



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK 180H – Bacheloroppgave i sykepleie

«Delirium & Eldre»

Dato: 08.04.14

Kandidatnummer: 12 & 55

www.uin.no



INNHOLDSFORTEGNELSE

Pasienthistorie.....	3
1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	3
1.3 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 DEFINISJON AV BEGREPER.....	6
3.0 METODE.....	8
3.1 Hva er metode?.....	8
3.2 Valg av metode.....	8
3.3 Søkeprosessen.....	9
3.4 Kildekritikk.....	11
3.5 Sykepleieteoretiker.....	12
3.6 Etske overveielser.....	12
4.0 TEORI/DRØFTING.....	13
4.1 Hva er delirium?.....	13
4.2 Hva er symptomer?.....	13
4.3 Hva er årsaker til delirium?.....	15
4.3.1 Hva er predisponerende faktorer?.....	15
4.3.2 Hva er utløsende faktorer?.....	15
4.4 Hva er forebygging?.....	17
4.5 Hva er behandling?.....	20
4.5.1 Medikamentelle tiltak.....	22
4.6 Betydningen av omsorg & trygghet.....	23
4.7 Hvordan er pasientens opplevelse av delirium?.....	23
4.8 Hva er sykepleierens rolle i forebygging av delirium?.....	25
5.0 AVSLUTNING OG KONKLUSJON.....	28
Pasienthistorie.....	29
6.0 LITTERATURLISTE.....	30

«Synne er en selvhjulpen dame på 80 år som bor hjemme sammen med sin syke mann. Synne har artrose i hofta og er nå innlagt på sykehuset etter ett års ventetid på operasjon for å få hofteprotese. Hun er svært bekymret for mannen sin som er hjemme alene. Han er veldig avhengig av henne til det meste, noe som skaper stress for henne under sykehusoppholdet. Hun skal etter operasjon til ett rehabiliteringssenter for opptrening. I god tid før operasjon ble det søkt om at mannen skulle få følge med Synne til rehabiliteringssenteret og være der sammen med henne. Dette får hun avslag på i den preoperative fasen. Det blir mye for Synne å takle og under sykehusoppholdet går hun inn i en forvirringstilstand.»

1.0 INNLEDNING

Antall ord i oppgaven: 9492.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to studenter som studerer bachelor i sykepleie og vi skal skrive avsluttende bacheloroppgave sammen. Som tema har vi valgt: Forebygging av delirium hos eldre pasienter som gjennomgår planlagt hofteoperasjon i sykehus. Vi erfarte i sykehuspraksis situasjoner der pasienter utviklet delirium i den postoperative fasen. Grunnen til at vi ønsker å lære om forebygging av delirium er fordi vi ønsker å få mer kunnskap om tilstanden og hvordan den kan forebygges. I Vassbø & Eilertsen (2011) sin studie er blant annet et av funnene at sykepleierne har utilstrekkelig kunnskap om delirium. Delirium kan derfor være vanskelig for sykepleierne å identifisere. Sykepleierne i studien sier at det kan være utfordrende å planlegge tiltak som er målrettet til eldre pasienter som har eller står i fare for å utvikle delirium. Som fremtidige sykepleiere ser vi at det er viktig å ha kunnskap om tilstanden da den ofte forekommer blant eldre i sykehus.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Problemstillingen vår er: Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge postoperativ delirium hos eldre hofteopererte i sykehus?

I følge Engedal og Wyller (2003) forbindes ordet delirium ofte med delirium tremens, som er alkoholdelir. Vi ønsker ikke å fokusere på alkoholdelir da vår oppgave handler om delirium som ikke har tilknytning til alkohol.

Som følge av artrose i hofta skal Synne få en ny hofte. På grunn av oppgavens store omfang og begrensninger av antall ord, kommer vi ikke til å gå nærmere inn på artrose og hva det er.

Det er en del fysiske faktorer som kan være med på å utvikle delirium hos den eldre pasient. Vi kommer ikke til å gå inn på alle disse faktorene, men tar utgangspunkt i de som er aktuelle i Synnes situasjon.

Som avgrensning har vi valgt eldre pasienter, og fra 65 år og oppover.

Etter en operasjon må vi som sykepleiere observere sirkulasjon, respirasjon, eliminasjon og ernæring. Postoperative komplikasjoner kan oppstå og vi skal nevne noen av disse som vi erfarte i praksis at sykepleierne hadde mest fokus på og hvordan disse kan forebygges.

Eldre pasienter med underliggende sykdommer som for eksempel demens og akutt hoftebrudd, er ifølge forskning i risikozonen for å utvikle delirium postoperativt (Neerland, Watne og Wyller, 2013). Dette stemte ikke i vår erfaring med Synne fordi hun var en frisk og oppegående dame. I tillegg hadde hun ventet et år på operasjonen og var på den måten godt forberedt. Hva var det da som utløste delirium hos Synne og hvordan kunne vi som sykepleiere forebygget tilstanden?

1.3 Oppgavens oppbygging

I forhold til oppgavens oppbygging har vi brukt boken *Metode og oppgaveskriving for studenter*, skrevet av Dalland (2007). I forhold til det oppgavetekniske har vi brukt *APA 6th*.

Vår oppgave begynner med en pasienthistorie som vi har erfart i praksis. Denne kommer vi til å bruke aktivt gjennom oppgaven vår.

Kapittel 1 er innledningskapittel. Her forteller vi om bakgrunnen for valg av tema, vi presenterer problemstillingen vår og de avgrensninger vi har gjort i oppgaven.

Kapittel 2 er et definisjonskapittel. Her forklarer vi ulike begreper som blir brukt i oppgaven.

Kapittel 3 er et metodekapittel. Her har vi skrevet hvilken metode vi har valgt å bruke i oppgaven. Under søkeprosessen har vi laget skjemaer som presenterer artiklene vi har søkt på og brukt. Deretter tar vi for oss kildekritikk, sykepleieteoretikeren vi har valgt å bruke og etiske overveielser.

Kapittel 4 er teori og drøftingen i oppgaven. Her forklarer vi hva delirium er, symptomer, årsaker, forebygging og behandling for tilstanden. Deretter har vi skrevet om betydningen av omsorg og trygghet, så kommer pasientens opplevelse av delirium og til slutt sykepleierens rolle i forebyggingen av delirium. I dette kapittelet tar vi utgangspunkt i problemstillingen vår

og drøfter rundt pensumlitteratur, forskning, sykepleieteoretiker, pasienthistorien og våre erfaringer.

Kapittel 5 er avslutnings- og konklusjonskapittel. Her kommer vi med vår konklusjon og deretter reflekterer vi hva vi har lært i skriveprosessen.

2.0 DEFINISJON AV BEGREPER

Det finnes litteratur med forskjellige definisjoner av begrepene nedenfor. Vi har valgt den litteraturen vi synes passer best med tanke på vår oppgave.

Preoperativ, Peroperativ og Postoperativ fase:

Den preoperative fasen er tiden som går fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et kirurgisk inngrep til pasienten blir operert. I den preoperative fasen får pasienten informasjon om det aktuelle inngrepet som skal bli gjort. I tillegg er det faste prosedyrer som blir gjort i forkant av operasjon som for eksempel å snakke med lege, ta blodprøver for å utelukke eventuelle infeksjoner og det blir tatt blodtrykk, puls og temperatur. Den peroperative fasen er når pasienten blir operert, mens den postoperative fasen er den perioden når en operasjon er avsluttet og pasienten flyttes over i seng. I den postoperative fasen er det viktig å observere pasientens sirkulasjon, respirasjon, eliminasjon og operasjonssåret. Samtidig må det tas regelmessige blodprøver for å utelukke blant annet infeksjoner og blødning som følge av operasjonen. Det er også viktig å forsikre seg at pasienten er godt smertelindret (Almås, Stubberud & Grønseth, 2010).

