



Bacheloroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere risikoen for delirium hos gamle pasienter etter nyoperert lårhalsbrudd?

How can the nurse contribute to reducing the risk of delirium in elderly patients with fresh hip fracture surgery?

Birgit Liabø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Molde, 07.05.2009

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere risikoen for delirium hos gamle pasienter etter nyoperert lårhalsbrudd?

Tittel på engelsk: How can the nurse contribute to reducing the risk of delirium in elderly patients with fresh hip fracture surgery?

Forfatter(e): Birgit Liabø

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Hilda-Karin Aass

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 07.05.2009

Antall ord: 11866

Forord

Ny lærdom

”Utruleg lenge var eg sterk og sprek og kunne halde fram min vante veg og trudde ikkje at slikt vondt som råkar så mange gamle folk, skulle råka meg.

Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte at om dei for alvor sette viljen inn kunne dei vel te seg mindre ynkelege. Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.

No har eg lært nytt. Min eigen kropp har drive meg på plass i skrøplinganes hær. Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss. Kall oss heller tapre. Det er det vi er.”

Haldis Moren Vesaas: Livshus 1995

Innhold

1.0	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2	PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNING.....	7
1.3	BEGREPSAVKLARING.....	7
1.4	OPPGAVENS OPPBYGGING.....	8
2.0	METODE	10
2.1	METODEBEGREPET OG LITTERATURSTUDIEN.....	10
2.2	EGEN FRAMGANGSMÅTE.....	11
2.2.1	SØKEHISTORIKK.....	11
2.2.2	UTVALGSKRITERIER.....	12
2.2.3	KORT OM HVA JEG HAR VALGT.....	13
2.2.4	KILDEKRITIKK.....	15
2.3	HVORDAN BRUKE PRAKSISERFARINGER.....	16
2.3.1	ANONYMISERING.....	17
3.0	TEORI OM ALDRING, DELIRIUM OG KIRURGISKE INNGREP	17
3.1	ALDRING.....	17
3.2	DELIRIUM.....	18
3.3	TRAUME HOS ELDRE.....	20
3.4	LÅRHALSBRUDD (FRACTURA COLLI FEMORIS).....	21
3.5	STRESS I FORBINDELSE MED KIRURGISKE INNGREP.....	22
4.0	SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	22
4.1	VIRGINIA HENDERSON.....	22
4.2	POSTOPERATIV OG FOREBYGGENDE SYKEPLEIE.....	24
5.0	VALGTE ARTIKLER	25
6.0	DISKUSJON	31
6.1	SAMMENLIGNING AV FUNN.....	31
6.2	KOMMENTARER.....	37
6.3	OPPSUMMERING.....	42
6.4	OM Å JOBBE MED OPPGAVEN.....	43
	LITTERATURLISTE	44
	VEDLEGG 1 – RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)	46
	VEDLEGG 2 – CAM (Confusion Assessment Method)	47
	VEDLEGG 3 – LEGEMIDLER SOM GIR RISIKO FOR DELIRIUM	48

1.0 INNLEDNING

En mann på 85 år som bodde på sykehjem, hadde falt og pådratt seg en fraktur i hoften. Jeg hadde blitt kjent med ham noen uker i forkant av fallet, og tilbrakt timer i hyggelig samtale med ham på sykehjemmet. Mannen var klar og orientert før uhellet inntraff, og han ble operert for lårhalsbrudd. Dagen etter operasjonen, på sengeposten, gikk jeg mot rommet der han lå, og forventet å bli gjenkjent av en mann som var smertepåvirket, men ellers som jeg husket ham. Slik ble det ikke. Pasienten dro ikke kjensel på meg, kunne ikke forholde seg til informasjon om at hoften var operert, ei heller om forholdsregler han burde ta. Han var agitert og uforstående angående tid, sted og situasjon. Det at jeg hadde blitt kjent med pasienten i forkant av det inntrufne, gjorde at jeg tydelig kunne observere forandringen, i motsetning til de tilfellene der jeg kun møtte pasientene etter operasjonen.

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Som student har jeg nå vært i praksis flere steder, og har fått mange inntrykk fra både sykehjem og ulike sykehusavdelinger. For å finne inspirasjon til å skrive en oppgave, har jeg tenkt gjennom de erfaringer jeg har gjort. Noen av problemene og dilemmaene fra praksis har blitt brukt i oppgavedrøftinger tidligere i studiet.

Denne gang falt valget på temaet eldre pasienter som er nyopererte etter lårhalsbrudd, og som er i høyrisikogruppe i forhold til å utvikle delirium. Jeg har hatt flere konkrete pasienter i tankene, pasienter som hadde mange symptomer som godt kan ha vært delirium. De fleste hadde lett observerbare symptomer og gjorde seg virkelig gjeldende på avdelingen.

Etter å ha lest en del om tilstanden har jeg lært at det også finnes en mer skjult, mindre åpenbar variant av delirium. Pasientene krever da lite, de ligger passive og har ikke disse blomstrende symptomene som gjerne forbindes med delirium. Da er det ikke alltid lett å oppdage eller dermed få behandlet tilstanden. Etter å ha tenkt gjennom en del pasientsituasjoner jeg husker, har jeg kommet fram til at minst to gamle pasienter godt kunne ha hatt den hypoaktive varianten av delirium, men det er bare antakelser fra min side, basert på kunnskapen jeg i ettertid har tilegnet meg.

Pasientene som var utagerende, hadde tydelig store plager. Både fysisk, gjerne etter et fall med benbrudd, og også psykisk, de var redde og forsto ikke situasjonen. Pårørende var fortvilet, og pleiere var opprådde. For eksempel kan en nyoperert pasient med delirium ikke følge legens eller sykepleierens råd for å komme seg best mulig etter operasjonen, men han kan tvert imot ødelegge for sin egen tilfriskning ved å plukke av bandasjen, dra ut venefloner, gjøre ugunstige bevegelser eller få et nytt fall. Han kan også utsette andre for skade. Han kan vekke oppmerksomhet blant andre pasienter og disses pårørende på en måte som han trolig vil bli nedstemt ved å erkjenne i ettertid. Personvernet blir skadelidende.

Litteraturen viser dessuten at prognosen er dårlig for pasienter som utvikler delirium. Mange gjenvinner aldri det nivået av helse de hadde før de fikk bruddskaden. Den kognitive funksjonen forblir ofte redusert, og det er forhøyet dødelighet.

Et hjertesukk fra en pleier: *”Her har han gjennomgått en stor operasjon og fått ordnet hoften sin, og så blir det trolig ødelagt fordi han ligger og kaver og krysser midtlinjen hele tiden.”*

Et problem på en travel sengepost er at slike pasienter gjerne trenger mye mer tilsyn enn andre, de kan ha behov for at en pleier kontinuerlig er tilstede, for å unngå at de skader seg selv på et utall måter, lager oppstyr på avdelingen eller stikker av. Selv har jeg brukt mye av en vakt på å fotfølge en slik nyoperert pasient, der han stadig kom opp av senga og vaklet ustø rundt i gangen med prekestol og så ut som om han skulle falle når som helst.

En vil gjerne gi enerom til dem som har delirium, og det kan være litt av en kabal å få til å gå opp på en sengepost med få enerom, spesielt når det er så fullt at opptil flere må bo i korridoren. Det medfører ulempe for andre pasienter, som må bytte rom.

Planen med bacheloroppgaven er å belyse hva sykepleieren som jobber på ortopedisk sengepost bør gjøre når pasienten kommer til avdelingen etter operasjon, for om mulig å forebygge at pasienten får delirium. Etter å ha lest endel pensumlitteratur, andre bøker og forskningsartikler, ser jeg at det finnes en del tiltak som går igjen i ulike kilder når det gjelder hva sykepleieren kan gjøre, hva som kan være preventivt i forhold til en høyrisikogruppe: De gamle med nyoperert lårhalsbrudd på ortopedisk sengepost.

1.2 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNING

Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere risikoen for delirium hos gamle pasienter etter nyoperert lårhalsbrudd?

Jeg vil avgrense oppgaven til å gjelde pasienter eldre enn 80 år av begge kjønn. Etter et fall, har pasienten fått brudd i lårhalsen, og har blitt operert for dette. Pasienten blir innlagt på ortopedisk sengepost, og det er der sykepleieren arbeider. Pasienten er relativt klar og orientert, ikke dement i særlig grad, og har ved innleggelsen ikke utviklet delirium. Tidsintervallet oppgaven tar for seg, begynner når pasienten blir innlagt på sengeposten etter operasjon, og varer til vedkommende blir utskrevet fra avdelingen. Dette er en tid med postoperativ pleie. Selv om medikamenter kan ha en medvirkende rolle i å utløse delirium, vil jeg bare kort nevne de mest risikable medikamenttypene, dette er av plasshensyn. Som vedlegg finner leseren en tabell over legemidler og grupper av legemidler, sortert etter risikovurdering.

1.3 BEGREPSAVKLARING

(Akutt) forvirring	Begrep som brukes synonymt med delirium.
(Akutt) konfusjon	Begrep som brukes synonymt med delirium.
Delirium	Tilstand som er beskrevet under pkt 3.2.
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (klassifiserings- og diagnosesystem for psykiske lidelser) utgave 4.
CAM	Forkortelse for Confusion Assessment Method, metode for å vurdere delirium. Se vedlegg 2.
Demens	Hjernesykdom som delirium kan bli forvekslet med, men demens starter langsomt, øker jevnt og varer livet ut. En pasient kan ha begge deler samtidig.
Fluktuere	Gå i bølger, veksle, variere
ICU	Forkortelse for Intensive Care Unit; intensivavdeling.
Multikomponent	Som består av flere deler. Multikomponentstrategier mot delirium kombinerer et forhåndsbestemt sett av tiltak.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association. Organisasjon som utarbeider sykepleiediagnoser med tilhørende tiltak og resultater.

Pasient	Her: Person over 80 år som har blitt operert for lårhalsbrudd og er innlagt ved ortopedisk sengepost. Også omtalt som ”han”.
Pleier	Her: Generell benevnelse for helsepersonell som deltar i det kliniske arbeidet ved ortopedisk sengepost, enten det er sykepleier, hjelpepleier, pleieassistent, sykepleiestudent, hjelpepleierelev, lærling i helsearbeiderfag m.v.
Polyfarmasi	Uttrykk som henspiller på at noen eldre står på en lang liste med medikamenter, noen gjerne foreskrevet av fastlege, andre på sykehus eller legevakt. Det negativt ladede begrepet kan uttrykke tvil om hvorvidt det finnes en helhetlig vurdering av nødvendigheten av de enkelte medikamenter, og den samlede virkning av dem.
Postoperativ	Vedrører perioden som (her) starter idet pasienten blir overflyttet til ortopedisk sengepost etter at lårhalsbruddet ble operert, og varer til vedkommende forlater avdelingen. (Den postoperative perioden på intensivavdelingen blir ikke tatt med her.)
Progrediere	Brukes om symptomer som tiltar og sykdommer som forverres.
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale, skala fra -5 til +4 som graderer psykomotorisk aktivitet, der 0 er det ideelle, ytterpunktet -5 er bevisstløshet og +4 er urolig, voldelig atferd. Se vedlegg 1.
Sengepost	Her: Ortopedisk sengepost.
Sykepleier	Her: Offentlig godkjent sykepleier som jobber på ortopedisk sengepost. Også omtalt som ”hun”.

1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING

I første kapittel av oppgaven redegjør jeg for bakgrunnen for at jeg valgte å skrive om temaet delirium hos eldre pasienter, og viser til noen egenopplevde episoder jeg har hatt i praksis. Problemstillingen blir presentert, med utfyllende kommentarer som avgrenser den. Innledningen tar også opp betydningen av delirium som helseproblem og de mange konsekvenser det kan ha.

