mellom 11-42% som utvikler postoperativt delirium. Postoperativt delirium er assosiert med en økt mortalitet på 25-33%. Postoperativt delirium kan ha store konsekvenser for eldre pasienter og kan føre til forlenget sykehusopphold og store kostnader for helsesektoren.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleier kan forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter (≥ 65 år) på en kirurgisk sengepost.

Metode: Litteraturstudie med systematisk søk i databasene CINAHL og MEDLINE. Totalt 8 forskningsartikler er inkludert i oppgaven, både kvantitative og kvalitative.

Resultat: Analysen av forskningsartiklene førte frem til tre hovedtema for forebygging av postoperativt delirium: forebyggende sykepleietiltak, bruk av kartleggingsverktøy og sykepleiers kompetanse.

Konklusjon: Gjennom en helhetlig tilnærming kan sykepleierne bidra til å forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter på en kirurgisk sengepost. Sykepleietiltak som grunnleggende sykepleie, identifisering av risikopasienter ved bruk av kartleggingsverktøy og innføring av rutiner og prosedyrer er sentrale elementer ved den enkelte sykepleiers funksjon. Tilrettelegging av omgivelser, opplæring og undervisning er viktig som systemtiltak.

Abstract

Background: It's between 11-42% of geriatric patients who receive surgery that develop postoperative delirium. The mortality associated with postoperative delirium is 25-33%. Postoperative delirium can lead to a series of unwanted consequences in geriatric patients and is associated with increased length of stay in hospital and major expenses in the health sector.

Aim: The aim of this study is to bring attention to how nurses can prevent postoperative delirium in geriatric patients \geq 65 years in surgical wards.

Method: Literature study with systematic searches in the databases CINAHL and MEDLINE. Total of 8 research articles are included in this study, which is both qualitative and quantitative.

Result: The analysis of the articles found three major themes: preventing nursing initiative, the use of screening tools and nurses' competence.

Conclusion: Through a holistic approach nurses can prevent postoperative delirium in geriatric patients at surgical wards. Preventing nursing initiative such as fundamental nursing, identifying risk factors with the use of screening tools and implementing routines and procedures are key components in individual nursing. Adjustments in hospital environment, training and educations of nurses are important systemic measures.

Forord

Vi ønsker å takke Rigmor Hammer for god veiledning gjennom hele forløpet, samt foreldre som har hjulpet oss gjennom hele studieløpet.

Innhold

1	Innledning.....	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	11
1.2	Problemstilling og avgrensning.....	11
1.3	Begrunnelse av tema og problemstilling.....	11
1.4	Begrepsavklaring.....	12
1.5	Oppgavens oppbygging.....	12
2	Teori.....	13
2.1	Postoperativt delirium.....	13
2.2	Kartleggingsverktøy.....	13
2.3	Kommunikasjon.....	14
2.4	Kari Martinsens omsorgsteori.....	14
2.5	Sykepleiers kompetanse.....	15
3	Metode.....	16
3.1	Datainnsamling.....	16
3.1.1	Søkestrategi.....	16
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.1.3	Kvalitetsvurdering.....	18
3.1.4	Etisk vurdering.....	18
3.2	Analyse.....	18
4	Resultat.....	20
4.1	Forebyggende sykepleietiltak.....	20
4.2	Bruk av kartleggingsverktøy.....	21
4.3	Sykepleiers kompetanse.....	22
5	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Forebyggende sykepleietiltak.....	25
5.2.2	Bruk av kartleggingsverktøy.....	27
5.2.3	Sykepleieres kompetanse.....	28
6	Konklusjon.....	30
	Referanser.....	31
	Vedlegg.....	34

Antall ord: 8587

1 Innledning

I innledningen vil vi presentere bakgrunn for tema, samt problemstillingen og avgrensninger og begrepsavklaring. Avslutningsvis vil vi kort beskrive hvordan oppgaven er oppbygd.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt er postoperativ sykepleie, og vi velger å avgrense det til postoperativt delirium hos eldre pasienter over 65 år. Postoperativt delirium er en vanlig komplikasjon hos eldre sykehuspasienter, og fører ofte til konsekvenser som økte kostnader, forlenget sykehusinnleggelse, økt arbeidsmengde for sykepleiere og kan medføre unødvendig overflytting av pasienter til sykehjem (Kratz et al., 2015). Postoperativt delirium er assosiert med økt mortalitet på 25-33% (Kratz et al., 2015). Tilstanden rammer rundt 11-42% av eldre pasienter innlagt på sykehus (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020). Helsekostnaden som tilknyttes delirium er mer enn 164 billion dollar per år i USA (Chen et al., 2017). Ranhoff (2014, s. 452) påpeker at delirium kan føre til alvorlige konsekvenser for eldre pasienter og er forbundet med økt komplikasjonsrisiko, funksjonssvikt, økt dødelighet, økt risiko for utvikling av demensdiagnose, forlenget sykehusopphold og økte kostnader.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen vi tar for oss i denne oppgaven er

“Hvordan kan sykepleier forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter?”

Opgaven er skrevet fra et sykepleierfaglig perspektiv. Fokuset er rettet mot eldre pasienter ≥ 65 år på kirurgisk sengepost. Eldre er en pasientgruppe som har stor risiko for å utvikle postoperativt delirium på grunn av risikofaktorer som alder, kognitiv svikt, hoftebrudd, alvorlig sykdom både som akutt, og underliggende og dersom man har hatt delirium ved tidligere innleggelser (Amble et al, 2016). Oppgaven baseres på de første postoperative døgnene.

1.3 Begrunnelse av tema og problemstilling

Vi valgte temaet og problemstillingen på bakgrunn av den høye forekomsten av postoperativt delirium, og per dags dato finnes det ikke en spesifikk behandling for postoperativt delirium annet enn å behandle den underliggende årsaken (Amble et al, 2016). Postoperativt delirium er et problem som oppstår hyppig, men som kan forebygges i stor grad ved å legge vekt på viktige sykepleietiltak både pre- og postoperativt. Vi ønsker å sette lys på det forebyggende arbeidet for postoperativt delirium. Kunnskap kan alltid forbedres, og ved å belyse viktige temaer kan vi lære andre denne kunnskapen.

1.4 Begrepsavklaring

Postoperativt delirium beskrives som en akutt svekkelse i bevissthet med nedsatt kognitiv funksjon og oppmerksomhet. Det finnes tre ulike typer for delirium, hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium og en blandingstype (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020).

Postoperativ fase er tiden etter et kirurgisk inngrep, i denne fasen har pasienten behov for spesiell overvåkning (Berntzen et al, 2017, s. 345).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er strukturert etter IMRAD-strukturen. Den er oppbygd av 6 kapitler, med en innledningsdel, teoridel, metodedel, resultatdel, diskusjonsdel og en konklusjon. I kapittel 2 presenteres nødvendig teori for å svare på problemstillingen. I kapittel 3 tar vi for oss metode, med nøye gjennomgang av datasamling, analyse og gjennomføringen av artikkelsøket. I kapittel 4 fremhever vi funnene fra forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven. Videre i kapittel 5 kommer diskusjonsdelen, der vi først tar for oss metodediskusjon etterfulgt av resultatdiskusjonen. I resultatdiskusjonen drøfter vi funnene i artiklene, der vi også trekker frem relevant teori og egne meninger. For å avslutte oppgaven blir det presentert en konklusjon på problemstillingen, hovedfunnene og konsekvenser for sykepleie, samt en vurdering av behov for videre forskning av temaet.

2 Teori

I dette kapitlet vil det presenteres relevant teori for å belyse og svare på problemstillingen.

2.1 Postoperativt delirium

Postoperativt delirium beskrives som en akutt svekkelse i bevissthet med nedsatt kognitiv funksjon og oppmerksomhet. Tilstanden medbringer alvorlige konsekvenser for pasienten på grunn av den høye risikoen for andre postoperative komplikasjoner, som igjen fører til lengre sykehusopphold og en eskalerende kognitiv svekkelse. Forekomsten av postoperativt delirium hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus viser å være 11-42%. Pasienter utsatt for hoftebrudd har en insidens på rundt 50%. Postoperativt delirium oppstår ofte akutt sent på kvelden eller i løpet av natten etter at pasienten er overflyttet fra postoperativ eller intensiv avdeling og til en kirurgisk sengepost (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020).

Postoperativt delirium er delt opp i tre typer, hypoaktivt delirium, hyperaktivt delirium og en blandingstype. Ved postoperativt delirium er det den hyperaktive som er tydeligst. Pasienter med hyperaktivt delirium kjennetegnes å være både aggressive, utagerende og psykotisk/paranoid. Denne type delirium har svært alvorlige konsekvenser for pasienten selv, andre pasienter, pårørende og ansatte (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020). Hypoaktivt delirium er mer vanlig, men blir ofte ikke kjent igjen ettersom symptomene er vage. Pasientene ved hypoaktivt delirium kjennetegnes å være stille og rolige, samt symptomer som nedsatt oppmerksomhet og bevissthet, og redusert psykomotorisk aktivitet (Ranhoff, 2014, s. 453). Pasienter som tidligere har hatt postoperativt delirium, vil ha en større risiko for å utvikle det igjen ved akutt sykdom, skade og medikamentell påvirkning. Postoperativt delirium kan oppstå i alle aldre, men det er vanligst hos eldre, spesielt over 70 år. Det kan være en utfordring å identifisere postoperativt delirium hos eldre, ettersom symptomene kan tolkes som demens, og tilstanden blir ofte underdiagnostisert (Stubberud, 2017, s. 429). Det kan være vanskelig å diagnostisere hypoaktivt delirium, da fokuset ofte er rettet mot symptomer for hyperaktivt delirium (Vassbø & Eilertsen, 2014).

2.2 Kartleggingsverktøy

Det finnes flere kartleggingsverktøy som kan hjelpe sykepleiere å identifisere risikofaktorer, forebygge og tidlig identifisere symptomer på postoperativt delirium. Postoperativt delirium har et svingende forløp, og symptomene endrer seg hurtig i løpet av døgnet. På grunn av det svingende forløpet, er det viktig med kontinuerlig observasjon. Kliniske observasjoner gjøres av sykepleier, og det er viktig å tolke og dokumentere disse observasjonene. Diagnostiske kriterier er nødvendig å ta i bruk, og ofte anbefales kartleggingsverktøyet CAM for forebygging og identifisering av postoperativt delirium (Ranhoff, 2014, s. 456). MMSE og Barthel ADL-Index er ofte brukt sammen med CAM.

CAM – Confusion Assessment Method

CAM er et verktøy som anvendes hos pasienter med høy risiko for å utvikle delirium. CAM er et kartleggingsverktøy som går ut på 4 trinn: akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå. For at diagnosen delirium skal bli satt, må trinn 1, 2 og enten 3 eller 4 være oppfylt (Nevrologi legehåndboka, 2010).

2.3 Kommunikasjon

I arbeid med personer med svake eller svekkede kognitive evner ligger det et spesielt relasjonsetisk ansvar hos sykepleieren. Relasjonsteori angir at i møte med eldre er det viktig å tone seg inn på pasienten, ta utgangspunkt i det pasienten er opptatt av, og å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2019, s. 327). På grunn av aldringsprosessen blir kommunikasjonsevnen påvirket. Intellettet og evnen til å forstå, lære og løse problem kan fortsatt være bra, men de fysiske og mentale prosessene går langsommere enn tidligere, på grunn av dette må kommunikasjonen tilpasses deretter (Eide & Eide, 2019, s. 311). Eide & Eide (2014, s. 292) sier «å gi informasjon og veiledning er en av hjelpernes viktigste kommunikative oppgaver». Pasienten bør kunne mestre situasjonene og i høyest mulig grad være selvhjulpen (Eide & Eide, 2014, s.292).

