



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum

Helse og idrett

Ingrid Mæhlum Prestrud

# Delirium blant eldre pasienter med hoftebrudd

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

Fordypningsoppgave

Våren 2012

Antall ord: 6410

Utlånsklausul:  Nei  Ja. Antall år \_\_\_\_\_

## Forord

Dette markerer slutten på flere måneders arbeid med fordypningsoppgaven. I denne tiden har jeg lest «side opp og side ned» med forskning knyttet til forebygging av, og symptomer på, delirium hos eldre med hoftebrudd. Den mest inspirerende lesningen inneholdt pasienters egne opplevelser av delirium. Denne lesningen ga meg «stå på» vilje til å fullføre oppgaven.

Sitatene nedenfor er hentet fra McCurren og Cronin sin artikkel “*Delirium: Elders Tell Their Stories and Guide Nursing Practice*” (2003). Disse statene fremstår for meg som tankevekkende og inspirerende eksempler på egenopplevde erfaringer.

Det første sitatet er fra en ukjent sykepleiers erfaringer:

A nurse advised Mrs. D.'s daughter to stay with her mother because “she certainly did not have time to deal with Mrs. D.'s behavior when she was responsible for 8 other patients.” (2003, s. 318 (unknown nurse)).

De neste sitatene er hentet fra forskjellige pasienter:

I thought I was thinking clearly. (...) I felt that I had all my faculties around me the whole time (2003, s. 318 (male patient)).

Just as clear as day I could see them (people in his room). I could see them clearer than I can see today. They were there – physically (2003, s. 320 (male patient)).

I didn't know where I was or what was going on (2003, s. 320 (patient)).

Avslutningsvis ønsker jeg å takke min veileder ved høgskolen i Hedmark, Irene Imingen, for gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis i oppgaveskrivingen. Jeg vil spesielt takke for at du stilte opp på en «sporty» måte. Gjennom dette har du vist at noen hundre miles avstand ikke er til noe hinder.

29. mai 2012

Kandidatnummer 103

### Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Innholdsfortegnelse.....	ii
1 Innledning .....	1
1.1 Hensikt og problemstilling.....	1
1.2 Avgrensing av oppgaven.....	2
1.3 Struktur på oppgaven .....	3
2 Metode .....	4
3 Teori.....	6
3.1 Hoftebrudd hos eldre pasienter .....	6
3.2 Hva er delirium? .....	6
3.3 Forebygging av delirium.....	7
3.4 Identifisering av symptomer på delirium .....	9
3.5 Identifisering av delirium ved hjelp av kartleggingsverktøy .....	10
3.6 Sykepleierens rolle i møte med eldre pasienter med delirium.....	10
4 Drøfting.....	13
4.1 Samfunnets utfordringer i forhold til delirium.....	13
4.2 Forebygging gjennom kunnskap.....	13
4.3 Identifisering av symptomer på delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd .....	15
5 Konklusjon.....	20
6 Litteraturliste.....	22
Vedlegg 1 – Norsk CAM-skjema .....	I

## 1 Innledning

Delirium ble nevnt allerede i medisinsk litteratur av Hippokrates, legekunstens far, for 2500 år siden. Fram til 1800-tallet ble delirium beskrevet som en sinnssykdom, og som en akutt psykisk lidelse med feber eller forgiftning. Delirium har i årens løp blant annet hatt navn som; akutt konfusjon, forvirringspsykose og medikamentell psykose. Internasjonalt har det blitt enighet om at betegnelsen delirium skal være gjeldene framfor, akutt forvirring (Engedal K. , 2008; Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002).

Delirium er ikke en diagnose i seg selv, men en tilstand av flere symptomer (Engedal & Haugen, 2009). I Norge er det årlig ca. 9000 hoftebrudd. De fleste tilfellene skyldes reduksjon av beinmasse, kombinert med fall (Nasjonalt folkehelseinstitutt).

Det er de eldre pasientene som er mest utsatt for delirium. Dette gjelder særlig eldre med kronisk eller akutt somatisk sykdom og demens. I følge Engedal (2008) er 20-30 % av eldre inneliggende pasienter rammet av delirium, mens andelen kan være 40-50 % blant ortopediske pasienter og pasienter med akutt hjerneslag.

FNs rapport «*World Population Ageing 1950-2050*» konkluderer med at antallet eldre vil øke betraktelig i de kommende årene, noe som vil komme til å få økonomiske, sosiale, politiske og kulturelle konsekvenser for samfunnet. Norge vil også få utfordringer i forhold til helsesektoren ved at det blir færre yrkesaktive personer i landet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Alle disse faktorene tilsier at det vil være nødvendig å øke sykepleiernes kunnskap om, og evnen til, og identifisere symptomer på delirium hos eldre mennesker med hoftebrudd. Dette da forebygging og tidlig oppdagelse av symptomene vil redusere sannsynligheten for at pasienter pådrar seg delirium.

