

Faser under sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd

Vassbø, T. K. & Eilertsen, G.

Institutt for helsevitenskap Gjøvik - Norges teknisk-
naturvitenskapelige universitet
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap - Universitetet i Sørøst-
Norge

Accepted version of article in
Nordisk sygeplejeforskning, 4(1), 59-71.

Publisher's version:

[http://www.idunn.no/ts/nsf/2014/01/faser_under_sykehusoppholdet - sykepleieres erfaringer med](http://www.idunn.no/ts/nsf/2014/01/faser_under_sykehusoppholdet_sykepleieres_erfaringer_med)

© Universitetsforlaget 2019

Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd

Tove Karin Vassbø Høgskolelektor · Høgskolen i Gjøvik
tove.vassbo@hig.no

Grethe Eilertsen Førsteamanuensis · Høgskolen i Buskerud og Vestfold ·
grethe.eilertsen@hbv.no

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i et sykehusopphold. Studien er en reanalyse av data fra en tidligere studie om sykepleieres praksiserfaringer med delirium blant gamle. Delirium forbindes med alvorlige komplikasjoner, forlenget sykehusopphold og forsinket rehabilitering.

Metode: Data fra fokusgruppeintervjuer med femten sykepleiere fra ortopediske avdelinger ble reanalyisert. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet.

Funn: Begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner var gjennomgående i ulike faser, og stilte sykepleiere overfor ulike utfordringer. Sykepleierens beskrivelser synliggjorde uønskede og ønskede pasientforløp. Preoperativ fase ble beskrevet som særlig kritisk for utvikling av delirium uten at sykepleierne opplevde å ha et nødvendig handlingsrom for forebygging.

Konklusjon: Det synes å være behov for kompetanseutvikling og implementering av evidensbaserte prosedyrer i sykepleiepraksis for å møte gamles behov for trygghet og redusere risiko for utvikling av delirium i forbindelse med ortopedisk kirurgi. Utilstrekkelige prosedyrer i hver fase kan medføre at viktige forebyggingstiltak og behandling ikke iverksettes. Tydelig prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte gamle for delirium synes nødvendig.

Nøkkelord: sykepleiepraksis, kompetanse, spesialisthelsetjeneste, fokusgruppeintervju

Phases during hospitalization - nurses' experiences with delirium among elderly patients with fractures

Background: The purpose was to investigate nurses' experiences in identifying, preventing and treating delirium among elderly hospitalized for orthopedic surgery within the phases in hospitalization. Data from a previous study of nurses' experiences with delirium among elderly was reanalyzed. Delirium is associated with serious complications, prolonged hospitalization and delayed rehabilitation.

Methods: Data from focus group interviews with fifteen nurses from orthopedic departments were reanalyzed. Qualitative content analysis was used.

Findings: Limited attention and inadequate procedures in the different phases provided different challenges. Preoperative phase was particularly critical for developing delirium, while nurses described lack of possibilities to prevent it.

Conclusion: Increased skills and implementation of evidence-based procedures in nursing practice to meet the elderly's need for security and to reduce the risk of delirium seems necessary. Inadequate procedures in each phase of a hospitalization in connection with orthopedic surgery can cause that important prevention and treatment is not initiated. Distinct initiative and better treatment of delirium seem required.

Keywords: nursing, competence, acute care, focus group interviews

BAKGRUNN

Delirium er avledet fra latin og betyr direkte oversatt «av sporet». Andre betegnelser er akutt konfusjon og forvirringstilstand. Lidelsen betegnes som en etiologisk uspesifikk, organisk tilstand, akutt innsettende med fluktuerende forløp kjennetegnet av oppmerksomhetssvikt, desorientering, psykomotorisk forstyrrelse, sanseforstyrrelser og søvnrytmeforstyrrelser (Inouye, 2006). Tilstanden er forbundet med økt mortalitet, økt sykkelighet, økt fallrisiko, kognitiv svekkelse, forlenget sykehusopphold, langvarig pleiebehov (Ansaloni et al., 2010; Cole, Ciampi, Belzile, & Zhong, 2009; Witlox et al., 2010), og er en alvorlig tilleggslidelse for pasienten som bidrar til å vanskeliggjøre og forsinke behandling og rehabilitering (Olofsson, 2005).

Delirium er hyppig forekommende blant eldre i forbindelse med sykehusinnleggelse, og pasienter med brudd er særlig utsatt. En oversiktsartikkel (Juliebo, Krogseth, Neerland, Watne, & Wyller, 2012) viser at opptil 54 % av pasienter som innlegges med hoftebrudd utvikler delirium. I et samfunnsperspektiv fører dette til betydelige kostnader. Pasienter opplever delirium som en dramatisk komplikasjon til annen sykdom og skade (O'Malley, Leonard, Meagher, & O'Keeffe, 2008). Til de vanligste risikofaktorer regnes høy alder, demens, hjernesykdommer, redusert syn og hørsel, bruk av legemidler med kognitive bivirkninger og underernæring (Brooks, 2012). Tilstanden har både en hyperaktiv og hypoaktiv form. Ved hyperaktivt delirium kan pasienten fremstå som agiterende, utagerende og sterkt motorisk urolig. Den hypoaktive formen som karakteriseres av oppmerksomhetssvikt og nedsatt psykomotorisk aktivitet blir ofte oversett (Steis & Fick, 2008). Hypoaktivt delirium gir på grunn av immobilitet økt fare for utvikling av sengeleie komplikasjoner. Ved sykehusinnleggelse er det flere forhold som kan bidra til utvikling av delirium, blant annet bivirkninger av medisiner, kirurgiske inngrep og anestesi,