Nonverbal kommunikasjon kan være vanskelig å fortolke og ofte ha flertydige meninger. Evne til å tolke nonverbal kommunikasjon varierer, særlig med erfaring. Nonverbal kommunikasjon formidles på ulike måter, særlig gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt og blick, kroppsholdning og kroppskontakt, og stemmeleie (Eide & Eide, 2014, s. 201-202).

2.4 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og professor som er kjent for sin omsorgsteori (Gjengedal, 2000, s. 49). Martinsens omsorgsfilosofi er hovedsakelig bygd på spørsmål knyttet til menneskelivets natur og livsvilkår, i tillegg til hvilke konsekvenser dette grunnsynet har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Teorien vektlegger en menneskeoppfatning som er bygget på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige fellesskapet står i sentrum (Kristoffersen, 2017, s. 55). Martinsens omsorgsteori går ut fra en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som fundamentale i menneskers liv. Det er et faktum at menneskets liv er knyttet med andre menneskers liv, og det er nettopp på grunn av dette at mennesker er avhengig av hverandre (Kristoffersen, 2017 s. 55).

Teorien tar utgangspunkt i Løgstrups skapelsesfenomenologi, som angir at alt liv blir båret av grunnleggende livsvilkår som gis ved skapelsen. Vilråene blir kalt livsytringer, og er grunnleggende for vår eksistens. Det betyr hovedsakelig at vi ikke kan leve for eksempel uten tillit og barmhjertighet for hverandre. Det legges vekt på at tillit og barmhjertighet ikke er noe mennesker utvikler, men det er livsmuligheter vi har fått og er forutsetninger for vårt liv. Vilråene kan være både relasjonelle og moralske. De blir relasjonelle på grunn av at de forutsetter andre mennesker. Dette kommer frem ved at tillit og barmhjertighet kun er tomme ord om de ikke kan realiseres ovenfor andre mennesker. De blir moralske dersom de har et moralsk innhold, det er for eksempel ikke noe som kalles umoralsk tillit eller umoralsk barmhjertighet. «Livsytringene ligger der

som tause forutsetninger for våre liv, men ytrer seg i vår omgang med andre mennesker» (Gjengedal, 2000, s. 49).

2.5 Sykepleiers kompetanse

Kompetanse i kvalitetsforbedring er viktig for å skape kontinuerlig forbedring av helsehjelp som tilbys pasienten i helse- og omsorgstjenesten. Kompetanse i kvalitetsforbedring kan også beskrives som forbedringskunnskap. For utvikling er det viktig at helsepersonell får erfaring med å utøve forbedringsarbeid. Helsepersonell som jobber med kvalitetsforbedring bør ha evne til å reflektere i praksis og ha kunnskap om ulike metoder for kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll. Kunnskap og ferdigheter i kunnskapssøk og kunnskapshåndtering er en viktig del for helsepersonell i kvalitetsforbedring (Stubberud, 2021, s. 28). Kvalitetsforbedring er en evig prosess dersom helse- og omsorgstjenesten skal bestå, tjenestene er en kontinuerlig prosess som må evalueres og forbedres (Stubberud, 2021, s. 44).

Lite koordinering av arbeid, nasjonalt og for hver enkelt helseinstitusjon, er et problem for utarbeiding av lokale retningslinjer, fagprosedyrer og protokoller (Stubberud, 2021, s. 67). Forbedringsarbeid er en del av å utvikle fagprosedyrer. Der det ikke er nasjonale prosedyrer, bør det skapes lokale prosedyrer og retningslinjer, dette er for å fjerne uønsket variasjon i praksis. Stubberud (2021, s. 105) «Sykepleiere er viktige aktører ved utvikling av lokale fagprosedyrer og trenger derfor kunnskap om hvordan dette arbeidet kan gjøres på en systematisk måte».

3 Metode

I dette kapitlet vil vi gå nøye gjennom vår metode for innhenting og systematisering av data. Både datainnsamling, søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering og etisk vurdering, samt analyse av datainnsamlingen vil bli beskrevet.

3.1 Datainnsamling

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Den baseres på litteratur og forskning rundt valgt tema. En litteraturstudie med systematiske søk går ut på å formulere et spørsmål som skal besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere forskning som er relevant (Forsberg og Wengström, 2017, s. 27). Systematisk litteratursøk er et omfattende søk der informasjonsinnhenting er planmessig og begrunnet. Det kjennetegnes ved at man gjør omfattende søk i flere databaser med utstrakt bruk av søkeord. Ifølge Forsberg og Wengström (2017, s. 26) er det nødvendig med tilstrekkelig av studier som er av god kvalitet for å gjennomføre et systematisk litteratursøk. Studier av god kvalitet kan utgjøre et tilstrekkelig underlag for bedømmelser og konklusjoner. Vi har valgt å inkludere både kvantitative studier og kvalitative studier. Kvantitative studier går ut på å klassifisere, se sammenhenger, forutsi og forklare (Forsberg & Wengström, 2017, s. 42-43). Kvalitative studier derimot setter søkelys på å tolke og skape mening og forståelse av menneskers subjektive opplevelse (Forsberg & Wengström, 2017, s. 44).

Vi har gått ut fra kriteriene som bør være oppfylt i en systematisk litteraturstudie, som er et klart formulert spørsmål, tydelig beskrevet kriterier og metoder for søk av utvalgte artikler. Det er viktig at alle studier inkludert i oppgaven er kvalitetssikret. For at det skal være en godt gjennomført litteraturstudie er det viktig at det ikke bare er fordeler som blir tatt med, men også ulemper og risikoer, en bedømmelse av hvor velbegrunnet resultatene er, og utdrag av data/tabeller fra de studiene som har blitt kvalitetsrevidert (Forsberg og Wengström, 2017, s. 27).

3.1.1 Søkestrategi

For å lage en søkestrategi ble det tatt utgangspunkt i problemstillingen "hvordan kan sykepleier forebygge postoperativt delirium hos eldre". Søkeordene som ble tatt i bruk for å lage en søkestrategi ble funnet ved et PICO-skjema. Vi har valgt å bruke PICO-skjemaet for å finne søkeordene på grunn av at det gir en god oversiktlig struktur for å sette i gang søkestrategien. PICO er en strukturert metode der det tas utgangspunkt i problemstillingen og det settes opp en søkestrategi i ulike databaser (Helsebiblioteket, 2016). Nøkkelordene som ble anvendt i litteratursøket ble tatt ut ifra problemstillingen ved hjelp av PICO, se tabell. Søkeordene vi endte opp med var prevention, postoperative, delirium, aged og nurse. Synonymer til søkeordene ble også nødvendig å bruke for å utvide søket og komme frem til flere forskningsartikler. Termbasen MeSH ble brukt for å finne synonym til søkeordene vi hadde kommet frem til (Universitetet i Agder). Søkeordene ble satt sammen ved bruk av operatørene AND og OR, disse ble brukt for å begrense søket og få et mer innskrenket resultat fra søket.

PICO-skjema

P	Problem/population	Eldre \geq 65år, postoperativt delirium
I	Intervention	Nurse/nursing
C	Comparison	
O	Outcome	Forebygge postoperativt delirium

Det måtte gjennomgås nøye hva som var kriteriene for å komme frem til artiklene som er brukt i oppgaven. Arenaen vi valgte å ha fokus på var sykehus, og på bakgrunn av dette var det viktig å finne artikler som omhandlet pasienter innlagt på sykehus. Oppgaven er skrevet fra et sykepleiefagligperspektiv, og det var kritisk at innholdet i artiklene var rettet mot sykepleiers rolle i forebyggingen av postoperativt delirium. For å komme frem til relevante forskningsartikler tok vi i bruk databasene CINAHL og MEDLINE. I CINAHL kom det flere relevante artikler ved å bruke søkeordene valgt ut fra PICO-skjemaet. Det var nødvendig å bruke synonymer for søkeordene, for eksempel istedenfor «postoperative» brukte vi «post-surgery». Mange av de samme artiklene kom opp ved bruk av synonymer. I MEDLINE var det 9 antall treff på søkeordene «prevention», «postoperative», «delirium», «eldrely» og «nurse», her leste vi 6 sammendrag og 4 artikler, av disse var det kun en som var relevant for problemstillingen. Flere av artiklene som kom opp i søket hadde ikke relevans for vår oppgave da vi leste overskriftene, så vi valgte derfor å se bort ifra disse. Se vedlegg «søkestrategi».

Ved å gå gjennom flere forskjellige overskrifter og sammendrag, fikk vi et godt overblikk over artikler som kunne anvendes i oppgaven. Alle forskningsartiklene vi endte opp med er vurdert og valgt ut på bakgrunn av relevans for problemstillingen. Oppgaven har en majoritet av østlige artikler, dette er et bevisst valg på grunn av mangel på forskning i Skandinavia og Europa.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Delirium, postoperativt delirium Sykehus	Allerede eksisterende demensdiagnose eller andre kognitive skader/sykdommer, og skiller mellom postoperativt delirium og delirium tremens.
\geq 65 år Menn og kvinner	
Sykepleierens rolle, sykepleievurderinger	
Utgitt mellom 2011-2022 Fagfelleurdert Artiklene har språk på enten engelsk eller skandinavisk Tilgjengelig i fulltekst	
Forebygging	Behandling

Det ble satt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne frem til artikler som inneholdt alle de punktene som vil svare på problemstillingen. Ved å sette slike kriterier fikk vi en bedre oversikt og det ble enklere å orientere seg i de ulike databasene.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Verdien av en systematisk litteraturstudie avhenger av hvor godt man identifiserer og vurderer relevante studier. Hver studie bør alltid vurderes i flere trinn, og det er ingen ensidig prosess. Når man foretar en kvalitetsvurdering bør det inkludere studiens formål og problemstilling, design, utvalg, måleinstrumenter, analyse og tolkning. Ved en kvalitetsvurdering er det viktig å gjøre en helhetsvurdering av studien. (Forsberg og Wengström, 2017, s. 104-107). Når man skal utføre en kvalitetsvurdering, er der ulike kriterier avhengig om det er kvantitativ eller kvalitativ forskning. En vurdering av kvantitativ forskning går ut fra tre hovedpunkt, som er intern validitet, pålitelighet og ekstern validitet. Intern validitet går ut på ulike systematiske forskjeller i studien. Reliabilitet tar for seg metodefeil, pålitelighet og feilmarginer i studien. Når det er snakk om ekstern validitet, så går dette ut på grad av generalisering. Vurdering av kvalitativ forskning har kriterier som kvaliteter i helhetsbeskrivelsen, kvaliteter i resultatet og rimelighets kriterier (Forsberg og Wengström, 2017, s. 104-107). Kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse) ble tatt i bruk for å kategorisere nivået til de tidsskriftene artiklene er publisert i, fem av artiklene var kategorisert som nivå 1, og resterende tre var kategorisert som nivå 2.

