



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Bachelor i sykepleie**

Sykepleierens rolle i forebygging og behandling av delirium

**Kurskode:** SYK 180H **Dato:** 10.04.2014

**Kandidatnr:** 160 og 167 **Antall ord:** 9195



Delirium - av latinsk *delirare*, sammensatt av *de* = av, og *lira* = plogfure/spor.

*Delirium* = *avsporing* (Hem, 2012).

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	4
<b>1.1</b>	<b>Bakgrunn for oppgaven .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2</b>	<b>Hensikt og mål med oppgaven .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3</b>	<b>Presentasjon av problemstilling med avgrensing.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4</b>	<b>Oppgavens oppbygging.....</b>	<b>5</b>
2.0	Metode.....	6
<b>2.1</b>	<b>Hva er en metode? .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2</b>	<b>Litteraturstudie som metode .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3</b>	<b>Etiske overveielser .....</b>	<b>8</b>
3.0	Teori .....	9
<b>3.1</b>	<b>Hoftebrudd.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2</b>	<b>Generelt postoperativt forløp .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3</b>	<b>Delirium.....</b>	<b>10</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Risikofaktorer for utvikling av delirium.....</b>	<b>10</b>
<b>3.4</b>	<b>Forebygging av delirium.....</b>	<b>11</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Kunnskap om forebygging .....</b>	<b>12</b>
<b>3.5</b>	<b>Behandling av delirium.....</b>	<b>12</b>
<b>3.6</b>	<b>Verktøy for å forebygge og avdekke delirium .....</b>	<b>13</b>
<b>3.6.1</b>	<b>Risk Model for Delirium.....</b>	<b>13</b>
<b>3.6.2</b>	<b>Confusion Assessment Method .....</b>	<b>14</b>
<b>3.7</b>	<b>Virginia Hendersons sykepleieteori.....</b>	<b>15</b>
<b>3.8</b>	<b>Primærsykepleie som organisasjonsform .....</b>	<b>16</b>
<b>3.9</b>	<b>Dokumentasjon av sykepleie .....</b>	<b>16</b>
<b>3.10</b>	<b>Ledelseshjulet .....</b>	<b>16</b>
<b>3.11</b>	<b>Visjonsarbeid .....</b>	<b>18</b>
<b>3.12</b>	<b>Motivasjon.....</b>	<b>18</b>
4.0	Drøfting .....	18
<b>4.1</b>	<b>Postoperative rutiner til pasienter med hoftebrudd .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2</b>	<b>Grunnleggende behov som fundament i sykepleien.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Risk Model for Delirium som et forebyggende verktøy.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4</b>	<b>Confusion Assessment Method - et enkelt og effektivt verktøy .....</b>	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Ledelseshjulet som modell for innføring av nye rutiner i en avdeling .....</b>	<b>23</b>

<b>4.5.1 Hvordan vi vil inkludere sykepleierne i endringsprosessen .....</b>	<b>23</b>
<b>4.5.2 Hvordan vi vil systematisere arbeidet .....</b>	<b>25</b>
5.0 Avslutning .....	26
<b>5.1 Oppsummering og svar på problemstilling .....</b>	<b>26</b>
<b>5.2 Evaluering av eget arbeid .....</b>	<b>27</b>
Litteraturliste .....	29

Det foreligger tre vedlegg til oppgaven.

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Da vi skulle velge tema for vår bacheloroppgave var det normalt å skrive om et tema som vi interesserte oss for. Temaet må også være aktuelt innenfor sykepleie - slik at vi kan dra nytte av kunnskapene vi tilegner oss igjennom oppgaven. Oppgaven vil dermed gi oss et bedre utgangspunkt når vi er ferdig utdannede sykepleiere. Det som vakte størst interesse, og som vi til slutt bestemte oss for å skrive om, var tilstanden *delirium*. Gjennom sykepleieutdanningen har vi så vidt hørt om tilstanden og kun i grove trekk lest om hva det er og hva det går ut på. Etter å ha vært i praksis og opplevd pasienter med tilstanden og sett hvor utbredt det er, har vi følt på det faktum at vi vet for lite om temaet og hvordan vi kan utøve best mulig sykepleie til pasientene med tilstanden. Slik var vårt første møte med en delirisk pasient:

*«Pasienten ble innlagt for et hoftebrudd i venstre hofte. Etter operasjon ble pasienten delirisk. Pasienten klatret ved flere anledninger over sengehesten, klarte ikke å henge med i samtaler og var ikke orientert for tid og sted. Etter hvert gikk disse symptomene over. Pasienten ville da ligge i sengen, var lite delaktig og ønsket ikke å utøve noe form for fysisk aktivitet. Kort tid etterpå ble pasienten sendt hjem.»*

Det er omlag 9000 personer som opereres for hoftebrudd i Norge årlig og gjennomsnittsalderen på disse pasientene er 82 år for kvinner og 79 år for menn (Folkehelseinstituttet, 2012). Nærmere 50 prosent av disse utvikler delirium postoperativt (Juliebø & Wyller, 2010). Det er bevist at pasienter med delirium har hyppigere dødelighet og økt sjanse for å utvikle demens, sammenlignet med pasienter som ikke utvikler delirium (Juliebø, 2009). Denne forskningen underbygger hvorfor det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om tilstanden. Delirium er kort fortalt en mental forstyrrelse som påvirker pasientens atferd og gir dårligere forutsetning for å komme tilbake til sitt normale funksjonsnivå, etter sykdom (Ranhoff, 2008).

Våre inntrykk etter praksis var at kunnskapen om delirium ikke var tilstrekkelig – noe som resulterte i at pasientene med delirium ikke ble gitt sykepleie som var tilpasset deres tilstand. På bakgrunn av disse erfaringene har vi bestemt oss for å fokusere på sykepleiernes oppgaver innenfor forebygging og behandling.

## **1.2 Hensikt og mål med oppgaven**

Vårt formål med oppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å redusere forekomsten av delirium gjennom forebygging, og hvordan vi på best mulig måte kan bistå i behandlingen av pasienter som har utviklet tilstanden. Vi håper at vi gjennom oppgaven vil vi tilegne oss kunnskap om delirium, slik at vi blir bedre rustet til å registrere symptomer og at vi kan forebygge og sette i gang behandlingstiltak tidlig.

## **1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning**

På bakgrunn av oppgavens tema, har vi formulert problemstillingen vår slik:

*«Hvordan kan sykepleiere forebygge og bidra i behandlingen av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?»*

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til eldre pasienter, av begge kjønn, over 65 år. Pasienten har pådratt seg et hoftebrudd og er blitt operert for dette. Pasienten er innlagt på sykehus. Disse avgrensningene har vi gjort for å kunne holde oss innenfor oppgavens omfangskriterier, men også fordi denne pasientgruppen er av den mest utsatte for å utvikle delirium (Juliebø, 2009).

Det finnes en tilstand som kalles delirium tremens - en delirisk tilstand som utløses av abstinenser hos alkoholikere (Delirium, 2009). Vi har erfart at det er denne tilstanden mange har hørt om og forveksler delirium med. Derfor ønsker vi å presisere at vi ikke har fokusert på denne typen delirium.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Vi har valgt å strukturere oppgaven slik at vi starter med metodekapittelet etter innledningen. I metodekapittelet fremkommer det hva en metode er og hvorfor vi har valgt den respektive metoden. Under dette kapittelet sier vi også noe om hvordan vi har gått frem ved innhenting av data, samt kriterier og søkeord som ble brukt i denne prosessen. Vi avslutter kapittelet med å skrive kort om ulike etiske overveielser som ligger til grunn i vår oppgave.

Deretter kommer teorikapittelet. Her fremkommer det teori som er aktuell, knyttet opp mot vår problemstilling. Teorikapittelet gir en helhetlig forståelse av deliriumstilstanden, da vi skriver om hva delirium er, årsaker for utvikling av delirium, samt teori omkring forebygging

og bistand i behandling. Vi har også valgt å trekke med teori om endringskompetanse, da vi mener at dette er nødvendig for å kunne besvare vår problemstilling.

I drøftingskapittelet har vi forsøkt å få frem sammenhengen i teorien og drøftet teorien knyttet opp mot vår problemstilling. Vi har brukt pasienteksempelet som presenteres i innledningen til å illustrere eksempler underveis i drøftingsdelen.

I avslutningen svarer vi på spørsmålet i problemstillingen og oppsummerer det vi har funnet ut gjennom prosessen med å skrive oppgaven. Her har vi også med evaluering av eget arbeid.

Vi avslutter oppgaven med litteraturlisten, der selvvalgt litteratur står for seg selv. Antall sider vi har brukt av våre selvvalgte kilder kommer også frem her.

## 2.0 Metode

### 2.1 Hva er en metode?

En metode er en fremgangsmåte og et verktøy som kan brukes for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2007). Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Med kvantitativ metode jobber en systematisk og går i bredden av et tema. Dataene en finner formes om til målbare enheter. Kvalitativ metode er en mer subjektiv metode, der en går mer i dybden med det en skriver om. En søker etter aktuell informasjon og bruker dette til å dra sammenhenger og skaffe seg et helhetsperspektiv. En metode kan ses på som et redskap som vil hjelpe oss til å gi oss den informasjonen vi trenger. Metoden vil også beskrive hvordan vi skal gå til verks for å nå det målet vi har satt oss – ut i fra vår problemstilling (Dalland, 2007). Vi ønsker å finne frem til seriøse kilder med relevant litteratur, noe som sier noe om temaet vi har valgt og som kan gi oss svar på vår problemstilling. Vi har derfor valgt å bruke kvalitativ metode i vår oppgave.

### 2.2 Litteraturstudie som metode

Med bakgrunn i det teorien sier, har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode. Vi har kommet frem til at litteraturstudie vil være med på å kunne besvare problemstillingen vår på best mulig måte. I et litteraturstudie skal det ikke fremkomme ny kunnskap, men en skal benytte seg av tidligere utgitt litteratur. Når en bruker litteraturstudie som metode, skal en tolke funn i teksten ved hjelp av ord (Dalland, 2007). Når en tolker litteratur, vil ofte

forståelsen bli subjektiv. Vi vil derfor ta forbehold for muligheten for at noe av innholdet kan bli misforstått eller feiltolket. I tillegg til å bruke litteraturstudie som metode, har vi også dratt inn egne erfaringer gjennom praksis, samt et pasienteksempel.