Dernest følger metodekapitlet, med teori om hva en litteraturstudie er. Dette kapitlet inneholder beskrivelse av hvordan jeg gikk frem for å finne teoretiske kilder, både når det gjelder bøker innen fagområdet sykepleie, og datasøk etter relevante forskningsartikler innen

det samme. Det fremgår hvilke søkemetoder jeg anvendte, og hvilke hensyn og prioriteringer som lå til grunn da artiklene ble valgt ut.

Tredje kapittel er et teoretisk kapittel om aldring, delirium, traume hos eldre (fall), lårhalsbrudd og kirurgiske inngrep. Teorien her er stort sett hentet fra pensumlitteratur, og den nye boka Geriatrisk Sykepleie. Dette er bakgrunnsinformasjon som kan gi en forståelse av noen av de utfordringer mange eldre møter, og som sykepleieren må ta med i vurderingen.

Kapittel fire bærer det sykepleieteoretiske perspektivet, og begynner med å presentere Virginia Henderson (1897-1996) og hennes sykepleiemodell. Det fremgår her hvilken funksjon en sykepleier bør fylle ifølge Henderson. Denne delen inneholder også teori om postoperativ og forebyggende sykepleie.

Femte kapittel presenterer det viktigste i hver av de valgte forskningsartiklene, når det gjelder predisponerende faktorer og risikofaktorer for delirium, og anbefalte tiltak for å forebygge utviklingen av delirium.

Sjette kapittel er en drøfting av problemstillingen ved hjelp av de kildene jeg har. Siden det gis konkrete råd om forebygging i mine kilder, er det fint å kunne se disse i sammenheng med gjøremålene som Henderson sier er sykepleierens spesielle ansvar.

Avslutningsvis gir jeg en sammenfatning i det som blir konklusjonen, og til slutt følger litteraturoversikten og tre vedlegg.

2.0 METODE

2.1 METODEBEGREPET OG LITTERATURSTUDIEN

Jeg ser for meg *metode* som veien fra undring til kunnskap om et tema. Olav Dalland (2000) siterer Vilhelm Aubert (1985) som definerer metode på følgende måte:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

(Dalland 2000 s 71)

Valget av metode vil ifølge Dalland (2000) bestemmes av hvordan en best kan skaffe seg kunnskap om det en ønsker å undersøke. Metoden er et redskap for å samle data om temaet. I en bacheloroppgave ønsker en å finne seriøse kilder, og metoden vil innebære leting, både blant pensumbøker, søk etter andre relevante bøker om temaet via skolens bibliotek, og søk i anerkjente databaser etter nye forskningsartikler om temaet.

Ved vurderingen av hver kilde, må en ta stilling til metoden som er brukt for å frembringe kunnskap i den aktuelle artikkelen. En skiller mellom *kvantitativ* og *kvalitativ* metode.

Kvantitativ sier noe om mengde, det kan eksempelvis være statistisk materiale over forekomst av delirium, og for at dette skal være pålitelig kreves et stort antall deltakere i undersøkelsen, og det må dreie seg om målbare faktorer.

Kvalitativ metode er beskrivende. Den tar gjerne sikte på å belyse opplevelser, og kan innebære intervju av deltager, med åpne spørsmål. En kvalitativ undersøkelse har som regel færre deltakere, fordi den er mer tidkrevende å gjennomføre.

Et datasøk vil avdekke hvilken forskning som allerede er gjort på området, og ha et mangfold av problemstillinger innen samme tema, som her: Delirium. Noen vil være mer relevante enn andre i forhold til bacheloroppgaven min. Det er viktig at artiklene av nyere dato, og oppdatert i forhold til den nye kunnskapen som er verdifull for klinisk praksis.

2.2 EGEN FRAMGANGSMÅTE

Det hele startet med å finne et engasjerende tema, som i tillegg er viktig. Delirium er et stort helseproblem, og vel verdt å sette seg nærmere inn i. Det forekommer hyppig blant de eldste pasientene, med alvorlige konsekvenser. Dødeligheten er opptil 30%. (Snoek og Engedal 2000 s 198) Under arbeidet med bacheloroppgaven, har problemstillingen endret seg i innskjerpende retning etter hvert som jeg lærte mer om temaet og fikk veiledning.

Pensumlitteraturen er gjennomgått på leting etter informasjon om eldre generelt, og eldre operasjonspasienter spesielt. Jeg har også vært på skolebiblioteket og funnet annen litteratur, og jeg har gjort datasøk etter forskningsartikler, funnet mange og tatt med et relevant utvalg. Jeg har vurdert om artiklene er forskningsartikler eller fagartikler, om det er oversiktsartikler (reviews), om de bruker kvalitativ eller kvantitativ metode og om de møter IMRAD-standard (har introduksjon, metodekapittel, resultat og diskusjon).

Videre har jeg trukket ut det jeg oppfatter som det mest interessante fra hver kilde. Spesielt hva forfatterne sier om forebyggende tiltak, er viktig. Som sykepleieteoretiker er Virginia Henderson valgt. Hennes praktiske og direkte tilnærming passer fint inn som en rød tråd, og hennes punkter med 14 gjøremål ved grunnleggende sykepleie ligger som en grunnmur i drøftingskapitlet.

Som vedlegg har jeg valgt å ta med testene RASS og CAM, som brukes rutinemessig og målrettet ved mange sykehus for å avdekke delirium hos pasientene.

2.2.1 SØKEHISTORIKK

Etter at jeg fattet interesse for temaet, søkte jeg i databaser. Søkordene ble skrevet på språkene norsk (bokmål og nynorsk), svensk, dansk og engelsk, i litt ulike varianter, med trunkering for å få med flere endelser på ordene der jeg fikk få resultater. I noen databaser, som Ovid, fikk jeg godt resultat ved flere kombinasjoner, mens jeg i f. eks Norart måtte kutte ned til ett ord (forvrr med trunkering) for å få noen relevante treff. Da kom det til gjengjeld 49 resultater, hvorav mange ikke var helserelevante, som ”*Full forvirring om nye transportfly*”.

Søkeord: Sykepleier, eldre, operasjon, post (operativ), sykehjem, akutt, forvirring, konfusjon,

delir, delirium, forebygge, redusere.

Aldersgruppe over 80 år, og artikler fra 2003 eller senere. For at artiklene skulle være mest mulig oppdatert satte jeg en løselig grense på fem år, med mulighet for å ta med noe av litt eldre årgang hvis det dukket opp noe ekstra interessant.

Søk i databasen SweMed ga 49 treff, multiple databaser i ProQuest ga først over 120.000, som ble redusert ned til 17 med kombinasjoner av søk. Gjennom Ovid søkte jeg bla.a i databasene EMBASE, British Nursing Index, AMED og PsycINFO, og fikk, etter flere kombinasjoner av søkeord, 261 resultater.

Jeg fant flere av de samme artiklene i ulike databaser.

Resultatet var en mengde artikler som omhandlet delirium, og enda mer som tok for seg andre temaer. Ved å lese titler og deretter eventuelt sammendrag, fikk jeg redusert listen ytterligere. Jeg fant noen artikler i fulltekstversjon på internett, andre fant jeg i skolebibliotekets tidsskrifter, og jeg fikk også hjelp på biblioteket til å bestille noen artikler.

2.2.2 UTVALGSKRITERIER

Det finnes store mengder artikler om delirium. Jeg har sett spesielt etter kombinasjonen med eldre og kirurgiske inngrep, og den første postoperative tiden på sykehus. Her finnes det et vidt spekter av vinklinger. Hovedsakelig var det av interesse å få svar på problemstillingen, med konkrete råd om hva sykepleieren kan sette i verk av forebyggende tiltak. Videre ville jeg som bakgrunnsinformasjon få belyst hvor omfattende tilstanden er, hvilke konsekvenser den kan få, og hvorfor det er et så utbredt problem.

Mange studier har en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode. Jeg har valgt å ta med begge deler som data til denne bacheloroppgaven. Jeg har sett på tallmateriale over forekomst av delirium, fordi det gir en pekepinn på hvor stort problem dette utgjør i befolkningen. Videre er kvalitative beskrivelser av opplevelser som pasienter og sykepleiere har hatt, inkludert for å forklare hva delirium dreier seg om, hvordan det kan arte seg. Det vil være nyttig for lesere som har begrenset forhåndskunnskap om temaet.

For å kunne forebygge delirium, må det ikke allerede være etablert hos pasienten ved innleggelse, derfor har jeg valgt artikler som handler om delirium hos personer som får dette i løpet av sykehusoppholdet. Det bør også være mulig å sannsynliggjøre at det dreier seg om delirium. Mange artikkelforfattere velger derfor bort pasienter i gråsonen der det er vanskelig å vite hva som er delirium, og hva som er demens, hjerneskade eller komatøse tilstander grunnet alvorlig sykdom eller skade. Grunnen til at de utelates, tror jeg er at disse pasientene responderer så dårlig at de ikke kan testes med CAM-metoden for å påvise delirium.

Flere av artiklene jeg har valgt, inneholder både risikofaktorer og intervensjoner. Jeg satt til slutt igjen med 8 artikler. Av disse er noen eldre enn 5 år, men er tatt med fordi de fortsatt er aktuelle i forhold til å belyse problemet og konsekvensene det har, med levende skildringer av pasienter, og synspunkter hos pleiere.

2.2.3 KORT OM HVA JEG HAR VALGT

I tillegg til pensumbøker, nyere bøker om sykepleie og egne erfaringer, har jeg valgt å bruke disse artiklene:

”Akutt forvirring hos eldre, ortopediske pasienter” (2002) av Heidi Bøhmer, May Solveig Fagermoen og Tori Fretland.

Denne fagartikkelen omhandler en kartlegging på ortopedisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus i perioden mai til desember 2000, basert på 65 beskrivelser av episoder med pasienter på avdelingen. Flere av beskrivelsene var av samme pasient, og i alt var det 35 pasienter. Alderen var 71-93 år og gjennomsnittlig 82,5 år. Kartleggingen er kvalitativ, og pleierne som deltok i undersøkelsen fikk lite føringer for hva de skulle se etter. Årsaken var at forfatterne var ute etter å finne ut hvordan pleierne selv definerte akutte forvirringstilstander og sorterte dem i alvorlighetsgrader.

”Delirium during Hospitalisation: Incidence, Risk Factors, Early Signs and Patients’ Experiences of Being Delirious” (2003) av Gill Sörensen Duppils

Svenske Gill Duppils ved Universitetet i Uppsala forsket på delirium i forbindelse med sin doktorgradsavhandling. Hensikten med forskningen var å vurdere forekomst og risikofaktorer med mer. Pasientene som var med, ble enten operert for hoftebrudd, eller fikk satt inn hofteprotese. Av disse utviklet henholdsvis 24,3% og 11,7% delirium under

sykehusoppholdet. (Duppils 2003) Det er grunn til å anta at tallene også er relevante for norske forhold.

”Postoperativ forvirring går att förebygga” (2006) av Maria Lundblad og Eva J.

Hovstadius.

Datasøket viser at delirium er et omfattende helseproblem, men det finnes også mange tiltak for å forebygge. Denne fagartikkelen publisert i bladet *Omvårdnad* skrevet av sykepleiere som jobber med psykiatri og intensivsykepleie, anbefaler en rekke tiltak for å hindre at akutt forvirring oppstår.

”Legemidler som kan gi delirium hos eldre” (2005) av Anette Hysten Ranhoff og Odd

Brørs.