immobilisering, underernæring, dehydrering, bruk av blærekateter og søvnmangel (Juliebo, et al., 2012; Shim & Leung, 2012; Wass, Webster, & Nair, 2008). Behandling av delirium omfatter identifisering av underliggende årsaker, tilrettelegging for oversikt og kontroll, forebygging av komplikasjoner og støtte til pasientens grunnleggende behov (ibid). Det knyttes store pleieutfordringer til delirium og sykepleie anses som vesentlig i behandlingen (Irving & Foreman, 2006; Neitzel, Sendelbach, & Larson, 2007; Schreier, 2010). Fordi delirium er assosiert med økt liggetid, høye helsekostnader og store lidelser for pasienten er økt oppmerksomhet fra sykepleiere rettet mot identifisering og implementering av intervensjoner nødvendig (Conley, 2011; Flagg, Cox, Mcdowell, Mwose, & Buelow, 2010; Gillis & MacDonald, 2006). Et stigende publikasjonsomfang viser at sykepleieforskningen i økende grad er opptatt av dette emnet (Belanger & Ducharme, 2011; Lou & Dai, 2002; Meako, Thompson, & Cochrane, 2011; Rice et al., 2011). Delirium er en sammensatt lidelse med mange risikofaktorer, og det finnes flere anbefalinger for sykepleieres risikovurderinger av delirium ved akutt sykdom og postoperativt (Hanley, 2004; Swan, Becker, Brawer, & Sciamanna, 2011).

Eksisterende kunnskap anses som tilstrekkelig for å kunne vurdere risiko for, identifisere og forebygge delirium. Betydningen av diagnostisering av delirium har vært utgangspunkt for forskning og utvikling av kartleggingsinstrumenter for å kunne identifisere og bestemme alvorlighetsgrader av tilstanden. Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye et al., 1990) er en test som påviser delirium, mens Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) (Breitbart, 1997) måler alvorlighetsgrad av delirium. Begge disse er oversatt til norsk og tilgjengelig for bruk i klinisk sykepleiepraksis og forskning (Juliebø, Lerang, Skanke, Mowe, & Wyller, 2004).

Resultater fra en studie av sykepleiernes kliniske erfaringer med tilstanden delirium tydet på at forhold i den kirurgiske konteksten kan ha negativ betydning for sykepleieutøvelsen (Vassbø & Eilertsen, 2011). Dette motiverte oss til videre analyser med fokus på sykepleiernes erfaringer i ulike faser i pasientens opphold på ortopedisk avdeling. Resultatene fra denne analysen presenteres i den foreliggende artikkelen.

Hensikt

Hensikten var å undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i løpet et sykehusopphold.

METODE

Artikkelen bygger på en reanalyse av data fra en tidligere studie (Vassbø & Eilertsen, 2011), der kjennetegn ved sykepleieres praksiserfaringer knyttet til delirium blant eldre som innlegges for ortopedisk kirurgi ble studert. Materialet ble gjennomgått på nytt og sykepleiernes erfaringer ble analysert i forhold til ulike faser i et pasientforløp, fra innkomst til utreise. Studien har et kvalitativt, deskriptivt design. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra ortopediske avdelinger ved to sykehus.

Utvalg

Ved hver avdeling ble det oppnevnt en kontaktperson til å rekruttere henholdsvis seks og 12 deltakere basert på inklusjonskriteriene; autoriserte sykepleiere, ansatt i minimum 50 % stilling. Atten sykepleiere ble inkludert. Som følge av uforutsette forhold ble det endelige deltakerantallet 15. Klinisk sykepleierfaring i ortopedisk avdeling der alle hadde erfaringer

med pasienter med delirium varierte fra fire måneder til 14 år blant deltakerne. Sykepleierne utgjorde tre fokusgrupper med henholdsvis fire, fem og seks deltakere. Gruppene ble satt sammen med deltakere fra samme arbeidssted. Begge kjønn og sykepleiere med ulik europeisk bakgrunn var representert.