Vi begynte tidlig i arbeidsprosessen å formulere en problemstilling som sa noe om hva vi ønsket å jobbe mot og hva vi ønsket å få kunnskaper om. Da problemstillingen var ferdig formulert, begynte arbeidet med å innhente aktuell litteratur. Vi søkte i ulike databaser, slik at vi kunne tilegne oss grunnleggende kunnskaper om tilstanden delirium. Etter hvert søkte vi mer spesifikt innenfor ORIA, SveMed+, sykepleien.no og BIBSYS. Søkeordene som har vært relevante for oppgaven har vi satt inn i en tabell, som viser antall treff i de ulike databasene:

<b>Søkeord</b>	<b>Treff i BIBSYS (Biblotek, Nordland)</b>	<b>ORIA</b>	<b>SveMed +</b>	<b>Sykepleien.no</b>
Delirium	61	42 761	102	10
Delir	3	1462	6	5
Hoftebrudd,	14	43	425	12
Lårhalsbrudd,	10	48	136	12
Hip fracture	10	65 574	393	5
Endringskompetanse	14	62	0	-
Endringsprosess	35	268	3	-
Motivasjon	1003	4846	1233	-
Motivation	762	-	-	-
Virginia Henderson,	21	22 950	-	-
Sykepleieteori	189	297	-	-
Dokumentasjon,	1428	6231	-	17500
Sykepleiedokumentasjon	69	169	-	41
Internundervisning	0	17	-	25
Primærsykepleie	28	81	-	11

I tillegg til disse søkerordene, har vi kombinert søkeordene som gav oss mange treff med forebygging, eldre og behandling. Dette resulterte i at vi fikk et redusert antall treff, og en mer konkret teori som er aktuell for vårt tema.

Som tabellen viser, har vi fått mange treff, nasjonalt og internasjonalt. Teorien sier mye om det samme, noe som er naturlig, da delirium er en klinisk tilstand som det viser seg å ha blitt



gjort mye forskning på. Det var likevel skrevet mange ulike artikler, men vi la merke til at det var enkelte forfattere som gikk igjen.

Vi har satt som kriterium at artiklene vi har brukt skal være fra 2004 og frem til i dag. Dette gjør vi både for å avgrense søkeresultatene, og som en kvalitetssikring, for at litteraturen fortsatt skal være valid. Av bøker vi har brukt, har vi forsøkt å holde oss innenfor den samme tidsrammen, men vi har funnet noen bøker som er noe eldre enn fra 2004 og valgt å ta disse med i oppgaven, da vi vurderte innholdet til å fortsatt være relevant.

Vi har valgt å bruke pensumlitteratur som hovedkilde i oppgaven. Vi er da sikre på at teorien som fremkommer er relevant innenfor sykepleie. Pensumlitteraturen har gitt oss en generell kunnskap om delirium. For å få en utvidet og bredere kunnskap har vi dratt inn selvvalgt litteratur og forskning.

Vi har brukt artikkelmatrise som anbefalt og lagt dette som et vedlegg i oppgaven (vedlegg III). Her har vi skrevet hva litteraturen omhandler og hvordan den er relevant for vår oppgave.

Under vår praksis på sykehuset ble det innført et skjema for å systematisk avdekke delirium hos innlagte pasienter. Dette skjedde helt i slutten av vår praksisperiode så vi fikk ikke være med på å se hvordan det fungerte i avdelingen. Vi planla derfor å intervju en sykepleier og en lege på denne avdelingen for å finne ut om innføringen av skjemaet fungerte hensiktsmessig. Etter hvert som vi leste oss opp på litteraturen rundt temaet delirium, fant vi ut at det allerede var utført flere undersøkelser som viste det vi ønsket å finne ut med intervjuet – nemlig om skjemaet var et godt verktøy for å avdekke delirium og om det fungerte etter sin hensikt. Vi valgte derfor å ikke utføre de planlagte intervjuene.

### **2.3 Etiske overveielser**

Helsepersonelloven §21, hovedregel om taushetsplikt sier:

*«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»* (Helsepersonelloven, 1999).

I oppgavetekniske retningslinjer er det krav til anonymisering. Som sykepleier og sykepleiestudent er man også pliktig til å anonymisere forhold der noen kan komme til kjenne (Dalland, 2007). I de eksemplene vi har brukt fra våre egne praksiserfaringer har vi derfor passet på at det ikke kommer frem hvilket sykehus eller hvilken avdeling eksemplene er tatt

fra. Det vil heller ikke komme frem navn på personer vi bruker i eksemplene. Dermed innfrir vi krav og lover som er satt.

## 3.0 Teori

### 3.1 Hoftebrudd

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse på brudd i selve lårhalsen, samt området rundt lille og store lårbeinsknote. Flertallet i pasientgruppen er eldre, og kvinner er spesielt utsatt. Hoftebrudd skjer ofte i forbindelse med fall. Ved mistanke om hoftebrudd blir pasienten fraktet til sykehus, der en ved røntgenundersøkelse får bekreftet bruddet. Typiske symptomer ved hoftebrudd er utover rotert og forkortet fot. Hoftebrudd krever operasjon, og hos eldre er det vanligvis aktuelt å sette inn en hofteprotese. Hoftebrudd følger ofte med seg en rekke komplikasjoner (Madsen, 2009).

### 3.2 Generelt postoperativt forløp

En postoperativ fase starter etter pasienten er blitt operert og kan puste og løfte hodet selv. Rett etter operasjon blir pasienten fraktet til en oppvåkningsavdeling, der sykepleiere med spesiell kompetanse overvåker pasienten. Når pasientens tilstand er stabil blir han flyttet over til sin avdeling. Sykepleieren iverksetter flere tiltak for å observere pasientens tilstand. Først og fremst observerer man pasientens bevissthetsnivå. For å kontrollere pasienten for blødning er det viktig å følge med pasientens puls og blodtrykk. Pasientens respirasjon og oksygenforsyning skal også observeres hyppig. Pasientens diurese skal også følges med på og registreres. Intravenøst væskebehandling er også aktuelt, for å hindre dehydrering samt bidra til en normal diurese etter operasjon. Målet tidlig i den postoperative fasen er å forebygge komplikasjoner og skape en trygg omgivelse for pasienten (Gjengedal & Jakobsen, 2001). Bandasjen er viktig å følge med på. Dersom den er gjennomtrukket av blod eller annen væske må denne byttes. Noen pasienter får også innlagt et dren. Drenet motvirker blodansamling i operasjonsområdet, og det er viktig at sykepleieren registrerer mengden blod som dreneres. Forhøyet temperatur kan være et tegn på infeksjon i operasjonssåret, derfor er det viktig å kontrollere kroppstemperaturen jevnlig. Kvalme og smerter er ofte bivirkninger som oppstår etter operasjon. Dette må derfor avdekkes og behandles. Når pasientens tilstand er stabil er det

viktig at pasienten mobiliseres og at sykepleieren sørger for at pasienten spiser, samt drikker tilstrekkelig (Gjengedal & Jakobsen, 2001).

### **3.3 Delirium**

Delirium er en akutt forstyrrelse av bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd. Tilstanden opptrer ofte i forbindelse med sykdom eller skade, den har svingende forløp og er reversibel. Hallusinasjoner og feiltolkning av sanseinntrykk er vanlig, og dette kan variere fra dag til dag. Delirium kan tilkomme i tre ulike former; hyper- og hypoaktiv type, samt en blanding av disse. Hyperaktivt delirium kjennetegnes ved at pasientens indre uro fremkommer som fysisk uro. En ser ofte at pasienten drar gjentatte ganger i ringesnoren, drar i kateter og annet medisinsk utstyr, vandrer i avdelingen, samt roper og skriker. En samling av disse symptomene skaper derfor mye uro i en sykehusavdeling. Pasienten vil være forstyrrende for andre pasienter og kan stå i fare for å skade seg selv eller andre (Ranhoff, 2008). Ettersom en er veldig urolig ved hyperaktivt delirium, ser en ofte at pasientene går over i en utmattet tilstand når symptomene avtar (Ranhoff, 2008). Hyperaktivt delirium har vist seg å være mindre vanlig enn det man tidligere har trodd, siden det er denne formen som det er lettest å kjenne igjen - om lag 22 prosent av deliriumspasientene har en hyperaktiv delirium, mens omtrent 26 prosent har en hypoaktiv type og de resterende 42 prosent har en blanding av disse (Juliebø, 2009).

Ved hypoaktivt delirium har pasienten et lavt aktivitetsnivå. De ligger bare i sengen, krever lite og lager ikke bryderi i avdelingen. Derfor blir hypoaktivt delirium sjeldnere oppdaget. Typiske symptomer ved denne tilstanden er redusert oppmerksomhet, redusert bevissthet og nedsatt psykomotorisk aktivitet. Pasientene mangler ofte evne til å kunne orientere seg for tid og sted. Det er også normalt at pasienter med hypoaktivt delirium opplever en generell stivhet i kroppen og redusert bevegelse. Hypoaktivt delirium er minst like alvorlig som hyperaktivt delirium, da det ofte tar lengere tid før tilstanden blir oppdaget, og pasienten dermed får behandling senere (Ranhoff, 2008).

#### **3.3.1 Risikofaktorer for utvikling av delirium**

For å kunne forstå hvorfor delirium oppstår, er det aktuelt å se på hvilke utløsende faktorer som ligger til grunn. De vanligste predisponerende faktorene er kognitiv svikt, høy alder, kroniske sykdommer, polyfarmasi, demens, sansesvikt, hjertesykdom og KOLS. Redusert syn og hørsel

kan også bidra til forvirring og dermed delirium. Dersom det ligger flere predisponerende faktorer til grunn, kan delirium utløses selv av små belastninger (Juliebø, 2009). Hvordan pasientens tilstand var før sykdommen er også viktig, sett i sammenheng med utvikling av delirium. Den pasientgruppen som er mest utsatt for å få delirium, er eldre, da kroppen generelt er skjørere og sjansen større for å utvikle fysisk og psykisk sykdom (Ranhoff, 2008). Risikofaktorer som er direkte knyttet opp mot postoperative komplikasjoner kan være oksygenmangel, som kommer av blødninger etter operasjon og/eller blodtrykksfall. Pasienter som har operert for hoftebrudd vil også være i fare for å få infeksjon i operasjonssåret. Dette kan også være en risiko for utvikling av delirium (Gustafson, Lundström, Bucht, & Edlund, 2002).