Denne fagartikkelen publisert i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening gir en oversikt over hvilke legemidler som man vet kan bidra til utviklingen av delirium hos eldre. Oversikten er omfattende, og av plasshensyn kommer jeg ikke til å gå dypt inn i dette, likevel må legemidler nevnes ettersom medikamentelle faktorer ofte spiller en betydelig rolle i utvikling av delirium.

”Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review” (2004) av Koen Milisen, Joke Lemiengre, Tom Braes og Marquis D. Foreman.

Denne oversiktsartikkelen er skrevet av tre belgiske og en amerikansk sykepleieforsker, og tar for seg forebyggende og behandlende multikomponent-strategier for å bekjempe delirium hos eldre over 60 år som er innlagt i sykehus. De har sett på tidligere rapporter og undersøkelser om temaet, og funnet at de ville inkludere nyere tester i en samlet vurdering. De søkte i anerkjente databaser t.o.m. 2003, etter artikler som beskrev gjennomførte undersøkelser foretatt både under relativt kontrollerte former, og andre studier. Spesielt lette forfatterne etter undersøkelser som beskrev før og etter-tilstand hos pasienter, test- og kontrollgrupper med ulike tiltak, for å nevne noe.

Seks studier ble brukt. Av disse omhandlet tre forebyggende tiltak, mens de resterende tre tok for seg behandlende strategier ved oppstått delirium. Målet var å finne karakteristiske kjennetegn ved de ulike tiltakene og hvilke som eventuelt ga det ønskede resultatet. Et interessant fokus i forhold til denne bacheloroppgaven.

”Delirium in Elderly Patients” (2004) av Martin G. Cole.

Denne oversiktsartikkelen publisert i American Journal of Geriatric Psychiatry handler om hvordan delirium i mange tilfeller kan gå upåaktet hen, til tross for de alvorlige konsekvensene. Forfatteren ser på forebyggende strategier for eldre på kirurgiske og medisinske avdelinger, og han viser også hvordan et begynnende delirium kan avdekkes.

”Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients” (2007) av Pratik Pandharipande, Bryan A. Cotton, Ayumi Shintani, Jennifer Thompson, Brenda Truman, John A. Morris, Robert Dittus og Wesley E. Ely.

Undersøkelsen forskningsartikkelen viser til, ble foretatt i perioden 1. januar til 15. mars 2005 ved Vanderbilt University Medical Center i Nashville, Tennessee, USA. Hensikten var å kartlegge omfanget av og risikofaktorene for delirium hos kirurgiske pasienter på to intensivavdelinger ved sykehuset. 142 pasienter over 18 år ble vurdert for deltagelse i studien, og 100 ble valgt ut. Disse hadde alle blitt mekanisk ventilert i mer enn 24 timer. (40 ble ekskludert grunnet demens, hjerneblødning m.m. fordi det var vanskelig å vurdere deres kognitive funksjon, og to var moribunde.)

”Delirium in the Orthopaedic Patient” (2007) av Jennifer Neitzel, Sue Sendelbach og Linda R. Larson.

Amerikansk studie publisert av National Association of Orthopaedic Nurses. Den fokuserer på litteratur som finnes angående mange aspekter ved delirium hos den aktuelle pasientgruppen. Forfatterne, som er spesialsykepleiere og sykepleieforskere, har tatt for seg mange aspekter ved delirium. Artikkelen gir blant annet en pekepinn om hvorfor det oppgis så ulike tall over forekomsten av tilstanden. Her forteller også forfatterne hvilke forebyggende tiltak som kan ha best effekt.

2.2.4 KILDEKRITIKK

Jeg ser at flere forskere foretrekker å undersøke forekomst av delirium blant en pasientgruppe som er i en såpass bra mental og nevrologisk forfatning at det er praktisk mulig å påvise delirium, trolig fordi datainnsamling om pasientene stort sett foretas av pleiepersonalet. Disse kan naturlig nok ha noe ulike vurderinger, og derfor ønskes gjerne en så homogen og

sammenlignbar gruppe som mulig. Dessuten er flere tester avhengig av en våken pasient som kan være aktivt deltagende.

Jeg har inkludert både fagartikler og forskningsartikler her, fordi jeg mener alle har noe å tilføre oppgaven. De fleste artiklene er på originalspråket og har derfor ikke blitt oversatt, med den risiko for fortolkning som ligger i det.

Det kan naturligvis ligge en viss feilmargin i at artikkelforfatterne ikke har vært på leting etter akkurat det samme som meg, men jeg har totalt sett funnet relevante fakta og/eller nyttig bakgrunnsstoff fra alle. Jeg ser også at det er få motstridende opplysninger i artiklene jeg har funnet. Det vil si at ingen av artiklene balanserer ute på en tynn gren når det gjelder troverdighet.

2.3 HVORDAN BRUKE PRAKSISERFARINGER

Opplevelser fra praksis er sterkt medvirkende til at valget falt på nettopp dette temaet. Jeg vil bruke erfaringene til å belyse og levendegjøre temaet, og vise hvordan problemet med delirium på en overfylt og travel sengepost kan arte seg. Jeg har erfart dilemmaer knyttet til pleien av disse pasientene. Oppfølgingen disse pasientene har behov for når de har utviklet fulminant delirium, står ofte ikke i forhold til hva personalet kan yte, og jeg ser stor nytte av å forsøke å unngå at delirium oppstår.

Jeg er klar over de begrensninger som hefter ved mine observasjoner fra praksis. Som student hadde jeg begrenset tidligere erfaring med tilstanden, siden jeg ikke hadde jobbet innen helsesektoren tidligere. Delirium var heller ikke i like stort fokus for min oppmerksomhet på den tiden, som det er nå. Etter å ha tilegnet meg kunnskap om tilstanden, er jeg rimelig sikker på at jeg har vært vitne til delirium ved flere anledninger, enten dette har vært i kombinasjon med en demenslidelse eller ikke.

Når det gjelder pasientgruppen i denne oppgaven, eldre over 80 år med lårhalsbrudd, var jeg selv deltaker i følgende situasjon:

Mannen på rundt 90 år hadde falt og var nyoperert for lårhalsbrudd. Dette nektet han på. Han var fast bestemt på at han skulle hjem, og var flere ganger på vei ut av avdelingen. Han

måtte stadig avledes for ikke å stikke av. Han var til tider sint. Innimellom hadde han rolige perioder da han lå i sengen sin.

2.3.1 ANONYMISERING

Alle pasienter blir anonymisert ved at samtlige her i oppgaven blir omtalt som mannlige, selv om de i virkeligheten var av begge kjønn. Uansett er delirium et helseproblem som rammer både menn og kvinner. Når det gjelder alder, blir dette oppgitt i et tall som stemmer omtrentlig med pasientens virkelige alder, gi eller ta et par år. Videre utelater jeg identifiserende detaljer, som likevel ikke er det vesentlige her. Derfor er det ikke tatt med noe om hvilken kommune pasientene kom fra, familieforhold eller tidligere yrke. Pleiere er også anonymisert, de er alle kvinner av hensyn til ryddigheten i oppgaven, ene og alene fordi det samsvarer med min valgte teoretiker Virginia Hendersons bruk av personlige pronomener. På grunn av disse forbeholdene, mener jeg å kunne si at anonymiteten er ivarettatt.

3.0 TEORI OM ALDRING, DELIRIUM OG KIRURGISKE INNGREP

3.1 ALDRING

Aldringen gir gjerne endrede vilkår og behov hos den enkelte, selvsagt med store individuelle variasjoner.

Tilstrekkelig søvn gir krefter både mentalt og fysisk. For å våkne uthvilt trengs det en lengre sammenhengende periode med dyp søvn. Eldre mennesker over 75 år har ifølge Kristoffersen (2000) omtrent ikke noe av den dype søvnen, men har mest av lett søvn som de lett kan våkne fra. De tilbringer ofte mange flere timer i sengen hver natt enn de yngre voksne, men de ligger mye halvvåkne, og sover til gjengjeld som regel på dagtid som et supplement. Kristoffersen (2000) viser til at eldre ofte har helseproblemer som kan øke tendensen til nattlig oppvåkning. De våkner også ofte tidlig om morgenen, selv om de ikke er uthvilt.

Eldre har et lavere energibehov, ifølge Kristoffersen (2000) synker det med 30% fra 30 til 80 års alder. Det spiller også inn at de er i mindre fysisk aktivitet. Fordi eldre spiser mindre, er det viktig at det de får i seg er av god kvalitet. Underernærte pasienter kommer saktere til hektene etter operasjon, og har flere liggedøgn i sykehus.

Tilstrekkelig væskeinntak har betydning for elektrolyttbalansen og utskillelse av avfallsstoffer, og for å unngå urinveisinfeksjon. Mange gamle er tilbakeholdne med å drikke, blant annet for å unngå urinlekkasje.

Sansene endrer seg gjennom livet. Det er vanlig at eldre over 80 år har redusert syn og/eller hørsel. Det kan påvirke evnen til å kommunisere og følge med på det som skjer rundt en, lese aviser og se TV, og det er en av flere faktorer som bidrar til å holde seg orientert for tid og sted.

Å ha sosial kontakt kan bidra til trivsel. De gamle har opplevd tap av nære pårørende og jevnaldrende, og mange har mer kontakt med helsepersonell enn med sine slektninger. Ofte kan en se gamle sitte for seg selv lenge om gangen. Når det gjelder sosial tilbaketrekking må en skille mellom positive stille stunder og inaktivitet, og den gamle må selv avgjøre hva som er hva. (Karoliussen og Smebye 2000 s 160)

Mange eldre har en eller flere kroniske sykdommer som kan gi økt sårbarhet for påkjenninger, og mange har kroniske smerter. Medikamenter virker gjerne annerledes i en gammel kropp og har endret nedbrytningstid. Dette, i tillegg til at mange står på en lang liste av medikamenter, gjør at de kan være plaget av en rekke bivirkninger. Det skal ikke alltid så mye tilleggsbelastning til før en midlertidig kognitiv svikt oppstår. En urinveisinfeksjon eller et fall kan være nok.

3.2 DELIRIUM

Delirium har vært kjent siden ”legekunstens far”, Hippokrates (ca 460-377 f.Kr.) beskrev det. Forekomsten er opptil 50% hos gamle sykehuspasienter (Ranhoff 2008).

DSM-IV-kriteriene for delirium:

- *”Forstyrret bevissthet med redusert evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet*
- *Forstyrret kognisjon (f. eks hukommelse, orientering, språk) eller persepsjonsforstyrrelser*
- *Akutt debut og fluktuerende forløp*
- *Identifiserbar(e) etiologisk(e) faktorer”*

(American Psychiatric Association 1994)

Definisjon på sykepleiediagnosen Akutt forvirring 00128 fra NANDA:

”Plutselig innsettende altomfattende, forbigående forandringer i og forstyrrelse av oppmerksomhet, kognisjon, psykomotorisk aktivitet, bevissthetsnivå og/eller søvn/våkenhetsyklus.”

(NANDA 2001-2002)

”Delirium er en mental forstyrrelse som er karakterisert av forstyrrelse i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd. Delirium er en vanlig tilstand, men blir ofte oversett eller feildiagnostisert som demens. Tilstanden likner til forveksling demens, men er annerledes ved at den oppstår akutt, oftest i forbindelse med sykdom eller skade, den har et svingende forløp og er reversibel.”

(Ranhoff 2008 i *Geriatrisk Sykepleie*)

Konsekvenser av delirium kan være funksjonssvikt, forlenget liggetid i sykehus, økt dødelighet og økte kostnader (Ranhoff 2008).

