

10008

Forebygging av postoperativt delirium hos eldre

Litteraturbachelor

Antall ord: 7302

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

10008

Forebygging av postoperativt delirium hos eldre

Litteraturbachelor

Antall ord: 7302

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Delirium defineres som en akutt forvirringstilstand hvor kjennetegnene kan være raskt oppstått kognitiv svikt, svingende bevissthetsnivå, forstyrret søvnrytme og enten redusert eller økt psykomotorisk tempo. Tilstanden er belastende for pasienten selv, pårørende og helsevesenet, og er forbundet med funksjonssvikt, lengre opphold på sykehus og økte kostnader samt økt dødelighet. Forekomsten er høyest blant eldre over 70-80 år, og sees hos opptil halvparten av eldre pasienter på sykehus.

Hensikt:

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge postoperativt delirium hos eldre som er innlagt på kirurgisk sengepost.

Metode:

En litteraturstudie som baserer seg på åtte utvalgte forskningsartikler, samt pensumlitteratur og andre aktuelle fagbøker.

Resultat:

For å oppnå best mulig effekt av forebyggingen av delirium, er det viktig å identifisere pasientens risikofaktorer for å kunne si noe om forutsetninger og risikoer for å utvikle delirium, samt effektivt kunne planlegge individuelle og tilpassede tiltak. Tiltakene i intervensjonene er ikke-farmakologiske og omhandler ivaretagelse av grunnleggende behov. Erfaringer fra sykepleiere og pasienter viser også til utfordringer og hindringer i forebyggingen.

Konklusjon:

Forebygging av postoperativt delirium hos eldre pasienter er en utfordrende oppgave da de ofte har flere risikofaktorer og derfor er en sårbar pasientgruppe som krever ekstra forsiktighet. Sykepleier har da en sentral og viktig rolle som krever god kompetanse om observasjoner og vurderinger av risikopasienter, og ivaretagelse av grunnleggende behov gjennom relevante og individtilpassede sykepleietiltak. Mangel på kunnskap blant sykepleierne kan derimot ha en uheldig effekt, og i verste fall øke forekomsten av tilstanden.

Nøkkelord: eldre, postoperativt delirium, forebygging, sykepleie

Abstract

Background:

Delirium is defined as an acute confusional state in which the characteristic may be rapidly occurred cognitive impairment, fluctuating level of consciousness, disturbed sleep-pattern and, either decreased or increased psychomotor tempo. The condition is a great burden for the patient, its relatives, and the healthcare system, and it is associated with decreased functional ability, prolonged hospital stay, as well as increased costs and mortality. Delirium is most abundant amongst elderly over the age of 70-80 years and affects up to half of hospitalized elderly.

Aim:

The aim of this literature study was to investigate how a nurse can help prevent postoperative delirium amongst elderly patients in a surgical ward.

Method:

A literature study that is based on eight selected research articles, as well as syllabus literature and other relevant textbooks.

Results:

In order to achieve the best possible outcome of delirium-prevention, it is important to identify the patients risk factors to be able to determine the prediction and risk of developing delirium, as well as effectively plan individual and personalized measures. The measures in the interventions are non-pharmacological and concerns basic needs. Experiences from nurses and patients also shows challenges and barriers in delirium prevention.

Conclusion:

Prevention of postoperative delirium in elderly patients is a challenging task as they often have several risk factors and therefore are a vulnerable patient group that needs extra caution. The nurse has a vital role that requires adequate competence in observations and assessments of at-risk patients, and promoting the basic needs through relevant and individualized nursing measures. Lack of knowledge among nurses can have an unfortunate effect and, in the worst case, increase the incidence of delirium.

Keywords: elderly, postoperative delirium, prevention, nursing care

Innhold

1.	Introduksjon	6
1.1.	Introduksjon til tema	6
1.2.	Teori	7
1.2.1.	Delirium	7
1.2.1.1.	Risikofaktorer	8
1.2.2.	Den eldre pasienten	8
1.2.3.	Postoperativ fase	9
1.2.4.	Forebygging	9
1.2.5.	Virginia Hendersons behovsteori	9
1.3.	Hensikt og problemstilling	10
2.	Metode	11
2.1.	Beskrivelse av metode	11
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3.	Søkestrategi	12
2.4.	Søketabell	13
2.5.	Vurdering og utvelgelse av artikler	15
2.6.	Analyse	16
3.	Resultater	17
3.1.	Artikkelmatriser	17
3.2.	Sammenfattet presentasjon av resultater	25
3.2.1.	Risikofaktorer for delirium	25
3.2.2.	Ivaretagelse av grunnleggende behov	25
3.2.3.	Effekt av sykepleieintervensjoner	26
3.2.4.	Kunnskap blant sykepleierne	26
4.	Diskusjon	28
4.1.	Identifisering og vurdering av risikopasienter	28
4.2.	Ivaretagelse av grunnleggende behov	29
4.3.	Betydningen av individorientert kunnskap	31
4.4.	Metoderefleksjon	33
4.5.	Konklusjon	33
	Referanser	35

Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonstabell	11
Tabell 2.2 PICO-skjema.....	12
Tabell 2.3 Søketabell	13
Tabell 2.4 Analysemodell.....	16
Tabell 2.5 Tema	16
Tabell 3.1 Artikkelmatrise A	17
Tabell 3.2 Artikkelmatrise B.....	18
Tabell 3.3 Artikkelmatrise C.....	19
Tabell 3.4 Artikkelmatrise D.....	20
Tabell 3.5 Artikkelmatrise E	21
Tabell 3.6 Artikkelmatrise F	22
Tabell 3.7 Artikkelmatrise G.....	23
Tabell 3.8 Artikkelmatrise H.....	24

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Delirium er ikke en egen diagnose, men et tegn på at vitale funksjoner i kroppen er i kraftig ubalanse. Hjernen mangler nødvendig næringstilførsel for å opprettholde sin ordinære funksjon, og konsekvensene blir da svekket funksjon og deliriumsymptomer (Norsk helseinformatikk, 2022). Alle aldersgrupper kan rammes, men det sees hovedsakelig hos eldre som en komplikasjon til akutt somatisk sykdom. Det er også vanlig etter omfattende kirurgi hvor det etter elektive operasjoner sees hos 15-25 prosent, og etter akutte operasjoner sees hos over halvparten (Aldring og helse, u.å.). Tilstanden har flere likhetstrekk med demens, og har derfor en tendens til å bli oversett og underdiagnostisert. Til forskjell fra demens er delirium preget av svekket oppmerksomhet i tillegg til at den kommer akutt og i de fleste tilfeller kan reverseres (Ranhoff, 2016a).

Delirium kan medføre alvorlige konsekvenser og er belastende for pasienten selv, pårørende og helsevesenet (Neerland et al., 2013). Tilstanden er forbundet med funksjonssvikt, lengre opphold på sykehus og økte kostnader. I tillegg har pasienter med delirium økt fallfare og dødelighet året etter de er operert (Ranhoff, 2016a; Stubberud, 2016). Prognosene er dårlige og gir så mye som ti ganger så høy fare for død, tre til fem ganger økt risiko for sykehusrelaterte komplikasjoner og større sannsynlighet for at pasienten må på sykehjem (Aldring og helse, u.å.).

Sykepleiers kunnskap om vurdering av risikofaktorer, samt observasjon av tidlige tegn på sykdom og iverksetting av forebyggende tiltak er derfor viktig for å redusere forekomsten (Ranhoff, 2016a). Rammeplanen for sykepleierutdanning peker også på at slik kompetanse er viktig etter endt utdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008). Ettersom det er sykepleier som er mest sammen med pasienten i den postoperative fasen, har sykepleier en essensiell rolle når det kommer til observasjoner og vurderinger av pasienten, og gode muligheter til å utøve selvstendig arbeid ved å bruke sin faglige kunnskap. Dette danner grunnlaget for individtilpasset pleie, som er et av sykepleiers hovedmål med kartleggingen (Kirkevold, 2016).

Jeg opplever selv at temaet er av interesse og ønsker å jobbe på en kirurgisk avdeling som ferdigutdannet. Det er gjennom praksis og jobb på kirurgisk sengepost at jeg selv har vært vitne til tilstanden hos flere pasienter, og sett hvordan det påvirker både pasienten selv, dens pårørende, samt sykepleiere som har et ansvar for å utøve god sykepleie. Det gjorde sterkt inntrykk å se hvordan en pasient kunne endre personlighet i løpet av en relativt kort tidsperiode, og bli en helt annen person enn ved innleggelse. Det var her interessen for temaet oppstod, og som førte til valgt retning i denne litteraturstudien.

Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om tilstanden, og hva jeg som sykepleier kan bidra med for å forebygge og redusere forekomsten av delirium, og dermed være bedre forberedt til å kunne utøve faglig og forsvarlig sykepleie til denne pasientgruppen.

1.2. Teori

Under dette kapittelet presenteres aktuell og relevant teori som er grunnlaget for oppgaven. Dette inkluderer sentrale begreper som belyser problemstillingen samt beskriver sykepleiers situasjon og rolle til pasientgruppen.

1.2.1. Delirium

Ranhoff (2016a) definerer delirium som en mental forstyrrelse, som også kan kalles akutt hjernesvikt. Kjennetegnene kan være raskt oppstått kognitiv svikt, svingende bevissthetsnivå, forstyrret søvnrytme og enten redusert eller økt psykomotorisk tempo (Hem, 2012). Videre skriver Ranhoff (2016a) at det er en vanlig tilstand som oppstår akutt, gjerne i forbindelse med skade eller sykdom. I tillegg er det en fluktuerende tilstand som i de fleste tilfeller kan reverseres. Stubberud (2016) støtter opp under forklaringen til Ranhoff (2016a), og skriver at den oftest er kortvarig, men at den kan ha tilbakefall. Alle aldersgrupper kan få delirium, men det sees oftest hos eldre over 70-80 år. Dette skyldes at de de normale fysiologiske aldringsprosessene gjør at kroppen ikke klarer å takle stress like effektivt som hos de yngre (Jester et al., 2011).