### **3.4 Forebygging av delirium**

Sykepleierens hovedoppgave når det kommer til forebygging, er å identifisere tidlige tegn på delirium og å bistå i behandlingen av de underliggende årsakene som det er mulig å gjøre noe med (Lundblad & Hovstadius, 2006).

Det er utviklet konkrete tiltak rettet mot forebygging av delirium. Tiltakene baserer seg på helhetlig sykepleie. Pasienten må ha tilstrekkelig respirasjon og sirkulasjon, da det kan være utløsende faktorer for utvikling av delirium. Det er derfor viktig at en kontrollerer blodtrykk, puls og oksygenmetning jevnlig (Ranhoff, 2008). Etter operasjon vil det være risiko for å få infeksjon i operasjonssår. En må derfor følge med på operasjonssår og pasientens temperatur. Forhøyet kroppstemperatur kan bidra til at pasienten blir delirisk (Gustafson et al., 2002).

En opplever ofte at pasienter som blir innlagt på sykehus er dehydrert og underernært ved innkomst. Dersom en ikke har tilstrekkelig væske- og næringsinntak, vil dette være en risiko for utvikling av delirium. Derfor er det viktig at det blir satt i gang tiltak, slik at en kan følge med på hvor mye pasienten spiser og drikker. Regelmessig urinlating og avføring er viktige tiltak for å hindre utvikling av delirium. En skal derfor kontrollere at pasienten har normal eliminasjon, slik at en kan utelukke obstipasjon og urinretensjon (Ranhoff, 2008). Det er også viktig å nevne at pasienter får innlagt kateter preoperativt. Kateter fører ofte til oppvekst av bakterier som kan utvikle seg til urinveisinfeksjon. Det er derfor viktig å seponere kateteret så tidlig som mulig for å unngå komplikasjoner (Almås, 2001).

Mobilisering er et viktig tiltak for å øke blodsirkulasjonen og bedre oksygenopptaket i kroppen (Ranhoff, 2008). Aktivitet vil også ha positiv innvirkning på fordøyelsesprosessen,

som igjen vil være med på å øke matlysten (Almås, 2001). Tiltak rettet mot mobilisering bør startes så tidlig som mulig. Etter en hofteoperasjon, vil mobilisering ofte medføre smerter. Det er derfor viktig at sykepleieren passer på at pasienten får smertestillende en stund før mobilisering, dersom det er nødvendig.

I tillegg til mobilisering, vil det være viktig at forholdene ligger til rette for at pasienten skal ha mulighet til realitetsorientering. Å være påpasselig med at lyset er på om dagen og av om natten er viktig, slik at pasienten skal få en oppfatning av hvilken tid det er på døgnet ut fra belysningen i rommet. Det er også viktig at det er kalender og klokke godt synlig. Et annet tiltak for å bidra til at pasienten blir orientert, kan være at pasienten får sitte oppreist på sengekanten (Juliebø, 2009). For realitetsorientering kan også pårørende være en viktig ressurs. Sykepleieren bør derfor oppfordre pårørende til å være tilstede. Det viser seg også ofte at nærhet har en beroligende effekt på pasienten (Ranhoff, 2008).

Sansesvikt kan være en utløsende faktor for delirium. Dersom pasienten bruker briller eller høreapparat, må pasienten få tilgang på dette så snart som mulig etter operasjon (Ranhoff, 2008).

Pasienten trenger hvile og ro etter operasjonen, ettersom dette er en stor belastning for kroppen. Det vil derfor være aktuelt å iverksette tiltak for at pasienten skal kunne hvile i rolige omgivelser. En må også være i stand til å finne en balanse mellom hvile og mobilisering. Hvordan en snakker til pasienter er også viktig for å bevare ro og bidra til forståelse. Enkel, kort og presis informasjon er viktig (Ranhoff, 2008).

### **3.4.1 Kunnskap om forebygging**

Artikkelen "*Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas*" forteller oss at delirium kan forebygges og behandles dersom det fins tilstrekkelig kompetanse i avdelingen. Kunnskap om delirium vil gi sykepleieren mulighet til å gi pasienten nødvendig omsorg, oppfølging og trygge omgivelser (Gustafson et al., 2002).

### **3.5 Behandling av delirium**

Behandling av delirium handler om mye av det samme som forebygging av delirium. En må lete etter de sannsynlige utløsende årsakene og behandle disse. Når en har gjort dette, må en sette i gang tiltak – *hva* skal en gjøre når pasienten er blitt delirisk (Gustafson et al., 2002). Det vil være aktuelt å se på hvilke legemidler pasienten bruker. Ulike legemidler kan være

med på å utløse og/eller opprettholde tilstanden. Medikamentene som ikke er livsnødvendige, bør derfor seponeres. Dette er i hovedsak legenes ansvar, men sykepleieren skal være påpasselig og sørge for at dette blir gjort (Juliebø & Wyller, 2010).

Et annet viktig tiltak er å *være tilstede*. I en behandlingssituasjon kan det være avgjørende å skape en tryggest mulig tilværelse for pasienten. En bør redusere sanseinntrykk til et minimum, men et forsøk har vist at å la pasienter lytte til musikk kan ha positiv innvirkning på forebygging og behandling av delirium. Hyppige og regelmessige tilsyn til deliriske pasienter er viktig, da det kan øke trygghetsfølelsen. Pasienter med delirium kan også være til fare for å skade seg selv eller andre (Ranhoff, 2008). I disse tilfellene vil det være aktuelt å ha en person sittende hos pasienten. En vil på denne måten bidra til at pasienten ikke føler seg alene, noe som kan hindre uro og angst. Det kan også i noen tilfeller være aktuelt å vurdere medisinsk behandling mot uroen (Ranhoff, 2008).

Det er gjort flere vitenskapelige forsøk når det kommer til medikamenter som kan ha forebyggende og behandlende effekt mot delirium. Resultatene viser at ingen medikamenter har vist å ha noe betydning for å bli frisk av tilstanden, men noen kan bidra til å dempe symptomene. Dersom pasienten har dårlig effekt av tiltakene nevnt under forebygging og behandling, vil det være aktuelt å gi pasienten antipsykotika. Det er verdt å nevne at slik medikamentell behandling kun skal brukes når det er høyst nødvendig og ikke over lengre perioder (Juliebø & Wyller, 2010).

### **3.6 Verktøy for å forebygge og avdekke delirium**

Vi har funnet ut at det er utarbeidet flere verktøy som skal være til hjelp for å forebygge og/eller avdekke delirium. Det ene verktøyet vi har funnet, er et skjema som er laget for å avdekke risikoen for utvikling av delirium, det andre verktøyet er et skjema som er laget for å identifisere deliriumstilfeller.

#### **3.6.1 Risk Model for Delirium**

I artikkelen “Validation of the Risk Model for Delirium in hip fracture patients”, presenteres resultatene av en undersøkelse som er gjort på et sykehus i Nederland, for å finne ut om et risikovurderingsskjema kan være et godt verktøy for å tidlig avdekke hvor stor risiko pasienten har for utvikling av delirium (Moerman et al., 2012).

Risk Model for Delirium er et 10-elements spørreskjema for å finne ut om pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd har høy eller lav risiko for å utvikle delirium (se vedlegg I).

Hensikten med skjemaet er å tidlig kunne iverksette målrettede forebyggende tiltak hvis pasienten har høy risiko for å utvikle delirium. Resultatene viser at et risikovurderingsskjema er et gyldig, gjennomførbart og pålitelig verktøy for å avdekke risikoen for delirium hos hoftebruddpasienter. Forfatterne trekker frem at det burde vært gjort noen endringer i skjemaet for at man skal få enda bedre resultater. Endringene går på det å legge til kjønn og type brudd, og å fjerne 'daglig konsum alkohol på fire enheter eller mer' og 'bruk av heroin, metadon og morfin' (Moerman et al., 2012).

I resultatet av undersøkelsen kommer det frem at av hele utvalget av pasienter i undersøkelsen som utviklet delirium, var 42,4 prosent pasienter med høy risiko, mens 14,1 prosent var pasienter med lav risiko (Moerman et al., 2012).

### **3.6.2 Confusion Assessment Method**

CAM (Confusion Assessment Method) (se vedlegg II) er et verktøy som i utgangspunktet er utviklet for at ikke-psykiatere skal kunne oppdage delirium tidligst mulig. Dette verktøyet skal kunne brukes av alt pleiepersonell hvis de får en enkel opplæring. Skjemaet burde gjennomgås daglig, og for noen pasienter kan det være aktuelt at det gjennomgås flere ganger pr. dag (Ranhoff, 2008:399).

Et CAM-skjema innebærer i korte trekk at en skal observere tegn til akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå (Den norske legeförening, 2004).

Artikkelen «Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpatienten» viser til en undersøkelse som er gjort ved Haukeland Universitetssykehus, der de undersøkte bruken og effekten av CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). Dette er et CAM-skjema som er rettet spesielt mot intensivavdelinger. Resultatene av undersøkelsen viser til at det åpenbart har effekt å bruke CAM-ICU-skjemaet, da det vil gjøre observasjonene strukturerte og man unngår vilkårlig praksis. Skjemaet er enkelt utformet, med et lite antall spørsmål med få avkrysningsmuligheter. Resultatet av studiet viser til gode resultater ved systematisk bruk av CAM-ICU. Faktisk ble 52.9 prosent av deliriumstilfeller avdekket, sammenlignet med tidligere 23.4 prosent. Problemet, som trekkes frem i artikkelen, er at en innføring av et slikt skjema er avhengig av ressurser til oppfølging, uten

det vil de ansatte på avdelingen gå tilbake til «gamle synder» etter kun kort tid (Sjøbø, Graverholt, & Jamtvedt, 2012).