### 1.1 Hensikt og problemstilling

Delirium har vært et tema jeg i lengre tid har ønsket å gå mer i dybden på. Dette ble derfor et naturlig tema for denne fordypningsoppgaven. Jeg har som sykepleier opplevd flere pasienter som har hatt delirium, og som jeg selv ikke fullt ut har «tatt alvorlig nok». Ved studiet har jeg oppdaget at delirium i mange tilfeller blir feiltolket, og at de ulike symptomene kunne ha blitt forbygget og behandlet langt tidligere. Ved at jeg tilegner meg mer kunnskap om eldre og

psykisk helse håper jeg at mitt fokus på delirium blant eldre pasienter med hoftebrudd vil øke betraktelig.

Med bakgrunn i dette blir min problemstilling som følger:

***Hvorfor bør sykepleiere tilegne seg kunnskap om forebygging og identifisering av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?***

## 1.2 Avgrensning av oppgaven

I denne fordypningsoppgaven, som jeg velger å se fra et sykepleieperspektiv, har jeg valgt å ha fokus på eldre pasienter. Jeg velger å ikke skille pre- og postoperativ delirium fra hverandre i oppgaven på grunn av oppgavens størrelse. Ut fra tilegnet kunnskap under studiet, er risikoen stor for at personer med demens vil oppleve delirium ved et hoftebrudd. Jeg velger derfor å utelukke ulike demenssykdommer på grunn av oppgavens størrelse.

Pasientene med hoftebrudd er i gjennomsnitt inneliggende i cirka en uke på ortopedisk avdeling. Med utgangspunkt i denne korte innleggingstiden, velger jeg ikke å gå inn på behandling av delirium.

Jeg har valgt å nevne fakta om hoftebrudd i oppgaven for å skape et rammeverk for videre undersøkelser. Videre har jeg valgt å bruke fellesbetegnelsen hoftebrudd som betegnelse på brudd i øvre del av lårbeinet. I den senere tid har begrepet *lårhalsbrudd* blitt erstattet med *hoftebrudd* for bedre å kunne sammenligne den norske fagterminologien med tilsvarende i andre land<sup>1</sup>. Jeg har også enkelte steder skrevet akutt hoftebrudd. Dette gjør jeg for å utelukke pasienter som gjennomfører en elektiv hofteoperasjon.

Avslutningsvis velger jeg å nevne mulige hypoteser omkring årsaken til delirium. Dette for å danne meg et bilde av delirium for videre arbeid i oppgaven. Forskningen har jeg valgt å flette inn i de ulike teoridelene, for på denne måten å få en bedre flyt i oppgaven.

---

<sup>1</sup> Kilde: [folkehelseinstituttet@fhi.no](mailto:folkehelseinstituttet@fhi.no) lastet 13. mai 2012.

### 1.3 Struktur på oppgaven

I kapittel 1 redegjør jeg for valg av tema og problemstilling, samt avgrensning i oppgaven. Kapittel 2 er oppgavens metodedel, der jeg beskriver valg av forskning og teoretiske referanse. Teorien, som er relevant i forhold til sykepleier og pasient med hoftebrudd er delirium og forebygging og identifisering av symptomer på delirium. Innholdet er hentet fra faglitteratur og fra forskning som jeg presenterer i kapittel 3. I kapittel 4 drøfter jeg problemstillingen. Dette kapitlet har jeg først valgt å dele inn i en innledning av samfunnsutfordringer, før jeg videre har delt kapitlet inn i to deler; en del med «forebygging gjennom kunnskap» og en del med «identifisering av symptomer på delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd». Avslutningsvis presenterer jeg konklusjonen på fordypningsoppgaven i kapittel 5.

## 2 Metode

«Metode er en fremgangsmåte for å få svar på spørsmål og få ny kunnskap innenfor et felt» (Larsen, 2007, s. 17). Metode er regler for hvordan man innhenter, organiserer og tolker informasjonen. Generelt er det to hovedtyper innen metode som kan legges til grunn i arbeidet med en samfunnsvitenskapelig oppgave; henholdsvis kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative retningen ser på målbarheten av dataen ved å benytte tall og statistiske analyser. Mens den kvalitative metoden på den andre siden tolker funn i teksten ved hjelp av ord (Larsen, 2007).

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i en kvalitativ metodikk. Dette har jeg valgt fordi jeg vil vektlegge forståelse, basert på tekstfortolkning. Denne fordypningsoppgaven er et litteraturstudie, og i følge Lindseth er et litteraturstudie «studier av litteratur om et spesielt fenomen, emne, begrep eller problemstilling» (Lindseth, 2009, s. 12).

Etter å ha bestemt meg for tema for fordypningsoppgaven valgte jeg innledningsvis å gjennomføre ett generelt søk på internett ved hjelp av funksjonen «*advanced search*» i forskjellige søkemotorer; herunder EBSCOhost<sup>2</sup>, Helsebiblioteket<sup>3</sup>, Kunnskapsegget<sup>4</sup> og Google scholar<sup>5</sup>. Jeg ønsket i først omgang å få en grov oversikt over tilgjengelig forskning og litteratur vedrørende delirium i sammenheng med hoftebrudd. Jeg valgte derfor å benytte følgende norske og engelske søkeord i de ulike søkemotorene; sykepleier (*nurse*), delirium, forebygging (*prevention*), eldre (*elderly/ old people*), sykehus (*hospital*), hoftebrudd (*hip-fractur*) og ortopedi.

