

Uro og uklarhet -

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd

Tove Karin Vassbø



Mastergradsoppgave ved Avdeling for helsefag

HØGSKOLEN I BUSKERUD

12 juni 2009



Navn: Tove Karin Vassbø	Dato: 12 juni 2009
Tittel og undertittel: <p style="text-align: center;">Uro og uklarhet -</p> <p style="text-align: center;">En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd</p>	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Delirium er en hyppig forekommende tilstand hos gamle som innlegges i sykehus, særlig blant dem som innlegges med brudd. Delirium blir ofte oversett eller oppfattet som demenssykdom. Tilstanden preges av mentale forstyrrelser som påvirker pasientens adferd, tanker, bevissthet, hukommelse og orienteringsevne. Konsekvenser av delirium er høyere mortalitet, økt liggetid i sykehus, redusert rehabiliteringspotensialet og påfølgende institusjonalisering. Sykepleieres rolle i forebygging og behandling av delirium er sentral og det knyttes store pleieutfordringer til tilstanden. Studier av sykepleiepraksis utgjør et viktig utgangspunkt for en bedret forståelse, som kan danne grunnlag for å et mer målrettet tjenestetilbud til denne pasientgruppen.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om sykepleieres kliniske praksis knyttet til gamle pasienter med brudd som er i fare for- eller som har utviklet delirium.</p> <p>Metode: I studien ble det anvendt halvstruktureerte fokusgruppeintervjuer. Utvalget bestod av 15 sykepleiere som utgjorde tre grupper. Det ble gjennomført tre intervjuer, en intervju guide ble benyttet for å strukturere intervjuene. Studien ble utført i ortopedisk avdeling ved to sykehus.</p> <p>Resultater: Studien bekrefter sykepleieres nøkkelrolle i omsorgen for gamle pasienter knyttet til tilstanden delirium. Mangelfull kunnskap gjør det vanskelig for sykepleiere å identifisere og planlegge målrettede tiltak knyttet til gamle pasienter som er i fare for- eller har utviklet delirium. Faglig tilnærming med bredde- og spisskompetanse innenfor geriatri, samt systematisering og selvstendighet i sykepleiefaget utgjør en utfordring for sykepleietjenesten. Akuttinnleggelsler, uforutsigbare operasjonsprogram og stort arbeidspress synes å stille sykepleietjenesten overfor spesielt store utfordringer i møte med utsatte gamle pasienter med brudd.</p> <p>Konklusjoner: I fremtiden er det nødvendig med praksisforbedringer av sykepleietjenesten til gamle med brudd i spesialisthelsetjenesten for å oppnå kvalitativt bedre tilbud tilpasset denne gruppens særegne behov. Økt oppmerksomhet på delirium tilstander hos gamle i sykepleieutdanningen er nødvendig. Kunnskap som setter sykepleiere i stand til å skille delirium fra tilstander med lignende symptomer sykdommer bør gis økt fokus.</p> <p>Antall ord: 28 952</p>	
Nøkkelord: Sykepleie erfaringer Gamle Brudd Delirium Fokusgruppe intervjuer	



BUSKERUD UNIVERSITY COLLEGE
Department of Health Sciences

Name: Tove Karin Vassbø	Date: 2009 June 12
Title and subtitle: <p align="center">Turmoil and confusion -</p> <p align="center">A qualitative study of nurses' experience with delirium in the face of hospitalized elderly with fracture.</p>	
<p>Summary:</p> <p>Background: Delirium is a frequently occurring condition with hospitalized elderly, especially among those with fracture. Delirium is often overlooked or seen as dementia disease. The condition is characterized by mental disorders that affect the patient's behaviour, thoughts, consciousness, and memory and orientation ability. Consequences of delirium are higher mortality, increased stay in hospital, subsequent institutionalization and reduced rehabilitation potential. Nurse's role in the prevention and treatment of delirium is central and there are great challenges to state care. Studies of nursing practice are an important starting point for an improved understanding, which can form the basis for more targeted services to this patient group.</p> <p>Purpose: The purpose of the study is to develop knowledge about nurses clinical practice related to hospitalized elderly with fracture that are at risk for or who has developed delirium.</p> <p>Method: The study was applied half-structured focus group interviews. The committee consisted of 15 nurses, which comprised three groups. It was conducted three interviews; an interview guide was used to structure the interviews. The study was performed in the orthopaedic ward at two hospitals.</p> <p>Results: The study confirms nurse's key role in the care of elderly patients related to the delirium. Lack of knowledge makes it difficult for nurses to identify and plan targeted measures related to the hospitalized elderly who are at risk for or have developed delirium. Professional approach with a width of - and expertise in Geriatrics, systematization and autonomy in nursing, represents a challenge for nursing services. Hospital emergencies, unpredictable operation program and great work seem to ask the nursing service to the larger challenges in meeting with the exposed hospitalized elderly with fracture.</p> <p>Conclusions: In the future it is necessary to improve practice of nursing service to the hospitalized elderly with fracture to achieve qualitatively better customize in this group's unique needs. Increased attention to delirium state as old is necessary in nursing education. Knowledge that brings nurses into a position to distinguish delirium from conditions with similar symptoms diseases should be given increased focus.</p>	
<p>Key words: Nursing experience Elderly Fracture Delirium Focusgroup interviews</p>	

FORORD

Faglige utbytte og økt kompetanse var målet og forventningene mine til dette studiet, de har så avgjort blitt innfridd. Studiet har gitt læring på mange nivå og en stor takk går til mine kollegaer ved avdeling helsefag, som oppmuntret meg til å gå i gang og ikke minst heiet meg fram til å fullføre. Bak en masteroppgave ligger det mange arbeidstimer, noen kan betegnes som effektiv arbeidstid, mens andre timer ble fylt med prosessuelle tanker og ideer som var nødvendige men ble forkastet. Å ha gode kollegaer som har villet kaste ball med meg i disse prosessene har vært til uvurderlig støtte. Kontakten med lærestedet og medstudenter har hatt stor betydning for læreprosessen, ikke minst har støtten som ligger i fellesskapet der en møter gjenkjennelse og har en felles interesse, vært positivt.

En kjempestor takk går til min veileder Grethe Eilertsen for støtte og oppmuntring underveis, og ikke minst for din faglige kompetanse som du delte med meg gjennom hele studieprosessen og frem til endelig resultat.

Et masterstudie er omfattende og det har vært vanskelig å ikke la studiet berøre det private rommet. Jeg er takknemlig for at mine kjære døtre Ragnhild og Kristine, har støttet meg og holdt ut med meg, samtidig med at små og store begivenheter pågikk i våre liv.

Jeg vil også rette en takk til annen familie, nære gode venner og naboer som har sørget for glede og adspredelse og gitt meg de pausene jeg har hatt behov for. Det har gitt meg arbeidsglede i det daglige og har vært viktig for motivasjonen til å studere.

Jeg skylder også å rette en stor takk til sykepleierne i ortopedisk avdeling som sa seg villig til å delta. Dere har gitt meg verdifullt datamateriale, uten dere hadde ikke dette studiet vært mulig. Den samme takken rettes også til tidligere kollegaer og sykepleieledere som svarte positivt på min forespørsel og hjalp meg med å rekruttere deltakerne.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	Sykepleiers rolle overfor gamle pasienter og tilstanden delirium i sykehus	2
1.1.2	Studiens hensikt	3
1.1.3	Problemstilling	4
1.1.4	Oppgavens struktur	4
2	TEORETISK REFERANSERAMME	5
2.1	Aktuell forskning knyttet til tilstanden delirium og sykepleierollen	6
2.1.1	Den gamle pasienten	6
2.1.2	Sammenhengen mellom fall og brudd hos gamle	7
2.1.3	Delirium	7
2.1.4	Forebygging og identifisering av delirium	9
2.1.5	Forskning knyttet til pasienters erfaringer med delirium	11
2.1.6	Sykepleiers rolle i forebygging og behandling av delirium	12
2.1.7	Forskning knyttet til sykepleierfaringer med deliriøse pasienter	13
2.2	Tre perspektiver på kunnskapsutvikling i sykepleiepraksis	14
2.2.1	Overveielser og handling i sykepleiepraksis – to dimensjoner	15
2.2.2	Modell for klinisk vurdering i sykepleiepraksis	16
2.2.3	Personlig kompetanse og kunnskaps anvendelse	18
3	STUDIENS DESIGN OG METODE	22
3.1	Kvalitativt design	22
3.2	Fokusgruppeintervju	23
3.2.1	Styrker og begrensninger ved fokusgruppeintervju	24
3.2.2	Valg av antall og størrelse på fokusgrupper	25
3.2.3	Utarbeidelse av intervjuguide	26
3.3	Rekrutteringsprosedyre og datasamling	27
3.3.1	Rekruttering av deltakerne	27
3.3.2	Det endelige utvalget	28
3.3.3	Gjennomføring av fokusgruppeintervju	29
3.3.4	Et kritisk blikk på eget arbeid	29
3.4	Analyseprosessen	32
3.5	Vurdering av studiens troverdighet og gyldighet	34
3.5.1	Etiske overveielser	36

4	PRESENTASJON AV RESULTATER	38
4.1	Den kirurgiske kontekst – virksomhetens betydning for sykepleieutøvelse	38
4.1.1	Sykepleieutøvelse – på andres vilkår?	40
4.1.2	Uro, uklarhet, forvirring – demens eller delirium? Begrep – og kunnskapsmessige utfordringer	41
4.2	Sykepleieres praksisbeskrivelser knyttet til delirium	45
4.2.1	Kunnskap, forventning, erfaring – vesentlig for sykepleieres oppmerksomhet i datainnsamlingen	45
4.2.2	Forebygge og redusere graden av uro -tilstander	47
4.3	Sykepleieres refleksjoner knyttet til delirium	51
4.3.1	Makteløshet, tristhet og medfølelse	51
4.3.2	Betydningen av samtaler i etterkant av delirium	52
4.3.3	Fokusgruppeintervjuet – en kilde til refleksjon og innsikt	52
5	DISKUSJON AV RESULTATER	55
5.1	Noen kjennetegn på sykepleiepraksis i ortopedisk avdeling	55
5.1.1	Liten innflytelse på tidspunkt for operasjon	55
5.1.2	Klar eller uklar?	58
5.2	Sykepleie – intensjon, kompetanse og språk	62
5.2.1	Har tiltakets intensjon betydning for resultat?	63
5.2.2	Demens og/eller delirium?	65
5.2.3	Delirium eller postoperativ uro?	66
5.3	Fokusgruppe som læringsarena	67
5.4	Oppsummering og forslag til fagutvikling i praksis	69
6	KONKLUSJON	72

FIGURLISTE

Figur 1	Forekomst av delirium (Anderson, 2005).	8
Figur 2	Analytic representation of the conceptualization of nursing practice (Kim 2000).	15
Figur 3	Clinical Judgement Model (Tanner, 2006).	17
Figur 4	Komponenter som inngår i personlig kompetanse (Kirkevold, 1996).	19
Figur 5	Oversikt over områder for sykepleiefaget.	56
Figur 6	Har sykepleietiltakets intensjon betydning for resultat?	64
Figur 7	Modell for identifisering av faglige mål og krav til sykepleier knyttet til tilstanden delirium.	70
Tabell 1	Meningsbærende enheter organisert i en underkategori	33

VEDLEGG

- Vedlegg 1 Intervjuguide
- Vedlegg 2 Hovedkategorier
- Vedlegg 3 Brev til ortopedisk avdeling
- Vedlegg 4 Svar fra ortopedisk avdeling
- Vedlegg 5 Svar fra ortopedisk avdeling
- Vedlegg 6 Informasjonsskriv og samtykkeskjema
- Vedlegg 7 Kvittering fra NSD

1 INNLEDNING

Fokus for dette studiet er å beskrive sykepleiepraksis overfor gamle pasienter med brudd som står i fare for - eller som har utviklet tilstanden delirium. Valget av studiens tema er basert på interesse for sykepleie og omsorg for gamle pasienter innlagt i sykehus.

1.1 Bakgrunn

I følge Statistisk sentralbyrå (2006) ventes antall gamle pasienter som har behov for sykehusinnleggelse å øke frem til 2050 som et resultat av at gjennomsnittlige levealder i den norske befolkningen blir stadig høyere. Dette ses på som en utfordring i planlegging av fremtidige omsorgstjenester. Et overordnet politisk mål er derfor å styrke eldre pasienters egen evne til funksjons og sykdomsmestring. Sosial og helsedirektoratets rapport; Respekt og kvalitet (2007), skriver i forordet følgende om hvordan de vil styrke spesialisthelsetjenesten til eldre; ”Spesialisthelsetjenesten ivaretar dette ved å møte dem med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse, og gjennom likeverdige og helhetlige tjenester av høy kvalitet som sørger for at pasientene får rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering”. Ufordringene for spesialisthelsetjenesten er mange og store og det stilles spørsmål med om eldre er tjent med spesialisering i helsetjenesten, færre senger og kortere liggetid. Rapporten sier videre at den geriatrike tilnærmingen ikke må forbeholdes geriatrike spesialisering, men må gjennomsyre alt arbeid med eldre pasienter (ibid). Ifølge rapporten er eldre med brudd en pasientkategori som bør få spesiell oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten. Rapporten slår fast at pasientgruppen har behov for at den geriatrike tenkemåten formidles inn i ortopedisk – kirurgi. Til tross for at det finnes tre orto-geriatrike enheter for gamle med brudd i Norge pr. d.d. hvor det foregår forskningsvirksomhet med tanke på å utvikle og tilrettelegge gode forhold for pasientkategorien gamle med brudd tilsier erfaring at det vil gå tid før alle sykehus har opprettet et spesialtilbud (Pettersen & Wyller, 2007). Inntil da er det et poeng å skaffe en oversikt over sykepleiepraksisen slik den gjennomføres i dag med tanke på kvalitetsforbedringer både i nåværende virksomhet og fremtidig praksis. En kartlegging av dagens sykepleie kan være i stand til å øke oppmerksomheten både mot tilstanden delirium og identifisere og stille eventuelle forbedringskrav for å sikre fremtidig kvalitativ god sykepleiepraksis og sykepleiefaglig kompetanse overfor gamle pasienter innlagt i sykehus.

1.1.1 Sykepleiers rolle overfor gamle pasienter og tilstanden delirium i sykehus

Pleiepersonellets tilstedeværelse for å utføre omsorgsoppgaver i sykehus understrekes i en rapport fra Statens helsetilsyn (Stensvold, Rø, & Waaler, 1999). I rapporten fremholder Waaler at: ”på veien mot livets slutt er det likevel kvaliteten av helse-, pleie- og omsorgstjenestene som vil dominere. Trøst, lindring og respekt blir viktigere enn laboratorieraffineringer” (s. 18 *ibid*). Dersom krav til økt kompetanse og kvalitet i sykepleien rettet mot den eldste gruppen pasienter skal opprettholdes er det nødvendig at helsepersonell møter pasientgruppen med kunnskap om geriatriske sykdommer og eldre pasienters sykdomspresentasjon. Sitatet fra rapporten støtter behovet for sykepleietjenester rettet mot gamle pasienter og behovet for at dette vektlegges i en sykehus kontekst med bakgrunn i sykepleieres kontinuerlige og tette kontakt med pasienten, samt deres viktige rolle i forbindelse med observasjon, rapportering, forebygging og behandling av tilstanden delirium. Anbefalte forebygging og behandlingstiltak som å skape trygghet og ro rundt pasienten, opprettholdelse av normal døgnrytme, observasjon og oppfølging av både pasient og pårørende hører til sykepleiefagets kjerneoppgaver. Veileder for utredning av delirium utarbeidet av Norsk Geriatrisk forening (2003) bekrefter legegruppens syn på sykepleieres rolle i behandling av delirium. Under punktet supplerende behandling står følgende: ”... omsorgsfull sykepleie har god effekt”. Fra et sykepleieståsted kan en kjenne behov for å utdype og konkretisere hva *omsorgsfull sykepleie* innebærer. Det er ikke denne studiens mål, sitatet anvendes i denne sammenhengen for å bekrefte sykepleiefaget plass i behandlingen av delirium og som et bidrag til å understreke gamle pasienter utsatt for eller med tilstanden delirium, sine behov for sykepleie.

Samhandling med uklare pasienter beskrives i studier som krevende, og sykepleieomsorg medfører stort ansvar i situasjoner der både sykepleiere og pasienter er sårbare og utsatte. I klinisk sykepleiepraksis viser forskning at sykepleiere opplever pasientsituasjoner med tilstanden delirium som vanskelige uten åpenbare handlingsrekker, i noen situasjoner kan de betegnes som ”nærmest umulige”, og sykepleiebeslutningene preges av det som er mulig i den konkrete situasjonen (Lou & Dai, 2002; Stenwall, 2007). Forskningsresultatene tyder på at sykepleiere improviserer på bakgrunn av erfaringer uten at handlingen er forankret i kunnskapsbaserte praksisveiledninger. Det er også forskning som konkluderer med at sykepleie til eldre pasienter er annerledes enn til yngre mennesker, men at de utfordrende arbeidsoppgavene sjeldent belyses som tema i sykehuspraksis og sykepleietiltakene overfor gamle pasienter reflekterer kontekstens holdninger til gamle pasienter (Dahlke & Phinney, 2008).

1.1.2 Studiens hensikt

På samme måte som kvalitet og fagutvikling står i forhold til hverandre bør kvalitet være knyttet til sykepleiepraksis. Å gjøre de rette tingene, - og å gjøre de på rett måte til riktig tid, er sentralt vedrørende kvalitet på sykepleietjenester i følge Kyrkjebø (1998). Dette representerer et sentralt utgangspunkt for å gjennomføre en studie med et overordnet mål om å bidra til kvalitativt bedre praksis ved å starte med beskrivelser av sykepleiepraksis og la det danne grunnlag for å kunne uttale seg om gjeldende praksis, og til å komme med anbefalinger til praksisforbedringer. Kvalitetsforbedring i sykepleie kan innebære å øke både den personlige kompetansen og den generelle kunnskapen i sykepleiegruppen. Kunnskap hjelper sykepleiere til å forstå, vurdere og handle hensiktsmessig i pasientsituasjoner.

Sykepleie er et selvstendig fag, utvikling av sykepleiefaget må derfor bygge på faget, samt kunnskap og erfaringer fra fagets egen praksis. At sykepleiere styrker den selvstendige sykepleierollen ved å sette ord på sitt eget fag er et viktig aspekt ved utvikling av faget, denne studien gjennomføres derfor i kliniske virksomhet.

Studien har til hensikt å beskrive sykepleieres erfaringer med tanke på utførelse av ortopedisk sykepleie til pasienter i fare for- eller som har utviklet tilstanden delirium. Et mål er å få en større forståelse for hvordan sykepleiere møter situasjoner med syke gamle i risiko for å utvikle- eller der utvikling av delirium er et faktum, og hva som innvirker på hvordan sykepleiere er i stand til å utføre kvalitativ god sykepleie. Delirium er valgt med bakgrunn i to sentrale forhold: a) forskning viser relativt høy forekomst av delirium hos syke gamle, b) tilstanden innebærer omkostninger for både pasienten og helsetilbudene. Gamle pasienter med brudd er valgt med bakgrunn i forskning som viser at det i denne gruppen er spesielt høy forekomst av delirium, og en kan anta at ortopediske sykepleiere møter denne pasientsituasjonen relativt ofte. Antall studier med fokus på sykepleierfaringer knyttet til delirium er ikke stort og det anses som viktig med en studie der en kartlegger sykepleieres praksiserfaringer. Ved å bruke fokusgruppe intervju der det fokuseres på å beskrive sykepleie til pasienter i fare for å utvikle eller som har utviklet delirium, vil studien forsøke å få frem sykepleieres erfaringer og beskrivelser av hvordan sykepleie gjennomføres i praksis. I en intervjusituasjon anses det som naturlig at både kontekst, pleiekultur, pasient og sykepleier perspektivet vil bli berørt.

1.1.3 Problemstilling

På bakgrunn av presentasjonen i dette kapitlet har jeg formulert problemstillingen slik:

Hva kjennetegner klinisk sykepleie rettet mot tilstanden delirium hos syke gamle innlagt i sykehus for ortopedisk kirurgi?

Med bakgrunn i det er følgende forskningsspørsmål relevante:

- Hvordan observerer, identifiserer, forbygger og behandler ortopediske sykepleiere delirium hos eldre pasienter?
- Hvordan beskriver sykepleiere klinisk praksis knyttet til tilstanden delirium hos gamle pasienter med brudd?
- Hvilke erfaringskunnskaper ligger til grunn for sykepleiepraksis knyttet til tilstanden delirium hos syke gamle innlagt for ortopedisk kirurgi?

Studien avgrenses til å gjelde sykepleiepraksis rettet mot gamle pasienter med brudd innlagt i ortopedisk avdeling i sykehus. Betegnelsen gamle er valgt som benevnelse på pasientgruppen som omtales, valget blir det redegjort for og knyttet kommentarer til i kapittel 2.1.1.

1.1.4 Oppgavens struktur

I kapittel 1 redegjøres det for bakgrunn for valg av tema og problemstilling som er basert på egne praksiserfaringer og observasjoner av sykepleiepraksis knyttet til delirium hos gamle i sykehus. I kapittel 2 presenteres teoretiske referanserammer, i det inngår gjengivelse av andre kliniske studier som anses å ha relevans. Det inkluderer presentasjon av teori knyttet til tilstanden delirium, aktuelle forskningsartikler knyttet til tema, og teori som støtter det sykepleieteoretiske grunnlaget knyttet til identifisering av sykepleiepraksis, kunnskap og kompetanse. Kapittel 3 gir beskrivelse av studiens design og metodiske overveielser. Her beskriver jeg rekrutteringsprosedyrer og redegjør for moderatorrollen. I kapittel 4 blir studiens resultater gjennom analyse av empiri fra tre fokusgruppeintervjuer presentert. I kapittel 5 er målet å diskutere resultatenes essens og besvare studiens problemstilling. Det avsluttes med skissering av mulige implikasjoner for praksis. Oppgaven avsluttes med studiens konklusjon samt forslag til videre studier.

2 TEORETISK REFERANSERAMME

I denne sammenhengen brukes teori som et verktøy som støtter og gir bestemte perspektiv til å forstå klinisk sykepleiepraksis innenfor en vitenskapelig norm. Det som presenteres i dette kapitlet utgjør til sammen de teoretiske referansene som i denne studien knyttes til og å kategorisere og analysere sykepleiepraksis til tilstanden delirium innenfor en metodisk vitenskapelig ramme.

Litteratursøk for å finne forskningslitteratur innenfor studiens problemstilling startet bredt for å få en oversikt over hva som fantes av litteratur om emnet og for å finne relevante søkeord. I en tidlig fase ble søkeordene; nursing, orthopaedic nursing, geriatric nursing, hip fracture, elderly og delirium, brukt i ulike databaser. Det gav treff på fagartikler som hadde anbefalinger for praksis basert på tidligere forskning, to eksempler på det er Jensen (2006) og Segatore (2001).

Litteratursøkene har først og fremst vært opptatt av kunnskapsstatus når det gjelder delirium hos gamle knyttet til sykepleierollen. Søkene har ikke vært lineære, fordypning i temaet gav ideer om nye søkeord og kombinasjoner. Litteratursøk gjennomført i databasene SveMed+, Chinahl og Ovid Nursing, tilgjengelig via studiestedet Høgskolen i Buskerud, ble planlagt med utgangspunkt i sykepleiepraksis i en sykehuskontekst, knyttet til tilstanden delirium. Ved litteratursøk kombinerte og brukte jeg søkeordene; elderly, acute care, delirium, acute konfusion, geriatric nursing, nursing practice, orthopaedic nursing, nursing experiences, de forberedende søkene ble avsluttet 05.06.08.

I tillegg til at artikkelen skulle være av nyere dato; ikke eldre enn 10 år og språket skulle være skandinavisk eller engelsk, ble utvelgelse av litteratur gjennomført etter følgende kriterier; a) sykepleier/pasient situasjoner med fokus på tilstanden delirium, b) sykepleiepraksisen skulle være relatert til gamle pasienter i sykehus innlagt med brudd. Det første søket resulterte i to studier med beskrivelser av ulike aspekt ved sykepleiepraksis overfor tilstanden delirium. På bakgrunn av få treff på artikler som svarte til oppsatte kriterier ble søkene utvidet til relaterte artikler i søkeresultatlisten. Det gav treff på artikler som belyser pasienters erfaringer fra å være deliriøs. Disse ble tatt med på bakgrunn av deres utgangspunkt i pasient – sykepleier relasjonen og resultater som omtaler sykepleiepraksis. På bakgrunn av funnenes relevans til studiens problemstilling ble fem artikler valgt til å settes i en sammenheng med studiens problemstilling. Disse presenteres i kap. 2.1.5 og 2.1.7. På bakgrunn av relativt få funn ble det i avslutningsfasen (mai 09) foretatt nye søk i databasene Ovid Nursing, Chinal og PubMed

med de samme søkeordene, uten at det gav treff på nye forskningsartikler etter de oppsatte kravene.

Ved litteratursøk og gjennomgang av litteratur blir det synlig at studier sidestiller eller benytter variasjoner over begrepene konfusjon og akutt forvirring som ut fra omtale og beskrivelse oppfattes som en tilstand som i stor grad sammenfaller med hyperaktivt delirium (Andersson, 2001; Dupplis, 2007; Galanakis, Bickel, Gardinger, Von Gumpfenberg, & Førstl, 2001; Inouye, Alessi, Balkin, Siegal, Horwitz, 1990; McCurren & Cronin, 2003; Stenwall, 2007). Dette kan ha påvirket resultater av litteratursøk fordi litteraturen som legges til grunn for denne studien forholdt seg i utgangspunktet til litteratur som benyttet betegnelsen delirium. Akseptering av ulik benevnelse på samme tilstand og dermed begrepsklarheten i studier som sidestiller delirium og konfusjon synliggjøres i flere studier. En studie forklarer begrepsbruken slik: "Acute confusion (AC) and delirium are used interchangeably by most health care professionals, with nurses tending to favour the use acute confusion and the physicians using the term delirium" (McCurren & Cronin, 2003, s. 318). Dette peker på mulig ulik praksis yrkesgrupper imellom og synliggjør en begrepsklarhet i praksis som bidrar til å komplisere felles forståelse og vurdering av forsknings relevans. Uklar begrepsbruk kan innebære usikkerhet med å sammenstille resultater av studiene som bruker andre betegnelser enn begrepet delirium. Det er behov for å understreke fremtredende trekk i litteraturen; at ulike begrep blir benyttet på samme tilstand.

2.1 Aktuell forskning knyttet til tilstanden delirium og sykepleierollen

I det følgende belyses forhold som har betydning for studiens bakgrunnsforståelse og sykepleiefagets tilknytning til tilstanden delirium, definering av delirium samt redegjørelse av forholdet mellom gamle pasienter, bruddskader og delirium.

2.1.1 Den gamle pasienten

I ulike publikasjoner benyttes flere betegnelser på studiets målgruppe; gamle pasienter; de eldste, eldre og geriatriske pasienter. Når noen kan betegnes som gammel er et relativt begrep, men i dagligtale gjelder det ofte aldersgruppen over 75 år. Denne studien benytter følgende definisjon: "Den gamle pasienten er et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet" (Ranhoff, 2008b, s. 75) til å definere og beskrive den gamle pasienten. Den gamle pasientens kropp er på grunn av aldersforandringer skrøpeligere enn hos yngre og forekomst av sykdom er hyppigere. Oppsummert kan en si at den gamle pasienten møter mer sykdom med mindre

ressurser (Laake, 2003). Definisjonen innebærer ikke nødvendigvis at pasienten som er gammel også er en geriatrisk pasient, fordi alder i seg selv ikke er tilstrekkelig for å definere en pasient som geriatrisk. Den geriatrike pasient defineres ut fra aldring og helsetilstand; kombinasjonen av høy alder, flere sykdommer samtidig, funksjonstap og sosiale problemer. Karakteristiske symptomkomplekser er polyfarmasi, nedsatt syn/hørsel, delirtilstander, inkontinens, vekttap, depresjon, fallelisoder, forflytningsvansker, demenssykdom og sengeleie. Den geriatrike pasient har langtkomne aldersforandringer, som innebærer redusert reservekapasitet og svekkede homeostatiske mekanismer. Studiet benyttet begrepet den gamle pasienten og knytter med det tilstanden delirium til pasienter med høy alder, uten å skille mellom den gamle og den geriatrike pasienten.

2.1.2 Sammenhengen mellom fall og brudd hos gamle

Fall kan være et uspesifikt symptom på akutt sykdom hos gamle og være det første varslet om helse og funksjonssvikt (Pettersen, 2002). Instabilitet og årsaker til fall som ender med brudd kan være medisinsk indikert (ibid). Følger av brudd kan få alvorlige konsekvenser for eldre mennesker. En norsk studie viste at av 600 pasienter med lårhalsbrudd klarte bare halvparten av pasientene med normal gangfunksjon før bruddet, å gå uten hjelpemidler ett år etter bruddet, over 40 % hadde mistet evnen til å bevege seg utendørs, og en tredel av alle over 85 år hadde flyttet til sykehjem (Osnes, 2004). Studier har vist at delirium ytterligere reduserer effekt av rehabilitering og fører til nedsatt funksjonsnivå hos disse pasientene (Inouye, 2006; Olofsson, 2005). Risiko som kan påvirke falltendens og øke risiko for fall og bruddskader er alder, inaktivitet, svak muskelstyrke, nedsatt syn, nedsatt balanse, nedsatt bevegelighet, urininkontinens og enkelte medisiner. Kvinner over 80 år har ca 25 ganger høyere risiko for hoftebrudd enn en kvinne på 55 år (Folkehelseinstituttet, 2007).

2.1.3 Delirium

Delirium er en tilstand som særlig rammer gamle syke pasienter, og er en vanlig komplikasjon hos ortopediske pasienter (Neitzel, 2007). Delirium kan oppstå uavhengig av diagnose, men demenssykdom er en sterk predisponerende faktor for å utvikle delirium (Edlund, 2007; Neitzel, 2007; Voyer et al., 2005). Tilstanden delirium som kan betegnes som akutt hjernesvikt, oppfattet som en hjerneorganisk forstyrrelse eller overbelastning av hjernen. Symptomer på denne overbelastningen ses særlig ved akutt sykdom og skader, ved forgiftninger eller ved påvirkning av medikamenter. Delirium består av et sett symptomer som oppmerksomhetssvikt, desorientering, psykomotorisk forstyrrelse, sanseforstyrrelser og endret

søvnrytme. Evnen til å forstå er redusert og vrangforestillinger og hallusinasjoner er vanlig. Tilstanden oppstår brått, den kan ha et fluktuerende forløp og varer som oftest få dager, men kan også vedvare i uker og måneder. Pasienten forandrer seg både adferdsmessig, kognitivt og mentalt. Noen pasienter er motorisk svært urolige, deliriet omtales da som hyperaktivt. Delirium presentert som en uvanlig rolig og nærmest apatisk tilstand betegnes som hypoaktivt. Mange pasienter veksler mellom hyperaktivt og hypoaktivt delirium (Peterson et al., 2006) Årsakene til delirium er uklare, og det ser ut som de er multifaktorelle (Neitzel, 2007). Forskning tyder på at endringer i cholinerge eller dopamin overføringen i hjernens strukturer er en årsak (Trzepacz, 1999). Noe litteratur vektlegger at delirium er et resultat av både direkte og indirekte effekt av cytokiners påvirkning av hjernen (Broadhurst & Wilson, 2001). Årsakskompleksiteten illustreres i en studie (Bitsch, Foss, Kristensen, & Kehlet, 2004) som hadde til hensikt å påvise fellestrekk som fører til delirium hos pasienter med hoftebrudd, studien klarte ikke å påvise dette. Delirium ved innleggelse i sykehus omtales som prevalent delirium, mens delirium som oppstår i løpet av sykehusoppholdet omtales som insident. Det er det insidente deliriet sykehuspersonalet har muligheter for å forebygge.