Delirium kan deles inn i to undergrupper – insident delirium som pasienter utvikler etter ankomst på sykehuset, og prevalent delirium som pasienten har ervervet før sykehusinnleggelse. Symptomene kan variere mellom pasientene, og deles inn i hyperaktiv og hypoaktiv – eller en kombinasjon. Hypoaktiv variant er vanligst og forekommer hos 26–44% av pasienter, mens hyperaktiv sees hos 1,6–22% (Ranhoff, 2016a). Ved hyperaktivt delirium er pasienten svært urolig og kan være både aggressiv og utagerende. Ved hypoaktivt delirium er pasienten mentalt «innelukket» og kan oppfattes som likegyldig og apatisk. Dersom pasientens tilstand varierer mellom hyperaktiv og hypoaktive symptomer i en tidsperiode, kalles det kombinert delirium (Stubberud, 2016).

Delirium kan ikke påvises gjennom undersøkelser, og en må derfor bruke et klinisk blikk i undersøkelser og observasjoner i diagnostikken. En systematisk vurdering av pasientens sykehistorikk, bruk av kartleggingskjemaer og målinger, og samtale med pårørende og pasienten selv er da viktig. Anbefalt vurderingsskjema for sykepleiere er *Confusion Assessment Method (CAM)*, som måler pasientens kognitive og mentale funksjon (Stubberud, 2016).

Det finnes ingen behandling spesifikt for delirium, som betyr at behandlingen baserer seg på behandling og fjerning av utløsende årsak, tilstrebelse av god medisinsk behandling og ivaretagelse av et behagelig og rolig miljø med god pleie og omsorg (Ranhoff, 2016a). Tiltakene er både ikke-farmakologiske og farmakologiske, og innebærer en delegert og selvstendig sykepleiefunksjon. Tiltakene som omhandler forebygging av tilstanden er også aktuelle her, og da spesielt de som går på ivaretagelse av grunnleggende behov (Stubberud, 2016).

1.2.1.1. Risikofaktorer

Det finnes mange ulike faktorer som kan føre til en høyere risiko for delirium, og omhandler både predisponerende og utløsende faktorer. Predisponerende faktorer er det som har vært til stede eller skjedd med pasienten før den hendelsen som førte til delirium, det vil si før sykehusinnleggelse. Dette kan være eksisterende kognitiv svikt eller demens, sansesvikt, høy alder, dårlig ADL-funksjon, mannlig kjønn, kronisk sykdom, røyking, underernæring og psykiske lidelser (Stubberud, 2016). Utløsende faktorer er hendelser eller situasjoner som fører til at delirium oppstår. Disse faktorene kan være relatert til akutt sykdom eller skade, eller til pleie og medisinsk behandling. Høy alder, skrøpelighet og omfattende kirurgi øker risikoen betraktelig (Ranhoff, 2016a). Eldre som har vært gjennom hjertekirurgi og hoftebruddsoperasjoner er spesielt utsatt, men også kreft og sepsis øker risikoen (Stubberud, 2016).

I tillegg til akutt sykdom kan pasienter, under en sykehusinnleggelse, eksponeres for ukjente sanseintrykk, miljøforandringer og ny farmakologisk og kirurgisk behandling. Dette kan utløse en stressreaksjon hos pasienter og gjør dem mer utsatt for utvikling av delir. Søvnforstyrrelser er også vanlig på sykehus og kan forverre en slik stressreaksjon (Wyller, 2019). De eldre er spesielt utsatt for delirium da de har vanskeligere for å mestre flere av disse faktorene (Stubberud, 2016).

1.2.2. Den eldre pasienten

Romøren (2016) definerer eldre som de over 67 år. Videre skriver han at pasienter med høy alder har økt sjanse for sykdom og utgjør derfor en utsatt gruppe når det kommer til helse. Andelen eldre i samfunnet øker stadig, og de utgjør rundt halvparten av sykehussengene. På grunn av alderdom og sykdom er de mer utsatt for funksjonstap, og kan ha vansker for å mestre sine daglige gjøremål. Mange av de eldre som legges inn på sykehus har en sammensatt og komplisert tilstand. De har gjerne flere diagnoser, hvor kognitiv svikt ofte er en av dem. Rundt halvparten av eldre mellom 80 og 90 år har også kommunal hjelp. Hos de over 90 år gjelder dette nesten alle (Brodtkorb & Ranhoff, 2016).

Eldre personer, spesielt de skrøpelige med kroniske sykdommer og funksjonssvikt, er ekstra utsatt for akutt sykdom. Dette gir flere utfordringer og påvirker både diagnostikk, prognose og sykdomsforløp. Det er en sårbar pasientgruppe og krever derfor ekstra forsiktighet. Sykepleier har til denne gruppen en viktig rolle i observering og tolkning av symptomer på sykdom, håndtering av situasjonen og administrering av behandling. Flere symptomer kan opptre samtidig, og fallfare, dehydrering, kognitiv svikt, problemer med mobilitet og inkontinens er vanlig. Symptomene kan være utydelige og diffuse, og skyldes både multimorbiditet, aldersforandringer og bruken av mange legemidler. (Ranhoff, 2016b). Fordi de er en ekstra sårbar gruppe med dårligere reservekapasitet, er de sensitive for forandringer, og derfor spesielt utsatt for postoperative komplikasjoner som delirium (Berntzen et al., 2016; Ranhoff, 2016a).

1.2.3. Postoperativ fase

Postoperativ fase defineres som perioden etter et kirurgisk inngrep hvor pasienten trenger spesiell observasjon og pleie. Operasjonen kan være akutt eller elektiv, og enhver kirurgisk prosedyre medfører en kirurgisk stressrespons som kan være uhensiktsmessig og føre til postoperative komplikasjoner og belastninger (Berntzen et al., 2016).

1.2.4. Forebygging

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund (NSF) er et av ansvarsområdene til sykepleier å utføre arbeid som forebygger sykdom og fremmer helse (NSF, 2019). Forebyggende helsearbeid hos eldre innebærer tilrettelegging for et liv preget av god funksjon og redusert fare for sykdom, samt bevaring av livskvalitet og funksjon hos de med kronisk sykdom og skrøpeligheit (Mæland, 2010; Ranhoff, 2016c). Multimorbiditet og varig helsesvikt kan gi redusert livskvalitet hos eldre, og de kan derfor ha god effekt av forebyggende helsearbeid (Berg, 2012).

Forebyggende helsearbeid deles inn i tre fokusområder; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Målet med primærforebyggende tiltak er å hindre utvikling av sykdom og handler i hovedsak om å ha fokus på personens ressurser og tilrettelegge for normal vekst og utvikling (Grønseth & Nordtvedt, 2016). Sekundærforebyggende tiltak handler derimot om tidlig observasjon og vurdering av symptomer for å forhindre residiv eller videre utvikling av sykdom. Tertiærforebygging gjøres for å redusere konsekvensene som langvarig eller kronisk sykdom kan ha på pasientens funksjonsnivå og livskvalitet (Mæland, 2010). Forebyggende tiltak kan ha både primær-, sekundær- og tertiærforebyggende fokus da samme pasient kan ha bruk for tiltak innenfor alle områder (Ranhoff, 2016c).

Ranhoff (2016a) viser til forskning som sier at en stor del av forebygging av delirium omhandler sykepleietiltak og at det i all hovedsak handler om *helhetlig god sykepleie*. Stubberud (2016) støtter opp under dette og nevner flere av de samme tiltakene: ivaretagelse av grunnleggende behov, observering og vurdering av predisponerende faktorer og infeksjonsutvikling, sørge for tilstrekkelig smertelindring og søvn, tidlig mobilisering og redusere stress. Dette samsvarer godt med Helsedirektoratet (2019) sine tiltak i anbefalingen om forebygging til spesielt sårbare grupper.

1.2.5. Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Hendersons behovsteori er basert på sykepleiers særegne ansvars- og funksjonsområde relatert til pasientarbeid, og handler i hovedsak om ivaretagelse av grunnleggende behov hos personer som mangler ressurser til dette selv. Basert på dette har hun utformet 14 områder som omhandler sykepleiers funksjoner og oppgaver i møte med pasienter hvor målet er helsefremming, helbredelse eller en fredfull død (Kristoffersen, 2016b).

Disse områdene deles inn i fysiologiske og psykologiske behov. Å sørge for at pasienten får fjernet avfallsstoffer, har god søvn, puster normalt, er ren og velstelt, får kontakt

med andre og gir uttrykk for sine egne behov og følelser, er alle oppgaver sykepleier kan bistå med under innleggelse. Hun gir ingen fasit på hvordan sykepleien skal utøves, men fremhever betydningen av å inkludere pasienten og bistå han eller hun til å bli mest mulig selvstendig (Kristoffersen, 2016b).

Ifølge Henderson er kunnskap, vilje og krefter viktige ressurser hos mennesket. Har man ikke slike ressurser klarer man heller ikke å dekke sine grunnleggende behov. Sykdom kan være en årsak til slik ressursvikt, og det er da sykepleier som skal gjøre opp for denne svikten og sørge for at deres grunnleggende behov blir ivaretatt (Kristoffersen, 2016b).

1.3. Hensikt og problemstilling

Et mål for sykepleie er å komme tidlig i gang med forebygging for å unngå utvikling og forverring av sykdom. Delirium er en fluktuerende tilstand slik at det til tider kan være vanskelig å skille om pasienten har delirium eller er tidlig i forløpet. Utviklingen av delirium er likevel avhengig av predisponerende faktorer, i tillegg til at flere av artiklene har fokus på identifisering av både predisponerende og utløsende risikofaktorer. Fokuset vil derfor være på forebyggingen.

Hensikten med denne litteraturstudien er å få fram viktigheten av at sykepleier har kunnskap om tematikken og hvordan sykepleiere jobber for å forebygge tilstanden hos eldre pasienter som blir innlagt på sykehus i forbindelse med kirurgi.