Datainnsamling

For å identifisere deltakernes erfaringer ble fokusgruppeintervjuer valgt. Metoden er særlig egnet når en vil få frem gruppeerfaringer, samtidig som gruppen ivaretar en intern gyldighet, er den systematisk og åpner for fleksibilitet (Krueger & Casey, 2000). I den foreliggende studien var det et sentralt anliggende å få frem deltakernes kollektive erfaringer, og individuelle intervjuer var således mindre egnet. Fokusgruppeintervjuet ligger nært opptil et samtaleintervju eller en gruppediskusjon, men er forskjellig fra disse fordi intervjuet har et klart formål og ledes av en moderator som holder samtalen rundt et bestemt tema (Halkier, 2008). Fokusgruppeintervju er sirkulært i den forstand at et utsagn ofte utløser assosiasjoner og refleksjoner hos andre som igjen utløser nye reaksjoner hos den første. Samhandlingen gir derfor mulighet for å utløse felles refleksjon og gjensidig forsterkning av situasjonsbeskrivelser og handlinger (Krueger & Casey, 2000). Det ble benyttet en intervjuguide samtidig der det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være åpne og gi rom for deltakernes refleksjoner. Intervjuguiden ble strukturert i forhold til pasientforløpet, fra innleggelse til utskrivning, og temaene omhandlet erfaringer og handlinger i forhold til delirium innenfor hver av de ulike fasene. Moderator gjennomførte et intervju per fokusgruppe. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett transkribert, bortsett fra personopplysninger som ble fjernet.

Analyse

Analysen var inspirert av Thagaard (2003) temasentrerte analysestrategi. Meningsbærende enheter ble ekstrahert. Meningsenheter med beslektet innhold ble deretter gruppert og gitt representative kodenavn. De ekstraherte meningsbærende enhetene og kodegruppene fra den tidligere analysen ble reorganisert i forhold til fire faser; inntak, preoperativ, postoperativ og utskrivningsfase. I analysen ble spørsmålet om hvordan sykepleierne beskrev sine erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle i ulike faser fokusert.

Forskningsetiske overveielser

Informanter og praksisfelt mottok skriftlig og muntlig informasjon og det ble innhentet skriftlig samtykke fra informantene. Opplysninger om informantene er konfidensielt behandlet og all informasjon som kunne føre til identifisering er fjernet i transkriberingen. Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste samtykket til oppbevaring av materialet og det ble gitt bekreftelse på at krav til personvern og oppbevaring av elektroniske data var oppfylt.

RESULTATER

De ulike fasene i pasientforløpet avdekket ulike utfordringer for sykepleierne. Nedenfor følger en fremstilling av deltakernes erfaringer i inntaksfase, preoperativ og postoperativ fase og utskrivningsfase.

Inntaksfasen - behov for å utvikle systematiske kartleggingsrutiner

Deltakernes erfaringer varierte med hensyn til hvor målrettet observasjoner av tegn på delirium var i det første møtet med pasienten. En sykepleier sa: «Her må jeg være ærlig, jeg tenker ikke på delirium når pasienten kommer inn. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min». Andre gav uttrykk for at delirium kun oppstår *i løpet* av oppholdet, de

tenkte derfor ikke på dette ved innkomst, men hadde en avventende holdning til utvikling av delirium. En fremholdt at «vi tenker på delirium etterpå - ikke når de kommer inn». Uttalelsen ble videre utdypet av en annen som sa: «Om jeg ser etter tegn på delirium? Hmm... Det gjør jeg ikke. Ikke sånn, det er først hvis jeg ser tegnene - eller ikke ser tegnene liksom. Du har det på en måte i bakhodet, men det er fordi jeg vet at eldre mennesker kan få delirium. Du tenker på det når de ligger og venter på operasjon».

Noen var oppmerksomme på gamle pasienters risiko for å utvikle delirium og mente at det derfor var viktig å kartlegge dette i innkomstsituasjonen. Disse deltakerne opplevde det som utilfredsstillende at det ikke var etablert faste rutiner for systematisk identifisering og rapportering. En sykepleier uttalte: «Det er sånn det oppleves. Det er ikke noen fast måte å gjøre det på». Til tross for at uttalelsene gjennomgående tydet på at sykepleierne hadde lite kunnskap om hvordan pasientenes tilstand hadde vært før innleggelsen, viste resultatene samtidig at det ikke var etablerte rutiner for å innhente informasjon for eksempel ved å kontakte pårørende.

En sykepleier pekte på at hjemmesituasjonen ble kartlagt, men at det først var i forbindelse med utskrivningsplanlegging: «Vi pleier å snakke med pårørende for å spørre hvordan det har vært hjemme. Vi kartlegger hjemmesituasjonen før vi sender pasientene fra oss for å vite hva de har hatt av tjenester og hvordan det har fungert hjemme». Det ble understreket at sykepleierne har mindre informasjon om pasienten ved innleggelse fra hjemmet enn fra institusjon.

En annen erfaring sykepleierne omtalte i forbindelse med innkomstfasen var ulikheter i forekomst av delirium blant elektive og akutt innlagte pasienter slik en sa: «Jeg ser oftere delirium hos de som blir akutt innlagt kontra de planlagte innleggelsene». I forhold til å

oppdage et utviklet delirium ved innkomst, pekte deltakere på at dette særlig er vanskelig å få øye på når pasienten også har en demens diagnose.