Den gamle pasienten:

I vår oppgave er Synne den gamle pasienten. Hun har levd et langt liv og har opparbeidet seg erfaringer, verdier, kunnskaper og holdninger som har satt sine spor. Det å bli eldre preger den gamles kapasitet og kroppslige funksjon. I hennes tilfelle har hun artrose i hofta som har hemmet hennes livskvalitet og funksjon. Synne hadde ingen alvorlige sykdommer utenom artrosen. Aldringsprosessen vil påvirke på hvilken måte kroppen håndterer behandlinger og medikamenter på. Gamle mennesker kan som regel ha et lite, eller ingen sosiale nettverk rundt seg. Med alt det som følger den gamle pasienten, gjør sykepleie og omsorg til denne pasientgruppen svært lærerik og utfordrende. Synnes sosiale nettverk var mannen hennes hjemme og de hadde ingen barn. Den gamle pasienten kan bo og motta hjelp hjemme, og vi kan finne dem i ulike institusjoner, i vårt tilfelle på en kirurgisk avdeling (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010).

Forebygging:

Innen helse kan vi definere forebygging som alle tiltak som blir gjennomført for å redusere risikoen for sykdom, eller for å øke muligheten for god helse i hele eller deler av

befolkningen. Forebygging dreier seg altså om å hindre sykdom og fremme helse (Velferdsstaten, 2001).

En sykepleier har et ansvar og fagspesifikke funksjoner som skal prege måten vi ivaretar og tilnærmer oss pasienter på i ulike situasjoner. Som sykepleiere har vi oppgaver som er direkte pasientrettede, forebyggende, helsefremmende og lindrende (Almås et al. 2010).

Hofteprotese:

Det å få en hofteprotese vil si at pasienten får et ledd som er kunstig til erstatning for et ødelagt eller slitt hofteledd (Indrekvam, 2000).

Hallusinasjoner og vrangforestillinger:

Hallusinasjoner er sanseopplevelser som foreligger uten at det er ytre påvirkninger av sanseorganet. Eksempler på dette kan være at pasienten ser og hører ting som ikke eksisterer eller er virkelige (Norsk Helseinformatikk, 2013).

Vrangforestillinger er forestillinger som ikke samsvarer med virkeligheten, eksempler på dette kan være at pasienten tror hun blir forfulgt når dette ikke er tilfelle (Store medisinske leksikon).

3.0 METODE

I dette kapitlet skal vi presentere hvilke valg av metode vi har valgt. I tillegg kommer vi med en kort presentasjon av forskningen og litteraturen vi benytter i oppgaven. En kort presentasjon av sykepleieteoretiker kommer også i dette kapitlet.

3.1 Hva er metode?

En metode er noe som forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Når vi bestemmer oss for hvilken metode vi vil bruke i denne oppgaven, er det en metode som vi mener vil gi oss gode data og besvare spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

Aubert (1985) som er referert i Dalland (2007) definerer metode slikt: «*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*» (s.83).

3.2 Valg av metode

I denne oppgaven har vi valgt å bruke den hermeneutiske vitenskapsteori. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og er et forsøk på å gjøre klart det vi studerer. I dette tilfelle bruker vi forskning, litteratur, pasientopplevelse, sykepleieteoretiker og egne erfaringer for å få ny kunnskap. Det vil si at vi fortolker det som overflatisk fremstår som uklart, uforståelig, selvmotsigende eller kaotisk for å forstå og eventuelt få ny innsikt. Når vi fortolker på denne vil vi altså forsøke å gi klarhet i noe som fremstår uklart (Dalland, 2007). Vi vil bruke en hermeneutisk tilnærming for å finne svar på vår problemstilling ved å studere litteratur. Vi har med bakgrunn i hermeneutikken valgt å bruke litteraturstudie som vår metode i denne oppgaven.

En litteraturstudie skal bestå av bakgrunn, formål, problemstilling og innsamlingsmetode. I en slik studie er litteraturen informasjonskilden. Vi bruker altså litteraturen som grunnlag for drøftingen i oppgaven. Funnene som brukes i oppgaven gir oss kunnskap til å kunne drøfte og komme fram til vår egen konklusjon (Olsson & Sörensen, 2003).

Litteraturstudie kan være både kvalitativ og kvantitativ. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007). Med utgangspunkt i dette velger vi å bruke den kvalitative metoden. Grunnen til at valget vårt falt

på litteraturstudie er fordi vi ønsker å bruke litteratur som allerede er skrevet om vårt tema, og vi ønsker å se nærmere på hva nyere forskning og litteratur sier om forebygging av delirium.

3.3 Søkeprosessen

Når vi skulle finne forskning, gikk vi inn i ulike databaser og søkte på engelske og norske ord, forbundet med sykepleie og delirium. Vi ønsket i utgangspunktet å bruke den nyeste forskningen fordi funnene i artiklene burde være av nyere dato. Vi satt en grense på at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år. Allikevel kom vi over en artikkel som er fra 2007 og vi valgte å bruke den fordi den tar for seg pasientenes opplevelse av å være i delirium.

Vi har funnet fire relevante artikler som vi vil ta utgangspunkt i til vår oppgave. Den første artikkelen vi fant som var relevant heter «*Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd*». Artikkelen er skrevet i 2013 av Åge Wiberg Bøyum.

Den andre artikkelen vi har tatt for oss heter «*Delirium hos eldre pasienter*». Artikkelen er skrevet i 2013 av forfatterne Neerland, Watne og Wyller.

Vi fant også en artikkel som tar for seg pasientenes opplevelse av å være i delirium. Artikkelen heter «*Patients' experiences of being delirious*» og er skrevet av Duppils & Wikblad i 2007.

Den siste artikkelen vi vil bruke i denne oppgaven heter: «*Uro og uklarhet - Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd*». Den er skrevet av Vassbø & Eilertsen i 2011.

Her har vi en presentasjon av våre søk i ulike databaser med følgende treff:

<u>Database</u>	<u>Søkeord</u>	<u>Antall treff</u>	<u>Relevante treff</u>
Norart	Delirium	39	2
Google Scholar	Delirium, elderly, risk	672	0
Pubmed	Patients experience of being delirious	160	1
Swemed+	Delirium	100	0
Idunn	Delirium sykepleie	1-2	1

Presentasjon av funn i artiklene:

Forfatter	Årstall	Metode	Funn
Bøyum	2013	Intervju med 9 sykepleiere og 2 hjelpepleiere.	<p>Funnene som ble gjort i artikkelen er at sykepleierne har god erfaring i å forebygge og mestre delirium, men på grunn av manglende ressurser gir det en begrensning hos dem.</p> <p>Forebygging er effektivt da det reduserer forekomst og konsekvenser av delirium.</p> <p>Sykepleierne hadde erfaring med at tilstedeværelse av pårørende kunne være en faktor for å forebygge delirium.</p>
Neerland, Watne & Wyller	2013	Litteraturstudie	<p>Det står at delirium ofte kan forebygges og behandles med ikke-medikamentelle og tverrfaglige tiltak.</p> <p>Forebyggende medikamentell behandling anbefales ikke.</p>
Duppils & Wikblad	2007	Intervju med pasienter som har vært i delirium.	Innsyns i pasientens opplevelse av å være i delirium.
Vassbø & Eilertsen	2011	Intervju med 15 sykepleiere fra to ortopediske avdelinger.	Sykepleierne beskrev en praksis som manglet en systematisk datainnsamling og særskilt observasjon av endringer i bevissthetsnivå i forbindelse med innleggelse av pasienter i risiko for utvikling av delirium.

			De som ble intervjuet i denne studien var opptatt av tradisjonelle forebyggingstiltak rettet til for eksempel pneumoni, de var ikke spesifikk oppmerksom på delirium.
--	--	--	---

Vi vil komme nærmere inn på funnene i artiklene i drøfting/teori delen i den videre tekst.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Dette betyr at vi må vurdere og karakterisere de kildene vi benytter oss av. Det vil si at vi må forholde oss kritiske til de kildematerialene vi bruker i oppgaven og hvilke kriterier vi har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2007). Da vi skulle finne litteratur til oppgaven lå fokuset på at innholdet skulle være relevant i forhold til vår problemstilling.

I studieplanen vår står det vi kan bruke 300 sider selvvalgt litteratur i tillegg til tidligere pensumlitteratur. Den selvvalgte litteraturen vi har benyttet oss av, er litteratur som vi har funnet på biblioteket og som er relevant i forhold til sykepleieutdanningen. Forskingen vi har valgt til vår oppgave er forskning vi mener kan gi oss svar på vår problemstilling på best mulig måte. Vi fant en god del forskning innen delirium, men artiklene vi har valgt å bruke går mer inn på hva vi som sykepleiere kan gjøre når det kommer til forebygging av delirium og kunnskaper vi må ha om sykdommen. Dette er relevant forskning i henhold til vår problemstilling.