Alvorlighetsgraden av delirium knyttet til hoftebrudd understrekes av flere studier som viser vedvarende symptomer på delirium etter utskrivning fra sykehus (Cole, 2004; Levkoff et al., 1992; McCusker et al., 2001; Nightingale, Holmes, Mason, & House, 2001). Forskning har påvist at tilstanden delirium kan gir økt liggetid og økt pleiebehov og det hersker enighet om at det er nødvendig med mer forskning på dette området (Rigney, 2006; Rizzo J. A, 2001). Effektive metoder for identifisering og behandling av tilstanden er derfor et viktig område for videre studier. Anderson (2005) sammenholder i en oversiktsartikkel resultater fra studier som har undersøkt generell forekomst av delirium, figur 1 viser funnene fra denne studien, der forekomst av delirium er funnet høyest hos pasienter med hoftebrudd.

Figur 1 Forekomst av delirium (Anderson, 2005).

Sektor:	Forekomst:
Hip fracture	43–61 %
Medical	15- 50 %
Cardiac surgery	30 %
Elective orthopaedic surgery	15–20 %
General surgical	10–15 %
Accident and Emergency	5–10 %
Community	1–2 %

En svensk studie som inkluderte pasienter med demenssykdom påviste funn av prevalent delirium hos gamle pasienter med hoftebrudd hos 20 – 30 % av pasientene ved innleggelse mens ytterligere 20 % av pasientene utvikler insident delirium (Edlund, 2007). Studien påviste også høyere forekomst av demenssykdommer hos pasientene som var deliriøse før operasjonen enn hos pasientgruppen som fikk delirium postoperativt. Sammenliknet med pasientene som led av insident delirium skilte pasientene som utviklet prevalent delirium seg ut ved høyere forekomst av tidligere episoder av delirium, fall innendørs og obstipasjon.

2.1.4 Forebygging og identifisering av delirium

Et viktig prinsipp i forbygning av delirium er å behandle symptomer som kan lede til et delirium, det innebærer for eksempel å behandle infeksjoner, feber og smerter (Gustafson, Lundstrom, Bucht, & Edlund, 2002). Ofte er det bakenforliggende årsaker som fører til delirium, når disse ikke behandles vil pasienten kunne komme inn i en ond sirkel der fysiske plager gir økt stress som igjen gir økt fare for å utvikle delirium og forsterkning av stressopplevelsen. Gustafson hevder god pleie med et trygt og oversiktlig pleiemiljø er en hjørnefaktor i forebygging av delirium (ibid). Prinsipper for å forebygge delirium tar utgangspunkt i predisponerende og kjente utløsende faktorer, identifisering av disse hos pasienten og deretter behandle så optimalt som mulig. Det ser ut til å være stor enighet om at behandling i stor grad er sammenfallende med forebyggende tiltak. Følgende prinsipper anbefales for forebygging og behandling av delirium: god oksygen tilførsel, adekvat væsketilførsel, ro og hvile, redusere/unngå bruk av permanent kateter og tvangstiltak, sørge for tilfredsstillende eliminasjon, korrigerer sansesvikt (bruke briller og høreapparat), mobilisering, god oksygenering (bt, puls og O₂), redusere medikamenter til et minimum og gi god smertelindring (Ranhoff, 2008a). Omgivelsenes betydning understrekes i behandlingsanbefalinger og innebærer; synlig klokke og kalender slik at pasienten lettere kan orientere seg, tilby pasienten hans favorittmusikk, dempet belysning, pleiekontinuitet med så få ulike pleiere som mulig samt pårørende tilstede som kan skape trygghet for pasienten (Gustafson et al., 2002).

Pasienter med demenssykdommer og kognitiv svikt har stor risiko for å utvikle delirium og bør prioriteres for operasjon (Edlund, 2007). Tilstanden er blitt et eget begrep i nyere litteratur; Delirium superimposed on dementia (DSD) (Fick, Hodo, Lawrence, & Inouye, 2007). Delirium kan også være første tegn på demenssykdom, mange pasienter utvikler demens etter en episode av delirium tilstand (Ranhoff, 2008a). Det finnes ingen diagnostisk

test for påvisning av delirium, og i praksis kan det være vanskelig å skille delirium fra demens. Skille mellom delirium og demens kan forklares slik:

Demenssykdommer har det felles at de utvikler seg langsomt, de har et kronisk forløp og en beslektet patofysiologi, der det sentrale trekket er et gradvis svinn av hjerneceller. Delirium er derimot et symptomkompleks og ikke en egentlig sykdom, og patofysiologien er mer uklar (Ranhoff, 2008 a, s. 398).

Demens og delirium er de vanligste formene for kognitiv svikt hos gamle. Delirium må oppfattes som en alvorlig tilstand som krever rask behandling. Manglende diagnostisering av demens og delirium kan øke faren for at negative konsekvenser som økt sykkelighet og død oppstår. Diagnosene skilles best ved å ta utgangspunkt i sykehistorien; demens utvikles langsomt i motsetning til delirium som oppstår akutt. Andre klare forskjeller er at demens er kronisk i motsetning til delirium som vanligvis har kort varighet. Delirium kan som oftest knyttes til en faktor som sykdom eller skade (Hills, 2008; Ranhoff, 2008a). Med bakgrunn i behov for differensiering mellom delirium og demenssykdommer i praksis, og det faktum at delirium ved demenssykdom er underdiagnostisert av medisinsk personale, har forskning vært opptatt av å finne gode metoder for å identifisere delirium hos personer med demenssykdom (Edlund, 2007; Fick et al., 2007; Milisen, Lemiengre, Braes, & Foreman, 2005).

Utgangspunktet for interessen er høy forekomst av delirium hos personer med demenssykdom innlagt i sykehus, og de konsekvenser delirium kan få for både pasienten og tjenestetilbudene. Differensieringen representerer en utfordring i praksis og pasienter som har mental svikt utelates i noen studier. I en oversiktsartikkel har Neitzel (2007) gjennomgått elleve studier av forekomst av delirium hos ortopediske pasienter der lavest forekomst var 5,1 % (Edelstein et al., 2004), høyeste påviste forekomst var på 61 % (Gustafson et al., 1988). Den store variasjonen i forekomst tilskriver hun metodiske forhold grunnet vansker med å differensiere mellom delirium og demenssykdommer. Det kan da stilles spørsmål ved om lave tall er relevante, i og med høy alder kombinert med demenssykdom øker risiko for å utvikle delirium. Ulike tidspunkt for registrering anslår Neitzel (2007) som en annen grunn til de relativt store forskjellene i funn av forekomst, delirium opptrer fluktuerende; påvisning vil være avhengig av tilstandens fase i registreringsøyeblikket.

Det finnes diagnostiske kriterier for delirium i ICD – 10 og i DSM-IV. Diagnostiseringen angir ikke alvorlighetsgrad, noe som er av betydning både for forskning og klinisk praksis. Inoye og medarbeiderne (1990) har utviklet et kartleggingsverktøy, Confusion Assessment Method (CAM) der en benytter en kort screeningstest for å påvise delirium. Screening er inndelt med spørsmål i 4 trinn der en sjekker; debut og forløp, oppmerksomhet, desorganisert

tenkning og endring i pasientens bevissthetsnivå. Breitbart (Breitbart, 1997) utviklet; The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), en registrering ment for å avgjøre alvorlighetsgraden av delirium. MDAS er oversatt til norsk (Juliebø, Lerang, Skanke, Mowe, & Wyller, 2004) og består av flere trinn med spørsmål delt inn etter symptomatiske tegn der en avgjør alvorlighetsgraden på en skala fra 0 til 3. Områder som kartlegges er bevissthetsnivå, desorientering, hukommelse, oppmerksomhet, tenkning, persepsjon, vrangforestillinger, psykomotorisk aktivitet og søvn – våkenhetsrytmen. Begge kartleggingsverktøyene krever enkel opplæring og kan brukes av sykepleiere (Ranhoff, 2008a).

2.1.5 Forskning knyttet til pasienters erfaringer med delirium

Hensikten med Duppils & Wikblad (2007) studie var å beskrive pasienters erfaringer med å være deliriøse. Utvalget var pasienter som har gjennomgått hoftekirurgi og delirium, resultatene er derfor relevante for denne studien. Pasientene fortalte at opplevelse liknet på drømmetilstander og å være deliriøs opplevdes som dramatisk med sterke følelser av frykt, panikk og sinne. Når pasientene ”vendte tilbake til virkeligheten” oppgav de 15 pasientene som ble intervjuet at ingen hadde snakket med sykepleier om sine erfaringer. Flere gav uttrykk for at de trodde det ville vært godt å snakke med noen om sine opplevelser i etterkant av ett delirium. Studien konkluderer med at sykepleiere bør lytte til og samhandle med pasienten både i deliriøs fase og i tiden etterpå.

Studien til McCurren & Cronin (2003) hadde tre fokus; å beskrive endringene pasienten opplevde fra å være deliriøs til de igjen kunne tenke klart, å beskrive hva de husket, og å beskrive hva som hjalp pasienten gjennom opplevelsene. Pasientene blir også bedt om å komme med anbefalinger for sykepleiepraksis. Funn viste at pasientene i forbindelse med innleggelsen ønsket at de hadde fått terapeutisk informasjon om risiko for å få delirium og å bli forklart hva som kjennetegner en delirium tilstand. Pasientene mente at de da ville vært bedre forberedt og rustet til å forstå sin egen opplevelse av å være delirisk og med det redusere eget stress. I studien fremheves det at sykepleiere må vite hvordan pasienter opplever situasjonen for å kunne hjelpe og yte omsorg for pasienter med delirium. Pasientene mente sykepleierne burde ta initiativ til en samtale om deres opplevelser i etterkant av ett delirium for å oppklare situasjoner som virket uforståelige og skremmende. Studien viste at det er viktig for pasienten å få forklaring på hvordan deliriet kunne oppstå og få bekreftet at det ikke er en varig tilstand.

2.1.6 Sykepleiers rolle i forebygging og behandling av delirium

Sykepleie knyttet til tilstanden delirium er et sentralt og viktig område for sykepleiefaget. Gustafson (2002) sier det på følgende måte: ”Att förebygge och behandla delirium är en utmaning som setter sjukvårdens kompetens och skicklighet på svåra prov” og: ”samtidig finns det knappast någon pasientgrupp som ställer så stora krav til god omvårdnad och där den ’goda omvårdnaden’ är nödvändig för att ett delirium skall kunna behandlas framgångsrikt” (ibid, s.813).

Hva anbefalingen *god sykepleie* som ett anbefalt tiltak innebærer er ikke nærmere utdypet i retningslinjen fra Norsk Geriatrisk forening (2003). Svaret kan delvis finnes i en fagartikkel som stiller spørsmålet: ”Does it matter who delivers the care?” hvor forfatteren understreker sykepleiers rolle og kommer med anbefalinger for sykepleiepraksis rettet mot å behandle delirium og agitasjon hos eldre ortopediske pasienter (Segatore, 2001). Fagartikkelen beskriver medikamentelle alternativ og gir retningslinjer for forebygging og intervensjon, samt diskuterer sykepleieres terapeutisk bruk av seg selv. Det konkluderes med at det er mulig å redusere alvorlighetsgraden av delirium ved bruk av tålmodighet og individuell tilnærming til hver enkelt pasient. Segatore (ibid) poengterer at kunnskap gjør en forskjell, og hevder det setter sykepleier i stand til å bedre forstå pasientadferd og ved det være bedre i stand til å møte pasienten. Artikkelen tar også opp pleieres behov for veiledning og samtale i etterkant av krevende situasjoner, samt omgivelsenes betydning for støtte til behandlingen. Kunnskap om kommunikasjon, da særlig overfor deliriøse pasienters varhet overfor non verbal kommunikasjon, og hvordan sykepleier kan påvirke samhandling ved egen adferd er ett viktig poeng i samme artikkel. Det gjøres også et poeng av og anbefales at ortopediske sykepleiere samhandler med kollegaer innen spesialfeltet geriatri (ibid).

Det er få beskrivelser og lite tilgjengelig forskning som har undersøkt hvordan sykepleiere beskriver og vurderer sykepleie til gamle pasienter med delirium fra et klinisk ståsted. Derimot er etiologi og patofysiologiske årsakssammenhenger med fokus på identifisering, forebygging og behandling av delirium hos akutt syke gamle beskrevet i medisinsk litteratur. Flere studier inkluderer sykepleietiltak som dokumentert effekt av forebygging og behandling av delirium (Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2005; Marcantonio, 2001; Milisen et al., 2001; Tabet et al., 2005). Et eksempel på pleiepersonells mulighet for å påvirke behandlingsresultater er en studie som ble gjennomført i medisinske avdelinger (Lundstrom et al., 2005). Ved først å gi pleiepersonell opplæring med fokus på vurdering, forebygging og behandling av delirium samt innføring av registreringer og tester knyttet til deliriske pasienter, konkluderte studien med at intervensjonen som ble igangsatt reduserte varighet av delirium og

liggetid i sykehus samt dødelighet hos deliriøse pasienter. Opplæring er også fokus i en annen studie (Tabet et al., 2005) som testet hypotesen om at opplæring og undervisning rettet mot pleiepersonell vil øke identifisering og redusere antall tilfeller av delirium, i en akutt medisinsk avdeling. Det pedagogiske opplegget hadde som mål å gi støttet kunnskapstilførsel og kompetanse til pleiepersonell. Det innebar en times forskningsbasert undervisning om delirium med påfølgende gruppe diskusjon der tidligere erfaringer fra praksis ble trukket inn. Resultater viste at forekomst av delirium ble betydelig redusert i intervensjonsgruppen (9,8 %) i forhold til en kontrollgruppe (19,5 %), pleiepersonalet som hadde fått undervisning registrerte flere tilfeller av delirium enn kontrollgruppen. Studien konkluderer med at et målrettet og lite kostnadskrevenne opplæringsprogram kan redusere forekomst av delirium hos gamle pasienter. Studiene som er omtalt her viser at sykepleieres rolle i identifisering og behandling av delirium er berettiget – samtidig kreves det en bevisst strukturert organisering og opplæring av personalet for å få ønsket effekt. Studiene peker på en tendens til at det generelle kunnskapsnivået hos sykepleiere ikke er godt nok, og det er nødvendig å sette inn målrettede opplæringstiltak og praksisrutiner.

2.1.7 Forskning knyttet til sykepleieerfaringer med deliriøse pasienter

Lou & Dai (2002) rettet sin forskning mot å forstå hvordan sykepleiere opplevde å gi omsorg til deliriøse pasienter. Forskerne konkluderer med at omsorg for pasienter med delirium er krevende og preges av en usikker pasientsituasjon og høy arbeidsbelastning. Resultater bygd på fire intervjuer viste at sykepleiere forsøker å skape balanse mellom uønskede pasientsituasjoner og stor arbeidsbelastning. Fire hovedområder som sykepleierne rettet tiltak mot for å rette opp ubalansen ble identifisert; a) sykepleierne støttet seg til pårørendes observasjoner og tilstedeværelse, b) de sikret pasienten for å hindre fall og fallskader med tilstedeværelse av pleiere eller pårørende, c) de rapporterte til ansvarlig lege med en gang deliriet var identifisert for å informere og gi medikamentell behandling, og d) sykepleierne samtale og støttet hverandre for å lette sine belastninger i vanskelige og uforutsigbare situasjoner. Resultatene viste at sykepleietiltakene rettet seg mot å handtere uønskede situasjoner, tiltakene ble betegnet som de beste tilgjengelige i øyeblikket men ikke alltid de mest korrekte.

En annen studie (Stenwall, 2007) har som mål å beskrive pleieres opplevelser og erfaringer med eldre konfuse pasienter, med fokus på hvordan sykepleiere opplever pasienter i deliriøs fase. Forskerne fant at møtet med pasienter i delirium ble sammenliknet med å møte ukjente personer med manglende tillit, der handling og ord i tillegg er uforståelige. Sykepleien

kjennetegnes ved å bruke seg selv som verktøy og av å alltid være i beredskap. Forskerne fant at omsorg for konfuse pasienter medfører stort ansvar i en situasjon der både pasienter og sykepleiere er sårbare.

Dahlke & Phinney (2008) studie belyser hvordan sykepleiere viser omsorg for eldre pasienter innlagt i ordinære medisinske avdelinger i sykehus og i risiko for å utvikle delirium. De fant at til tross for høy forekomst av delirium hos gamle pasienter i sykehus er sykepleieres oppmerksomhet i liten grad rettet mot tilstanden delirium. Sykepleierne beskrev flere strategier for å vurdere, forbygge og handtere delirium, som inkluderte observasjon, overvåkning og fysiske begrensninger. Forskerne fant at konteksten (ordinære sengeposter i medisinske avdelinger) påvirker sykepleieres oppmerksomhet og holdninger til eldre pasienter som skiller seg negativt fra sykepleieres holdninger til yngre pasienter. Prioriteringer og sykepleietiltak begrenset seg til å holde øye med pasientene og forsøke å kontrollere situasjonen. Studiens funn blir oppsummert i følgende fire punkter for sykepleiestrategier for å handtere gamle pasienter med delirium: 1) Vurderinger tas "på sparket". 2) Sykehusomgivelsene er ikke tilpasset gamle pasienters behov, 3) Negative holdninger til eldre er nøkkelfaktorer som hindrer effektiv behandling av gamle pasienter med delirium, og 4) Det er nødvendig å gi sykepleiere støtte for deres opplæringsbehov for å kunne vurdere, forebygge og behandle delirium. Studien konkluderer med at sykepleiere trenger kunnskap til å oppfylle akutt syke gamles unike behov.

2.2 Tre perspektiver på kunnskapsutvikling i sykepleiepraksis

Marit Kirkevold's teoretiske perspektiv på praksis slik hun vektlegger den i "Vitenskap for praksis?" er et referansegrunnlag for denne studien (Kirkevold, 1996). I arbeidet med å utforme dette studiet ble boka tidlig en viktig inspirasjonskilde, hennes forståelse av kunnskap og kompetanse tegner et bilde av en sykepleiepraksis som har gitt mening til å forstå sykepleiepraksisen denne studien omhandler. Kim's (2000) teori har vært et viktig bidrag til hvordan sykepleiepraksis kan forstås og settes inn i en teoretisk forståelse. Kims teoretiske rammeverk ble derfor viktig for fordypningen i å tenke og forstå teoretisk analyse av praksis. Tanner (2006) presenterer i en artikkel den praksisnære modellen: Clinical Judgement Model. Modellen bygger på en gjennomgang av ca. 200 publiserte studier der sykepleieres kliniske skjønn i praksis er tema. Å bruke modellen i denne sammenhengen er interessant fordi den presenterer faglig skjønn på en måte som fanger opp den deskriptive forskningen som er publisert, og en teoretisk opprasjonalisering av data fra klinisk sykepleiepraksis.

2.2.1 Overveielser og handling i sykepleiepraksis – to dimensjoner

Sykepleiefaget forholder seg til ulike aspekt, avhengig av kontekst og hvem sykepleien rettes mot. Kim (2000) deler sykepleie inn i domener eller områder, klientdomene, klient-sykepleier domene, praksis domene og omgivelsesdomene. Praksisdomenet omfatter hva og hvordan vi som sykepleiere utformer og utfører handlingene vi kaller sykepleie. Kim (ibid) argumenterer for at utvikling av teoretisk sykepleiepraksis er nødvendig for å kunne utvikle sykepleievitenskap. Hun sier videre at for å forklare egenskaper ved et relasjonelt fenomen i praksisfeltet tvinger behovet for normative teorier seg fram. Ved å utvikle praksisteorier kan fenomener observeres systematisk, og ved å skille de ulike bestanddelene i sykepleieprosessen fra hverandre blir vi i stand til å systematisere vår praksis. Kim påpeker dette for å synliggjøre hvilken betydning teori har for kunnskapsutvikling i sykepleiefaget. Å synliggjøre at kunnskapsutvikling fra praksis forutsetter en teoretisk måte å se praksis på er et viktig poeng når vi skal vitenskapeliggjøre praksisfeltet hevder Kim (ibid). Det innebærer at først når vi beskriver nøyaktige handlinger som utføres for å oppnå bestemte mål, og analyserer praksisen ved å benytte vitenskapelige modeller er vi stand til å forklare hva sykepleie er. Som vist i figur 2 synliggjør hun ett sett av intellektuelle og praktiske handlinger, og plasserer normative begrep inn i en modell med to dimensjoner av sykepleie: overveielse og handling.

Figur 2 Analytic representation of the conceptualization of nursing practice (Kim 2000, s. 135).

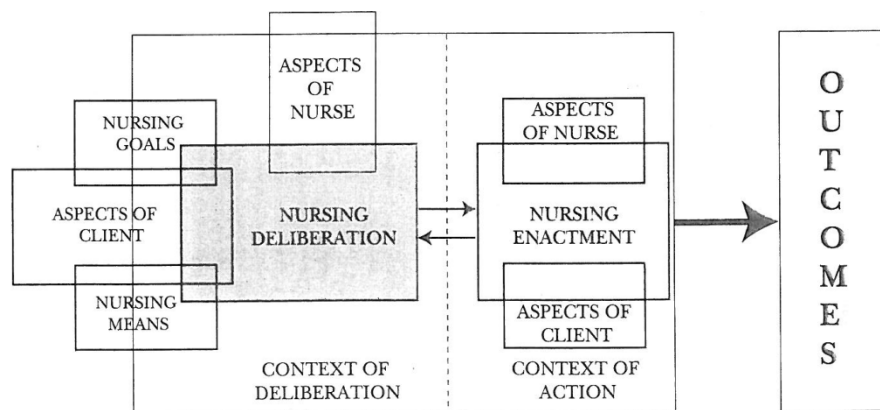


Figure 6.2 Analytic representation of the conceptualization of nursing practice.

Kim (ibid) hevder at fenomener og definisjoner som er aktuelle for forskning i sykepleie bare kan gi resultater dersom en har spesifikk teoretisk forståelse og kunnskap om praksisdomene innen sykepleie. Den komplekse sykepleiepraksisen indikerer at utøvelse av sykepleie

involverer et sett av handlinger. Disse handlingene deler Kim inn i to dimensjoner; ”the deliberation” (overveielser dimensjon) og ”the enactment dimension” (handling/beslutnings dimensjon). Å se forskjell på overveielser og handling gir mulighet for faseorientert analyse og kan skille mellom fenomen som hovedsakelig er knyttet til den mentale, kognitive (åndelige, sanselige) prosessen, og til de prosesser som er handlingsorientert. Overveielser i sykepleiepraksis sier Kim, er knyttet til det faktum at sykepleieren kan plassere den kliniske situasjonen i enten den sanselige eller intellektuelle dimensjonen. Kim plasserer kompetanseutvikling sentralt i sin praksisteori og forutsetter at det forut for en sykepleiefaglig beslutning og handling foregår overveielser av handlingsalternativer. Den kliniske beslutningsprosess kan variere fra sykepleier til sykepleier fordi ulike erfaringer, kunnskap og situasjoner fører til ulik handling. Når sykepleieren handler på vegne av pasienten, kan utfordringer knyttes til både faglige og etiske vurderinger (ibid).

Kim (ibid) mener sykepleie må ha i seg disse tre komponentene; teori, praksis og forskning. Med utgangspunkt i praksisdomenet kan vi forstå hvordan sykepleie gjennomført i praksis gjør en forskjell i det kliniske feltet. Ved vitenskapelige forklaringer på hva som foregår i sykepleiepraksis er sykepleiere i stand til å systematisere praksis og beskrive spesifikke handlinger rettet mot spesifikke situasjoner. Selve målet med vitenskapen i sykepleiefaget er å sette fokus på evnen til å foreskrive sykepleie tiltak. Verken den teoretiske eller praktiske delen av sykepleiepraksisen kan velges bort, de kan heller ikke betraktes som to ulike verdener. I sin alminnelighet er sykepleie betraktet som et fag der både teori og praksis er inkludert og utføres av den enkelte sykepleier, rettet mot en spesiell situasjon. Kim (ibid) hevder at samtidig med at sykepleie er et eget fag må sykepleiere erkjenne at det kan være vanskelig å beskrive og forklare hva som utgjør forskjellen mellom faglig begrunnet sykepleie og omsorg, og den allmenn menneskelige utøvelse av omsorg. Ufordringen ligger i å finne måter å vise hvordan sykepleie er forskjellig fra vanlige menneskers handlinger sier Kim (ibid). Det teoretiske aspektet i sykepleie ”need to focus on how such ordinary actions take a professional, nursing meaning and in what ways they become different from ordinary human actions” (Kim, 2000, s. 131).

2.2.2 Modell for klinisk vurdering i sykepleiepraksis

Modellen Tanner (2006) presenterer en sammenstilling av den voksende forskningen omkring klinisk skjønn i sykepleie. Artikkelen formål er å; sammenstille, se på hvilke oppsummeringer og konklusjoner som kan trekkes av litteraturen, samt å presentere en alternativ modell for klinisk skjønn som fanger opp den deskriptive forskningen som er

publisert. Tanner forstår klinisk skjønn i praksis med at sykepleiere fortolker eller trekker en konklusjon i en situasjon. Beslutning om å iverksette tiltak treffes på bakgrunn av pasientrespons, enten ved bruk av standardiserte tilnæringsmåter, improvisering av nye tiltak eller det som anses som nødvendig tilpasning.

Tanner hevder modellen (figur 3) gir begreper som kan benyttes til å beskrive hvordan sykepleiere tenker når de er utfører komplekse handlinger i bestemte kliniske situasjoner som krever faglig vurdering. På bakgrunn av studiene hun har analysert, mener hun å ha belegg for at erfarne sykepleiere gir omsorg for spesielle pasienter med en grunnleggende etisk forståelse av hva som er godt og rett og med en visjon for hva som er god omsorg.

Figur 3 Clinical Judgement Model (Tanner, 2006, s. 208).

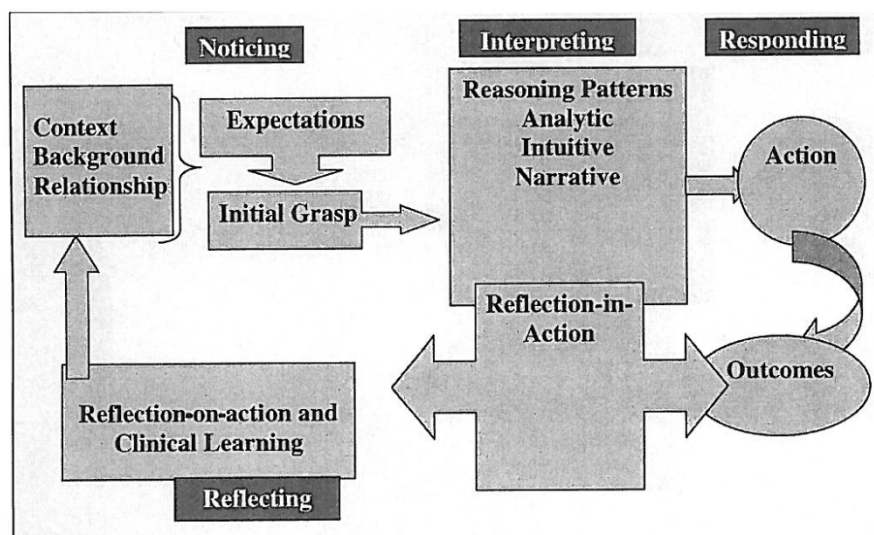


Figure. Clinical Judgment Model.

I modellen er oppmerksomhet (noticing) ikke nødvendigvis et resultat av det første trinnet av pleie prosessen; vurdering. Sykepleiers forventninger til situasjonen kan i stedet være utgangspunkt for hennes oppmerksomhet.

Tanner (ibid) formulerte hovedkonklusjonene i studiene hun gjennomgikk slik:

- Kliniske vurdering er mer påvirket av det som sykepleier bringer inn i situasjonen enn av objektive data om situasjonen.
- God klinisk vurdering handler til en viss grad om å kjenne pasienter og hans eller hennes typiske reaksjonsmønstre, samt engasjement i pasienter og hans eller hennes bekymringer.
- Kliniske vurderinger blir påvirket av konteksten der situasjonen oppstår og kulturen der den utøves.

- Sykepleiere varierer med å benytte analyse, intuisjon eller narrativ alene eller i en kombinasjon av ulike resonerings mønstre.
- Refleksjon over praksis er ofte utløst av en klinisk skjønnsmessig erfaring og er avgjørende for utviklingen av klinisk kunnskap og forbedring av klinisk resonnement.

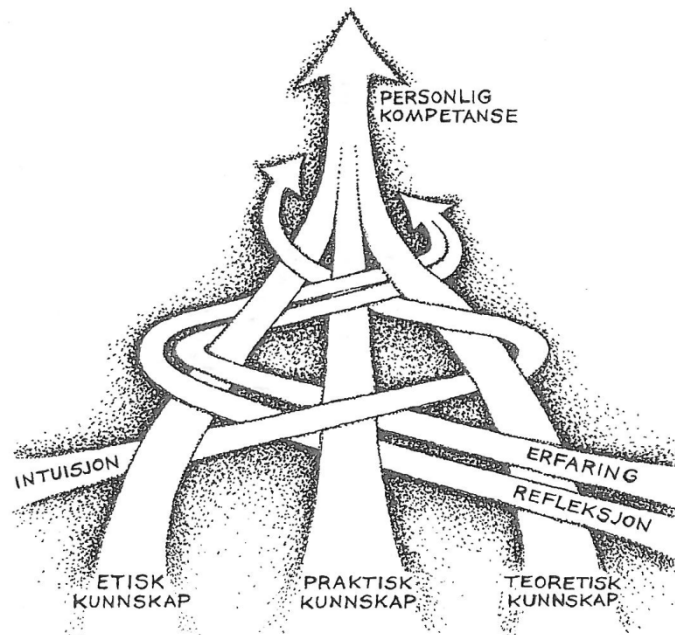
Tanners (ibid) modell er basert på disse generelle konklusjoner som understreker den sentrale betydningen sykepleieres bakgrunn, sammenheng med pasientsituasjonen og sykepleieres kontakt med pasienter har når det gjelder sykepleieobservasjon. Dette henger videre sammen med hvordan de tolker funn og resultat av tiltak, samt hvordan de reflekterer over resultatet. Tanner påpeker at modellen er relevant for akutte kliniske situasjoner som preges av raske endringer og som krever resonering og kontinuerlige vurderinger av tiltak ettersom en situasjon utvikler seg.

2.2.3 Personlig kompetanse og kunnskaps anvendelse

Kunnskap er et begrep med mange fasetter; enten konkret, bestående av fakta eller forskningsbaserte, foranderlige fakta med begrenset levetid. Det kan være sykepleiers kunnskap om riktig valg av utstyr og kunnskap om menneskelig adferd og kommunikasjon. I praksis setter teoretisk og praktisk kunnskap sykepleieren i stand til å handle. Sykepleieres handlingskompetanse avhenger av kunnskap og gjenspeiles i praktisk utførelse av sykepleie. For sykepleiere som har møter med pasienter i den kliniske hverdag vil erfaringskunnskapen endre seg ettersom praksis utøves og den enkelte får et stadig større erfaringsgrunnlag, i den sammenheng har lengde på yrkespraksis betydning. Kirkevold (1996) hevder at forskning kan avdekke og artikulere den implisitte kunnskapen som klinikere sitter inne med. En tilnærming til sykepleiepraksis ved å beskrive og tolke praksiskunnskap gir mulighet til å reflektere over de områder en ønsker å forbedre. Denne type kunnskap kan best fremkomme ved en fortolkende metode. Når en velger denne metoden sier Kirkevold, betyr det at man trekker ut fellestrekk, verdier, strategier og mål ved det de deltakende sykepleiere legger til grunn. Kunnskapen som fremkommer er på den måten bundet til den sykepleiepraksisen som var utgangspunkt for innsamlede data.