### 3.7 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Henderson var en av de første til å utvikle en sykepleieteori. Henderson mener at alle mennesker har grunnleggende behov, og at behovene varierer fra individ til individ.

Sykepleierens oppgave er å identifisere og hjelpe pasienten til å ivareta behov - slik at pasienten opplever helse, velvære eller eventuelt en fredfull død (Kirkevold, 1998). Behovene Henderson tar for seg omhandler både fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale behov. Teorien har hatt stor betydning på sykepleierfaget og vært med på å formet sykepleiernes yrkesrolle, til slik den er i dag (Kirkevold, 2009).

Henderson beskriver 14 generelle sykepleiekomponenter, som er basert på pasientens primære behov. Sykepleieren må hjelpe pasienten med å tilfredsstille disse behovene, eller legge til rette for at pasienten selv kan få tilfredsstilt behovene (Henderson, 1997).

Komponentene har vi valgt å ikke skrive om til egne ord, da vi er redd for at de ikke skal komme frem på lik måte som det er skrevet. Etersom komponentene er grunnlaget for Henderson teori, mener vi det er viktig at de blir beskrevet slik som hun selv har formulert de:

1. *Puste normalt*
2. *Spise og drikke tilstrekkelig*
3. *Få fjernet kroppens avfallsstoffer*
4. *Opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling*
5. *Sove og hvile*
6. *Velge passende klær og sko, og å kle av og på seg*
7. *Opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur*
8. *Holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.*
9. *Unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre.*
10. *Få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser.*
11. *Praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.*
12. *Arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe. (Produktiv sysselsetting).*
13. *Finne underholdning og fritidssysler.*
14. *Lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.*



### **3.8 Primærsykepleie som organisasjonsform**

Primærsykepleie blir definert som sykepleierens ansvar for en begrenset gruppe pasienter, fra innleggelse til utskrivelse. Her menes det at hver pasient har sin faste sykepleier under sykehusoppholdet. Det vil derfor være sykepleierens ansvar å følge pasienten og legge til rette for nødvendig behandling. Målet med denne type sykepleie er at pasienten skal føle kontinuitet i pleien slik at han føler trygghet og den forutsigbarhet som skapes av relasjonen. På denne måten vil det bli lettere å utøve en helhetlig og forsvarlig sykepleie, der primærsykepleieren står til ansvar for de oppgavene som skal bli utført (Kristoffersen, 1988).

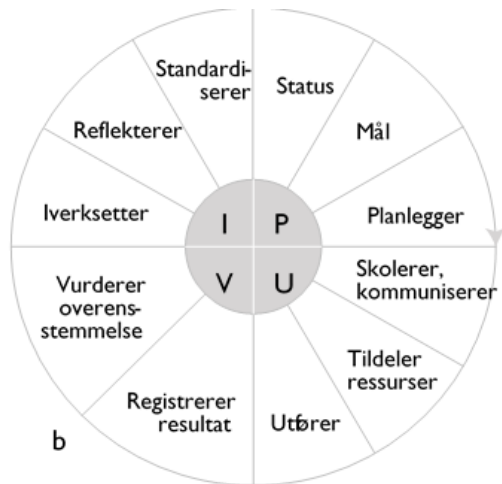
### **3.9 Dokumentasjon av sykepleie**

Helsepersonelloven §39 *Plikt å føre journal*, og §40 *Krav til journalens innhold m.m.*, sier at alle som yter helsehjelp skal registrere opplysninger om hver enkelt pasient i et journalsystem. Dokumentasjonen skal vise god yrkesetikk og inneholde relevante opplysninger om pasienten og den helsehjelpen pasienten har fått (Helsepersonelloven, 1999).

Dokumentasjon skal vise hva som er gjort. Det skal skrives på en målrettet og systematisk måte. En skal få frem pasientens helseproblemer, vurderinger som er gjort i forhold til tiltak, og resultat av tiltak. Dokumentasjonen er med på å synliggjøre ansvar, bidra til å få frem arbeidsoppgaver og kvaliteten i arbeidet. Det skal vise kontinuitet i oppfølging av pasienten. I dokumentasjonen skal det komme frem at sykepleien er kunnskapsbasert, omsorgsfull, systematisk og nøyaktig. Det vil være risiko for redusert kvalitet på sykepleie, dersom dokumentasjon er mangelfull eller fraværende (Norsk Sykepleieforbund, 2007).

### **3.10 Ledelseshjulet**

For å kunne lykkes i å utføre endringer på en avdeling, er det nødvendig å ha endringskompetanse. Endring som er godt planlagt og gir de ansatte mening, kan gi grunnlag for forbedring. Ledelseshjulet er et redskap som skal være til hjelp hvis en ønsker å sette i gang en forbedringsprosess i en avdeling. P'en står for planlegging, U'en for utførelse, V'en for vurdering og I'en for iverksettelse (Orvik, 2004).



(Aune, 2000)

I planleggingsfasen starter man med å kartlegge hvordan situasjonen er på avdelingen med tanke på det vi ønsker å forbedre, som i vårt tilfelle er kunnskaper og rutiner i forhold til forebygging og behandlingstiltak rettet mot delirium. Ut fra det vi finner ut her, settes det et mål for forbedringsarbeidet. Deretter starter man med å planlegge hvordan man kan gå frem for å nå dette målet. Hvem skal være med? Hvilke tiltak skal iverksettes? Hvordan skal vi iverksette tiltakene? Dette er spørsmål som reises i planleggingsfasen. I tillegg må vi avklare ansvar og roller for prosessen og utarbeide en tidsplan for arbeidet (Orvik, 2004).

I utførelsesfasen er kommunikasjon et sentralt moment. Dette gjelder både for de som er direkte engasjert i arbeidet og de som vil bli berørt av endringen, så her vil også det som skal til av kursing og undervisning skje. Internundervisning av ansatte er et viktig tiltak som vil bidra til fagutvikling (Tveiten, 2008). I dette tilfellet vil det være undervisning om forebygging og behandlingstiltak rettet mot delirium som vil være aktuelt. Samtidig vil tildeling av ressurser skje i denne fasen. Det er i denne fasen at en setter i verk tiltakene. Det er viktig å være klar over at forbedringsarbeid er tidskrevende og at det ofte vil være behov for at den personen eller den gruppa som jobber med dette får avlastning fra deres ordinære arbeid i en tidsperiode (Orvik, 2004).

I vurderingsfasen er det tid for vurdere det forbedringsarbeidet som er gjort. Det er viktig at det blir gjort en systematisk registrering av resultater, slik at en kan sammenlikne resultatene før og etter forbedringsprosessen (Orvik, 2004).

Iverksettelsesfasen er den siste fasen og her skal en se tilbake på det arbeidet som er gjort, se på resultatene og eventuelt gjøre små korrigeringer i forbedringstiltakene, hvis en ser at det er nødvendig. Her er det tid for refleksjon. Har forbedringsprosessen nådd sitt mål? Hva har vi lært? Er dette noe vi ønsker å fortsette med? Hvis forbedringsprosessen har vært vellykket, vil

neste og siste steg i prosessen være å utforme en standard for nye og/eller endrede prosedyrer og innarbeide dette i det daglige arbeidet (Orvik, 2004).

### **3.11 Visjonsarbeid**

Visjonsarbeid er et viktig ledd i en prosess som har som mål å gjennomføre grunnleggende endringer i innarbeidede rutiner. Visjonsarbeid er en refleksjonsprosess, som handler om å bevisstgjøre seg hvilke verdier vi har og ønsker å ha. Gjennom visjonsarbeid kan man komme frem til hvilke verdier en vil skal styre retningen vi jobber i (Jakobsen, 2005).

Refleksjonsprosessen kan i seg selv føre til endringer. Større bevissthet om hva vi faktisk gjør og hva vi ønsker å utrette, gjør medlemmene i kulturen mer målrettede i den forstand at de har en felles retning på arbeidet, og dermed vil være mer endringsvillige i tilfeller der dette er påkrevet.

(Jakobsen, 2005:107)

### **3.12 Motivasjon**

«Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning» (Håkonsen, 2009:88). (Håkonsen, 2009) skriver også at motivasjon er et resultat av forholdet mellom verdi og forventning, der verdien er hvor viktig målet er for en, og forventning er hvor sannsynlig vi tror det er at en gitt atferd vil føre oss til målet. Han mener altså at det å ha et mål å forholde seg til, vil være avgjørende for å opprettholde motivasjonen.

## **4.0 Drøfting**

### **4.1 Postoperative rutiner til pasienter med hoftebrudd**

Teorien forteller oss at pasienter etter hoftebrudd har en stor risiko for utvikling av delirium som en postoperativ komplikasjon (Juliebø & Wyller, 2010). De postoperative rutinene, som er nevnt under punkt 3.2, omhandler mye av det samme som det teorien forteller oss, omkring hvordan sykepleieren kan forebygge og bistå i behandling av delirium. Altså, et helhetlig syn på pasienten er sentralt når det kommer til både den generelle pasient, samt den deliriske pasient. Kontrollere og observere pasientens vitale tegn, sørge for at pasienten har tilstrekkelig væsketilførsel, eliminasjon, ernæring, mobilisering og hvile, samt at pasienten opplever velvære. Pasienter som er blitt operert for et hoftebrudd krever at disse rutinene blir

gjort hyppigere, grundigere og med fokus på delirium. Nettopp fordi teorien viser høye forekomster av delirium som en komplikasjon etter hoftebrudd. Pasienten i pasienteksempelet ville muligens ha unngått å utvikle delirium dersom rutinene ble gjort hyppigere, eller dersom det var et større fokus på tilstanden.

#### **4.2 Grunnleggende behov som fundament i sykepleien**

Hendersons (1997) teori som ble utarbeidet for mange år siden, er med på å bekrefte teorien av nyere dato. Henderson fokuserte ikke bare på de fysiske behovene, men også de psykiske, sosiale og eksistensielle. Juliebø (2009) sier at delirium kan utvikles dersom pasienten har en eller flere underforliggende årsaker, se punkt 3.3.1. Juliebø (2009) beskriver videre at årsakene kan være mange og oppstått av hverandre. Hendersons teori er derfor aktuell sammenlignet med Juliebø (2009), som er av nyere teori – en må se på pasienten som en helhet, ikke bare deler. Det psykiske påvirker det fysiske, og omvendt. Disse to teoriene går derfor over i hverandre og er sentrale for å kunne forebygge delirium.