Vi har brukt en del selvvalgt litteratur, men vi har også brukt pensumlitteratur aktivt gjennom oppgaven. Mye av pensumlitteraturen tar for seg sykepleierens perspektiv og rolle i forhold til forebygging av delirium. I store deler av oppgaven har vi brukt boken *Klinisk sykepleie 1* som er skrevet av Almås, Stubberud og Grønseth i 2010. Dette fordi den er av nyere dato og beskriver sykepleierens ansvar og rolle i forhold til delirium.

3.5 Sykepleieteoretiker

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen (født 1943) som vår sykepleieteoretiker. Martinsen er en norsk sykepleier og har magistergrad i filosofi. Hun har gjennom et langt forfatterskap utviklet sin omsorgsfilosofi hvor hun har vært inspirert av en rekke filosofer. Som fremtidige sykepleiere er hennes tenkning som omhandler spørsmål knyttet til menneskets natur & livsvilkår vesentlig. Samtidig de konsekvenser dette synet har for sykepleie som yrkesvirksomhet. Etter 30 år er Martinsen enda sentral i debatter om sykepleie og kunnskapsutvikling i sykepleie. Hennes menneskesyn bygger på en verdioppfatning hvor relasjoner er det fundamentale i menneskets liv. Hun mener at menneskets liv er forbundet med andre og vi er alle avhengige av hverandre. Denne avhengigheten kommer tydelig frem i situasjoner hvor vi trenger hjelp av andre (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Til daglig er omsorg et ord vi ofte bruker og det er forbundet med å hjelpe og ta hånd om andre. I følge Martinsen har omsorg med nestekjærlighet å gjøre. Dette vil si at vi skal handle mot andre slik vi vil at andre skal handle mot oss. Ved å gi omsorg får vi en følelse av å stå andre nær (Martinsen, 2003). Vi vil komme nærmere inn på Martinsen i den videre tekst.

3.6 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser går blant annet ut på at vi oppgir hvem som er opphavsmannen til kilden vi velger å bruke i oppgaven og at vi ser over at alle sitater og referanser er korrekt oppgitt. I oppgaven vår har vi valgt å bruke pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, fagartikler og vitenskapelige artikler skrevet av andre. Når vi velger å bruke slike kilder er det viktig med etiske overveielser. I forhold til kildene vi velger å bruke er det viktig at vi bruker dem som en helhet. Vi må være kritiske til kildene vi benytter oss av, og samtidig gjøre det tydelig i teksten når vi skal tolke kilden. Siden vår oppgave er en litteraturstudie, trenger vi derfor ikke å fokusere på anonymisering da det allerede har blitt gjort av forfatterne bak kildene vi benytter oss av. Pasienter, institusjoner og praksissteder brukt i oppgaven er anonymisert. (Olsson & Sørensen, 2003).

4.0 TEORI/DRØFTING

I oppgaven har vi valgt å skrive teori og drøftingsdel sammen. Vi tenker at dette vil gjøre oppgaven mer oversiktlig og at vi unngår gjentakelser i teksten.

4.1 Hva er delirium?

Delirium har blitt brukt som en betegnelse for sinnslidelser generelt, og for en akutt psykisk lidelse i forbindelse med feber eller forgiftninger frem til 1800-tallet. I dag forstår vi delirium på en annen måte. Det er en tilstand som oppstår hyppig hos eldre mennesker som enten har en somatisk sykdom, er forgiftet, overmedisinert, skadet, brått sluttet med legemidler eller alkohol. Ved delirium blir hjernen overbelastet og en akutt hjernesvikt oppstår (Bondevik & Nygård, 2012).

Delirium er en vanlig tilstand, men ofte blir tilstanden oversett eller feildiagnostisert som demens. Delirium ligner demens, men skiller seg fra den ved at tilstanden oppstår akutt, ofte i forbindelse med skade eller sykdom. Delirium er forbundet med forlenget liggetid i sykehus, økt dødelighet, økte kostnader og funksjonssvikt. Det kreves at sykepleier har økt oppmerksomhet og kunnskaper om hvem som er i faresonen ved å utvikle delirium. Samtidig må sykepleiere vite om årsaksforholdene, metoder for påvisning, forebygging & behandling av tilstanden, dermed vil trolig prognosen for gamle pasienter i sykehus bedres (Kirkevold et al., 2010).

4.2 Hva er symptomer?

Symptomene ved delirium varierer fra time til time. Tilstanden kan behandles og er forbigående så lenge man finner den underliggende årsaken (Tuntland, 2006).

Pasienter som har utviklet delirium har vanskeligheter med å vurdere, planlegge, bedømme og løse problemer på en logisk måte. Tankegangen er enkel og langsom, og det kan oppstå innbilninger og hallusinasjoner. Det forekommer ofte vrangforestillinger og disse kan som regel være usystematiske. Enten ved at de er bundet til synshallusinasjoner, eller utløst ved opplevelsen de har der og da. Sanseevnen er redusert og pasientene har en manglende evne til å skille mellom forskjellige opplevelser og sette dem i rett sammenheng. Pasientene har redusert korttidshukommelse og kan dermed ikke lære seg noe nytt i sin deliriske tilstand, og hukommelsen er ofte sterkt redusert for den situasjonen pasienten befinner seg i (Bondevik & Nygaard, 2012).

Vi kan skille mellom hyperaktiv og hypoaktiv delirium. Ved hyperaktivt delirium er pasienten ofte vandrende, motorisk urolig, har paranoide hallusinasjoner, drar ut kateter og venekanyler. Pasienter med hyperaktivt delirium forårsaker mye uro i for eksempel en sykehusavdeling, da de kan forstyrre andre pasienter og kan skade seg selv eller andre. Det oppleves at pasientene kan havne i en utmattet tilstand, noe som kan være uheldig når tilstanden oppstår i forbindelse med akutt alvorlig sykdom (Kirkevold et al., 2010).

Ved hypoaktivt delirium ligger pasienten rolig og pent i sengen sin, krever svært lite og er ikke til bry i avdelingen. Hypoaktivt delirium er mest vanlig (26-44%), men det er ikke ofte det blir erkjent. Symptomene ved hypoaktivt delirium er svekket bevissthet og oppmerksomhet, samtidig nedsatt motorisk aktivitet. Pasientene kan også bli stiv i kroppen og ha lite bevegelse. Hos disse pasientene er det påvist nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet. De er også desorienterte, som vil si at de ikke er orientert for tid og sted (Kirkevold et al., 2010). Ut i fra Synnes symptomer kan det virke som om at hun hadde hyperaktivt delirium.

Etter operasjonen var Synne veldig opptatt av å få kontakt med mannen sin og hun ville bare hjem. Det kunne virke som om hun ikke klarte å ta inn over seg at hun hadde gjennomgått en stor operasjon. Hun begynte å vandre i korridorene på sykehuset og klatret over sengehesten om natten. Hun drog ut det sentrale venekateteret hun hadde fått lagt inn i forbindelse med smertelindring og ut fra dette skjønte sykepleierne at hun muligens var i en delirisk tilstand. Legen ble kontaktet og det ble gjort en rekke undersøkelser for å utelukke delirium. Synne var ikke underernært og hadde ikke feber. Hun var også godt smertelindret før hun drog ut det sentrale venekateteret, hun hadde ikke infeksjoner i kroppen og hun var ikke begynnende dement ifølge inkomstpapirene. Det ble i dette øyeblikk satt i gang tiltak for å forebygge forverring av Synnes tilstand, disse kommer vi nærmere inn på senere i teksten.

Ifølge Neerland et al., (2013) blir diagnosen delirium basert på pasientens sykehushistorie, kliniske observasjoner og kognitiv vurdering. Opplysninger fra pleiepersonale og pårørende er viktige og avgjørende da opplysningene kan si oss noe om endringer i atferden hos pasienten.

Andre postoperative dag observerte vi endringer i Synnes atferd. Hun var forvirret og stresset. Vi måtte stadig fortelle henne hvor hun var og at hun hadde vært igjennom en operasjon. Synne hadde ingen pårørende sammen med henne på sykehuset, det var også tydelig på henne at hun var redd og trengte kjente ansikter rundt seg. I hennes tilfelle var vi studenter og hadde mulighet til å følge henne ekstra opp.