På bakgrunn av dette har jeg utformet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter på kirurgisk sengepost?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

For å belyse problemstillingen har jeg i denne oppgaven brukt litteraturstudie som metode. Dette innebærer systematiske søk og utvelgelse av allerede eksisterende forskning (Dalland, 2017). Det systematiske litteratursøkene ble gjort i databaser fra NTNU sitt universitetsbibliotek. Disse er spesielt rettet mot helsefag og er derfor relevante for min oppgave. Her fant jeg 8 artikler som jeg anså som relevante, hvor 5 har kvantitativt design og 3 har kvalitativt. De kvantitative gir målbare resultat og sier noe om forekomsten av en tilstand, mens de kvalitative viser erfaringer og opplevelser som ikke er mulig å tallfeste (Dalland, 2017). Videre har jeg også brukt pensumlitteratur og andre relevante fagbøker, samt aktuelle retningslinjer og oppslagsverk.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2.1 Inklusjons- og eksklusjonstabell

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Eldre >65	Personer <65
Insident delirium	Prevalent delirium og andre typer delirium
Kirurgiske pasienter	Intraoperative tiltak
Forebygging av delirium	Pårørendeperspektiv
Sykepleiers rolle og vurderinger	
Kvalitativ og kvantitative artikler	Reviewartikler
Artikler med årstall 2012-2022	Artikler eldre enn 10 år
Språk: engelsk og norske artikler	
Fagfelleverderte artikler	
IMRAD-struktur	

Jeg har valgt å ikke ha en øvre aldersgrense da jeg generelt ønsket å fokusere på eldre over 65, men yngre aldersgrupper er ekskludert. Jeg har tatt utgangspunkt i Romøren (2016) sin definisjon av eldre, men erfarte gjennom mine litteratursøk at valgalternativet i databasene definerte eldre som de over 65. I tillegg omhandlet det meste av forskningen pasienter over 65.

Jeg ønsket å fokusere på delirium som utvikles etter ankomst på sengepost (insident delirium), fordi det er denne typen som er mulig å forebygge. Dette betyr at jeg har ekskludert delirium som er ervervet før sykehusinnleggelse (prevalent delirium). I tillegg har jeg ekskludert andre typer delirium, som palliativt delirium og delirium tremens.

Problemstillingen inkluderer sykepleiere på sengepost, og intraoperative tiltak er derfor utelukket da dette hovedsakelig gjelder sykepleiere med videreutdanning. Oppgaven er ikke avgrenset til en bestemt type kirurgi, og omhandler derfor forebygging av delirium relatert til ulike operasjoner. Identifisering av tilstanden er ikke hovedfokus, men kan nevnes i forbindelse med beskrivelse av effekt av tiltak. På grunn av sykepleiefaglig vinkling har jeg valgt å ikke fokusere på farmakologiske tiltak, men oppgaver som gjelder administrering av behandling kan nevnes.

2.3. Søkestrategi

Jeg gjorde først et innledende søk for å orientere meg i litteratur og forskning, og for å få en oversikt over hvor mye forskning som fantes på temaet. Dette ble gjort i Google Scholar og Pubmed, og med utgangspunkt i resultatene jeg fikk her fant jeg relevante hovedbegrep som jeg satte inn i et PICO-skjema, vist i tabell 2.2. Jeg valgte å ikke fokusere på Comparison da det ikke ville passe med mitt søk relatert til problemstillingen. Dette skjemaet var til hjelp for å avgrense videre søk da jeg noterte ned relevante og konkrete søkeord.

De systematiske litteratursøkene ble gjort i tre databaser; Pubmed, Cinahl og Medline. Basert på PICO-skjemaet brukte jeg Mesh for å finne synonymer og lignende begreper på norsk og engelsk, da disse søkeordene er koblet til databaser som Pubmed og Medline. I tillegg til disse emneordene brukte jeg fritekst-ord for å spesifisere og avgrense søket. Søkeordene som omhandlet det samme ble kombinert med *OR*, som blant annet «delirium», «postoperative delirium» og «acute confusion». I tilfellene hvor jeg ønsket å inkludere flere søkeord sammen brukte jeg *AND* mellom dem. For å få flere treff på ord som startet likt brukte jeg trunkeringstegnet bak søkeordene «nurs*» og «prevent*».

Ettersom problemstillingen har tydelig fokus på sykepleiers rolle inkluderte jeg derfor søkeord som «Nursing interventions», «nursing role», «nursing staff» eller «nursing assessment». To av de systematiske søkene er ikke spesifisert til kirurgiske pasienter, og dette er begrunnet i at jeg ønsket å inkludere sykepleiers og pasienters generelle erfaringer og opplevelser med forebyggende tiltak. Jeg ønsket likevel at fokuset skulle være på sykehus og brukte derfor søkeord som «inpatients», «hospitalization» og «hospital».

Tabell 2.2 PICO-skjema

P – Pasientgruppe	I – Intervensjon	C – comparison	O – Outcome
Eldre pasienter på sykehus som utvikler delirium i forbindelse med kirurgi	Forebygging		Redusert/unngå delirium
			Begrenset skade

Delirium	Postoperative delirium	Acute confusion	Prevention		Reduced delirium
Nursing role	Nursing experience				
Surgical unit	Surgical department	Surgical unit			

2.4. Søketabell

Tabell 2.3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	04.05.22	S1	Aged, 80 and over OR aged OR elderly OR older patients		5,956,285	
		S2	Surgery OR surgical ward OR surgical unit		5,342,897	
		S3	Prevent*		2,916,007	
		S4	Postoperative delirium OR acute confusion		12,092	
		S5	Nursing interventions OR nursing role OR nursing staff OR nursing assessment		479,726	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		144	
		S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Fulltext, 2012–2020	101	3 (A, B, C)
CINAHL	05.05.22	S1	(MH «Aged, 80 and over») OR elderly OR (MH "Aged")		945,951	
		S2	(MH «Delirium») OR delirium		11,686	
		S3	Prevent*		905,312	
		S4	Surgical		274,181	
		S5	Nurs*		1,004,034	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Peer- Reviewed 2012–2020	46	1 (D)

Pubmed	06.05.22	S1	Non-pharmacological		10,860	
		S2	Nonpharmacological		21,374	
		S3	S1 OR S2		21,953	
		S4	Prevent*		2,915,856	
		S5	Emergence Delirium OR Postoperative delirium		4,704	
		S6	Surgical ward OR surgical unit OR surgery department		2,857,736	
		S7	Elderly OR aged OR older		6,051,309	
		S8	S3 AND S4 AND S5 AND S6 AND S7	Full text, 2012-2020	21	1 (E)
Pubmed	07.05.22	S1	Delirium		21,724	
		S2	Prevent*		2,915,856	
		S3	Aged OR older		5,999,701	
		S4	Inpatients OR in- patients		2,011,234	
		S5	Hospital OR hospitalization		6,186,277	
		S6	Nurses OR nursing assessment		480,971	
		S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Full text, 2012-2022	70	2 (F, G)
Medline	11.05.22	S1	Delirium OR emergence delirium		21,638	
		S2	Nursing experience		949	
		S3	Nurses experience		1313	
		S4	S2 OR S3		2242	
		S5	Prevent*		2,650,886	
		S6	Hospital OR hospitals		1,523,793	
		S7	S1 AND S4 AND S5 AND S6		2	
		S8	S1 AND S4 AND S5 AND S6	2012-2022	1	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A. Kratz et al. (2015). Preventing postoperative delirium. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(17), 289–296.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0289>
- B. Chen et al. (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>
- C. Denny et al. (2017). Preoperative Risks for Subsyndromal Delirium in Older Adults following Orthopedic Surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 39(10), 1376-1377.
<https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000401>
- D. Durst et al. (2020). Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project. *International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing*, 36:100710.
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100710>
- E. Deeken et al. (2022). Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 157(2), 216370
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370>
- F. Solà-Miravete et al. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 345-354.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13921>
- G. Lee-Steere et al. (2020). "You've got to keep moving, keep going": Understanding older patients' experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2363-2377.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15248>
- H. Emme, C. (2020). "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2849-2862.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15300>

2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler

Jeg var opptatt av et sykepleiefaglig fokus og så derfor på artikler som var relevante for denne gruppen. For å se på relevans til problemstillingen og få en forenklet oversikt så jeg først på overskrifter og deretter leste gjennom tilhørende abstrakt. Dersom det

fortsatt var relevant gikk jeg inn og leste hele artikkelen. De fleste inkluderte artiklene er kvantitative da jeg ønsket å se på effekten av tiltak, og dermed forekomsten av delirium, men kvalitative er også inkludert for å se på sykepleiers og pasienters erfaringer og opplevelser med deliriumforebygging. I denne vurderingen brukte jeg Helsebiblioteket sine sjekklister for kvalitative og kvantitative forskningsartikler (Helsebiblioteket, 2016). De inkluderte forskningsartiklene er publisert i ulike tidsskrift, og jeg brukte da Norsk senter for forskningsdata (2022) for å sjekke hvilket akademisk nivå disse hadde. Dette viste vurdering til nivå 1 og 2. I tillegg er artiklene vitenskapelige, fagfellevurdert og har en tydelig IMRAD-struktur da dette kreves i en bacheloroppgave (Thidemann, 2019).

2.6. Analyse

Artiklene som er inkludert i denne litteraturstudien er analysert ut ifra Evans (2002) sin analysemodell. Denne analysen deles inn i fire trinn:

Tabell 2.4 Analysemodell

Trinn 1: Innsamling av artikler	Åtte relevante artikler ble samlet inn og valgt ut som beskrevet i 2.1: <i>Beskrivelse av metode</i> .
Trinn 2: Identifisere hovedfunnene fra hver artikkel	I dette trinnet leste jeg nøye gjennom artiklene og sorterte ut det som var mest aktuelt for min problemstilling. Jeg så på hovedfunnene i hver artikkel og inkluderte dette i artikkelmatriser som vist i 3.1: <i>Artikkelmatriser</i>
Trinn 3: Identifisere temaer på tvers av studier	Hovedfunnene ble sammenlignet for å identifisere felles temaer. Her så jeg på forskjeller og likheter, og deretter inndelte dem i hovedtemaer.
Trinn 4: Beskrivelse av fenomener	Etter å ha lest gjennom alle artiklene var det noen temaer som var gjengående: risikofaktorer for postoperativt delirium, ivaretagelse av grunnleggende behov og kunnskap blant sykepleierne. Disse utdypes i 3.2: <i>Sammenfattet presentasjon av artikler</i> . Andre temaer som gikk igjen var viktigheten av tilpassede tiltak og opplevelsen med forebyggende tiltak.