Disse søkene gjorde at jeg fant et betydelig antall norske og internasjonale vitenskapelige artikler og faglitteratur. I tillegg fant jeg også flere norske masteroppgaver og andre artikler, samt flere dokumenter fra offentlig myndigheter og institusjoner. All denne litteraturen gav meg god oversikt over temaet. Mengden vitenskapelig artikler var imidlertid omfattende. Jeg måtte derfor gjøre et utvalg av de mest relevante artiklene og sto da igjen med en håndfull som jeg har basert oppgaven på.

---

<sup>2</sup> <http://search.ebscohost.com/>

<sup>3</sup> <http://www.helsebiblioteket.no/>

<sup>4</sup> <http://www.kunnskapsegget.no/>

<sup>5</sup> <http://scholar.google.no/>

I dette studiets pensumlitteratur er det lite som er skrevet om temaet delirium. Jeg antar at det er mer faglitteratur om delirium på biblioteket, men grunnet min geografiske plassering har jeg ikke vært i stand til å benytte denne tjenesten i særlig stor grad.

Jeg har bare benyttet en forskningsartikkel som inneholdt pasientenes opplevelse av å ha hatt delirium. Men i tillegg har jeg dratt nytte av sykepleierintervjuene som er blitt utført i forbindelse med to norske masteroppgaver. Disse er praksisnære for min problemstilling, og dermed anser jeg de for å være relevante. Det kan være en svakhet ved oppgaven at de pasientene som faktisk har erfart delirium, ikke har blitt mer berørt i oppgaven. En annen svakhet er at jeg ikke arbeidet ved ortopedisk avdeling under skriveprosessen, noe som har gjort at oppgaven har fått færre egenerfarte eksempler, da dette kunne ha styrket oppgaven. Samtidig velger jeg å tro at de dataene jeg har innhentet er gyldige, ved at de er publisert i anerkjente tidsskrifter.

Reliabiliteten, som er om informasjonen er nøyaktig og pålitelig, jeg velger å anse som høy i forhold til at det er flere forskere som har undersøkt samme forhold. Ved å søke på «delirium» og «*hip fractur*» fikk jeg flere studier av samme kategori. Jeg fant flere artikler om nyere forskning (fra de siste fem årene) som var publisert i anerkjente tidsskrifter. Disse anser jeg som meget pålitelige artikler med høy nøyaktighet.



## 3 Teori

### 3.1 Hoftebrudd hos eldre pasienter

Hoftebrudd er en vanlig innleggelsesårsak blant eldre mennesker, og da særlig blant eldre kvinner. Bruddet, som krever operasjon, sitter normalt i øvre del av lårbeinet, henholdsvis; fractura colli femoris, fractura pertrochanter og fractura subtrocantæ (Nasjonalt Register for leddproteser, 2012). Helsedirektoratet (2008) godkjente i 2008 en kvalitetsindikator, der målet er at hofteoperasjoner skal skje innen 48 timer for pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir innlagt til øyeblikkelig hjelp. Dette for å bedre kunne ivareta et helsetilbud til eldre pasienter på lik linje som til yngre pasienter.

Eldre pasienter kan deles inn i to grupper; på den ene siden de som er spreke og friske, på den andre siden de som har generelt nedsatt allmenntilstand, ofte kombinert med flere diagnoser (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Den siste gruppen vil kunne kreve mye ressurser fra helsevesenet. Samtidig er det stor sannsynlighet for at disse pasientene får komplikasjoner i tillegg til hoftebrudd. Eksempler på vanlige komplikasjoner er; urinveisinfeksjon, behov for blodtransfusjon, nedsatt funksjonsstatus og til slutt tidligere død (Ibid.). Forskning utført av Ranhoff, Holvik, Martinsen, Domaas og Solheim (2010) konkluderte med at de pasientene som falt utendørs var de sprekeste eldre, mens de som falt og pådro seg hoftebrudd innendørs i utgangspunktet var skrøpeligere. Disse hadde dermed større risiko for å pådra seg delirium i tilknytning til hoftebruddet.

### 3.2 Hva er delirium?

Den anerkjente legen Lipowski, sitert i Engedal (2008) definerer delirium som følger:

Delirium er et transitorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet, samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våkenrytme (s. 198).

Engedal (2008) på sin side beskriver delirium som en mental reaksjon på en underliggende somatisk lidelse, forgiftning og/eller legemiddelbruk, og da som en samlebetegnelse på flere symptomer. Symptomer på, og alvorlighetsgraden av, delirium arter seg ulikt hos hver enkelt pasient.

Engedal og Hauger (2009) nevner to hypoteser som kan forklarer tilstanden delirium. Den første hypotesen kalles den *kolinerge hypotesen*. Denne hypotesen antar at reduksjon av acetylkolin er den utløsende faktoren for at delirium oppstår, ved at cellene i hjernen får tilført for lite oksygen. Den andre hypotesen er *hyperkortisol-hypotesen*. Denne hypotesen hevder at delirium kan utløses av stress, da stress kan medføre økt produksjon av kortisol. Ved å gjennomføre forebyggende tiltak som å sørge for tilstrekkelig oksygentilførsel til hjernen, stabilt blodtrykk og normal blodsukker, samt å unngå stress og legemidler med antikolinerg effekt, vil risikoen for å utvikle delirium kunne reduseres.