Preoperativ fase – krevende immobilisering og uforutsigbart operasjonsprogram

Den preoperative fasen ble omtalt som et tidsrom hvor sykepleierne stod overfor særskilt krevende utfordringer i forhold til andre faser i pasientforløpet, og mye av datamaterialet omhandler utfordringer i forbindelse med pasienter som er i fare for å utvikle delirium i dette tidsrommet. Flere av deltakerne var oppmerksomme på at pasientene kunne utvikle delirium i denne fasen, og særlig ble forholdet mellom uforutsigbar, preoperativ ventetid og pasientens behov for væske og ernæring gitt mye oppmerksomhet. Sykepleiere erfarte at de hadde liten innflytelse på ventetiden preoperativt, og en tilbakevendende bekymring var at eldre pasienter venter for lenge på å bli operert. Sykepleierne etterlyste bedre rutiner for planlegging av operasjonene og bedre samarbeid om operasjonsprogrammet, særlig for å møte behovene til gamle pasienter med brudd. De mente uforutsigbarhet i operasjonsprogrammet ofte førte til utilstrekkelig væske- og ernæringsinntak, og som en konsekvens av dette, økte risikoen for delirium. Følgende utsagn uttrykte en samlet vurdering: «Vi må få et bedre samarbeid med de som har ansvaret for operasjonsprogrammet!»

Sykepleierne pekte på at uklare prosedyrer og uavklart preoperativ venting bidro til å vanskeliggjøre systematisk oppfølging, registrering og overvåkning av pasientens væskeinntak. Følgende erfaring ble beskrevet: «Mange ganger gis Ringer på dagvakt der en regner med at pasienten snart blir hentet til operasjon. Noen ganger blir Ringeren hengende helt til kvelden, fordi en hele tiden venter at pasienten blir kalt til operasjon, men så blir det ikke operasjon før natta. Først da oppdages det at pasienten ikke har fått nok væske. Ringeren har bare så vidt ruslet og gått mens pasienten har ventet».

Et annet aspekt sykepleierne trakk frem var de negative konsekvensene ved det langvarige preoperative sengeleiet. En sykepleier sa: «Når pasienten ligger vil det være økt infeksjonsfare som kan føre til forvirring. De er derfor veldig utsatte, på alle måter, de pasientene som får et lårhalsbrudd, fordi de blir immobilisert». Sykepleierne fremhevet at immobilisering av pasienten i preoperativ fase representerte en stor utfordring i forhold til å kunne utføre god sykepleie.

Postoperativ fase – oppmerksomhet rettet mot å begrense komplikasjoner

Postoperativ fase ble beskrevet som en fase med større muligheter for selvstendig fagutøvelse enn i den preoperative fasen. Sykepleierne hadde mye oppmerksomhet konsentrert om å unngå sengeleiets komplikasjoner særlig rettet mot mobilisering og god hygiene for å unngå infeksjoner og trykksår. Betydningen av å tilrettelegge for god søvn, normal kroppstemperatur, ernæring, trygghet og smertelindring samt kontroll med elektrolytter og hemoglobinnivå ble fremholdt.

Mobilisering ble fremhevet som en særlig sentral oppgave i denne fasen. Det er imidlertid verdt å merke seg at samtidig som deltakerne beskrev at de hadde erfart en sammenheng mellom immobilisering og utvikling av delirium, synes likevel ikke handlingenes mål bevisst å være rettet mot å forebygge delirium.

Bruk av medikamenter for å dempe pasientens uro var et tema i denne fasen. Sykepleierne i den ene fokusgruppen fremhevet at: «Det har vært god utvikling i forhold til tidligere. Vi var helt hjelpeløse når vi hadde en pasient med delirium i avdelingen. Legene som gikk visitt hadde ikke forslag til behandling. De sa 'prøv med det eller det medikamentet'. Nå har vi fått en prosedyre som sier at vi kan gi Heminevrin inntil pasienten har roet seg».

Bruk av medikamenter i behandlingen ble ikke beskrevet ikke som en enkel løsning, men ble iverksatt på bakgrunn av en nøye vurdering, slik det fremkom i følgende uttalelse:

«Hvis det finnes et glimt, hvis de kunne roet seg, så hadde vi helt klart fortsatt med å bytte på å sitte hos pasienten. Men når ingenting hjelper - når pasienten river i stykker gips, klorer i operasjonssåret, drar ut kateter, drar ut dren! Da er medisinene et gode. Det er min erfaring».

Fremstillingene tydet på at sykepleierne i hovedsak hadde sin oppmerksomhet rettet mot pasienter med hyperaktivt delirium. I forbindelse med fortellinger om ulike pasientsituasjoner karakteriserte noen av sykepleiere apatiske pasienter. Moderator introduserte da hypoaktivt delirium overfor gruppene. Deltakerne gjenkjente tilstanden på bakgrunn av beskrivelsen, men hadde ikke oppfattet dette som delirium. En sykepleier erindret en situasjon: «Jeg husker en pasient som etter operasjonen bare ville sove, han lå med lukkede øyne hele tiden. Det kan ha vært et hypoaktivt tilfelle». En annen sykepleier pekte på den særskilte risikoen disse pasientene er utsatt for: «De blir apatiske og deprimerte. De spiser veldig lite. Pasienten får ikke kraft til å stå opp når han ikke får nok næring». Kliniske tegn på hypoaktivt delirium synes imidlertid gjennomgående ikke å være forstått og satt i sammenheng med delirium og risikoen dette er forbundet med.