Tabell 2.5 Tema

Tema	Artikler
Identifisering/vurdering av risikofaktorer	A, C, E, F
Grunnleggende behov	A, B, D, E, F, G
Kunnskap blant sykepleiere	A, D, E, F, G, H

3. Resultater

Totalt 8 artikler er inkludert i denne litteraturstudien, hvor fem er kvantitative og tre er kvalitative. I første del av dette kapittelet er hver av disse presentert i artikkelmatriser (3.1). Deretter presenteres en sammenfattet empiri av resultatene fra artiklene med relevante underoverskrifter, basert på fellestrekk (3.2).

Studiene viste at identifisering av risikofaktorer er viktig for å kunne si noe om forutsetninger og risikoer for å utvikle delirium, og for å oppnå best mulig effekt av forebyggingen gjennom individtilpassede tiltak. Tiltakene i intervensjonene er ikke-farmakologiske og basert på ivaretagelse av grunnleggende behov. Flere studier fremhever også viktigheten av tilstrekkelig kompetanse blant sykepleierne. I tillegg er det inkludert resultater som viser sykepleiers og pasienters erfaringer med deliriumforebyggende tiltak.

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 3.1 Artikkelmatrise A

Referanse (A)	Kratz, T., Heinrich, M., Schlauß, E., Diefenbacher, A. (2015). Preventing postoperative delirium. <i>Deutsches Arzteblatt International</i> , 112(17), 289–296. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0289
Hensikt	Hensikten med studien var å svare på følgende spørsmål: <ul style="list-style-type: none">• Hva er forekomsten av postoperativt delirium på en generell kirurgisk avdeling på et utvalgt sykehus.• Hvilke preoperative faktorer er forutsigende for delirium?• Kan en geriatrisk-psykiatrisk sykepleier redusere forekomsten av postoperativt delirium ved å bruke ikke-farmakologiske sykepleieintervensjoner?
Metode	Kvantitativ kasus-kontrollstudie, som systematisk vurderte forekomsten av postoperativt delirium hos 239 pasienter over 70 år på to kirurgiske avdelinger på et sykehus.

	<p>I en seks måneder lang «prevalensfase» ble antall pasienter med postoperativt delirium registrert på begge avdelingene, men ingen tiltak ble iverksatt. Senere, i en ti måneders lang «intervensjonsfase», gjennomførte en geriatrik sykepleier intervensjonstiltak på den ene avdelingen (intervensjonsgruppe). Pasientene på den andre avdelingen fungerte som en kontrollgruppe.</p>
<p>Resultat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I prevalensfasen utviklet 20,2% av alle pasientene postoperativt delirium. I intervensjonsfasen oppsto det hos ca. 20,8 % av kontrollgruppen, men hos kun 4,9 % av intervensjonsgruppen. • Pasientene i intervensjonsgruppa hadde lavere risiko for postoperativt delirium enn de i kontrollgruppen. • Tydelige risikofaktorer for delirium var høy alder, preoperative infeksjoner og kognitiv svikt. • Det var klare indikasjoner på at konsekvent innføring av preoperativ screening og enkle tiltak utført av spesialsykepleier, kan redusere forekomsten av postoperativt delirium.
<p>Kommentar og relevans for problemstilling</p>	<p>Forekomsten av postoperativt delirium hos eldre kirurgiske pasienter ble redusert som følge av ikke-farmakologiske tiltak innført av en spesialsykepleier. Dette viser at forebygging av delirium ikke bare er en oppgave for leger eller kirurger, men at sykepleiere her spiller en sentral rolle. Det er da viktig å ha tilstrekkelig kunnskap om risikofaktorer og forebyggende tiltak.</p>

Tabell 3.2 Artikkelmatrise B

<p>Referanse (B)</p>	<p>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</p>
-----------------------------	---

	Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Surgery</i> , 152(9), 827-834. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.1083
Hensikt	Å undersøke om et tilpasset program reduserer insident delirium og liggetid på sykehus hos eldre pasienter som gjennomgår gastrokirurgi.
Metode	Randomisert kontrollert studie (RCT). Det ble inkludert 377 deltakere som gjennomgikk ulike kirurgiske prosedyrer i abdomen, på et stort sykehus i Taiwan. De utvalgte var over 65 år og hadde forventet liggedøgn >6 dager. Intervensjonen besto av 3 protokoller og ble utført daglig etter ankomst på sengepost, og frem til utskrivelse.
Resultat	Postoperativt delirium oppstod hos 6,6% av intervensjonsgruppen mot 15,1% av kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen hadde kortere gjennomsnittlig liggedøgn (12 dager) på sykehus enn kontrollgruppen (14 dager). Særlig pasientene som gjennomgikk total eller subtotal gastrektomi, hadde effekt av tiltakene. Intervensjonen sørget også for forsinket utvikling av delirium samt 56% redusert risiko.
Kommentar og relevans for problemstilling	Funnene i studien viser god effekt av tiltak på både forekomsten av delirium samt antall liggedøgn. Alle tiltakene er utført av sykepleier og er av den grunn relevant for oppgaven.

Tabell 3.3 Artikkelmatrise C

Referanse (C)	Denny, D. L., Lindseth, G. (2017). Preoperative Risks for Subsyndromal Delirium in Older Adults following Orthopedic Surgery. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 39(10), 1376-1377. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000401
Hensikt	Hensikten med studien var å se på sammenhengen mellom utvalgte preoperative risikofaktorer og subsyndromalt delirium hos eldre over 65 år.
Metode	Beskrivende, korrelasjonsstudie med kvantitativt design.

	62 deltakere over 65 år ble screenet for delirium på 1., 2. og 3. postoperative dag.
Resultat	<p>Postoperativt subsyndromalt delirium oppstod hos 68% av deltakerne i studien, 18,9% av disse utviklet fullt delirium.</p> <p>Nylig fall og lengre preoperativ fastetid var assosiert med deliriumsymptomer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komorbiditet i sammenheng med alder (CCI-score) var ikke relatert til deliriumsymptomer. • Preoperativ kognitiv svikt var ikke signifikant assosiert med økte deliriumsymptomer. • Pasienter med nylige fall hadde flere deliriumsymptomer og det var tydelig assosiert med økte deliriumsymptomer etter 48 timer, og generelt hele den 72-timers lange forskeperioden. • Preoperativ fastetid: en økt varighet av preoperativ fastetid (>9,5 timer) var assosiert med betydelig flere deliriumsymptomer på tredje postoperative dag.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien viser tydelig sammenheng mellom utvalgte risikofaktorer og utvikling av delirium, som er aktuelt for å bestemme tiltak i forebygging av delirium. Risikoene for delirium er de samme hos de med subsyndromalt delirium som hos de som utvikler fullt delirium, og studien er av den grunn inkludert.

Tabell 3.4 Artikkelmatrise D

Referanse (D)	<p>Durst, J., Wilson, D. (2020) Effects of protocol on prevention of delirium in hospitalized hip fracture patients: A quality improvement project. <i>International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing</i>, 36, 100710. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100710</p>
Hensikt	Hensikten var å finne ut om forekomsten av delirium ble redusert ved bruk av forebyggende tiltak, hos hoftebruddspasienter.
Metode	Evidensbasert Randomisert-kontrollert-studie (RCT). Pasientjournaler ble gjennomgått før og etter implementering av en evidensbasert

	protokoll. 90 deltakere ble inkludert, med 45 pasienter i hver gruppe.
Resultat	Sykepleiers bruk av protokollen med forebyggende tiltak ble dokumentert hos 75,6% av pasientene. Forekomsten av delirium var tilnærmet lik i både intervensjons- og kontrollgruppen, med henholdsvis 15,6% og 11,1%.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien ser på effekten av deliriumforebyggende tiltak samt etterlevelsen av disse hos sykepleierne, og anses derfor som relevant.

Tabell 3.5 Artikkelmatrise E

Referanse (E)	Deeken, F., Sánchez, A., Rapp, M. A., Denkinger, M., Brefka, S., Spank, J., Bruns, C., von Arnim CAF, Küster, O. C., Conzelmann, L. O., Metz, B. R., Maurer, C., Skrobik, Y., Forkavets, O., Eschweiler, G. W., Thomas, C. (2022). Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Surgery</i> , 157(2), e216370 https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke om en flerkomponent forebyggende intervensjon var effektiv i å redusere forekomsten og prevalensen av postoperativt delirium etter større kirurgiske inngrep.
Metode	Dette er en randomisert kontrollert studie (RCT) som sammenlignet personsenterte evidensbaserte intervensjoner med standard pleie. 1470 pasienter som gjennomgikk elektiv ortopedisk, generell- eller hjertekirurgi, ble inkludert. Alle pasientene var 70 år eller eldre og innlagt på 5 ulike tyske tertiærmedisinske sentre.
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> Tiltakene reduserte den relative risikoen for postoperativt delirium med 33,2%, og totale antall dager med delirium med 139 dager. Effekten var signifikant hos pasientene som gjennomgikk ortopedisk eller gastrokirurgi, men hadde ingen effekt hos de hjerteopererte.

	<ul style="list-style-type: none"> Resultatene antyder at implementering av programmet kan forbedre forekomsten av målrettet omsorg og pasientresultater hos eldre pasienter som gjennomgår elektiv generell og ortopedisk kirurgi.
Kommentar og relevans for problemstilling	Artikkelen er relevant for min oppgave da den viser god effekt av ikke-farmakologiske tiltak. Tiltakene er målrettet og personsenterte som er viktige prinsipper i sykepleietilnærmingen.