3.1.4 Etisk vurdering

Etikk er viktig for all vitenskapelig forskning, og det er derfor viktig at en etisk vurdering gjøres før det blir utført en systematisk litteraturstudie. Når det gjøres en etisk vurdering er det flere faktorer som er viktige å ta stilling til. Det er her viktig å velge studier som er godkjent av en etisk komité eller at det er utført etiske vurderinger. I studien skal forskerne være nøyaktige og det skal komme frem en nøyaktig redegjørelse av resultatene, og et krav til alle vitenskapelige studier er at det gjøres etiske overveielser (Forsberg & Wengström, 2017, s. 132). Etiske vurderinger som denne oppgaven har lagt til grunn er at det blir valgt studier som har gjort nøyaktige etiske overveielser og de som har presentert alle resultat som både støtter og ikke støtter hypotesen (Forsberg & Wengström, 2017, s. 59). Andre etiske vurderinger som denne studien tok hensyn til var at deltagerne kunne nekte eller trekke seg når som helst, samt verbalt samtykke, at deltagelsen er valgfri og at forskerne skal i forskningen ikke gjøre noe for å påføre skade hos deltagerne. Artiklene inkludert i oppgaven er fagfellevurdert og de er etisk vurdert.

3.2 Analyse

Analyse betyr å dele opp i mindre deler. Å analysere en vitenskapelig forskningsartikkel innebærer å dele opp det undersøkte temaet i mindre deler, for så å analysere de hver for seg. Når man har delt opp teksten og analysert hver del, så sammenfatter man teksten og setter det sammen igjen til en helhet (Forsberg og Wengström, 2017, s. 152). Analyse blir beskrevet som et hjelpemiddel for å enkelt få en god oversikt over en

datasamling, og for å beskrive fenomenet på en systematisk og objektiv måte (Evans, 2002).

Trinn 1: Dette trinnet handler om å finne de ulike artiklene etter kriterier man har satt og identifisere artikler ut ifra relevans for oppgaven (Evans, 2002). Vi utførte et systematisk søk, og kom frem til 8 forskningsartikler.

Trinn 2: På det andre trinnet handler det om å identifisere nøkkelfunnene i artiklene (Evans, 2002). Det første vi gjorde var å lese grundig gjennom flere artikler for å finne de som kunne anvendes i oppgaven. Dersom de hadde relevans for oppgaven, ble de tatt med videre og vi utarbeidet en litteraturmatrise for hver artikkel, se vedlegg.

Trinn 3: Det tredje trinnet er å identifisere tema ut fra nøkkelfunnene. For å gjøre dette sorteres de nøkkelfunnene som ble funnet. Forskjeller mellom artiklene blir sammenlignet, og likheter og ulikheter av temaer blir identifisert (Evans, 2002). Ved å analysere og identifisere de ulike nøkkelfunnene, kom vi frem til ulike temaer som gikk igjen i flere av artiklene. Ut ifra det kom vi frem til 3 hovedtema: forebyggende sykepleietiltak, bruk av kartleggingsverktøy og sykepleiers kompetanse. Kategoriene vi kom frem til utarbeidet vi i en tabell, for å enkelt systematisere hvilke artikler som inngikk i hvert av de 3 temaene.

Trinn 4: Det siste trinnet tar for seg det å beskrive fenomenet (Evans, 2002). For å beskrive fenomenet, måtte vi sortere de ulike funnene mot kategoriene vi kom frem til. Det er dette som kommer frem i resultatkapittelet.

Tema	Artikkel
Forebyggende sykepleietiltak	1, 2, 3
Kartleggingsverktøy	4, 5, 7
Sykepleiers kompetanse	6, 8

4 Resultat

I resultatet tar vi utgangspunkt i artiklene inkludert i oppgaven, og vi vil gjøre rede for sentrale funn som ble gjort. Funnene har vi valgt å dele opp i temaene: forebyggende sykepleietiltak, bruk av kartleggingsverktøy og sykepleiers kompetanse. Vi vil vektlegge sentrale funn innenfor kategoriene for å svare på problemstillingen.

4.1 Forebyggende sykepleietiltak

Ifølge Kratz et al. (2015) er forekomsten av postoperativt delirium hos pasienter over 70 år 14-56%, av dette er mortaliteten assosiert med 25-33%.

Et sentralt funn i artiklene Chen et al. (2017), Kratz et al. (2015) og Wang et al. (2019) var bruken av et program som er laget spesielt for å forebygge postoperativt delirium. Programmet blir kallet Hospital Elder Life Program (t-HELP), og tar for seg tiltak som har positiv forebyggende effekt på postoperativt delirium. Studiene Chen et al. (2017), Kratz et al. (2015) og Wang et al. (2019) tar alle for seg t-HELP-protokoll, men med noe ulik fremgangsmåte og gjennomføring. I Kratz et al. (2015) stod en spesialutdannet sykepleier ansvarlig for gjennomføringen av programmet, i Wang et al. (2019) derimot var fokuset rettet mer mot involvering av nærmeste familie som et hjelpemiddel for forebygging. T-HELP omhandler en ny metode for pleie av eldre pasienter. Den nye metoden tar for seg tiltak som orienterende kommunikasjon, tidlig mobilisering, aktivisering, støtte av opplært personell, familieinvolvering, regelmessig deliriumscreening, støtte og råd fra spesialsykepleiere og opplæring i avdeling for helsepersonell (Kratz et al., 2015). Chen et al. (2017) tar i bruk en modifisert utgave av t-HELP-programmet, såkalt m-HELP. M-HELP retter fokuset på fire protokoller som skal utføres hver dag. De fire protokollene er orienterende kommunikasjon, tannstell, sørge for tilfredsstillende inntak av væske og ernæring, samt tidlig mobilisering.

Både Kratz et al. (2015) og Wang et al. (2019) kommer frem til den positive siden ved å ta i bruk t-HELP i praksis. Spesialsykepleieren satte i gang tiltak som validering, bedring av søvn, kognitiv aktivisering, tidlig mobilisering, forbedret sansestimulering og tilfredsstillende ernærings- og væskeinntak (Kratz et al., 2015). Wang et al. (2019) påpeker at t-HELP var enda mer effektivt enn vanlig pleie i forhold til forebygging av postoperativt delirium. Pasientene i t-HELP gruppen opplevde økt mobilisering, i tillegg til økt emosjonell og psykologisk støtte ved utskrivelse. Tiltakene som ble satt i gang er utgangspunktet for programmet t-HELP. Risikofaktorer for postoperativt delirium inkluderte her en lav score på Mini-Mental State Examination (MMSE), høy alder og preoperativ infeksjon (Kratz et al., 2015). I den første fasen vart det ikke satt i gang intervensjonstiltak, og av pasientene var det 20,2% som utviklet postoperativt delirium. I den andre fasen ble det satt i gang tiltak i intervensjonsgruppen, hvorimot kontrollgruppen fikk standard pleie. I motsetning til kontrollgruppen, der 20,8% utviklet postoperativt delirium, var det kun 4,9% som utviklet postoperativt delirium i intervensjonsgruppen (Kratz et al., 2015). Forskjellen mellom gruppene kommer sannsynlig av tiltakene som ble satt i gang av den spesialutdannede sykepleieren, som var forbedring av søvn, kognitiv aktivisering, tidlig mobilisering, forbedret sensorisk stimulering og forbedret ernæringsmessig og væskeinntak (Kratz et al., 2015).

I Wang et al. (2019), der fokuset var rettet mot familieinvolvering, ble postoperativt delirium oppdaget i 4 av 152 (2,6%) tilfeller i intervensjonsgruppen og i 25 av 129 (19,4%) tilfeller i kontrollgruppen. Forekomsten av postoperativt delirium var betydelig lavere i intervensjonsgruppen innen dag 7 postoperativt, i forhold til kontrollgruppen. Bruken av t-HELP viste seg å være mer effektivt enn vanlig omsorg for å forhindre alvorlig postoperativt delirium. Pasientene i intervensjonsgruppen som mottok t-HELP opplevde redusert nedgang i både fysisk og kognitiv funksjon. Funnene fra studien Wang et al. (2019) tyder på at t-HELP med fokus rettet mot familieinvolvering, er et effektivt tiltak å ta i bruk for å redusere forekomsten av postoperativt delirium hos eldre pasienter på kirurgisk sengepost. Tiltakene er med på å både opprettholde og forbedre pasientenes fysiske og kognitive funksjon.

Bruk av m-HELP i Chen et al. (2017) resulterte med at eldre pasienter som gjennomgikk abdominalkirurgi kunne redusere sjansen for postoperativt delirium med 56%, i tillegg til å redusere sykehusoppholdet. Det var 377 pasienter som deltok i studien, hvor 197 pasienter var i intervensjonsgruppen og 180 pasienter var i kontrollgruppen. Postoperativt delirium forekom hos 13 av 196 pasienter (6,6%) i intervensjonsgruppen, og 27 av 179 pasienter (15,1%) utviklet postoperativt delirium i kontrollgruppen (Chen et al., 2017). Intervensjonsgruppen som mottok m-HELP hadde i gjennomsnitt ett kortere sykehusopphold, med 2 dager kortere enn kontrollgruppen (Chen et al., 2017). Tiltakene brukt var orienterende kommunikasjon, tannstell, sørge for tilfredsstillende inntak av væske og ernæring, samt tidlig mobilisering.

4.2 Bruk av kartleggingsverktøy

Felles for artiklene er at sykepleierne tar i bruk ulike skåringskjema som CAM (Confusion Assessment Method), CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), MMSE (Mini-Mental State Exam), Barthel index ADL og MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale). Verktøyene er utviklet for å identifisere risikofaktorer, forebygge og tidlig identifisere postoperativt delirium. I studien til Tsang et al. (2012) viser de til 13 vanlige risikofaktorer for postoperativt delirium, som er synshemming, kognitiv svekkelse, 75 år og eldre, alkohol- og stoffmisbruk, hoftebrudd, sykdom, immobilitet, underernæring, medikamenter, urinkateter, infeksjon, lang kirurgisk ventetid og hypoksemi. For å etablere viktigheten av hver risikofaktor tok de i bruk Fishes's Exact test, som er en statistisk test som brukes i analyser. Risikofaktorer som synshemming, kognitiv svikt, høy alder, immobilitet, underernæring og lang operasjonsventetid viser seg å være assosiert med økt risiko for utviklingen av postoperativt delirium (Tsang et al., 2012). Kjønn kommer også frem som en signifikant faktor for forekomsten av postoperativt delirium, der forekomsten var 15,5% hos mannlige pasienter og 28,7% hos kvinnelige pasienter (Tsang et al., 2012).

I Unal et al. (2021) har de tatt i bruk CAM-ICU og Barthel index ADL. De har også nyttet Richards-Campbell Sleep Questionnaire, som er et spørreskjema som evaluerer søvnen ut ifra ulike faktorer. I Unal et al. (2021), i motsetning til Tsang et al. (2012), er fokuset her rettet spesifikt mot smerte, funksjonell status og søvn. I Richards-Campbell Sleep Questionnaire, kommer det frem at søvnkvaliteten til intervensjonsgruppen var bedre enn kontrollgruppen, og ingen av pasientene i intervensjonsgruppen utviklet delirium. I likhet med et flertall av studiene, blir t-HELP intervensjonene tatt i bruk i Unal et al. (2021).