Delirium kan anta forskjellige former. Hyperaktivt (urolig, drar ut venekanyler, hallusinerer), hypoaktivt (nedsatt aktivitet, rolig i senga) eller blandet delirium. Dette henspiller på bevissthets- og aktivitetsnivået hos pasienten. Rent hyperaktivt delirium er sjeldent.

Pasienter som har hatt delirium og kan huske noe av det, beskriver det som perioder med drømmelignende tilstand, gjerne med stort ubehag med angst og stress, og ofte behov for flukt. Hypoaktivt delirium oppleves like ubehagelig som hyperaktivt. (Ranhoff 2008 s 398)

Byrne (1994) snakker om forskjellen mellom delirium og demens: Delirium som en akutt tilstand, men heller en beskrivelse av symptomer, enn en egentlig diagnose. Det som kjennetegner delirium og skiller det fra en demenssykdom, er ifølge Byrne (1994) at delirium kan gå tilbake, og gjør ofte det i løpet av dager eller uker (akutt forvirring), mens demens helt klart er en diagnose, og en irreversibel progredierende sykdom (kronisk forvirring). Det viktigste som skiller delirium fra akutte psykoser er at delirium ifølge Ranhoff (2008) har en organisk årsak, mens psykoser er ledd i en psykiatrisk sykdom.

3.3 TRAUME HOS ELDRE

Gamle som har falt og brukket lårhalsen, er en pasientgruppe som er sterkt representert blant personer som utvikler delirium. (Ranhoff 2008) Fall kan ha store konsekvenser for den gamle, og det har en egen sykepleiediagnose innenfor NANDA klassifikasjonssystem: *Risiko for fall*, med assosierte risikofaktorer, intervensjoner og resultater.

Fall forekommer mye oftere hos personer over 75 år enn hos de yngre. Likeså ser en ifølge Bondevik (2000) at de gamle som først har hatt et fall, har lettere for å falle på nytt. Dette kan være fordi de er ansente og får et stivere og mer ujevnt gangmønster. Svake eldre faller oftere enn friske. Fallhyppigheten er størst på sykehjem, fordi det er der flesteparten av de skrøpeligste gamle bor.

Risikofaktorer for fall deles i indre og ytre faktorer (Karoliussen og Smebye 2000 s 460).

Indre faktorer:

Blant mange faktorer kan nevnes endringer i reaksjonsevne, balanse, svimmelhet, nedsatt syn og endret gangmønster. (Bondevik 2000 s 82) Fall kan også være et første tegn på en sykdomstilstand, deriblant infeksjoner.

Ytre faktorer:

Dette innbefatter miljøet rundt personen, inkludert løsthengende klær som kan hekte seg fast, dårlige sko, glatt underlag, løse tepper, utilstrekkelig belysning, manglende håndtak eller gelender. Utenfor hjemmet er det vinterens utfordringer, terskler og rulletrapper som oftest får eldre til å falle.

Ofte vet ikke de eldre selv hvorfor de falt. (Karoliussen og Smebye 2000 s 461) På spørsmål om hvorfor de falt, svarer de gjerne at de ikke husker, var svimmel eller må ha snublet.

”Dødsrisikoen ved fall hos personer over 75 år er 12 ganger høyere enn hos noen annen gruppe. Også når et fall ikke fører til døden, kan skadene den eldre påføres, ofte være alvorlige, og selv mindre fall kan få store konsekvenser.”

Karoliussen og Smebye (2000) s 460

3.4 LÅRHALSBRUDD (FRACTURA COLLI FEMORIS)

Hos unge skal det et sterkt traume til for å få brudd i lårhalsen, fordi beinvevet er sterkt. Eldre personers beinvev svekkes av osteoporose, og hos dem kan det oppstå brudd av mindre påkjenninger, men som regel ved at de faller og støter hoften. (Jacobsen m fl og Røise 2001)

Et lårhalsbrudd kan innebære brudd innenfor kapselfestet, såkalte mediale brudd (lårbeinshodet mister da en vesentlig del av blodforsyningen), laterale brudd som er brudd utenfor lårkapselen, og den tredje variant er brudd i trokanterregionen. (Karoliussen og Smebye 2000)

Brudd i øvre ende av femur blir nesten alltid operert, også på skrøpelige eldre. Det er nødvendig for å gjenvinne førligheten og unngå sengeleiets komplikasjoner som blodpropp, trykksår og lungebetennelse. En går inn via et snitt øverst lateralt på låret og fikserer bruddet med opptil tre skruer, eventuelt en plate. (Jacobsen m fl og Røise 2001)

Ved skade kan de store muskelgruppene i låret avgi en relativt stor blødning. Pasienten kan få innlagt et dren for å slippe ut blodansamlingen fra området.

3.5 STRESS I FORBINDELSE MED KIRURGISKE INNGREP

Et kirurgisk inngrep vil være en belastende hendelse, som utsetter mennesket for stress. *Stress kan defineres som spesifikke stimuli som representerer en trussel mot organismens biologiske integritet.* (Holm og Hansen 1998). Felles kjennetegn hos pasienter som skal gjennomgå kirurgisk inngrep, er ifølge Holm og Hansen (1998):

- Fysiologisk stress ved anestesi.
- Psykologisk stress ved ny rolle, ukjent miljø, ukjente personer og rutiner.
- Psykologisk stress ved endret mulighet for å dekke egne behov.
- Psykologisk og fysiologisk stress grunnet varierende grad av angst og bekymring knyttet til inngrepet, narkosen og utfallet av det hele.

Dette kommer i tillegg til stress ved det traume som pasienten ble påført ved fallet og lårhalsbruddet, og de eventuelle sårbarhetsfaktorer som den aktuelle pasienten har i form av funksjonssvikt eller sykdom.

4.0 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV

4.1 VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson (1897-1996) ble utdannet sykepleier i 1921 og etter å ha arbeidet klinisk i 9 år, ble hun lærer i faget. Hun brukte hele sitt liv til å utvikle sykepleieyrket. Tidligere var sykepleieren kun betraktet som legens assistent. (Henderson 1998 s 29) Henderson gjorde et pionérearbeid da hun formulerte sin definisjon på sykepleie og hva hun anså som sykepleierens særegne funksjon. Hennes sykepleiemodell har vært til inspirasjon for sykepleieteoretikere etter henne, på samme måte som Henderson hentet inspirasjon fra Florence Nightingale. (Kristoffersen 2002, bind 1 s 382)

I 1960 presenterte Henderson sin definisjon av sykepleie i heftet *Basic Principles of Nursing Care*, på norsk *Sykepleiens Grunnprinsipper*, utgitt av International Council of Nurses (ICN). Seks år senere kom boken *Sykepleiens Natur*. I 1991 fremsto denne boken i utvidet utgave. Hendersons syn på sykepleie hadde utviklet seg etter alle årene som var gått, og boken

ble nyutgitt under tittelen *Sykepleiens Natur: Refleksjoner etter 25 år*. Her er hvert kapittel fra den opprinnelige boka etterfulgt av Hendersons kommentarer i egne tillegg. Hun var over 90 år da hun gjorde dette store arbeidet, som et testament til nye generasjoner av sykepleiere. (Henderson 1998 s 27)

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.”

(Henderson 1998 s 45)

Sykepleierens kliniske oppgave blir etter denne definisjonen, å erstatte det som pasienten selv mangler for å kunne bidra til sin helse. Denne kompenseringen gir Henderson et bilde på gjennom disse lignelsene:

”Rent midlertidig er hun den bevisstløses bevissthet, selvmordskandidatens livsglede, benet til den som har gjennomgått en amputasjon, øynene til den som nettopp er blitt blind, bevegelseevnen til den nyfødte, kunnskapene og sikkerheten til den unge moren, ’talerøret’ for dem som er for svake eller for hemmede til å snakke, og så videre.”

(Henderson 1998 s 46)

For å kunne vite hva pasienten trenger, må sykepleieren på en måte komme under huden på pasienten. Henderson viser til 14 gjøremål pasienten trenger hjelp til, og sier at dette er grunnleggende sykepleie. (Henderson 1998 s 46)

- 1 Puste normalt.
- 2 Spise og drikke tilstrekkelig.
- 3 Kvitte seg med avfallsstoffer.
- 4 Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger.
- 5 Sove og hvile.
- 6 Velge passende klær – kle av og på seg.

- 7 Opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene.
- 8 Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten.
- 9 Unngå farer i miljøet og å skade andre.
- 10 Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger.
- 11 Dyrke sin tro.
- 12 Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen.
- 13 Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon.
- 14 Lære, oppdage eller tilfredsstill den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes.

4.2 POSTOPERATIV OG FOREBYGGENDE SYKEPLEIE

Preoperativ fase er den tidsperioden fra det er bestemt at en person skal opereres, til han kjøres inn på operasjonsstua. (Holm og Hansen 1998) Pasienter som har falt og kommer til sykehuset med brudd i lårhalsen, blir operert så snart som mulig.

Peroperativ fase er oppholdet på operasjonsstua. (jfr pkt 3.5)

Postoperativ fase begynner på intensivavdelingen hvor pasienten overvåkes til han er våken og stabil, og fortsetter på sengeposten. For pasientene som har fått reponert brudd i lårhalsen, varer oppholdet på sengeposten cirka to uker.

På sengeposten får pasienten postoperativ pleie. Han mobiliseres ut av senga første postoperative dag etter først å ha fått tilstrekkelig smertestillende. Mobiliseringen er viktig for å forebygge komplikasjoner, som liggesår, lungebetennelse og blodpropp, og bedrer oksygeneringen. (Kirkevold 2008) Sykepleieren har tilsyn med operasjonsstedet, og følger også med på væskeinntak og blærefunksjon.

Ranhoff (2008) sier at mange gamle allerede har utviklet delirium ved innleggelsen på sykehuset. Det klassiske tilfellet er bruddskade, ofte i hofte, etter fall. Hun hevder at det er mulig å unngå delirium hos de pasientene som ikke allerede har utviklet det (insidens). Men det vil innebære en tettere oppfølging med mer oppmerksomhet enn det som er vanlig, og ikke minst bevissthet på hvilke tiltak som er effektive.

Forebyggende tiltak mot delirium, ifølge Ranhoff (2008) i Geriatrisk Sykepleie s 402:

- *Sørge for tilstrekkelig ro, hvile og skjerming.*
- *Enkel, repetert og konsistent informasjon er viktig.*
- *Personer som pasienten kjenner, kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst. Pårørende bør normalt oppfordres til å være mye til stede.*
- *Sørg for tidsgivere i miljøet (lett synlig klokke, riktig lys-mørke-rytme).*
- *Sørg for at pasienten har regelmessig urinlating og avføring. Let aktivt etter urinretensjon og obstipasjon, som er vanlige tilstander og ofte overses. Unngå permanent blærekateter.*
- *Korriger sansesvikt best mulig. Brillene må være rene og på plass. Høreapparat må være virksomt og på plass. Bruk taleforsterker ved behov og fjern eventuell ørevoks. Sørg for god belysning i kommunikasjonssituasjonen.*
- *Best mulig mobilisering (sitte opp i senga, sitte i stol) er et svært viktig tiltak som bedrer oksygeneringen, forebygger komplikasjoner og bedrer pasientens mulighet til å orientere seg.*
- *Pass på at pasienten får i seg nok væske og næring.*
- *Pass på at pasienten har tilstrekkelig oksygenering og perfusjon. Kontroller blodtrykk, puls og oksygenmetning.*
- *Bidra, i samarbeid med legen, til å unngå uheldige legemidler og polyfarmasi.*
- *Bidra til god smertebehandling i samarbeid med legen.*

5.0 VALGTE ARTIKLER

- **”Akutt forvirring hos eldre, ortopediske pasienter” (2002) av Heidi Bøhmer, May Solveig Fagermoen og Tori Fretland.**

Forfatterne ga pleiere på en ortopedisk avdeling i oppdrag å beskrive episoder der de opplevde at pasienter hadde delirium, og de fikk beskrivelser som angikk 35 pasienter. Av disse var 10 forvirret eller glemske før innleggelsen, det vil si at 25 utviklet delirium på avdelingen. Ingen tilfeller av hypoaktivt delirium ble beskrevet.