Utskrivningsfase – betydningsfull utskrivningssamtale

Sykepleiernes beskrivelser tydet på at det manglet konkrete prosedyrer for å ivareta pasienter i utskrivningsfasen med tanke på å sikre videre rehabilitering for å begrense omfang og lidelse ved et oppstått delirium for pasienten. Det var bred enighet om at utskrivningsplanleggingen bør starte i det øyeblikket «pasienten er innenfor døra». Sykepleierne gav uttrykk for at utskrivningene ofte skjedde på kort varsel og vanskeliggjorde utskrivningsplanleggingen. Det

ble imidlertid fremholdt at et kort sykehusopphold var positivt, fordi rask tilbakeføring til vante omgivelser skaper ro og gir trygghet.

Utskrivningssamtale med pasienter om opplevelser i forbindelse med gjennomgått delirium var ikke fremmed for sykepleierne. Erfaringene skilte imidlertid utvalget i to. Mindre erfarne sykepleiere hadde i liten grad berørt temaet i utskrivningssamtaler. Mer erfarne sykepleiere hadde merket seg at pasienter husket delirium som uhyggelige hendelser, og at det derfor var viktig å ta dette opp med pasienten før utskriving. En sykepleier reflekterte på denne måten: «Det må være en skremmende opplevelse å ha et delirium. Når en ikke forstår noen ting, da er det ikke rart pasientene blir sinte. Tenk at du ligger i ei seng og ikke kan forstå noen ting, noe gjør vondt men du forstår ikke hvorfor. Så blir du redd, frykt og angst gir sinne. Det kan bli kjempevoldsomt, men det er fullt forståelig. Det er lett å glemme at sinne kan komme fra noe annet enn at pasienten bare er vanskelig».

Sykepleierne mente det var viktig å klarlegge pasientens opplevelse med delirium i ettertid, og å samtale med han/henne om skremmende og ubehagelige opplevelser. En sykepleier hadde flere erfaringer med at pasientene syntes det var godt å snakke om dette for å få bekreftelse på hva som hadde skjedd og hvordan det kunne forstås.

DISKUSJON

Denne studien har vist at sykepleie i forbindelse med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges med brudd oppleves krevende i ulike faser, og at det er behov for økt kunnskap og kompetanse for å bedre kvaliteten i sykepleieutøvelsen.

Innkomst fasen var preget av manglende rutiner for systematisk identifisering og rapportering av delirium. Oppmerksomhet rettet mot pasienter i risiko for eller som hadde utviklet delirium var begrenset. Materialet avdekket både ulik forståelse og praksis blant sykepleierne. En dominerende oppfatning var at delirium først oppstår i den postoperative fasen. Dette kan være en forklaring på hvorfor rutiner og kartlegging av delirium ikke inngikk i innleggelsesrutinene på avdelingene. En sykepleier hadde observert høyere forekomst av delirium blant akutt innlagte enn blant pasienter som ble elektivt innlagt ved innleggelse. Denne observasjonen står i kontrast til den mer utbredte forståelsen om at pasientene ikke innlegges med et utviklet delirium. Flere sykepleiere savnet rutiner og kliniske metoder for identifisering av delirium. Ansvar for å gjennomføre praksisendringer syntes imidlertid å være utydelig definert, til tross for sykepleieres personlige ansvar for å arbeide faglig forsvarlig.

Erfaringer fra den preoperative fasen syntes særlig å avdekke et behov for tverrfaglig samarbeid om pasienten, også på tvers av avdelinger. Sykepleieres handlingsrom i denne fasen ble betegnet som innskrenket. Muligheter for å iverksette det de anså som viktige tiltak for pasienten var i stor grad avhengig av andre faggrupper og organiseringen av operasjonsprogrammet. En manglende mulighet for å sørge for nødvendig tilførsel av væske- og ernæring ble omtalt som særlig frustrerende. Sykepleierne la vekt på at dette var spesielt krevende når den eldre var i dårlig ernæringstilstand preoperativt. De hadde erfart at disse pasientene var særlig utsatt for å utvikle delirium, et forhold som også er dokumentert av Juliebø et al. (2009).

Sykepleiernes observasjoner og erfaringer viste at de på mange måter var oppmerksomme på underliggende årsaker og sammenhenger som kan utløse delirium. Immobilisering som følge

av lang preoperativ ventetid, ble av sykepleierne ansett som en annen disponerende faktor for utvikling av delirium. Disse erfaringene syntes likevel i liten grad å ha ført til endret organisering og systematikk i arbeidet med å redusere faktorer som kan påvirke og utløse utvikling av delirium. Vi mener det er urovekkende at sykepleiernes kliniske skjønn i så begrenset grad hadde ført til endringer og etablering av rutiner med hensyn til å prioritere pasientgruppen til operasjon og til å sikre gode rutiner for tilstrekkelig væske- og næringsinntak preoperativt. Resultatene som viser at sykepleiere særlig i preoperativ fase har liten grad av faglig autonomi, underbygges av funn fra en annen norsk studie (Olsvold, 2010) studie. Sykepleierne i Olsvolds studie oppgav å være avmektige innenfor sykehussystemene; de hadde stort ansvar, lite myndighet og manglende kontroll over sin arbeidssituasjon. I følge Olsvold er avmakt en betegnelse som beskriver et karaktertrekk ved sykepleieres ansvar - og yrkesrolle. Uklar kommunikasjon av sykepleiernes funksjon og ansvar i tverrfaglige team oppgis som mulig årsak til avmaktsfølelsen. Den foreliggende studien har ikke undersøkt sykepleiernes funksjon og samhandling med andre faggrupper, men beskrivelsen av manglende innflytelse er i tråd med resultatene fra Olsvolds studie.