### 3.3 Forebygging av delirium

Eldre pasienter, med nedsatt allmenntilstand som innlegges med hoftebrudd, har ikke nødvendigvis delirium ved innkomst. De kan imidlertid utvikle det under sykehusoppholdet. I denne pasientgruppen bør helsepersonalets fokus derfor være å gjennomføre enkle forebyggende tiltak (Ranhoff A. H., 2008), noe som i mange tilfeller dreier seg om god sykepleie. Dette stadfestes blant andre av Kirkevold, et al. (2008), som skriver at flere studier om forebygging av delirium har fokusert på sykepleietiltak som gode preventive virkemidler for å motvirke delirium.

Snoek og Engedal beskriver forebygging som «*en målrettet og planlagt aktivitet som kan observeres, beskrives og evalueres*». De skriver videre at «*forebygging kan sees i sammenheng med årsak-virkning-tenkning. Hvis vi kjenner årsaken til problemet, kan vi også forhindre det*» (2006, s. 41).

Fokuset på forebygging av delirium bør omhandle enkle, men viktige, tiltak som blant annet å sørge for at pasienten får briller, høreapparat, tannproteser og armbåndsur (Juliebø, et al., 2009). I tillegg er tidlig igangsetting av mobilisering, samt det å opprettholde en normal døgnrytme, tiltak som kan redusere varigheten av delirium og/eller forhindre at det utvikles (Robertson & Robertson, 2006). I følge en studie av Olofsson, et al. (2005), har pasienter med delirium større sjanse for å pådra seg komplikasjoner under sykehusoppholdet enn pasienter som ikke er deliriske. Pasienter med delirium har også større sannsynlighet for økt sykkelighet i forbindelse med hoftebrudd, noe som igjen kan få konsekvenser som økt liggetid, større hjelpebehov etter utskrivelse og økt dødelighet (Juliebø, et al., 2009).

Det er flere forebyggende faktorer som sykepleieren bør kjenne til i møte med de eldre pasientene med hoftebrudd. Ranhoff, et al. (2010) har funnet en sammenheng mellom delirium og lav kroppsvekt hos eldre med hoftebrudd uavhengig av om de hadde falt utendørs eller innendørs. Fokuset hos denne pasientgruppen bør være å forebygge ytterligere underernæring under sykehusoppholdet, slik at de kan få bedre utbytte av videre rehabilitering.

Underernæring, det vil si en BMI (*Body Mass Index*) under 20, økte risikoen for å utvikle delirium postoperativt. Dette kombinert med faste før operasjon kan øke risikoen for nedsatt immunforsvar, noe som igjen kan forklare tilstanden delirium hos eldre pasienter. Følgelig vil tilførsel av ekstra ernæring kunne være med på å forebygge og redusere varigheten av delirium (Juliebø, et al., 2009; Björkelund, et al., 2010).

Et annet viktig tiltak er å sørge for at eldre pasienter er smertelindret. Smertebehandling bør iverksettes snarest mulig etter hoftebruddet har oppstått. Dette fordi god smertelindring kan minske risikoen for å utvikle delirium (Robertson & Robertson, 2006). Da mange eldre pasienter ikke informerer helsepersonalet om at de har smerter, blir det viktig at sykepleieren selv observerer pasientene, for på denne måten å oppdage hvorvidt de har smerter. I tillegg bør sykepleieren spørre pasienten om hans/hennes smerter, samt informerer pasienten om viktigheten av å si ifra ved endringer i smerteopplevelsen (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

Forskning viser at lav oksygenmetning ( $\text{SaO}_2 < 90\%$ ) øker sjansen for delirium. Ved å opprettholde en oksygenmetning på 95 % gjennom tilførsel av oksygen, reduseres sannsynligheten for utvikling av delirium. Andre forebyggende tiltak er å opprettholde stabilt blodtrykk, samt å sørge for at hemoglobinverdien til pasienten er tilfredsstillende. Videre bør kroppstemperaturen holdes normal for å forebygge hypo-/hypertermi (Björkelund, et al., 2010).

Disse forbyggende tiltakene krever at sykepleieren har kunnskap om delirium og vet hvorfor forebyggende tiltak kan være med på å redusere deliriumstilfeller blant eldre pasienter med hoftebrudd. Kirkevold skriver at det trenges mer «*systematisk kunnskap om hvilke faglige, organisatoriske og strukturelle betingelser som må være til stede for å sikre at de eldre får ivare tatt sine grunnleggende behov*» (2007, s. 278).