Tabell 3.6 Artikkelmatrise F

Referanse (F)	<p>Solà-Miravete, E., López, C., Martínez-Segura, E., Adell-Lleixà, M., Juvé-Udina, M. E., Lleixà-Fortuño, M. (2018).</p> <p>Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 27(1-2), 345-354.</p> <p>https://doi.org/10.1111/jocn.13921</p>
Hensikt	Hensikten med studien var å bedømme nytten av en omfattende sykepleievurdering som metode for å se på risikoen for delirium hos eldre inneliggende pasienter. Disse vurderingene ble basert ut ifra variabler som omhandlet grunnleggende behov.
Metode	Dette er en kaskontroll-studie hvor pasienter med insident delirium ble sammenlignet med pasienter uten delirium. 454 pasienter over 65 år innlagt på både medisinske (36% av deltakerne) og kirurgiske avdelinger (64% av deltakerne), ble inkludert. Studiedata ble innsamlet fra en gjennomgang av pasientenes elektroniske journaler.
Resultat	Basert på skjemaet som sykepleierne jobbet ut ifra, ble det observert betydelig flere risikofaktorer hos pasientene som utviklet delirium enn de som ikke gjorde det. Behovsområdene som utmerket seg hos de med delirium var tungpust og problemer med ernæring, eliminasjon,

	mobilitet, søvn og hvile, egenomsorg, fysisk sikkerhet, kommunikasjon og relasjoner.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne artikkelen er aktuell for min oppgave fordi den spesifikt ser på sykepleiers rolle i å kartlegge risiko for delirium hos eldre inneliggende pasienter, som er relevant i et forebyggende perspektiv. Vurderingene som gjøres av sykepleier er basert på grunnleggende behov og er en viktig del i risikovurderingen til delirium, samt nødvendig for å utvikle en individualisert pleieplan.

Tabell 3.7 Artikkelmatrise G

Referanse (G)	Lee-Steere, K., Liddle, J., Mudge, A., Bennett, S., McRae, P., Barrimore, S. E. (2020). "You've got to keep moving, keep going": Understanding older patients' experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(13-14), 2363-2377. https://doi.org/10.1111/jocn.15248
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske eldre innlagte pasienter sine opplevelser og oppfatninger av delirium og ikke-farmakologiske forebyggende tiltak relatert til ernæring, mobilitet og kognisjon; samt hva som hemmer og fremmer deltakelse i disse.
Metode	Kvalitativ studie som bruker en tolkende deskriptiv metodisk tilnærming, med semistrukturerte intervjuer. 23 deltakere over 65 år fra seks ulike medisinske og kirurgiske avdelinger ble inkludert.
Resultat	Deltakerne rapporterte en rekke fysiologiske, emosjonelle og psykologiske reaksjoner på delirium, og opplevelsen av det var annerledes enn å høre om det. De fleste deltakerne var klar over fordelene med forebyggende tiltak, men opplevde at det var ulike faktorer som hemmet og fremmet deltakelse.

Kommentar og relevans for problemstilling	Denne studien fremhever pasientens perspektiv på deliriumforebyggende tiltak, og som sykepleier er dette viktig å kjenne til for å forbedre opplevelsene og effektiviteten med slike tiltak.
--	--

Tabell 3.8 Artikkelmatrise H

Referanse (H)	Emme, C. (2020). "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(15-16), 2849–2862. https://doi.org/10.1111/jocn.15300
Hensikt	Å se på sykepleiers erfaringer med hva som fremmer og hemmer anvendelsen av anbefalinger fra retningslinjer for delirium, med fokus på identifisering, forebygging og behandling.
Metode	Kvalitativt deskriptivt design. Både semistrukturerte fokusgruppe- og individuelle intervju ble utført. 23 sykepleiere ble inkludert.
Resultat	Studien identifiserte fire hovedkategorier om hva som fremmer og hemmer innføringen av anbefalinger fra en retningslinje om delirium: <ol style="list-style-type: none"> 1) Mangel på kunnskap 2) Mangel på opplevelsen av mening 3) Mangel på prioritet 4) Mangel på ressurser og dårlige arbeidsforhold 5) Frustrasjon og motløshet blant sykepleierne
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien omhandler sykepleiernes perspektiver og erfaringer med bruken av anbefalte retningslinjer for delirium. Selv om den ikke konkretiserer pasientgruppe, vurderes å ha overføringsverdi til pasientgruppen i problemstillingen og er av den grunn inkludert.

3.2. Sammenfattet presentasjon av resultater

I denne delen gis en sammenfattet presentasjon av resultatene fra de 8 inkluderte forskningsartiklene. Sammenfatningen viser risikofaktorer for delirium, hvilke tiltak sykepleier kan gjøre for å forebygge det og hvilken effekt intervensjonene har. I tillegg er det inkludert resultater som viser pasienters og sykepleiers perspektiv i arbeidet med forebyggende tiltak.

3.2.1. Risikofaktorer for delirium

Risikofaktorene som ble sett på som forutsetninger for utvikling av delirium i studien til Solá-Miravete et al. (2018) var høy alder (15% økt risiko for delirium per ekstra år), urininkontinens, urinkateter, alkoholmisbruk, tidligere demens eller kognitiv svikt, immobilitet, dårlig søvn og historikk med sosial risiko (utfordrende relasjoner eller isolering). Den største risikoen ble blant annet sett hos pasienter med søvnvansker som hadde rundt 16 ganger så høy risiko for å utvikle delirium.

I likhet med studien over erfarte også Deeken et al. (2022) og Kratz et al. (2015) at høy alder og kognitiv svikt representerte økt risiko for delirium. I tillegg fant Deeken et al. (2022) ut at skrøpeligheit, mannlig kjønn, komorbiditet og hjertekirurgi ga større risiko. I studien til Kratz et al. (2015) var også preoperative infeksjoner, da spesielt urinveisinfeksjon, en av de største risikofaktorene. Andre faktorer med lavere risiko var depresjon og sosiodemografiske risikofaktorer som lavere utdanning, redusert ADL-funksjon og innleggelse fra institusjon.

I studien til Denny og Lindseth (2017) presenterte pasienter med fallhistorikk (innen seks måneder før operasjon) flere symptomer på delirium, og hadde økt forekomst av symptomer etter 48 timer. Samme studie konkluderte også med at økt varighet på preoperativ fastetid var assosiert med tydelig økning av deliriumsymptomer. I motsetning til studiene til Deeken et al. (2022) og Kratz et al. (2015) viste denne studien ingen tydelig sammenheng mellom komorbiditet, høy alder og deliriumsymptomer.

3.2.2. Ivaretagelse av grunnleggende behov

De ikke-farmakologiske tiltakene som brukes i studiene omhandler ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov (Chen et al., 2017; Deeken et al., 2022; Durst & Wilson, 2020; Kratz et al., 2015; Lee-Steere et al., 2020; Solá-Miravete et al., 2018). Flere av disse fremhever også viktigheten av individuelle og tilpassede tiltak, for å oppnå best mulig effekt av forebyggingen.

Behovsomsrådene som utmerket seg hos de med delirium i studien til Solá-Miravete (2018) var: respirasjon, ernæring, eliminasjon, mobilitet, søvn og hvile, egenomsorg, fysisk sikkerhet, kommunikasjon, relasjoner og anerkjennelse. Kratz et al. (2015) viste god effekt av multikomponente tiltak hvor det i intervensjonsavdelingen ble implementert følgende tiltak pre- og postoperativt: tidlig mobilisering, sensorisk stimulering, forbedret ernærings- og væskeinntak, ikke-farmakologisk forbedring av søvn, og kognitiv stimulering og validering.

I likhet med studiene til Kratz et al. (2015) og Solá-Miravete et al. (2018) handlet tiltakene i studien til Deeken et al. (2022) om kognitiv aktivisering, sosial trygging og fremming av god søvn. Det ble gjennomført orienteringsbesøk hos pasienter med sansesvikt, kognitiv svikt, eller de som opplevde stress eller angst. Dersom pasientene var skrøpelige eller i risiko for immobilisering, var det ekstra fokus på mobilisering. Smertelindring og tilstedeværelse av kjente omsorgspersoner ble også inkludert. Disse tiltakene bidro til økt nærings- og væskeinntak, redusering av stress og bedre søvnhygiene. For å optimalisere forebyggingen så de god effekt av daglig kartlegging av pasientens behov når det gjaldt smerte, væskebalanse og stressnivå. Til sammenligning ble det også i studien til Chen et al. (2017) dokumentert god effekt av tiltak som omhandlet orienterende kommunikasjon, bistand til ernæring og munnhygiene, og tidlig mobilisering. Intervensjonene som ble dokumentert mest i studien til Durst og Wilson (2020) var tilstedeværelse av familie, opprettholdelse av døgnrytme og bruken av briller og høreapparater.

Hos Lee-Steere et al. (2020) hadde de fleste pasientene god forståelse for at ivaretagelse av de grunnleggende behovene var viktig for å redusere sannsynligheten for delirium, men at ulike faktorer påvirket deltakelsen. Disse ble delt inn i ulike kategorier: følelsen av velvære, miljø og rutiner på sykehuset, oppmuntring fra personal, sosiale nettverk og å føle seg informert og lyttet til.

3.2.3. Effekt av sykepleieintervensjoner

Klassifisert etter prosentvis forekomst av delirium i intervensjonsgruppene, er studien med størst effekt av tiltakene Kratz et al. (2015) med forekomst på 4,9% hos intervensjonsgruppen mot 20,8% hos kontrollgruppen. Studien til Chen et al. (2017) hadde en forekomst på 6,6% mot 15,1% i kontrollgruppen. Gjennomsnittlig antall liggedøgn på sykehuset var to dager kortere hos intervensjonsgruppen. I tillegg sørget tiltakene for forsinket utvikling og 56% redusert risiko for delirium. Hos Deeken et al. (2022) var forekomsten av delirium hos de som gjennomgikk ortopedisk eller abdominalkirurgi på 10,9% mot 16,3%. Samlet sett ble den relative risikoen redusert med 33,2% og varigheten med delirium redusert med 139 dager. I tillegg sørget intervensjonen for redusert behov for medikamenter postoperativt, og færre pasienter ble sendt til rehabiliteringsopphold.