I følge Bøyum (2013) er forekomsten for å utvikle delirium svært høy hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd, opptil 59 prosent. Vi stiller spørsmålsteget til hva som utløste delirium hos Synne. Hun var ikke i faresonen for å utvikle delirium etter det forskning og litteraturen sier oss. I og med at hun utviklet delirium, spør vi oss selv om det var noe som kunne blitt gjort annerledes? Dette kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

4.3 Hva er årsaker til delirium?

Ifølge Vassbø og Eilertsen (2011) er utgangspunktet for forebyggingen av delirium predisponerende og kjente utløsende faktorer, identifisering og behandling av disse.

4.3.1 Predisponerende faktorer

Predisponerende faktorer er faktorer som har vært tilstede hos pasienten før hun ble lagt inn på sykehus og er årsaken til at pasienten er utsatt for å utvikle delirium. Høy alder hos pasienten kan være en predisponerende faktor. Dette fordi høy alder kan redusere evnen til å mestre stressfaktorene som kan oppleves i akutte eller kritiske situasjoner som pasient. Ved somatisk sykdom kan demens og kognitiv svikt forverres hvis de er i et ukjent eller stressende miljø, som for eksempel ved en postoperativ avdeling i sykehus. Nedsatt hørsel og syn er en årsak da det kan begrense pasientens mulighet til å ta inn informasjon. Mannlig kjønn kan være en predisponerende faktor da menn over 80 år er mest utsatt for å utvikle delirium. Andre predisponerende faktorer: Kroniske sykdommer, hypertensjon, underernæring, tidligere hjerneskader, røyking, psykiske lidelser og posttraumatisk stresslidelse (Almås et al., 2010).

4.3.2 Utløsende faktorer

Psykologiske faktorer, fysiske faktorer og miljømessige forhold som opptrer i løpet av pasientens behandling, kan også bidra til å utløse delirium og disse kalles for de utløsende faktorene.

Under sykehusoppholdet kan psykologiske og miljømessige belastninger og opplevelser føre til økt nivå av stresshormon. En slik økning i kombinasjon med de fysiske risikofaktorene, kan bidra til utvikling av delirium. Når pasienten ikke har mulighet eller innflytelse til å påvirke sin egen situasjon, utvikler pasienten stress, som igjen kan føre til delirium. Andre psykologiske og miljømessige faktorer som kan være med på å utvikle delirium er: Angst, uro, avhumanisering, isolasjon og sårbarhet (Almås et al., 2010).

Det er de fysiske faktorene som regnes som de viktigste utløsende faktorene til utviklingen av delirium. Disse faktorene er skade, alvorlig sykdom, medisinsk behandling og komplikasjoner innen den medisinske behandlingen som gir fysiologiske symptomer. Med det menes symptomer som påvirker sentralnervesystemet hvor hjernes evne til bearbeiding av informasjon og adekvat tolkning svekkes. Det er når dette skjer at faren for utvikling av delirium oppstår (Almås et al., 2010)

Kirurgisk stressrespons kan ha vært en fysisk faktor som kunne ha vært med på å utvikle delirium hos Synne. Kirurgisk stressrespons kan føre til økt krav til hjertets funksjon, nedsatt tarmfunksjon, nedsatt lungefunksjon, oppkast, kvalme, koagulasjonsforstyrrelser, søvnforstyrrelser, smerter, forstyrrelser i væskebalansen og utmattethet. Det finnes flere måter å redusere stresset på. Det er viktig at pasienten er godt informert og forberedt til anestesen, den kirurgiske behandlingen og i den postoperative perioden (Almås et al., 2010)

Smerte kan også ha vært en utløsende, fysisk faktor i Synnes tilfelle. Hun drog ut det sentrale venekateteret og det var uvisst på hvor lenge hun hadde ligget uten smertelindring.

Smertefenomenet er en svært sammensatt opplevelse. Smerte påvirkes av mange faktorer som enten kan redusere eller forverre pasientens smerteopplevelse. Synne hadde en del smerter etter operasjonen og hun ble satt på ekstra smertestillende, noe som viste seg å ha god effekt. Det ble blant annet observert at hun sov bedre om natten (Almås et al., 2010)

Den siste fysiske faktoren som kunne ha vært med på å utløse delirium hos Synne er søvnmangel. Hildebrandt (2009) sier at en kilde til søvnmangel kan være et liv preget av mye stress. Siden Synne tok vare på mannen sin hjemme, kan det tenke seg til at det kanskje var mye stress i hennes hverdag. Noe som igjen kan føre til søvnmangel. Kanskje krevde mannen hennes mye av henne, noe som kan ha ført til stress hos henne i løpet av sykehusoppholdet. Dette kan ha vært med på å forsterke en respons i utviklingen av delirium hos henne.

Hva kan være årsakene til at Synne utviklet delirium?

Som nevnt tidligere har hun høy alder. Hun hadde også nedsatt hørsel på venstre øret, var bekymringsfull og stresset i forhold til mannen sin. I forbindelse med artrosen hadde hun en del smerter før operasjonen. Kunne stresset rundt mannen hjemme ha vært en utløsende faktor, da vi visste etter inkomstsamtalen at hun var innforstått med informasjonen rundt operasjonen? Synne var en sterk og omsorgsfull person som tok vare på sin mann og hadde kontroll på det meste. Kan dette være en årsak til at det var vanskelig for henne å motta hjelp

fra andre og at hun derfor ikke klarte å tilpasse rollen som pasient i situasjonen hun nå var i? Vi ønsket på dette tidspunktet å forsikre oss om at Synne forstod at hun nå måtte fokusere på seg selv og tillate seg å ta mot hjelp. Gjennom å vise omsorg og ta hennes følelser på alvor, skapte vi en relasjon med Synne.

I følge Kari Martinsen handler den yrkesmessige omsorgen om relasjonen mellom minst to personer. Hun hevder at vi som sykepleiere må sette oss inn i pasientens situasjon. I relasjonen med pasienten er vi som sykepleiere forpliktet til å sette oss inn i vår pasients situasjon for å finne ut hva hun trenger. Får å få dette til er det nødvendig at vi er engasjerte og viser interesse for pasienten. Slik vi tolker Martinsen vil pasienten vise sykepleieren tillit gjennom å åpne seg opp. Pasientene har en forventning til oss som sykepleiere om å bli imøtekommet og tatt på alvor. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere imøtekommer pasienten slik de forventer, for å kunne bygge et tillitsforhold mellom hverandre (Kristoffersen et al., 2005).

Synne var åpen for oss om sine bekymringer knyttet til sin mann. Når vi snakket med Synne skjønnte vi at det var viktig for henne å snakke med mannen etter operasjon. Vi kontaktet sykepleierne på oppvåkningsavdelingen og ba dem ringe oss etter hun var ferdig operert. Vi hadde lovet Synne at vi skulle komme med telefonen så snart operasjonen var ferdig og at hun var våken. Som sykepleiere er det viktig at vi holder det vi lover for å skape tillit mellom oss og pasienten. Oppvåkningsavdelingen glemte å gi oss beskjed når Synne var våken etter operasjon. Det gikk fem timer fra hun våknet og til vi fikk beskjeden. Da vi kom opp til oppvåkningen var Synne tydelig frustrert over at hun ikke hadde fått telefonen tidligere. Det kunne ha vært en utløsende faktor til hennes utvikling av delirium. Hun hadde ligget på oppvåkningen et par timer nå og bekymret seg over mannen sin som hun ikke hadde fått snakket med.

4.4 Hva er forebygging?

I den preoperative fasen ble det gjort en del tiltak som er vanlig når en pasient skal opereres. Noen av tiltakene er at legen forteller pasienten om operasjonen og om det postoperative forløpet. Pasienten må også dusje kvelden før operasjonen for å forhindre infeksjoner som kan oppstå i forbindelse med operasjonen. Det blir tatt ulike blodprøver for å sjekke nyre og leverfunksjonen, væske og elektrolyttbalansen og for å se om pasienten har blodmangel. Det er også viktig å vite om det er noen medikamenter pasienten er allergisk mot, eller bruker til daglig som kan ha uheldig virkning i forbindelse med operasjonen. Hjertets rytme blir også

kontrollert for å avdekke eventuell hjertesvikt. Rett før operasjonen går vi gjennom et preoperativt kontrollskjema sammen med pasienten (Almås et al., 2010).