I studien til Choi et al. (2019) utviklet de et kartleggingsverktøy ut ifra 4 risikofaktorer som er: historie med demens, historie med delirium, medikament for demens og K-AD8-score ≥ 2 . Kartleggingsverktøyet de utviklet hadde suksess med å klassifisere hvilke pasienter som hadde høy risiko for å utvikle postoperativt delirium ved ankomst til kirurgisk sengepost. I løpet av studieperioden ble 82 pasienter klassifisert å være høy risiko for å utvikle postoperativt delirium, og det ble ut ifra dette satt i gang forebyggende tiltak mot postoperativt delirium. Pasientene som viste seg å ha høy risiko for å utvikle delirium var de som hadde en eller flere av de 4 risikofaktorene som ble brukt for å utvikle kartleggingsverktøyet. Sensitiviteten og spesifisiteten til verktøyet for å estimere risikoen for postoperativt delirium var 94,1%. Forekomsten av postoperativt delirium var 10,2% i kontrollgruppen og 6,2% i intervensjonsgruppen. Dette viser en reduksjon for forekomsten av postoperativt delirium. Medianlengden på sykehusoppholdet ble kortet ned med 1 dag i intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen.

4.3 Sykepleiers kompetanse

I Vassbø & Eilertsen (2014) varierer sykepleiernes erfaringer med hensyn til hvor målrettet observasjonene gjøres i forhold til tegn på delirium i det første møtet med pasienten. Sykepleierne gir uttrykk for at postoperativt delirium ikke er det første de tenker på når en pasient kommer inn. Noen var oppmerksomme på de eldres risiko for å utvikle delirium, og mente at det var viktig å kartlegge i innkomsten. Det kommer frem at det ikke var etablert gode rutiner og prosedyrer for identifisering og rapportering av postoperativt delirium. I studien til Igwe et al. (2021), uttalte mer enn 80% av deltakerne at det ikke er nok prosedyrer for eldre pasienter, spesielt knyttet til anestesi, i forhold til utviklingen av postoperativt delirium. 95,2% av sykepleierne svarer at de ikke har faste prosedyrer for postoperativt delirium. I flere tilfeller ble ikke den kognitive svikten til pasientene formelt vurdert ved å bruke kartleggingsverktøy. Mangelen på prosedyrer kommer også frem i Vassbø & Eilertsen (2014) der flere av sykepleierne påpeker at uklare prosedyrer og uavklart preoperativ ventetid bidrar til dårligere systematisk oppfølging, registrering og overvåkning av pasientens væskeinntak. De etterlyser bedre rutiner for planlegging av operasjonen og bedre samarbeid om operasjonsprogrammet.

I studien til Igwe et al. (2021) ble det gjennomført en undersøkelse om mangel på prosedyrer. Det var 226 deltakere fra Australia, New Zealand og Skottland som svarte på undersøkelsen. I undersøkelsen kommer det frem at flertallet av deltakerne hadde ingen arbeidsprosedyrer for anestesiplanlegging hos eldre pasienter. Det var stor variasjon i praksis i forhold til postoperativ deliriumscreening, påvisning, forebygging og behandling. Studien konkluderer med at det å forbedre utdanning og bevissthet, sammen med mer sammenhengende tilnærming kan bidra til å redusere utfallet av delirium hos eldre pasienter.

Vassbø & Eilertsen (2014) setter lys på begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner i de ulike fasene, noe som førte til at sykepleierne møtte på ulike utfordringer. Det kom også frem at preoperativ fase var kritisk for utviklingen av delirium, uten at sykepleierne så på dette som en grunn for forebygging. Studien viser til et økt behov for kompetanseutvikling innenfor eldre pasienters behov for trygghet og å redusere risiko utvikling for delirium i forbindelse med kirurgi. I Vassbø & Eilertsen (2014) påpeker sykepleierne at fokuset er rettet mer mot hyperaktivt delirium, ettersom de kliniske

tegnene på hypoaktivt delirium ikke blir satt i sammenheng med delirium og risikoene som er forbundet med det. Sykepleierne mente det var viktig å kartlegge pasientens opplevelse med delirium i ettertid og å ha gode prosedyrer for utskrivning (Vassbø & Eilertsen, 2014). En sykepleier hadde flere erfaringer med at pasientene syntes det var godt å snakke om dette for å få bekreftelse på hva som hadde skjedd, og hvordan dette forstås (Vassbø & Eilertsen, 2014).

Tidlig mobilisering kommer frem i både Vassbø & Eilertsen (2014) og i Wang et al. (2019). Den postoperative fasen blir beskrevet som en fase med større muligheter for en selvstendig fagutøvelse i forhold til den preoperative fasen (Vassbø & Eilertsen, 2014). Sykepleierne i studiene har erfaring med at immobilisering og utvikling av delirium har en sammenheng. I Wang et al. (2019) var tidlig mobilisering et av tiltakene som ble satt i gang i intervensjonsgruppen. Sykepleierne i Vassbø & Eilertsen (2014) påpeker at fokuset på mobilisering postoperativt ikke bevisst var rettet mot forebygging av postoperativt delirium, da fokuset er rettet mot mobilisering i forhold til operasjon.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil det bli presentert en metode- og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi diskutere fremgangsmåten som ble brukt for å finne svar på problemstillingen, mens i resultatdiskusjonen vil vi drøfte funnene fra de ulike artiklene, i tillegg til å anvende relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

Når det er snakk om postoperative delirium, har vi vurdert en rekke forskninger som har gitt oss et godt grunnlag for å skrive oppgaven. Arbeidet med oppgaven startet allerede høsten 2021, der det ble laget både en prosjektplan og en fremdriftsplan. Gjennom hele prosessen har vi hatt et godt samarbeid om oppgaven, og gitt hverandre konstruktiv kritikk hele veien, samt jobbet organisert og strukturert. Vi ser på det som en styrke at vi er to som har jobbet med oppgaven sammen, på grunn av dette har det vært lettere å diskutere og kommet frem til hva som er relevant for oppgaven og hva som ikke er relevant. Siden oppgaven er en systematisk litteraturstudie kan det ses som en svakhet at vi har brukt ulike søkeord for å finne frem til flere artikler. Selv om dette kan oppfattes som en svakhet, var det nødvendig å finne synonym til søkeordene for å finne relevante artikler å anvende i oppgaven. Det som vi derimot ser som en styrke er at vi fant artiklene i flere av databasene ved bruk av synonymer til søkeordene. Artiklene inkludert i oppgaven er valgt med hensikt til å svare på problemstillingen. Majoriteten av artiklene er østlige, dette grunn av lite forskning på temaet i Skandinavia og Europa har. Vi valgt å inkludere disse på grunn av relevans til å svare på problemstillingen, dette kan sees som en styrke.

5.2 Resultatdiskusjon

Forsberg og Wengström (2017, s. 41) sier at resultatdiskusjonen skal diskuteres i forhold til problemstillingen og aktuell teori om temaet. De åtte artiklene vi har valgt å ta med i denne studien handler om å forebygge postoperativt delirium, og med utgangspunkt i dette vil vi belyse sykepleien med egne meninger og konsekvenser.

Postoperativt delirium er et stort problem for kirurgisk sengepost og intensivavdelinger. Komplikasjonen av postoperativt delirium er at pasientene har forlenget sykehusopphold, er mer avhengig av hjelp til dagliglivets aktiviteter, har dårligere psykisk velvære og lider av ytterligere komplikasjoner oftere enn pasienter som ikke gjennomgår delirium – ikke bare under sykehusoppholdet, men også 6-12 måneder etter med økt tid i institusjon. Symptomer på delirium vedvarer hos omtrent en tredjedel av pasientene, og disse pasientene har en dårligere prognose – selv etter å ha blitt frisk etter symptomene på akutt delirium (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020). Det blir sagt at «helhetlig god sykepleie» er viktig for å forebygge delirium. Dette innebærer å ivareta pasientenes grunnleggende behov, som kommer frem i Hendersons sykepleieteori, som vektlegger nettopp det med menneskers grunnleggende behov (Kristoffersen, 2017 s. 55).

5.2.1 Forebyggende sykepleietiltak

Forekomsten av postoperativt delirium er i følge Kratz et al. (2015) 14-56%, derav en mortalitet på 25-33%. På grunn av høy forekomst er det viktig å forebygge postoperativt delirium. Chen et al. (2017), Kratz et al. (2015), Unal et al. (2021), Vassberg & Eilertsen (2014) og Wang et al. (2019) sier at det å yte god sykepleie er vesentlig for å forebygge delirium. Ranhoff (2014, s. 459) påpeker flere forebyggende tiltak mot delirium som ro, hvile og skjerming, tilstrekkelig informasjon, å ha pårørende sammen med seg, normal døgnrytme, sammen med andre viktige sykepleietiltak. I både Chen et al. (2017), Kratz et al. (2015) og Wang et al. (2019) vektlegges programmet t-HELP, som er et forebyggende program mot postoperativt delirium. I Kratz et al. (2015) blir det utført flere tiltak i forhold til validering, søvn, kognitiv tenking, tidlig mobilisering, sansestimulering og ernærings- og væskeinntak. I tillegg til tiltakene i t-HELP programmet setter Wang et al. (2019) også lys på familieinvolveringen i programmet. Familie og nære relasjoner til pasienten kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst, noe som har stor innvirkning på utviklingen av postoperativt delirium.

Tiltakene i t-HELP har vist seg å være effektive mot forebygging av postoperativt delirium og hos pasienter som har forhøyet risiko for å utvikle delirium bør det bli satt i gang tiltak fortløpende. Eldre pasienter som gjennomgår kirurgi er alltid utsatt for postoperativt delirium, og risikoen øker spesielt dersom spesifikke faktorer er til stede (Stubberud, 2017, s. 429). Tidlig mobilisering er et tiltak som kommer igjen i studiene som omhandler t-HELP. Tidlig mobilisering hos kirurgiske pasienter fremskynder den rehabiliterende fasen, dette gjør at pasienten har et bedre grunnlag for å klare seg selv etter et kirurgisk inngrep. Kirurgiske inngrep er en stor påkjenning på kroppen, og det å være innlagt på sykehus i ukjente omgivelser kan bidra til å øke risikoen for delirium, spesielt hos eldre mennesker som er en sårbar pasientgruppe. Under et sykehusopphold oppstår det både psykologiske og miljømessige belastninger som kan føre til en økning av stresshormoner (Stubberud, 2017, s. 431). De fysiske risikofaktorene kombinert med økningen av stresshormoner kan bidra til å utvikle postoperativt delirium (Stubberud, 2017, s. 431). Det å ha pårørende hos seg i en slik situasjon, kan redusere stress hos pasienten og lette på følelsen av å være alene i ukjent miljø. Familieinvolvering i det forebyggende arbeidet for postoperativt delirium kan være effektive tiltak for pasienten. Et nært familiemedlem klarer kanskje enklere å realitetsorientere pasienten, enn det en ukjent sykepleier klarer.