## 3.4 Identifisering av symptomer på delirium

I forbindelse med innleggelse vil sykepleieren kunne observere at eldre pasienter med hoftebrudd kan være preget av angst, ha motorisk urolig adferd, småsove på dagtid med påfølgende innsovningsproblemer og/eller urolig nattesøvn. Disse symptomene kan alle være et forvarsel på delirium (Engedal & Haugen, 2009; Kalisvaart & Dijkstra, 2007). Følgelig er det nødvendig at sykepleierne har kunnskap om disse symptomene.

Engedal og Haugen (2009) beskriver fem symptomer som kjennetegner delirium. Det første symptomet er «*endret bevissthet*», noe som kan føre til at pasienten får nedsatt konsentrasjonsevne. Noe som kommer til uttrykk gjennom reduserte muligheter til å ta i mot, tolke og forstå innholdet av for eksempel en samtale. På grunn av dette kan eldre pasienter oppleve uro, angst og inadekvat atferd som følge av bakgrunnsstøy som tidligere ikke hadde noen innvirkning.

«*Tankeevne og persepsjon*» er det andre symptomet. Det sentrale i dette symptomet er at evnen til å vurdere, bedømme, abstrahere, planlegge og løse problemer nærmest er fraværende. Vrangforestillinger forekommer som regel sammen med synshallusinasjoner, eller blir utløst i enkelt øyeblikk. Persepsjonsevnen er svekket med bakgrunn i at evnen til å sette ting i sammenheng ikke lenger eksisterer, noe som også kan føre til hallusinasjoner (Engedal & Haugen, 2009).

Det tredje symptomet er «*svekkelse i hukommelsen og orienteringsevnen*». Det er korttidshukommelsen som er svekket, noe langtidshukommelsen er imidlertid ikke er. Dette kan føre til at pasienten blander nåtid og fortid. Pasienten får vanskeligheter med å forholde seg til tid, og i alvorlige tilfeller, vil steds- og retningssansen også forsvinne (Ibid, 2009).

«*Psykomotorisk endring*», som er det fjerde symptomet, viser seg gjennom hyper- eller hypoaktivt delirium. Hyperaktivitet er en vanlig væremåte med vandring, psykomotorisk uro, talepress og en tendens til å selvseponere; for eksempel urinkateter og venekanyler. Slike pasienter virker ofte agiterte, engstelige og lett distraherbare med hallusinasjoner. Hypoaktivt adferd kan observeres hos enkelte pasienter ved at de blir sløve og har svekket reaksjonsevnen. I tillegg blir også evnen til å føre en samtale ofte svekket. Andre pasienter kan imidlertid kun oppleves som stille (Ibid, 2009).

Det femte symptomet er «*endret døgnrytme og emosjonelle endringer*». De emosjonelle endringene er individuelle og enkelte pasienter kan oppleves som stille, rolige og apatiske. Andre kan konstant veksle fra å være apatiske til å være agiterende, fra å være depressive til å bli maniske og fra å være engstelige til å være fullstendig rolige. Dette er antagelig på grunn av at de sensoriske prosessene går tregere på denne tiden av døgnet. Alle disse kjennetegnene på symptomene er synlige hele døgnet, men kan best ses på kvelds- og nattestid (Engedal & Haugen, 2009).

### 3.5 Identifisering av delirium ved hjelp av kartleggingsverktøy

Ranhoff (2008) skriver at sykepleiere som gjennom klinisk observasjon finner symptomer på delirium, bør skrive dette ned i et kartleggingsverktøy. I litteraturen er det beskrevet ulike kartleggingsverktøy enkelte kan være tidkrevende, mens andre lett lar seg gjennomføre av alt helsepersonell. Det viktigste med de ulike kartleggingsverktøyene er at de blir benyttet, og at de blir sett i sammenheng med pasientens tilstand. Engedal og Haugen (2009) skriver at det er usikkert om et kartleggingsverktøy kan være med på å identifisere årsaken, mens andre forskere har vist at bruk av kartleggingsverktøy kan gi gode resultater (Björkelund, et al., 2010; Juliebø, et al., 2009; Ranhoff A. H., 2008).

Et eksempel på et kartleggingsverktøy er *Confusion Assessment Method (CAM)*, noe som er et godt utviklet verktøy for både sykepleiere og leger for å kunne avdekke om pasienten lider av delirium (Juliebø & Wyller, 2010). Kirkevold et.al skriver at CAM bør benyttes ved hver vakt i avdelingen, og gjennomgås i den ordinære rapporten. De hevder videre at der CAM er godt innarbeidet blant personalet skjer observasjonene automatisk og CAM er bestandig i personalets bevissthet (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). CAM ble utviklet av Inoyue et al. i 1990 og har senere blitt oversatt, blant annet til en Norsk kortversjon<sup>6</sup> (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

### 3.6 Sykepleierens rolle i møte med eldre pasienter med delirium

NSF skriver at god sykepleiepraksis kjennetegnes ved aktuell og relevant kunnskap. Dette bør utføres på en omsorgsfull måte, med utgangspunkt i pasientens egne behov, gjennom et

---

<sup>6</sup> Se vedlegg 1 for eksempel på norsk CAM-skjema.

samarbeid mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Sykepleieren vil gjennom kunnskap og erfaring kunne identifisere pasientens problemer før de oppstår, eller utvikler seg til alvorlige problemsituasjoner. Sykepleieren skal hjelpe pasientene til å forstå situasjonen, samt hjelpe dem til å gjenvinne egenaktivitet og til å finne løsninger gjennom involvering i beslutninger som blir tatt. En aktiv deltagelse fra sykepleierens side vil gjøre pasienten trygg på at sykepleieren vil hjelpe han med fremtidige utfordringer, og vil derigjennom kunne forebygge komplikasjoner og ubehag (Norsk sykepleierforbund, 2008).