Kirkevold tar utgangspunkt i at sykepleiekunnskap har i seg både teoretiske og praktiske elementer og at komponenter fra flere områder inngår i den personlige kompetansen Kirkevold hevder at "Kunnskap må i stor grad ha form av kognitive og emosjonelle ferdigheter" (ibid, s. 35). Kunnskap deler hun inn i teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap. Dette knyttes i personlige kunnskapsanvendelse til refleksjon, erfaringer og intuisjon og utgjør den samlede personlige kompetansen, se figur 4 neste side.

Figur 4 Komponenter som inngår i personlig kompetanse (Kirkevold, 1996, s. 29).



Figur 3 Komponenter som inngår i personlig kompetanse

Teoretisk kunnskap hos sykepleier starter med teoretisk undervisning i utdanningsforløpet, teorien er målrettet og knyttet opp til utdanningens krav og målsetninger. Utvikling av teoretisk kunnskap etter endt utdanning er den enkelte sykepleiers ansvar (Helsepersonelloven, 2007). Kirkevold (1996) omtaler teoretisk kunnskap som abstrakt, generell, objektiv og lovmessig, men ikke verdinøytral forstått som uten påvirkning av menneskelige verdier. Teori presenteres som regel i skriftlig form, er personuavhengig og offentlig tilgjengelig. Felles teoretisk kunnskap gjør sykepleiere i stand til å forstå og beskrive bestemte forhold og fenomen med utgangspunkt i en felles språklig forståelse. Teoretisk kunnskap har som mål å forstå og forklare på et abstrakt nivå og rettes vanligvis ikke mot å løse konkrete praktiske spørsmål. Selv om Kirkevold (ibid) deler kunnskap inn i teoretiske og praktiske kunnskaper, peker hun på at de to formene står i et motsetningsforhold til hverandre. Praktisk kunnskap er subjektiv og tilegnes av sykepleier gjennom praktisk øvelse i handling. Sykepleier utvikler kunnskap gjennom innsikt og ferdigheter via bestemte situasjoner som kan overføres til andre situasjoner, en såkalt lærerik erfaring. Repeterende praksis gjør sykepleier i stand til å differensiere pasientsituasjoner gjennom å se ulikhet i tilsynelatende like situasjoner. Erfaringer i praksis setter sykepleier bedre i stand til å gjøre seg opp en mening om hvordan virkeligheten presenteres seg og kan generalisere ved å skille det vesentlige fra det uvesentlige. Praksis kunnskap er nært knyttet til refleksjon. Kunnskap kan være verdinøytral, men praksis kan ikke være det, sier Kirkevold (ibid). Sykepleiere står overfor

situasjoner som krever kunnskap og ferdigheter i å ta etisk forsvarlige avgjørelser. Etisk kunnskap er nært knyttet til moral og verdisyn som når den er en integrert del av mennesker vil gjenspeiles og komme til uttrykk i praksis. Dette forholdet er et viktig aspekt ved sykepleieres kunnskap og kompetanse i møte med pasienter. Den reflekterte sykepleier kan ikke se bort fra denne siden ved praksisutøvelsen. Samhandling med andre mennesker krever ryddighet i forhold til profesjonalitet og personlige holdninger, en bevisstgjøring hos sykepleier er derfor nødvendig.

Refleksjon i praksis forstås vanligvis som å stoppe opp og se tilbake på en praksishendelse. Med henvisning til Schön peker Kirkevold (ibid) på at refleksjon har en tilhørighet til ordet refleks, og refleksbevegelse. Noen situasjoner fremkaller en refleksbevegelse som er en ubevisst handling, det er en forståelse av ordet refleksjon som står i motsetning til refleksjon i handling som er situasjoner der en stopper opp for å overveie en handling, en uvilkårlig handling. Uvilkårlig handling er vanlig i sykepleies hverdag fordi de ofte står overfor situasjoner som følger en annen handlingsrekke enn forventet og dermed krever at sykepleier stopper opp for å overveie handlingsalternativer i den kliniske situasjonen, refleksjon i handling. Når refleksjonen gjøres i ettertid, intensjonell refleksjon, refleksjon over handling, knyttes den opp til konkrete hendelser eller mer generelle problemstillinger (ibid). Intensjonell refleksjon kan få en til å se sin praksis og sine handlinger i et nytt og innsiktsgivende lys. Dermed kan en gjenoppdage vesentlige sider som har kommet i bakgrunnen, revurdere målene og hensikten med det en gjør, og vurdere om metodene en bruker er de beste (ibid). Ved refleksjon etter handling kan sykepleier skape en sammenheng og forståelse i usikre og uforståelige situasjoner. Kirkevold (ibid) forstår refleksjon som en metode til å se en situasjon på for å finne en god og riktig forståelse eller for å komme frem til en forklaring på en hendelse. Til begrepet refleksjon hører også kritisk tenkning. Vanemessige handling er ”en trussel for kyndig utøvelse av sykepleiefaget” (ibid s. 33). Kritisk tenkning innebærer at en må være oppmerksom på å ikke vurdere en situasjon ved å se etter ”selvoppfyllende profetier” i det ligger det fare for feiltolkninger. I stedet må oppmerksomheten rettes mot de aspekt ved situasjonen som ikke var like synlige, men som kan ha hatt betydning.

Kompetanse kan være formell og uformell og består av tre hovedelementer; kunnskaper, ferdigheter og evner hevder Kirkevold (1996). Kompetanse innebærer å forvalte et ansvar slik det stilles krav til faglig kompetanse i faglig forsvarlig sykepleie. Hvis sykepleier mangler kunnskapen som må ligge til grunn for en bestemt sykepleiehandling vil hennes kompetanse trekkes i tvil, selv om hun har en formell sykepleiekompetanse (ibid). Skau (2005) hevder

kompetansebegrepet er kontekstuellet og gir bare mening i en sammenheng, det står i forhold til noe, det kan være en oppgave eller et yrke. Av det kan en trekke at sykepleiefaglig kompetanse vurderes ut fra konteksten sykepleie utøves innenfor. Kirkevold (ibid) støtter dette ved å hevde at ”god sykepleie er avhengig av den konteksten sykepleien blir utøvd innenfor” (s. 66), og sykepleiepraksis varierer med tanke på sykepleieutøvelsens fokus, kunnskap - og ferdighetskrav, beslutningskrav, tid, handlingstvang, ansvar og hvem sykepleier samhandler med. Kontekst omfatter alt fra utdanningsbakgrunn, personalsituasjon til organisering av den virksomheten sykepleien foregår innenfor (Kirkevold, 2001). Kirkevold (1996) diskuterer også den idémessige siden av konteksten; idégrunnlaget sykepleien bygger sin virksomhet på i en organisasjon. Idégrunnlaget er avgjørende fordi det setter rammer og gir retning for konkrete pasientsituasjoner i praksis. Denne tenkningen utdyper hun med ett eksempel som viser hvordan sykepleien blir påvirket når den rådende idé er basert på høyteknologisk medisinsk behandling og økonomi knyttet til liggetid i sykehus. De sykepleiefaglige kvalitetene som er tar utgangspunkt i pasientens behov, var ofte ikke i samsvar med sykehusets tenkning i eksemplet. Med utgangspunkt i opplevelsen av at noe manglet i pleien ble det nedsatt et utvalg som utredet sykepleiernes hovedansvar for pasientene. Utvalget tok utgangspunkt i pasientgruppen og behandlingenes karakter og utarbeidet et forslag til overordnet tenkningsgrunnlag fundert på en omsorgsfilosofisk tenkning. De nye formuleringene gav som resultat at sykepleierne begynte å se deler av sin praksis på nye måter. Den førte også til endringer av mottak og ivaretagelse av pasientene. Ansvarsforhold ble avklart og gode rutiner for overflyttinger ble vektlagt. Kirkevold (ibid) peker med dette på at måten sykepleiere ser sin egen praksis på får direkte konsekvenser for praksis idet det gir føringer for hva som skal vektlegges og prioriteres. Det får betydning for organisering og gjør det enklere å identifisere god eller dårlig praksis. I denne sammenheng reiser Kirkevold (ibid) spørsmål til hva sykepleievitenskapen kan bidra med. Hun forsvarer med det den abstrakte og systematiske refleksjonens plass i praksis, og forklarer hvorfor det synes vanskelig å overføre abstrahert kunnskap til praksis slik:

Forventningen om at teoretisk (vitenskapelig) kunnskap skulle kunne anvendes direkte i klinisk praksis, har stått i veien for at denne kunnskapen er blitt brukt. Det har gjort at man ikke har gått i gang med det omfattende arbeidet det er å lede praktiske konsekvenser av abstrakte ideer (ibid, s. 68).

3 STUDIENS DESIGN OG METODE

I dette kapitlet beskrives studiedesign, metode og metodiske vurderinger som er gjort i forbindelse med forberedelse og gjennomføring av studien. Thomassen (2006) omtaler metoder som fremgangsmåter som knytter forbindelse mellom teori og det virkelighetsområdet vi studerer, og er den valgte strategien som brukes for å få svar på spørsmål som stilles. Metode er nært knyttet til måten data samles inn og analyseres på. I kvalitativ metode er observasjon og intervju de mest brukte tilnærmingene, i dette studiet er fokusgruppe intervju valgt som metode. Kjennskap til feltet som skal studeres og deltakernes felles grunnlag å diskutere ut fra, har vært viktig for valg av metode. Forskningsspørsmålet har også vært bestemmende for hvilken metode studien benyttet. Spørsmålet: ”Hva kjennetegner klinisk sykepleie rettet mot tilstanden delirium hos syke gamle innlagt i sykehus for ortopedisk kirurgi?”, synes å profitere på en metode som åpner for refleksjon knyttet til sykepleieres tanker og erfaringer. Problemstillingen angir at det er forhold ved klinisk sykepleiepraksis som skal undersøkes, og studien innhenter data fra sykepleiere som med egne ord beskriver sine erfaringer knyttet til sykepleiepraksis i møte med gamle med brudd som er utsatt for å utvikle, eller som har utviklet delirium.

3.1 Kvalitativt design

I følge Kvale & Brinkman (2009) innebærer kvalitativ forskningsmetode alternative oppfatninger om sosial kunnskap, om mening og virkelighet, og dens økende popularitet skyldes en kvalitativ holdning i sykepleievitenskap. ”Ifølge denne holdningen må prosesser og fænomener i verden beskrives, før det kan utvikles teorier om dem, forstås før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter, før de behandles som abstrakte kvantiteter.” (ibid, s.28).

Den kvalitative forskningsprosessen kjennetegnes av en fleksibel prosess der det kan arbeides parallelt med ulike deler av prosessen. Det betyr at både problemstilling, data samling, analyse og tolkning kan ha en gjensidig påvirkning på hverandre i prosessforløpet. Kvalitativ forskning har dermed det en kan kalle en sirkulær form.

Datagrunnlaget er sykepleieerfaringer knyttet til å forebygge og behandle gamle pasienter som innlegges i sykehus for brudd, og deres tendens for å utvikle delirium. Muntlige kilder er viktige i forskning som har som mål å få frem et visst syn eller en type forståelse. Samtalen er

egnet til å få frem kunnskap om enkeltpersoners opplevelser og refleksjoner (Thagaard, 2003). Det kvalitative metodevalget i denne sammenhengen henter støtte fra Kirkevold (1996) som sier at beskrivelse av praksiskunnskap kommer best fram ved en fortolkende metode fordi en der kan trekke ut fellestrekk ved praksis, og fra Thagaard (2003) som hevder fortolkning har en sentral plass innenfor kvalitative metoder når målsetningen er forståelse. Kvalitativt design gir mulighet til å samle inn data som gir en beskrivende og refleksiv forståelse av praksis når deltakerne har sitt daglige arbeid i praksisfeltet.

3.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuet kan ha tre ulike tilnæringsmåter; det kan være utforskende og søke kunnskap som er ukjent for forskeren (eksplorerende), det kan søke etter årsakssammenhenger (objektiv), og det kan studere ulike fenomener (Krueger & Casey, 2000) Denne studiens tilnærming er i hovedsak eksplorerende. Fokusgruppe intervju blir brukt innenfor samfunnsvitenskap og kvalitativ forskning som involverer mennesker. Metoden er systematisk samtidig som den åpner for fleksibilitet. Den bygger på at forståelse og sammenheng er felles for mennesker, at sosial mening blir til i samhandling mellom mennesker, samt at gruppen har en felles forståelse av meningssammenhengen. Fokusgruppe intervjuet ligger nært opptil samtaleintervjuet eller en gruppediskusjon, men skiller seg likevel fra disse fordi den har en klar hensikt, og ledes av en moderator som holder samtalen rundt et bestemt tema (Halkier, 2002). Gruppens moderator forsøker å få frem deltakeres pragmatiske og emosjonelle forståelser på ulike måter.

For å identifisere kjennetegn på praksis er denne studiens utgangspunkt å få data der deltakerne som gruppe beskriver og forstår praksis. Gruppens forståelse anses som viktigere enn hva den enkelte deltaker gir av informasjon. En gruppe bærer i seg muligheten for å bli mer enn summen av hver enkelt deltaker, en synergi som ikke oppnås ved å intervjuer enkeltpersoner alene. 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 utløser på den måten en gjensidig forsterkning.

Sykepleie er et eksempel på et praktisk yrke som innebærer tause handlinger, som ofte ikke meddeles verbalt eller skriftlig. På bakgrunn av det stod synergi aspektet ved fokusgruppeintervjuet sentralt når dette ble valgt i denne studien. Antakelsen om at sykepleiere har liten øvelse i å beskrive og formulere erfaringer fra praksissituasjoner muntlig,

var en forforståelse hos intervjuer. En forventning til at fokusgruppen vil stimulere til refleksjon omkring egne erfaringer i samspill med kollegaer og at det ville være lettere å få den type data i en fokusgruppe som følge av en gruppedynamikk i motsetning til personlige intervjuer var også tilstede. Valg av fokusgrupper gav tro på at det vil være enklere å verbalisere praksiskunnskap og gjøre refleksjoner sammen med andre på bakgrunn av erfaringer. Molander (1996) sier om begrepet taus kunnskap, at kunnskap som er forankret i praktiske yrker ofte kalles kunst der kunsten finnes i handlaget og i de vurderinger som utføres til sammen. Det er det rette håndlaget, blikket for hva som skal gjøres og å vite når det skal gjøres. ”Den levande kunskapen, som den bärs og yttrar sig i mänskliga liv och engagement, står i sentrum för den tysta kunskapen, inte det nedskrivna, det abstrakta, det distanserade” (ibid s.38). Med tanke på overføring av kunnskap er det nødvendig å beskrive den abstrakte uskrevne kunskapen. Intervjuer var ikke opptatt av at gruppeprosessen ville få frem nye ideer eller løsningsforslag, men ønsket at gruppen kunne få frem beskrivelser av erfaringer og praksisrefleksjoner det ellers ville være vanskeligere å få tilgang til. Ved å føre sykepleiere med lik praksisbakgrunn sammen ønsket en å oppnå at samtalene i gruppene gjorde det enklere for den enkelte å formulere seg og sette ord på faktorer og kjennetegn vedrørende sykepleiepraksis.

3.2.1 Styrker og begrensninger ved fokusgruppeintervju

Halkier (2002) trekker frem at fokusgruppeintervju først og fremst er en sosialt orientert metode som kombinerer studie av interaksjon, holdninger og erfaringer hos informantene. Metoden er mindre egnet til å fremskaffe data om individers livsverden fordi den enkelte gis mindre plass i et fokusgruppeintervju i motsetning til et individuelt intervju. Det regnes også som sannsynlig at atypiske forståelser og trekk vil bli underrapportert i fokusgruppeintervju på grunn av den sosiale kontrollen i gruppen (ibid). Det er en svakhet ved fokusgruppeintervjuet at den sosiale kontroll kan hindre at enkelte perspektiver blir presentert. Dette stiller heller ikke et individuelt intervju noen garanti for, det ses derfor ikke på som et tungtveiende argument. Den sosiale interaksjonen har betydning for å unngå misforståelser som ellers kan forekomme i individuelle intervjuer, for eksempel vil spørsmål som blir oppfattet ulikt eller som gir en annen respons enn forventet, ha større mulighet for å bli avdekket. Troverdigheten av data basert på gruppeinteraksjonen sannsynliggjøres i og med at deltakerne fremstår troverdig for hverandre og dermed for resultatene. En svakhet er moderators begrensede mulighet til kontroll i intervjusituasjonen fordi deltakerne influerer på

hverandre. Det kan begrense variasjonen i deltakernes beskrivelser. Irrelevante diskusjoner kan oppstå i intervjuet, og kreve at moderator holder gruppen fokusert.

Et argument som støtter valget av fokusgruppe er at en får inn forholdsvis mye data om et bestemt fenomen på relativt kort tid. Ved å sammenholde mulige konsekvenser, styrker og begrensninger fokusgruppeintervju kunne få for studiet ble verdien av styrkene vurdert til å veie tyngre enn de begrensningene fokusgruppeintervju kunne gi. Mulighet for å få mye data på relativt kort tid gjennom hurtig og effektiv innsamling av data, samt dataens troverdighet i en gruppe der deltakerne er kollegaer med samme yrkesbakgrunn ble vurdert som sentralt og viktig for gjennomføring av studien

De utfordringene jeg møtte i dette arbeidet belyses i kapitlet 3.3.4, der jeg setter kritisk lys på eget arbeid.

3.2.2 Valg av antall og størrelse på fokusgrupper

Når en designer en fokusgruppetudie er det ideelle teoretiske mål å intervju til en har nådd punktet der en ikke lenger får ny kunnskap. I forhold til antall grupper anbefales det i følge Krueger & Casey (2000) som en tommelfingerregel, å planlegge tre eller fire grupper. Det sies videre å være vanlig at de to første gruppene gir en relativt stor mengde informasjon, mens det tredje eller fjerde intervjuet ofte bekrefter den informasjonen som allerede er avdekket (Krueger, 1994).

Temaet i et fokusgruppeintervju kan knyttes til en begrenset gruppe med lik bakgrunn som har de samme synspunktene, og det behøves da færre grupper (Krueger, 1994). I den foreliggende studien er utvalget sykepleiere med erfaring fra ortopedisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Ulike sosiale kriterier som hadde behøvd et større antall fokusgrupper er ikke tilstede. Dette tilsier at det er tilstrekkelig med et mindre antall fokusgrupper. På bakgrunn av det falt valget på tre fokusgrupper sammensatt av sykepleiere i to ortopediske avdelinger; to grupper fra den ene avdelingen og en gruppe fra den andre. Fordelingen er basert på praktiske forhold, og ikke på å favorisere den ene avdelingen fremfor den andre. Valg av gruppestørrelse er en avveining mellom tilfredsstillende informasjon og effektiv gruppedynamikk. I forhold til antall deltakere hevder Krueger & Casey (2000) at det ideelle antallet er fra seks til åtte deltakere i studier som ikke er kommersielle. Det tilføyes at gruppedynamikken endres når gruppen blir så stor at deltakerne må vente med å svare fordi flere i gruppa vi ha ordet. Da kan det lett oppstå situasjoner der viktig informasjon blir tildelt en annen deltaker og ikke kommer frem som informasjon til moderator. Fokusgrupper omtales også som en gruppe på fem eller flere (Pilot, 2004). Mindre grupper anbefales særlig når

temaene er følelses relatert eller på andre måter sensitive (ibid). Jeg har valgt seks deltakere i hver fokusgruppe. Da har jeg tatt hensyn til gruppeprosess, tilstrekkelig mengde data og at størrelsen på gruppen er innenfor det jeg som student og moderator har kapasitet til å lede. I lys av at dette er et studentprosjekt støtter studiet seg også til anbefalinger om å ikke skaffe for store mengder data, men heller få en mengde datamateriale som gjør det mulig å arbeide med en grundig analyse og fortolkning (Halkier, 2002). I masterstudiesammenheng er tidsaspektet knyttet til studieadministrative frister en viktig faktor. Arbeidsmengden og datamateriale er derfor forsøkt holdt på et akseptabelt nivå som kan forsvares i en masterstudiesammenheng, men som også tilfredsstillende kravene til et forskningsprosjekt. Det ble gjennomført ett intervju pr. gruppe. Resultatene fra de tre intervjuene utgjør datagrunnlaget. Den fortløpende analysen viste at resultatene for de tre gruppene fremstod som relativt entydige og utfyllende, og en anså det derfor ikke som påkrevd å gjennomføre oppfølgingsintervju i gruppene.

3.2.3 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuer benyttet intervjuguide (vedlegg 1) som et hjelpemiddel for å få svar på problemstillingen. Kirkevolds (1996) syn på sykepleieres personlige kompetanse og utvikling av sykepleiepraksis ved å studere i praksisfeltet var et grunnleggende utgangspunkt for utvikling av intervjuguiden. Intervjuguiden tjente to formål; sikre at det en ønsket svar på ble tatt opp i løpet av intervjuet og å sikre at de samme temaene ble berørt i alle tre intervjuene. Guiden ble delt inn i to områder ved tilstanden delirium; forbygging og behandling. Spørsmålene ble utformet innenfor de to områdene og organisert i forhold til pasientforløpet; innkomst, under oppholdet og ved utreise. Til hver av disse tre fasene bad jeg gruppene om å beskrive hvilke observasjoner, vurderinger, tiltak og evalueringer de utførte. Denne måten å organisere guiden på var forankret i Kims (2000) analytiske skille mellom overveielsen og handlingen. Underveis i intervjuet var det viktig å forsøke å få tak i hva som var styrtende for sykepleieres oppmerksomhet i møte med pasienten.

Krueger & Casey (2000) hevder en kan forvente at det tar lengre tid å besvare spørsmål som stilles i en fokusgruppe enn ved spørsmål som stilles i individuelle intervju, dette har sammenheng med gruppeprosessen og de refleksjonene som foregår i en gruppe. På bakgrunn av det anså jeg det som viktig å stille så få spørsmål som mulig i intervjuet. Jeg brukte forfatterens råd angående formulering av spørsmålene og spørsmålenes rekkefølge. Det innebar å gi støtte til den muntlige formen på intervjuet ved å formulere spørsmålene så nær muntlig språk som mulig, dessuten var det et mål at spørsmålene skulle være enkle å stille og

enkle å forstå. Det innebar å ikke ta i bruk synonymer, men være tro mot ett begrepsvalg, for å unngå uklarhet og skape forvirring hos deltakerne. Det ble også tilstrebet at guiden inneholdt åpne spørsmål som gav deltakerne mulighet til å forklare, beskrive eller illustrere.

For å teste intervjuguiden ble spørsmålene stilt til en sykepleierkollega som har sitt daglige arbeid i klinisk praksis. Hensikten var å få bekreftet eller avkreftet om spørsmålene ble oppfattet slik intervjuer ville de skulle oppfattes og dermed gi svar på studiens problemstilling. Testen gjaldt kun utprøving av hvordan spørsmålene fungerte, testintervjuet inngikk ikke i studiet. Sykepleierkollegaens svar på spørsmålene gav en ide om hvordan sykepleiere oppfattet spørsmålsformuleringen. Testen ble gjennomgått tidlig i arbeidet. Støtten var derfor mer av en generell art knyttet til hvilke områder det skulle stilles spørsmål fra, og hvordan formuleringer ble oppfattet enn korrigeringer av konkrete spørsmål som ble endelige.

3.3 Rekrutteringsprosedyre og datasamling

Studiens utgangspunkt er tre fokusgruppeintervjuer der sykepleiere beskriver erfaringer fra pasientsituasjoner med gamle pasienter innlagt i ortopedisk avdeling i fare for- eller som har utviklet delirium. Aktivitetstall for 2008 er i en avdeling; antall innlagte pasienter 1708, gjennomsnittlig liggetid 4,2 døgn, andel øyeblikkelig hjelp 63,2 %. Tallmaterialet fra den andre avdelingen var dessverre vanskelig tilgjengelig, det samme gjelder tall for aldersfordelingen i pasientgrunlaget.

3.3.1 Rekruttering av deltakerne

Det er et mål at empirien som skal gi svar på problemstilling er så gyldig og troverdig som mulig. Det stod derfor sentralt å innhente data fra sykepleiere i et praksisfelt der en med stor sannsynlighet ville treffe informanter med erfaringer fra situasjoner der pasienten var i fare for eller hadde utviklet delirium. På bakgrunn av den relativt høye forekomsten av dette blant eldre pasienter som innlegges for hoftekirurgi, anså jeg det som relevant å henvende meg til sykepleiere som hadde sin praksis i ortopediske avdelinger med mottak av akuttinnlagte pasienter. Målet var å få beskrivelser som kunne representere praksis slik den faktisk gjennomføres, både fra erfarne sykepleiere og sykepleiere med kortere erfaring.

For å få tilgang til praksisfeltet har jeg lyttet til et sentralt råd fra andre studenter og forskere om å benytte etablerte kontakter i praksisfeltet hvis det er mulig. I en studiesammenheng er det en fordel å ha bekjente i praksisfeltet fordi det øker muligheten til å få støtte til både rekruttering og gjennomføring av intervjuene, noe som er sentralt for å kunne gjennomføre en

studie. Valget falt derfor på å rette en henvendelse til kontakter innad i sykepleieledelsen i en kirurgisk klinikk ved et sykehus i Sør-Norge. Etter først en uformell henvendelse der jeg undersøkte muligheten for tilgang til praksisfeltet, ble en formell skriftlig henvendelse sendt til to avdelingsledere for kirurgiske senger i Kirurgisk klinikk ved et Helseforetak, juli 2008 (vedlegg 3). I henvendelsen ble det bedt om tillatelse til å utføre studien i ortopedisk avdeling, samt om hjelp til å oppnevne en kontaktperson i hver enhet som kunne bistå med utsending av skriftlige forespørsler om deltagelse, og å samarbeide om den praktiske gjennomføringen av intervjuene. Henvendelsen gav positive svar og det ble oppnevnt en kontaktperson ved hver av de to avdelingene (vedlegg 4 og 5).

Kort tid etter at kontaktpersonene for studiet ble oppnevnt tok jeg kontakt og avtalte et møte på den enkelte avdeling. I møte med kontaktpersonene ble det avtalt tidsrammepunkter for intervju og avklart praktiske forhold omkring rekrutterings arbeid. Kontaktpersonene viste positiv velvilje, og motivasjonen til å delta ble særlig relatert til bidraget studien forhåpentligvis kunne representere i arbeidet med å utvikle en god praksis knyttet til eldre pasienter og tilstanden delirium i ortopediske enheter. Inklusjonskriteriene var autoriserte sykepleiere med minimum 50 % stiling og arbeidssted i ortopedisk avdeling. Ved utvelgelse av deltakere ble det ikke satt kriterier for varighet på praksis, kjønn eller nasjonalitet, eller utdanningssted. I møtet med kontaktpersonene ble forhold med hensyn til hva som økte mulighet til å få data, bla deltakeres evne til å uttrykke seg muntlig og til å delta i en gruppe samtale belyst. Informasjonsskriv og skjema for samtykkeerklæring (vedlegg 6), frankerte konvolutter for utsending og svarkonvolutter til kontaktpersonene ble utdelt i møtet. Kontaktpersonene tok på seg ansvar for rekruttering av hhv. seks og 12 offentlige godkjente sykepleiere som jobbet i de aktuelle avdelingene, etter oppsatte inklusjonskriterier. Rekrutteringen holdt frem til ønsket utvalg ble nådd, nært opp til dato for gjennomføringen av intervjuet. Jeg mottok samtykkeerklæringene i posten og hadde ingen kontakt med informantene før intervjuet ble gjennomført.

3.3.2 Det endelige utvalget

18 offentlig godkjente sykepleiere med fra fire måneder til 14 års erfaring fra ortopedisk sengepost, sa seg villig til å delta i studien. Tre deltakere møtte av ulike årsaker ikke opp til intervjuene, det endelige antallet ble av den grunn 15 sykepleiere. Alle sykepleierne jobbet turnus og skift med vakter hverdag og helg, ti sykepleiere jobbet tredelt, med vakter hverdag og helg fordelt mellom dag, aften og natt, fire sykepleiere jobbet todelt fordelt mellom dag og

aften og en sykepleier jobbet kun natt. Deltakere innenfor hver fokusgruppe hadde felles arbeidssted. Begge kjønn er representert, samt at utvalget representerer sykepleiere med ulike europeiske bakgrunn. Det var fire deltakere i det første intervjuet (Intervju A), fem deltok i det andre (Intervju B) og seks deltok i det tredje (Intervju C). Kontaktpersonene kontaktet deltakerne de selv hadde rekruttert og avtalte tid og sted for intervjuene. Kontaktpersonene utgjør ikke en del av utvalget.

Sykepleierne som deltar i den enkelte fokusgruppen er ansatte i samme enhet og representerer dermed praksisen slik den utføres i den enkelte enhet. Det er viktig å understreke at analysen ikke konsentrere seg om å sammenlikne ulike gruppers informasjon men heller å sammenstille data fra tre, i utgangspunktet likt sammensatte grupper. Intervjuene ble gjennomført med deltakere som har sin kliniske praksis fysisk adskilt, fordelt på ortopediske avdelinger i to sykehus underlagt stedlig ledelse, men tilhørende samme klinikk, med felles overordnet ledelse. I det ligger det en mulighet for at det er utviklet ulike praksis noe som gir mulighet for å sammenlikne og se etter ulikheter i datamaterialet fra de ulike gruppene og undersøke om de ser ulikt på sykepleiepraksisen jeg belyser i denne oppgaven. Dette forholdet er imidlertid ikke fokus for dette studiet.

3.3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Intervjuene ble gjennomført i arbeidsrom for personalet på de aktuelle sykehusene. Dette var en viktig faktor for at intervjuene kunne gjennomføres. Tid for gjennomføring ble satt til tidsrommet før og etter vaktskiftet mellom dagvakt og aftenvakt. Tidspunktet ble valgt for å sikre at deltakerne i størst mulig grad kunne delta i forbindelse med sitt daglige arbeid.

Arbeidsrommene ble skjermet fra bruk av andre i tidsrommet som var avsatt til hvert intervju. Hvert intervju varte omtrent en og en halv time, medregnet informasjon og forberedelse til selve intervjuet. En diktafon ble benyttet til opptak av intervjuene. Ved det første intervjuet deltok en medstudent som assisterende moderator. Intervjuene ble gjennomført innenfor et tidsrom på tre uker. Det ble ikke tatt notater i løpet av intervjuet, men jeg hadde satt av tid i etterkant for oppsummering av intervjuers egne inntrykk og kommentarer fra deltakerne som kom umiddelbart etter at intervjuene var avsluttet.