Det er viktig å sørge for at pasienten får tilstrekkelig med ro, blir skjermet og får nok hvile. I Synnes tilfelle ble hun lagt på et rom med to andre pasienter. Dette kan ha vært med på å skape stress og at Synne ikke fikk tilstrekkelig med ro. Samtidig er det viktig at informasjonen som blir gitt er lett å forstå og blir repetert gjentatte ganger for pasienten. Som studenter hadde vi gode muligheter til å følge Synne under innkomsten og hele pasientforløpet. Det virket som at hun oppfattet informasjonen som ble gitt. Pårørende eller personer som står pasienten nær kan brukes som et forebyggende tiltak da de kan bidra til å dempe angst og realitetsorientere pasienten (Almås et al., 2010).

I den postoperative fasen er det en del kliniske observasjoner vi som sykepleiere må observere blant annet for å forebygge ulike komplikasjoner. Vi skal nå gå kort inn på noen av disse.

For å forebygge lungekomplikasjoner som for eksempel pneumoni er det viktig å ha et godt samarbeid med pasienten, tidlig mobilisering, god smertelindring, riktig leie og aktivt bruk av hjelpemidler for å ekspandere lungene (Almås et al., 2010)

Det er viktig å forebygge blodpropp. Tiltak er bruk av kompresjonsstrømper eller andre former for kompresjonsbehandling, tidlig mobilisering, aktive øvinger med bena og blodfortynnende medikamenter (Almås et al., 2010).

For å forebygge obstipasjon kan vi gi pasienten fiberrik kost, rikelig med væsketilførsel og oppmuntre pasienten til å mobilisere seg (Almås et al., 2010)

Etter operasjonen ble det satt i gang flere tiltak angående Synne. Hun ble satt på smertestillende medikamenter for postoperative smerter. Det ble også registrert hvor ofte hun hadde vannlatning og avføring fordi det er viktig at det går sin gang etter operasjonen. Hun fikk spise og drikke vanlig kost og det ble ordinert fysioterapeut slik at hun kunne komme tidlig i gang med mobiliseringen. Det er viktig at hun ble mobilisert for å unngå blant annet blodpropp og pneumoni. Operasjonsbandasjen ble observert jevnlig for å utelukke en eventuell infeksjon.

Forebyggende tiltak mot delirium:

Forebygging av delirium er avhengig av de predisponerende faktorene og hvor alvorlig skaden eller sykdommen er hos pasienten. Det er viktig at vi som sykepleiere gir faglig forsvarlig pleie til pasienten i forebygging og behandling av delirium. Samtidig er det vesentlig at vi som sykepleiere har kompetanse til å vurdere og observere tilstanden for deretter å kunne iverksette riktige forebyggende og behandlende tiltak (Almås et al., 2010).

Innen sykehus er det flere pleiemessige faktorer som kan disponere for utvikling av delirium. Særlig gjelder dette innleggelse og bruk av blærekatteter og venefloner. Bruk av disse kan føre til stress hos pasienten. Andre pleiemessige faktorer som kan være med på å utvikle delirium er: For lite personkontakt, utskiftning av personalet, for lite informasjon, det å ligge ute på korridor, bråk fra medpasienter og uheldige rutiner i avdelingen som gjør at pasienten ikke får ro rundt seg (Almås et al., 2010).

Klokker og kalendere må være lett synlige slik at pasienten klarer å orientere seg. Et annet forebyggende tiltak er å se etter at pasienten har regelmessig avføring og urinlating. Dette fordi pasienten kan være obstipert eller har urinretensjon, som igjen kan føre til ubehag og utvikling av delirium. I Synnes tilfelle ble blærekatteteret fjernet da hun kom på postoperativ sengepost. Hun hadde også avføring dag en postoperativt. Hjelpemidler som briller og høreapparat må være på plass, slik at sansesvikt unngås. Synne hadde med seg høreapparatet når hun dro inn til operasjonen. Som nevnt tidligere fikk hun ikke mobilen med seg, noe som gjorde henne stresset (Kirkevold et al., 2010)

Tidlig mobilisering er viktig for å forebygge komplikasjoner som for eksempel pneumoni, bedre pasientens mulighet til å orientere seg og oksygeneringen. Synne fikk allerede første dag postoperativt stå fremfor sengekanten sammen med fysioterapeut (Kirkevold et al., 2010)

Deretter må vi se etter at pasienten får i seg nok næring og væske, dette for å unngå dehydrering. Det er også viktig å kontrollere oksygenmetning, blodtrykk og puls regelmessig. Dette gjøres blant annet for å utelukke en eventuell blødning. Sammen med lege må vi samarbeide for å unngå uheldige legemidler som kan være utløsende faktor for å utvikle delirium. Som sykepleiere har vi også en viktig oppgave å sjekke operasjonssåret ofte, dette for å utelukke en eventuell infeksjon. Det er også viktig at pasienten er godt smertelindret da smerter er utløsende faktor for å utvikle delirium (Kirkevold et al., 2010).

I følge Neerland et al., (2013) er ikke – medikamentelle tiltak i forebyggingen av delirium effektivt da det reduserer forekomst og konsekvenser av tilstanden. De sier også noe om at vi som sykepleiere må kunne identifisere de pasientene som er i risikosonen for å utvikle delirium og tiltakene må være målrettede og tilpasset pasientens risikofaktor. Medikamenter som tiltak i forebygging av delirium anbefales dermed ikke ifølge artikkelen. Haloperidol eller Olanzapin i lav dose kan ifølge artikkelen muligens brukes for å forebygge delirium hos pasienter med høy risiko, men dokumentasjonen på dette er meget sparsom og anbefales derfor ikke.

4.5 Hva er behandling?

Når en pasient får bekreftet delirium blir vårt mål som sykepleiere å hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll over sin situasjon. Dette kan gjøres ved å skape et best mulig terapeutisk miljø ved at vi tar i bruk tiltak som letter pasientens orienteringsevne. Eksempelvis kan det å ha klokke og kalendere lett tilgjengelig bedre orienteringsevnen. Vi må også sørge for at pasienten får mulighet til å sove godt. Da kan det for eksempel gis en sovetablett før pasienten skal legge seg for kvelden (Almås et al., 2010)

Vi kan redusere angst og frykt ved å holde pasienten i hånda og være der for pasienten. Dette kan være med på å skape trygghet. Disse tiltakene vil være en kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, samtidig omfatter behandlingen den selvstendige og delegerte sykepleiefunksjon. Behandlingen går også ut på tiltak som blir gjort i forebygging av delirium. Det går blant annet ut på å ivareta pasientens behov for ernæring, velvære, søvn, respirasjon, sirkulasjon og eliminasjon (Almås et al., 2010).

Ikke-medikamentelle tiltak innebærer å skape ro, struktur, trygghet og tydelighet. Målet med disse tiltakene er å hjelpe pasienten til å gjenvinne mest mulig kontroll over sin situasjon. Dette kan gjøres ved å skape forutsigbarhet og et godt terapeutisk miljø. Vi skal nå gå litt inn på disse tiltakene (Almås et al., 2010).

Ro:

Det er viktig at pasienten får ro, dette kan gjøres ved å skjerme vedkommende mot støy og mange sanseinntrykk. Pasienten bør ha en primærsykepleier å forholde seg til og ikke hele tiden forholde seg til nye mennesker. Hvis pasienten tilstand tilsier det, kan vi fjerne unødvendig utstyr som for eksempel venefloner (Almås et al., 2010).

Trygghet:

Vassbø & Eilertsen (2011) sier at pasientens opplevelse av trygghet anses å være sentralt i forebygging av delirium. Når en pasient føler seg utrygg og viser dette gjennom aggressivitet, er det viktig å la vedkommende få være for seg selv. Det er også viktig at vi som sykepleiere får pasienten til å forstå at vi ikke ønsker å skade henne, men er der for å hjelpe. Berøring kan oppleves som beroligende, som for eksempel å stryke pasienten på kinnet. Å holde fast pasienten vil forverre tilstanden og hinder som for eksempel sengehest kan gi fysiske skader. Er pasienten urolig på grunn av at sengehesten er oppe, kan det være bedre at hun får sitte oppe på gangen hvor personalet har oversikt, og pasienten kan styre med sitt og vi unngår at hun skader seg ved å klatre over sengehesten (Almås et al., 2010).