”Pasienten var ikke orientert for tid og sted. Var svært opptatt av å skulle betale for tjenestene her. Tror hun er hjemme og av og til på et sykehjem. Pasienten drar også ut perifere venekanyler og plukker av bandasjen. Er bestemt på at hun ikke skal være her.”

Ifølge forfatterne forekommer forvirring hos eldre på de fleste akuttavdelinger, men er hyppigst å se hos ortopediske pasienter. Risikofaktorer forfatterne peker på er surstoffmangel, hypotensjon og bruk av forskjellige medikamenter.

”Pasienten hadde rømt fra sengen sin og ned to etasjer. Da han ble funnet naken bak en dør, spurte han om igjen og om igjen: ’Er dere også med på dette?’ Sier ikke noe om hva han sikter til. Tilbake på rommet sier han: ’Her har jeg aldri vært før.’ Samtidig spør han hvor Twisten hans er (denne hadde han fått i presang tidligere).”

Bøhmer m fl (2002)

- **”Delirium during Hospitalisation: Incidence, Risk Factors, Early Signs and Patients’ Experiences of Being Delirious” (2003) av Gill Sørensen Duppils**

Pasientene som er mest utsatt for å få delirium, er ifølge Duppils (2003) de som har høy alder, alvorlig demens og alvorlig sykdom. Disse har 56 ganger så høy risiko som pasienter som ikke fyller disse kriteriene, og det skal lite til for å utløse det. En liten infeksjon eller en enkelt dose sovemiddel kan være nok.

Duppils (2004) nevner mulige årsaker til at delirium utløses, men hun sier også at det ikke er bevist at én, eller flere kombinert, av disse kan gi delirium uten at det hos pasienten finnes en predisponerende organisk faktor. Å vente mer enn 18 timer på kirurgi er risikabelt. De øvrige enkeltstående faktorene er: Medikamenter, infeksjon, væske- elektrolytt- eller metabolske forstyrrelser, en intrakraniell prosess, lav perfusjon, stans av alkohol- og medikamentinntak, passivitet, sansemessige og omgivelsesbaserte forhold, og ikke minst psykososiale faktorer.

Ett viktig tiltak ifølge Duppils, er å nøye observere pasienten etter tidlige tegn på atferdsendringer.

- **”Postoperativ förvirring går att förebygga” (2006) av Maria Lundblad og Eva J. Hovstadius.**

I tidsskriftet Omvårdnad den 5. mai 2006 ble denne artikkelen publisert, skrevet av Maria Lundblad og Eva J. Hovstadius, som jobber innen henholdsvis psykiatri og intensivsykepleie. Sammen har de utarbeidet en handlingsplan for pleie av postoperativt forvirrede pasienter.

Forfatterne har erfart at pasienter blir økende forvirret ved å være overlatt til seg selv, og ved at betryggende kontakt med sykepleieren blir erstattet av sengehest og ensomhet. De hevder også at forvirringen som regel starter andre eller tredje postoperative dag, og at det er mye sykepleieren kan gjøre innen den tid for å hindre utviklingen.

Lundblad og Hovstadius har utarbeidet en brosjyre som både kan være veileder for helsepersonell og deles ut til pasienter som pleies på deres sykehus i Uppsala, og hensikten er å gjøre alle oppmerksomme på tilstanden. Helsepersonell for å forebygge, og pasienter for at de selv kan være oppmerksomme på om de synes de kjenner seg annerledes og har ubehagelige opplevelser. Men like gjerne kan det være en hjelp for å forstå i ettertid hva de feilte da de hadde disse uvirkelige og skremmende opplevelsene, at det er en plagsom, men vanlig tilstand som rammer mange i samme situasjon.

Kliniske råd er gitt for at pleierne skal oppdage tidlige tegn på postoperativ forvirring, for at de skal kunne forebygge ved å fjerne de underliggende årsakene, sier forfatterne. Til tidlige tegn hører engstelse, rastløshet, irritasjon og søvnforstyrrelser. Hvis ikke disse tegnene oppdages i tide, risikerer man at de går over til agitasjon og total forvirring.

- **”Legemidler som kan gi delirium hos eldre” (2005) av Anette Hylén Ranhoff og Odd Brørs.**

Legemidler er ifølge forfatterne, den sannsynlig utløsende årsak til delirium hos 11-30% av pasientene som får det.

Sammenhengen er klarest ved midler som reduserer mengden acetylkolin, eller som påvirker balansen mellom acetylkolin og dopamin. Særlig antipsykotiske midler som levomepromazin, klorpromazin og tioridazin har kraftig antikolinerg effekt. Diuretika kan bidra til delirium ved

at de påvirker væskebalansen og derved gir hypotensjon og redusert gjennomblødning av hjernen. Opiater, og særlig petidin, er risikable når de brukes av gamle, svekkede pasienter. Insulin kan gi risiko for delirium ved hypoglykemi hos gamle diabetikere som ikke regelmessig måler blodsukker, og som i en periode får redusert matinntak.

- **”Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review” (2004) av Koen Milisen, Joke Lemiengre, Tom Braes og Marquis D. Foreman.**

Forfatterne tok for seg tidligere studier om forebyggende tiltak mot delirium, og hvilken effekt disse tiltakene hadde,

Målekriteriene var: Effekt på forekomst av delirium, kognitiv funksjon, varighet og alvorlighetsgrad av delirium, funksjonell status, lengde på sykehusopphold og dødelighet. Forfatterne fant ut at tiltak for å forebygge delirium har betydelig bedre effekt enn behandling av delirium etter at det er etablert hos pasienten.

Forebyggende tiltak var tilsyn av geriater preoperativt eller innen 24 timer postoperativt og en gang daglig under oppholdet, tilførsel av oksygen, seponering av unødvendige medikamenter, mobilisering, smertebehandling, å oppdage og behandle postoperative komplikasjoner, gunstige omgivelser, behandle agitasjon, kontrollere elektrolytt- og væskebalanse, ernæring og tarm/blærefunksjon.

- **”Delirium in Elderly Patients” (2004) av Martin G. Cole.**

Delirium blir ofte ikke diagnostisert, av to hovedårsaker. For det første, delirium forventes å presentere seg med agiterte og hyperaktive symptomer. men hos eldre pasienter er det like gjerne negative symptomer som er dominerende, slik som nedsatt aktivitet, og dette blir oversett. For det andre, delirium har et fluktuerende forløp gjennom døgnet, og mange pleiere er ikke klar over dette. De tror at hvis pasienten er klar og orientert innimellom, så kan det ikke være snakk om delirium. Ofte er tilstanden verst på kveld og natt, og bedre til morgenen. Pleierne ser pasienten gjennom døgnet, mens leger som går morgenvisitten får se pasienten i den beste perioden, kanskje uten symptomer på delirium.

Delirium kan også bli feildiagnostisert. Ifølge Cole (2004) blir det feiltolket som depresjon i opptil 40% av tilfellene. Det kan også bli tatt for å være demens eller ulike psykiatriske sykdommer.

Disse forhold gjør at delirium, ifølge Cole (2004), bør forventes og rutinemessig letes etter. Han viser til metoder som kan lette diagnostiseringen av delirium, slik som for eksempel vurdering av risikofaktorer. Tre anbefalte verktøy i den forbindelse er CAM (vedlegg), *the Delirium Rating Scale-Revised* og *the Delirium Symptom Interview*, hvorav de første to er enkle å anvende i de fleste kliniske settinger.

Risikofaktorer for delirium har blitt identifisert, til tross for de metodiske begrensningene i de fleste studier, ifølge Cole (2004), disse risikofaktorene inkluderer demens som den største. 25-75% av pasienter med delirium har også demens, og tilstedeværelse av demens øker risikoen for å få delirium med fem ganger. Risikoen ser også ut til å være høyere for pasienter med alvorlig somatisk eller psykiatrisk sykdom, svekket fysisk funksjonsevne, hankjønn, sansesvekkelse og elektrolyttubalanser. Miljøfaktorer har også betydning, som fravær av klokke og briller, eller bytte av rom. De fleste typer medikamenter har også potensiale til å bidra til utvikling av delirium.

Spesielle risikofaktorer for kirurgiske pasienter er ifølge Cole (2004) er demens, hjerte med nedsatt pumpeevne, lavt blodtrykk under operasjonen, postoperativ hypoksi, og bruk av antikolinerge medikamenter. Type anestesi (generell versus lokal) ser ikke ut til å ha betydning.

Delirium hos gamle pasienter har dårlig prognose, ifølge Cole (2004). Det er uavhengig assosiert med signifikant økning i funksjonstap, antall liggedøgn, behov for institusjonsopphold, og har ofte dødelig utgang.

- **”Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients” (2007) av Pratik Pandharipande, Bryan A. Cotton, Ayumi Shintani, Jennifer Thompson, Brenda Truman, John A. Morris, Robert Dittus og Wesley E. Ely.**

Sykepleiere vurderte de 100 pasientene som gjennomsnittlig var rundt 50 år gamle, hver dag ved hjelp av 10-poengsskalaen RASS og i tillegg CAM-ICU som ga hjelp ved vurdering av pasientens tilstand. Forekomsten av delirium var høy, rundt 70%. Pandharipande m fl. (2007) sier at rent hyperaktivt delirium, som er det de fleste sykepleiere forbinder med delirium, er den sjeldneste varianten. Langt de fleste har hypoaktiv (43,5%) eller blandet variant (54,9%).

Tilstanden er betydelig underdiagnostisert, ifølge forfatterne. Anbefalingen er at sykepleiere lærer seg å bruke RASS og CAM, det gir pålitelige resultater og tar under et minutt når en er blitt vant.

- **”Delirium in the Orthopaedic Patient” (2007) av Jennifer Neitzel, Sue Sendelbach og Linda R. Larson.**

Den prosentvise forekomsten av delirium varierer i ulike kilder fra 5,1 til 61. Årsaken til de ulike funnene kan ifølge forfatterne være at noen studier utelukker personer med demenslidelse. Samtidig er delirium meget hyppig blant demente.

I noen studier leter man etter delirium på ett tidspunkt etter operasjon, mens andre vurderer pasientene daglig fra innkomst til utskrivelse og flere ganger i døgnet. Sistnevnte metode vil ifølge Neitzel m. fl. (2007) avdekke langt flere tilfeller, blant annet grunnet tilstandens fluktuerende forløp.

Risikofaktorer er inaktivitet, ubehandlet smerte og ”polyfarmasi”.

Antikolinerge medikamenter, benzodiazepiner og høydose opioider mistenkes for å bidra til delirium.

Delirium varer vanligvis i 10-12 dager. (Neitzel m. fl. 2007)

Om årsaken til at delirium er et så utbredt helseproblem, sier forfatterne at hovedutfordringen ligger i at helsepersonell ofte ikke gjenkjenner tilstanden. Forebygging er den beste tilnærmingen, fordi behandling av delirium ofte gir utilstrekkelig effekt. (Neitzel m. fl. 2007)

Delirium utgjør en stor utfordring i forhold til bemanning

Ettersom andelen eldre i befolkningen øker, blir det stadig mer aktuelt å sette fokus på dette store helseproblemet.