Sykepleierne tilbringer mest tid sammen med pasienten, og de møter pasienten og pårørende med respekt og forståelse. Dermed blir det nærliggende at sykepleieren både informerer pasienten og de pårørende om at delirium ofte kan inntreffe i forbindelse med hoftebrudd hos eldre mennesker. Videre bør det også informeres om at varigheten og alvorlighetsgraden av delirium varierer samt at delirium fortsatt kan være tilsted etter at den somatiske sykdommen er ferdigbehandlet eller legemidlet er seponert. Denne typen informasjon har vist seg å være nyttig, både for pasienten og pårørende. Ved at sykepleieren mentalt forbereder både pasient og de pårørende vil dette kunne gjøre situasjonen mindre skremmende (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008; McCurren & Cronin, 2003).

I en stressende hverdag kan sykepleiere bli oppfattet som irriterte og utålmodige, og pasientene med delirium kan oppleve uttalelsene fra sykepleiere som frustrerende. Dette blir forårsaket av at pasienten ikke oppfatter hva sykepleieren forøker å formidle. Pasienten ble derfor bare mer forvirret (McCurren & Cronin, 2003). Sykepleieren bør kunne identifisere delirium blant annet gjennom pasientens respons på enkle, raske spørsmål. En sykepleier med en relasjon preget av omsorg, vil kunne skape tillit. Dette kan imidlertid være vanskelig i en stresset hverdag, men pasienten med delirium vil kunne oppleve situasjon som langt tryggere dersom sykepleieren yter tilstrekkelig omsorg (Ibid, 2003). Mangel på ressurser i avdelingen kan være et problem i forhold til den oppfølgingen som pasienten trenger. En studie konkluderer med at sykepleiere ga for mye hjelp til pasienten med delirium, ved ikke å gi dem anledning til å utføre daglige gjøremål selv. Dette skaper ikke bedre rehabiliteringstid for pasienten, snarere tvert imot (Olofsson, Lundström, Borssèn, Nyberg, & Gustafson, 2005).

Det er internasjonalt bestemt av delirium skal være begrepet som skal benyttes framfor «akutt forvirring». Engedal og Haugen mener imidlertid at vi i Norge fortsatt vil benytte andre begrep på lidelsen delirium (2009). Gjennom at alle ledd i helsetjenesten benytter samme

terminologi i sykepleien vil dette kunne bidra til en felles forståelse og bedre kommunikasjon av begrepsbetydningen. Dette vil kunne føre til økt pasientsikkerhet, kontinuitet og kvalitet på sykepleien (Norsk sykepleierforbund, 2008).

Milisen et. al (2002) har i sin studie undersøkt sykepleieres ferdigheter ved dokumentasjon av delirium. Det kom frem at sykepleierdokumentasjonen var mangelfull. Årsakene til dette kan være misforståelser i forhold til hva «forvirring» er. Sykepleierne som deltok i dette studiet kunne ikke redegjøre for hva som lå i begrepet «forvirret». Dette taler for at begrepet bør unngås. Det kom videre frem at ingen sykepleiere dokumenterte tilfeller av delirium hos pasientene. Den kognitive statusen var nevnt i dokumentasjonen, men pasientens mentale status var sjelden nøyaktig dokumentert (Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002).

## 4 Drøfting

I denne drøftingsdelen vil jeg besvare problemstillingen;

*«Hvorfor bør sykepleiere tilegne seg kunnskap om forebygging og identifisering av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?»*

### 4.1 Samfunnets utfordringer i forhold til delirium

Forskning (Juliebø, et al., 2009; Engedal & Haugen, 2009) viser til flere ulike årsakssammenhenger for delirium. Fagpersonell er imidlertid ikke enige i hva som er den utløsende årsaken til delirium. Det vil trolig være av interesse å forske videre for å finne ut mer om årsaken til at delirium oppstår. Dette indikerer at «gåten rundt årsaken til delirium» fortsatt ikke er løst. Min mening er at det lave fokuset nettopp skyldes manglende interesse for forskningen, og dermed manglende kunnskap til å kartlegge og identifisere symptomer på delirium. Wyller påpeker i forskningsmagasinet Apollo (2012) at delirium er likte kjent, og at forskning som er gjort på fagfeltet har lite omfang.

Forskning utført av Juliebø, et al. (2009) viser at faren for delirium øker med 5 % for hver time en pasienten må vente på operasjon. Delirium kan føre til lengre sykehusopphold, større sjanse for å utvikle demens og kortere levetid (Juliebø, et al., 2009; Kalisvaart & Dijkstra, 2007; Robertson & Robertson, 2006). For å motvirke dette bør det satses mer på forebyggende tiltak slik at pasienten kan overføres til kommunal helsetjenester på et tidligere tidspunkt. Dette vil være i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, og vil samtidig være samfunnsøkonomisk gunstig.