Omsorgsteorien til Kari Martinsen legger vekt på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige fellesskapet står i sentrum. Relasjoner er fundamentale i menneskers liv, og gjør at vi er knyttet til andre mennesker (Kristoffersen, 2017, s. 55). Gode relasjoner som betyr noe for pasienten er viktig. De gode relasjonene er ofte familie eller nære venner av pasienten. Ved familieinvolvering som forbyggende arbeid for postoperativt delirium er gode relasjoner viktig for pasienten, ved at familien har en tilknytting til pasienten og lettere kan kommunisere med dem. Familien kan være hos pasienten dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig med tid for å være til stede kontinuerlig. Martinsen beskriver også at tillit ikke er noe en person er født med, men utvikler over tid (Gjengedal, 2000, s. 49). Det kan gå en stund før pasienten får tillitt til sykepleier og dersom et familiemedlem eller annen god relasjon kan være med på det forebyggende arbeidet for postoperativt delirium, vil det være en fordel for alle.

Det snakkes om at spesifikke faktorer øker risikoen for å utvikle postoperativt delirium. Faktorer som smerter, immobilisering, dehydrering, infeksjon, elektrolyttforstyrrelser, manglende søvn og uro i omgivelsene er eksempler på dette (Ranhoff, 2014, s. 457-458). Tiltak som fremmer normal døgnrytme, regelmessig vannlatning og avføring, korrigerer sansesvikt, riktig og nok mobilisering og ernæringsssituasjon er tiltak som sykepleier bør sette i gang for å forhindre postoperativt delirium. Det er viktig som sykepleier i slike situasjon er strukturert og går nøye gjennom tiltak som er forebyggende. Jo flere tiltak som blir iverksatt, jo mindre sannsynlighet for at pasienten opplever postoperativt delirium.

Det er ikke bare positive sider ved å utøve sykepleie, dette fordi mange av faktorene som oppstår i pleien kan også være uheldige. Da snakkes det ofte om permanent blærekateter, pasientens opplevelse av stress, stort utbytte av personal, lite pasientkontakt, dårlig informasjon og uro og støy fra andre pasienter (Karoliussen & Smebye, 2000, s. 611). For å ikke skape unødvendig stress for pasienten er det viktig å ha lite utskifting av personal hos pasienter som er risikoutsatt for å utvikle postoperativt delirium. Miljøet rundt pasienten bør være rolig og oversiktlig. Det bør være mulig å skjerme pasienten fra overveldende stimuli og aktivitet (Karoliussen & Smebye, 2000, s. 611). I den postoperative fasen er det viktig at pasienten får tilstrekkelig ro, kontakt og orientering for å opprettholde mental funksjon (Karoliussen & Smebye, 2000, s. 611). På et sykehus ligger pasientene ofte på flermannsrom, noe som fører til at pasientens integritet ikke blir tatt hensyn til, ettersom pasientene er skilt kun ved forheng mellom sengene og kan høre alt som blir sagt og gjort. For å redusere unødvendig stress bør risikoutsatte pasienter ha alenerom, dette for å redusere støy og uro fra andre pasienter, samt skjerming av pasientenes integritet.

Chen et al. (2017) nevner tre tiltak som kan være med på å forebygge postoperativt delirium. Tiltakene er orienterende kommunikasjon, ernæringsassistanse og tidlig mobilisering. Ved postoperativ pleie er det viktig at sykepleier realitetsorienterer pasienten så langt det er mulig, dette for å hindre forvirring som ofte oppstår under oppvåkning fra operasjon. Ifølge Eide & Eide (2019, s. 327) er arbeid med pasienter som har kognitive diagnoser et relasjonsetisk ansvar, det er viktig å møte pasienten på det nivået de er, slik at pasienten kan forstå det som blir kommunisert, samt å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Nonverbal kommunikasjon er også svært viktig i samtale med pasienter, men det er ulike erfaringer mellom sykepleiere og oppfatning av ulik nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2014, s. 201-202). Det er også viktig å skape rom for at pasienten kan stille spørsmål og få bekreftet at pasienten oppfatter informasjonen.

Postoperativt delirium har en rekke alvorlige konsekvenser for pasientene som utvikler det, men det har også store konsekvenser for sykepleien. Postoperativt delirium fører til økt arbeidsmengde for sykepleiere (Kratz et al., 2015). Postoperativt delirium fører til at sykepleier må ha tettere oppfølging på pasienten, noe som igjen fører til at flere ressurser og mer tid blir brukt på en pasient enn planlagt. Når flere ressurser og mer tid brukes, fører dette til økte kostnader (Kratz et al., 2015). Sykepleiere har mange oppgaver i den postoperative fasen, som å observere pasienten og holde en oversikt over eventuell urinretensjon, ernæringssvikt, væskeinntak og smerter (Karoliussen & Smebye, 2000, s. 612). For at det ikke skal oppstå postoperativt delirium hos pasienten, er det viktig å redusere stressbelastningen så langt det lar seg gjøre (Karoliussen & Smebye, 2000, s. 612), dette for å hindre økt arbeidsbelastning for sykepleierne. Hyppigheten av

postoperativt delirium hos eldre pasienter med en eller flere risikofaktorer, kan senkes med sykepleietiltak utført av spesialutdannet sykepleier, tett postoperativt tilsyn og kognitiv aktivering (Kratz et al., 2015).

5.2.2 Bruk av kartleggingsverktøy

Delirium er noe som ofte underdiagnostiseres, og det anbefales å bruke vurderingsskjemaer for datasamling og vurdering av pasientens mentale og kognitive funksjon (Stubberud, 2017, s. 424). CAM er det kartleggingsverktøyet som blir brukt mest ved delirium. Ved hjelp av CAM kartlegges pasientens mentale funksjon i forhold til fire faktorer, som er: akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå. Ved tilstedeværelse av noen av de nevnte risikofaktorene er det forhøyet statistisk mulighet for postoperativt delirium. Pasienten må da følges nøye opp og behandles (Kirkevold, 2014, s. 129). Delirium kan forebygges og behandles, men resultatet vil alltid være avhengig av hvor raskt det håndteres. Under datainnsamling blir det nyttede metoder under SKUV, sammen med andre ulike målinger, kartleggingsskjemaer og kommunikasjon med både pasient og pårørende (Amble et al, 2016). Dersom man har gode målinger, blir det lettere å tidlig identifisere delirium. Sykepleierne bruker sykepleieprosessen under datainnsamlingen, da vil alt av observasjoner, funn, planlegging og mål, samt tiltak og effekt av sykepleien som blir gitt bli dokumentert (Stubberud, 2017, s. 434).

Choi et al. (2019) viser til at kartleggingsverktøy har god effekt for forebygging av postoperativt delirium. Ved bruk av kartleggingsverktøy kan man tidlig identifisere risikofaktorer, og kan på denne måten forutsi om pasienten kan utvikle postoperativt delirium. Avhengig av resultat fra kartleggingsverktøyene, kan sykepleier sette i gang forebyggende tiltak. Studien til Tsang et al. (2012) kategoriserer 13 risikofaktorer som assosieres med økt risiko for postoperativt delirium. Ved å ha kjennskap til risikofaktorer blir det mer lettvisst for sykepleier å kategorisere pasienter som har risiko for å utvikle postoperativt delirium. En risikofaktor som blir diskutert er kjønn, i Tsang et al. (2012) kommer det frem at forekomsten av postoperativt delirium er 15,5% hos mannlige pasienter, og 28,7% hos kvinnelige pasienter. Stubberud (2016, s. 430) sier at mannlige kjønn kan være en mulig predisponerende faktor, særlig over 80 år. At det oppstår ulikheter mellom teori og praksis er ikke uvanlig, og det bør heller tas stilling til andre risikofaktorer for å kartlegge postoperativt delirium. Kategoriseringen av risikofaktorene blir i Tsang et al. (2012) kalt for CAD. Ved å nytte CAD blir det tatt i bruk «Snellen-test» og MMSE for vurdering av visuell og kognitiv svekkelse. De utviklet CAD for preoperativ fase, for deretter å utvikle CAP til postoperativ fase. CAP tar utgangspunkt i funnene fra CAD ved å bruke et program som regner ut logistisk regresjonsanalyse, som da sier noe om pasienten har lav, middels eller høy risiko for å utvikle postoperativt delirium. Sykepleier må da observere de pasientene som er risikoutsatte nøye ved bruk av kartleggingsverktøyene. Postoperativt delirium er en tilstand som sjeldent blir diagnostisert og forveksles hyppig med symptomer på demens. Kartleggingsverktøy brukes for datasamling og vurdering av pasientens mentale og kognitive funksjon. Ved bruk av verktøyene bør det vises takt og skjønn slik at sykepleien blir individuell og at sykepleien utøves på en omsorgsfull måte (Stubberud, 2017, s. 434).

I og med at det finnes så mange kartleggingsverktøy, kan det være vanskelig å vite hvilke verktøy man skal bruke. Det mest brukte kartleggingsverktøyet i forskningsartiklene er CAM. CAM er det verktøyet som er anbefalt å bruke for å

identifisere symptomer på delirium. For å identifisere postoperativt delirium, er det viktig å ikke stole blindt på kartleggingsverktøyene, men å bruke sykepleierens kliniske skjønn i kombinasjonen med verktøyene. Kartleggingsverktøyene blir brukt som hjelpemiddel i sykepleierens observasjoner av pasienten. Som sykepleier kan det være lurt å ta i bruk flere kartleggingsverktøy samtidig for å få en helhetlig vurdering av pasientens kognitive funksjon og risikofaktorer. Dette for å gi den pleien som er best for pasienten, ut ifra hvilke resultater kartleggingsverktøyene gir. I Choi et al. (2019) utviklet de et kartleggingsverktøy ut ifra 4 vanlige risikofaktorer: historie med demens, historie med delirium, medikament for demens og K-AD8-score ≥ 2 . Ved å benytte dette verktøyet, var det en signifikant nedgang i postoperativt delirium hos eldre i denne studien. Det viste seg å være både gjennomførbart og effektivt for forebygging av postoperativt delirium. Når man ser at bruk av kartleggingsverktøy faktisk har en vesentlig effekt, er det viktig som sykepleier å ta nytte av det. Det er viktig at det foreligger gode rutiner for kartlegging av delirium i den postoperative fasen, ettersom det har dokumentert effekt. Både kartlegging og postoperativt delirium er noe som kan bli glemt i et postoperativt forløp, da det er så mange andre hensyn å ta stilling til. Det er viktig å sette lys på viktigheten av å identifisere postoperativt delirium, for å hindre unødvendig konsekvenser for pasienten.

Kartleggingsverktøy er effektive verktøy å ta i bruk og har positive konsekvenser for sykepleien, da det kan være med å redusere forekomsten av postoperativt delirium, og dermed kan pleietyngden hos risikoutsatte pasienter reduseres betraktelig. Choi et al. (2019) sier at den gjennomsnittlige tiden for å gjennomføre det kartleggingsverktøyet de brukte var 3-5 minutter ved innkomst. Det vil heller ikke være nødvendighet for fastvakt som mange av deliriumpasienter trenger. Selv om kartleggingsverktøy blir sett på som noe positivt, så kan det også ha negative konsekvenser for sykepleien. Dersom det er mange pasienter på avdelingen, kan det ta lenger tid for sykepleier å få kartlegge pasienter med risikofaktorer ved bruk av kartleggings skjema.