6.0 DISKUSJON

Hvordan kan sykepleieren bidra til å redusere risikoen for delirium hos gamle pasienter med nyoperert lårhalsbrudd?

Det var dette jeg hadde i tankene mens jeg lette i bøker og artikler. Jeg fant en hel rekke svar. Kildene lister opp en hel rekke risikofaktorer og forebyggende tiltak. Spesielt har Ranhoff (2008) i Geriatrisk Sykepleie en detaljert liste med intervensjoner som er gjengitt i sin helhet i 4.2. Lundblad og Hovstadius (2006) har utarbeidet en rekke kliniske råd for å identifisere tidlige tegn og ta bort de underliggende årsakene til utviklingen av delirium. Nå er det tid for å se hva jeg har funnet og vurdere det. Er det motstrid mellom de mange nevnte risikofaktorene og de foreslåtte tiltakene, eller er kildene mine mer eller mindre samstemt?

For å bedre oversikten vil jeg sortere og sammenligne de opplysningene jeg har funnet i mine kilder, om tiltak som kan ha effekt. Dermed vil jeg kunne se om det er samsvar mellom de ulike kildene når det gjelder hvilke funn som fremgår og de rådene som gis. Jeg har selv dannet noen kategorier som jeg har plassert tiltakene under.

6.1 SAMMENLIGNING AV FUNN

- **Respirasjon og sirkulasjon**

Henderson (1998) sier at en av gjøremålene i grunnleggende sykepleie, er å hjelpe pasienten til å puste normalt. Tilstrekkelig oksygenering og perfusjon er viktig i forhold til delirium ifølge Ranhoff (2008), og sykepleieren må måle blodtrykk, puls og oksygenmetning. O2-nivået og blodtrykket skal være høyt nok til at hjernen får tilstrekkelig oksygen, det er

vesentlig for den kognitive fungeringen. Hypotensjon er en risikofaktor, og må dermed adresseres, sier også Bøhmer m fl (2002) og Cole (2004). Hvis en går videre til Lundblad og Hovstadius (2006), ser får en det rådet at sykepleieren må sørge for at pasienten har god O₂ metning og blodverdier. Adekvat oksygenering er vesentlig for å unngå delirium ifølge Neitzel m fl (2007), og det samme hevder Milisen m fl (2004) og Bøhmer m fl (2002). Hypoksi er en risikofaktor som nevnes av Cole (2004). Mine kilder er samstemte i at dette er et område som sykepleieren må være spesielt oppmerksom på. Flere anbefaler at en kan gi oksygen forebyggende til disse pasientene.

Lundblad og Hovstadius (2006) gir råd om å kartlegge tobakksvaner.

- **Væske, elektrolyttbalanse og ernæring**

Virginia Henderson sier som punkt nummer to, at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å spise og drikke tilstrekkelig. Også det gjøremålet nevner mine kilder både når det gjelder risikofaktorer og forebyggende tiltak mot delirium. Ranhoff (2008) sier at en skal passe på at pasienten får i seg nok væske og næring. Dehydrering gir redusert blodvolum og senker blodtrykket, også i hjernen. Lite væskeinntak disponerer for urinveisinfeksjon og hemmer tarmens arbeid.

Elektrolyttbalansen påvirker mange livsviktige funksjoner, og er assosiert med delirium, ifølge Duppils (2003), spesielt ved lavt nivå av natrium. Det samme hevder Cole (2004). Enda flere av mine kilder har tiltak under dette punktet: Adekvat næringsinntak, væske- og elektrolyttbalanse kan ha betydning for å unngå utvikling av delirium, hevder både Neitzel m fl (2007) og Milisen m fl (2004). Ernæring skal bygge opp kroppen etter operasjonen, og skaffer viktige elektrolytter. Lite næringsinntak kan også bidra til forstoppelse, en påkjenning (blant flere) for organismen. Sykepleieren bør også kartlegge pasientens kaffe- og alkoholvaner, sier Lundblad og Hovstadius (2006).

- **Eliminasjon**

Å kvitte seg med avfallssstoffer er også et gjøremål som pasienter kan trenge hjelp til, og Henderson (1998) regner dette som en av de viktige oppgavene i grunnleggende sykepleie. Ranhoff (2008) sier at det er viktig å sørge for at pasienten har regelmessig urinlating og

avføring, og å lete aktivt etter urinretensjon og obstipasjon. Ytterligere to kilder gir råd om å regulere tarm- og blærefunksjon: Disse er Neitzel m fl (2007) og Milisen m fl (2004) Permanent blærekateter øker risikoen for delirium og bør unngås, ifølge Ranhoff (2008), fordi det er påvist en sammenheng mellom permanent blærekateter og delirium. Også Neitzel m fl (2007) gir råd om å begrense bruken av inneliggende kateter. Hvis ikke pasienten er i stand til å late vannet, bør det brukes engangskateter. (Ranhoff 2008)

- **Aktivitet og mobilisering**

Oppgaven her blir ifølge Henderson (1998) å hjelpe pasienten med å bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger. Aktivitet er gunstig i forhold til mange aspekter. Det forbedrer muligheten til å orientere seg, det bedrer oksygeneringen ved at lungene blir brukt bedre, noe som også forebygger lungebetennelse. (Ranhoff 2008) Det forebygger generelt sengeleiets komplikasjoner slik som liggesår, lungebetennelse, forstoppelse og blodpropp, alle disse er tilleggsbelastninger som må unngås. Aktiviteten må begynne tidlig, med mobilisering og rehabilitering, ifølge artikkelforfatterne Neitzel m fl (2007) og Milisen m fl (2004). Mobiliseringen gir også variasjon og stimuli. Ranhoff (2008) sier at pasienten må mobiliseres ut av senga, og variere mellom å sitte opp i senga og sitte i stol.

- **Smerter, velvære, søvn og hvile**

Henderson (1998) nevner søvn og hvile, og Ranhoff (2008) sier også at en må bidra til tilstrekkelig ro, hvile og skjerming. Det er ingen god situasjon å ha pasienten på korridoren med mange folk som passerer, altfor mange inntrykk og fremmedartede lyder.

Neste råd går ut på å holde døgnrytme, og roe ned aktiviteter mot kvelden. En må passe på at pasienten får sove, og gi om nødvendig et medikament for å sovne. Pasienten må få sove uforstyrret. Disse tiltakene kommer fra Lundblad og Hovstadius (2006).

For at pasienten skal kunne hvile, må sykepleieren bidra til god smertelindring i samarbeid med legen, sier Ranhoff (2008). For å redusere belastningen på den gamle pasienten må en forebygge og behandle smerte, ifølge Lundblad og Hovstadius (2006) Samme råd kan ledes ut av resultatene hos Milisen m fl (2004). Neitzel m fl (2007) sier sykepleieren skal gi optimal smertebehandling og fremme adekvat hvile.

- **Medikamenter**

Det er nevnt en del om medikamenters effekt på utviklingen av delirium i forskningsartiklene. Det er ikke helt entydige svar angående hvilke medikamenter som er harmløse eller risikable. Noen studier tyder på liten innvirkning av et legemiddel, andre studier kan vise at pasientene som sto på det, fikk delirium oftere enn andre. Det hevder Pandharipande m fl (2008). Men han viser til mer entydige testresultater for ett medikament: Midazolam er en uavhengig risikofaktor, sier han.

Ranhoff og Brørs (2005) oppfordrer sykepleieren til å bidra sammen med legen til å unngå polyfarmasi, og være obs på legemidler med antikolinerg effekt, som nevroleptika, antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva. Milisen m fl (2004) advarer også mot medikamenter som påvirker balansen mellom acetylkolin og dopamin. Ranhoff og Brørs (2005) mener det som regel er det summen av flere medikamenter samlet som gir den ugunstig sterke antikolinerge effekten.

Andre risikable legemidler er de som virker dempende på hjernen, som beroligende og sovemidler, og de som senker blodtrykk og metabolisme. Diuretika og midler mot inkontinens kan medvirke til delirium. Opiater og spesielt petidin kan også gi delirium, ifølge Ranhoff og Brørs (2005). Se vedlegg 3. For å unngå polyfarmasi, bør en seponere unødvendige medikamenter, råder Neitzel m fl (2007) og Milisen m fl (2004). Bøhmer m fl (2002) peker også på medikamenter som en risikofaktor. En farmasøyt bør gå gjennom pasientens medikamenter, det er et tiltak hos Neitzel m fl (2007).

- **Kognitiv funksjon og realitetsorientering**

Siden delirium innebærer at pasienten kan miste evnen til organisert og sammenhengende tenkning, er det anbefalt å bruke redskaper som for eksempel CAM regelmessig for å følge med på den kognitive funksjonen, ifølge (Ranhoff 2008). Artikkelforfatterne anbefaler både CAM og andre tester, mer om det i et senere avsnitt.

For at pasienten skal holdes i kontakt med virkeligheten, er det nyttig med tidsgivere som lett synlig klokke på veggen, og sansesvikt må korrigeres med briller så pasienten ser både hva klokken er og kan se tydelig hvem som kommer inn i rommet. Eventuelt høreapparat må

virke, og ha batteri. Taleforsterker kan brukes ved behov, og ørevoks må fjernes. Belysningen på rommet må være god. Gjennom døgnet må det være riktig lys-mørke-rytme. Pasienten skal se forskjell på natt og dag. Dette er tiltakene som Ranhoff (2008) har på dette punktet. Rådene om korrigerende av syns- og hørselssvikt støttes også av Milisen m fl (2004). Når det gjelder informasjon, må den være enkel og konsistent og i tillegg repeteres, ifølge Ranhoff (2008).

Her vil jeg bemerke at jeg har lest om forsøk der yngre, friske mennesker frivillig utsetter seg for totalt mørke i flere døgn i strekk, mens forskere tester deres kognitive funksjon. Slike forsøkspersoner utvikler ikke sjelden tegn på forvirring etter et par døgn. En kan tenke seg at terskelen er lavere for skrøpelige gamle.

- **Miljø og stimulering**

Det har også kommet frem forebyggende tiltak som retter seg mot miljøet rundt pasienten, og nivået av stimulering. Lundblad og Hovstadius (2006) sier at sykepleieren skal skape et tydelig, rolig og trygt miljø. De foreslår også at hun gjerne kan gi en beroligende massasje. Neitzel m fl (2007) anbefaler at en gjør pasienten kjent med miljøet. Det bør være passe stimulerende.

Her ser jeg for meg at for eksempel det å ligge i korridoren vil innebære for mye og feil type stimuli, mens det å ha på TV'en litt på kvelden når det er velkjente programmer, kan være mer egnet. Neitzel m fl (2007) foreslår å justere den sansemessige stimuleringen, og å gjøre bruk av terapier som terapeutisk berøring, musikk etc. Virginia Henderson (1998) mener også at sykepleieren skal hjelpe pasienten å koble av og delta i aktiviteter som innebærer rekreasjon.

- **Angst, agitasjon og andre psykiske faktorer**

Ta rede på hvordan pasienten kjente seg før operasjonen, fordi preoperativt stress er en risikofaktor, sier Lundblad og Hovstadius (2006). Videre, at sykepleieren skal være ofte tilstede så pasienten ikke blir sittende lenge alene. Hun må være obs på om pasienten trekker seg inn i seg selv. Passiv oppførsel kan være et tegn på delirium, pasienten har kanskje hallusinasjoner eller paranoide tanker. God kommunikasjon er viktig for å hindre isolering, hjelpeløshet og redsel. Ranhoff (2008) sier at angst kan dempes ved at personer som kjenner

pasienten, kommer på besøk. Sykepleieren bør oppfordre pårørende til å være mye på besøk, og gi støtte til de pårørende. Neitzel m fl (2007) sier at sykepleieren skal øke følelsen av kontroll og uavhengighet.