Studien til Durst og Wilson (2020) viste ingen signifikant effekt av tiltakene og forekomsten var tilnærmet lik hos begge gruppene; 15,6% i intervensjonsgruppen og 11,3% i kontrollgruppen. De hjerteopererte pasientene i studien til Deeken et al. (2022) hadde heller ingen effekt av tiltak: 35,2% opplevde delirium i intervensjonsgruppen mot 36,5% i kontrollgruppen.

Forskningen viser god effekt av tiltakene, men Kratz et al. (2015) og Deeken et al. (2022) understreker at det bør forskes mer på gjennomførbarheten og effektiviteten av hvert enkelt tiltak, gjerne på mindre grupper og sykehus.

3.2.4. Kunnskap blant sykepleierne

Deeken et al. (2022) inkluderte omfattende strategisk undervisning og

kunnskapsformidling som en del av forebyggingen. De ansatte på hver avdeling fikk undervisning generelt om delirium, samt forebygging og konsekvensene av det. I tillegg var risikovurdering en del av undervisningen. Resultatene i studien viste god effekt av intervensjonen og antyder at kunnskap hos sykepleierne er en viktig del av forebyggingen. Durst og Wilson (2020) konkluderer også med at kunnskap er viktig for å implementere tiltak for å unngå utvikling av tilstanden. Dette tydeliggjøres også i studien til Emme (2020) som viser at mangel på kunnskap utgjorde en signifikant barriere i forebygging av delirium. Spesielt kunnskap om predisponerende og utløsende årsaker var mangelfull.

Kratz et al. (2015) poengterer at sykepleiere bør få opplæring av en spesialsykepleier om identifisering av risikofaktorer og lære enkle metoder og verktøy for deliriumforebygging, og dermed bidra til økt kunnskap hos flere. Uten kunnskap eller forståelse kan forekomsten av delirium øke. Solá-Miravete et al. (2018) understreker også et behov for å bevisstgjøre sykepleierne mer om betydningen av en presis sykepleievurdering av risiko ved delirium, for å tilrettelegge for nøyaktig planlegging av tiltak. I tillegg er kunnskap og forståelse om hva som fremmer og hemmer deltakelse i forebyggende tiltak viktig (Lee-Steere et al., 2020).

4. Diskusjon

I diskusjonskapittelet drøftes følgende problemstilling i henhold til resultater fra forskningsartiklene, presentert teori og egne erfaringer:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter på kirurgisk sengepost?»

Implikasjoner for sykepleie beskrives gjennom kapittelet.

4.1. Identifisering og vurdering av risikopasienter

Hovedpoenget i forebyggende arbeid omhandler spesifikt arbeid og påvirkning av sykdomsrelaterte risikofaktorer, hvor målet er å redusere og eliminere forekomsten av disse (Kratz et al., 2015; Kristoffersen, 2016a). Å vurdere risiko for sykdom må dog brukes med forsiktighet, da det ikke er noen garantier for hva som skjer videre med pasienten. Likevel har man som sykepleier stor fordel av å bruke slike vurderinger for å sikre individuell og personsentrert forebygging (Mæland, 2010).

Risikovurdering for delirium er nødvendig i preoperativ testing og screening for at forebyggende tiltak kan starte allerede i den preoperative perioden (Denny & Lindseth, 2017; Kratz et al., 2015). For å vite hvilke tiltak som egner seg best må man derfor gjøre en identifisering av pasientens risikofaktorer. Hvis sykepleier kjenner til og forstår disse risikofaktorene, kan det ha en betydelig effekt på å redusere forekomsten av delirium (Deeken et al., 2022; Kratz et al., 2015). Fravær av kunnskap kan derimot utgjøre en barriere i forebyggingen og føre til manglende identifisering av risikopasienter, som igjen kan føre til økt forekomst (Emme, 2020; Kratz et al., 2015).

Risikofaktorene kan fortelle hvor sårbar pasienten er og hvor mottakelig han eller hun er for å utvikle delirium. Jo flere eller større risikofaktorer, dess større sjanse er det for å utvikle delirium (Ranhoff, 2016a). Dette støttes opp av studien til Solá-Miravete et al. (2018) som observerte betydelig flere risikofaktorer hos de som utviklet delirium. God og faglig forsvarlig sykepleie må ligge til grunn i forebygging av delirium, men det er de predisponerende faktorene, samt alvorligheten til pasientens skade eller sykdom, som avgjør hvordan tilstanden utvikler seg (Stubberud, 2016).

Selv om det må en utløsende faktor til for å utvikle delirium er disse faktorene likevel avhengig av sårbarheten til pasienten. En som tåler mindre vil være mer utsatt, mens hos en som er frisk fra før, og dermed mindre sårbar, må gjennom mer alvorlige hendelser eller sykdommer for å utløse delirium (Ranhoff, 2016a). En stor del av forebyggingen handler derfor om identifisering av både predisponerende og utløsende risikofaktorer slik at man kan iverksette tiltak som er tilpasset pasientens behov (Deeken et al., 2022; Eide et al., 2017).

Denny og Lindseth (2017) fant i sin studie ingen tydelig sammenheng mellom økte deliriumsymptomer og komorbiditet og alder, og kognitiv svikt. Dette er i kontrast til

funnene hos Solá-Miravete et al. (2018), Deeken et al. (2022) og Kratz et al. (2015) som alle peker på høy alder og kognitiv svikt som signifikante risikofaktorer. Imidlertid er dette faktorer som sykepleier ikke kan endre på. Likevel er det viktig å vite om dem og hvilken risiko de kan gi. Dermed er sykepleier klar over sårbarheten til disse pasienten og kan iverksette skjermende tiltak, og sørge for et godt og rolig miljø med god pleie og omsorg (Ranhoff, 2016a).

Fordi delirium har flere likhetstrekk med demens kan det lett forveksles og dermed oversees (Ranhoff, 2016a). Imidlertid er det viktig at sykepleier ikke antar at forvirring hos en eldre pasient nødvendigvis skyldes demenssykdom, men er oppmerksom på at det også kan være delirium (Jester et al., 2011). Alle pasienter som opplever akutt forvirring i den postoperative fasen må vurderes slik at man kan finne årsaken og raskt iverksette sekundærforebyggende tiltak (Grønseth & Nordtvedt, 2016; Jester et al., 2011).

Pleierelaterte elementer som er uheldige og øker risikoen for delirium betraktelig, omhandler særlig bruk av permanent blærekateter grunnet infeksjonsfare (Kratz et al., 2015; Ranhoff, 2016a; Solá-Miravete et al., 2018). I tillegg kan blærekateteret også oppleves som et stressmoment for pasienten (Bøyum, 2013). Sykepleier må da bruke sitt kliniske blikk og vurdere om kateteret er nødvendig eller om det kan unngås. Hos noen eldre pasienter kan det imidlertid være uunngåelig, men sykepleier må da jevnlig observere og vurdere infeksjonsutvikling hos disse pasientene (Ranhoff, 2016c; Stubberud, 2016).

Helhetssituasjonen under en innleggelse er krevende for de eldre, med alt stresset som medføres av å ligge på et sykehus (Ranhoff, 2016a; Wyller, 2019). Dersom de i tillegg har kognitiv svikt blir de ekstra sårbare. Den individuelle sårbarhet og risiko for delirium, kombinert med kirurgi, gjør derfor forebygging til denne gruppen til utfordrende oppgave (Deeken et al., 2022).

4.2. Ivaretakelse av grunnleggende behov

Ranhoff (2016a) og Stubberud (2016) forteller at sykepleietiltakene i all hovedsak omhandler *helhetlig god sykepleie* og ivaretakelse av grunnleggende behov. Flere av de inkluderte studiene viser også god effekt av ikke-farmakologiske tiltak som omhandler dette (Chen et al., 2017; Deeken et al., 2022; Kratz et al., 2015; Solá-Miravete et al., 2018).

Selv om diagnostikken gjøres av legen, har sykepleier en uvurderlig betydning når det kommer til observasjoner og vurderinger av pasienten (Denny & Lindseth, 2017; Kratz et al., 2015; Stubberud, 2016). Den omfattende sykepleievurderingen gjort i studien til Solá-Miravete et al. (2018) kan sees på som et effektivt instrument i forebyggingen, ettersom den ser på de konkrete grunnleggende behovsområdene til den aktuelle pasienten som vurderes. Kartleggingen er basert på behovsteorien til Virginia Henderson, og inkluderer observasjoner relatert til ernæring, eliminasjon, å kunne puste normalt, mobilitet, søvn og hvile, egenomsorg, fysisk sikkerhet og kommunikasjon. Områdene som ble identifisert her samsvarer godt med tiltakene utført i flere av studiene (Chen et al., 2017; Deeken et al., 2022; Durst & Wilson, 2020; Kratz et al., 2015).

Eldre pasienter som innlegges på sykehus kan oppleve en ressursvikt og dermed ha problemer med å mestre egen helse. De kan derfor ha behov for bistand fra sykepleier for å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016b; Lee-Steere et al., 2020). Et av disse områdene innebærer sykepleiers ansvar om å sørge for tilstrekkelig inntak av væske og næring. Tilstedeværelse av personalet, tilrettelegge for ønskekost og gi kostholdsråd er da gode tiltak (Deeken et al., 2022; Kratz et al., 2015). Tannstell og god munnhygiene kan også bidra til økt inntak samt forebygging av infeksjoner (Berntzen et al., 2016; Ranhoff, 2016b).