5.2.3 Sykepleieres kompetanse

I studiene (Igwe et al. (2021) og Vassbø & Eilertsen (2014)) kommer det frem manglende kunnskap i forhold til forebygging av postoperativt delirium. Kunnskap om sykdomstilstander er avgjørende for utøvelsen av klinisk sykepleie. Uten denne kunnskapen blir man stående uten hjelpemidler når man som sykepleier skal ta vare på pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 20). For å forebygge postoperativt delirium, er det viktig med kunnskap. Kunnskap om tilstanden, hvorfor det oppstår, ulike faktorer som kan føre til postoperativt delirium og hva konsekvensene av postoperativt delirium er. Postoperativt delirium har alvorlige konsekvenser for pasienten og for samfunnet, og er derfor en viktig tilstand å ha innsikt om. Ved at alle delene i sykepleieprosessen blir fulgt, vil relevante observasjoner og eventuelle funn for de avgjørelsene som blir tatt, planlegging av og mål for sykepleien, tiltakene og effekten av disse bli dokumentert (Stubberud, 2017, s. 434).

Vassbø & Eilertsen (2014) sier noe om sykepleierens erfaringer, med tanke på observasjoner som blir gjort i forbindelse med postoperativt delirium i det første møtet med pasienten. Noen av sykepleierne i studien var oppmerksomme på risikoen for å utvikle postoperativt delirium hos eldre pasienter, og mente det var viktig å kartlegge dette i innkomsten, men majoriteten tenkte ikke på konsekvensene før etter operasjon. I Igwe et al. (2021) kommer det frem at det ikke var iverksatt noen prosedyrer for

kartlegging av risikofaktorer for utvikling av postoperativt delirium. Lite koordinering av arbeid, nasjonalt og lokalt er et problem for utarbeiding av lokale retningslinjer, fagprosedyrer og protokoller (Stubberud, 2021, s. 67). Der det ikke er nasjonale prosedyrer, bør det skapes lokale prosedyrer og retningslinjer, dette for å fjerne uønsket variasjon i praksis. Variasjoner i praksis kan føre til uheldige situasjoner, som kan skape forvirring og mistillit mellom pasienter og sykepleiere. I de ulike fasene ved en sykehusinnleggelse er det begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner, noe som fører til at sykepleiere møter på mange utfordringer (Vassbø & Eilertsen, 2014). En av utfordringene kan være at prosedyrer og rutiner blir utført av sykepleiere på ulike måter på grunn av ulik utdanning og erfaring. På grunn av at sykepleiere har ulik kompetanse, er det spesielt viktig med faste rutiner på avdelingene og at det er spesifikke prosedyrer å forholde seg til. Stubberud (2021, s. 105) sier «Sykepleiere er viktige aktører ved utvikling av lokale fagprosedyrer og trenger derfor kunnskap om hvordan dette arbeidet kan gjøres på en systematisk måte».

Faste rutiner opprettholder en god flyt i sykepleien som gis, og det blir heller ikke noen spørsmål om hva som er riktig eller hva som er galt. Det er viktig for pasienten at miljøet rundt dem er rolig og oversiktlig. Det er derfor viktig med en god struktur i arbeidet sykepleieren gjennomfører. Flere av sykepleierne i Vassbø & Eilertsen (2014) opplever det som utilfredsstillende at det ikke er blitt etablert faste rutiner for systematisk identifisering og rapportering av postoperativt delirium. Sykepleieren har både forebyggende og helsefremmende funksjoner. Ved postoperativt delirium er det sekundærforebyggende tiltak som gjelder. Sekundærforebyggende tiltak innebærer det å tidlig identifisere og sette i gang tiltak for å forebygge reell eller mulig helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 22). Flere sykepleiere i studien til Igwe et al. (2021) forklarer at det ikke var noen faste rutiner og at eldre pasienters kognitive svikt ikke ble vurdert ved bruk av kartleggingsverktøy. Ifølge Stubberud (2017, s. 434) har sykepleiere fagspesifikke ansvar og funksjon. Kunnskap og ferdigheter i kunnskapssøk og kunnskapshåndtering er en viktig del for helsepersonell i kvalitetsforbedring (Stubberud, 2021, s. 28). Ved vurdering og observasjon av postoperativt delirium er det avgjørende at sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse for å sette i gang de korrekte forebyggende tiltakene, samtidig som å vurdere effekten av tiltakene. For kvalitetssikring av sykepleietiltak er det anbefalt med prosedyrer eller protokoller for forebygging og behandling av postoperativt delirium. For en helhetlig sykepleieprosess ved dokumentasjon skal det inkluderes både relevante observasjoner og funn for de avgjørelsene som ble iverksatt, planleggingen videre og mål for sykepleien, tiltakene og effekten av disse (Stubberud, 2017, s. 434).

Konsekvenser for sykepleien kan være at det er lite eller dårlig koordinering av utbedring av fagprosedyrene, og dermed er det vanskelig for sykepleierne å vite hva og hvordan de ulike fagprosedyrene skal brukes og hvor de finnes. Personalet må også opplæres i nye prosedyrer, og prosedyrer er viktig for å redusere motstand mot endringer (Stubberud, 2021, s. 146). Positive konsekvenser er at det kan bli utbedret gode fagprosedyrer som sørger for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Positive konsekvenser for sykepleien er at ved å øke og forbedre kompetanse og kvalitet kan det være med på å forebygge postoperativt delirium.

6 Konklusjon

Postoperativt delirium forekommer hyppig på kirurgiske sengeposter, særlig blant eldre pasienter over 65 år, og mortaliteten er høy. Sykepleiere spiller en sentral rolle i det forebyggende arbeidet hos pasienter på en kirurgisk sengepost. Postoperativt delirium har en rekke alvorlige konsekvenser, ikke bare for pasientene som utvikler det, men også for sykepleierne og sykepleien som gis. Konsekvenser som dårlig utarbeidede prosedyrer og økt arbeidsmengde for sykepleierne, samt alvorlige postoperative komplikasjoner hos pasienten er noe av det som trekkes frem. Det er nettopp derfor det er viktig å forebygge tilstanden, både for pasientene og for sykepleierne.

Sentrale funn som trekkes frem er at gjennom en helhetlig tilnærming kan sykepleiere forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter på kirurgisk sengepost. Viktige sykepleietiltak som god kommunikasjon med pasienten, ro og hvile, skjerming, tidlig mobilisering og realitetsorientering er noe av det som kommer frem i artiklene. Andre sentrale sykepleietiltak som kommer frem er smertelindring, sørge for tilstrekkelig ernærings- og væskeinntak, eliminasjonsregistrering, korrigere sansesvikt og sørge for normal døgnrytme hos pasienten. Pasienter som utvikler postoperativt delirium, krever ofte økt pleie fra sykepleier og er en økt samfunnskostnad på grunn av forlenget sykehusopphold og behov for videre pleie i sykehjem. Utilstrekkelige prosedyrer i hver av en av fasene kan føre til at viktige forebyggende tiltak og behandling ikke blir satt i verk.

Gjennom forskning har det vist seg å være ulik kompetanse og erfaringer med postoperativt delirium hos sykepleiere på sengepost. Det er også ulik opplæring i undervisningen. Det er tydelig at prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte eldre er nødvendig for å forebygge postoperativt delirium. Kartleggingsverktøy har vist seg å være et hensiktsmessig verktøy for å identifisere risikofaktorer. Korrekt bruk av kartleggingsverktøy samt det å utøve god sykepleie er kritisk for å forebygge postoperativt delirium hos eldre på kirurgisk sengepost.

Anbefaling videre er at det er nødvendig med videre forskning på forebygging av postoperativt delirium. I vår mening tilrå vi at det blir gjort mer forskning på større pasientgrupper for å se virkninger av forebyggende tiltak. Ytterligere blindt randomiserte studier trengs for å dokumentere effektivitet og resultat. Det bør etableres faste rutiner og prosedyrer på arbeidsplasser, samt sette søkelys på å øke og forbedre kompetansen om postoperativt delirium hos sykepleiere.

Referanser

Amble, K., Henriksen, K., Leknessund, T. L., Espeland, T., Solvåg, K., Naalsund, P. (2016, 21. desember). *Delirium - forebyggende, diagnostikk og behandling*. Helsebiblioteket. [Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling - Helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no)

Chen, C. C., Li, H.-C., Liang, J.-T., Lai, I.-R., Purnomo, J. D. T., Yang, Y.-T., Lin, B.-R., Huang, J., Yang, C.-Y., Tien, Y.-W., Chen, C.-N., Lin, M.-T., Huang, G.-H., & Inouye, S. K. (2017). *Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial*. *JAMA Surgery*, 152(9), 827–834. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.1083>

Choi, J.-Y., Kim, K.-I., Kang, M.-G., Lee, Y.-K., Koo, K.-H., Oh, J. H., Park, Y. H., Suh, J., Kim, N.-H., Yoo, H.-J., Koo, J., Moon, H. M., Kim, E. H., Park, K., & Kim, C.-H. (2019). *Impact of a delirium prevention project among older hospitalized patients who underwent orthopedic surgery: A retrospective cohort study*. *BMC Geriatrics*, 19(1), 289–289. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1303-z>

Eide, H. & Eide, T. (2014) *Kommunikasjon I relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. Revidert og utvidet utg.) Gyldendal akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & kultur.

Gjengedal, E. (2000). *Omsorg og sykepleie*. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstekning: en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s.37-55). Bergen: Fagbokforlaget

Helsebiblioteket (2016, 3.juni) PICO. [Helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no)
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Igwe, I., Traynor, V., Rodgers, S., Waite, A., MacLulich, A., & Foo, I. (2021). *A survey about postoperative delirium in older patients among nurses and anaesthetists: implications for future practice and policy*. *Journal of Research in Nursing*, 26(4), 341–351. <https://doi.org/10.1177/1744987120949893>

Kirkevold, M. (2014). *Kartlegging*. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A-H (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 128). Gyldendal Akademisk.

Kratz, T., Heinrich, M., Schlauß, E., & Diefenbacher, A. (2015). *Preventing Postoperative Delirium*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(17), 289–296. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0289>

Kristoffersen, N.J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 3* (3.utg., s. 55). Gyldendal Akademisk.

Norsk Legemiddelhåndbok. (2020, 6.mars). *Postoperativt delir*. Legemiddelhåndboka.no https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.2/Postoperativt_delir

Nevrologi Legehåndboka. (2010, 28.oktober). *CAM skåringsskjema for delir*. [Nevrologi.legehandboka.no](https://nevrologi.legehandboka.no)
<https://nevrologi.legehandboka.no/handboken/skjema/skarings skjema/cam-skarings skjema-for-delir/>

Nortvedt, P. & Grønseth, G. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. Stubberud, D. G., Grønseth, R., Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., s. 20-22). Gyldendal Akademisk.

Ranhoff, A-H. (2014). Delirium (akutt forvirring). Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A-H (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 453-459). Gyldendal Akademisk.

Stubberud D-G. (2021) *Kvalitet og pasientsikkerhet – sykepleiers funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (1utg, 3.opplag). Gyldendal akademisk.

Stubberud, D-G. (2016). sykepleie ved delirium. Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås H. (red). *Klinisk Sykepleie bind 1* (5.utg, 1 opplag). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D-G. (2017). Sykepleie ved delirium. Stubberud, D. G., Grønseth, R., Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (5.utg., s. 429-434). Gyldendal Akademisk.