Deretter kommer vi inn på et tiltak som like gjerne kunne komme inn under et av de forutgående punktene det som tar for seg medikamenter. Neitzel m fl (2007) og Milisen m fl (2004) sier at en skal behandle alvorlig agitasjon. Det må følges nøye opp med tanke på bivirkninger, siden psykofarmaka og beroligende legemidler er blant de medikamentene som en skal være varsom med ifølge Ranhoff og Brørs. (2005)

- **Integritet og livsmønster**

Tvangstiltak som sengehest, eller på annen måte hindre en urolig pasient i å bevege seg, vil kunne bidra til, eller forsterke et delirium, ifølge Ranhoff (2008) Hvis sengehest skal benyttes bør den bare dekke øverste halvdel av senga slik at pasienten ikke blir sperret inne, da dette kan gi angst. Neitzel m fl (2007) anbefaler å forstyrre pasientens livsmønster minst mulig, og å gjenopprette pasientens rutiner. Dette samsvarer med tiltak i punktet miljø og stimulering, om å gjøre pasienten kjent med miljøet. En kan også si at det går begge veier. Både å la pasienten gjøre seg kjent, og å tilpasse miljøet til pasienten i den grad det er mulig. Lundblad og Hovstadius (2006) sier at en må unngå integritetskrenking, som tvangstiltak. Å forklare pasienten hva en holder på med, og alltid la pasienten være midtpunktet når en er inne hos ham, vil styrke integriteten. Likeledes at ikke helsepersonell snakker over hodet på pasienten eller på annen måte tingliggjør ham.

- **Postoperative komplikasjoner**

Forebygg alvorlige komplikasjoner, sier Neitzel m fl (2007) og Milisen m fl (2004).

6.2 KOMMENTARER

Når den gamle pasienten kommer til avdelingen med nyoperert lårhalsbrudd, er det mye sykepleieren må hjelpe pasienten med. Virginia Henderson definerer 14 gjøremål som sykepleieren skal hjelpe pasienten med. Hun har ikke sagt at noen av gjøremålene er mindre viktige, eller rangert dem på noen måte. Tiltak mot delirium finnes det også mange av, og det betinger et helhetlig syn på pasienten. Henderson sier at sykepleieren må tilstrebe å komme under huden på pasienten for å finne ut hva han trenger. Sykepleieren må drøfte med pasienten om hun har rett i sine antagelser, fordi hun kan ha feiltolket hans behov. (Henderson 1998) En kan se Hendersons 14 gjøremål som forebygging av delirium – blant annet – fordi hun har et helhetlig syn på hva som er sykepleierens oppgave. Hun er helt på linje med flere av mine andre kilder i denne helhetlige tilnærmingen, de kildene som hevder at delirium må angripes på flere fronter. Her er et eksempel på dette:

”Tiltakene (mot delirium, min anm.) kan kort sammenfattes som god sykepleie. Det er solid vitenskapelig dokumentasjon på at forebygging av delirium nytter, og de fleste av studiene som er gjort, innebærer sykepleietiltak.”

Ranhoff (2008) i Geriatrisk Sykepleie s 402

Henderson snakker også om hvilken rolle sykepleieren kan ha overfor pasienter i mange ulike livssituasjoner. Hun sammenligner det med biter av en kake. Der vil pasienten selv, pårørende og ulike yrkesgrupper ha en bit av ”kaken”, og bitene vil være av ulik størrelse alt etter hvilken situasjon pasienten er i. I møtet med den gamle, nyopererte pasienten vil sykepleieren som regel ha den største rollen sammen med pasienten selv. Ikke alle gamle har pårørende som kommer regelmessig på besøk. Andre yrkesgrupper ser pasienten bare en liten del av dagen, og har dermed mindre ”kakestykker”. Det er stort sett sykepleiere og hjelpepleiere som tilbringer tid sammen med de gamle pasientene, og som kan hjelpe pasienten med det han selv ”... ville utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det ...”, som Henderson (1998) sier.

Det ser ikke ut til at noen kilde peker på bare én enkeltstående årsak til at eldre får delirium. Flere studier viser til multikomponent-strategier for å forebygge (eventuelt behandle) det. Milisen m fl (2004) sier at sykepleiere må spille en sentral rolle i et samarbeid mellom ulike

helseprofesjoner i arbeidet med å implementere de ulike intervensjonene. Og så må en ikke glemme at pasienten er hovedpersonen. Henderson (1998) sier at alle i teamet må innse at de i første rekke hjelper ham.

”Felles for denne pasientgruppen er at de er eldre, har vært utsatt for et traume og at de er i nye og ukjente omgivelser omgitt av fremmede mennesker.”

Bøhmer, Fagermoen og Fretland (2002).

Hvis man grupperer dem og ser dem i sammenheng, er det lettere å danne seg en oppfatning om hensikten bak de ulike tiltakene. Det finnes en del fellesnevnerer blant de ulike tiltakene. Den ene, er at sykepleieren må hindre at pasienten mister kontakt med virkeligheten ved at han ligger for seg selv uten å vite hvilken dag det er eller tid på døgnet, og ikke vet hva som skjer. Når han i tillegg er på et fremmed sted blant ukjente mennesker kan det utgjøre en belastning på den kognitive funksjonen hos en skrøpelig pasient som opplever flere andre belastninger i tillegg. En har tiltak rettet mot det mellommenneskelige.

Belastninger er selvsagt det nyopererte lårhalsbruddet, med den funksjonsnedsettelse og de smerter dette medfører. Mange av disse gamle har også en eller flere kroniske sykdommer, og enkelte har en begynnende demenslidelse.

Den andre fellesnevneren blant sykepleieintervensjoner, er at de handler om aktivitet versus hvile. Aktivitet både i form av mobilisering, av stimulering og av underholdning. Pasienten må også få hente seg inn gjennom tilstrekkelig søvn og hvile. Det virker logisk. De fleste har nok gjort seg egne erfaringer med at en kommer raskere til hektene av sykdom etter en god natts søvn. Hvile betinger at pasienten får hjelp til å finne en god sitte- eller liggestilling, og det betinger også at pasientens smerter er tilstrekkelig lindret. Han må også skjermes fra støy.

En har også tiltak som rettes mot kroppslige funksjoner, og å få disse til å fungere så optimalt som mulig. Og det finnes også en rekke anbefalinger angående medikamentbruk.

Forebyggende tiltak har jeg funnet mange av. Det ville vært lettvis dersom man kunne peke på en enkelt faktor som årsak. Det ville gjøre forebyggingen enkel. Men en pasient kan ha mange risikofaktorer for delirium på samme tid. F. eks lårhalsbrudd, høy alder, polyfarmasi,

flere kroniske sykdommer, inneliggende urinveiskateter, dårlig ernæringsstatus, svekket syn og passivt sengeleie. Man kan ikke vite på forhånd, hvilken av de mange risikofaktorene som er tilstede hos pasienten, som kan komme til å lede til delirium. Altså hvilken som blir den utløsende årsaken.

En annen måte å se det på, kan være følgende: Det at det finnes så mange tiltak, får meg til å lande på den oppfatning at delirium kan være et resultat av summen av mange belastninger det gamle mennesket er utsatt for samtidig. Det synspunktet underbygges av anbefalinger om multikomponent-strategier forebyggende mot delirium. ”*Delirium rarely has one cause; rather, it is multifactorial.*” (Neitzel m fl 2007) Det vil si at forskningsresultater tyder på at delirium ofte kommer som et produkt av flere uheldige påvirkninger på samme tid. Eventuelt kan man se det som summen av belastninger.

Milisen m fl (2004) sier at for at en intervensjon skal være målrettet, må den angripe de mange faktorene som delirium forårsakes av, og inkludere multikomponente tiltak. En må kartlegge risikofaktorer og strategier for å forebygge, oppdage og reversere alle medvirkende faktorer. Sykepleiere utgjør frontlinjen her, ifølge Milisen m fl (2004), fordi de har den mest hyppige og intensive kontakten med pasientene. Virginia Henderson sier at av alle medisinske tjenester er det bare sykepleien som virkelig kan kalles kontinuerlig. (Henderson 1998)

Når jeg leser om delirium får jeg forståelsen av at risikofaktorer er tett knyttet til forebyggende tiltak. Grunnen til det er at når man hevder at tilstanden skyldes flere uheldige faktorer på en gang, at organismen blir overbelastet av summen av risikofaktorer, så vil tiltakene dreie seg for en stor del om å fjerne flest mulig av risikofaktorene. Det sier seg selv at ikke alle slike faktorer kan elimineres. En kan ikke fjerne det faktum at pasienten er over 80 år og nyoperert, blant annet. Men den lange listen over tiltak og risikofaktorer gir rikelig mulighet til å forbedre prognosene for den gamle.

Jeg mener at ett tiltak som en sykepleier kan starte med når hun får en gammel pasient på sengeposten, er å lage en pleieplan for pasienten, der ett av problemene defineres som *fare for delirium* med dertil hørende tiltak. Dette kan rutinemessig legges inn i pleieplanen når en eldre pasient ankommer sengeposten, slik at de som til enhver tid er på jobb, kan følge opp observasjonene og tiltakene. Dette kan gjøres etter at en vurderer hver gamle pasient som ankommer avdelingen. Men disse pasientene på over 80 år som har blitt operert for

lårhalsbrudd, tilhører den gruppen som har høyest risiko av alle. Derfor bør *fare for delirium* automatisk legges til i deres pleieplan. Duppils (2003) sier at 24,3% av disse pasientene utviklet delirium i hennes undersøkelse. Andre opererer med langt høyere tall. Opptil 60% i en undersøkelse som Milisen m fl (2004) referer til.

Forskningen viser at en av utfordringene ved å senke forekomsten av delirium, er å gjøre helsepersonell kjent med symptomene, også på den hypoaktive varianten, slik at de vil lete aktivt etter delirium med de redskaper som finnes. (Cole 2004) Videre bør helsepersonell gjøre seg kjent med metoder for å lete aktivt etter delirium. Forebyggende tiltak er da ekstra viktige, fordi en ser at pasienten har nådd det sårbarhetsnivået det delirium kan bli konsekvensen, og i slike tilfeller må en redusere belastningene i den grad det er mulig. Duppils (2003) sier at sykepleiernes observasjoner av atferdsendringer hos gamle pasienter med redusert kognitiv funksjon, kan være det første steg mot å kontrollere og redusere delirium.

”Failure to recognize delirium remains the single greatest obstacle to advancing clinical and research activity.”

(Neitzel m fl 2007)

Artikkelforfattere og bøker forteller om bruk av tester for å oppdage et truende delirium. Her finnes redskaper som RASS og CAM (Pandharipande m fl 2008) (Cole 2004). Likeledes MMS, som står for Mini Mental Status (Ranhoff og Brørs 2005), hjelper sykepleieren ved at det gir bestemte kriterier som pasienten sjekkes opp mot, noe som bidrar til en mer objektiv vurdering av hvorvidt pasienten kan ha et begynnende delirium. Andre tester er også nevnt, som NEECHAM Confusion Scale (Milisen m fl 2004) (Neitzel m fl 2007) som er et screening-instrument for å oppdage delirium tidlig.