Chen et al. (2017) så i sin studie at tannpuss og ansiktsmobilisering forbedret munntørrhet og svelgfunksjon hos pasientene, som igjen økte ernæringsinntaket. Å sikre adekvat inntak kan dog være utfordrende på en kirurgisk avdeling, særlig ved akutte innleggelser, da pasientene må faste før operasjon. I enkelte tilfeller kan ventetiden på operasjon bli lang, og jo lengre fastetiden blir, jo mer øker risikoen for delirium (Denny & Lindseth, 2017; Vassbø & Eilertsen, 2014). Fasting kan i tillegg gi elektrolyttforstyrrelser og dehydrering, og må derfor forebygges og korrigeres (Helsedirektoratet, 2019). Selv om det er legen som må iverksette slik behandling, har sykepleier et viktig ansvar i observasjon og vurdering av symptomer, samt administrasjon og observasjon av behandlingen (Deeken et al., 2022; Ranhoff, 2016a; Stubberud, 2016).

All kirurgi medfører en kirurgisk stressrespons som kan gi smerter hos pasienten (Berntzen et al., 2016; Ranhoff, 2016a). Tilstrekkelig smertelindring etter operasjon, i samarbeid med lege, er derfor viktig for å reduseres smerte og engstelse, og dermed fremme det grunnleggende behovet for velvære (Grønseth & Nordtvedt, 2016; Solà-Miravete et al., 2018). Det bedrer også muligheten for tidlig mobilisering som fremheves som et viktig tiltak (Chen et al., 2017; Deeken et al., 2022; Kratz et al., 2015; Ranhoff, 2016a; Stubberud, 2016). I tillegg bedrer det oksygenering, reduserer komplikasjoner og gjør det enklere for pasientene å orientere seg (Ranhoff, 2016a). Dersom pasienten har dårlig matlyst, kan også dette bedres av mobilisering (Berntzen et al., 2016). Sykepleiers motiverende rolle samt mulighet for tilrettelegging, er da viktig (Deeken et al., 2022; Lee-Steere et al., 2020). Dersom dette er fraværende kan mobiliseringen ha motsatt effekt, og bidra til stress som følgelig kan utløse delirium (Solà-Miravete et al., 2018; Stubberud, 2016).

Tilfredsstillende søvn er en vesentlig faktor i opplevelsen av velvære og spesielt viktig ved store belastninger som kirurgi, da operasjonen kan bidra til økt stress og engstelse hos pasienten. Ved søvnmangel kan denne reaksjonen forverres og dermed øke risikoen for delirium (Solà-Miravete et al., 2018). Flere artikler inkluderer derfor ikke-farmakologiske tiltak som omhandler dette i sine intervensjoner (Deeken et al., 2022; Durst & Wilson, 2020; Kratz et al., 2015). Aktuelle sykepleietiltak som viste god effekt innebærte å ta hensyn til pasientens sovevaner, samt endring av strukturen på dagen for å unngå søvn på dagtid (Deeken et al., 2022; Kratz et al., 2015).

Å sørge for at pasienten har jevnlig vannlatning og avføring er også viktige tiltak (Ranhoff, 2016a; Solà-Miravete et al., 2018). Obstipasjon og urinretensjon kan fort oversees, og sykepleier må derfor aktivt «lete» etter dette (Ranhoff, 2016a). Uten tilrettelegging og observasjon av pasientens eliminasjon kan faren for urinveisinfeksjon øke, og dermed også risikoen for delirium (Kratz et al., 2015).

I studien til Solà-Miravete et al. (2018) oppgis kommunikasjon og sosiale relasjoner som en av de grunnleggende behovene som er viktig å dekke, og at problemer med dette er risikofaktorer for utvikling av delirium. Kommunikasjon med eldre kan likevel være en

utfordrende oppgave og krever gode kunnskaper og tilrettelegging av sykepleier (Ranhoff, 2016b). I Virginia Hendersons sykepleieteori tydeliggjør hun at sykepleier har et ansvar for å ivareta dette gjennom relasjonsbygging og god kommunikasjon med pasienten (Kristoffersen, 2016b). Å lytte til dem og forstå deres synspunkt er essensielt for å vite hva som er viktig for dem. Dette oppga pasientene i studien til Lee-Steere et al. (2020) også som en viktig faktor for å fremme ønske om deltakelse i intervensjonen. De mottok motstridende og upresis informasjon fra sykepleierne og opplevde dette som en begrensende faktor for deltakelse. Pasientene som hadde historikk med å være i sosial risiko og opplevd lite sosial støtte hadde betraktelig større sannsynlighet for delirium, hvilket tydeliggjør viktigheten av sykepleiers betryggende og anerkjennende rolle (Solà-Miravete et al., 2018).

Sensorisk og kognitiv stimulering, samt orienterende kommunikasjon, trekkes også frem som viktige tiltak for stressreduering og opplevelsen av trygghet og velvære. Dette kan innebære orienteringsbesøk med formål om realitetsorientering og stressreduering (Chen et al., 2017; Deeken et al., 2022; Jester et al., 2011; Kratz et al., 2015). Dette bør imidlertid gjøres av kjente personer, og inkludering og tilstedeværelse av pårørende har derfor stor fordel (Deeken et al., 2022; Kratz et al., 2015; Ranhoff, 2016a).

Selv om sykepleier kan sette i gang tiltak, krever det deltakelse og inkludering av pasienten. Mangel på inkludering, særlig i beslutningstaking, ga pasientene i studien til Lee-Steere et al. (2020) en følelse av invaliditet og sykeliggjøring, som igjen hemmet deltakelse. Ifølge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer skal pasientens mulighet for selvstendige avgjørelser fremmes (NSF, 2019). Virginia Henderson utdyper også i sin sykepleieteori betydningen av å inkludere pasienten for å ivareta kontakt med andre, samtidig som pasienten får gitt uttrykk for sine følelser og behov (Kristoffersen, 2016b). I arbeidet med å ivareta grunnleggende behov må sykepleiere derfor forstå de eldres perspektiver på deliriumforebyggende intervensjoner, og forstå hva som fremmer og hemmer deltakelse (Lee-Steere et al., 2020).

4.3. Betydningen av individorientert kunnskap

Sykepleieren skal gjennom utdanningen få kompetanse og forståelse om risikofaktorer og tiltak som forebygger sykdom hos sårbare grupper (Kunnskapsdepartementet, 2008). Hos eldre sykehuspasienter er det da viktig å inkludere pasienten og sørge for en individuell tilnærming som samsvarer med deres grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016b). Imidlertid kan dette være utfordrende da den tillærte kunnskapen er universell og kan gjøre at sykepleieren generaliserer pasienten. Dette blir et problem når man da skal bruke denne kunnskapen hos hver pasient og i tillegg ivareta individualiteten til pasienten (Berg, 2012).

Målrattede og personsentrerte tiltak er essensielt for å oppnå målet om redusert forekomst av delirium (Deeken et al., 2022). Samme studie erfarte at daglig identifisering av symptomer og risikofaktorer resulterte i konkrete tiltak basert på den enkeltes behov og risikofaktorer. Erfaringer fra pasientene i studien til Lee-Steere et al. (2020) viser også at individualiserte tiltak øker deltakelsen, samtidig som de peker på at inkludering av pasienten var viktig. Mangel på dette når det skulle fattes beslutninger på vegne av dem ga dem en følelse av invaliditet og sykeliggjøring. Individuell forebygging kan følgelig gi pasienten bedre oppfatning og forståelse av egen situasjon, og dermed en

opplevelse av mestring og kontroll (Mæland, 2010). Dette kommer også frem i Virginia Hendersons sykepleieteori hvor hun fremhever betydningen av å inkludere pasienten for å hjelpe han eller hun til å bli mest mulig selvstendig. Hun understreker også at alle pasienter har rett på en individualisert omsorg og pleie, og at den skal være tilpasset pasientens behov (Kristoffersen, 2016b). En slik tilrettelegging krever dog bevisstgjøring hos sykepleierne om betydningen av en presis sykepleievurdering av deliriumrisiko (Solà-Miravete et al., 2018).

Selv om det er viktig å ta hensyn til pasientenes behov opplevde sykepleierne i studien til Emme (2020) avvik mellom ledelsen og anbefalingene i retningslinjene, som til tider gjorde det vanskelig å ta hensyn til pasientens behov. Dette kunne være at ledelsen hadde bestemt at pasienter skulle vekkes klokken seks om morgenen for å gjøre nødvendige målinger og dermed redusere arbeidsmengden til dagvaktene. Dette kan skape unødvendig frustrasjon fordi sykepleier da må velge å enten prioritere god søvn hos pasienten eller «ignorere» tilstanden og gjøre det motsatte – vitende om at søvnunderskudd er en signifikant risikofaktor for delirium (Helsedirektoratet, 2019; Kratz et al., 2015; Solà-Miravete et al., 2018; Wyller, 2019).

Forebygging av delirium krever prioritering og tett oppfølging fra sykepleier. Skiftende personell kan gi forvirring hos pasienten og det er en fordel at samme sykepleier har ansvar for pasienten for å unngå unødvendig stress og dempe angst hos pasienten (Ranhoff, 2016a; Wyller, 2019). Primærsykepleie bør etterstrebes og sørger for at sykepleier lærer å kjenne pasienten og lettere kan fange opp tidlige tegn på delirium, og dermed iverksette konkrete forebyggende tiltak (Deeken et al., 2022; Stubberud, 2016). Dersom det er ulike sykepleiere innom kan det også øke sannsynligheten for motstridende informasjon (Lee-Steere et al., 2020). I tillegg øker det sannsynligheten for at delirium utvikles da det er vanskeligere å fange opp endringer hos pasienten (Kratz et al., 2015).