### 4.2 Forebygging gjennom kunnskap

Forebygging er en målrettet og planlagt aktivitet, i følge Snoek og Engedal (2006). Forskning viser at eldre med lav kroppsvekt, lav oksygenmetning, lavt blodtrykk og lavt hemoglobinnivå har økt sannsynlighet for å få delirium, enten pre- eller postoperativt (Björkelund, et al., 2010; Juliebø, et al., 2009). Med bakgrunn i dette bør alle sykepleier forsøke å forbygge delirium blant eldre pasienter med hoftebrudd. Dette ved at sykepleieren tilegner seg kunnskap om viktigheten av forebygging i arbeidet med eldre pasienter. Gjennom økt kunnskap mener jeg at sykepleierne vil kunne vise mer forståelse ovenfor pasienter som



er i risikogruppen for å få delirium. Jeg mener at dette vil gjøre arbeidshverdagen mer interessant, ved at sykepleierne har tilegnet seg kunnskap om delirium og forhåpentligvis kan avdekke delirium på et tidlig stadium. Sykepleieren viser da ovenfor pasienten og pårørende at de har fagkunnskap. Sykepleieren vil da føle større faglig stolthet samtidig som dette er god sykepleie.

Forskning (Ranhoff, Holvik, Martinsen, Domaas, & Solheim, 2010) viser at eldre pasienter som innlegges med hoftebrudd i mange tilfeller har lav kroppsvekt. Dette kan skyldes deres høye aldre med påfølgende aldersforandringer, andre sykdommer og manglende appetitt. Eldre som er underernærte kan oppleve at måltidene tar lang tid og at kreftene tar slutt lenge før de er mette (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Det blir viktig at sykepleieren har kunnskap om dette sett i sammenheng med delirium og hoftebrudd. Flere eldre pasienter er redusert etter et hoftebrudd. Dersom pasienten i tillegg er underernært, vil rehabiliteringen være mer krevende å fullføre. Ved at sykepleieren stiller spørsmål angående ernæring til pasient og pårørende ved innleggelse, kan ytterligere tap av kroppsvekt forebygges. Gjennom kunnskap om ernæring mener jeg at en hver sykepleier bør ha fokus på ernæring hos den eldre pasienten gjennom hele sykehusinnleggelsen.

I forbindelse med et hoftebrudd er målinger av blant annet blodtrykk, oksygenmetning, og blodsukker vanlig prosedyre. I tillegg utføres ofte innleggelse av venekanyler og urinkateter. Dette er allerede eksisterende tiltak, men de utføres ikke nødvendigvis med tanke på å forebygge delirium. For eksempel blir urinveiskateter fjernet første postoperative dag. Dette gjennomføres for å forebygge urinveisinfeksjon, men normalt ikke med tanke på å forebygge delirium. Vassbø (2009) undersøkte dette ved å intervjuer sykepleiere i forbindelse med sin masteroppgave. Respondentene svarte at de ikke tenkte forbyggende i forhold til delirium, men forbyggende i forhold til somatiske lidelser som lungebetennelse, urinveisinfeksjon og trykksår. Jeg oppfatter dermed at sykepleiere ønsker å forebygge ulike lidelser hos pasienten med hoftebrudd, men at delirium ikke er blant de lidelsene som de legger til grunn for forebyggingen. Dette selv om de samme tiltakene også gjelder for forebygging av delirium.

Jeg mener at arbeidsplassen bør legge til rette for økt kunnskap hos sykepleierne gjennom videreutdanninger og kurs. Dette bør politikere og samfunnet legge føringer for, slik at sykepleierne kan få mer kunnskap og gjennom dette tilegne seg økt forståelse for delirium og dens tilstand.

Fordommer og diskriminerende holdninger ovenfor eldre pasienter kan medføre at de i mindre grad enn yngre pasienter bli behandlet for deres komplikasjoner (Daatland & Solem, 2007). Jeg mener at alderisme forekommer hos sykepleiere, men i hvor stor grad det eksisterer blir bare spekulasjoner fra min side. Jeg har selv hatt ansvar for eldre pasienter med hoftebrudd som jeg har sett på som krevende. Jeg har i liten grad tenkt på årsakssammenheng i de eldre pasientenes væremåte. Kunnskap om pasienten og dennes lidelse vil kunne være med på å forebygge videre skade. Daatland og Solem skriver at *«fordommer vil gjerne føre til diskriminering, men trenger ikke gjøre det. Visse former for diskriminering kan finne sted selv om det ikke ligger fordommer til grunn»* (2007, ss. 107-108).

I flere tilfeller viser det seg blant annet at deliriumssymptomene blir oversett eller forvekslet med demens (Juliebø & Wyller, 2010). Eldre pasienter med delirium, som blir feiltolket til å lide av en demens sykdom eller en depresjon, kan oppleve feilbehandling. Dette kan igjen få negative konsekvenser for pasienten (McCurren & Cronin, 2003; Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002). På grunn av at symptomene på demens og delirium er veldig like, er det viktig at sykepleiere kjenner til dette slik at feiltolking kan unngås i størst mulig grad.