Disse testene kan være nyttige hjelpemidler, fordi en da ikke trenger å stole bare på sine egne oppfatninger om hvordan delirium kan arte seg. En skala som RASS vil synliggjøre at også rolige, døsig pasienter kan ha delirium i samme grad som de med mer åpenbare symptomer. Delirium blir feildiagnostisert som depresjon i opptil 40% av tilfellene, ifølge Cole (2004)

Pandharipande m fl (2008) fremhever en av fordelene med å bruke standardiserte skjemaer i rutinemessig screening så sengeposten (eller intensivavdelingen): Det vil gi et raskt svar som

ikke er avhengig av at den som utfører testen er spesialutdannet innen psykiatri. Det finnes lett tilgjengelige brukermanualer på internett. Søker man på CAM-ICU, vil man kunne se en sykepleier utføre testen på en kollega. Pandharipande m fl (2008) sier at CAM er meget rask å utføre når man er blitt vant til det. 30-60 sekunder vil det ta en erfaren sykepleier å gjennomføre testen. Ranhoff (2008) anbefaler bruk av CAM for norske forhold.

”Det hevdes at forekomsten av delirium i sykehus og sykehjem er knyttet ikke bare til karakteristika ved pasienten, men til kvaliteten av den medisinske behandlingen og pleien. Det skyldes at forhold som har sammenheng med behandling og pleie, kan bidra til eller opprettholde pasientens delirium.”(...) ”Det er derfor foreslått å bruke forekomsten av delirium som kvalitetsindikator i avdelinger som behandler mange gamle pasienter.”

(Ranhoff 2008 i *Geriatrisk Sykepleie* s 396)

6.3 OPPSUMMERING

Det er mye enighet om postoperativt delirium i mine kilder, både når det gjelder utløsende årsaker og forebyggende tiltak. Flere av mine kilder sier at forebygging er mer effektivt enn behandling av delirium (Neitzel m fl 2007) (Ranhoff 2008) (Milisen m fl 2004), og at tiltak satt i system for å forebygge delirium er fordelaktig for både eldre medisinske og kirurgiske pasienter. (Cole 2004).

Her oppsummerer jeg det jeg har funnet av tiltak for å forebygge delirium:

- Sørg for tilstrekkelig oksygenering og perfusjon
- Sørg for tilstrekkelig drikke og ernæring
- Let etter urinretensjon og obstipasjon
- Inneliggende kateter bør unngås
- Gi god smertelindring
- Vær obs på medikamenter
- Mobiliser pasienten tidlig
- Sørg for god søvn og hvile
- Skap et tydelig, rolig og trygt miljø
- Korrigjer sansesvikt (belysning, briller, høreapparat)
- Realitetsorientering (klokke, døgnryme)
- Vær ofte tilstede
- Oppfordre pårørende til å være mye på besøk
- Behandle alvorlig agitasjon
- Gjenopprette pasientens rutiner
- Bruk terapier som terapeutisk berøring, musikk etc.
- Unngå integritetskrenking
- Bruk CAM rutinemessig

6.4 OM Å JOBBE MED OPPGAVEN

Det har vært utfordrende å få en god drøfting av forebyggende tiltak, fordi jeg har funnet så mange like svar i de kildene jeg har funnet. Det ser ut til at delirium er et stort helseproblem både i Norge og andre land. Etersom eldrebølgen er i vente, mener jeg at jeg har valgt en aktuell problemstilling.

LITTERATURLISTE

Bondevik, Margareth: *De eldste eldre: Erfaringer og refleksjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2000.

Bøhmer, Heidi; Fagermoen, May Solveig og Fretland, Tori (2002) *Akutt forvirring hos eldre, ortopediske pasienter*. Sykepleien, 90 (2): 54-9.

Byrne, Eleanor Jane: *Confusional States in Older People*. Edward Arnold forlag 1994. *s 1-63.

Cole, Martin G. (2004) *Delirium in Elderly Patients*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 12 (1): 7-21.

Dalland, Olav: *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2000.

Duppils, Gill Sørensen (2003) *Delirium during Hospitalisation: Incidence, Risk Factors, Early Signs and Patients' Experiences of Being Delirious*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Henderson, Virginia: *Sykepleiens natur: En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: Refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget, Oslo 1998. * s 5-78.

Holm, Solrun og Hansen, Eli: *Pre- og postoperativ sykepleie*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen 1998. * s 12

Jacobsen, Dag; Kjeldsen, Sverre Erik; Ingvaldsen, Baard; Lund, Kristin og Solheim, Kaare: *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2001.

Kapittel 16 *Traumatologi* i samarbeid med Røise, Olav.

Kirkevold, Marit; Brodtkorb, Kari og Ranhoff, Anette Hylene Ranhoff: *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2008. * s 29-37 og 75-99 og 157-161 og 180-195.

Kapittel 30 *Delirium* ved Ranhoff, Anette Hylene. * s 395-405.

Lundblad, Maria og Hovstadius, Eva J. (2006) *Postoperativ förvirring går att förebygga*. *Vårdfacket*, 30 (5): 56-8.

Milisen, Koen; Lemiengre, Joke; Braes, Tom og Foreman, Marquis D. (2004) *Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1): 79-90.

Neitzel, Jennifer; Sendelbach, Sue og Larson, Linda R. (2007) *Delirium in the Orthopaedic Patient*. *Orthopaedic Nursing*, 26 (6): 354-363.

Pandharipande, Pratik; Cotton, Bryan A.; Shintani, Ayumi; Thompson, Jennifer; Truman, Brenda; Morris, John A.; Dittus, Robert og Ely, Wesley E.: (2007) *Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients*. (2007) *The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care*, 65 (1): 34-41.

Ranhoff, Anette Hylene og Brørs, Odd (2005) *Legemidler som kan gi delirium hos eldre*. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, årg. 125, nr 17.

Snoek, Jannike Engelstad og Engedal, Knut: *Psykiatri: Kunnskap – Forståelse – Utfordringer*. 3. utgave. Akribe Forlag, Oslo 2000.

VEDLEGG 1 – RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

Forbindelsen mellom sedasjon og delirium-monitorering:

En to trinns tilnærming for å vurdere bevissthet.

Trinn en: Sedasjonsvurdering med Richmond Agitation and Sedation Scale: RASS.

(Trinn to: Vurdering av delirium med Confusion Assessment Method: CAM)

Skår	Uttrykk	Beskrivelse
+4	Aggressiv	Åpenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbart til fare for personalet
+3	Meget agitert	Drar i eller fjerner tube(r) eller kateter(e); aggressiv
+2	Agitert	Hyppe bevegelser uten formål, slåss mot respirator
+1	Rastløs	Engstelig eller urolig, men bevegelsene ikke aggressive
0	Våken og rolig	
-1	Døsig	Ikke helt våken, men kan holde seg våken (åpner øynene/ øyekontakt) på tiltale (≥10 sekunder) KUN VERBAL STIMULERING
-2	Lett sedert	Lar seg vekke kortvarig med øyekontakt på tiltale (<10 sekunder) KUN VERBAL STIMULERING
-3	Moderat sedert	Bevegelse eller åpner øynene på tiltale (men ingen øyekontakt) KUN VERBAL STIMULERING
-4	Dypt sedert	Ingen respons på verbal oppfordring, men bevegelse eller åpner øynene ved fysisk stimulering
-5	Ikke vekkbare	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering

Hvis RASS er -4 eller -5, stopp og revurder pasienten på et senere tidspunkt

Hvis RASS er over -4 (-3 til +4) fortsett til trinn 2

Fra Dr E. Wesley Ely, MD, og Vandervilt University.

For å se den fulle instruksjonsmanualen for RASS og CAM, gå til denne websiden

http://www.icudelirium.org/delirium/training-pages/CAM-ICU_Norwegian.pdf

VEDLEGG 2 – CAM (Confusion Assessment Method)

CAM ble utviklet av Inouye og medarbeidere i 1990 og skulle være et hjelpemiddel for ikke-psykiatere til å påvise delirium hos høyrisikopasienter. CAM er utprøvd hos pasienter over 65 år i indremedisinske avdelinger. Det fins også en versjon for bruk i intensivavdelinger (CAM-ICU) der pasientene ofte ikke har mulighet for verbal kommunikasjon.

CAM kan brukes av alt pleiepersonale etter enkel opplæring. Den bør brukes på hver vakt i avdelinger der pasientene har høy risiko for å utvikle delirium. Det kan gjøres når pasientene gjennomgås i rapportmøtet, og sykepleieren har det naturlige ansvaret for at det skjer. I avdelinger der dette er en innarbeidet rutine, skjer observasjonene automatisk, og personalet har hele tiden CAM i bevisstheden.

Påvisning av delirium ved hjelp av CAM-algoritmen:

Trinn 1 og 2 må være oppfylt, og i tillegg må minst ett av trinn 3 og 4 være til stede.

1. trinn: Akutt debut og fluktuerende forløp

- i Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon, sammenlignet med hvordan pasienten er til vanlig?
- ii Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet – kommer og går problemene, og varierer de i intensitet?

2. trinn: Uoppmerksomhet

- i Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet – er pasienten for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?

3. trinn: Desorganisert tenkning

- i Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning, som babling eller irrelevant samtale, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skift mellom forskjellige temaer?

4. trinn: Endret bevissthetsnivå

- i Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende: Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå: våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma

Hentet fra *Geriatrisk Sykepleie* 2008, kap. 30 ved Anette Hylene Ranhoff, s 399.

VEDLEGG 3 – LEGEMIDLER SOM GIR RISIKO FOR DELIRIUM

Legemidler og grupper av legemidler som gir risiko for delirium

Høy risiko

Atropin
Skopolamin
Amitriptylin
Klozapin
Petidin

Moderat risiko

Nortriptylin
L-dopa
Dopaminagonister
Selegilin
Levomepromazin
Klorpromazin
Fenobarbital
Diazepam
Indometacin
Morfin
ACE-hemmere
Digitoksin
Cimetidin
Ranitidin
Prednisolon
Litium
Cytostatika

Lav risiko

Selektive
serotoninreopptakshemmere
Haloperidol
Olanzapin
Risperidon
Fenytoin
Tolterodin
Oksazepam
Klometiazol
Zopiklon/zolpidem
Ibuprofen
Dekstropropoksyfen
Kodein
Betablokkere
Diuretika
Kalsiumantagonister

Effekten av å unngå visse legemidler eller å redusere det totale antallet medikamenter er ikke undersøkt i randomiserte studier. Allikevel vil dette være naturlige tiltak for å behandle og forebygge delirium. Indikasjonen for medikamentell behandling må alltid vurderes ekstra nøye hos eldre personer med høy risiko for delirium, Tilstander der effekten av medikamentell behandling er usikker, bør ikke behandles, og medikamenter med antikolinerg effekt må i størst mulig grad unngås.

Hos eldre, akutt syke pasienter med delirium eller høy risiko for delirium (demens, høy alder, alvorlig sykdom), må den medikamentelle behandlingen kontinuerlig revurderes for å redusere belastningen av medikamenter som kan gi delirium (tabell). Dette er ofte vanskelig, og det kan være umulig å vite om det er legemidler eller akutt sykdom som er den viktigste årsak. Minst en av fire slike pasienter har men enn én utløsende årsak til delirium*. Det kan også være vanskelig å bedømme hvilke legemidler som er ansvarlige. Det er viktig å gjøre en vurdering av pasientens mentale funksjon før og etter seponering, slik at effekten kan vurderes. Dette kan gjøres med Mini Mental Status (MMS) eller Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), som måles alvorlighetsgrad av delirium.

*George J, Bleasdale S, Singleton SJ. Causes and prognosis of delirium in elderly patients admitted to a district general hospital. *Age Aging* 1997; 26: 423-7.

Fra artikkelen *Legemidler som kan gi delirium hos eldre* av Anette Hysten Ranhoff (Forskergruppen i geriatri) og Odd Brørs (Klinisk kjemisk avdeling ved Ullevål Universitetssykehus) publisert i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr 17, 2005.