I Synnes tilfelle måtte vi ha sengehesten oppe slik at hun ikke skulle falle ut av senga. Det var tilfeller hvor hun klatret over sengehesten og da ble det besluttet at hun fikk sitte i en stol i korridoren. Da fikk vi en oversikt over henne og vi kunne til tider sette oss ned sammen med henne. Det kunne se ut til at det at Synne fikk sitte på korridoren hadde en beroligende effekt.

Struktur:

Det er viktig at vi prøver å gjøre situasjonene som pasienten er i mest mulig strukturert og forutsigbar. Dette for å styrke pasientens tilpasningsevne. Dette kan gjøres ved å forklare pasienten så forståelig og lettfattat som mulig hva det er vi skal gjøre og hvorfor vi må gjøre det. Kunnskap vil derfor gjøre det lettere for pasienten selv å ta ansvar i situasjonen. Det er også viktig å la pasienten få kjent stimuli å forholde seg til, da kan vi for eksempel bruke pårørende som ressurs hvis pasienten har et godt forhold til dem (Almås et al., 2010).

Da Synne var i en delirisk tilstand, klarte hun lite å ta til seg informasjonen som ble gitt. Vi klarte ikke å nå fram til henne på den måten vi ønsket, noe som kan komme av for lite kunnskap om tilstanden.

Tydelighet:

Pasienter som vi møter kan ha nedsatt syn eller hørsel som kan gjøre behandlingen vanskeligere. Har pasienten høreapparat eller briller er det viktig at de får ha disse tilgjengelige slik at det blir lettere for dem å kunne orientere seg og kommunisere med oss. Hvis pasienten opplever angst, følelser hun ikke kan forklare eller hallusinasjoner er det viktig at vi realitetsorienterer pasienten og forteller hvorfor disse opplevelsene oppstår. Men vi må

alltid ha i bakhodet at det å realitetsorientere pasienter som er i en slik situasjon kan medføre at de blir frustrert og mer stresset da de kan føle at de ikke blir støttet rundt de opplevelsene de har. Blir pasienten aggressiv er det greit å bruke en langsom tydelig tale da det kan berolige dem. Som sykepleiere er det viktig å vise at vi har kompetanse, oversikt og kontroll. Er vi usikre eller nøler kan pasienten bli angstfull og igjen bli aggressiv. Framgang i behandlingen og daglige rutiner kan bidra til tydelighet. Noe som igjen kan gi pasienten en trygghetsfølelse (Almås et al., 2010).

Gjennom sykepleierutdanningen har vi lært at når pasientene er i en tilstand som ikke samsvarer med virkeligheten, må vi se an situasjonen om vi skal realitetsorientere pasienten eller ikke. I Synnes tilfelle opplevde vi at hvis vi bekreftet hennes opplevelse og ikke realitetsorientere henne, så ble hun roligere. Det kunne se ut som at hun ble rolig av det fordi hun forstod at vi var ikke der for å ha en maktkamp med henne, men vi var der for henne og ønsket å hjelpe henne. Sykepleierne i artikkelen skrevet av Bøyum (2013) hadde også god erfaring ved å ikke realitetsorientere pasientene når de begynte å bli forvirret. I dette tilfellet ser det ut til at det var riktig av oss å ikke realitetsorientere Synne.

4.5.1 Hva er medikamentelle tiltak?

Ved å bruke medikamenter i behandlingen av tilstanden er målet å redusere pasientens psykotiske symptomer, regulere søvnrytmen og roe ned pasienten. Haloperidol er et lavdosepreparat og anbefales til å være førstevalget i behandlingen av delirium. Legemidlet reduserer eller fjerner hallusinasjoner, paranoide ideer, uro, aggresjon og klarer opp forvirringstilstander, forebygger angst, rastløshet og søvnløshet. Legemidlet kan også aktivere pasienter i hypoaktiv tilstand. Når vi behandler pasienter med Haloperidol skal behandlingen være så kortvarig som mulig og den bør trappes ned etter tre døgn (Almås et al., 2010).

Andre medikamenter som blir gitt mot hvile og søvn er Zopiklon eller Zolpidem, eller beroligende midler som Oksazepam. Det kan også gis Klometiazol som engangsdose, men skal ikke gis til pasienter som er respiratorisk eller sirkulatorisk ustabile og som har en akutt somatisk sykdom. Det kan også gi Oksazepam hvis pasienten har angst (Kirkevold et al., 2010).

Synne fikk ingen av medikamentene nevnt ovenfor, men hun ble satt på ekstra smertestillende. Det ble satt et nytt sentralt venekateter i foten på Synne, slik at den ikke skulle være synlig for henne. Da det ble bekreftet av Synne hadde utviklet delirium ble hun

satt på smertestillende behovsmedisin, i tillegg til de faste smertestillende hun stod på. Dette viste seg å være et riktig tiltak da hun sov bedre om natten etter hun fikk smertestillende. Hun fikk også matlysten tilbake.

4.6 Betydningen av omsorg & trygghet

Vi har valgt å ta med betydningen av omsorg og trygget fordi vi har erfart at dette er to viktige verdier vi som fremtidige sykepleiere skal ta med oss i møte med pasienten.

Omsorg er et ord de fleste av oss kjenner. Setninger som «å ta hensyn til», «bekymre seg for» og «Vise omtanke» er gode beskrivelser av ulike sider ved begrepet omsorg. Disse eksemplene sier noe om at det er et sentralt begrep innenfor sykepleien. Omsorg handler om hvordan vi mennesker forholder oss til hverandre og hvordan vi i vårt daglige liv vier omtanke for hverandre. Martinsen beskriver omsorg som det mest fundamentale og mest naturlige ved menneskets eksistens. Hun påpeker at forholdet mellom mennesker er det vesentlige og at omsorg er en sosial relasjon (Martinsen, 2003).

Bøyum (2013) konkluderer med at det avgjørende og positivt utslagsgivende i forebygging av delirium, er pleie og omsorg av høy kvalitet. Samtidig er det å vise omsorg en forebyggende strategi som kan lindre symptomene eller snu utviklingen av delirium. Omsorg av høy kvalitet er for oss å se hver enkelt pasient for den personen de er. Vi skal ikke bare se sykdommen pasienten bærer med seg, men vi skal se pasienten som det menneske hun også var før hun ble syk. Ved å bruke dette i den sykepleien vi utøver, er for oss å vise omsorg. Det å gi god omsorg kan føre til at pasienten føler trygghet.

Vi har erfart at det er lettere for oss som sykepleiere å skape en relasjon med pasienten når de føler seg trygge på oss, og tryggheten kan oppstå ved å gi god omsorg. Det kan se ut at delirium kan forebygges ved å gi god omsorg til pasienten, da det kan føre til at pasienten blir mindre urolig.

4.7 Hvordan er pasientens opplevelse av delirium?

Det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om pasientens opplevelse av delirium for å kunne gi tilstrekkelig god omsorg (Duppils & Wikblad, 2007).

I følge artikkelen «*Patients experience of being delirious*» (2007) beskriver pasientene det å være i delirium som å være i et grenseland mellom virkelighet, fantasi, nåtid og fortid. De forteller også at de opplevde en frykt ved å være delirisk. I studien beskrev noen pasienter sin

opplevelse som om at de drømte, samtidig som de var klar over at de var våken. De antok at de var på et sykehus, men samtidig følte de at de var på et annet sted. Pasientene beskrev også at de hørte eller så ting som ikke eksisterte. Noen pasienter fortalte om situasjoner hvor de kjempet for å komme seg ut fra sengen og vekk fra sykehuset. En mann forklarer at han trodde han var en hest som skulle bli skutt og måtte derfor komme seg ut av sengen sin for å unngå å bli drept. En eldre dame forteller at hun husker at alt forandret seg. Hun var en fange på en nazileir og sykepleierne var nazistenes leirvakter. Hun husker at hun lurte på hvorfor sykepleierne var blitt så slemme mot henne, når de var så snille før. En annen dame beskriver opplevelsen sin at hun ble sliten etter operasjonen og etter alt rundt den. Hun visste ikke hvor hun var. Alt ble tåkete og omgivelsene rundt henne ble uklare (Duppils & Wikblad, 2007).