Tsang, L. F., Yeung, C. H., Tse, C. C., Lam, K. B., Cheung, L. P., Chu, K. K., Tsang, C. K., Wong, C. K., Law, H. W., Hung, T., & Lau, P. Y. (2012). *Developing a predictive tool for post-operative delirium in orthopaedic settings in Hong Kong*. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 16(3), 147–159.
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2012.03.005>

Unal, N., Guvenc, G., & Naharci, M. (2021). *Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomised controlled study*. Journal of Clinical Nursing, 31(7-8), 1082–1094.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15973>

Universitetet I Agder (u.å) *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*.
[Mesh.uia.no](http://mesh.uia.no)
<http://mesh.uia.no>

Vassbø, T.K & Eilertsen, G. (2014). *Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd*. Nordisk sygeplejeforskning, 1, 59–71.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-06>

Wang, Y.-Y., Yue, J.-R., Xie, D.-M., Carter, P., Li, Q.-L., Gartaganis, S. L., Chen, J., & Inouye, S. K. (2019). *Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Internal Medicine*, 180(1), 17–25.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4446>

Vedlegg

Søkestrategi:

Søkeord	Dato	Databas e	Avgrensing	Antal I treff	Leste abstr akter	Leste artikle r	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Prevention AND Postoperative AND Delirium AND Geriatrics AND Nurse or nurses	21/1-22	CINAHL	2011-2021 Peer Reviewed	14	8	5	Wang, Yue et al., 2019
Prevention AND Postoperative AND Delirium AND Elderly AND Nurse	22/1-22	MEDLINE	2011-2021 Peer Reviewed	9	6	4	Kratz et al., 2015
Postoperative AND delirium AND prevention AND nurse OR nursing OR nurses AND aged OR elderly	21/4-22	CINAHL	2011-2022 Peer reviewed Academic journal	19	13	7	Chen, Li, H. Et al, 2017
Delirium AND prevention AND postoperative or post-surgery AND aged OR elderly AND nurse OR nurses OR nursing AND screeningtools	25/4-22	CINAHL	2011-2022 Peer reviewed Age:65+	7	7	3	Choi, J.Y., et al, (2019)
Delirium AND Prevention AND Postoperative AND Nurse AND aged	27/1-22 25/4-22 20/04-22	CINAHL	2011-2022 Peer reviewed english	34	10	4	Tsang, L et al., 2012 Igwe, E.O, et al (2021) Unal, Guvenc, G., & Naharci, M. (2021).
Delirium AND Surgical patient AND aged AND nurse	2/12-21	CINAHL	2011-2021 Peer reviewed Age 65+ Europe	12	5	1	Tove Karin Vassbø, & Grethe Eilertsen. (2014).

LITTERATURMATRISE 1: The Preventing of Postoperative Delirium

Referanse	Kratz, Heinrich, M., Schlauß, E., & Diefenbacher, A. (2015). Preventing Postoperative Delirium. <i>Deutsches Ärzteblatt International</i> , 112(17), 289–296. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0289
Studiens hensikt/mål	Delirium er en vanlig komplikasjon hos eldre sykehuspasienter. Postoperativt delirium forlenger sykehusoppholdet, øker kostnader, øker arbeidsmengden til pleiepersonalet, og det kan kreve overføring av pasienten til sykehjem. Risikoen for postoperativt delirium er spesielt høy hos eldre pasienter med eksisterende kognitive mangler.
Nøkkelbegrep/keywords	Postoperative delirium, in-hospital patients, preventing, nurse, screening
Metode	Det er en åpen studie der det blir vurdert systematisk i grad av hyppighet av postoperativt delirium hos pasienter over 70 år på to kirurgiske avdelinger på ett allmennsykehus. I en periode på 6 måneder ble det telt antall pasienter med postoperativt delirium, men det vart ikke satt i gang noen intervensjon. Deretter i en periode på 10 måneder utførte en sykepleier med spesiell kunnskap i styring i delirium en intervensjon som involverte komponenttiltakene fra Hospital Elder Life Program (HELP) på en av de to avdelingene med mål på å forhindre postoperativt delirium. Pasientene på den andre avdelingen fungerte da som en kontrollgruppe. Tiltakene i HELP programmet var: aktivisering av pasientene og støtte av opplært helsepersonell, familie var involvert, pasienten var regelmessig screenet for postoperativt delirium, spesialsykepleier støtter og råder familie og helsepersonell, samt opplæring av helsepersonell.
Resultat/ konklusjon	I den første fasen der ingen intervensjonstiltak ble satt i gang utviklet 20,2% av alle pasientene postoperativt delirium. I den andre fasen oppstod det delirium hos 20,8% av pasientene i kontrollgruppen postoperativt delirium, i forhold til den gruppen det vart satt i gang intervensjonstiltak var det bare 4,9% av pasientene som fikk postoperativt delirium. Forskjellen kan ha hatt betydning av tiltakene som ble satt i gang av en spesialutdannet sykepleier, som tildømes forbedring av søvn, kognitiv aktivisering, tidlig mobilisering, forbedret sensorisk stimulering og forbedret ernæringsmessig og væskeinntak. Konklusjonen er at hyppigheten av postoperativt delirium hos eldre pasienter med underskudd kan senkes med sykepleietiltak utført av en spesialutdannet sykepleier, tett postoperativt tilsyn og kognitiv aktivisering.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for oppgaven på grunn av den viser hvor viktig det er at det blir satt i gang tiltak postoperativt av sykepleier. Den viser også til hvor viktig det er med informasjon og kunnskap hos sykepleierne for å kunne observere og sette i gang tiltak.

LITTERATURMATRISE 2: Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial.

Referanse	Wang, Yue, J.-R., Xie, D.-M., Carter, P., Li, Q.-L., Gartaganis, S. L., Chen, J., & Inouye, S. K. (2019). Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Internal Medicine</i> , 180(1), 17–25. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4446
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke effektiviteten til det skreddersydde familieinnvolverende sykehuselderlivsprogrammet (t-HELP) for å forebygge postoperativt delirium og funksjonsnedgang hos eldre etter en ikke-kardial kirurgisk prosedyre.
Nøkkelbegrep/keywords	Hospitalization, hospitals, cognition, delirium, postoperative complications, aged
Metode	<p>En randomisert klinisk studie som ble utført fra 24. august 2015 til 28.februar 2016 på 6 kirurgiske etasjer i Kina. Med standard datastyrte randomiseringsalgoritmer, ble sykepleieenheter tilfeldig valgt til å motta t-HELP (intervensjonsgruppe) eller vanlig omsorg (kontrollgruppe). Det ble foretatt en screening for innmelding på de 6 kirurgiske enhetene. Dette ble utført av 6 sykepleiere. De kvalifiserte deltakerne var pasienter over 70 år som skulle gjennom elektiv kirurgi.</p> <p>t-HELP og vanlig omsorgsenheter var i forskjellige sykehusavdelinger, helt uavhengig av hverandre. Intervensjonsgruppen mottok t-HELP daglig fra postoperative dag 1 og til og med dag 7. Intervensjonsgruppen var en gruppe av pasienter med relaterte risikofaktorer som ble vurdert de første 24 timene. T-HELP-protokollen bestod av 3 universelle protokoller og 8 målrettede protokoller. For å sikre at familie overholdt intervensjonen, ble det gjennomført ulike prosedyrer. Det ble gitt en opplæring for familiemedlemmene så de skulle forstå viktigheten av arbeidet. Sykepleiere overvåket familieintervensjonen og registrerte fullføringen av hver protokoll.</p> <p>For å vurdere forekomsten av postoperativt delirium ble det brukt CAM. Forekomsten av alvorlig delirium under innleggelsen ble målt ved bruk av MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale).</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Delirium ble funnet i 4 av 152 tilfeller i intervensjonsgruppen og i 25 av 129 tilfeller i kontrollgruppen. (2,6% vs. 19,4%). Forekomsten av postoperativt delirium var betydelig lavere i intervensjonsgruppen innen postoperative dag 7, i motsetning til kontrollgruppen. Bruken av t-HELP var betraktelig mer effektiv enn vanlig omsorg for å forhindre alvorlig delirium. De i intervensjonsgruppen som mottok t-HELP opplevde redusert nedgang i fysisk og kognitiv funksjon</p> <p>Konklusjon: Funnene som ble funnet i studien tyder på at t-HELP, med familieinvolvering i kjernen, er effektiv for å redusere postoperativt delirium hos eldre pasienter, opprettholde eller forbedre deres fysiske og kognitive funksjoner.</p>
Relevans	Studien er relevant for vår oppgave fordi den setter lys på forebyggende arbeid som kan være med å redusere forekomsten av postoperativt delirium.

LITTERATURMATRISE 3: Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial.

Referanse	Chen, Li, H.-C., Liang, J.-T., Lai, I.-R., Purnomo, J. D. T., Yang, Y.-T., Lin, B.-R., Huang, J., Yang, C.-Y., Tien, Y.-W., Chen, C.-N., Lin, M.-T., Huang, G.-H., & Inouye, S. K. (2017). Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Surgery</i> , 152(9), 827–834. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.1083
Studiens hensikt/mål	Målet med denne studien var å undersøke om et modifisert Hospital Elder Life Program kunne redusere postoperativt delirium og korte ned sykehusopphold som har gjennomgått abdominalkirurgi, de legger vekt på at eldre pasienter som går igjennom abdominalkirurgi ofte opplever ett forebyggbart delirium, som er med på å forlenge sykehusopphold.
Nøkkelbegrep/keywords	Surgery, postoperative care, lengt of stay, delirium, aged, prevention
Metode	Intervensjonen bestod av at en sykepleier som var opplært i mHELP-programmet administrerte 3 protokoller hver dag; orienterende kommunikasjon, ernæringsassistanse, og tidlig mobilisering. Intervensjonsgruppen mottok denne protokollen postoperativt med en gang de kom til sengepost, i tillegg til standard sykepleie, og fikk denne pleien helt til pasientene ble utskrevet. Postoperativt delirium var vurdert av 2 sykepleiere, de brukte Confusion Assessment Method som verktøy. Lengden på sykehusinnleggelsen ble hentet fra journal.
Resultat/ konklusjon	Det var 377 pasienter som deltok i studien, hvor 197 var i intervensjonsgruppen og 180 i kontrollgruppen. Postoperativt delirium forekom hos 13 av 196 pasienter (6,6%) i intervensjonsgruppen, og det var 27 av 179 pasienter (15,1%) som utviklet postoperativt delirium. Intervensjonsgruppen som mottok mHELP hadde i gjennomsnitt kortere innleggelsestid i sykehus, med 2 dager kortere enn kontrollgruppen. Konklusjonen i denne artikkelen er at for eldre pasienter som undergår abdominalkirurgi som fikk mHELP var at sjansen for delirium ble redusert med 56% og lengen på sykehusinnleggelsen vart redusert med 2 dager.
Relevans	Denne studeien er relevant for det sier noe om hvordan man kan forebygge delirium hos eldre ved bruk av en protokoll, mHELP. I denne studien kom det frem at over 50% av tilfellene kunne forebygges. Postoperativt delirium medfører lenger sykehusopphold og høye kostnader og mye arbeid for sykepleierne, så det å forebygge postoperativt delirium kan være med på å holde kostander nede og korte ned på sykehusopphold.