I studien til Chen et al. (2017) var det én og samme sykepleier som utførte alle tiltakene. Forekomsten av delirium og antall liggedøgn ble betydelig redusert som følge av tiltakene. Deres konsekvente og daglige bruk, samt gode etterlevelse av tiltakene, ble fremhevet som nøkkelen til de gode resultatene. Kratz et al. (2015) vektlegger også dette i sin studie. Dette krever dog tilstrekkelige ressurser og god tilrettelegging i avdelingen. I en hektisk hverdag på kirurgisk sengepost kan dette være utfordrende å gjennomføre, noe som også sykepleierne i studien til Emme (2020) erfarte. Mangel på ressurser og tilrettelegging var en særlig begrensende faktor i forebyggingen, og følgelig ble det vanskelig å sørge for god etterlevelse av tiltakene. Durst og Wilson (2020) peker også på økt arbeidsmengde samt utskifting av personale som årsak til redusert etterlevelse. Dette stemmer godt overens med egne erfaringer da det, for å få ting til å gå opp, kan være nødvendig å organisere det på en måte at et slikt tiltak kan bortprioriteres. Sykepleierne i studien til Emme (2020) ga også uttrykk for at de akutte situasjonene, som ivaretagelsen av akutte pasienter, ble prioritert over forebyggende tiltak. Dette forklarte de som «faktiske» problemer, mens forebygging av delirium ble sett på som et «potensielt» problem. Forebyggingen ble derfor naturligvis nedprioritert. Dette tydeliggjør imidlertid viktigheten av individorientert kunnskap da redusert oppfølging og prioritering kan redusere etterlevelsen og dermed øke risikoen for delirium.

4.4. Metoderefleksjon

I utgangspunktet ønsket jeg å finne kvantitative studier da disse utforsker effekten av forebygging av delirium og derfor kan si noe om forekomsten av tilstanden. Likevel ble det inkludert kvalitative studier for å få et bredere perspektiv på deliriumforebygging gjennom verdifulle erfaringer fra både sykepleiere og pasienter. Dette kan være en styrke ved oppgaven da det viser både subjektive og objektive aspekter.

En annen styrke kan være at avgrensningen av forskningen er av relativt nyere tid, fra 2012-2022, hvor majoriteten av artiklene er fra de siste fire årene. Alle artiklene er også funnet gjennom systematiske søk. I tillegg har jeg hovedsakelig valgt ut primærkilder da det ifølge Dalland (2017) anbefales å oppsøke den opprinnelige kilden. Unntaket er Virginia Hendersons sykepleieteori som jeg hentet fra Kristoffersen (2016b). Denne inngår likevel i skolens pensumliste og ansees dermed som troverdig.

For at tiltakene og omstendigheten rundt forebyggingen av delirium skulle ligne mest på tilstandene på norske sykehus, ønsket jeg i utgangspunktet artikler fra Europa. Dette viste seg å være utfordrende, og fire artikler utenfor Europa ble derfor inkludert. Selv om disse må sees på med et kritisk blikk, mener jeg at funnene har overføringsverdi til norske sykehus, i tillegg til at de kan bidra til å gi et bredere perspektiv til problemstillingen og dermed være en styrke i oppgaven.

Jeg erfarte også at det ikke var like lett å finne fram til presise treff, og at det var vanskelig å finne artikler som gjaldt *generelt* kirurgiske avdelinger. Noen artikler gjelder derfor spesifikke avdelinger. I tillegg har jeg inkludert artikler som også inneholder medisinske pasienter. Dette kan være en svakhet ved oppgaven, men likevel mener jeg de har overføringsverdi og kan implementeres og knyttes til sykepleiere på generelle kirurgiske avdelinger, samtidig som det kan vise en bredde til oppgaven.

Da jeg kun valgte ut det jeg anså som relevant fra artiklene, ble noen resultater ekskludert, og kan derfor ha påvirket drøftingen. I tillegg er ikke alle hovedfunnene inkludert i drøftingen, og kan derfor være en svakhet ved oppgaven. Dette gjelder eksempelvis intervensjonens effekt ved ulike typer kirurgi hos Chen et al. (2017) og Deeken et al. (2022), men også enkelte risikofaktorer hos Kratz et al. (2015), Denny og Lindseth (2017), Deeken et al. (2022) og Solá-Miravete et al. (2018).

En svakhet ved studiene til Denny og Lindseth (2017), Durst og Wilson (2020), Lee-Steere et al. (2020) og Emme (2020) kan være deres lave antall deltakere. Effektiviteten til strategiene som er brukt i disse studiene er derfor diskuterbar. Andre svakheter kan være sykepleiernes mangel på rutinemessig dokumentasjon i studien til Durst og Wilson (2020). Det kan ha ført til manglende vurderinger av høyrisikopasienter og udiagnostiserte tilfeller av delirium som kan ha påvirket resultatene.

4.5. Konklusjon

Følgende problemstilling er drøftet i denne litteraturstudien: «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter på kirurgisk sengepost?*».

Resultatene viser at for å kunne forebygge delirium er det nødvendig at sykepleier først gjør en identifisering og vurdering av pasientens risikofaktorer. Pasienter med mange

risikofaktorer krever ekstra oppmerksomhet og forsiktighet, og ved å identifisere disse allerede ved innkomst, kan det hjelpe sykepleier å fokusere på de mest sårbare individene og deretter planlegge en effektiv behandlingsstrategi. Dette innebærer iverksettelse av relevante og ikke-farmakologiske tiltak som tar utgangspunkt i pasientens individuelle risikofaktorer og baseres på dens grunnleggende behov. Samtidig vektlegges inkludering av pasienten for å fremme deltakelse og bidra til økt selvstendighet. Dette sikrer konkrete og individtilpassede tiltak, som resultatene fra studiene viser at har god effekt. Likevel er forebygging til pasientgruppen en utfordrende oppgave da de eldre ofte har flere risikofaktorer som, kombinert med kirurgi, gjør dem ekstra sårbare. Det må da tas hensyn til den individuelle sårbarhet og risiko. I tillegg krever det tilstrekkelige ressurser og tilrettelegging i avdelingen, som kan være en utfordring. Økt arbeidsmengde og tidspress er også hindringer, og sammen med manglende prioriteringer kan det sørge for redusert etterlevelse.

Som illustrert er det viktig med forståelse og kjennskap til risikofaktorer og forebyggende tiltak for å forebygge og redusere forekomsten av delirium. Selv om sykepleier ikke kan påvirke alle risikofaktorene, er det likevel viktig å kjenne til risikoen de kan gi, slik at skjermende tiltak kan iverksettes. Mangel på kunnskap blant sykepleierne kan derimot ha en uheldig effekt på pasientenes deltakelse i tiltak og effekt av tiltakene, som i verste fall kan øke forekomsten av tilstanden.

Den høye forekomsten av delirium blant eldre på sykehus, samt konsekvensene det kan gi, gjør dette til et svært aktuelt tema. Gjennom denne oppgaven har jeg fått god forståelse for sykepleiers sentrale rolle i forebyggingen av delirium og lært hvordan *jeg* som sykepleier kan være bedre forberedt til å møte og ivareta denne pasientgruppen. Likevel er det nødvendig med mer kunnskap og videre forskning på feltet for å optimalisere forebyggingen og avdekke områder som trenger mer fokus.

Referanser

- Aldring og helse. (u.å.). *Delir—Akutt forvirring*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/medisinsk-og-helsefaglig-oppfolging-pa-sykehjem/delir-akutt-forvirring/>
- Berg, G. V. (2012). Eldre sykehuspasienter—Helsefremmende tenking i sykehuset en utfordring for sykepleien. I T. B. Larsen & Å. Gammersvik (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 121–137). Fagbokforlaget.
- Berntzen, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Eide, P., & Almås, H. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1. 1.* (5. utg., s. 309–379). Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2016). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 197–208). Gyldendal Akademisk.
- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*, 8(3), 210–218. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>
- Chen, C. C.-H., 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>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Deeken, F., Sánchez, A., Rapp, M. A., Denking, M., Brefka, S., Spank, J., Bruns, C., von Arnim, C. A. F., Küster, O. C., Conzelmann, L. O., Metz, B. R., Maurer, C., Skrobik, Y., Forkavets, O., Eschweiler, G. W., Thomas, C., & PAWEL Study Group. (2022). Outcomes of a Delirium Prevention Program in Older Persons After Elective Surgery: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 157(2), e216370. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370>
- Denny, D. L., & Lindseth, G. (2017). Preoperative Risks for Subsyndromal Delirium in Older Adults following Orthopedic Surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 39(10), 1376–1377. <https://doi.org/10.1177/01939459177152611>
- Durst, J., & 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, 100710. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100710>
- Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Andersen Amofah, H., & Norekvål, T. M. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 105(7), 52–55. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>

- Emme, C. (2020). «It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent»: A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2849–2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Grønseth, R., & Nordtvedt, P. (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1. 1.* (5. utg., s. 17–39). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019). *Delirium*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/delirium>
- Hem, E. (2012). Delirium eller delir? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0024>
- Jester, R., Santy, J., & Rogers, J. (2011). *Oxford handbook of orthopaedic and trauma nursing*. University Press.
- Kirkevold, M. (2016). Kartlegging. I K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122–143). Gyldendal Akademisk.
- Kratz, T., Heinrich, M., Schlauß, E., & Diefenbacher, A. (2015). Preventing postoperative delirium. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(17), 289–296. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0289>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (3. utg., s. 295–340). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (3. utg., s. 15–64). Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lee-Steere, K., Liddle, J., Mudge, A., Bennett, S., McRae, P., & Barrimore, S. E. (2020). «You've got to keep moving, keep going»: Understanding older patients' experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2363–2377. <https://doi.org/10.1111/jocn.15248>
- Mæland, J. G. (2010). Sykdomsforebyggende arbeid: Teori og strategier. I *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 15, 1596–1600. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>

- Norsk helseinformatikk. (2022). *Delirium*. NHI.no.
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/lindrende-behandling/delirium/>
- NSD. (2022). *Norsk senter for forskningsdata*. Vitenskapelige Publiseringsskanaler.
<https://www.nsd.no/publiseringsskanaler/>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ranhoff, A. H. (2016a). Delirium (akutt forvirring). I K. Brodtkorb, M. Kirkevold, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 452–462). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2016b). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 225–236). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2016c). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162–172). Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2016). Eldre, helse og hjelpebehov. I K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29–38). Gyldendal Akademisk.
- Solà-Miravete, E., López, C., Martínez-Segura, E., Adell-Lleixà, M., Juvé-Udina, M. E., & Lleixà-Fortuño, M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 345–354. <https://doi.org/10.1111/jocn.13921>
- Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. 1. (5. utg., s. 429–437). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordisk sykeplejeforskning*, 4(1), 59–71. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-01-06>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