Fremstillingene av sykepleiepraksis i postoperativ fase viser en tydelig oppmerksomhet rettet mot å forebygge komplikasjoner. Fokus på komplikasjonsforebygging i denne fasen er godt forankret i sykepleierutdanningen og denne generelle, kliniske kompetansen er trolig derfor godt implementert i praksis. Forebyggingstiltakene rettes mot kjente, generelle postoperative komplikasjoner som økt fare for infeksjoner, smerter og immobilitet.

Sykepleierne fremhevet mobilisering som en viktig sykepleieoppgave. Mobilisering bidrar til å redusere faren for pneumoni, urinveisinfeksjoner, trykksår og mortalitet, og har også en dokumentert positiv effekt for redusert risiko på utvikling av delirium postoperativt (Brouquet et al., 2010; Inouye, 2006).

Først når et hyperaktivt delirium var et faktum, ble det iverksatt tiltak rettet mot delirium; skjerming og tettere overvåking av pasienten, bruk av medikamenter for å roe pasienten og tiltak for å oppnå søvn og hvile. Komplikasjoner og konsekvenser av hva delirium kan innebære for pasienten ble i liten grad berørt i sykepleiernes praksisbeskrivelser fra denne fasen. Det kan oppfattes som et uttrykk for en manglende helhetlig forståelse av tilstandens kompleksitet og alvorlighetsgrad. Klargjøring av sykepleietiltakenes hensikt vil kunne styrke mulighetene for målrettede tiltak overfor gamle som er særskilt utsatt for å utvikle delirium etter operasjon.

I forbindelse med utskrivning ble samtaler med pasient og pårørende om opplevelser knyttet til delirium kun i noen grad gjennomført. Det forelå ingen rutiner eller felles retningslinjer for innholdet i denne samtalen. Betydningen av god planlegging for å ivareta og sikre individuell oppfølging og rehabilitering av pasienten etter utskrivning fremheves i flere studier (Witlox, et al., 2010), og utskrivningsmodeller som kan støtte sykepleiere til å bedre overflyttingspraksis av gamle pasienter fra sykehus er utviklet (Walker, Hogstel, & Curry, 2007). En modell fremhever at tilrettelegging av en effektiv utskrivning krever samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleiere (Bull, Hansen, & Gross, 2000). Ved å inkludere den gamles omsorgspersoner og gi dem forståelse for pasientens helsestatus, vil det sette dem bedre i stand til å håndtere omsorgsoppgaver. Blant gamle pasienter vil det ofte være fortsatt behov for omsorg og pleie med tanke på å redusere lidelser og begrense omfanget av delirium etter utskrivning fra sykehus. Planlagt utskrivning med tydelig kommunikasjon mellom sykepleiere, pasient og pårørende anses som viktig for å sikre en felles forståelse av videre oppfølgingsbehov.

Resultatene gir holdepunkter for betydningen av å klargjøre og styrke sykepleiens funksjon og ansvar i forbindelse med utskriving av gamle pasienter som har erfart eller gjennomgår delirium. Kartlegging av mulig hukommelse- eller oppmerksomhetssvikt, eller delirium, er nødvendig for å ha et adekvat grunnlag for pleie og behandling av pasienten. Studien har vist at felles systematiske kartleggingsrutiner og målrettede prosedyrer innrettet mot delirium var fraværende i alle faser. Retningslinjer og prosedyrer vil imidlertid ikke alene gi bedre resultater for pasienten, og flere studier fremhever derfor betydningen av pedagogiske intervensjoner (Dahlke & Phinney, 2008; Neitzel, et al., 2007; Rice, et al., 2011). Til tross for at kunnskapen om delirium er økende tar flere studier opp at tilstanden ofte blir oversett i klinisk praksis (Flagg, et al., 2010; Steis & Fick, 2008). Fordi enkelte predisponerende faktorer er mulig å påvirke, anses tidlig identifisering av risikopasienter og iverksetting av miljøtiltak som viktig for å minimere alvorlighetsgrad og konsekvenser av delirium. Nylig publiserte oversiktsartikler viser at delirium kan være tegn på alvorlig sykdom, og en proaktiv tilnærming er derfor av stor betydning slik at pasienten blir raskt diagnostisert og behandlet (Gofton, 2011; Juliebo, et al., 2012; Rathier & Baker, 2011). Ved å benytte standardiserte kartleggingsverktøy og felles praksis i vurdering av pasientens tilstand, kognitive status og evne til å motta informasjon ved innkomst og i senere faser, vil muligheten for å påvise delirium og hensiktsmessig behandling styrkes.