LITTERATURMATRISE 4: Impact of a delirium prevention project among older hospitalized patients who underwent orthopedic surgery: a retrospective cohort study

Referanse	Choi, Kim, K.-I., Kang, M.-G., Lee, Y.-K., Koo, K.-H., Oh, J. H., Park, Y. H., Suh, J., Kim, N.-H., Yoo, H.-J., Koo, J., Moon, H. M., Kim, E. H., Park, K., & Kim, C.-H. (2019). Impact of a delirium prevention project among older hospitalized patients who underwent orthopedic surgery: A retrospective cohort study. <i>BMC Geriatrics</i> , 19(1), 289–289. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1303-z
Studiens hensikt/mål	Målet til denne studien var å evaluere gjennomførbarheten og effektiviteten til et deliriumscreeningsverktøy og et tverrfaglig deliriumsforebyggingsprosjekt.
Nøkkelbegrep/keywords	Delirium, Quality improvement project, Multidisciplinary geriatric intervention, delirium, aged, prevention, surgery, postoperative
Metode	Metoden i denne studien var en retrospektiv kohortstudie som ble utført av ett undervisningscenter i Korea. En kohort av pasienter som gjennomgikk et deliriumforebyggende program ved bruk av et enkelt deliriumscreeningsverktøy, fra desember 2018 til februar 2019. Det var 275 pasienter i intervensjonsgruppen og 274 pasienter som kontrollgruppe som var fra året før implementeringen av deliriumsforebyggingsprogrammet. Det var pasienter over 65 år som undergikk kirurgisk inngrep på ortopedisk avdeling som ble inkludert. Forekomsten av delirium før og etter implementering av deliriumsforebyggingsprogrammet, effektiviteten av deliriumscreeningsverktøyet, endring i kunnskapsscore til sykepleiere og lengden på sykehusopphold ble vurdert.
Resultat/ konklusjon	Sensiviteten til screeningsverktøyet for forekomst av postoperativt delirium var 94,1%, og spesifisiteten var 72,7%. Forekomsten av postoperativt delirium var 10,2% i kontrollgruppen og 6,2% i intervensjonsgruppen. Det var en nedgang i oddsrationen for forekomsten av postoperativt delirium. Deliriumkunnskapstesten for sykepleierne økte i forhold til hva den var før prosjektet. Median lengde på sykehusoppholdet ble kortet ned med en dag i intervensjonsgruppen i henhold til kontrollgruppen. Konklusjonen til artikkelen er at screeningsverktøyet identifiserte vellykket pasienter med høy risiko for postoperativt delirium ved innleggelse. Postoperativt delirium forebyggingsprosjektet var gjennomførbart å iverksette, effektivt å forebygge postoperativt delirium, og forbedret kunnskap om delirium blant sykepleierne.
Relevans	Denne artikkelen er relevant på grunn av at målet er å evaluere gjennomførbarhet og effektivitet til et screeningsverktøy for postoperativt delirium, og den viser at ved et screeningsverktøy for delirium og et deliriumsforebyggingsprosjekt kan redusere forekomsten av delirium.

LITTERATURMATRISE 5: Developing a predictive tool for post-operative delirium in orthopaedic settings in Hong Kong. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing

Referanse	Tsang, L. F., Yeung, C. H., Tse, C. C., Lam, K. B., Cheung, L. P., Chu, K. K., Tsang, C. K., Wong, C. K., Law, H. W., Hung, T., & Lau, P. Y. (2012). Developing a predictive tool for post-operative delirium in orthopaedic settings in Hong Kong. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 16(3), 147–159. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2012.03.005
Studiens hensikt/mål	Målet med studien var å utvikle et verktøy (CAM) for klinisk bruk for å forutsi utviklingen av postoperativt delirium etter ortopedisk kirurgi. Et mål med studien var også å vurdere frekvensen av de assosierte risikofaktorene for postoperativt delirium i forskjellige kategorier av pasienter med høy, moderat og lav risiko.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Postoperative delirium, preoperative risk factors, orthopedic surgery, nursing care plan, risk factors assessment, preventive protocol, management, post-operative delirium, multidiscipline, nursing care plan
Metode	Studien ble gjennomført i to faser fra januar til mars 2008 og juli til september 2008. Det ble gjennomført på 4 akutte ortopediske avdelinger på et sykehus i Hong Kong. Det ble utviklet to skjemaer for å kunne gjennomføre en datasamling (CAD og CAP). Det ble oppdaget 13 vanlige risikofaktorer for postoperativt delirium. For å kartlegge kognitiv svikt ble det tatt i bruk en snellen-test og MMSE. MUST ble brukt for å identifisere underernæring. For å vurdere om postoperativt delirium var til stede ble det brukt CAM. CAP ble laget i henhold til resultatene til CAD. .
Resultat/ konklusjon	Resultat: 59 av 277 pasienter utviklet POD (21,3%). Fire hoved risikofaktorer ble funnet: synshemming, kognitiv svikt, urinveis- eller luftveisinfeksjon og bruk av urinkateter. Ved bruk av 12-punkts score system var grenseverdiene 4,5. Denne studien demonstrerer hvor nyttig det er med en risikofaktor modell for forebygging av postoperativt delirium hos pasienter som har gått igjennom ortopedisk kirurgi. Konklusjon: Verktøyet kan forutsi ulike risikonivåer for POD. Sykepleiere kan bruke verktøyet til å kommunisere pasienters risiko for POD og identifisere mulige forebyggende strategier.
Relevans	Studien er relevant for oppgaven fordi den viser hvordan verktøyet CAM kan hjelpe å kartlegge og forutsi utviklingen av postoperativt delirium. Den viser også hvor viktig det er å kartlegge risikofaktorer for å forebygge postoperativt delirium.

LITTERATURMATRISE 6: Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd

Referanse	Vassbø, T.K & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. Nordisk sygeplejeforskning, 1, 59–71. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-06
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke erfaringene sykepleiere har med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant eldre. I studien blir det lagt vekt på eldre som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i et sykehusopphold.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Fokusgruppeintervju, kompetanse, sykepleiepraksis og spesialhelsetjeneste
Metode	Artikkelen bygges på en reanalyse av data fra en tidligere studie. I den tidligere studien ble sykepleiers praksiserfaringer knyttet til delirium blant eldre studert. Dette ble gjennomgått på nytt i denne studien. Sykepleiers erfaringer ble analysert i forhold til ulike faser i et pasientforløp. Studien har et deskriptivt design, der det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra ortopediske avdelinger ved to sykehus.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: I studien blir det satt lys på begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner i de ulike fasene, noe som førte til at sykepleierne støtte på ulike utfordringer. Sykepleiernes beskrivelser synliggjorde uønskede og ønskede pasientforløp. Det kom frem at preoperativ fase var særlig kritisk for utviklingen av delirium uten at sykepleierne så på dette som en grunn for forebygging.</p> <p>Konklusjon: Det konkluderes med å være behov for en kompetanseutvikling innenfor Eldres behov for trygghet og redusere risiko utvikling for delirium i forbindelse med ortopedisk kirurgi. Utilstrekkelige prosedyrer i hver av en av fasene kan føre til at viktige forebyggende tiltak og behandling ikke blir satt til verk. Det er tydelig at prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte gamle for delirium er nødvendig.</p>
Relevans	Denne studien er relevant for oppgaven fordi det må legges mer prioritet ned i det med kompetanseutvikling innenfor å redusere risiko for postoperativt delirium. Det må være økt fokus på forebyggende arbeid.

LITTERATURMATRISE 7: Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomised controlled study.

Referanse	Unal, Guvenc, G., & Naharci, M. (2021). Evaluation of the effectiveness of delirium prevention care protocol for the patients with hip fracture: A randomised controlled study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 31(7-8), 1082–1094. https://doi.org/10.1111/jocn.15973
Studiens hensikt/mål	Målet til denne studien var å undersøke effektiviteten av en deliriumsforebyggende behandlingsprotokoll basert på smerter, funksjonsstatus, søvnkvalitet og deliriumforebygging hos pasienter med hoftebrudd som krever kirurgisk behandling.
Nøkkelbegrep/keywords	Nursing care, older patients, orthopaedics, pain, patient, protocol, sleep quality
Metode	Det var totalt 84 pasienter som var fordelt på to grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Det var 41 pasienter i intervensjonsgruppen, disse fikk sykepleie etter protokollen, samtidig som det var 43 i kontrollgruppen som fikk standardisert sykepleie. Studiedata ble smalt inn ved å bruke demografiske informasjonsskjema, CAM-ICU, Barthel Index, Mini Nutritional Assessment (kort skjema) og Richards-Campbell Sleep Questionare (RCQS), samt at smerte ble vurdert ved Visual Analog Scale (VAS).
Resultat/ konklusjon	Gjennomsnittsalderen for pasientene var 80,6 år, og prosentandelen for mannlige pasienter var 36,3%. Det var ikke funnet statistiske signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt smerte og funksjonsstatus. Søvnkvaliteten til pasientene var signifikant bedre enn i kontrollgruppen, mens 15% av pasientene i kontrollgruppen utviklet delirium, var det ingen i intervensjonsgruppen som utviklet delirium. Konklusjonen i studien viste at en deliriumsforebyggende omsorgsprotokoll kan redusere forekomsten av delirium og forbedre søvnkvaliteten.
Relevans	Denne studien er relevant på grunn av at den fremhever at sykepleiere kan bidra til å forebygge delirium hos pasienter ved å bruke ikke-farmakologiske og uavhengige sykepleierintervensjoner.

LITTERATURMATRISE 8: A survey about postoperative delirium in older patients among nurses and anaesthetists: implications for future practice and policy

Referanse	Igwe, Traynor, V., Rodgers, S., Waite, A., MacLulich, A., & Foo, I. (2021). A survey about postoperative delirium in older patients among nurses and anaesthetists: implications for future practice and policy. <i>Journal of Research in Nursing</i> , 26(4), 341–351. https://doi.org/10.1177/1744987120949893
Studiens hensikt/mål	Målet med denne studien var å utforske kunnskapen og forståelsen til anestesileger og sykepleiere gjennom deres svar på to case-senarioer av postoperativt delirium opplevd av eldre pasienter.
Nøkkelbegrep/keywords	Delirium, nursing knowledge, delirium, prevention, control, anaesthesia protocols, cognition, older people, postoperative delirium, survey
Metode	Det ble sendt ut en nettundersøkelse med 30 elementer til 500 mulige respondenter. Undersøkelsen ble sendt ut mellom september 2016 og mars 2017. Det ble tatt i bruk en praktisk prøvetakingsmetode for å gi et øyeblikksbilde av den gjeldende praksisen for å informere om videre forskning.
Resultat/ konklusjon	Det var 226 respondenter som svarte på undersøkelsen, de var fra Australia, New Zealand og Skottland. Flertallet av respondentene hadde ingen arbeidsprotokoller for anestesiplanlegging hos eldre mennesker. Det var betydelig variasjon i praksis i forhold til postoperativ deliriumscreening, påvisning, forebygging og behandling. Konklusjonen i studien er at forbedringer i utdanning og bevissthet, sammen med mer sammenhengende tilnærming kan bidra til å redusere utfallet av delirium hos eldre mennesker, dette bør kombineres med pågående forskning på perioperativt optimalisering av oppfatning, forebygging og behandling av postoperativt delirium.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for oppgaven på grunn av at den viser til kunnskapen og forståelsen sykepleiere har med å forebygge postoperativt delirium. Den sier også noe om nødvendigheten med forbedringer i utdanning og bevissthet rundt postoperativt delirium og hvordan man skal forebygge og identifisere postoperativt delirium.