3.3.4 Et kritisk blikk på eget arbeid

Hvis en tar utgangspunkt i at fokusgruppeintervju krever en trent intervjuer (Krueger & Casey, 2000), burde det bety at en i en studiesammenheng som denne, som uøvet intervjuer ikke burde benytte fokusgruppeintervju. Mangel på erfaring fra å intervjuer ble vurdert opp

imot erfaring fra å være personalleder sammen med en vurdering av fokusgruppeintervjuet som formålstjenlig for studien og egen nyssgjerrighet i forhold til å prøve ut metoden avgjorde dette valget. Å være moderator betyr i denne sammenhengen å intervju og følge med på at diskusjonen holder seg innenfor rammene som er gitt. I utskriften fra intervjuene synliggjøres det at enkelte utsagn kunne vært bedre fulgt opp, noe som kunne gitt rikere data. I ettertid er vurderingen at det med fordel kunne vært gjennomført prøveintervjuer med grupper for å vurdere egen intervjurolle. Dette ble også vurdert i forkant, men ikke gjennomført på grunn av begrenset tid. Dette ble delvis kompensert ved at moderator fikk økt erfaring gjennom intervjuene og ved at intervjurollen ble kontinuerlig vurdert ved å transkribere intervjuene fortløpende.

Avgjørende trekk ved fokusgruppeintervju som ble lagt til grunn for å velge denne metoden ble oppfylt. Deltakerne var oppmerksomme og gav innspill og refleksjoner til egne og andres uttalelser. Alle sykepleierne deltok i samtalen, samtidig som noen var mer verbalt aktive, mens andre inntok en mer lyttende holdning og kom med færre uttalelser innenfor gruppene. Intervjuene fremstod like i sin form på den måten at deltakerne var lydhøre og aktive. Det foregikk ikke parallelle samtaler. Deltakerne viste stor interesse for temaet noe som kan tilskrives temaets aktualitet og dets gjenkjennelse i sykepleiepraksis.

Det er et trekk ved fokusgruppeintervjuet at data skapes og frembringes i intervjusituasjonen, de blir ikke passivt samlet inn fra materialet som er bearbeidet på forhand. Det er derfor avgjørende å være kontinuerlig oppmerksomt lyttende til uttalelsene for å få frem så mye data om et emne som mulig. Å vite når en skal gripe inn i samtalen og introdusere nytt tema er derfor en utfordring ved fokusgruppeintervju. En trent intervjuer ville hatt bedre forutsetninger for å vite når det er nødvendig med pauser og sonderinger, og når en i intervjuet skal avslutte ett tema og introdusere ett nytt. Å stille oppfordrende spørsmål og be om utfyllende informasjon for å få detaljerte data er et område jeg i ettertid vurderer til å kunne vært bedre gjennomført og gitt bredere datagrunnlag i noen underkategorier.

Delirium var begrepet som gjennomgående ble benyttet i intervjuet. Under utarbeidelsen av intervjuguiden ble et spørsmål som omhandlet begrepsbruk hos sykepleierne forkastet. Sett i lys av resultatene kunne dette gitt større klarhet i hvilket innhold og betydning sykepleiere legger i benevnelsen en *delirium tilstand*.

Jeg kan ikke underslå eget engasjement og interesse for studiet og at dette har vært av stor betydning for gjennomføringen av studiet og for å gi det den retningen en har villet. Det

preger i første omgang problemstillingen og antakelig intervjuguide og også hvilke oppfølgings spørsmål som ble stilt spontant i intervjuene og hvordan svarene ble oppfattet. Som utrenet moderator kan dette ha forårsaket at noen tema ble mer fokusert på enn andre og påvirket det endelige datagrunnlaget. Ved gjennomgang av empirien ble det synlig at intervjuene gav deltakerne større mulighet til å prege empirien ut fra deres ståsted enn forventet. Antakelser om at intervjuers styring av samtalen ville gi data som inneholdt mine perspektiver ble dermed ikke innfridd, og gav et mer rikholdig og mer uventet resultat enn forespeilet

Enkelte aspekt viste seg underveis i intervjuet å være ukjente. Jeg valgte derfor å utdype noen spørsmål ved å referere til deler av det teoretiske utgangspunktet. Det gjaldt særlig spørsmål knyttet til begrepet hypoaktivt delirium, forbygging og betydningen av samtale med pasienten i etterkant av en deliriums episode. Det innebar at deltakerne, avhengig av den enkeltes forkunnskap, fikk undervisning og informasjon bygd på forskningsteori i intervjusituasjonen. Intervjuerens dobbeltrolle i intervjusituasjonen kan ha påvirket sykepleierne til å bidra med data på et høyere refleksjonsnivå enn det som reflekterer sykepleie praksishverdag.

Avdelingen som skulle rekruttere tolv sykepleiere arbeidet med rekruttering inntil kort tid før gjennomføringen av siste intervju. Det betød at jeg fikk informasjon om navn og ansiennitet umiddelbart før intervjuet ble gjennomført (Intervju C). Rekruttering til dette intervjuet gikk ifølge kontaktperson lettere enn til det første fordi det ble snakket i personalgruppen om at det første intervjuet opplevdes positivt av deltakerne som oppfordret sine sykepleiekollegaer til deltagelse. Flere i sykepleiergruppa ønsket av den grunn å delta. Dette forholdet kan ha gitt ulike forventninger og motivasjon til de to fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført i den ene avdelingen. Gjennomlesing i ettertid gir imidlertid ikke grunn til å hevde at dataene fra de to gruppene skiller seg vesentlig fra hverandre.

Bakgrunn som sykepleier gjorde at sykepleiernes ulike faguttrykk og utsagn gav en umiddelbar forståelse i intervjusituasjonen. Det er grunn til å tro at moderator fikk en raskere forståelse sammenliknet med en moderator uten sykepleiefaglig bakgrunn.

Intensjonen om å organisere intervjuet etter pasientforløpet viste seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis. Pasientsituasjonene og beskrivelsene ble mer utløst av det enkelte tema enn av hvor i pasientforløpet situasjonen oppstod. Dette oppfattes ikke som å ha vesentlig betydning for resultatene men var heller en utfordring i arbeidet med å kategorisere

materialet. Intervjuene var strukturert i forhold til pasientforløpet og fremsto derfor som mer krevende å bestemme og kategorisere.

Deltakerantall i hver fokusgruppe var i utgangspunktet planlagt til seks. På grunn av frafall ble dette redusert til fire og fem deltakere i to av fokusgruppene. Dette var en størrelse som viste seg å være gode å handtere samtidig som gruppen med seks deltakere ikke bidrog med større mengde data enn de to andre gruppene. Det gir grunn til å anta at gruppesammensetning er et like viktig aspekt som det totale antall deltakere i en fokusgruppe.

3.4 Analyseprosessen

Jeg påbegynte transkriberingen kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Intervjuene ble lastet ned til egen pc og transkribert til et Word dokument. Hvert intervju tok ca åtte timer å transkribere og utgjorde ca 70 sider. Moderator ble identifisert i teksten ved bruk av kursiv. Den enkelte deltaker ble skilt fra andre med ett linjeskift.

Bearbeiding av empirien ble gjennomført etter inspirasjon fra Thagaard (2003) temasentrert analyse. Kort tid etter transkriberingen ble intervjuene lyttet til på nytt, og kontrollert for feil. Ved å lytte og etterpå lese hele intervjuet gjennom dannet det seg et hovedinntrykk av materialet. Deretter ble det skrevet et kort resymé, en impresjonistisk beskrivelse av hva som ble opplevd som intervjuets ”hovedbudskap”. Sammendraget dannet utgangspunkt for å identifisere kategorier som ble fortløpende nedtegnet. Thagaard (ibid) betegner dette som den deskriptive fasen der målet er å få en oversikt over materialet. I neste trinn var målet å ”sortere” tekstmaterialet og samle det i ulike kategoriene som var identifisert. Denne prosessen avslørte om noen kategorier var oversett og gav også et konkret bilde av mengde empiri innenfor hver kategori. Neste trinn var å trekke ut de meningsbærende enhetene fra datamaterialet og begrepsfeste temaet som den meningsbærende enheten reflekterer, slik intervjuer tolker den, men så tett opp til intervjupersonenes språk som mulig. Denne prosessen ble preget av en ”prøve og feile” periode. Inspirert av Krueger & Casey (2000) som foreslår å skrive ut teksten med bred høyre marg og bruke ulike farger til å kode tekstmaterialet innenfor hver kategori startet arbeidet opp, men denne formen ble ikke fullført. Valget falt i stedet på muligheten som ligger i et elektronisk materiale. I en kopi av intervjumaterialet fikk teksten ulike farger basert på kategoriene som var identifisert i første trinn.

Det ble laget en matrise med plass for meningsbærende enheter knyttet til underkategoriene og med en egen kolonne til notaer som beskriver det sentrale temaet i tekstutsnittet slik det fremstår i tabell 1.

Tabell 1 Meningsbærende enheter organisert i en underkategori.

Underkategori: Uforutsigbart operasjonsprogram		
*Bokstav A = gul farge		
Kode:	Meningsbærende enheter:	Tema:
A	Jeg føler mange ganger at hvis de blir liggende litt før operasjonen så kan det gjerne være mer fare for delir. Ofte kan det være viktig å forebygge f eks med å gi de beroligende og sånn for at de skal slappe av litt. En merker hvis noen er veldig stressa og sånn og blir liggende en del timer. Påførende hjelper en del der, at de kommer og forteller at nå har mamma det ikke noe greit og sånn ().	Sykepleiere tror faren for å utvikle delir øker med lengde på preoperativ fase/
A	Hvis de blir liggende lenge å faste så syns jeg det går litt utover den fysiske tilstanden, de får et dårlig utgangspunkt før operasjonen. Det er sånne ting som spiller inn. At de får dårlig start på alt - blir liggende lenge og kaos og – ().	Sykepleiere er opptatt av å redusere stress for å forebygge utvikling av delirium
A	Ja, klart skulle de jo hatt væske, så og så mye i døgnet. Kanskje blir de liggendes i døgn. Da forfaller de ganske mye bare mens de er inneliggende. Får komplikasjoner i forhold til sirkulasjon(1). De får væske(2). Ja, men noen ganger blir det litt glemt syns jeg, de har kanskje fått 1000 Ringer så putrer den og går – og av og til har fått litt lite(1).	Langvarig fasting svekker pasienten fysisk
A	Men mange ganger går en på dagen og regner med at pasienten blir tatt. Noen ganger så henger Ringeren helt til kvelden fordi en venter på at de skal bli ringt på. Så kommer de kanskje ikke før på natta og så ser du de har ikke fått nok væske (1). Det er noe som bare har tuslet og gått og de har lagt der i påvente av operasjonen(2).	Uavklart tidspunkt for operasjon øker fare for at pasienten ikke får tilstrekkelig væske og ernæring

Tekstmaterialet med de fargekodede enhetene basert på kategoriene som var identifisert ble deretter klippet fra kopidokumentet og limt inn i matrisen. Kategoriene og tendenser i empirien ble i denne prosessen mer synlige og identifiserbare, samt at foreløpige kategorier det ikke var dekning for i materialet ble ”avslørt” og tatt ut og kategorier som manglet ble tatt inn. Dette er i samsvar med Thagaard som sier: ” Det er viktig å fremheve at koder er et

verktøy i analysen som kan endres underveis i samsvar med den forståelsen forskeren utvikler” (Thagaard, 2003, s. 135).

Deretter startet prosessen med å reflektere over hvordan dataene kunne tolkes. I denne prosessen ordnes kategoriene i hovedkategorier og underkategorier basert på fortolkningene. Med referanser til den teoretiske referanserammen, ble de identifiserte kategoriene i materialet ordnet i tre hovedkategorier (vedlegg 2). Kategoriene ble så fortettet og presentert skriftlig slik de fremstår i kapittel 4, der jeg bruker sitat fra empirien til å eksemplifisere og underbygge resultatene. Oppsummert kan det sies at analysen er preget av en kombinasjon av både induktiv og deduktiv tilnærming.

I dette kapitlet har jeg forsøkt å legge vekt på å fremstille forskningsprosessens ulike trinn. Jeg har forsøkt å vise nøyaktighet for at leseren kan følge arbeidet som er gjort.

3.5 Vurdering av studiens troverdighet og gyldighet

Det kvalitative designet ble valgt basert på ønsket om å få kunnskap om sykepleiepraksis via sykepleieres egne beskrivelser av hvordan de forstår og reflekterer over egen praksis.

Sykepleierne på ortopedisk avdeling ble valgt ut fra forekomst av delirium blant ortopediske pasienter som betegnes som relativt høy sammenliknet med andre pasientgrupper. Å samle sykepleiere fra samme praksisfelt til et fokusgruppeintervju ble valgt for å få en større bredde på dataene ved å benytte den refleksive effekten som kan oppstå i en gruppe.

Fokusgruppeintervju gir deltakerne en større mulighet til å påvirke data enn ved et strengt strukturert skriftlig intervju. Det kvalitative designet oppfylte forventningene til å få svar på forskningsspørsmålene, at deltakerne var kollegaer i praksis og gav troverdighet til dataene fordi deltakerne var hverandres kontroll innad i gruppen.

Gruppedynamikken i fokusgruppeintervjuet er avhengig av at deltakerantallet er tilstrekkelig Krueger & Casey (2000). To av intervjuene fikk et lavere deltakerantall enn planlagt, fire og fem deltakere mot planlagt seks. Gruppestørrelsen kan ha innvirket på resultatene og gruppedynamikken, og færre antall deltakere vil påvirke felles erfaringsgrunnlag. Alle intervjuene ble vurdert til å ha gode gruppeprosesser. I ettertid kan en se at en ved å planlegge med et høyere deltakerantall kunne ha større mulighet til å sikre høyere deltakerantall i gruppene. Av respekt for deltakerne som møtte ble det valgt å gjennomføre fokusgruppeintervjuet til tross for at noen deltakere uteble. Fokusgruppene var homogene; deltakerne hadde lik utdanning og felles arbeidsplass som gav gode forutsetninger og trygge

rammer for å uttrykke og dele sine erfaringer med gruppen. På bakgrunn av relativt ensartede data fra hvert intervju anses det som usikkert om større deltakerantall i gruppene ville ha frembrakt andre resultater.

Intervjuguiden fungerte som en sikkerhet for at moderator stilte de samme tematiske spørsmålene til alle gruppene. Et større antall deltakere som i et fokusgruppeintervju gir større mulighet til å undersøke om spørsmålene som stillers er klare og entydige; dette kan i så fall korrigeres i løpet av intervjuet. Alle intervjuene ble avsluttet med å gi deltakerne mulighet for supplerende kommentarer til temaet og gjennomføring av intervjuet. Spørsmålenes validitet ble vurdert som god i og med de tre intervjuene frembrakte resultater som i stor grad var i overensstemmelse med spørsmålenes intensjon og tema. Samtidig viser resultatene bredde i og med at spørsmålene ble besvart med små variasjoner i vektlegging og oppmerksomhet.

Alle dataene ble tatt opp ved hjelp av elektronisk diktafon og transkribert av meg etterpå. Prosessen med ordrett transkribering ved å lytte til intervjuene gav meg mulighet til å bli godt kjent med materialet. Kvaliteten på intervjuene betegnes som god. Noe datamateriale ble forringet fordi flere deltakere snakket samtidig. Dette skjedde ikke ofte og vurderes ikke som særlig betydningsfullt for det samlede datamaterialet.

Analysen er gjennomført med utgangspunkt i empirisk analyseprosess slik den beskrives hos Thagaard (2002). Gjennom hele analyseprosessen har kontinuerlig bevissthet om eget ståsted og forforståelse vært viktig. I studiens intervjufase endret forforståelsen seg underveis på bakgrunn av deltakernes beskrivelser av en praksishverdag som fra før var ukjent for meg. Endring av forforståelse gav et forandret utgangspunkt ved andre og tredje intervju i forhold til det første intervjuet. Forforståelse har betydning for intervjuers fokus og kan ha innvirket på hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt. Endret forforståelse som følge av prosessen vurderes til å være i samsvar med kvalitativ metode, og gav økt mulighet for relevante data.

Hovedelementene som presentere i resultatene har en jevn utbredelse i teksten. Det er lagt vekt på å få frem områder med solid underbygging i materialet, samt å vise de deler av materialet som utgjorde nyanser som skilte seg ut fra hovedelementene. Dette fremkom i kategoriseringsprosessen, der det ble synlig hvilke tema som var gitt større fokus enn andre.

Spørsmålet om relevans kan knyttes til om resultatene kan generaliseres (Kvale & Brinkman, 2009). Det innebærer en vurdering av likheter og forskjeller, der likheter i situasjoner styrker

overføringsverdien. Kvale og Brinkman (ibid) diskuterer betydningen av generalisering og om vitenskap må være universell og gyldig alle steder. Resultatene er forsøkt lagt så nært deltakernes uttalelser som mulig. Relevans og generalisering må vurderes i lys av redegjørelse for analyseprosessen fordi analysegrunnlaget er større enn det leseren får tilgang til. Med bakgrunn i hvem som er deltakere i studien og hvilken kontekst den berører bør studien først og fremst ha relevans for sykepleiefaglig ledelse i en ortopedisk avdeling og deres vurdering av sykepleiekvaliteten i egen virksomhet. Den vurderes også til å være en oppfordring til å kartlegge sykepleie til gamle pasienter innlagt i sykehus generelt, fordi den sier noe om kontekstens betydning for sykepleietjenesten i en spesialitet. Resultatene kan danne utgangspunkt og være et argument som støtter behovet for å se på sykepleietjenesten rettet mot gamle pasienter i andre høyteknologiske spesialfelt.

Mine tolkninger deles ikke nødvendigvis av andre lesere, min intensjon med beskrivelse av forskningsprosessen og presentasjon av resultater er ment å gi leseren en mulighet til å forstå dataene slik jeg forstår de.

3.5.1 Ethiske overveielser

De etiske aspektet i en forskningssammenheng må tas hensyn til gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkman, 2009). Ansvar for det hviler på meg som student i denne sammenheng, og innebærer både ivaretagelse av deltakeres autonomi, behandling av fortrolige opplysninger og anonymisering av informasjon. Fordi studien fokuserer på sykepleiepraksis og innhenter data fra autoriserte sykepleiere omfattes den ikke av kravet om å få vurdert studiet i Regional Etisk Komité (REK). Studiet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjenester (NSD) som en del av de forberedende oppgaver før intervjuene ble gjennomført (vedlegg 7). Kravene til personvern og oppbevaring av elektroniske data må derimot oppfylles og NSD har samtykket til oppbevaring av materialet. I dette studiet var det viktig å understreke for informantene at det ikke var et mål å karakterisere sykepleiepraksisen som god eller dårlig. Dataene ble brukt til å få frem eksisterende klinisk praksis og drøfte sider ved de fremkomne data knyttet til sykepleiepraksis.

Det er ikke pasienter direkte involvert i studiet, men pasientsituasjoner ble beskrevet av informantene ved behov for å eksemplifisere og underbygge situasjoner fra praksis.

Pasientnavn som ble nevnt i intervjuene ble utelatt i transkriberingen. I tilfeller der andre

personnavn og navn på institusjoner ble nevnt ble det anonymisert i det transkriberte materialet.

Kravet om å følge etiske retningslinjer for forskningsetikk innebærer å redegjøre for kravet til informert samtykke og konfidensiell behandling og anonymisering av data overfor informantene. Både praksisfeltet og informantene fikk skriftlig informasjon om dette, samt informasjon om undersøkelsens overordnede mål. Deltakeren ble i det skriftlige materialet informert om at det til enhver tid er mulig å trekke seg fra studiet. I tillegg ble de informert om at intervjuene ble tatt opp på diktafon og overført i elektronisk form på privat PC, og deretter transkribert. Etter elektronisk overføring er opptakene slettet på diktafon og intervjuene oppbevares elektronisk på en minnepenn som oppbevares i låst skap adskilt fra samtykkeskjema og de transkriberte intervjuene. Navn kan knyttes til studiet ved at informantene benyttet egen signatur til å bekrefte deltakelse. Navnene er ikke knyttet til dataene og blir ikke benyttet i andre sammenhenger.

Av hensyn til anonymisering identifiseres verken det enkelte fokusgruppeintervju (A, B og C) eller den enkelte deltaker i teksten ved sitering. Der mer enn én deltakers utsagn inngår i et sitat er deltakerne gitt nummer (1) for å illustrere ulike deltakere og for å vise når samme person deltar mer enn en gang i det konkrete sitatet. Dialektuttrykk som kan tilbakeføres til enkelte deltakere er gjengitt i bokmålsform. Fyllord er utelatt og muntlig språk er omskrevet til bokmål i sitatene.

4 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultater som fremkommer i datagrunnlaget. Intensjon er å presentere resultatene så nært til empirien som mulig ut fra intervjupersonenes synsvinkel. Funn som belyser organiseringen av avdelingene der sykepleiere utfører sin praksis er en vesentlig del av resultatene. På bakgrunn av analysen er resultatene organisert i tre hovedkategorier som svarer på studiens problemstilling: *Hva kjennetegner klinisk sykepleie rettet mot tilstanden delirium hos syke gamle innlagt i sykehus for ortopedisk kirurgi?* Først i kapitlet presenteres resultater som reflekterer konteksten i forskningsfeltet der sykepleiepraksisen utøves samt resultater knyttet til kategorien grunnlagsforståelse og referanseramme for praksis. Neste hovedkategori utgjør beskrivelsene av sykepleiepraksis. Til sist presenteres resultater som synliggjør refleksjoner over praksis slik de fremkommer i intervjuene. I den siste kategorien trekkes enkelte data som er presentert i de to foregående kategoriene inn. Dette tas med i den siste hovedkategorien for å belyse hvordan selve prosessen og samtalen sykepleiere imellom oppstod etter hvert som intervjuene tok form. Det metodiske valget, å innhente data i fokusgruppeintervjuet påvirket måten data fremkom på og dermed hvilke data jeg fikk. Dataene er preget av refleksjoner og utveksling av kunnskap. Kunnskapsformidling var det først og fremst moderator som bidrog med, fordi det var nødvendig å knytte fagkunnskap til enkelte spørsmål for å få sykepleieres erfaringer og beskrivelser om temaet, men erfarne sykepleiere fikk også en rolle i intervjuene der de delte sine kunnskaper med kollegaer med mindre erfaring. Dette aspektet ved intervjuene var uventet og gav en annen erfaring og innsikt enn den som var hadde forventet. Fordi dette aspektet griper inn i materialets struktur og utgjør en relativt stor andel av intervjumaterialet er det funnet hensiktsmessig å presentere det som en egen kategori.

4.1 Den kirurgiske kontekst – virksomhetens betydning for sykepleieutøvelse

I det følgende presenteres resultater som kan knyttes til den ortopediske avdelingskontekst og dens direkte innflytelse på praktisk utøvelse av sykepleie slik deltakerne i studiet har beskrevet den.

Pasientbelegget er påvirket av at sykehusene intervjuene er gjennomført i har pasienthotell, beregnet for pasienter som er i stand til å ivareta egne hygiene og ernærings behov. Det betyr i denne sammenhengen at alle pasienter innlagt i ortopedisk sengepost har behov for hjelp til

personlig hygiene, måltider og forflytning. Det totale behov for hjelp hos pasientene som er innlagt i sengeposten betegnes som jevnt men kan øke i perioder. ”Mesteparten av de elektive pasientene går på pasienthotellet, da blir det tyngre belegg igjen her ”, sier en sykepleier. Sykepleierne opplever at andelen gamle pasienter med brudd i sengepostene utgjør en stor gruppe av de akutt innlagte pasientene. Lårhalsbrudd og bekkenbrudd er de vanligste diagnosene blant disse pasientene.

Arbeidsfordelingen mellom de yrkesgruppene som ble omtalt i materialet; leger og sykepleiere, kan betegnes som tradisjonell hierarkisk i den forstand at legen/kirurg har overordnet ansvar for behandlingsforløpet og setter rammer for behandlingens innhold og fokus. Det tegnes et tydelig bilde av at pasientrettet virksomhet i sengeposter rettes mot innleggelsesdiagnose, med fokus på bruddskaden og tilhelingen av den. Virksomheten er ikke tilpasset spesielle pasientgrupper, som f. eks geriatriske pasienter, men har først og fremst fokus på brudd og ortopedisk/kirurgisk behandling. Sykepleiere svarer på denne tenkningen med å løse de forventede oppgaver innenfor det avgrensede ansvarsområdet bruddskaden og kirurgi. Det helhetstenkende sykepleier perspektivet blir utfordret når virksomheten er innrettet mot å avgrense behandlingen til en bestemt skade. En sykepleier sier: ”Det blir mer fokus på skaden de kommer inn med, eller på smerter. Jeg føler at jeg av og til glemmer hele pasienten, hele personen, har bare fokus på noe av det ”.

Fysiske forhold knyttet til inventar og plassering av pasientrom har innvirkning på sykepleieres muligheter for å gi pasientene optimal skjerming. Sykepleierne oppgir at skjerming av pasientene er et viktig tiltak for å roe og redusere symptomer. Til dette kreves tilgang på tilrettelagte enerom. Hvor pasienten skjermes har betydning for sykepleier fordi de ønsker mulighet for å holde øye med den enkelte pasienten de har ansvar for, samtidig som de også utøver sykepleie til andre pasienter. I begge avdelingene uttrykker sykepleierne at det er manglende tilgang på egnede enerom i forhold til behovet. Per i dag blir enerom stort sett prioritert til pasienter med store traumer og forventet lang liggetid. Når det er høyt pasientbelegg blir også enerom tatt i bruk som flersensrom. Om å finne rom som egner seg til skjerming sier en sykepleier: ”Det er ikke lett. Vi har mange firemannsstuer hos oss og kan ha full avdeling.”. Innenfor de rammene og mulighetene sykepleiere har, iverksettes ofte improviserte tiltak for å få til akseptable alternative løsninger. Følgende uttalelse viser en situasjon som kan oppstå: ”Når pasienten er kommet fra operasjon og har delirium og ikke kan ligge på rommet fordi en ikke vet hva de kan finne på, da er en nødløsning at de ligger utenfor vaktrommet”.

Sykepleierne er opptatt av at tilstedeværelse hos pasienter utsatt for eller som har utviklet delirium, er av betydning for pasienten. I det daglige opplever de å ikke ha nok tid tilgjengelig til dette; slik en sier:

Jeg synes det er så vanskelig å gi tid, for vi er så lite personell, og det er så mange som trenger det. Det synes jeg er et problem. Du får nesten ikke tid til å få observert noen ganger, fordi det ringer fem andre klokker.

Sykepleierne mener tilstedeværelse er viktig både for å kunne gjøre observasjoner, for å kunne gjenta informasjon, samt for å kunne gi trygghet og ro, og sikre at pasienter med endret bevissthetsnivå ikke påfører seg skader. De viser også til at mangel på tid kan føre til økt bruk av beroligende medikamenter: ”Det går mye på medisiner, det blir jo til at de heller får Heminevrin, og beroligende eller smertestillende. Å gi den tida og sitte hos dem det har ikke vi mulighet til”.

4.1.1 Sykepleieutøvelse – på andres vilkår?

Mye av materialet omhandler utfordringer i forbindelse med pasienter i preoperativ fase. Denne fasen fremstår som en periode der sykepleiere har spesifikke utfordringer i forhold til andre faser av pasientforløpet. En gjennomgående uttalelse fra sykepleierne er at pasientene venter for lenge på å bli operert. Sykepleiere opplever at de har liten innflytelse på hvor lenge pasientene må vente på operasjon. De etterlyser bedre planlegging av operasjonene og bedre samarbeid om operasjonsprogrammet for å møte behovene til gamle pasienter med brudd. Sykepleierne forteller at det er tatt initiativ overfor andre faggrupper og gjort forsøk på forbedringer angående avklaringer av ventetid for pasientene uten at det har ført til vesentlige forbedringer. Følgende tre utsagn beskriver denne situasjonen: ”Noen ganger kan operasjonsansvarlig gi tilbakemelding synes jeg, det går jo på det å få tilbakemelding og planlegge litt. Når vi vet at pasienten ikke kan bli tatt med en gang, så kan de få næring”. ”Vi prøver å få de [operasjonskoordinatorer, ortopedi - og anestesipersonell] til å forstå det, men pasienter med brudd er ikke en prioritert gruppe”. ”Et eller annet sted så må vi få et bedre samarbeid mellom de som setter operasjoner og oss, slik at vi kan få gitt pasientene mat”. Flertallet av sykepleierne gav uttrykk for sterk utilfredsstillelse og misnøye med uavklarte tidsperspektiv i preoperativ fase noe som gjør det vanskelig å planlegge iverksetting av sykepleietiltak. Sykepleiere bekymrer seg for pasientens tilstand når denne fasen blir lang. Bekymringene er særlig rettet mot væske og næringstilførsel og deres mulighet til å gi pasienten et optimalt utgangspunkt før operasjonen for å kunne møte belastningene operasjonen medfører. En sykepleier sa: ”Jeg kjenner litt frustrasjon, jeg får ikke gjort den

jobben jeg burde gjøre med å væske og ernære pasientene opp, fordi det er vanskelig å få klare svar i forhold til når de kan spise og når de skal opereres”. Uavklart fasteperiode fører til at sykepleier gjør mengdeberegning av tilførsler som infusjon ut fra individuelt skjønn. En sykepleier beskriver en pasientsituasjon der en pasient har fastet lenge, fikk ”lov til” å spise ett måltid kl. to om natten før hun måtte faste igjen. Sykepleier sier det ikke er naturlig å spise klokken to på natta, pasienten hadde ingen matlyst: ”Da kjente jeg på at pasienten skulle hatt noe, slik at hun hadde litt å gå på”. Sykepleier sier videre at pasientene får kanskje i seg litt, men hun erfarer at pasientene ofte blir kvalme og kaster opp. Sykepleierne peker også på at enkelte gamle pasienter med brudd har et dårligere utgangspunkt enn andre pasienter fordi de er underernærte og skrøpelige før innleggelsen. I tillegg har enkelte gamle blitt liggende en tid før de ble funnet og brakt under behandling. Sykepleierne har erfart at en lengre fasteperiode forverrer disse pasientenes situasjon ytterligere: ”Pasientene tåler ikke den lange ventetiden, de skal egentlig bli operert så fort som mulig. Det burde jo være hensikten med innleggelsen”.

Sykepleiernes innskrenkende og reduserte mulighet for å utøve kvalitetsmessig god sykepleie kommer sterkt til uttrykk i forbindelse med deres forståelse av sammenheng mellom preoperativ fase, utvikling av delirium og mulighetene for å gi pasienten tilstrekkelig tilførsel av væske og ernæring. En sykepleier uttrykker seg slik: ”Men samtidig så føler jeg meg ofte litt bunden fordi pasientene ligger der og faster. Det er en veldig avmaktsfølelse”. Sykepleierne bygger på en erfaringsforståelse der faren for å utvikle delirium kan reduseres ved en kortvarig preoperativ fase: ”Jo lengre de ligger jo mer utsatt blir de for å få delirium tenker jeg,” uttrykker en sykepleier. Sykepleiere har erfart at risiko for økt belastninger for pasienten og for å utvikle delirium øker jo lengre den preoperative ventetiden varer fordi ventetiden øker pasientens opplevelse av ubehag og stress. Det fører ifølge denne uttalelsen til behov for beroligende medikamenter: ”Noen ganger må du gi beroligende og sånn, for at de skal få slappe av litt”.

4.1.2 Uro, uklarhet, forvirring – demens eller delirium? Begrep – og kunnskapsmessige utfordringer

Det et gjennomgående trekk i datamaterialet at betegnelsen delirium ikke inngår i pleiekulturens felles fagspråk. I intervjuene betegnes delirium som ”uklarhet”, ”forvirring” eller ”postoperativ uro/forvirring”. En sykepleier uttalte seg slik: ”Det er ikke et ord som er i vårt hverdagspråk, delir. Da bruker vi postoperativ uro, eller forvirret og uklar”. Resultatene

viser at begrepet delirium heller ikke benyttes i omtale av pasienter i skriftlige sykepleierapporter. ”Vi har jo aldri diagnosen delir på ark. Det er bare hvis de får et tilsyn, - kanskje ”. Ved spørsmål om demenstilstand eller delirium hos pasient, tilkalles geriatriisk kompetanse. På spørsmål om pasienter som viser tegn på delirium blir diagnostisert, svarer en sykepleier: ”Sjeldent. Det er hvis det kommer en geriater, ellers ikke ”.