Resultatene tydet på at rammebetingelser som sykepleieutøvelsen foregikk innenfor var viktige medvirkende faktorer i forhold til deres mulighet for å endre nåværende situasjon. For å imøtekomme kravene til endring anses kunnskap og kompetanse som sentralt.

Implikasjoner for praksis

Betydningen av kompetanse for å kunne identifisere og behandle delirium har vært fokus i flere studier. Tabet et al.'s (2005) pedagogiske intervensjonsstudie blant helsepersonell viste at intervensjonsgruppen registrerte flere tilfeller av delirium enn kontrollgruppen, samtidig

som det ble registrert reduksjon i forekomst av delirium blant pasienter ivaretatt av intervensjonsgruppen (9,8 %) i forhold til kontrollgruppen (19,5 %). Mangelfull bruk av evidensbaserte retningslinjer og manglende klinisk forståelse av delirium i ortopedisk sykepleiepraksis, var utgangspunktet for Meako et al.'s studie (2011). Resultatene fra studien viste at det er relativt liten innsats som skal til for å heve kunnskapsnivået om delirium; en times pedagogisk intervensjon viste betydelig forbedret resultat fra baseline.

Den foreliggende studien viser behov for videre forskning knyttet til å utvikle sykepleiepraksis med tanke på å styrke kvaliteten i sykepleieutøvelsen i ulike faser overfor gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi. Klarlegging av delirium og identifisering av risikofaktorer hos pasienter i innkomstfasen antas å være nødvendig for å kunne forebygge og behandle delirium. Strategier som bidrar til å avdekke delirium eller risiko for utvikling av dette i ulike faser, for eksempel bruk av kartleggingsverktøy, vil trolig medvirke til iverksetting av målrettede forebyggings- og behandlingstiltak i klinisk praksis.

Studiens styrker og begrensninger

Når deltakerne, som i denne studien er kollegaer, kan det hevdes at de fungerer som hverandres kontroll i intervjuet og på den måten øker troverdigheten til dataene. På den annen side er det en fare ved fokusgruppeintervjuer at deltakere kan avstå fra å fortelle det de tenker som følge av gruppepress. En annen potensiell begrensning er knyttet til overdrivelse for å gjøre inntrykk på moderator eller de andre deltakerne (Kruger & Casey, 2009). For å dempe en slik effekt, ble det av moderator understreket at alle nyanser og forhold ved hver enkelts erfaring var av betydning for studien. Til tross for at moderator henvendte seg til hver enkelt og oppmuntret til å bidra, kan det likevel ikke sees bort fra at enkelte dominerte slik at andre kunne oppleve å komme for lite til ordet. I intervjusituasjonene var deltakerne lydhøre

overfor de andres innspill, alle deltok, noen mer aktive, andre med en mer lyttende holdning og færre uttalelser.

Begge forfatterne har deltatt i alle deler av analysearbeidet. I arbeidet med å styrke troverdigheten har koding av data og tolkning vært gjenstand for kontinuerlig kritisk diskusjon. For å redusere faren for at tolkningene kunne bli et resultat av forfatterenes forforståelse, ble disse holdt tett opp til deltakerenes uttalelser. Vi mener en slik empirinær analyse har bidratt til å styrke studiens holdbarhet. Diskusjon av ulike tolkningsalternativer ble drøftet inntil enighet ble oppnådd.

Fokusgrupper kan anvendes til å påvise hva som skiller ulike grupper fra hverandre og hva som er felles. Studien avdekket imidlertid ingen ulikheter i sykepleierenes beskrivelser av praksiserfaringer mellom de to ortopediske avdelingene som var representert. Det kan likevel ikke ses bort fra at deltakere fra flere sykehus ville avdekket flere variasjoner mht rutiner, organisering og sykepleiefaglige erfaringer.

Materialet bygger på tre intervjuer med 15 deltakere og resultatene må derfor brukes med forsiktighet. Imidlertid understøtter studiens resultater funn fra andre internasjonale studier.

KONKLUSJON

Studien har belyst et område innen sykepleiepraksis der det synes å være behov for kompetanseheving. Ulike faser i pasientens sykehusopphold stilte sykepleierne overfor ulike utfordringer. Det stigende antallet eldre vil føre til økt behovet for behandling, rehabilitering og omsorg for pasienter med brudd i løpet av de kommende år. Det synes derfor å være et

stort behov for utvikling og implementering av rutiner og evidensbaserte prosedyrer i sykepleiepraksis. Dette er nødvendig i alle faser i et pasientforløp for å møte behovet for trygghet og begrense komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep. Sykepleiere på ortopediske avdelinger har et særskilt ansvar overfor gamle pasienter med tanke på å forebygge og delta i behandling av delirium. For å redusere faren for utvikling av delirium i forbindelse med ortopedisk kirurgi synes det avgjørende med tydelig prioritering og forbedring av organiseringen rundt risikoutsatte gamle.