I følge Martinsen er omsorg en grunnholdning, men også en praktisk handling. Som sykepleiere og medmenneske må vi forstå situasjonen som pasienten befinner seg i for å kunne vite hva som vil være rett å gjøre akkurat der og da. Gjennom situasjoner vi står i til daglig lærer vi omsorgshandlinger ved å erfare omsorg fra andre. På den måten at vi erfarer at andre opplever omsorg samtidig som vi selv gir omsorg (Knutstad, 2010).

Videre hevder Martinsen at vi kan ikke kjenne hvordan pasienten har det, men vi kan gjenkjenne situasjonen ut fra de erfaringer vi har rundt det. I tillegg til den kunnskapen vi har om situasjonen til pasienten, har sykepleiere også en fagkunnskap som gjør at vi er i bedre stand til å være omsorgsfull mot pasienten på en hensiktsmessig måte som for eksempel å lindre smertene. På en slik måte kan vi gjennom de praktiske handlingene gi god omsorg og være forståelsesfulle sykepleiere (Kristoffersen et al., 2005). Det Kari Martinsen sier om å gjenkjenne situasjonen ut fra de erfaringer vi har rundt den mener vi passer godt inn under pasientens opplevelse. Selv om vi selv ikke har vært i en delirisk tilstand kunne vi kanskje som medmenneske sette oss inn i hvordan pasienten har det. Vi forstod nok ikke hvordan Synne følte det inni seg, men vi kan forstå hennes fortvilelse over den situasjonen hun var i.

Synne var som tidligere nevnt urolig. Hun dro ut venefloner og belastet den nyopererte hofta si. Selv husket hun ikke at hun hadde vært igjennom en operasjon og at hun var på et sykehus. Dagen før hun skulle reise på rehabilitering kom hun bort til en av pleierne og fortalte at hun var flau over hvordan hun hadde oppført seg etter operasjonen. Hun husker ikke helt eksakt hvordan hun hadde vært, men hun husker deler av det. Synne kunne være til skade for seg selv, men vi klarte å unngå at det skjedde. Det ble aldri vurdert å bruke tvang i hennes tilfelle, men ofte er pasienter som er i en delirisk tilstand utagerende og til skade for seg selv.

Tvang kan bli nødvendig i tilfeller der pasienten motsetter seg livreddende helsehjelp. Her kommer vi også inn på brukermedvirkning: Brukermedvirkning er et begrep vi som sykepleiere må vite noe om. Det handler om pasientens mulighet til å uttale seg og delta aktivt i utforming av tjenestetilbudet. Det at pasienten har brukermedvirkning gjør at spesielle ønsker og behov hos dem ivaretas. Brukermedvirkning gjør også at tjenestetilbudet kan tilpasses individuelt (Knutstad, 2010).

Vi som sykepleiere må vite noe om pasientrettighetsloven da det er ikke alltid det lar seg gjøre at pasienten kan bestemme alt selv. Det kommer helt an på den konkrete situasjonen, lovverket og økonomien. Pasient- og brukerrettighetsloven er en lov som omhandler pasientens rettigheter. Pasientrettighetsloven § 3 beskriver pasientens rett til medvirkning og informasjon (Lovdata, 1999). Det kan på den måten forstås at pasientens reelle innflytelse er variabel. Vi har derfor en viktig rolle som sykepleiere når det kommer til pasientens brukermedvirkning. Med det mener vi at vi som sykepleiere må vite hvem som har rett til å medvirke, hvordan, når og hvor medvirkningen skal skje (Mandal, 1999).

I følge Bøyum (2013) viste funn i studien at sykepleierne hadde god erfaring og kunnskap om hvordan de skulle forebygge og mestre delirium, men faktorer som travelhet utgjorde en begrensning. Sykepleierne som ble intervjuet i artikkelen følte at de ikke hadde tid til å gi pasientene tilstrekkelig med informasjon og berolige dem som var bekymret. Med tanke på dagens utvikling innen helse Norge der effektivitet er et stikkord, kan det virke som at det går «i strid» med faglig forsvarlig sykepleie. Videre sier sykepleierne i artikkelen at gjentakning av informasjon og vise omsorg hos pasienter som begynte å bli forvirret, er en forebyggende strategi. Artikkelen fremhever også at det er viktig at pasienten har en primærsykepleier. Som fremtidige sykepleiere ser vi at det kan være forebyggende å ta seg tid til pasienten og vise omsorg. Med tanke på tidspresset som er i dagens helsetjenester, ser vi at det å ta seg god tid til pasientene til tider kan være utfordrende.

4.8 Hva er sykepleierens rolle i forebygging av delirium?

I følge Vassbø og Eilertsen (2011) hevder sykepleierne som ble intervjuet i studien at de i jobben sin sjeldent tenker på å forebygge delirium. De vektlegger heller ofte mobilisering, smertelindring, forebygging av pneumonier og blodpropp. Som sykepleiere har vi et ansvar å fremme helse. Dette betyr at vi bør se hele mennesket som et enkelt individ. Det innebærer at vi legger forholdene til rette slik at pasienten opplever velvære og at de kan bruke ressursene sine på en positiv måte. De handlingene vi som sykepleiere gjør, er basert på et holistisk

menneskesyn noe som innebærer at vi også ser mennesket bak sykdommen (Gammersvik & Larsen, 2012).

I følge Martinsen står omsorg og moral hverandre nært. Normalt skilles det mellom etikk og moral. Martinsen mener at det ikke finnes et skille, men at moral og etikk går i ett og lever i de menneskelige relasjoner. Hun mener at de sykepleiesituasjonene vi er i er av moralsk karakter ved at vi som sykepleiere står overfor moralske utfordringer om å handle riktig å gjøre det beste for pasienten vår. Moralen har to sider ifølge Kari, den primære og den sekundære. Den primære moralen er en spontan og ubegrunnet moral som kommer til uttrykk i kjærligheten, mens den sekundære moralen viser til regler og prinsipper som er skapt av samfunnet og av mennesket, og som har til hensikt å uttrykke kjærlighetens ide. For eksempel kan den komme til uttrykk i den gylne regel hvor hensikten er å få mennesker til å oppføre seg som om de elsker sine neste, selv om at de kanskje ikke gjør det (Kristoffersen et.al. 2005). Moral er nyttet til hva som er rett og galt innenfor et viss område, men det handler også om å handle utfra magefølelsen (Mandal, 1999).

Tiltakene som ble gjort når Synne var i en delirisk tilstand var at hun fikk et enerom. Dette for å skjerme henne mot andre pasienter, og for at hun skulle få den roen hun trengte. Det ble også besluttet at hun skulle ha en primærsykepleier forholde seg til ved hver vakt og hun skulle få ringe mannen med jevne mellomrom. Med smertene under kontroll og at hun fikk ringe mannen sin jevnlig, kunne vi se at hun gradvis kom til seg selv igjen.

Tidligere i oppgaven har vi nevnt hva som ble gjort for å forbygge delirium og stress hos Synne. Også nevnt fikk mannen avslag om å være med henne på rehabilitering, noe som gjorde oppholdet på sykehuset mye mer bekymringsfullt enn hva det kunne ha vært. I praksis erfarte vi at det ble gjort flere positive tiltak forhold til Synne. Dagen før hun skulle reise på rehabilitering kunne vi som sykepleiere meddele en gledelig nyhet til Synne. Vi hadde da snakket med rehabiliteringen og mannen kunne få være med hvis de selv betalte for oppholdet. Samtidig ordnet vi med taxi og bestilte flybilletter til begge to. Var det fordi at Synne var en frisk og oppegående dame før operasjonen, at det ble brukt mye ressurser på henne? Eller var det fordi vi var som studenter og som «ekstra personal», og dermed hadde vi tid og mulighet til å ordne dette for henne? I og med at vi ble så godt kjent med Synne ønsket vi å vise henne verdighet ved å gjøre disse tingene for henne.