Utfra det Hendersons (1997) grunnleggende prinsipper og annen teori forteller, har vi valgt å trekke ut punkter som er fellesnevner i teorien innenfor delirium, knyttet til grunnleggende behov:

- Sirkulasjon og respirasjon
- Ernæring og væskebalanse
- Eliminering
- Mobilisering
- Hvile
- Trygghet

Disse seks punktene er fundamentet for å kunne forebygge delirium. Hendersons grunnleggende prinsipper handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov. Dersom sykepleieren kan ivareta disse behovene, vil en kunne bidra til å redusere forekomsten av delirium, nettopp fordi en forhindrer de utløsende faktorene som er beskrevet i punkt 3.4.

Hvis vi ser tilbake på pasienthistorien i innledningen - der pasienten allerede har utviklet delirium, kan Hendersons teori også hjelpe sykepleieren med å bistå behandling av pasienten. Eksempler på dette, som er knyttet opp mot de 14 generelle sykepleiekomponenter (Henderson, 1997), er:

Å hjelpe pasienten slik at han får fjernet kroppens avfallsstoffer, vil hindre obstipasjon.

Tilstrekkelig hvile vil sørge for at pasienten er uthvilt. Tilfredsstillende væske og næringsinntak vil hindre dehydrering og underernæring. Normal oksygenering hindrer lav oksygenmetning. Sørge for at pasienten får kontakt med andre og får gi uttrykk for sine følelser vil bidra til at pasienten føler trygghet og ivaretagelse. Disse faktorene blir i teorikapittelet beskrevet som noen av risikofaktorer for utvikling av delirium og kan bidra til at delirium vedvarer, se punkt 3.3.1. Hendersons teori er derfor aktuell også for pasienter som har utviklet delirium, og hennes teori er sentral både i forebygging og behandling av delirium.

For at sykepleieren på best mulig måte skal kunne følge opp de punktene vi har trukket frem ovenfor, vil det være nødvendig at primærsykepleie blir innført. Sykepleieren vil gjennom primærsykepleie ha mulighet til å følge pasienten tettere og derfor ha et bedre utgangspunkt for å ivareta grunnleggende behov. En tettere oppfølging og bedre tid til hver enkelt pasient, vil bidra til at en lettere kan registrere utvikling i pasientens helsetilstand og dermed sette i gang aktuelle tiltak tidlig. Det vil også gi sykepleieren en bedre mulighet til å ivareta pasientens psykiske behov, gjennom blant annet å formidle trygghet og tilstedeværelse.

Primærsykepleie vil også gjøre det lettere for sykepleieren å bruke CAM og Risk Model for Delirium, samt følge de opp og sammenligne resultater. Primærsykepleie er derfor med på å redusere risikoen for utvikling av delirium, i tillegg til at det vil gi bedre vilkår når sykepleierne skal bistå i behandlingen av tilstanden. Dersom vi drar frem pasienten i pasienteksempelet, ville primærsykepleie kunne bidratt til at pasienten hadde fått en bedre oppfølging med økt kontinuitet. Det kunne også bidratt til å skape tryggere rammer rundt pasienten, da han hadde fått færre sykepleiere å forholde seg til.

Da vi var i sykehuspraksis ble det innført primærsykepleie på en av gruppene på avdelingen. Det ble tydelige skiller i dokumentasjon mellom gruppen med primærsykepleie og de to gruppene som ikke hadde det. Det var lett å se at sykepleieren hadde bedre tid til å fokusere på sine pasienter, da dokumentasjonen ble mer utdypende og detaljert. Primærsykepleie vil gi sykepleieren muligheten til å øke kvaliteten på dokumentasjonen, fordi en har bedre tid til å følge opp pasienten. Som skrevet ovenfor vil primærsykepleie bidra til at sykepleieren kan observere pasienten grundigere og en vil ha mulighet til å kontrollere pasientens tilstand hyppigere. Dette gir sykepleieren mer å dokumentere og kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre, ved at innholdet blir bredere og mer detaljert. Dette vil derfor bidra til øke kvaliteten og kontinuiteten på sykepleien som blir gitt, som blir beskrevet i kapittel 3.9.

### 4.3 Risk Model for Delirium som et forebyggende verktøy

Å innføre Risk Model for Delirium (vedlegg I) som en inkludert del i de postoperative rutine, vil være med på å gjøre at vi raskere vil sette i gang tiltak for å forebygge delirium hos pasienter som har høy risiko for å utvikle tilstanden. Dette er fordi skjemaet vil bidra til å avdekke om pasienten har høy eller lav risiko for å utvikle delirium. Dersom resultatet viser at pasienten har risiko for å utvikle delirium, vil sykepleieren sette i gang forebyggende tiltak - slik at sjansen for utvikling av delirium reduseres. Skjemaet som finnes i dag er en engelsk versjon, så det må oversettes til norsk for at det skal kunne tas i bruk (Moerman et al., 2012).

Det er ingen selvfølge at en innføring av en slikt utfyllingsskjema betyr at det blir tatt i bruk av alle. Men ved at man starter prosessen med endring av rutiner i forhold til forebygging og behandling av delirium med internundervisning, etterfulgt av visjonsarbeid, vil forhåpentligvis forståelsen for effekten av spørreskjemaet komme klart frem for alle sykepleierne på avdelingen. I tillegg tror vi at visjonsarbeidet vil føre til at medarbeiderne føler et personlig ansvar for å lykkes i arbeidet med å forebygge og å bidra i behandlingen av delirium, noe som vil føre til en økt sjanse for at Risk Model-skjemaet blir tatt i bruk.

Hvordan ser vi for oss at dette skal fungere i praksis? Det må være primärsykepleieren til den enkelte pasient som har ansvaret for at skjemaet blir utfylt og fulgt opp. For at resultatene av skjemaet skal følges opp tilstrekkelig, mener vi det er viktig at skjemaet til den enkelte pasient blir tatt opp til vurdering under legevisitten. Det er også viktig at skjemaet blir oppbevart på en fast plass, så vi mener at det bør oppbevares i mappen til pasienten der også medisinkurven ligger, slik at det er lett tilgjengelig. Resultatet en får av et ferdig utfylt skjema må dokumenteres inn i sykehusets dokumentasjonssystem, slik at en sikrer at det blir videreformidlet til andre som skal jobbe med denne pasienten. Det at en sikrer videreformidling av resultatet av spørreskjemaet er svært viktig for at forebyggingstiltak raskt skal iverksettes hvis det avdekkes at pasienten har høy risiko for utvikling av delirium, samt at allerede iverksatte tiltak blir fulgt opp.

Det er tid- og ressurskrevende om en skal gjennomgå Risk Model-skjemaet for hver pasient som kommer inn på avdelingen. Selv om en avdekker om pasienten har lav eller høy risiko for å utvikle delirium, er det ikke sikkert at det kun er pasienter med høy risiko som faktisk utvikler delirium. Når problemstillingen vår spør hvordan vi kan forebygge og bidra i behandlingen av delirium, vil da Risk Model of Delirium være et effektivt verktøy? Det vil kunne bidra til at det settes i gang forebyggende tiltak tidlig hos pasientene med høy risiko. Siden det ikke er noen garanti for at ikke pasientene med lav risiko også utvikler delirium, vil

dette skjemaet også kunne være med på at utvikling av delirium hos lavrisikopasientene senere blir oppdaget eller, i verste fall, oversett.

#### **4.4 Confusion Assessment Method - et enkelt og effektivt verktøy**

Bruk av CAM-skjemaet vil kunne bidra til at flere tilfeller av delirium blir avdekket, samt at behandlingstiltak raskere blir iverksatt. Dette er fordi at man gjennom å bruke skjemaet vil kunne registrere de viktigste symptomene på delirium og dermed få gode indikasjoner på om pasienten er delirisk eller ikke. For at CAM-skjemaet skal bli benyttet i størst mulig grad, er det viktig med faste rutiner rundt det, samt at sykepleierne på avdelingen forstår hvorfor vi skal bruke det og hvor viktig det er at det blir tatt i bruk. Vi ser for oss at de samme rutinene som vi har beskrevet for Risk Model-skjemaet, skal gjelde for CAM, slik at en fast person har ansvaret, skjemaet får en fast plass, og de arenaer der resultatene skal diskuteres er bestemt på forhånd. Utfylling av CAM-skjema bør også inngå som et punkt på arbeidslisten, som vi har nevnt ovenfor. Siden vi har fokus på en pasientgruppe som har høy forekomst av delirium, ser vi for oss at CAM-skjemaet skal fylles ut to ganger om dagen, både av sykepleieren som er på dagvakt og på aftenvakt. Hvis resultatet av skjemaet viser at det er sannsynlig at pasienten har delirium, må lege kontaktes og behandlingstiltak må iverksettes umiddelbart.

Også her er god dokumentasjon avgjørende for at tiltak skal bli fulgt opp, slik at vi får kontinuitet i behandlingen. Som forskning viser, så er det avgjørende at de som skal bruke skjemaet får opplæring i hvordan man bruker det for at det skal bli benyttet (Sjøbø et al., 2012). Vi vil derfor at opplæring i CAM skal inngå i internundervisningen på avdelingen. Et annet moment som er viktig for at man skal lykkes med at CAM-skjemaet skal bli en fast rutine, er at det må evalueres jevnlig etter oppstart. Dette vil gi tilbakemelding på om det blir brukt, og hvorvidt det bidrar positivt til å nå målet med å bli flinkere til å forebygge og å iverksette riktige behandlingstiltak i forhold til delirium.