REFERANSER

- Ansaloni, L., Catena, F., Chattat, R., Fortuna, D., Franceschi, C., Mascitti, P., & Melotti, R. M. (2010). Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery. [Article]. *British Journal of Surgery*, 97(2), 273-280. doi: 10.1002/bjs.6843
- Belanger, L., & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care November/December*, 16(6), 303-315. doi: doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Brooks, P. B. (2012). Postoperative Delirium in Elderly Patients. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(9), 38-49 doi: 10.1097/01.NAJ.0000418922.53224.36
- Brouquet, A., Cudennec, T., Benoist, S., Moulias, S., Beauchet, A., Penna, C., Nordlinger, B. (2010). Impaired mobility, ASA status and administration of tramadol are risk factors for postoperative delirium in patients aged 75 years or more after major abdominal surgery. *Annals of surgery*, 251(4), 759-765.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing Research*, 13(1), 19-28.
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38(1), 19-26. doi: 10.1093/ageing/afn253
- Conley, D. M. (2011). The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management Of Delirium in Hospitalized Older Adults. [Article]. *Urologic Nursing*, 31(6), 337-342.
- Dahlke, S., & Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(6), 41-47. doi: doi.org/10.3928/009891
- Flagg, B., Cox, L., Mcdowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing Identification of Delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24(5), 260.
- Gillis, A. J., & MacDonald, B. (2006). Unmasking Delirium. *The Canadian Nurse*, 102(9), 19-24. doi: DOI - 1212316471; 34846821; 55078; CANN; 17168095; INODCANU0003604649
- Gofton, T. E. (2011). Delirium: a review. *The Canadian journal of neurological sciences. Le journal canadien des sciences neurologiques*, 38(5), 673-680.

- Hanley, C. (2004). Delirium in the Acute Care Setting. [Article]. *MEDSURG Nursing*, 13(4), 217-225.
- Inouye, S. (2006). Delirium in Older Persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165. doi: doi:10.1056/NEJMra052321
- Irving, K., & Foreman, M. (2006). Delirium, nursing practice and the future. *International Journal of Older People Nursing*, 1(2), 121-127. doi: DOI: 10.1111/j.1748-3743.2006.00018.x
- Juliebo, V., Krogseth, M., Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2012). Delirium - a common condition associated with negative outcome in the elderly. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 253-260.
- Lou, M. F., & Dai, Y. T. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *J Nurs Res*, 10(4), 279-290. doi: 10.1097/01.JNR.0000347609.14166.84
- Meako, M. E., Thompson, H. J., & Cochrane, B. B. (2011). Orthopaedic Nurses' Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. *Orthopaedic Nursing July/August*, 30(4), 241-248. doi: DOI: 10.1097/NOR.0b013e3182247c2b
- Neitzel, J., Sendelbach, S., & Larson, L. R. (2007). Delirium in the Orthopedic Patient. [Owervjue]. *Orthopaedic Nursing*, 26(6), 354 - 363. doi: DOI: 10.1097/01.NOR.0000300946.86708.bc
- O'Malley, G., Leonard, M., Meagher, D., & O'Keeffe, S. T. (2008). The delirium experience: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(3), 223-228. doi: org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.017
- Olofsson, B. L., M.Borssen, B.Nyberg, L.Gustafson, Y. (2005). Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 119-127.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle*. Phd., Universitetet i Oslo.
- Rathier, M. O., & Baker, W. L. (2011). A review of recent clinical trials and guidelines on the prevention and management of delirium in hospitalized older patients. [Review]. *Hospital practice* 39(4), 96-106. doi: doi: 10.3810/hp.2011.10.928.
- Rice, K., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K., Knight, M., & Foreman, M. (2011). Nurses' Recognition of Delirium in the Hospitalized Older Adult. *Clinical Nurse Specialist November/December*, 25(6), 299-311. doi: DOI: 10.1097/NUR.0b013e318234897b
- Schreier, A. M. (2010). Nursing Care, Delirium, and Pain Management for the Hospitalized Older Adult. *Pain Management Nursing*, 11(3), 177-185. doi: org/10.1016/j.pmn.2009.07.002
- Shim, J. J., & Leung, J. M. (2012). An update on delirium in the postoperative setting: prevention, diagnosis and management. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 23(3), 327-343. doi: org/10.1016/j.bpa.2012.08.003
- Steis, M. R. M. S. R. N., & Fick, D. M. P. R. N. (2008). Are Nurses Recognizing Delirium?: A Systematic Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(9), 40-48.
- Swan, B. A., Becker, J., Brawer, R., & Sciamanna, C. N. (2011). Factors Influencing the Implementation of a Point-of-Care Screening Tool for Delirium. [Article]. *MEDSURG Nursing*, 20(6), 318-322.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2011). Uro og klarhet. Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 129- 142.
- Walker, C., Hogstel, M. O., & Curry, L. C. (2007). Hospital Discharge of Older Adults: How nurses can ease the transition. *AJN, American Journal of Nursing*, 107(6), 60-70. doi: DOI: 10.1097/01.NAJ.0000301019.64618.61
- Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the elderly: a review. *Oman Medical Journal*, 23(3), 150-157.

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, *304*(4), 443-451. doi:10.1001/jama.2010.1013.

UTKAST