Verdighet som begrep omhandler tre aspekter. Filosofisk sett er ethvert menneske unikt og det har en verdi av å bare være et menneske. På en annen side er verdighet en egenskap ved selvet

og det har med stolthet og respekt å gjøre. Atferdsmessig dreier verdighet seg om hvordan mennesket må opptre for å være verdige og hvordan andre mennesker må opptre for å ivareta vår verdighet. Vi kan derfor se på verdighet som et relasjonelt begrep. Med det kan vi konkludere med at pasientens verdighet er avhengig av hvordan de oppfatter seg selv og hvordan de opptrer, men også hvordan vi som sykepleiere oppfatter dem som personer og hvordan vi oppfører oss mot dem. Det å være avhengig av hjelp fra oss kan oppleves nedverdiggende for pasientene. Det at de mister kontrollen over kroppsfunksjonene sine kan truer deres verdighet (Knutstad, 2010).

I følge de yrkesetiske retningslinjene har vi som sykepleiere en fundamental plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Aakre, 2011).

Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet er grunnlaget for den sykepleien vi gjør. Vi har en viktig oppgave i å sikre at omsorgen for pasientene våre er basert på etiske standarder og bidrar til å ivareta pasientenes verdighet (Knutstad, 2010).

Som nevnt tidligere ble det gjort en del tiltak både før og etter operasjonen i henhold til Synne. Vi som studenter i praksis hørte aldri at forebyggingen var rettet mot forebygging av delirium, men heller mot komplikasjoner i etterkant av en operasjon. Med tanke på at forekomsten av delirium hos pasienter over 65 år er høy i sykehus, stiller vi oss kritiske til hvorfor det ikke er mer fokus på forebygging av delirium. Når pasienten har utviklet delirium er det såpass alvorlig at sykehusoppholdet må forlenges, pasienten kan ha behov for sykehjemsplass og pasienten mister tap av funksjon i dagliglivet. I verste fall kan delirium føre til død (Neerland et al., 2013).

5.0 AVSLUTNING & KONKLUSJON

For å besvare vår problemstilling har vi kommet med en konklusjon som er: I dagens helse Norge ser vi det at travelhet kan være en begrensning. Vi erfarer at det er viktig at vi disponerer tiden riktig og bruker den godt på pasientene vi skal følge. Det er også viktig at vi som fremtidige sykepleiere har kunnskap som gjør oss i stand til å se de pasientene som er i risikogruppen og de som ikke er i risikogruppen for å utvikle delirium. For å klare dette er det viktig at vi har kunnskap om tilstanden og vet faktorer som er med på å utløse den. Blant annet fordi i Synnes tilfelle var hun en pasient som ikke var i risikogruppen for å utvikle delirium. Og ut fra samtaler med henne så vi det at stresset rundt mannen hennes var en utløsende faktor i Synnes utvikling av delirium.

Som fremtidige sykepleiere er sykepleie så mye mer enn det å levere ut for eksempel medisiner. På en måte kan vi kalle oss for pasientens advokat da det er vi som skal tale pasientens sak. Med det mener vi at vi skal være de som informerer og skal vite noe om pasientens rett til medvirkning og pasientrettighetsloven. Vi skal også støtte dem igjennom sykehusoppholdet og lytte til eventuelle bekymringer de har. Vi skal vise omsorg og gi dem en trygg opplevelse av det å være i pasientrollen.

Kort oppsummert kan vi som sykepleiere forebygge delirium så lenge vi har kunnskap, erfaringer fra tidligere situasjoner om tilstanden, gir omsorg, bruker tiden godt og har det kliniske blikk.

Delirium er en tilstand som har berørt oss etter vi fikk erfart dette i praksis. Etter å ha fordypet oss i dette temaet sitter vi igjen med mye kunnskap fra oppgaven. Selve skriveprosessen har vært krevende, men samtidig lærerik. Vi har lært hvor viktig det er å se og bruke tid på pasientene for å vite om de er i risikozonen for utvikling av delirium. Oppgaven har gitt oss et godt grunnlag for hvor viktig det er for oss som fremtidige sykepleiere å ha kunnskap om delirium og forebygging av tilstanden. Det er også viktig at vi som sykepleiere observerer respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og ernæring postoperativt for å forhindre komplikasjoner.

Etter å ha skrevet denne oppgaven har vi erfart at som sykepleiere kan vi fort «se oss blinde» og bare fokusere på disse «standard» observasjonene. Ut fra Synnes situasjon og oppgaven som vi har skrevet, har vi lært hvor viktig det er å ha en samtale med pasienten for å vite noe om hvordan de har det. Slik som i Synnes tilfelle hvor vi fikk vite tidlig i pasientforløpet at hun var bekymret for mannen sin som var hjemme.

Synnes opphold på sykehuset har gitt oss et bilde på hva sykepleie handler om. Sykepleie er så mye mer enn å behandle en sykdom. Det handler om å se den enkelte pasient og gi god omsorg.

«Vi husker godt dagen før Synne skulle dra på rehabilitering. Hun kommer gående med krykker mot oss med et smil rundt munnen. Vi visste beskjeden hun hadde fått, men vi lot allikevel henne fortelle oss den gode nyheten. Hun forteller at mannen får være med henne på rehabilitering med forbehold om at de betaler oppholdet. Hun smiler til oss å sier at penger er ikke alt her i verden og hun er dyp takknemlig for alt vi har gjort for henne og mannen.»

6.0 LITTERATURLISTE

Ved de linkene det er uthevet sidetall bak er den selvvalgte litteraturen vi har brukt.

Aakre, M. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 31.03.14 fra:
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf **(46 sider)**

Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. (2010) *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Bondevik, M. & Nygaard, H. (2012). *Tverrfaglig geriatri*. 3. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Bøyum, Å. (2013). *Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd*. Sykepleien Forskning. 8(3):210-218 DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0091. Hentet 19.02.14 fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1258189/forebygging-av-delirium-hos-eldre-pasienter-innlagt-med-hoftebrudd> **(8 sider)**

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Duppils, G-S. & Wikblad, K. (2007). *Patients' experiences of being delirious*. Hentet 03.03.14 fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=patients+experience+of+being+delirious+duppils> **(9 sider)**

Engedal, K. & Wyller, T. (2003). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe Forlag **(32 sider)**

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Hildebrandt, S. (2009). *Skadelig søvnmangel*. Hentet 31.03.14 fra:
<http://www.forskning.no/artikler/2009/mars/213556> **(1 side)**

Indrekvam, K. (2000). *Hofteprotese*. Hentet 13.03.14 fra:
<http://www.nettdoktor.no/sykdommer/fakta/hofteprotese.php> **(2 sider)**

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, H-A. (2010). *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Knutstad, U. (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS (**89 sider**)
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Mandal, O. (1999). *Grunnboka i pleie og omsorg*. Oslo: kommuneforlaget AS (**29 sider**)
- Marthinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie & medisin*. Oslo: Universitetsforlaget (**65 sider**)
- Neerland, B.E., Watne, L.O., & Wyller, T.B. (2013). *Delirium hos eldre pasienter*. Tidsskrift for Den norske legeforening. 133:1596 – 600 DOI: 10.4045/tidsskr.12.1327. Hentet 21.02.14 fra: <http://tidsskriftet.no/article/3044933/> (**5 sider**)
- Norsk helseinformatikk (2013, 24.April). *Hallusinasjoner, veiviser*. Hentet 10.03.14 fra: <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/symptomer/hallusinasjoner-veiviser-3081.html> (**1side**)
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (**18 sider**)
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 07.04.04 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (**1 side**)
- Store medisinske leksikon. *Vrangforestillinger*. Hentet 10.03.14 fra: <http://sml.snl.no/vrangforestillinger> (**2 sider**)
- Tuntland, H. (2006). *Sykdommer hos eldre*. København: N.W Damm & Søn (**26 sider**)
- Vassbø, T. & Eilertsen, G. (2011). *Uro og uklarhet – Sykepleierens erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd*. Nordisk sygeplejeforskning. Hentet 21.03.14 fra: <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art03> (**15 sider**)
- Velferdsstaten (2001). *Forebyggende helsearbeid*. Hentet 10.03.14 fra: <http://web2.gyldendal.no/sosialkunnskap/html/velferdsstaten/18.htm> (**6 sider**)
- Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 355 sider.**