Med innføring av ulike skjemaer og verktøy som et supplement i arbeidet for å forebygge og behandle delirium, er det en fare for at skjemaene vil kreve så mye tid at det stjeler fokuset fra pasienten. CAM-skjemaet er et så enkelt og kortfattet skjema med god dokumentert effekt (se punkt 3.6.2), at vi mener det kan bidra til det motsatte. Det kan være med på å holde fokuset på pasienten gjennom at spørsmålene i skjemaet krever at en observerer pasienten grundig og at en kontinuerlig ser etter endringer i pasientens tilstand. Et CAM-skjema er et

avkryssingsskjema, og har derfor den fordel at det gir konkrete resultater, noe som vil bidra til å gjøre det enklere å sammenlikne resultater og følge med på pasientens utvikling.

CAM er altså viktig i forebyggings- og behandlingsarbeidet, fordi det vil gi et økt fokus og en grundigere observasjon av pasientene, som igjen vil medføre at flere deliriumstilfeller blir avdekket, og dermed behandlet.

Også innføringen av dette skjemaet vil kreve en del ressurser, men vi mener at dette er et fornuftig tiltak når vi ser at dette kunne ha utgjort en forskjell i positiv retning for pasienten i pasienteksempelet. For han ville et CAM-skjema kunne bidratt til at tilstanden ble avdekket tidligere, slik at det hadde blitt satt i gang behandlingstiltak raskere. Han ville forhåpentligvis blitt fortere frisk, slik at han har hatt større sjanse for å komme tilbake til sitt normale funksjonsnivå.

#### **4.5 Ledelseshjulet som modell for innføring av nye rutiner i en avdeling**

Vi har selv erfart drastiske endringer av rutiner, da det ble innført primærsykepleie på en av gruppene på den avdelingen vi var i praksis. Endringen av rutinene kom brått på for mange av sykepleierne på avdelingen, siden ikke alle hadde fått med seg de informasjonsmøtene som var avholdt i forkant og at det generelt hadde vært lite informasjon på forhånd. Dette medførte at mange var negative til endringen og flere gikk tilbake til de gamle rutinene da ingen av «forkjemperne» for primærsykepleie var tilstede.

Med bakgrunn i vår egen erfaring ser vi hvor viktig det er med god planlegging når man skal innføre endringer på en avdeling med allerede innarbeidede rutiner. Vi mener derfor at ledelseshjulet er et godt verktøy i denne sammenheng, da en får med alle stegene som er viktige i en endringsprosess der vi ønsker å innføre nye rutiner i forhold til hvordan sykepleierne kan forebygge og bidra i behandlingen av delirium.

##### **4.5.1 Hvordan vi vil inkludere sykepleierne i endringsprosessen**

For at alle sykepleierne på avdelingen skal sitte med de samme grunnleggende kunnskapene om hva delirium er og hvordan en kan utøve god sykepleie innenfor forebygging og behandling, mener vi det er viktig at skoling og internundervisning blir godt planlagt i planleggingsfasen. På et sykehus vil det være vanskelig å holde internundervisning for alle sykepleierne samtidig. En organisasjon er aldri sterkere enn sitt svakeste ledd. Det er derfor viktig at internundervisning skjer i flere omganger og over flere dager og kanskje uker, slik at



alle får mulighet til å delta. En sikrer dermed at hele avdelingen har samme utgangspunkt for endring av rutiner.

Det nytter ikke å få noen til å gjøre noe, dersom en ikke er klar over hvorfor det blir gjort.

Kunnskapen vil bidra til at en lettere forstår nødvendigheten og føler ansvar i arbeidet.

I kapittel 3.4.1 Kunnskap om forebygging, står det at delirium kan forebygges dersom det finnes tilstrekkelig kunnskaper blant de ansatte (Gustafson et al., 2002). Hvis en ser tilbake på pasienteksempelet i innledningen, ville sykepleieren hatt bedre forutsetninger for å iverksette tiltak og å bistå i behandlingen, dersom sykepleieren hadde deltatt på internundervisning i forkant. Kunnskap vil bidra til at sykepleieren er i stand til å se symptomer tidlig og dermed sette i gang og følge opp forebyggende og behandlende tiltak.

Etter flere runder med internundervisning kan en gå videre til visjonsarbeid, som vi også mener bør være en del av starten på utførelsesfasen. Først må man diskutere hvordan ting fungerer på avdelingen i dag. *Hva gjør vi på avdelingen for å forebygge delirium? Gjør vi noe i det hele tatt? Hvilke tiltak blir iverksatt dersom en avdekker at en pasient er delirisk?* Etter at en har gjort dette, må en spørre; *er dette tilstrekkelig?* Hvis en er enige om at det ikke er det, kan man fortsette visjonsarbeidet med å spørre medarbeiderne hvordan de mener «drømmeavdelingen» ser ut og hva de mener må gjøres for at man skal komme så nært en optimal løsning som mulig. Det er viktig at alle får tid til å tenke seg om, så det kan være lurt at alle skriver ned noen punkter som man leverer inn. Det er viktig at alle blir hørt og at alle forslag til endringer blir tatt med videre i prosessen (Jakobsen, 2005).

Ved å inkludere visjonsarbeid i endringsprosessen, vil en bidra til at sykepleierne på avdelingen kan føle et eierforhold til endringsprosessen og de endringstiltakene som blir gjort, noe som gjør at en vil føle et personlig ansvar for å nå målet med prosjektet. Det kan også være aktuelt å utnevne to deliriumskoordinatorer for prosjektet, slik at man har to frontfigurer som har et ekstra ansvar for å følge opp tiltakene, og som de andre medarbeiderne kan rådføre seg med underveis.

For å lykkes med endringsprosessen, er det avgjørende at sykepleierne har og opprettholder motivasjonen. Dersom en har et mål, vil en lettere kunne opprettholde motivasjon (Håkonsen, 2009). Derfor vil det være viktig at sykepleierne sammen setter seg et mål. Et eksempel på et mål kan være "å redusere forekomsten av delirium i avdelingen". Sykepleierne har gjennom internundervisning fått vite at om lag 50 prosent av pasientene med hoftebrudd utvikler delirium, og delirium gir økt fare for andre sykdommer og død (Juliebø & Wyller, 2010).

Kunnskapen gjør det lettere å forstå viktigheten av gode forebyggings- og behandlingstiltak, noe som vil gi økt motivasjon til å jobbe mot målet. Motivasjonen kan bidra til at endringsprosessen faktisk skjer, ved at sykepleierne utfører tiltakene over tid. På denne måten vil man kunne utøve sykepleie som er med på å forebygge og å bidra i behandlingen av delirium.

#### **4.5.2 Hvordan vi vil systematisere arbeidet**

Når en har fått kunnskap ved hjelp av internundervisning og man har fått samlet forslagene etter visjonsarbeidet, må det utformes nye tiltak som er rettet mot det målet man har satt seg. Tiltakene må systematiseres og organiseres, noe som vil øke sjansen for at tiltakene faktisk blir gjennomført. Systematisering i form av arbeidslister vil bidra til å sikre en standard i sykepleien som blir gitt og en hindrer at sykepleien blir vilkårlig. På denne måten vil en være sikker på at pasienten i pasienteksempelet får ivaretatt sine grunnleggende behov, uavhengig av hvem som er på jobb. Vi kan se for oss at pasienten for eksempel er obstipert og derfor ikke får kvittet seg med kroppens avfallsstoffer, noe som kan bidra til at delirium vedvarer. Dersom arbeidslista inneholder tiltak som er rettet mot eliminasjon, vil sykepleieren bidra til å redusere varigheten av delirium.

Når det er blitt laget arbeidslister og de ansatte har klare mål og motivasjon for å følge tiltakene rettet mot forebygging og behandling av delirium, er det viktig at dette dokumenteres. Dokumentasjon er med på å synliggjøre *hvem* som har gjort arbeidet, eventuelt *hvem* som *ikke* har gjort det (Norsk Sykepleieforbund, 2007). Det vil på denne måten være lettere å kjenne på ansvaret med å følge opp hver enkelt pasient tilstrekkelig.

Dokumentasjon er et viktig og nødvendig hjelpemiddel for å sikre god sykepleie til pasienten i pasienteksempelet. I dokumentasjonen kan en få frem hvordan tilstanden har utviklet seg, og hvilke tiltak som ble gjort i forhold til forebygging og hvilke tiltak som ble gjort i forhold til behandling. Dermed kan sykepleieren følge med på utviklingen hos pasienten og om iverksatte behandlingstiltak har effekt. Det gjør også at sykepleierne som kommer på jobb etterpå kan følge opp behandlingstiltakene. Det er dermed større sjanse for at pasienten får ivaretatt sine behov og at tiltakene som skal utføres blir utført. Dokumentasjon kan derfor ses på som et forebyggende verktøy, som bidrar til å kvalitetssikre sykepleien.

Når disse tingene er på plass, er det viktig at resultatene av arbeidet registreres, slik at man kan se om man har nådd de målene en har satt seg. Dersom de ansatte ser at resultatene av den nye organiseringen virker forebyggende og at det har bidratt til en bedre behandling av

deliriske pasienter, vil det bli lettere å opprettholde motivasjonen for å videreføre disse rutinene (Håkonsen, 2009).

Videre vil det være ledelsens jobb å reflektere over de resultatene en har fått og hvordan arbeidet fungerer på avdelingen. Dette er viktig for å kunne avgjøre om de nye rutinene er noe man skal innføre som en fast standard og om det eventuelt kreves noen justeringer (Orvik, 2004).

For å kunne forebygge delirium er det viktig med et kontinuerlig arbeid over tid og at tiltakene rettet mot forebygging og behandling av tilstanden blir fast rutine. For pasienten i pasienteksepelet, ville gode rutiner ført til at han ville blitt bedre ivaretatt og raskere blitt frisk av tilstanden. Dette er fordi faste rutiner sikrer at arbeidet blir gjort og fulgt opp.

## 5.0 Avslutning

### 5.1 Oppsummering og svar på problemstilling

Etter å ha jobbet med oppgaven sitter vi på helt andre kunnskaper enn det vi gjorde da vi opplevde pasienteksepelet. Med det vi vet nå, ville vi ha grepet fatt i situasjonen på en helt annen måte. Vi skal derfor svare på problemstillingen med de kunnskapene vi har fått gjennom oppgaven.