Betegnelsen ”postoperativ forvirring” sidestilles med delirium i intervjuene, data viser at forståelsen av tilstanden innebærer at den primært avgrenses til insident delirium i postoperativ fase. Forståelsen for at tilstanden delirium kun relateres til tiden etter operasjonen, er utbredt. En sykepleier sa det enkelt: ”De kommer ikke inn med delirium”. I materialet understøttes denne forståelsen av andre utsagn. En sykepleier avgrenser utvikling av delirium til situasjonen rundt operasjonen i pasientforløpet: ”Men de kan komme inn med Alzheimer det er det vi sjekker før operasjon. Etter operasjonen, hvis pasienten da er uklar og forvirret, så tenker jeg at det er et delir pasienten har fått etter operasjonen”. En annen sykepleier beskriver sin forståelse slik: ”Delirium kommer av anestesi og operasjonen. Det er noe som skjer i hjernen. En kjede tilstand. En samlepakke av flere faktorer som slår inn”. Delirium oppfattes av et flertall som en forvirringstilstand som kommer av stress i forbindelse med innleggelse, med hovedvekt på operasjon, slik en sykepleier sa: ” Først har pasienten vært i mottakelsen, så har han vært på røntgen, så har han vært på sengeposten og så er han på operasjonsstua, så er han på postoperativ og så er han nede på sengeposten igjen”. En erfaren sykepleier forteller at hun har lest retningslinjer for behandling i sykehusets elektroniske prosedyrebok og har tilegnet seg kunnskaper om at delirium ikke avgrenses til å være en tilstand som kun knyttes til kirurgiske pasienter i forbindelse med anestesi og andre medikamenter. Hun vet at behandling starter med å finne årsaken til delirium ”Det er jo ikke en sykdom deliriet, det er en reaksjon på at det er noe som ligger bak, en annen årsak og det kan være en urinveisinfeksjon det kan være infeksjoner generelt”. Når pasientene blir akuttinnlagt med en bruddskade ofte forårsaket av et fall, viser resultatene en gjennomgående forståelse blant flere av sykepleierne at delirium utvikles i ettertid. Flere sykepleiere som sa de ikke ser etter tegn på delirium hos pasienter ved innkomst til sengepostene, sier at de ikke har fokus på å identifisere verken risiko pasienter eller forekomst av delirium i forbindelse med at pasienter innlegges i avdelingen. Følgende utsagn kom som svar på spørsmål om observasjon av tegn på delirium i første møte med pasienten: ”Der må jeg være ærlig for meg sjøl, jeg tenker ikke delirium. Det er i hvert fall ikke framme i bevisstheten min”. En annen uttalelse er mer tvetydig:

Om jeg ser etter tegn på delir? - Det gjør jeg ikke sånn. Jeg går jo inn og møter pasienten, men det er jo først hvis du ser tegnene, eller ikke ser tegnene liksom. .. Jeg vet ikke åssen jeg skal si det, - du har det på en måte i bakhodet, men det er fordi jeg vet at eldre mennesker kan få det. Du tenker på det når de kommer inn og ligger og venter på operasjon.

Hyperaktivt delirium er den tilstanden sykepleierne oppfatters som delirium, de observerer ikke og har liten kjennskap til hypoaktivt delirium som ofte blir oversett og gitt betydelig mindre fokus. En sykepleier sier: ”en viser jo de hyperaktive mest fokus fordi de gjør så mye av seg. Det har vel litt med det å gjøre at, hvis de ligger der, blir de sikkert oversett enda lengre enn de som får hypoaktivt delirium”. En annen sykepleier sier at det er pasienter som er litt stille, men det er jo de det blir snakk om, de hyperaktive”. Når hypoaktivt delirium beskrives av moderator i intervjuet sier sykepleiere de kan gjenkjenne hypoaktivt delirium fra tidligere pasientsituasjoner. En sykepleier beskriver en pasientsituasjon slik: ”Jeg husker en pasient som etter operasjonen bare ville sove, lå med lukkede øyne hele tiden”. På bakgrunn av beskrivelsen og refleksjonen som oppstår under intervjuet kom hun i tanke om at det kunne vært en pasient med hypoaktiv delirium tilstand. Uttalelsen bekrefter at når tilstanden hypoaktivt delirium blir beskrevet i intervjuet er tilstanden erfart, men ikke blitt oppfattet og forstått som hypoaktivt delirium.

Sykepleierne opplever differensiering mellom demenssykdommer og delirium som vanskelig. Det illustreres når følgende spørsmål stilles på denne måten: ”Når de har Alzheimer og får forverring med delir, det er noe som skjer når de er på sykehuset. Det som skjer med de som har Alzheimer, kan du kalle det et delir?”. På den ene siden problematiseres differensieringen mellom demenssykdom og delirium, på den andre siden uttrykkes usikkerhet for om delirium presenterer seg hos pasienter med demensdiagnoser eller om det da kun handler om en forverring av demenstilstanden. En annen sa:”... jeg vet ikke om jeg skal kalle det delir for Alzheimer går så inn i det. De er urolige fra før, det er vanskelig”. Til en sykepleiers beskrivelse av utfordrende pasientadferd kommenterte en kollega følgende: ”Men jeg tror det var Alzheimer, ja det var det. Det er ikke en klar pasient som kommer og får et delir på den måten”. At det oppleves vanskelig å differensiere demens og delirium bekreftes av følgende uttalelse:

Men jeg syns oftere det er vanskeligere å avgjøre, og en har kanskje litt lettere for å si at det er demenssykdommen som gjør det. Det er lettere å si at de er demente i stedet for å gå inn å se om det er et delir og om det er noe vi må gjøre i forhold til det.

Sykepleiere har et annet utgangspunkt for oppmerksomhet rundt tilstanden delirium når pasienten er klar og orientert ved innkomst enn hos pasienter som har en kjent demensdiagnose ved innleggelsen. Sykepleierne opplever det enklere å identifisere delirium hos mentalt klare pasienter enn hos pasienter med demens sykdom: ”Det er lettere med de som kommer inn og er klare og orienterte, for da blir tegnene kjempetydelig på at her er det noe som ikke stemmer”. Sykepleierne har erfart at delirium har kortere varighet hos pasienter uten mentalsvikt ved innleggelse og at det gir en større mulighet for å kunne nå frem med saklig informasjon og få kontakt med pasienter som er mentalt klare. Flere sykepleiere hevder at delirium ikke varer så lenge hos pasienter som er mentalt klare. Sykepleierne uttrykker en oppfatning av at delirium ofte er medikamentutløst hos mentalt klare og så snart medikamentet er ute av kroppen så ”klarner de opp”. Dette oppgis som en forståelse av hvorfor tilstanden delirium har kortere varighet hos denne pasientgruppen: ”Alle medikamentene som blir gitt, narkose, bedøvelse, stoffer som de ikke har hatt i kroppen før pluss smertestillende. Vi legger skylda på det ”.

Sykepleierne har et bevisst fokus på generell forebygging av komplikasjoner knyttet til sengeleie og operasjon. En sykepleier sa: ” når de kommer inn med lårhalsbrudd og er eldre, tenker jeg på å få i pasientene tilstrekkelig med næring for å gi de så gode forutsetninger som mulig for å kunne klare seg gjennom operasjonen og komme ut av det greit. Både i forhold til overlevelses muligheter og i forhold til delir og annet”. I forhold til identifisering og forebygging av delirium sier en sykepleier at hun har ”en avventende holdning” til utvikling av delirium. Sykepleierne gir samtidig uttrykk for å ha klinisk erfaring med kjennetegn på pasienter som er i risiko for å utvikle delirium, disse pasientene oppgis å bli observert, men ikke systematisk identifisert og registrert ved innkomst til avdelingene. Sykepleierne er oppmerksomme på pasienter som står i særlig fare for å utvikle delirium men iverksetter ikke tiltak for å identifisere risikopasienter eller forebygge delirium. Det iverksettes heller ikke noen systematiske planlagte tiltak rettet mot pasienten for å møte en evt. delir situasjon i løpet av innleggelsen. Følgende utsagn underbygger dette:

Sånn er det liksom med delir, for vanligvis så vil en operasjon gå på det jevne men så kommer det en pasient som er et avvik av linja ikke sant for eksempel at pasienten er veldig urolig -, så handler du ut fra situasjonen der og da.

Mindre erfarne sykepleiere er ikke er kjent med at det eksisterer prosedyrer for medisinsk forebygging og behandling av delirium ved avdelingen, En sier: ”det er sånn det oppleves, at det er ikke noen fast måte å gjøre det på”.

Sykepleiere skiller mellom elektive og akutt innlagte pasienter ved at de oppfatter akutt innleggelse som en større risiko for å utvikle delirium. På spørsmål om sykepleierne har erfart forskjeller på gruppen akuttinnlagte og elektivt innlagte, svarer en sykepleier spontant: ”Jeg syns jeg ser oftere delir hos de som blir akutt innlagt”. Dette bekreftes av flere sykepleiere som sier at de ser forskjell i forekomst av delirium. Dette begrunnes med at ”de elektive er forberedt” og nesten alltid mentalt klare. Om forskjell på akutt og elektivt innlagte pasienter med demenssykdommer sier en sykepleier: ”Det kommer jo an på hvordan en pasient fungerer med Alzheimer”. Forberedelsen til innleggelsen vektlegges som det sentrale for ulike utfall ved de to typene innleggelser. Hun tror ikke det utgjør så mye forskjell om pasienten kommer inn som øyeblikkelig hjelp eller om de er elektivt innlagt for å skifte hofte, hvis pasienten har en demenssykdom. For pasientgruppen som er innlagt elektivt sier sykepleierne at informasjonsoppgavene i preoperativ fase er enklere. Slik begrunnet en sykepleier det: ”De som skal ha planlagt operasjon vet jo tre fire uker i forkant at de skal på sykehus. De har gått og gledet seg lenge til å få den operasjonen. De har gått og slitt med hofte eller knær”. Dersom en elektivt innlagt pasient skulle få et delirium i løpet av innleggelsen sier sykepleierne at de generelle utfordringene og sykepleietiltak vil være som for akutt innlagte pasienter.

4.2 Sykepleieres praksisbeskrivelser knyttet til delirium

Denne hovedkategorien beskriver hvor deltakerne retter sin oppmerksomhet mot i praksis og gir beskrivelser av kunnskap og kompetanse som legges til grunn for praksis.

4.2.1 Kunnskap, forventning, erfaring – vesentlig for sykepleieres oppmerksomhet i datainnsamlingen

Det å bli oppmerksom på en risiko pasient eller tilstanden delirium innebærer ikke nødvendigvis at det foregår en vurdering av situasjonen. Slik ordla en sykepleier seg om det å oppdage noe som ennå ikke er gjort bevisst: ”Vi er vel ikke helt bevisst i overflata, men vi er klar over at vi er klar over det”. Sykepleiere bruker sanseapparatet for å bli oppmerksomme og utforske en pasientsitasjon; de ser og hører. Oppmerksomhet via synet gjøres bevisst ved å rette blikket mot pasienten. En sykepleier sier følgende om å oppdage delirium: ”Vi ser det ofte – ser med blikket vårt. Blikket ja, vi er lært opp til å se det og du merker det. Jeg syns jeg kan merke det på øyene til pasientene. Du ser en annen form for blikk”. Hørselen brukes aktivt ved å lytte til svarene på spørsmål som stilles. I svarene ligger det en mulighet til fortolkning og sykepleiere stiller spørsmål for å foreta en vurdering: ”Skjønner det veldig fort

egentlig, sånn som de prater og svarer på spørsmål”. Observasjonene fører ikke nødvendigvis til en bestemt handling, – men sykepleier danner seg et bilde av pasienten. Oppmerksomheten hos sykepleiere blir også vekket ved at de gjenkjenner og ser likhetstrekk i kliniske situasjoner. Ved å huske tidligere pasientsituasjoner er sykepleiere i stand til å overføre erfaringer for å forstå nye situasjoner. En sykepleier sa dette på bakgrunn av en erfart pasientsituasjon:

På bakgrunn av erfaring syns jeg mange ganger at når jeg ser at de ikke er tilstede i seg sjøl, så må jeg utelukke at det er noe medisinsk før jeg kan gå ut ifra at det er noe postoperativt. Jeg blir litt redd for tilstanden.

Sykepleiere er opptatt av å få oversikt over om pasienten er klar og orientert ved innkomst til avdelingen, men behovet for å vite følges ikke av en systematisk datainnsamling. I avdelingene benyttes ikke standardiserte tester for å undersøke/diagnostisere mental svikt eller delirium og det er ikke etablert andre faste rutiner for å kartlegge mental status eller utvikling av delirium i sykepleiepraksis: ”Jeg har ikke noe sånt som ei sjekklister eller noe sånt”. Et gjennomgående svar er at det ikke innhentes komparent opplysninger ved oppsøking av pårørende eller andre nærstående i forbindelse med innleggelse av pasienten. Sykepleierne forteller at de benytter seg av den informasjonen som usystematisk tilføres dem, ofte fra pårørende som følger med pasienten til sykehuset eller fra skriftlig informasjon fra sykehjem når innleggelse skjer derfra. En sykepleier sa det slik: ”Uten pårørende eller konkrete kjente, da er det veldig vanskelig å vite om pasienten er klar eller ikke. Vite hvilket utgangspunkt en har”. En annen sa: ”Mange ganger trenger vi tid for å bli kjent med dem. Pasienten kan virke klar i begynnelsen, men etter hvert så merker du at de glipper. Du må være sammen med dem en stund for å skjønne det”. Sykepleierne oppgir at det er vanligere å innhente opplysninger fra pårørende i forbindelse med utskrivningsplanleggingen for å støtte søknad til førstelinjetjenesten og for å kunne gi korrekte opplysninger videre i sykepleierrapporter. Sykepleiere leser legens innkomstnotat hvis en pasient er uklar for å få svar på pasientens tidligere mentale status. Sykepleiere støtter seg også til pasientdata fra standard innkomst skjema som utfylles i akuttmottak før pasienten ankommer sengeposten. Det kommer ikke klart frem i materialet hvordan sykepleiere dokumenterer og gjør sine observasjoner tilgjengelige for sine kollegaer, men det henvises i flere sammenhenger til sykepleierrapporten. Resultatene tyder på at det sykepleierne registrerer ikke får anvendelse før en eventuell forvirringstilstand eller uro oppstår hos en pasient. Sykepleierne forteller at endret bevissthetsnivå hos pasienter blir registrert uten at det iverksettes tiltak i forhold til det. Følgende ordveksling mellom tre sykepleiere i ett av intervjuene illustrerer det:

Vi sier mange ganger når vi gir rapport videre at pasienten er kanskje litt uklar, hvis vi har observert at pasienten er litt uklar (1). Ja, hvis han var litt uklar så sier vi det jo videre i rapporten (2). Ja, men vi gjør jo ingenting med det (3). Nei, vi gjør ikke det (1).

Observasjonene av mental uklarhet utløser ikke systematiske tiltak, men blir vurdert av den enkelte sykepleier i hver situasjon.

4.2.2 Forebygge og redusere graden av uro -tilstander

I forhold til forebygging og behandling av delirium sier to sykepleiere følgende i en samtale: ”Jeg føler vi bare godtar delirium, sånn er det bare og så gjør vi ingenting med det (1). Og så graver vi ikke dypere i det (2)”.

De generelle, forebyggende tiltakene som iverksettes er i stor grad samsvarende med tiltak som anbefales i forhold til forebygging og behandling av delirium. Forebygging konsentrerer seg om å unngå sengeleiekomplikasjoner der viktige tiltak er mobilisering og hygiene for å unngå infeksjoner og decubitus. Oppmerksomhet rettes mot å unngå komplikasjoner i forbindelse med bruddskaden og sengeleie. Opprettholdelse av normal døgnrytme, ernæring, trygghet og smertelindring samt kontroll av elektrolytter, hemoglobin og feber er andre områder som sykepleierne nevner som viktige. Fokuset rettes mot å forebygge sengeleiekomplikasjoner, ikke spesielt med tanke på forebygging av delirium. En samtale viser hvordan bevisstheten er rettet mot forbygging og synliggjør samtidig at delirium ikke er en tilstand som omfattes av forebyggingstiltak:

Vi tenker ikke på forebygging i forbindelse med delir(1). Vi tenker forebygging for å forhindre pneumoni og dvt, urinveisinfeksjon, og trykksår (2). Vi er veldig opptatt av mobilisering (3). Ja, men jeg har aldri tenkt på forebygging i forbindelse med delir, det må jeg innrømme(1).

Til tross for at den forbyggende tenkningen ikke tilkjenner en bevissthet omkring forebygging av delirium, preges sykepleiepraksis av forebyggingstiltak som anbefales for forebygging og behandling av delirium.

Uro og smerter blir ofte omtalt som utfordringer for sykepleiere. Uro hos eldre bruddpasienter blir av sykepleieren oppfattet som et uttrykk for smerter og ubehag samt mangel på trygghet og oversikt i situasjonen. Tiltak sykepleiere beskrev for å roe pasienter var ofte tilsyn, gjentatt informasjon, få personer involvert i gjennomføring av prosedyrer, mobilisering av pasienten samt at sykepleier viser en rolig opptreden. Hva som har beroligende effekt på den enkelte pasient oppfattes av sykepleierne som varierende og tiltakene individualiseres. En sa:

”For noen hjelper det å sitte og prate og sånn, mens andre ikke vil det”, og ”noen vil kanskje opp, de tar vi over i en rullestol og tar de ut av rommet ”.

Sykepleiere oppfatter kroppsuuro som ”plukking” og rastløshet som ett uttrykk for smerte; ”når vi lindrer smertene så er det akkurat som pasientene blir roligere på en måte”. Å dempe uro hos pasienter oppleves av sykepleierne som viktig for å hindre situasjoner der pasienter står i fare for å påføre seg selv komplikasjoner etter bruddet og operasjonen. Sykepleierne erfarer at smerter fører til økt stress. Sykepleierne sier at smertelindring ikke gjøres bevisst for å redusere omfanget av eller å forbygge utvikling av delirium. Samtidig er det gjennomgående at de er opptatt av å hindre negative konsekvenser av å ha smerter, som uro og mangel på søvn som kan forårsake delirium: ” Vi vet jo at søvn og ro er forebyggende, og da er jo smertelindring nummer en ”, sier en sykepleier. Når sykepleiere oppfatter uro som et uttrykk for smerter, rettes tiltak først og fremst mot å gi pasienten smertestillende medikamenter, slik det illustreres i følgende utsagn:

Når pasientene river i stykker gips, klorer i operasjonssår, drar ut kateter og drar ut dren, da hjelper det ikke med noe annet enn medikamenter. Da er medisineren en god, det er min erfaring. For hvis det hadde vært et snev av, hva skal jeg si, ikke av klarhet, men hvis det hadde vært et eller annet glimt, at de kunne ha roet seg, så er det klart så hadde vi fortsatt med det. Og byttet på å gå inn og sitte der når vi hadde sjanse og sånn. Men når ingenting hjelper...

Smerter i forbindelse med traumet og operasjonen er ifølge sykepleierne typiske trekk ved akuttinnlagte pasienter med bruddskader. Å lindre pasientens smerter er en høyt prioritert oppgave. Slik formulerte en det:

Har du en eldre pasient som ligger og har intense smerter så blir de utrolig urolig i kroppen. Hvis de får en smertetopp så får vi på en måte ikke smertelindret de og da er de veldig urolige og rastløse og plukkete. Når du gir Ketorax og de får det jevnlig, så blir de roligere.

Resultatene viser at sykepleierne er opptatt av smerters innvirkning på pasientens totale opplevelse av behandling og rehabilitering. De fremhever at smerter påvirker pasientens situasjon i forhold til matlyst, søvn og mobilisering; viktige områder for å få et godt behandlingsresultat. En avdeling har en godkjent intern prosedyre som gir sykepleiere anledning til å gi et sedativt medikament for å behandle uro. Sykepleierne er svært positive til den muligheten de har til å gi medikament til urolige pasienter. De opplever at det ofte er eneste tilgjengelige tiltak for å dempe sterk uro hos pasienter med tilstanden delirium. Samtidig gir de uttrykk for at det ikke er en ureflektert avgjørelse å ta i bruk medikament for å roe pasientene. En sier:

Vi tenker hele tiden etisk at å vi må jo gjøre noe annet enn de tablettene. Men det er bare det at noen ganger så er det absolutt det beste. Når en ikke har sjanse og jeg syns jeg har prøvd å roe og roe, og sittet der, - de ser oss ikke en gang! Det er helt vilt noen ganger og da har jeg veldig tro på medisiner, rett og slett. Da roer kroppen og systemet seg. Det er ikke for at jeg skal ha det lett, men jeg ser at da roer det seg.

To forhold som utfordrer sykepleier i avgjørelsen om å benytte medikamenter er den faglige og den etiske vurderingen. Faglige vurderingen knyttes til å velge når indikasjonene er gode nok for å starte med medikamenter. Som en sykepleier sa: ”Vi gir det ikke i hytt og vær”.

Følgende uttalelse viser hvordan en sykepleier vurderer oppstart av medisinsk terapi:

Når skal jeg som sykepleier gi Heminevrin? Skal du gi førstegangs dose med Heminevrin så må du på en måte kjenne pasienten litt. For det er ikke sikkert den får den smertetoppen, da holder jeg mye mer igjen. Men har jeg sett pasienten i situasjonen hvor den er veldig urolig og har det vondt, så har jeg lettere for å gi for å forebygge så ikke de skal komme i den situasjonen.

De etiske forhold det pekes på er å benytte medikamentets sedative effekt bevisst uten at pasienten er i stand til å samtykke i å ta medikamentet. En sykepleier sa: ”De blir så veldig sløve av det. Det er kanskje det som er meningen også da, men de blir på en måte neddopet”. Når hensikten med tiltaket som er å roe erfarer sykepleiere at de, til tross for betenkeligheter, benytter det beste tilgjengelige tiltaket de disponerer.

Trygghet er et annet begrep sykepleierne ofte bruker. Begrepet knyttes til flere faktorer, som skjerming og til å skape ro rundt pasienten. ”Rolig fremferd” er et utsagn som blir brukt for å beskrive den ideelle fremferd og måten sykepleierne bør opptre på overfor pasienten for å skape trygghet. Resultatene viser at sykepleier er bevisst på sin egen innvirkning på å skape et trygt miljø rundt pasienten. Et rolig tempo og en avslappende holdning for ikke å påføre pasienten sykepleiehverdagens hektiske tempo påpekes av flere sykepleiere som viktig. Å tilpasse tempoet til gamle pasienters rytme representerer en utfordring i en travel hverdag. Sykepleierne beskriver også den viktige rollen pårørende har for trygghetsfølelsen til pasienten. Det er ikke rutine at sykepleierne tilkaller pårørende for å øke pasientens trygghet, men pårørende er svært velkommen til å være hos pasienten. ”Å gå ofte inn til pasienten”, oppgir sykepleierne som et godt tiltak for å skape og opprettholde trygghet for pasienten. Sykepleierne fremholder informasjon og kommunikasjon som viktig for å skape trygghet. Å øke trygghetsfølelsen gjennom å holde pasienten orientert om hva som skjer ved gjentatt informasjon, oppfattes som en viktig oppgave for sykepleierne. Særlig vektlegges informasjon i preoperativ fase for akuttinnlagte pasienter fordi de ikke er forberedt på situasjonen.

Informasjonen innebærer ofte en type realitetsorientering der sykepleiere forklarer hendelsen for pasienten. En sykepleier beskrev sin informasjonspraksis slik:

Jeg tar utgangspunkt i innkomsten, hva som skjedde og hvor det skjedde, altså uhellet eller fallet eller hva det var, og prøver å få pasienten med tilbake til hva som skjedde. Forklare at du er på sykehus og at dessverre så er det stor skade at det må opereres, og når det skal skje og hvorfor han ikke kan ha mat og drikke. Jeg prøver å få pasienten inn i mine tankebaner så sant det lar seg gjøre og ser også på personalia hvor pasienten bor, hvor han kommer fra. Begynner ofte der og ser hvor langt jeg kan klare å komme.

I tillegg til å skape trygghet for pasienten knyttes informasjonsarbeid til å gi oversikt, dempe uro og redusere stress.

Når sykepleierne kommuniserer med pasienter som er uklare sier de det er en fordel at ikke altfor mange er involvert med samme pasient. Det kan gi pasienten en mulighet for gjenkjennelse. Hvordan sykepleier plasserer seg i rommet i forhold til pasienten er vesentlig, en bør ikke komme brått på, en bør sette seg ned- ikke stå i døra og det anbefales å opprette fysisk kontakt ved f. eks å ta på skulder samt å bruke pasientens navn ved henvendelser og forsøke å oppnå øyekontakt med pasienten. En sykepleier beskriver det spesielle med å komme i kontakt med pasienter med svekkede sanser og endret bevissthetsnivå som å ”bryte en eller annen boble som de er i”. ”Jeg kan prate til dem sånn som jeg prater nå og får ingen kontakt, helt til jeg tar handa og så får jeg blikk -kontakt og så ser jeg: ’Å ja der er du’, så kan vi prate sammen”. Eldre som har svekket syn og/eller hørsel tas hensyn til, sykepleierne påpeker hvor viktig det er å sette inn høreapparat eller skaffe en lydforsterker med hodetelefoner som forsterker stemmen til den du snakker med (Hørat) for å sikre at pasienten motta den muntlige informasjonen.

Omgivelsene betydning for pasientenes opplevelse av trygghet fremholdes. Sykepleiere sier rommet som benyttes til skjerming, bør være fritt for medisinsk utstyr og fargerike plansjer på veggene, som kan gi uforståelige og forstyrrende sanseinntrykk. ”Pasientene blir urolige av bildene”, sier en sykepleier. Også støy og lysforhold er forhold det tas hensyn til, slik det fremkommer i det følgende: ”Det optimale vil jeg si er at pasienten kan ligge på et rom i ikke for sterk belysning”.

Ved kontakt og samarbeid med omsorgspersonell på andre institusjoner har sykepleierne fått forståelse for at sykehusoppholdet bør være kortest mulig for pasienter som blir påvirket negativt av nye omgivelser. Sykepleiere undrer seg over hvordan pasienter som viser motorisk uro på sykehuset blir ivaretatt på andre institusjoner. En sykepleier henviser til samtale med en kollega fra et sykehjem som sa: ”Her er pasienten hjemme. Her har de sitt vante, de har sitt

rom de har sine bilder på veggen og alt sitt”, det betyr, fortsetter sykepleieren i intervjuet ”at omgivelsene rundt en pasient skaper ro og trygghet”.

Sykepleierne har erfaringer fra at pasienter som deler rom innvirker på hverandre. Pasienter som mottar mye besøk eller som har behov for hyppige tilsyn av helsepersonalet virke negativt inn på medpasients mulighet til å få nødvendig ro. En sykepleier sier følgende om hva aktivitet rundt en pasient kan bety for medpasienten: ”Bare det at vi må innom til den andre pasienten på rommet, vi er jo innom mange ganger i løpet av ei vakt, det er jo voldsomt forstyrrende”. Høy aktivitet rundt en pasient som deler rom med en som har behov for ro medfører ofte forflytninger, det oppgis som en utfordring i forhold til plassering av pasienter.

4.3 Sykepleieres refleksjoner knyttet til delirium

Fokusgruppeintervjuets mulighet for å reflektere over egen sykepleiepraksis, gav resultatene som gjengis i dette kapitlet.

4.3.1 Maktesløshet, tristhet og medfølelse

Alle sykepleiere kunne beskrive hvordan det oppleves å stå i situasjoner med pasienter i en hyperdelirisk tilstand. Ordet maktesløs går ofte igjen i beskrivelsene: ”Du føler deg på en måte veldig maktesløs når de er i en sånn situasjon”. ”Deliret er tøft både for oss og for dem”, sier en sykepleier og sier videre: ”det skaker jo opp en hel avdeling. Vi ser at de har det fryktelig vondt, det er det viktigste, men det er jammen tøft å være pleier også fordi du føler deg så maktesløs”. En sykepleier peker på at utfordringene er store og sier at ”delir er kjempevanskelig”. Noen sykepleiere sa de fikk dårlig samvittighet fordi de ikke maktet situasjonen og følte seg utilstrekkelig: ”for det er krevende pasienter, som trenger ufattelig mye, og veldig ofte så har jeg ikke så mye jeg kan gi, fordi jeg må prioritere”. Andre sykepleiere sa de kunne kjenne på sinne overfor pasientene fordi de lager så mye unødvendig arbeid: ”Kjenner at en kan bli litt sint på pasienten, en blir stresset av å løpe så mye, selv om jeg ikke sier eller gjør noe. Men jeg har den følelsen inni meg”.

En sykepleier beskriver tristheten hun føler i forbindelse med at pasienter får en delirium tilstand. Hun blir trist når hun blir vitne til at pasienter hun vet var orientert ved innleggelsen opptrer som et helt annet menneske etter operasjonen. Den samme sykepleieren legger til at det er godt å se de bli seg selv igjen før utskivning: ”For vi ser jo pasienter som begynner å klare opp, og det er jo veldig godt å se”. De krevende situasjonene fører for noen sykepleiere til at de går hjem fra jobb med: ”en vond følelse i magen og jeg føler jeg ikke har fått gjort det

jeg burde gjøre overfor den pasienten. Jeg har ikke skapt den tryggheten som den trengte. Og det er vondt å kjenne på”. En annen sykepleier gir uttrykk for at hun føler ansvar og medfølelse med pårørendes situasjon: ”Og så føler jeg ofte også i forhold til pårørende som ser mamma eller pappa på en måte som de aldri har sett før og opplever det som kjempe skummelt og vondt”.

4.3.2 Betydningen av samtaler i etterkant av delirium

Materialet viser at erfaringen fra å samtale med pasienter om en delirium opplevelse i etterkant i hovedsak skiller utvalget i to. Sykepleiere med lang klinisk erfaring hadde gjort erfaringer både i samtale med pasienter og ved egne refleksjoner over pasienters opplevelser, mindre erfarne sykepleiere hadde i langt mindre grad berørt temaet i samtaler med pasienter. En sykepleier beskrev hvordan hun bevisst snakker om opplevelsene i etterkant av en delirium tilstand med pasienten ved å stille pasienten ledende spørsmål: ”Følte du det skremmende det du opplevde?”. Hun hadde erfart at pasienten synes det var godt å snakke om og få en bekreftelse på, hva som skjedde og hvordan det kunne forstås. En annen sykepleier var opptatt av at det må være den sykepleieren som var tilstede i situasjonen med pasienten som snakker med pasienten om det, fordi det er vanskelig å snakke om situasjonen som en selv ikke har vært tilstede i. Det understrekes av en sykepleier at hvis en innleder til en samtale må en ha tid til å gjennomføre samtalen uten andre avbrudd. Avdelingene har ingen faste felles rutiner for samtale med pasienter som har hatt episoder av delirium. Når temaet ble tatt opp i fokusgruppe intervjuet var en gjennomgående kommentar fra sykepleierne at dette var et viktig tema de følte behov for å gripe fatt i. Sykepleierne har erfart at pasienter husker situasjonene i ettertid, og beskriver situasjonene som skremmende opplevelser. En sykepleier reflekterer på denne måten:

Det må være en uhyggelig skremmendes opplevelse å ha et delir. Å ligge der og ikke forstå noen ting, da er det er ikke rart pasientene blir sinte. Tenk at du ligger i ei seng og ikke kan forstå noen ting, det gjør vondt og du skjønner ikke hvorfor. Så blir du redd, frykt og angst gir sinne. Det kan bli kjempe voldsomt, men det er fullt forståelig. Det tror jeg er lett å glemme, at sinne kan komme fra noe annet enn at de bare er vanskelige.

4.3.3 Fokusgruppeintervjuet – en kilde til refleksjon og innsikt

Sykepleierne uttalte at de ved å delta i fokusgruppene opplevde å sette fokus på et område de mente de hadde for lite kunnskap og faglig fokus på. Refleksjonene speilet sykepleiernes bevisstgjøring om opplevelsen av manglende kunnskaper, men også deres evne til å knytte ny kunnskap til tidligere pasientsituasjoner og dermed øke sin egen forståelse og kompetanse.

Spørsmål med henvisning til artikkelen som omhandler pasienters erfaringer fra å være deliriose (Dupplils, 2007) utløste et annet aspekt ved det å skjerme pasienten enn det som hadde vært drøftet så langt i intervjuet. I forbindelse med temaet omgivelsenes betydning for skjerming og pasientenes opplevelse av ro og trygghet reflekterer noen av sykepleiere over at skjerming av pasienter i delir også har i seg et verdighets synspunkt. Sykepleierne er opptatt av å beskytte pasienten slik at han ikke blottstilles i en sårbar situasjon. En sykepleier reflekterer over hvordan det kan oppleves for pasienten å ligge på rom sammen med andre og konsekvenser av å ”klarne opp” og huske en episode som en ikke verken ønsket å oppleve selv eller at andre skal være vitne til. Slik reflekterte sykepleierne om dette temaet:

Jeg tenker på det å ligge på rom sammen med andre når du er i en sånn tilstand og hvis du klarer opp og husker det etterpå. Det er en ting at du kanskje føler skyld overfor sykepleierne, desto verre tenker jeg er det i forhold til andre pasienter, sånn sett så bør vi være flinkere til å beskytte de fordi de kanskje utleverer seg på en måte som ikke er godt etterpå. Da er det vår oppgave å beskytte de mot seg selv i den tilstanden (1). Det kunne jo være naboer som lå i sammen, det er jo brudd på taushetsplikten (2). Ja det er jo det, så det er virkelig noe å tenke på (1). Det er jo det en gjør i demens omsorgen på skjermede enheter, der skjermer vi pasientene. For sånn ville de ikke oppført seg hvis de var friske. Sånn ville de ikke ønsket at de skulle fremstå derfor så skjermer vi pasientene (3). Det blir ikke gjort på en sykehusavdeling (2).

Anledningen fokusgruppeintervjuet gav til å få ny og utvidet kunnskap inspirerte sykepleierne til tenke på å oppsøke og skaffe seg kunnskap. Eksemplet nedenfor som viser samtalen som startet etter spørsmålet om observasjon av hypoaktivt delirium illustrerer sykepleieres refleksjoner over egen praksis i lys av ny kunnskap:

Jeg tror nok hypoaktivt delirium er lettere å overse (1). Vi griper ofte tak i ting når ting begynner å stå på hodet og masse bråk og de river ut venefloner, det er da man vurderer tiltak. Det går ofte på tida, vi har det veldig ofte travelt her, så det blir nok oftere oversett (2). Og så har vi også de pasientene som vi omtaler som 'de er ikke motivert for å trene og å komme seg på bena'. Det tror jeg vi burde vurdert om er en hypoaktiv delir. For min del så må jeg si at det ikke har slått meg noe særlig at det kan være det. Men vi sier jo det at noen blir gode pasienter etter hvert og syns det er komfortabelt i senga og ja – jeg vet ikke (1). Og så spiser de veldig lite også, de blir apatiske de blir deprimerte og de får ikke kraft til å bevege seg opp hvis ikke de får nok næring (3). Jeg hadde en som kom fra sykehjem som etter operasjonen bare ville sove, lå med lukket øyne hele tiden altså men, det kan jo godt være at det var en delir da det tenkte jeg faktisk ikke på at det kunne være. Jeg fikk tilbakemelding på at når han kom tilbake til sykehjemmet så klarnet han litt opp. Da ville han opp. Her ville han bare sove, det var det samme om du åpnet øynene på han, han ville bare sove hele tiden – Jeg har ikke tenkt på at det kunne være et delir (4).

Flere uttalte seg positivt om anledningen fokusgruppen gav til å sette dette temaet på agendaen. En erfaren sykepleier sa hun i den senere tiden hadde tenkt på at de hadde behov for en egen faggruppe i temaet. Hun hadde lest det som var tilgjengelig om temaet på

sykehusets websider, og fortalte: ” det ble spørsmål om denne fokusgruppa her og det var jo rart at det kom så samtidig, men jeg hadde tenkt på det, det var et område som jeg savnet.” Uttalelsen kan oppfattes som sykepleiere hadde en forventning til at fokusgruppeintervjuet bar i seg muligheter for faglig fordypning. Ved å få anledning til å sette fokus på de eldste pasientene generelt og tilstanden delirium spesielt så sykepleierne pasientgruppen og tilstanden delirium fra et nytt perspektiv og fikk økt bevissthet for tilstandens alvorlighetsgrad og kompleksitet. En sykepleier uttalte: ”Et sånt intervju gjør at vi får mer fokus på delir. Så det er jo egentlig veldig bra for oss å være med. Da blir man litt mer oppmerksom”. Mot slutten av et intervju sa en: ”Jeg ser at vi trenger å ha mer fokus på dette området”. Andre både savnet og etterlyste opprettelse av en egen faggruppe som omhandlet delirium: ”Vi har jo en del faggrupper på forskjellige områder, men vi har ikke det på dette området”. Generelle kommentarer i etterkant av intervjuene var at det hadde vært fint å kunne samles med sine kollegaer og belyse ett vanskelig og praktisk utfordrende område innenfor den sykepleiepraksisen de står i til daglig. Deltakerne opplevde intervjuet som nyttig også i den forstand at de ble mer bevisst på sin egen praksis og mulige forbedringspotensialer innad i sine respektive avdelinger. Videre ble det i alle fokusgruppene uttalt ønske om å arbeide for å gjøre denne delen av sykepleietjenesten kvalitativt bedre.

Uttaleser i intervjuet antydte at flere av sykepleierne ikke hadde sett på delirium som en egen diagnose som krevde spesiell oppmerksomhet og handling fra sykepleiernes side før intervjuet. Ved å henvise til ny forskning om delir i fokusgruppeintervjuet ble det vakt interesse som førte til refleksjoner over egen praksis. Resultatene viste at fokusgruppeintervju kan fungere som inspirasjon og sette i gang en refleksjon hos deltakerne som har i seg en mulighet for å fortsette utover intervjuet. Slik uttrykte en sykepleier det: ”Etter dette intervjuet så tror jeg vi må ha mer fokus på delirium, jeg har fått mange tanker. Nå gjelder det å sette ord på det”.

5 DISKUSJON AV RESULTATER

Denne diskusjonen er strukturert rundt hovedkategoriene som resultatene presenteres under. Det som vurderes som sentrale trekk ved resultatene vil i hovedsak bli belyst ut fra studiens teoretiske referanserammer, tre perspektiver på kunnskap slik de er beskrevet i kapittel 2.2. Kapitlet avsluttes med en oppsummering samt at forslag til fagutvikling i praksis blir skissert.

5.1 Noen kjennetegn på sykepleiepraksis i ortopedisk avdeling

Sykepleiernes beskrivelse av virksomhetens betydning for ortopediske sykepleiepraksis er utgangspunkt for diskusjonen i dette underkapitlet. Kjennetegn ved sykepleien blir belyst og diskutert fra tre perspektiver på kunnskap i praksis slik de er presentert studiens referanseramme (Kim, 2000; Kirkevold, 1996; Tanner, 2006).

5.1.1 Liten innflytelse på tidspunkt for operasjon

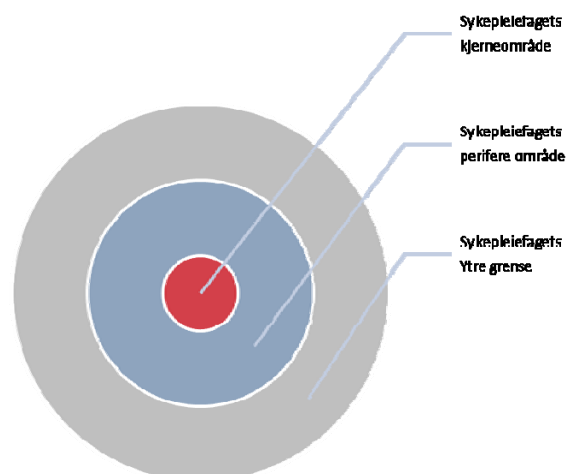
Et kjennetegn ved praksis som får mye oppmerksomhet i intervjuene er sykepleieres opplevelser av å bli hindret i utførelse av oppgavene; å forberede pasienten i preoperativ fase til å mestre operasjonen og den oppståtte situasjonen best mulig og forbygge komplikasjoner, ut fra den standarden faget selv setter. Enkelte av disse situasjonene utløser frustrasjon og irritasjon hos sykepleierne, og sykepleierne uttrykker særlig stor grad av frustrasjon i forbindelse med liten innflytelse på tidspunkt for når pasienten skal opereres. *Frustrasjon* defineres av Malt (2009). som de følelsene som oppstår når et individ hemmes i sin utfoldelsestrang av indre konflikter eller ytre omstendigheter og innebærer både skuffelse, irritasjon (eventuelt sinne) og en opplevelse av å være hjelpe- eller maktesløs. Den uttrykte frustrasjonen som beskrives i intervjuene kan gjenfinnes i definisjonen; sykepleiere opplever å bli hemmet i sin yrkesutøvelse av ytre omstendigheter. Den uavklarte situasjonen der pasienten etter sykepleieres mening venter for lenge på å bli operert og av den grunn må holdes fastende på ubestemt tid, fører til uforutsigbarhet for planlegging, og er i konflikt med det sykepleierne anser som god sykepleie og behandling.

Isolert sett peker ikke kjerneoppgaven; å dekke pasientens behov for ernæring, seg ut som et område med uklare handlingsalternativ. Ortopedisk avdeling har prosedyrer som klargjør hvilke væsker som kan gis som drikke, og hvor nært opptil operasjonstidspunktet dette kan gis. Å gi alternative væskeblandinger for intravenøs væsketilførsel oppfattes også som relativt oversiktlig for sykepleierne. Hvor lenge fasteperioden skal vare er derimot ikke oversiktlig.

Sykepleierne trekker fram pasientgruppen som kommer inn med dårlig ernæringsstatus som spesielt sårbare i denne situasjonen, dette er sentralt for den videre diskusjonen. I Kims modell (2000) er aspekter ved klienten, sykepleiers mål og mulige tiltak, viktige rammer for vurdering av tiltak i overveielsesfasen. I denne sammenhengen er aspekter ved pasienten at han har pådradd seg et brudd og skal gjennomgå en operasjon. Sykepleiers oppgave er å bidra til at han er best mulig forberedt. Sykepleieres kliniske erfaringer er at jo dårligere pasienten er rustet for operasjonen jo større er faren for å få delirium. Erfaringene bekreftes i en ny norsk studie som påviser at lav BMI og lang preoperativ ventetid er viktige risikofaktorer for utvikling av delirium hos hoftebruddspasienter (Juliebø, Bjørø, Krogseth, Skovlund, Ranhoff, Wyller, 2009). Sett fra det perspektivet er god sykepleie i preoperativ fase å bidra til god ernæringsstatus og kortest mulig ventetid.

Resultatene som omhandler preoperativ fase i pasientforløpet kan ha utspring i kompliserte faggrenseoppenger og sykepleiefagets behov for autonomi. Møtet mellom sykepleiefaget og andre fagprofesjoners innrammede kjerneoppgaver oppfattes som årsaker til at frustrasjon oppstår hos sykepleierne. Rammer forstås i denne sammenheng som en avgrensning. Dette kan illustreres i en figur der sykepleiefaget plasseres innenfor en ramme som avgrenser fagets kjerneområde; de autonome oppgavene, og et perifert område der sykepleiefaget har kontakt med andre fag og oppgaver som i ytterkant grenser til faktorer som ligger utenfor det som oppfattes som fagspesifikt område (figur 5).

Figur 5 Oversikt over områder for sykepleiefaget.



Den ytre rammen er satt ut fra ulike faktorer og betingelser som påføres fra begge sider av rammen. Ytre faktorer representeres av overordnet politiske nivå, juridiske retningslinjer og lovverk, helseforetak og sykehus. Sykehus er organisert på flere nivåer både lokalt, sentralt og regionalt og har en indre organisasjonsmodell tilpasset lokale behov, som har råderett over forhold som idègrunnlag, intern organisering og ressursforvaltning. Den enkelte sykepleier er en del av denne virksomheten der det i praksis er lang avstand fra overordnet politisk nivå til pasientsituasjonen der sykepleier møter den skrøpelige gamle pasienten innlagt med brudd i ortopedisk avdeling.

Sykepleie i ortopedisk avdeling utøves innenfor ytre rammer og sykehuskontekst og er ikke isolert fra andre fag. Det får som konsekvens at utførelse av kjerneoppgaver møter tilstøtende fagområders kjerneoppgaver og det stilles krav om at sykepleietiltak tilpasses denne situasjonen. Dette forholdet bekreftes av Kim (2000) som hevder at praksisvurderingene står i sammenheng med praksis situasjonen. Det innebærer at kontekstuelle forhold får betydning for sykepleietiltak, slik vi ser det i denne situasjonen. Tanners (2006) deler også synet om at kliniske vurderinger blir påvirket av konteksten der situasjonen oppstår, og at dette får konsekvenser for utøvelsen. Kontekstens betydning for sykepleieutøvelse gjenspeiles i denne sammenheng innenfor et kjerneområde i sykepleiefaget; å dekke pasientens behov for ernæring. Kjerneoppgaven flyttes fra det autonome området til sykepleiefagets perifere område. Kontekstuelle forholds betydning i sykepleiefaget støttes også av Kirkevold (1996) som hevder at sykepleie er avhengig av kontekstuelle rammer. I en sammenheng hevder hun at avgrensningen mellom sykepleier og andre fag avhenger av hvilken kontekst sykepleien utøves innenfor og at det er store variasjoner i praksisfeltene (Kirkevold, 2001). Resultatene i denne studien representerer et eksempel på hvordan kontekst gir variasjon innenfor kjerneoppgaven; ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov for ernæring. Innenfor en sykehjemskontekst vil denne kjerneoppgaven gi sykepleiere en annen mulighet til selvstendig ivaretagelse, enn i pasienters preoperative fase i kirurgisk kontekst, der sykepleier må samhandle med andre fag i utførelse av kjerneoppgaven.

Brunstad (2009) hevder grenseområdene i en organisasjons er mer sårbar enn det enkelte kjerneområdet. Samtlige fagprofesjoner som deltar i pasientbehandlingen i ortopedisk avdelingen er rammet inn av profesjongrenser med grenseoppganger til hverandres fagområde. Fagenes kjerneområder kan betegnes som stabile og består av faste rammer og vilkår som ikke uten videre fravikes eller endres. Diskusjon og faglig uenighet om egen praksis kan foregå innenfor fagets kjerneområde uten betydning for andre faggrupper. I den perifere randsone eller grense utvannes sykepleiefagets autonomi, dess lenger ut mot den ytre

grensen en kommer jo mer avgjørende blir hierarkiske forhold. Sårbarheten i grenseoppgangen demonstreres i behandlingens preoperative fase, der sykepleiefaget må samhandle og justere med kirurgi og anestesi fagene, det får slik sykepleier ser det, som konsekvens at den enkelte pasients behov ikke blir godt nok ivaretatt. Konteksten påvirker på den måten resultatet når sykepleiere går i dialog med tilstøtende fag. Dette viser hvilke utfordringer sykepleiefaget møter i sykehuskonteksten. Leger og sykepleieres ulike ansvarsområder er avhengig av samhandling i preoperativ fase, fleksible grenser mot andre fag er derfor nødvendig. Denne praksisutfordringen viser et dominerende kjennetegn ved sykepleiepraksis til gamle pasienter med brudd i postoperativ fase. Kontekstuelle forhold bør ikke gå på bekostning av sykepleiefagets pasientnære fokus og ansvarsområder slik at disse ikke blir ivaretatt på en faglig forsvarlig måte hevder Kirkevold, (2001). Forskningsresultater som påviser ventetid på operasjon og nedsatt ernæringsssituasjon som risikofaktorer for å utvikle delirium (Juliebø et al., 2009) burde være et sterkt argument for å vurdere dagens praksis i ortopediske avdelinger og innføring av ny praksis.

I følge rapporten fra sosial og helsedirektoratet (2007) vil tilrettelegging av tilbud for gamle som legges inn på sykehus blir sentralt i nærmeste fremtid. Et hovedmål i strategien for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre er å møte pasientene med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse, samt å utforme tjenestene tilpasset den enkeltes behov. Dagens korte sykehusinnleggelses er ikke i like stor grad som tidligere knyttet til behov for pleie og omsorg, det får som konsekvens at pasientrettede tiltak skjer på behandlingens premisser. Dette står i kontrast til skrøpelige gamle pasienters behov når de innlegges i sykehus slik det fremholdes i rapporten fra (Sosial og helsedirektoratet 2007). Resultatene har påvist et område der det gis inntrykk av at hensynet til den gamle pasientens særegne behov ikke vektlegges i dagens tilbud og det kreves økt innsats for å nå det politiske målet. Diskusjonen har forsøkt å vise at intensjoner om en bedre praksis rettet mot gamle pasienter med brudd er avhengig av tverrfaglig samarbeid og et felles mål om hva som kjennetegner et godt tilrettelagt helsetilbud for gamle med brudd.

5.1.2 Klar eller uklar?

For å identifisere kjennetegn på sykepleiepraksis i inntakstfasen av pasientforløpet ble sykepleierne spurt om de så etter tegn på delirium i første møte med gamle pasienter. Spørsmålet ble stilt på bakgrunn av bred forskning der flere studier anbefaler bevissthet omkring forebygging og identifisering av delirium ved akuttinnleggelse i sykehus (Andersson, 2001; Galanakis et al., 2001; Inouye et al., 1999; Irving, Foreman, 2006; Milisen, 2005).

Studiene peker på at bevissthet om forhold knyttet til utviklingen av delirium gjør det mulig å systematisk identifisere pasienter som er i faresonen, og vektlegger innkomstfasen som sentral for å gjennomføre systematisk vurdering i første intervju med pasienten ved innkomst til sykehus.

Sykepleiere i ortopedisk virksomhet har sitt ansvar og praksisutøvelse innenfor feltet kirurgi, innkomstfasen er konsentrert rundt å forberede pasienten på operasjonen. Det innebærer å kartlegge pasientens ressurser, gi informasjon og veiledning i forhold til prosedyrer, samt å beskrive mulige risikofaktorer og forløp. Å informere pasienten beskrives i dataene som en viktig sykepleieoppgave, informasjon brukes til å forberede pasienten på de prosedyrene han må igjennom før, under og etter operasjonen. Dette er utgangspunktet for sykepleie i innkomstfasen rettet mot alle pasienter som innlegges ortopedisk avdeling, også gamle pasienter med brudd. Sykepleierne gav uttrykk for at pasientens kognitive funksjon er et tema ved innleggelse i ortopedisk avdeling og er således opptatt av å kartlegge om pasienten er mottakelig for informasjon. Inntrykket de får av pasientens svar på spørsmål som blir stilt, benyttes for å avgjøre om pasienten er klar eller uklar. Systematiske kartleggingsverktøy innrettet mot kognitiv svikt og delirium benyttes ikke i kartleggingen.

Handlingen i innkomstsituasjonen er sykepleiernes beslutning om å kartlegge pasientens kognitive tilstand ved å stille spørsmål og vurdere hvordan disse blir besvart. Handlingen eller samtalens mål, er å avdekke eller avkrefte kognitiv svikt ut fra et behov for å vite hvor tilgjengelig pasienten er for informasjon. Den beskrevne sykepleiepraksisen i innkomstfasen kan analytisk plasseres inn i Kims (2000) modell av sykepleieprosessen, der overveielse kommer før valg av handling. I modellen foretas målrettede handlinger på bakgrunn av vurderinger (overveielser) av handlingsalternativ. Kim (ibid) refererer overveielse av en situasjon til mentale og intellektuelle faktorer; *nursing means*, hos sykepleier. Vurderingen har også i seg aspekter ved pasienten; *aspects of client*. Alle faktorene kommer til anvendelse i overveielser av hvilke sykepleietiltak som er aktuelle og hvilket tiltak sykepleier velger å iverksette. *Nursing means* består av både teoretisk og praktisk kunnskap og kunnskap om pasienten og pasientsituasjonen. Struktur relatert til aspekter ved pasienten omfatter generelle eller spesielle elementer som gir mening i pleie situasjoner, det kan være personlig erfaring og historie, motivasjon og deltakelse, kunnskap og begrensninger. Kirkevold (1996) hevder Mentale og intellektuelle faktorer, er representert ved den enkelte sykepleiers kompetanse, det som setter sykepleier i stand til å handle. Sykepleiegruppens kompetanse er orientert om

egenskaper og behov hos den ortopediske pasienten. Fraværende praksis av systematisk og presis kartlegging av kognitiv svikt i innkomstfasen gjør det mulig å hevde at praksis ikke er spesielt rettet mot den gamle ortopediske pasienten og tilstanden delirium. Med utgangspunkt i empirien og Kims (2000) modell der overveielser før handlingen bygger på de nevnte kunnskapsaspekter, kan en hevde at det er kunnskapen og kompetansen som sykepleier har om møte med gamle pasienter i mottak som omsettes i praksis og vises i valg av sykepleietiltak. Sammenfattet kan en si at sykepleieres kunnskap er avgjørende for hvilket tiltak som velges, og representerer samtidig en avgrensning av de handlingsalternativ den enkelte sykepleier har. Kunnskap er dermed avgjørende og har i seg to aspekt; det er utslagsgivende for valg av tiltak og det avgrenser praksis. Dette er utgangspunktet for sykepleieprosessen i pasientens innkomstfase, og bestemmende for sykepleieres fokus på avklaring av om pasienten er klar eller uklar i lys av Kims (ibid) modell.

Tanners modell (2006) er omtalt som en modell for å utvikle praksisferdigheter, der både analyse, intuisjon og pasienthistorier inngår i tolkningsfasen av en situasjon. Dette sammen med kontekst og refleksjon over handling, er grunnlag for dannelse av sykepleieres handlingsmønstre hevder hun. I modellen beskrives sykepleieres forventning og førforståelse av situasjonen som første trinn i en pleieprosess. Oppmerksomhet oppstår på bakgrunn av det sykepleier forstår før hun går inn i en situasjon, forberedelse og planlegging av sykepleieintervensjon kan i lys av det påbegynnes før sykepleier har møtt pasienten. Det kan illustreres med tiden fra pasienten blir meldt fra akuttmottak til han kommer til avdelingen, der sykepleier har anledning til å skape forventninger til innkomstssituasjonen og forberede innledende handlinger. Forventningene kan illustreres ved sykepleieres beskrivelser av behovet for å avklare kognitiv funksjon i det første møtet med den gamle brudd- pasienten. De har erfart at pasienter med høy alder har høyere forekomst av demenssykdommer som tilleggdiagnose til bruddet enn yngre pasienter. De har observert vanlige tegn på demenssykdom som redusert orienteringsevne og svekket hukommelse; omtalt som uklarhet. Når pasienten har demenssykdom utfordres sykepleier på ivaretagelse av informasjonsoppgaven. Dette er erfaringene sykepleier bygger sin førforståelse på i oppmerksomhets- og tolkningsfasen. Det danner grunnlaget for hennes oppmerksomhet i første møtet med pasienten, og fører til beslutningen om å få oversikt over om pasienten er klar eller uklar. Forekomst av mental svikt øker med høy alder (Engedal, Brækhus, & Haugen, 2005), og gir føringer for valg av sykepleieintervensjoner i både medisinsk og kirurgisk behandling. Det støtter og forklarer sykepleierens behov for å kartlegge kognitiv funksjon hos gamle pasienter. Dette kjennetegnet på praksis kan plasseres i Tanners (ibid)

modell, der hun beskriver at sykepleiere iverksetter tiltak på bakgrunn av forventninger kombinert med tidligere erfaringer; det sykepleier bringer inn i situasjonen. Datagrunnlaget for denne diskusjonen som beskriver en praksis der observasjonen av pasientens klarhet er individuell, uten felles systematikk, ikke rettet mot å identifisere delirium men for å få oversikt over om pasienten er tilgjengelig for informasjon, kan være et resultat av at praksisutviklingen har foregått uten konferering med teoretisk kunnskap. Tanner (ibid) hevder refleksjon over praksis er avgjørende for utvikling av klinisk kunnskap og forbedring av kliniske resonnement. Det kreves teoretisk kunnskap for å korrigere og endre praksis, refleksjon over praksis er et godt verktøy for å forbedre komplekse praksishandlinger, men kan av den grunn ikke benyttes alene. Ved å se på den gjeldene praksis fra Tanners (ibid) perspektiv slik den fremkommer i dette materialet, kan det gi inntrykk av at ortopedisk sykepleie til gamle pasienter i innkomstfasen er basert på praksisferdigheter og tillærte handlingsmønstre utviklet uten tilførsel av ny teoretisk og forskningsbasert kunnskap.

Kirkevold stiller i sin bok fra 1996, spørsmål med om i hvilken grad og på hvilken måte sykepleievitenskapelig kunnskap blir anvendt i praksis. Dette kan se ut til å være et aktuelt spørsmål å stille fremdeles. Klinisk forskning har som mål å tilføre praksis kunnskap for å bedre og utvikle praksis. Utvikling av kunnskap fra praksis har liten verdi når det vitenskapelige resultatet forblir teori. Forholdet det før er pekt på, at sykepleierne har fokus på ortopedisk-kirurgisk sykepleie kan forklare at til tross for høy forekomst av delirium hos gamle, har dette ikke fått samme grad av oppmerksomhet som andre sider ved ortopedisk sykepleiepraksis. Kirkevolds (1996) perspektiv på praksis tar utgangspunkt i personlig kompetanse og kunnskapsanvendelse. Å vite er avgjørende for sykepleiers ansvar, kompetanse innebærer derfor å forvalte et ansvar fremhever Kirkevold (ibid). Hun hevder videre at det er teoretisk og praktisk kunnskap som setter sykepleier i stand til å handle, forskning kan avdekke implisitt kunnskap som klinikere sitter inne med eller avdekke områder en ønsker å forbedre. Praksisbeskrivelsene fra innkomstfasen forteller at ortopediske sykepleiere ivaretar ansvaret som forventes av sykepleierne når den gamle pasienten kommer til avdelingen, på linje med rådende praksis for ortopedisk-kirurgisk sykepleie. Kravene til å forberede pasienten til operasjon møter sykepleier ved å kartlegge pasientens evne til å motta instruksjoner og informasjon. Den ortopediske sykepleiepraksisen møter ikke faglige krav til å identifisere delirium eller identifisere pasienter i risiko for delirium, dette oppfattes heller ikke av sykepleierne som deres oppgave. Kartlegging av kognitiv funksjon initieres av sykepleierne for å kunne møte andre faglige krav som stilles, og gjennomføres på bakgrunn av

behov for å kjenne pasientens evne til å forstå, ikke fordi det har betydning for forbygging, diagnostisering eller behandlingsstrategi.

Kartlegging kan benyttes for å identifisere pasientens mulighet til å motta informasjon og for å kunne oppdage variasjoner i pasientens tilstand. Sykepleierne som deltok i studien har lite kunnskap om delirium og kjennskap til kartleggingsverktøy for å identifisere delirium og mental svikt. Når kartleggingen er usystematisk mister en først og fremst mulighet for å sammenstille resultater med før og nå situasjon, og til å gå fra individuelle sykepleievurderinger til å gjøre den lik for hele sykepleiegruppen og til å kunne sammenlikne resultater med andre pasientsituasjoner (Kirkevold & Brodtkorb, 2008). En av hovedkonklusjonene i Tanners (2006) modell av klinisk vurdering i praksis er at kliniske overveielser påvirkes av konteksten og kulturen der situasjonen oppstår og praksis utøves. Det komplekse sykdomsbildet som er tilstede hos flere gamle pasienter og kompetansekrav knyttet til å skille delirium og demenssykdommer (Fick et al., 2007) støtter behovet for spesialkompetanse og spesielle tilrettelagt tilbud for denne pasientgruppen slik det også fremgår i rapporten fra Helsedirektoratet (2007). Det ortopediske faget har fokus på operasjonspasienten der tilheling av bruddet er målet og sykepleiefokuset i innkomstfasen er orientert om å forberede pasienten til operasjon – ikke identifisering av geriatrike problemstillinger. Når denne pasientgruppen likevel blir innlagt i ortopediske avdelinger blir sykepleiere stående i et komplisert landskap der ortopedisk-kirurgisk sykepleiekunnskap kommer til kort.

Oppsummert kan en hevde at sykepleierne har lite kunnskap om viktige aspekt ved delirium som tidlig identifisering av delirium for å forebygge og/eller redusere alvorlighetsgraden. Sykepleierne benyttet ikke innkomstsamtalen til å identifisere delirium eller til å identifisere pasienter som er i risiko for delirium. Resultatene er i samsvar med funnene i Dahlke & Phinney (2008) studie som fant at sykepleiefaglige evalueringer skjedde raskt, ofte basert på begrenset kunnskap og ressurser, samt at sykepleiere som hadde ansvar for gamle pasienter med delirium trengte støtte på behov for opplæring og økt kompetanse (ibid).

5.2 Sykepleie – intensjon, kompetanse og språk

Forebyggende sykepleie er sentralt både i forhold til studiens referanseramme og kirurgisk sykepleie, dette tema gis plass i dette underkapitlet sammen med pleieprosessens utfordringer, forståelse for begrep og teoretisk kunnskap. Å differensiere demenssykdom og delirium er et

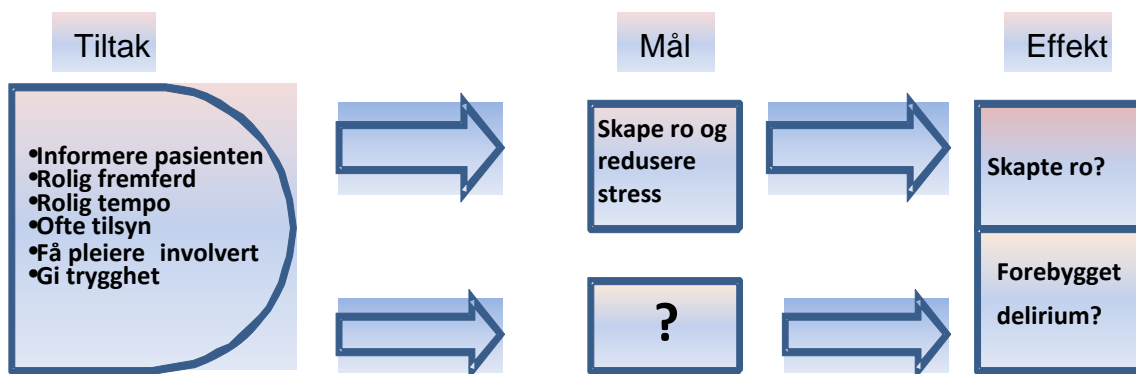
sentralt tema som diskuteres. Forståelsen av begrepet delirium er sentralt, det diskuteres til slutt i kapitlet. Kjennetegn eller egenskaper ved sykepleien blir hovedsakelig forsøkt belyst og diskutert fra tre perspektiver på kunnskap i praksis slik de er presentert studiens referanseramme (Kim, 2000; Kirkevold, 1996; Tanner, 2006), på bakgrunn av funnenes struktur fravikes det under enkelte punkt.