*«Hvordan kan sykepleiere forebygge og bidra i behandlingen av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?»*

Vi ser eksempelvis at pasienten i pasienteksepelet mest sannsynlig vekslet mellom hyper- og hypoaktivt delirium. Pasienten fikk ikke avdekket dette og ble sendt hjem med hypoaktivt delirium, noe som er svært uheldig. Kunnskap er derfor det viktigste stikkordet. For at sykepleieren skal ha mulighet til å registrere symptomer, må hun ha kunnskaper om hvilke symptomer en skal se etter. Dersom kunnskapen ikke er tilstede, vil en verken være i stand til å registrere symptomer, sette i gang forebyggende tiltak eller delta i behandlingen.

At sykepleieren har tilstrekkelige kunnskaper om delirium og hva som er de beste tiltakene i forhold til forebygging og behandling, vil bidra til en bevissthet rundt eget arbeid. Pasienten i pasienteksepelet ble sendt hjem med delirium, fordi sykepleierne på avdelingen ikke visste nok om tilstanden til å identifisere den. Dette er svært uheldig, og er med på å fortelle oss hvor avhengig sykepleieren er av å ha kunnskaper for å kunne forebygge og behandle

pasienter med delirium. Vi kan dermed konkludere med at kunnskap bidrar til at sykepleieren har mulighet til å forebygge og bistå i behandlingen av delirium.

I tillegg til kunnskap om delirium må sykepleieren ha endringskompetanse, for å kunne sette i gang en endringsprosess. En må kunne være i stand til å bruke det teorien sier om delirium for å iverksette endringer i en avdeling - slik at det er mulig å drive med forebygging og behandling av delirium. Endringsprosessen bidrar til at man får utarbeidet gode rutiner rettet mot forebygging og behandling, samt at disse rutineene blir satt i system slik at en sikrer at de blir gjort.

De viktigste forebyggings- og behandlingstiltakene er rettet mot å dekke pasientens grunnleggende behov. En kan ikke forvente at sykepleieren skal huske alle tiltakene knyttet til forebygging og behandling. Det er derfor vi ser hvor nyttig det vil være å innføre en arbeidsliste. Sykepleieren sikrer gjennom arbeidslisten at tiltakene rettet mot den deliriske pasienten faktisk blir gjennomført kontinuerlig. Når arbeidet blir kontinuerlig vil sykepleieren kunne jobbe forebyggende, samt ha mulighet til å bidra i behandlingen. Dette styrker kvaliteten på sykepleien som blir gitt, samt at pasienten har større muligheter til å få ivaretatt sine grunnleggende behov - nettopp fordi arbeidslisten er et verktøy som er utarbeidet på bakgrunn av kunnskap omkring delirium.

For å kunne øke muligheten ytterligere til å forebygge og behandle delirium vil det være aktuelt å innføre ulike verktøy. Det er viktig at hver avdeling finner ut hvilket verktøy som passer best for deres avdeling, slik at skjemaet faktisk blir brukt. Dersom vi ser tilbake på pasienten i pasienteksempelet vil et disse verktøyene ha avdekket at pasienten faktisk var delirisk. En kunne dermed ha satt i gang behandlingstiltak, slik at pasienten ikke ble sendt hjem med delirium.

Likevel er ikke kunnskap, gode rutiner og arbeidslister nok til å kunne forebygge og bistå i behandling av delirium når vi tenker oss at dette skal bli en varig løsning. For at man skal kunne holde motivasjonen i arbeidet oppe over tid, er det viktig at endringen blir fulgt opp slik at en etter hvert vil få se resultater av det arbeidet som er gjort.

## **5.2 Evaluering av eget arbeid**

Da vi begynte med oppgaven hadde vi ikke sett for oss at vi skulle vinkle oppgaven mot endring av rutiner, motivasjon og organisering i en avdeling, men dette var noe vi så var nødvendig for å kunne svare på problemstillingen vår. Denne endringen ble gjort fordi vi tenker at behandling og avgjørelser tatt i forbindelse med behandling er legens oppgave. Vi er

veldig fornøyd med det ferdige resultatet, og ser at endringene som er gjort har styrket oppgaven vår. I løpet av denne perioden har vi lært veldig mye, og sitter igjen med kunnskaper som vi ser kommer til å være aktuell å ha med seg som ferdig utdannende sykepleiere.

## Litteraturliste

Almås, Hallbjørg. (2001). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aune, Asbjørn. (2000). *Utvalgte figurer fra Kvalitetsdrevet ledelse - kvalitetsstyrte bedrifter*  
Hentet fra <http://web2.gyldendal.no/ressurser/akademisk/aune/pdf/figurer.pdf> \* 1 side

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Delirium. (2009). *Store norske leksikon* Hentet fra <http://snl.no/delirium> \* 1 side

Den norske legeforening. (2004). Confusion assessment method (CAM) - kortversjonen.  
Hentet 16.02.14, fra <http://legeforeningen.no/fagmed/norsk-geriatrik-forening/geriatrik-test-og-undervisningsmaterieell/tester-og-registreringsskjemaer/> (VEDLEGG II)

Folkehelseinstituttet. (2012). Risikoen for hoftebrudd faller, men fortsatt rundt 9000 brudd  
hvert år. Hentet 17.02.14, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=100499> \* 1 side

Gjengedal, Eva, & Jakobsen, Rita. (2001). *Sykepleie: praksis og utvikling : 2*. Oslo: Cappelen akademisk forl. \* 17 sider

Gustafson, Yngve, Lundström, Maria, Bucht, Gösta, & Edlund, Agneta. (2002). Delirium hos  
gamla människor kan förebyggas och behandlas. *Tidsskrift for Den norske legeforening*,  
122(8), 810-814. <http://tidsskriftet.no/article/513576> \* 4 sider

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 19.03.14, fra  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hem, Erlend. (2012). Delirium eller delir? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(5),  
550. <http://tidsskriftet.no/article/2224879/> \* 1 side

Henderson, Virginia. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. \* 63 sider

Håkonsen, Kjell Magne. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk. \* 15 sider

Jakobsen, Rita. (2005). *Klar for fremtiden?: om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieleidelse*. Oslo: Gyldendal akademisk. \* 96 sider

- Juliebø, Vibeke. (2009). Delirium - en vanlig og farlig tilstand blant eldre. *Demens & Alderspsykiatri*, 13(1), 13-16. \* 3 sider
- Juliebø, Vibeke, & Wyller, Torgeir Bruun. (2010). Delirium - en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrisk Sykepleie*, 3(2), 4-6. \* 2 sider
- Kirkevold, Marit. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal. \* 12 sider
- Kirkevold, Marit. (2009). Sykepleieteori. *Store medisinske leksikon*. Hentet 17.03.14, fra <http://sml.snl.no/sykepleieteori> \* 1 side
- Kristoffersen, Margareth. (1988). *Primærsykepleie: en forutsetning for dokumentasjon av sykepleieprosessen? ; en beskrivelse og sammenligning av prim?rsykepleiere og gruppesykepleieres dokumentasjon utfra sykepleieprosessens problemløsende metode*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap. \* 60 sider
- Lundblad, M., & Hovstadius, E. J. (2006). Postoperative confusion is possible to prevent. [Postoperativ förvirring går att förebygga]. *Vårdfacket*, 30(5), 56-58. \* 2 sider
- Madsen, Jan Erik. (2009). Hoftebrudd. *Store medisinske leksikon*. Hentet 08.04.14, fra <http://sml.snl.no/hoftebrudd> \* 1 side
- Moerman, S., Tuinebreijer, W. E., de Boo, M., Pilot, P., Nelissen, R. G. H. H., & Vochteloo, A. J. H. (2012). Validation of the Risk Model for Delirium in hip fracture patients. *General Hospital Psychiatry*, 34(2), 153-159. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2011.11.011 \* 6 sider  
(VEDLEGG I)
- Norsk Sykepleieforbund. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal: En veileder fra Norsk Sykepleieforbunds forum for IKT og Dokumentasjon* Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf> \* 20 sider
- Orvik, Arne. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Ranhoff, Anette Høyen. (2008). Delirium (akutt forvirring) (s. S. 395-405). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sjøbø, Britt, Graverholt, Birgitte, & Jamtvedt, Gro. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 358-368. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0155 \* 10 sider

Tveiten, Sidsel. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforl.

\* Selvvalgt litteratur med antall sider som er benyttet i forbindelse med oppgaven (til sammen 316 sider selvvalgt litteratur).



## Risk Model for Delirium

Predisposing risk factors for delirium	Points
Delirium during previous hospitalization	5
Dementia	5
Clock drawing (displaying 10 past 11)	
- Small mistakes	1
- Big mistakes, unrecognizable or no attempt	2
Age	
- 70 to 85 years	1
- Older than 85 years	2
Impaired hearing (patient is not able to hear speech)	1
Impaired vision (vision less than 40%)	1
Problems in activities of daily live	
- Domestic help or help with meal preparation	0.5
- Help with physical care	0.5
Use of heroin, methadone or morphine	2
Daily consumption of 4 or more alcoholic beverages	2
Total score	

(Moerman et al., 2012)

## **CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON**

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

INTERVJUER:

DATO:

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

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

### Vedlegg III: Artikkelmatrise

Publikasjonsår Land Database	Forfattere	Tittel	Hensikt	Metode Utvalg	Resultat Konklusjon	Tidsskrift Referee/ Fagartikkel	Hvordan er artikkelen relevant?	Hva sier artikkelen om temaet?
2011 USA Science Direct	Sophie Moerman, Wim E. Tuinebreijer, Maarten de Boo, Peter Pilot, Rob G.H.H. Nielssen, Anne J.H. Vochteloo.	Validation of the Risk Model for Delirium in hip fracture patients	Hensikten med forskningsartikkelen er å vise om innføring av en risikomodell for å avdekke risikoen for å utvikle delirium har noen virkning.	Demografisk datainnsamling. Hoftefraktur-pasienter over 65 år. Totalt var 378 pasienter med i forskningsprosjektet. Hos 102 pasienter ble risikomodellen gjentatt.	Av totalt 378 pasienter, ble 102 (27%) diagnostisert med delirium. Konklusjonen var at risikomodellen var et pålitelig, gjennomførbart og gyldig verktøy for å kunne forutse og avdekke delirium hos eldre hoftefraktur-pasienter.	General Hospital Psychiatry Mars 2012, vol. 34(2), s. 153.159	Artikkelen presenterer et verktøy som kan brukes for å avdekke pasientens risiko for å utvikle delirium og for å oppdage delirium i en tidlig fase.	Artikkelen viser at ved å innføre et slik skjematisk verktøy på en sykehusavdeling, vil man i større grad kunne forebygge tilfeller av delirium hos utsatte pasienter.