5.2.1 Har tiltakets intensjon betydning for resultat?

Ved gjennomgang av praksisbeskrivelsene tegner det seg et bilde av at mye oppmerksomhet rettes mot tiltak som forebygger komplikasjoner og demper negative symptomer hos pasientene. Forebyggingstiltakene sykepleierne iverksetter innebærer ikke en intensjon om å forebygge delirium. Det er derfor interessant at forebyggingstiltakene sykepleierne beskriver i stor grad samsvarer med anbefalte tiltak for å forebygge og behandle delirium. Infeksjon er for eksempel en faktor som kan føre til utvikling av delirium, å forebygge decubitus som kan gi grunn for infeksjon, feber og smerter vil derfor være et godt forebyggende tiltak mot delirium. Andre tiltak som iverksettes og som også er anbefalte tiltak for å forebygge og behandle delirium er; mobilisering og strategier for stressreduksjon som å dempe smerter. Sykepleierne forteller at de ikke er bevisste på å forebygge delirium, men har erfart at stress hos pasientene øker faren for både å utvikle og forverre en situasjon der delirium allerede har oppstått, de er derfor opptatt av å redusere stress. Resultatet fremkommer som refleksjon i fokusgruppeintervjuene og kan derfor tolkes som at dette motsetningsforholdet ikke er gjort bevisst før det fremkommer i intervjuene som refleksjon over praksis. En måte å forstå praksisbeskrivelsen på er at sykepleiere handler intuitivt, ut fra en gitt situasjon uten at handlingen er bevisst vurdert i etterkant.

Det intuitive aspektet i sykepleiers kliniske vurdering kan gjenfinnes og vektlegges som en hovedkonklusjon i Tanners (2006) modell. Vurderingskompetanse knyttes i modellen opp til sykepleieres refleksjoner over resultater. På bakgrunn av dette funnet er det interessant å stille spørsmål ved om kvaliteten på resultatet av sykepleietiltak påvirkes av om det ligger en overveid intensjon til grunn for tiltaket, til forskjell fra en umotivert effekt av et tiltak som er iverksatt med et annet mål og hensikt. Med andre ord har bevisst intensjon betydning for resultat av sykepleietiltak? Denne problemstillingen er forsøkt fremstilt i figur 6 på neste side, med bakgrunn i de tiltakene sykepleierne beskriver for å roe og redusere stress hos pasienten.

Figur 6 Har sykepleietiltakets intensjon betydning for resultat?



Hvis en forutsetter at kunnskap gjør en forskjell er det mulig å tenke seg at en klar og målbevisst intensjon som er bygget på teori og kunnskap, kan påvirke handling og resultat. En bevisst handling gir forhåpning til måloppnåelse i motsetning til den ubevisste handlingen. Med en bevisst oppmerksomhet og persepsjon, der sykepleier setter observasjoner og tegn sammen slik at hun kan identifisere sammenhenger og igangsette tiltak i en bestemt hensikt å forebygge delirium, vil forebyggingen av delirium være en kjerneoppgave for klinisk praksis.

Sett i lys av Kims (2000) teori vil sykepleiers sett av handlinger endre seg på bakgrunn av endret aspekt i overveiellesfasen. Denne fasen kan påvirke utfallet av et tiltak fordi kunnskap og kompetanse kan gi en annen type oppmerksomhet og bevissthet knyttet til faglig vurdering. Endring i kunnskap og kompetanse vil påvirke sykepleiers persepsjon og kan føre til at hun i dette eksemplet oppdager behovet for å sette inn sykepleietiltak tidligere, har utvidede handlingsalternativer, og kan vurdere om hun nådde ønskede resultat. Tanners (2006) konklusjon understreker dette, hun hevder sykepleiere påvirkes mer av det hun bringer inn i situasjonen enn av objektive data. Det understreker hvor vesentlig både kunnskap og personlig kompetanse er for valg av handling. Bevisstheten og intensjonens betydning for utfall kan likevel ikke fastslås. Sett i lys av Tanners konklusjon gir det likevel visse forventninger til at endret bevissthet hos sykepleier vil gjøre en forskjell i praksis. Kirkevold (1996) sier at sykepleieres handlingskompetanse avhenger av kunnskap. Spørsmålet i denne sammenhengen er ikke selve handlingsvalget og kompetansen men om handlingens intensjon er avgjørende for resultat. Ut fra de teoretiske perspektivene er det mulig å anta at kunnskap og bevissthet vil påvirke sykepleiepraksis fordi forbygging av delirium vil inngå som en selvstendig sykepleieprosess, der overveielse og vurdering fører frem til sykepleietiltak og muliggjør observasjon av effekt.

Bevissthetens innvirkning på effekten av forebyggingstiltaket overfor tilstanden delirium, bygger i denne sammenhengen på en vurdering ut fra de teoretiske perspektiv, det er ikke mulig å gi noe sikkert svar på om teorien stemmer i klinisk praksis. Spørsmålet om resultat av tiltak kan måles når sykepleierne ikke er bevisste på hva de ønsker å oppnå er fortsatt ikke besvart, men det må kunne fastslås at en ubevisst praksis ikke gir grunn til å evaluere tiltak, foreta valg av praksisendring og til å iverksette endringer for å skape forbedringer. For å få til praksisendringer i forhold til forebygging og behandling av delirium må praksis inneha en klar bevissthet om aspekter ved delirium hos gamle pasienter innlagt med brudd i ortopedisk avdeling, i det inngår rutiner for å forebygge og redusere delirium.

5.2.2 Demens og/eller delirium?

Uttalelser i forhold til spørsmål om demens eller delirium fremkom i intervjuene på bakgrunn av intervjuers behov for oppklaringsspørsmål for å avklare om pasientsituasjoner sykepleiere omtaler omhandler demens eller delirium. I svarene som fremkommer sier sykepleierne det er vanskelig å vite hvilken tilstand de står overfor, og det stilles spørsmål ved om en kan kalle det delirium når pasienten har demenssykdom. Andre studier peker også på at differensiering mellom demens og delirium er komplisert, og forklarer hvorfor delirium ofte er underdiagnostisert (Fick et al., 2007; Hills, 2008; Neitzel, 2007). Dette oppfattes som en bekreftelse på at sykepleiere mangler kompetanse og forståelse for dette aspektet. Sett i lys av forekomst hos pasientgruppen gamle med brudd er det overraskende fordi det er sannsynlig at kombinasjonen av demens og delirium er tilstede hos en relativt høy andel gamle pasienter innlagt med brudd i ortopedisk avdeling (Andersson, 2001; Edlund, 2007; Neitzel, 2007).

Det bør være et mål i praksis at sykepleiere har forståelse for behovet for hurtig og korrekt identifisering av en delirium tilstand. Hills (2008) vektlegger forståelse i praksis og hevder differensiering mellom demens og delirium ikke bare medfører krav til sykepleier om kunnskap om delirium, det anses som like viktig å ha kunnskap om demenssykdommer, samt å forstå demens og delirium. Å forstå stiller krav til sykepleier om kunnskap utover abstrakt teori. Forståelse er en del av den personlige kompetansen og kan skapes ved et bevisst forhold til teori og gir ifølge Kirkevold (1996) kun mening når den settes inn i en sammenheng. Martinsen (2000) er i sitt arbeid også opptatt av forståelse i sykepleie. Hun hevder sykepleiere er avhengige av å bruke sansene for å forstå pasientsituasjonen; å forstå har å gjøre med å identifisere det særegne i det som er gjenkjennelig. Forståelse for situasjonen er også utgangspunkt og et viktig element for sykepleiepraksis i Tanners (2000) modell. Viljen til å

forstå må forankres i et behov for å forstå og en anerkjennelse av at noe ikke er forstått. Motivasjon til å arbeide med økt forståelse må ha et utgangspunkt og en retning. Når praksisfeltet ikke stiller krav til sykepleiere om å identifisere og skille demenssykdom fra delirium, kan det oppfattes som et signal om at dette ikke har betydning. Utilstrekkelig kunnskap påvirker sykepleien i Tanners (ibid) modell, når det teoretiske perspektivet ikke er tilstede påvirkes oppmerksomhetsfasen og sykepleieres forventninger i møte med pasienter med demenssykdommer. Når det som kunne vært en viktig del av motivasjonsgrunnlaget for sykepleiers ønske om å få kompetanse på dette området ikke er tilstede er denne kompetansen fraværende. Delirium oppleves av den gamle som en subjektiv lidelsesfull tilstand som kan utløse angst og stor usikkerhet. Der er derfor ikke uvesentlig at sykepleiegruppen ikke innehar kompetanse til å identifisere forebyggings- og behandlings behov og kan skille demens og delirium. Liten oppmerksomheten overfor tilstanden delirium hos gamle pasienter med brudd forverrer deres situasjon ytterligere. Dette aspektet understreker kompleksiteten og behov for forståelse og spesialkompetanse i pleiegruppen i enda større grad.

5.2.3 Delirium eller postoperativ uro?

Resultatene viser at sykepleierne i liten grad bruker begrepet delirium, derimot bruker de begrepene postoperativ uro og forvirring. Begrepet *postoperativ forvirring* beskriver tiden etter operasjon i et pasientforløp. Å forstå delirium kun som en postoperativ tilstand er en begrenset og ufullstendig forståelse av delirium. Molander (1996) sier om begrepsforståelse at det bygger på begrepets mulighet til å skape en umiddelbar mening som ikke behøver tolkning, men fører til umiddelbare reaksjoner eller handlinger. Å benevne noe kan gi navn til det ukjente, gjøre det meningsfullt og forståelig (ibid). Uten språk og navn kan vi ikke benevne noe eller omtale det. Sykepleiepraksis i en sykehuskontekst er teamarbeid som forutsetter samhandling og kommunikasjon med et felles språk som gjør at sykepleierne forstår hverandre. Med utgangspunkt i Tanners (2006) uttalelse; at vurderingsfasen preges av det sykepleier bringer inn i situasjonen, kan forståelse av delirium som en postoperativ tilstand være en forklaring på hvorfor sykepleierne har lite fokus på forebygging og identifisering av delirium i preoperativ fase. Resultatet viser seg å være i samsvar med funn Neitzel (2007) har gjort. Hun hevder videre at bruk av synonymer som postoperativ forvirring, akutt hjernesvikt, postoperativ psykose og akutt forvirring kan villedde sykepleiere og leger til å ikke se karakteristiske kjennetegn på delirium. Betegnelsen postoperativ psykose kan for eksempel sier hun, gi inntrykk av at når pasienten er ute av postoperativ fase vil symptomene på delirium avta, noe som ikke alltid er tilfellet.

Forståelsen av at delirium avgrenses til en postoperativ reaksjon, hindrer forståelse for at delirium kan oppstå hos gamle ved alle sykdomstilstander og stressrelaterte situasjoner, eksemplifisert ved en at udramatisk infeksjon fører til delirium hos en skrøpelig pasient. Forståelsen for at delirium ofte følges av økt instabilitet som kan bli årsak til fall, bruddskader og innleggelse med prevalent delirium, vil på samme måte være fraværende (Helbostad, 2008). Sykepleieres forståelsesperspektiv kan forklare hvorfor identifisering av risikopasienter eller delirium i tidlig fase for å forebygge eller redusere omfanget ikke gis oppmerksomhet. Resultatet kan oppfattes som en bekreftelse på at det er behov for fornyet begrepsforståelse blant sykepleiere i ortopedisk avdeling. Behandling av delirium er avhengig av en felles tverrfaglig forståelse for å skape endringer i praksis. Praksisendring i ortopedisk avdeling kan initieres av sykepleiere, men vil ha mindre verdi dersom ikke alle parter i det ortopediske fagmiljøet har samme forståelse og ser samme behov for praksisendringer. Flere studier viser at delirium er underrapportert av både av sykepleiere og leger (Foreman, Wakefield, Culp, & Milisen, 2001; Inouye, Foreman, Mion, Katz, & Cooney, 2001; Meagher, 2001), dette har også en vitenskapelig konsekvens; mangelfull diagnostisering og kunnskap om delirium som tilstand er til hinder for klinisk forskning. Dette forholdet må vektlegges i videre klinisk sykepleieforskning knyttet til temaet delirium.

5.3 Fokusgruppe som læringsarena

Fokusgruppeintervju viste seg å fungere som en læringsarena der ny kunnskap og refleksjon over tidligere erfaringer ble knyttet sammen og gav ny forståelse. Dette oppfattes som et uventet fremtredende aspekt ved fokusgruppeintervjuene. Forskningsbasert kunnskap ble presentert i intervjuene fordi intervjuer så det som nødvendig å referere til forskningsbasert kunnskap for å utdype og forklare enkelte spørsmål. Dette ble møtt med stor faglig interesse av deltakerne som ved flere anledninger stilte spørsmål tilbake til intervjuer for å få større innsikt i temaet som skulle diskuteres. Ved det fikk den enkelte deltaker tilgang på ny kunnskap som de deretter trakk inn i diskusjonen og vurderingene.

Ved å fokusere på studiens tema fikk deltakernes økte bevissthet og økte muligheter til å løse konkrete utfordringer i praksis. Bevissthet oppfattes som avgjørende for å kunne handle – det er i utgangspunktet vanskelig å tenke seg at en kan handle overfor noe en ikke vet noe om. Alvsvåg (1997) hevder at å vite ikke er tilstrekkelig, det krever også en bevisstgjøring. Dette støttes av Skau (2005) som hevder bevisstgjøring forutsetter en erkjennelse av noe, og gjør at en kan omsette teori i praksis. Bevissthet skapes ved å legge merke til og reflektere over et

forhold som fører til en forståelse (ibid). Intervjuene økte på denne måten både deltakernes kunnskap og forståelse. Fokusgruppeintervjuene kan ses på som en dialog mellom moderator og deltakerne, der samtalen i hovedsak foregår deltakerne imellom (Halkier, 2002). Svare (2006) hevder dialogen gir mulighet for læring, bevisstgjøring av kompetanse og utvikling av nye ideer og perspektiver. Han hevder en dialogisk samtale har i seg mulighet for læring, fordi den tar opp etablerte sannheter til vurdering, kritiserer og søker etter noe som er bedre. Når betraktning av praksis gjøres i samlet gruppe utvides rommet og mulige nye innsikter kan oppstå, hevder Svare (ibid) videre. Erfaringene fra fokusgruppeintervjuene oppfattes som en bekreftelse på at dette er tilfellet. Dialogen forstås i denne sammenhengen som den refleksive prosessen i en fokusgruppe. Via spørsmål ble deltakerne oppfordret til å vurdere områder for sykepleiepraksis knyttet til gamle pasienter og delirium. De betraktet og stilte seg kritisk til egen praksis og drøftet mulige forbedringer. Deltakerne reflekterte over pasienters situasjon; hvordan de opplever å være deliriøse, og hvordan skjerming også kan fungere som beskyttelse av pasienten ved å unngå at pasienter får utilsiktet innsyn i medpasienters sårbare situasjon. Sykepleierne benyttet også refleksjon til å se tidligere pasientsituasjoner i et nytt lys; en såkalt ”snill” pasient fremstod i retrospektivt lys som en pasient med mulig hypoaktivt delirium. Refleksjonen gav behov for mer kunnskap og konkrete ønsker om å opprette en faggruppe konsentrert om praksis knyttet til delirium. Det gav deltakeren tanker om temaet og førte til at de ønsket å sette ord på det; det oppfattes som at de ønsker forhold knyttet til tilstanden delirium knyttet til hos gamle pasienter større oppmerksomhet i aktiv sykepleiepraksis. Resultatene bekrefter Kirkevolds (1996) praksisteori, som fremholder at intensjonell refleksjonen ser egen praksis i nytt lys, og benyttes til å revurdere og vurderer gjeldende praksis. Refleksjon hevder hun videre, har betydning for å øke personlig kompetanse og innebærer kritisk tenkning, noe som er nødvendig for å unngå vanemessig utførelse av sykepleiefaget (ibid). Med bakgrunn i dette kan en trekke at fokusgruppeintervjuene med gruppedialogen har bidratt til å øke deltakernes personlige og kollektive kompetanse. Dette er også et eksempel på at det er nødvendig å knytte teori og forskningskunnskap inn i refleksjon over sykepleiepraksis for å fullt ut utnytte det potensialet refleksjon i praksis kan gi. Teori og kunnskap har vært avgjørende for å få frem kritisk vurdering og nye tanker om sykepleiepraksis rettet mot gamle pasienter i ortopedisk avdeling. Det er et viktig poeng at refleksjon foregår i grupper for å sikre en kollektiv bevissthet for å oppnå likhet i praksis, og unngå ujevn kvalitet og manglende fellesforståelse for prioriteringer i praksis.

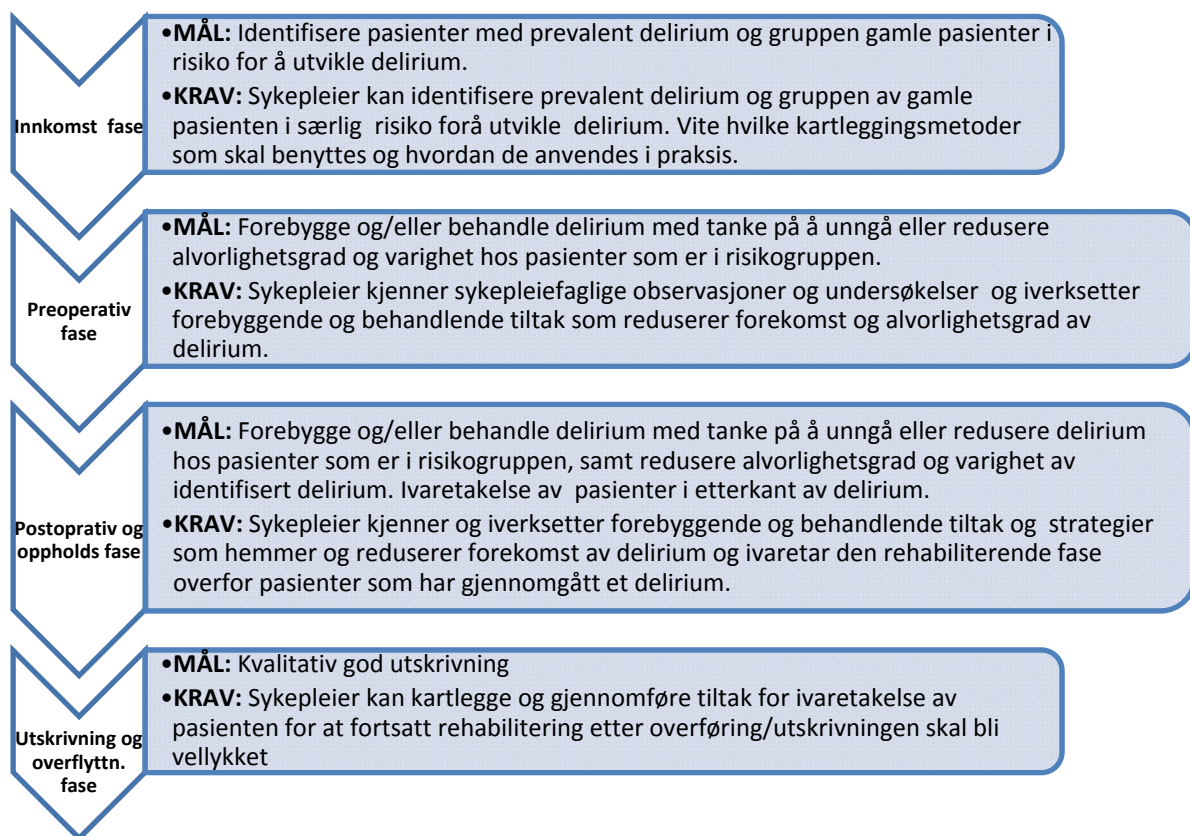
5.4 Oppsummering og forslag til fagutvikling i praksis

Resultatene har avdekket en fragmentert sykepleiepraksis rettet mot pasientgruppen gamle med brudd i fare for – eller som har utviklet delirium, som har i seg klare forbedringspotensialer. Det vises også sprik i forståelsen for tilstanden delirium innenfor samme praksisområde, og det er sett behov for en avklaring av begrepet delirium i praksis. Det viser også som et gjennomgående trekk at sykepleiere ikke har kunnskap om årsakssammenhenger, utløsende årsaker, behandling og konsekvenser av delirium. Den kliniske konteksten ortopedi, reduserer sykepleieres mulighet for å ivareta pasienten i samsvar med hva som oppfattes som kvalitativ god sykepleiepraksis. Det får som konsekvens at pasientgruppen gamle med brudd ikke får et tilfredsstillende helsetjenestetilbud i sykehus, og blir møtt med en fragmentert og usammenhengende sykepleiepraksis. For å sikre en mer systematisk og jevn praksis er det behov for felles forståelse, retningslinjer og prosedyrer. Kvalitativ god sykepleie og øvrig praksis, må utvikles ved å sette fokus på pasientgruppen gamles behov generelt, og tilstanden delirium spesielt ved tilrettelegging for faglig fordypning og refleksjon i praksis. Felles observasjonsrutiner, datasamlingspraksis og handlingsalternativ gjør det mulig å sammenligne observasjoner og vurderinger i klinisk sykepleiepraksis. Klargjøring av ansvarsområder, bredt teoretisk kunnskapsgrunnlag og klare retningslinjer for sykepleiere i praksis kan også gi høyere grad av mestring som igjen gir økt tilfredshet i øvelse av sykepleie.

Høy kvalitet på sykepleiepraksis oppnås ved fagutvikling og faglig fokus i klinisk sykepleie samt aktiv bruk av kunnskap i praksis. Ansvar for at kunnskap og fagkompetanse finnes i klinisk praksis hviler særlig på den faglige ledelse i avdeling, men tillegges også den enkelte sykepleier. Internasjonale etiske regler for sykepleiere (ICN) ansvarliggjør sykepleiere i forhold til å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring (NSF, 2007). Det personlige ansvar uttrykkes i Helsepersonellovens § 4 på denne måten: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonene for øvrig.” (Helsepersonelloven, 2007). Det fritar ikke sykepleiefaglig ledelse og behandlingsansvarlige fra sitt ansvar for at klinisk praksis er faglig forsvarlig og oppdatert i forhold til gjeldende praksis. Tilrettelegging for kontinuerlig læring innebærer like mye behovet for teoretisk kunnskap som kravet til å skape en bevisst holdning og til å gi rom for refleksjon i praksis som kan bidra til å utvikle økt kompetanse. Tilrettelegging for at den enkelte får dekket sine

læringsbehov hviler i høy grad på ledernivået. Sykepleiernes interesse for kunnskap og teori som har sammenheng med den pasientnære praksisen de står i, bør sykepleiefagligledelse støtte og styrke. Forbedringer i praksis tar utgangspunkt i praksisfeltet og konteksten den utøves i. Med resultatene fra dette studiet som utgangspunkt fremsettes et forslag til hvordan en kan identifisere krav og starte en kartlegging av behov i praksis som kan lede frem til interne rutiner og prosedyrer. Forslaget tar utgangspunkt og inndeles i pasientforløpet, kvalitetsmål og anbefalte retningslinjer for god praksis knyttes til og utformes for hver fase i forløpet (figur 7).

Figur 7 Modell for identifisering av faglige mål og krav til sykepleier knyttet til tilstanden delirium.



Utvikling i praksis og praksisforbedringer er sammenfallende med en kontinuerlig læringsprosess. Behovene for praksisendringene dette studiet har tegnet et bilde av, er omfattende enten man velger å isolere det til sykepleiefaget alene eller om man ser på endringer som involverer flere fag og organisering av virksomheten. Erfaring tilsier at nødvendige endringsprosesser er krevende og utløser utrygghet i en organisasjon. Å redusere utrygghet er en viktig første fase. Det er derfor en vanlig oppfatning at en får best resultat når prosessene

er godt planlagte og organiserte, samtidig som for strukturerte og forutsigbare forløp kan hindre kreative og fruktbare prosesser. Brunstad (2009) er opptatt av å benytte strukturløshetens mulighet til påvirkning og forandring, og klokt lederskap kjennetegnes av improvisasjon og kreativitet kombinert med dristighet for å få til endringer. Andre gode redskaper i endringsprosesser er; engasjement og motivasjon, rom for kulturelle og faglige forskjeller, forankring i ledelsen og leders rolle som tilrettelegger.

Manglende kompetanse og ressurser blant sykepleierne til å gjennomføre endringsprosjekter i praksis, kan løses med å inngå samarbeidsprosjekt mellom forskningsinstitusjoner og klinikk. En modell det kan være aktuelt å benytte er samarbeidsmodellen mellom høgskole/universitet og studenters praksissted, som tildeler praksisveiledningsmidler for å bedre kvaliteten på praksisundervisning i sykepleierutdanningen (Bjørk & Solhaug, 2008).

Særlig gamle pasienter med hoftebrudd er i risiko for å utvikle delirium. Rask og kompetent innsats fra sykepleiernes side kan spare disse pasientene for mange lidelser. Å øke kunnskap og kompetanse om tilstanden delirium er derfor av avgjørende betydning for kvalitativ god klinisk sykepleie. Studiens teoretiske perspektiv bygger på at tilførsel av teoretisk kunnskap alene ikke er tilstrekkelig, anvendelse av kunnskap fra pasientsituasjoner, erfaring og refleksjon over praksis har en annen tilnærming som må ivaretas og knyttes til teori for å øke sykepleiegruppens kollektive og personlige kompetanse. Sykepleiere har behov for økt kompetanse for å kunne gjennomføre systematisk kartlegging og observasjoner som gir sammenliknings grunnlag og mulighet for kontinuerlig vurdering og evaluering av resultat og praksis. Studiet har påvist sykepleieres evne og interesse for å reflektere over egen praksis. For å utnytte denne egenskapen er det nødvendig å tilføre kunnskap kontinuerlig dersom en skal gi sykepleiere mulighet for å reflektere på et høyere refleksjonsnivå og ivareta en kontinuerlig prosess med fagutvikling og økt kompetanse i praksis.

6 KONKLUSJON

Studien ansporer til videre debatt. To spørsmål synes særlig sentrale. Det første er i hvor stor grad dagens nyutdannede sykepleiere etter fullført bachelor utdanning, møter gruppen gamle pasienter innlagt i spesialisthelsetjenestenes behov? Det andre spørsmålet rettes mot helsemyndigheters og utdanningsinstitusjonenes evne til å utvikle verdier og holdninger som understøtter tilrettlegging for gamle pasienters spesielle behov for helsetjenester. Hva gjøres for å utvikle et tjenestetilbud som er tilpasset den gamle pasientens behov innenfor et system som bærer preg av å være utviklet for yngre pasienter?

Studien har avdekket områder for forbedringer. Spesielt er det synliggjort hvordan de organisatoriske forholdene rundt den kirurgiske virksomhetens kontekst påvirker og får konsekvenser både for kvaliteten på helsetjenester til gamle med brudd, og for sykepleierens muligheter og motivasjon til å gjennomføre en faglig forsvarlig sykepleie. Mangel på tid og kunnskap om delirium og det særegne ved sykdomspresentasjonen hos gamle pasienter, samt behov for tilrettelagte omgivelser er et trekk ved sykepleie rettet mot gamle med brudd. Sykepleiepraksis karakteriseres av at oppmerksomheten rettes mot pasientnære behov og av kontinuerlig overvåkning av pasienten tilstand. Selv om forskning bekrefter sykepleieres sentrale rolle i identifisering og forebygging av delirium, er dette ikke en oppgave som kjennetegner ortopedisk sykepleiepraksis i stor grad. Virksomhetens kjerneoppgaver tar utgangspunkt i fagfeltet *kirurgi* og ikke pasientgruppen gamle, fokus er tilheling av bruddet ved å forberede pasienten på operasjonen, å forbygge komplikasjoner i forbindelse med bruddet samt å starte rehabilitering. Dette ser ut til å være styrende for hvilke områder avdelingene krever kunnskaps- og handlingskompetanse på og den kollektive kompetansen i sykepleiegruppen er tilpasset dette. Til tross for at forskning viser at delirium er en vanlig og alvorlig tilstand hos gamle pasienter med brudd som det er mulig å forebygge, har ikke praksisfeltet utviklet strategier og retningslinjer som ivaretar dette. Klinisk ortopedi preges av at flere fagfelt deltar samtidig, spesielt den preoperative fase i pasientbehandlingen. I spenningsfeltet mellom sykepleieres pasientnære fokus og organisatoriske hensyn og prioriteringer utfordres sykepleiepraksisens faglige forsvarlighet og det skapes frustrasjoner i sykepleiegruppen.

Resultatene oppfattes som en understreking av at det er nødvendig med et fortsatt fokus på å tilpasse og utvikle helsetjenesten på spesialistnivå til gamle pasienters behov. Delirium er å

finne i alle kliniske sammenhenger hvor det finnes syke, gamle pasienter. Det betyr at oppgavene må løses der pasientene er, ansvaret kan ikke overlates til det geriatriske fagområdet alene. Delirium som et symptom på underliggende fysisk sykdom er ikke vektlagt i studien men vil være et aspekt ved delirium som må vektlegges i praksis. Det er nødvendig å øke både den personlige og den kollektive sykepleiekompetansen, samt en tverrfaglig kompetanse i spesialfeltet kirurgi/ortopedi. Det er grunn til å tro at forventet økningen av gamle pasienter innlagt i ortopedisk avdeling vil frembringe et enda sterkere behov for kompetanse for å møte det særegne ved pasientgruppen. I lys av dette studiet oppfordres praksisfeltet til å starte endringsarbeidet nå.

I praksisfeltet må det fortløpende vurderes i hvor stor grad kompetansen til å møte akutt syke gamle er godt nok ivarettatt, behov for å utvikle interne utdanningsprogrammer rettet mot sykepleiere som i sitt daglige arbeid møter denne pasientgruppen bør vurderes. For sykepleietjenesten vil en bevisst holdning til personalsammensetning og kompetanseheving i geriatrisk sykepleiekompetanse gi et bedre utgangspunkt for muligheten til å vedlikeholde og utvikle forbedringer i praksis som kommer pasientgruppen gamle med brudd til gode. Andre studier knyttet til sykepleie og behandling overfor tilstanden delirium konkluderer også med behov for kompetanseheving og praksisendringer (Lundstrøm, Edlund, Bucht, Karlsson, & Gustafson, 2003; Segatore, 2001). Flere foreslår utprøving av både lokale og nasjonale tiltak for å heve kunnskap og kompetanse i praksis. En studie planlegger for eksempel å undersøke effekt av opplæring via et elektronisk opplæringsprogram for sykepleiere som møter pasienter med delirium i praksis (Irving, Detroyer, Foreman, & Milisen, 2009). Å utnytte dagens teknologi i opplæring, kan være både et supplement og en erstatning for tradisjonell "kateter" undervisning som når flere og lar seg enklere kombinere med turnus arbeid.

Videre studier anbefales gjennomført i spesialavdelinger for gamle med brudd (ortogeriatreri). Dette vil trolig gi utvidet kunnskap om direkte pasientrettet klinisk sykepleiepraksis. Studier i slike avdelinger antas å gi bedre grunnlag for å utvikle retningslinjer for god sykepleiepraksis rettet mot pasienter som er utsatt for eller har utviklet delirium. Slike studier bør designes slik at resultatene har overføringsverdi for sykepleie i ordinære ortopediske avdelinger. En større studie med en tilnærming som kombinerer observasjon og intervju anses som aktuelt for å kunne fremskaffe solide data fra sykepleiepraksis. Denne studien har vist at det kreves innsats for å heve nivået på sykepleiepraksis rettet mot gamle pasienter med brudd. En kvalitativt god

sykepleietjeneste er effektiv og evner å sette inn de riktige tiltakene til rett tid på bakgrunn av klare og målrettede observasjoner og forståelse for situasjonen. Fremtidens helsetjenester for gamle med brudd er avhengig av sykepleiere med forståelse, kunnskap og kompetanse som bidrar til dette.

LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anderson, D. (2005). Preventing delirium in older people. *British Medical Bulletin*, 73-74, 25-34.
- Andersson, E. M. G., L.Hallberg, I. R. (2001). Acute confusional state in elderly orthopaedic patients: factors of importance for detection in nursing care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(1), 7-17.
- Bitsch, M., Foss, N., Kristensen, B., & Kehlet, H. (2004). Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 75(4), 378-389.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Breitbart, W. R., B.Roth, A.Smith, M. J.Cohen, K.Passik, S. (1997). The Memorial Delirium Assessment Scale. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 13(3), 128-137.
- Broadhurst, C., & Wilson, K. (2001). Immunology of delirium: new opportunities for treatment and research. *British Journal of Psychiatry*, 179, 288-289.
- Brunstad, P. O. (2009). *Klokt lederskap mellom dyder og dødssynder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 7-21.
- 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.
- Duppils, G. S., Wikblad, K. (2007). Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 810-818.
- Edelstein, D. M., Aharonoff, G. B., Karp, A., Capla, E. L., Zuckerman, J. D., & Koval, K. J. (2004). Effect of postoperative delirium on outcome after hip fracture. *Clin Orthop Relat Res*(422), 195-200.
- Edlund, A. L., Maria. Brännström, Benny. Bucht, Gøsta. Gustafson, Yngve. (2007). Delirium Before and After Operation for Femoral Neck Fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1335-1340.
- Engedal, K., Brækhus, A., & Haugen, P. K. (2005). *Demens fakta og utfordringer : en lærebok* (4. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Fick, D. M., Hodo, D. M., Lawrence, F., & Inouye, S. K. (2007). Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal Of Gerontological Nursing*, 33(2), 40-47; quiz 48-49.
- Folkehelseinstituttet. (2007). *Beinskjørhet og brudd – osteoporose og osteoporotiske brudd* http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3303:1:0:0:::0:0 (nedlastet 24.09.08).
- Foreman, M. D., Wakefield, B., Culp, K., & Milisen, K. (2001). Delirium in elderly patients: an overview of the state of the science. *Journal Of Gerontological Nursing*, 27(4), 12-20.
- Galanakis, P., Bickel, H., Gardinger, R., Von Gumpfenberg, S., & Førstl, H. (2001). Acute confusional state in the elderly following hip surgery: incidence, risk factors and complications. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 349-355.
- Gustafson, Y., Brannström, B., Berggren, D., Butch, G., Nordberg, A., & Hansson, L. I. (1988). Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(6), 525-530.

- Gustafson, Y., Lundstrom, M., Bucht, G., & Edlund, A. (2002). Delirium in old age can be prevented and treated. *Tidsskrift For Den Norske Laegeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Raekke*, 122(8), 810-814.
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Helbostad, J. (2008). Bevegelse og aktivitet aldersendringer og svikt i bevegelsesfunksjon. I: M. B. Kirkevold, K. Ranhoff. A. H (red.), *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsepersonelloven. (2007). *Lov av 2.juli 1999 nr.64*
- Hills, T. E. (2008). Dementia or delirium? Understand the difference. *Men in Nursing*, 3(3), 14-21.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J Med*, 354(11), 1157-1165.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, L. M., Jr. . (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467-2473.
- Inouye, S. K. v. D., C. H. Alessi, C. A. Balkin, S. Siegal, A. P. Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- Irving, K., Detroyer, E., Foreman, M., & Milisen, K. (2009). The virtual gateway: opening doors in delirium teaching and learning. *Int Rev Psychiatry*, 21(1), 15-19.
- Irving, K., Foreman, M. (2006). Delirium, nursing practice and the future. *International Journal of Older People Nursing*, 1(2), 121-127.
- Jensen, P. S., Gade, B., Foss, N.B. og Kristensen, T. M. (2006). Acceleret operationsforløb til patienter med hoftefractur. *Sygeplejersken*(17).
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=14149> (nedlastet 06.11.07).
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A., & Wyller, T. (In press 2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly hip fracture patients. *Journal of American Geriatric Society*.
- Juliebø, V., Lerang, K., Skanke, H., Mowe, M., & Wyller, T. B. (2004). A new delirium severity scale. *Tidsskrift For Den Norske Laegeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Raekke*, 124(17), 2276.
- Kim, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing* (2.utg.). New York: Springer.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2001). Klinisk sykepleie - refleksjoner over fagets kjerne og avgrensninger. I: E. J. Gjengedal, R. (Ed.), *Sykepleie praksis og utvikling* (s. 45-57). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Kirkevold, M., & Brodtkorb, K. (2008). Kartlegging. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus groups a practical guide for applied research* (2 utg.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups a practical guide for applied research maskinlesbar fil* (3 utg.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Kvale, S., Brinkman, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. 2 utg. København: Hans Reitzels forlag
- Kyrkjebø, J. M. (1998). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten en lærebok for helsefagstudenter*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

- Levkoff, S. E., Evans, D. A., Liptzin, B., Cleary, P. D., Lipsitz, L. A., Wetle, T. T., et al. (1992). Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Archives of Internal Medicine*, 152(2), 334-340.
- Lou, M. F., & Dai, Y. T. (2002). Nurses' experience of caring for delirious patients. *J Nurs Res*, 10(4), 279-290.
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628.
- Lundstrøm, M., Edlund, A., Bucht, G., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2003). Dementia after Delirium in Patients with Femoral Neck Fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 1002.
- Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malt, U. (2009). Store Norske Leksikon. http://www.snl.no/.sml_artikkel/frustrasjon (nedlastet mai -09).
- Marcantonio, E. R. F., J. M. Wright, R. J. Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- McCurren, C., & Cronin, S. N. (2003). Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 12(5), 318-323.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Han, L., Podoba, J. E., & Ramman-Haddad, L. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1327-1334.
- Meagher, D. (2001). Delirium: The role of psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 433-443.
- Milisen, K., Foreman, M. D., Abraham, I. L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc*, 49(5), 523-532.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs*, 52(1), 79-90.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling* (2.utg.). Göteborg: Daidalos.
- Neitzel, J. S., S. Larson, Linda R. (2007). Delirium in the Orthopedic Patient. *Orthopaedic Nursing*, 26(6), 354 - 363.
- Norsk Geriatrik forening (2003). *Metodebok. Utredning og behandling av delirium (akutt forvirring)*. http://www.legeforeningen.no/asset/24908/2/24908_2.doc (nedlastet 25.09.07).
- Nightingale, S., Holmes, J., Mason, J., & House, A. (2001). Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *Lancet*, 357(9264), 1264-1265.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICN's etiske regler*: Norsk sykepleierforbund.
- 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.
- Osnes, E. K., Lofthus C.M, Meyer H.E, Falch J.A, Nordsetten L, Cappelen I, Kristiansen I.S. (2004). Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis international*, 15(7), 567-574.

- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K., et al. (2006). Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 54(3), 479-484.
- Pettersen, R. (2002). Falltendens hos gamle. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 122 (6), 631-634.
- Pettersen, R. & Wyller, B. T. (2007). Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening.*, 127, 600 -603.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranhoff, A. H. (2008). Delirium. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rigney, T. S. (2006). Delirium in the hospitalized elder and recommendations for practice. *Geriatr Nurs*, 27(3), 151-157.
- Rizzo J. A, B. S., Leo-Summers L, Williams CS, Acampora D, Inouye SK. (2001). Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Medical care*, 39(7), 740-752.
- Segatore, M. A., D. (2001). Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2--Interventions. *Orthopaedic nursing*, 20(2), 61-73.
- Statistisk Sentralbyrå (2006). Befolknings statistikk. <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/> (nedlastet 24.09.07).
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Sosial og helsedirektoratet (2007). *Respekt og kvalitet rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre*. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stensvold, I., Rø, O. C., & Waaler, H. T. (1999). *Scenario 2030 Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030. Statens helsetilsyn: http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/utredningsserien/scenario_2030_sykdomsutviklingen_for_eldre_fram_til_2030_ik-2696.pdf* (nedlastet 12.10.07).
- Stenwall, E. J., M. E. Sandberg, J. Fagerberg, I. (2007). The older patient's experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: an interview study. Encountering the older confused patient: professional carers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 515-522.
- Svare, H. (2006). *Den gode samtalen : kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., et al. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age & Ageing*, 34(2), 152-156.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*, 45(6), 204-211.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trzepacz, P. T. (1999). Update on the neuropathogenesis of delirium. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 330-334.
- Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N., & Bedard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics [NLM - MEDLINE]*, 5, 13

Fokus: **FOREBYGGE DELIRIUM** hos eldre pasienter som innlegges for ortopedisk kirurgi.

For å beskrive deres erfaringer knyttet til å forebygge delirium (akutt forvirring/konfusjon) blant eldre pasienter kan vi tenke oss faser i sykehusoppholdet med ulike sykepleiehandlinger.

Vedlegg 1

Tema: FOREBYGGENDE SYKEPLEIEHANDLINGER	Innkomst	Under Oppholdet	Utreise Overflytting
Observasjoner (Informasjon) <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser dere etter tegn på delirium når dere møter nye pasienter? Hvilke? 2. Peker noen pasientgrupper seg ut som risikogrupper? 3. Hvilken informasjon får dere/ spør dere etter i samtaler med: pasienten? pårørende? 4. Annet helsepersonell fra annen instans; hjemmespl/sykehjem? 5. Hvilke refleksjoner gjør dere av observasjonene? 			
Tiltak <ol style="list-style-type: none"> 6. Har dere systemer/prosedyrer for å registrere eller oppdage pasienter som er i fare for å utvikle delirium? 7. Hvilke tiltak iverksetter dere for å forebygge i de ulike fasene? (a) ved innkomst (b) under oppholdet (c) ved utreise/overflytting 			
Evaluering/Vurdering <ol style="list-style-type: none"> 8. Hva har dere erfart som gode tiltak i de ulike fasene? 9. Er forebygging av delirium et tema når/hvis dere har kontakt med sykepleiere som skal overta ansvaret for pasienten ved utreise fra denne avdelingen? Muntlig? Skriftlig? 			

Fokus: **BEHANDLE DELIRIUM** hos eldre pasienter som innlegges eller som er innleggende for ortopedisk kirurgi

Tema: BEHANDLENDE SYKEPLEIEHANDLINGER	Innkomst	Under Oppholdet	Utreise Overflytting
<p>Observasjoner</p> <p>10. Hva gjør dere for å få</p> <ol style="list-style-type: none"> observasjoner informasjon og oversikt over den konkret pasientsituasjonen? <p>11. Hvilke tegn på delirium observerer dere?</p> <ol style="list-style-type: none"> Ser dere tidlige tegn? Hva er typisk ved presentasjon av delirium? <p>12. Har dere erfart forskjeller i presentasjonen av delirium hos</p> <ol style="list-style-type: none"> Elektivt innlagte pasienter? Akutt innlagte pasienter? 			
<p>Tiltak</p> <p>13. Har dere systemer/prosedyrer for behandling av delirium?</p> <p>14. Hvilke tiltak iverksetter dere for å redusere delirium iverksetter dere for å behandle delirium i de ulike fasene? a) ved innkomst, b) under oppholdet, c) ved utreise/overflytting</p> <p>15. Hva vil du/dere ut fra din/deres erfaringer si er avgjørende med tanke på å lykkes i å behandle</p>			

delirium?			
16. Hvordan vil dere beskrive de generelle/ordinære tiltakene knyttet til tilstanden delirium som dere gjennomfører i posten?			
17. Hvilke vurderinger gjør dere i tilknytning til valg av tiltak?			
18. Hvilke refleksjoner gjør dere i tilknytning til valg av tiltak?			
Evaluering/Vurdering			
19. Hva har dere erfart som gode tiltak i de ulike fasene?			
20. Hva vil du/dere ut fra din/deres erfaringer beskrive som mest virksomt med tanke på å redusere omfang/ lengde på denne tilstanden?			

Sykeleierperspektivet			
21. Hvordan oppleves det å være sykeleier i møte med pasienter i hyperaktivt delirium?			
Pasientperspektivet			
22. Har dere noen tanker og erfaringer fra pasienters egne opplevelse av å være delirisk?			
Oppsummerende refleksjoner			
23. Hva anser dere som det viktigste av det vi har snakket om/diskutert i dag?			

Organisering av ortopedisk avdeling – kompetanse og kunnskap i pleiekulturen	Sykepleieres oppmerksomhet, kunnskap, praksis og refleksjoner
<p>*Kirurgisk ortopedi anvender ikke geriatriiske diagnoser og prinsipper /fokus på skaden ikke geriatriiske problemstillinger/Pasientene i ortopedisk avdeling har behov for heldøgnsomsorg</p> <p>*Uforutsigbart operasjonsprogram /sykepleiere bekymrer seg for pasientens tilstand/Sykepleiere har liten innvirkning på varighet av preoperativ fase/ uavklart tidspunkt for operasjon øker faren for utilstrekkelig væske og ernæring/Sykepleiere tror faren for å utvikle delirium kan reduseres ved kort preoperativ fase.</p> <p>*Sykepleiere har ikke <u>tilstrekkelig tid</u> til å være hos- og observere pasienten med del.</p> <p>*<u>Begrenset mulighet for skjerming</u> /Sykepleiere tilrettelegger omgivelsene med tanke på skjerming for å opprettholde oversikt, ro, og trygghet for pasienten.</p> <p>*Sykepleiere <u>kartlegger</u> pasientens mentale status for å vite hvilket utgangspunkt de har/Kartleggingen er <u>ikke systematisk, ikke standardiserte rutiner</u>/Tilstanden identifiseres ved observasjon av mangel på pasientens evne til å motta informasjon, redusert korttidsminne, hallusinasjoner, og uro, samt endringer i bevissthetstilstand fra pre- til post operativ fase/ Fokus på <u>mental status ikke delirium</u></p> <p>*<u>Sykepleiere har varierende kunnskap om tilstanden delirium</u>: /tenker ikke delirium /ser ikke etter tegn på delirium ved innkomst/ <u>Konsekvenser av delirium /ser på uklarhet i postoperativ fase som post operativ forvirring/Differensiere mellom demens og delirium/Kjenner ikke utløsende årsaker/Observerer ikke hypoaktivt delirium</u></p> <p><u>Sykepleiere forebygger generelle komplikasjoner knyttet til sengeleie og immobilitet/Sykepleiere er ikke bevisst på å forebygge delirium.</u></p>	<p>*<u>Sykepleieres gjenkjenner situasjoner</u> ved hjelp av sanseintrykk (syn, hørsel, intuisjon)/Sykepleiere har forventninger til pasient situasjonen på bakgrunn av tidligere erfaringer (Husker pasientsituasjoner – overfører lærings erfaringer til ny praksis)</p> <p>*Sykepleiere igangsetter tiltak med tanke på å <u>lindre smerter, skape ro og trygghet</u>, opprettholde normal døgnrytme og tilstrekkelig søvn/ positive til prosedyre som gir anledning til å gi medikament ”inntil ro kommer”/Sykepleiere opplever at <u>medikamenter ofte er det eneste tilgjengelige tiltaket for å dempe sterk uro og smerter hos pasienter med tilstanden delirium.</u></p> <p>*Sykepleiere synes det er enklere å <u>identifisere delir hos mentalt klare enn hos personer med demens sykdommer.</u></p> <p>*Sykepleiere er opptatt av å kommunisere og samhandle med pasienten.</p> <p>*Sykepleiere ser <u>skille mellom elektive og akutt innlagte pasienter</u>: oppfatter akutt innleggelse som en større risiko for å utvikle delirium.</p> <p>*Sykepleierne har erfart at <u>pasientene husker delirium episoden i ettertid/mener det er viktig at pasienter som er i stand til det, får snakke om delirium episoden i ettertid/ikke alle sykepleiere tar dette aktivt opp med pasienten/Sykepleiere mener det er viktig å sette av tid til en samtale/Sykepleierne vet at det er skremmende opplevelser for pasientene.</u></p> <p>*Sykepleiere uttrykker sterke <u>følelser knyttet til pasientsituasjoner med delirium</u>/Sterk uro hos pasientene gjør inntrykk /føler maktesløshet overfor /synes tilstanden er krevende å forholde seg til.</p>
<p>Ønske om å forbedre praksis – metodikkens mulighet til å skape resultater</p> <p>* Felles Refleksjoner på bakgrunn av kollega uttalelser /sykepleiere konferer hverandre i intervjuet</p> <p>* Sykepleiere uttrykker ønske om å forbedre praksis etter gjennomført fokusgruppe intervju.</p>	



Vedlegg 3

Til avdelingsleder [-----]

Forespørsel om å rekruttere deltagere til en studie av sykepleiepraksis knyttet til tilstanden delirium

Mitt navn er Tove K. Vassbø. Jeg er sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg og for tiden student ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen Buskerud, der jeg arbeider med avsluttende masteroppgave i klinisk helsearbeid. Studiens arbeidstittel er:

Hva er klinisk god sykepleie til gamle som er i risiko for eller som har utviklet delir?

Jeg har vært i kontakt med forsknings og utviklingsdirektør, [-----] ved sykehusets FOU avd. Fra FoU avdelingen har jeg fått tillatelse til å gjøre avtale med avdelingsledere om tilgang til å bruke deltagere fra ortopediske enheter i min masteroppgave og forpliktet meg til å melde masterprosjektet for registrering i forskningsavdelingens arkiv. Jeg ber deg som avdelingsleder om å få en skriftlig tillatelse til å utføre studien i Ortopedisk avdeling, [-----]. Videre tillater jeg meg å be om hjelp til å oppnevne en kontaktperson som kan bistå meg med å sende ut en skriftlig forespørsel om deltagelse og å samarbeide noe med meg angående den praktiske gjennomføringen.

Studiens hensikt er å få kunnskaper om sykepleieres kliniske erfaringer knyttet til tilstanden delirium. Studiens resultater vil kunne være et bidrag til å utvikle praksisanbefalinger i den kliniske sykepleiehverdagen. Et overordnet mål er å stimulere til økt oppmerksomhet og kunnskapsutvikling blant sykepleiere knyttet til identifisering av pasienter i risikozonen samt metoder for forbygging og behandling av delirium.

Den gjennomsnittlige levealder i den norske befolkningen blir stadig høyere og gamle pasienter med sammensatte helseproblemer som har behov for sykehusinnleggelse, vil øke sterkt frem til 2050

(Statistisk sentralbyrå, 2007). I en rapport fra Statens helsetilsyn "Scenario 2030 Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030" (1999) som markerte en avslutning av "Nasjonalt geriatriprogram", oppgis det at antall innlagte pasienter vil øke fra 13 200 på en gitt dag i 1999 til 17 600 i 2030.

Når geriatriske pasienter innlegges i ortopediske enheter er den vanligste årsaken hoftebrudd. Statens helsetilsyn (1999) har beregnet utvikling av antall lårhalsbrudd og prosentvis endring for menn og kvinner fra 2005 til 2030 slik:

Fordelt på kjønn	2005	2030	Prosentvis endring
Menn	2213	3851	86.2 %
Kvinner	6543	9013	43.3 %

Forekomst av delirium er svært vanlig hos pasienter med hoftebrudd. Forekomst av delirium hos pasienter med hoftebrudd er en velkjent utløsende faktor til delirium (Fick, 2002; Ranhoff, 2008). Alvorlige konsekvenser av delirium knyttet til hoftebrudd er økt dødelighet etter to år og vedvarende symptomer på delirium inntil ett år etter uskrivning fra sykehus (Anderson, 2005). Annen forskning har påvist at tilstanden delirium kan gir økt liggetid og økt pleiebehov (Rigney 2006).

Sykepleieres sentrale rolle i forebygging, identifisering og behandling av delirium er motivasjonen for dette studiet. Sykepleiers kliniske kompetanse overfor pasientgruppen er lite beskrevet. Selv om tilstanden er omtalt allerede på Sokrates tid kan det synes som delirium ikke er vektlagt som diagnose i sykepleielitteraturen. Å øke kunnskapen og bevisstheten for diagnosen hos sykepleiere synes derfor å være viktig. Delirium har etter hvert fått en stor grad av oppmerksomhet innenfor fagfeltet geriatri. Dette kan ha sammenheng med det faktum at forekomsten av delirium øker med alder og sykdomstilstander og delirium blir dermed stadig oftere observert i sammenheng med akutte sykehusinnleggelser blant syke gamle. Erfaring fra gjennomført litteratursøk gir grunn til å hevde at der er gjort lite sykepleieforskning innen dette feltet.

I min oppgave ønsker jeg å fokusere på ikke-instrumentelle tiltak og observasjoner knyttet til identifisering av risikopasienter og pasienter som er i deliriøs fase. Som datainnsamlingsmetode vil jeg benytte fokusgruppeintervju. Metoden bygger på en forståelse av at sosial mening blir til i samhandling mellom mennesker og at forståelsen av meningssammenhengen er felles i gruppen. Ved å velge

fokusgrupper kan det antas at det vil være enklere å verbalisere refleksjoner på bakgrunn av erfaringer. Jeg ønsker beskrivelser av sykepleieres forståelser, sansninger og erfaringer med å yte sykepleie til deliriose ortopediske pasienter i sykehus. Gjensidige påvirkninger i gruppen kan kalle frem erfaringer som jeg ellers ikke ville fått tilgang til.

På denne bakgrunn ønsker jeg å gjennomføre studien blant sykepleiere som arbeider i ortopedisk avdeling ved [-----] sykehus, avdeling [-----] og [-----]. I lys av tidligere erfaringer og litteratur vil en gruppestørrelse på seks personer fordelt på tre grupper være ideell (Halkier, 2002, Hummelvoll, 2005). Intervjuene planlegges til om lag 90 minutters varighet. Det er ønskelig med to grupper på seks sykepleiere i ortopedisk avdeling i [-----].

Jeg er oppmerksom på at dette kan bli en merbelastning for avdelingen og deltakerne. Jeg vil legge vekt på å være fleksibel og hensynsfull ved gjennomføring av intervjuene. Konkrete avtaler for tidspunkt og sted vil bli gjort i nært samarbeid med nærmeste leder/kontaktperson og de enkelte sykepleiere. Imidlertid tillater jeg meg å spørre om deltagelse i samlingene kan inngå i deltakernes arbeidstid eventuelt ved avspasering, dersom dette er mest hensiktsmessig for dem. Av praktiske hensyn legges samlingene til egnet lokale innenfor sykehuset.

Jeg ber om hjelp til å sende skriftlige forespørsler om deltagelse til i første omgang *tolv aktuelle sykepleiere* i avdelingen. Jeg vil sørge for informasjonsskriv, skjema for samtykkeerklæring, frankerte konvolutter for utsending og svarkonvolutter. Rekrutteringen vil holde frem til det er nådd ønsket utvalg. Jeg vil gi deg eller kontaktperson tilbakemelding på antall positive svar etter at en avtalt svarfrist er utgått. Fokusgruppeintervjuene planlegges gjennomført september - oktober 2008.

Studien vil følge forskningsetiske retningslinjer. Alt materiale vil bli behandlet konfidensielt, og det vil bli innhentet informert samtykke fra den enkelte deltaker, jmf vedlegg. Jeg vil i løpet av uke 28 ta kontakt med deg for videre planlegging.

I den grad jeg kan bidra med noe tilbake, for eksempel litteratur og ny forskning på området, gjør jeg gjerne det. Dersom det er ønskelig vil jeg gjerne presentere studien for ansatte og andre interesserte i ortopedisk avdeling. Oppgaven planlegges innlevert våren 2009.

Førsteamanuensis Grethe Eilertsen, ved Høgskolen i Buskerud er min veileder. Hun treffes på telefon 32 206467. Ved eventuelle spørsmål vedrørende studien kan hun eller jeg kontaktes.

På forhånd takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Tove K. Vassbø

Adresse: Stensvejrdet 6

Telefon: 95 70 68 76

E-post: tokava@online.no

Vedlegg 4

Fra: [-----]

Sendt: 10. juli 2008 14:36

Til: Tove K Vassbø

Kopi: [-----]

Emne: Vedr. forespørsel om deltakelse i studie om sykepleiepraksis knyttet til tilstanden delir

Hei

Takk for forespørelsen, og vi vil gjerne bidra i arbeidet ditt.

Enhetsleder v/ Ortopedisk sengepost [-----] er din kontaktperson, og vil bistå deg i arbeidet med å finne deltakere samt tilrettelegge for den praktiske gjennomføringen av intervjuene.

Jeg har oversendt forespørselen din til henne, og du kan ta direkte kontakt med henne for videre planlegging

Det er et meget interessant tema du har valgt og vi vil gjerne at du presenterer arbeidet i avdelingen når det er ferdig

Lykke til!

[-----] kan nås på telefon [-----], men har ferie i uke 30-33 og 36

mvh

[-----]

avdelingsleder Kirurgiske senger

tlf. [-----]

Vedlegg 5

Fra: [-----]

Sendt: 7. juli 2008 13:36

Til: tokava@online.no

Kopi: [-----]

Emne: Spl.praksis knyttet til tilstanden delirium

Hei!

Jeg har fått din forespørsel om å intervju sykepleier i ortopedisk avdeling. [-----] er enhetssykepleier i posten og vi har lest søknaden din. Du er velkommen til å intervju sykepleiere i posten.

[-----] er din kontaktperson. Jeg overlater din skriftlige forespørsel og informasjonsskriv til henne. Dere finner en praktisk løsning sammen.

[-----], overlege ortopedisk avd. har fått en kopi av din forespørsel, til orientering.

Lykke til med oppgaven!

Mvh [-----]



Vedlegg 6

INFORMASJONSSKRIV

Til sykepleiere ved Ortopedisk avdeling, [-----]

Mitt navn er Tove K. Vassbø. Jeg er sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg. For tiden er jeg student ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen Buskerud, der jeg arbeider med avsluttende masteroppgave i klinisk helsearbeid. Studiens arbeidstittel er:

Hva er klinisk god sykepleie til gamle som er i risiko for- eller som har utviklet delir?

Studiens hensikt er å få kunnskaper om sykepleieres erfaringer fra praksis knyttet til tilstanden delirium hos gamle pasienter, med hovedvekt på relasjonelle forhold mellom sykepleier og pasient. Resultatene kan bidra til å utvikle praksisbefalinger i den kliniske sykepleiehverdag.

Sykepleiere har en sentral rolle i forebygging, identifisering og behandling av delirium. Sykepleieres kliniske kompetanse overfor pasienter som står i fare for å utvikle eller har utviklet delirium er lite beskrevet. Å øke kunnskapen og oppmerksomheten mot dette i sykepleiepraksis synes derfor å være viktig. Erfaring fra litteratursøk jeg har gjennomført gir grunn til å hevde at det er gjort relativt lite sykepleieforskning innen dette feltet. I min oppgave ønsker jeg å fokusere på ikke-instrumentelle tiltak og observasjoner knyttet til identifisering av risikopasienter og pasienter som er i deliriøs fase.

Når skrøpelige gamle pasienter innlegges i ortopediske enheter er den vanligste årsaken hoftebrudd. Hoftebrudd er en kjent utløsende faktor til delirium. I utgangspunktet kan alle pasienter rammes av delirium. Pasienter som rammes av delirium risikerer alvorlige konsekvenser med økt dødelighet etter to år og vedvarende symptomer på delirium inntil et år etter uskrivning fra sykehus.

Som datainnsamlingsmetode vil det bli benyttet fokusgruppeintervju. Det er ønskelig å gjennomføre tre fokusgruppeintervjuer, hver gruppe med cirka seks deltakere. Det betyr at du vil bli intervjuet sammen med fem andre kollegaer. Intervjuet vil ta om lag 90 minutter. Intervjuet vil ha fokus på erfaringer og refleksjoner knyttet til samhandling, observasjon, kartlegging og hva som ligger til grunn for din/deres vurderinger av tiltak som settes i verk overfor pasienten.

Offentlig godkjente sykepleiere som jobber i ortopedisk avdeling i minimum 50 % stilling vil være aktuelle deltagere til studien. Det er ønskelig med grupper sammensatt av både nyutdannede sykepleiere og sykepleiere med lengre erfaring. Det vil styrke studien om begge kjønn er representert, men det er ikke et krav.

Jeg vil be om anledning til å benytte båndopptaker under intervjuet. I tillegg til meg vil det være en medstudent med under intervjuet som vil hjelpe meg med det tekniske, samt å notere ned stikkord knyttet til vår samtale. Båndet vil bli slettet etter at oppgaven er sensurert. Jeg vil understreke at alle

opplysningene som kommer frem under intervjuet vil bli konfidensielt behandlet, og din tilknytning til oppgaven vil gjøres ugjenkjennelig. Du står til enhver tid fritt til å trekke deg fra studien.

Har du spørsmål i tilknytning til deltakelse i studien, kan du ta kontakt med meg eller min veileder førsteamanuensis Grethe Eilertsen, ved Høgskolen i Buskerud . Hun treffes på telefon 32 206467.

Hvis du er villig til å delta, ber jeg deg om å undertegne vedlagte samtykkeerklæring og returnere i medfølgende svarkonvolutt. Når gruppene er klare vil jeg i samarbeid med en kontaktperson på avdelingen ta kontakt med deg og de andre for å avtale tid og sted for intervjuet.

Vennlig hilsen

Tove K. Vassbø

Vedlegg

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring
Frnkert svarkonvolutt med min adresse

NB! Dette informasjonsskrivet kan du beholde

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker i å delta i student Tove K Vassbø's mastergradsstudie:

Hva er klinisk god sykepleie til gamle som er i risiko for- eller som har utviklet delirium?

Jeg har lest informasjonsskrivet med forespørsel om deltagelse og erklærer at jeg er villig til å delta i intervjuer.

Jeg jobber % stilling.

Jeg harmåneders praksis fra ortopedisk avdeling

Jeg harårs praksis fra ortopedisk avdeling

Jeg kan kontaktes på telefon nummer.....

Sted....., den.....

.....
Underskrift student

.....
Underskrift deltager

Vedlegg 7

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Grethe Eilertsen
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Buskerud, Drammen
Grønland 58
3045 DRAMMEN

Vår dato: 27.11.2008

Vår ref :20195 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.10.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 24.11.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20195	<i>Hva kjennetegner kliniske sykepleie til eldre som er innlagt for hoftekirurgi og er i risiko for - eller har utviklet delir?</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Grethe Eilertsen
Student	Tove Karin Vassbø

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

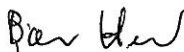
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

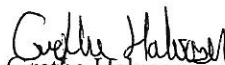
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Tove Karin Vassbø, Stensvejrdet 6, 2849 KAPP

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Utvalget er informert skriftlig om prosjektet og har samtykket skriftlig til deltakelse. Vi forutsetter at utvalget på tidspunkt for intervju, blir informert om at:

- Alle lydopptak/lydfiler slettes samt øvrige opplysninger anonymiseres senest ved prosjektslutt 1. januar 2010.
- At det er frivillig å delta og at de kan trekke seg underveis dersom de ønsker det.

Vi minner om at sykepleierne er underlagt taushetsplikt og forutsetter at de i intervjuene ikke oppgir opplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere tredjeperson (pasienter).

Lydopptak/lydfiler slettes samt øvrige opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, 1. januar 2010.

Vi minner om, for senere forsknings- og studentprosjekt hvor det skal behandles personopplysninger, at prosjektene skal meldes til og være ferdigbehandlet av personvernombudet før de settes i gang