Publikasjonsår Land Database	Forfattere	Tittel	Hensikt	Metode Utvalg	Resultat Konklusjon	Tidsskrift Referee/ Fagartikkel	Hvordan er artikkelen relevant?	Hva sier artikkelen om temaet?
2013 Norge Den norske legeforening.no	B E Neerland L O Watne T B Wyller	Delirium hos eldre pasienter	Hensikten er å gi helsepersonell som håndterer delirium oppdatert informasjon om tilstanden.	Kvalitativ metode, litteratursøk i PubMed kombinert med artikler fra egen litteratur og klinisk erfaring	Delirium er en akuttmedisinsk tilstand som ofte om ofte overses hos eldre. Det er anslått at ca. 50% av pasientene med hoftebrudd i sykehus opplever å bi deliriske. Høy alder og demens er de største risikofaktorene. Traumer, infeksjoner, hjerneslag og metabolske forstyrrelser er de vanligste utløsende faktorene. Patofysiologien er dårlig kartlagt, og de medikamentelle behandlingsmulighetene er få og lite studert. Delirium er forbundet med økt risiko for demens, funksjonstap og død.	Nr. 15 – 20. august 2013 Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1596 – 600 10.4045/tidsskr.12.1327	Artikkelen er relevant fordi den gir oss oppdatert informasjon om tilstanden delirium. Den forteller noe om hvordan diagnosen stiles, kriterier, forekomst, risikofaktorer, prognose, patofysiologi og medikamentell behandling. Alt dette er med på å gi oss grunnleggende kunnskaper omkring tilstanden. Artikkelen er skrevet slik at en ikke trenger nå særlig forkunnskaper omkring delirium.	Artikkelen sier noe om hva en sykepleier kan gjøre for å forebygge delirium og hvordan kunnskaper det er viktig at sykepleierne har. Den tar for seg mange ulike faktorer omkring delirium. Den sier noe om at disse tilstandene er med på å utløse tilstanden.

Publikasjonsår Land Database	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode Utvalg	Resultat Konklusjon	Tidsskrift Referee/ Fagartikkel	Hvordan er artikkelen relevant?	Hva sier artikkelen om temaet?
2009 Norge Aldring og helse.no	Vibeke Juliebø, lege ved geriatrisk avdeling	Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre	Hensikten med artikkelen er å formidle hennes kunnskaper omkring delirium, for å bidra til økt fokus omkring tilstanden.	Kvalitativt Metode, Litteraturstudie	Delirium er en akutt og forbigående kognitiv svikt som rammer mange eldre. Årsaken er en interaksjon mellom predisponerende faktorer og somatisk sykdom eller skade. Behandlingen rettes i første omgang i mot utløsende årsak. Enhver somatisk tilstand kan utvikle et delirium, og delirium kan være det eneste symptomet på sykdom. Delirium fører til økt risiko for komplikasjoner, demenssykdom og død. Tilstanden kan forebygges og behandles.	Demens&Alders psykiatri, Vol. 13 – nr. 1. –009	Artikkelen er relevant fordi den gir oss grunnleggende kunnskaper omkring tilstanden delirium. Den er lettlest og gir ingen krav til leser om forkunnskaper. Det har derfor vært veldig greit å bruke denne artikkelen for å tilegne seg kunnskap omkring temaet, i en tidlig fase.	Artikkelen sier noe om hva delirium er og hva som skjer når delirium oppstår. Den sier noe om årsaker og faktorer. Artikkelen sier også noe om risikoårsake r for utvikling av delirium.

Publikasjonsår Land Database	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode Utvalg	Resultat Konklusjon	Tidsskrift Referee/ Fagartikkel	Hvordan er artikkelen relevant?	Hva sier artikkelen om temaet?
2012 Norge Tidsskrift for Den norske legeforening	Erlend Hem	Delirium eller delir?	Hensikten med artikkelen er å argumentere for at delir bør godkjennes som rettskriving på lik linje med delirium.		Forfatterens konklusjon er at delirium og delir bør likestilles, slik at delir også blir en korrekt skrivemåte.	Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 5 2012:132:550	Artikkelen er relevant for oppgaven ved at den har en avklaring av begrepet delium.	Artikkelen sier hvilke ord delirium kommer av og hvilket land delirium stammer fra.

Publikasjonsår Land Database	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode Utvalg	Resultat Konklusjon	Tidsskrift Referee/ Fagartikkel	Hvordan er artikkelen relevant?	Hva sier artikkelen om temaet
2006 Sverige Vårdförbundet, publisert i Omvårdnad	Maria Lundblad og Eva Hovstadius. Sykepleiere innenfor psykiatri og inensivsykepleie.	Postoperativ förvirring går att förebygga	Formidle sine erfaringer og kunnskap slik at flere kan jobbe forebyggende, slik at en kan hindre at akutt forvirring oppstår	Basert på egne kliniske erfaringer	-	-	Artikkelen bekrefter vår forståelse av annen litteratur, knyttet opp mot forebygging. Det er også fordelmessig å kunne bruke denne artikkelen i vår oppgave, da den er basert på klinisk praksis.	Sier noe om tiltak som virker forebyggende mot delirium.

Publikasjonsår Land Database	Forfatter	Tittel	Hensikt	Metode Utvalg	Resultat Konklusjon	Tidsskrift Referee/ Fagartikkel	Hvordan er artikkelen relevant?	Hva sier artikkelen om temaet?
2002 Norge Tidsskrift for Den norske legeforening	Y Gustafson M Lundström G Bucht A Edlund	Delirium hos gamle människor kan forebygges och behandlas	Hensikten med artikkelen er å formidle hvordan en kan forebygge og behandle delirium, ved å behandle de underliggende årsakene	Kvalitativ metode, Litteratursøk i PubMed og Medline, samt doktoravhandlinger og egne kliniske erfaringer.	Forskning viser at delirium kan forebygges og behandles, dersom det fins god nok kompetanse og pleie i avdelingen – rettet mot behandlings tiltak. Artikkelen sier det er mangelfull behandlingsstudier som er gjort når det kommer til delirium, så en kan dermed ikke begrunne med fordelsmessige farmalogiske behandlingstiltak. Til tross for dette blir det ofte gitt medikamenter, i form av antipsykotika – Haloperidol.	<a href="#">Nr. 8 – 20. mars 2002</a> Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:810 – 4	Er relevant fordi den gir oss oppdatert informasjon om at forebygging og behandling av delirium er mulig. Er en internasjonal artikkel, slik at vi får teori som ikke bare er nasjonal. Artikkelen er også pålitelig og utfyllende.	Artikkelen forteller oss om ulike post- operative risikofaktorer for utvikling av delirium. Samt at den forteller oss at delirium kan forebygges og behandles dersom en behandler de underliggende årsakene, og dersom det er tilstrekkelig kompetanse i avdelingen.



<b>Publikasjonsår Land Database</b>	<b>Forfatter</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode Utvalg</b>	<b>Resultat Konklusjon</b>	<b>Tidsskrift Referee/ Fagartikkel</b>	<b>Hvordan er artikkelen relevant?</b>	<b>Hva sier artikkelen om temaet?</b>
<b>2012 Norge Folkehelseinstituttet</b>	Folkehelse- instituttet	Risikoen for hoftebrudd faller, men fortsatt rundt 9000 brudd per år	Informere om nyeste forskning innenfor hyppigheten av hoftebrudd	Kvantitativ metode, Forskning som er gjort blant alle sykehus i norge	Hyppigheten av hoftebrudd er reduisert hos menn og kvinner, men helsevesenet behandler fremdeles samme antall pasienter – da risikogruppen over 70 år har økt.	Folkehelseinstituttet, Nyheter, <a href="http://www.fhi.no/artikler/?id=100499">http://www.fhi.no/ artikler/?id=100499</a>	Gir oss oppdaterte referanser omkring hvor mange pasienter som opereres for hoftebrudd årlig, samt gjennomsnittsalderen på disse pasientene. Informasjonen som fremkommer ser vi på som pålitelig.	Artikkelen sier noe om hvor mange som blir operert pr. år på grunn av hoftebrudd. Og at forekomsten har generelt falt, mens hos eldre har forekomsten økt.

<b>Publikasjonsår Land Database</b>	<b>Forfatter</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode Utvalg</b>	<b>Resultat Konklusjon</b>	<b>Tidsskrift Referee/ Fagartikkel</b>	<b>Hvordan er artikkelen relevant?</b>	<b>Hva sier artikkelen om temaet?</b>
<b>2010 Norge Tidsskrift i Norsk Sykepleierforbund</b>	Vibeke Juliebø, Torgeir Bruun Wyller	Geriatrisk sykepleie, Delirium – En tilstand med høy forekomst og dårlig prognose	Artikkelen er gitt ut i et tidsskrift som er ment for sykepleiere innenfor geriatri og demens. Det der derfor meningen og gi sykepleiere en bredere kunnskap omkring delirium.	Kvalitativ metode, Litteraturstudie	Artikkelen sier at delirium er en akutt mental og kognitiv svikt som rammer mange eldre. Årsaken er en sammenheng mellom predisponerende faktorer og utløsende faktorer. Behandlingen av delirium handler om å behandle de utløsende faktorene. Delirium fører til økt risiko for andre sykdommer, komplikasjoner og død.	Geriatrisk Sykepleie, årgang 2, nummer 3.	Gir oss enkel og oppdatert informasjon. Lettlest og aktuell for vår problemstilling. Gir oss et helhetsperspektiv på tilstanden.	Artikkelen sier at delirium rammer eldre, og er en sammenheng av ulike faktorer. Artikkelen forteller oss også hvordan en bør behandle delirium og hvilke komplikasjoner det kan gi.