Sykepleierne har gjennom en arbeidsdag betydelig pasientkontakt, men det er allikevel de pårørende som kjenner pasienten best. I forebyggingsfasen bør sykepleierne derfor inkludere pårørende slik at pasienten har kjente rundt seg (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Dette vil skape trygghet for pasienten, samtidig som de pårørende også er en ressurs for sykepleieren. Samtidig må sykepleierne ha kunnskap om at pårørende kan uttrykke sorg ovenfor pasienten med utgangspunkt i hans/hennes endrede personlighet og adferd. Det er viktig at sykepleierne informerer pårørende om hva den endrede adferden skyldes gjennom hele sykehusoppholdet. Dette underbygges av at en studie fortsatt fant delirium hos hele 9 % av pasientene på den fjerde postoperative dagen (Kalisvaart & Dijkstra, 2007).

### **4.3 Identifisering av symptomer på delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd**

Hvordan sykepleieren skal kunne identifisere symptomer på delirium når fokuset på geriatri er lavt, er en utfordring jeg mener bør undersøkes nærmere. Dette da fagpersoner og politikere er bekymret for den stadige økende eldrebølgen, samtidig som vi vet at delirium særlig rammer eldre.

I en rapport utført av helsetilsynet i 2011 fremkommer det at forvirring er journalført hos hele 9 av totalt 18 kognitiv friske undersøkte pasienter. Det er interessant å se at de kun har benyttet begrepet forvirring og ikke delirium i sin journalføring. Et fåtall av de eldre pasientene hadde kortvarig forvirring og forvirring ved utskrivelse (Helsetilsynet, 2012). Forskning viser at delirium er en vanlig komplikasjon av hoftebrudd. Jeg stiller meg undrende til at det kun var registret tilfeller av forvirring, og at dette ikke var mer utdypet. Jeg mener at dette kan skyldes manglende journalføring av kognitive forandringer og at delirium ikke har vært et prioritert område ved hoftebrudd hos eldre pasienter. Det kan skyldes manglende deliriumsprosedyrer, samt at interessen for komplikasjoner som spesielt rammer geriatriske pasienter har for lite fokus.

Når eldre pasienter innlegges akutt med hoftebrudd er det i enkelte tilfeller uavklart når en operasjon kan gjennomføres. I ventetiden er det viktig at den enkelte sykepleier ser etter symptomer på delirium, samtidig som preoperative forberedelser gjennomføres. Dette krever at sykepleieren kan identifisere de ulike symptomene på delirium. Dermed bør sykepleieren observere symptomer og iverksette sykepleietiltak. Hos eldre pasienter med hoftebrudd kan for eksempel symptomer som angst, motorisk uro eller søvnløshet og desorientering være synlig en god stund før delirium blir stadfestet.

I en studie fortatt av Klisvaart og Dijkstra (2007) viste det seg at forekomsten av delirium er høyest andre postoperative dag. Forskerne kom videre frem til at eldre pasienter som regel hadde symptomer på delirium allerede før operasjonen. Dette viser at ved å vite hva man skal se etter kan man iverksette bedre forebyggende tiltak. Det var symptomer som nedsatt hørsel, vanskeligheter med å uttrykke seg klart, desorientering og somatisk sykdom som preoperativt var synlige symptomer i dette studiet. At sykepleiere på en somatisk avdeling ikke ser de kognitive forandringene kan skyldes at fokuset er somatisk rettet, og at symptomer på geriatriske sykdom ikke er prioritert. Ved at sykepleieren har kunnskap om disse forholdene vil delirium lettere la seg avdekke. Gjennom at sykepleieren deltar aktivt, vil pasienten kunne føle seg trygg på at sykepleieren har tilstrekkelig fagkunnskap til å kunne hjelpe med de utfordringene pasienten har (Norsk sykepleierforbund, 2008).

Alle de fem symptomene som Engerdal og Haugen (2009) beskriver i teoridelen, vil kunne sees hos eldre pasienter med delirium. Forskning (Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002) viser imidlertid at det kan være de psykomotoriske endringene som sykepleierne observerer først. I de fleste tilfeller er det pasienter med hyperaktive symptomer som får mest oppmerksomhet. Disse blir ofte også ansett som mest krevende (Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002). I møte med pasienter som var hyperaktive, uttalte sykepleierinformantene til Bøyum (2011) og Vassbø (2009) at begrep som ressursmangel, tvang, maktesløshet, utilstrekkelighet og tristhet var ord som beskrev følelsene til sykepleierne i disse situasjonene. For å håndtere vanskelige pasientsituasjoner hjalp sykepleierne hverandre. Samarbeid mellom sykepleiere anser jeg som positivt, ved at flere tenker ut løsninger og viser omsorg for hverandre.

Sykepleierne Bøyum intervjuet konkluderte med at pasientene ble roligere dersom de satt ved siden av dem. Sykepleierne så nytten i tilstedeværelsen gjennom at de da kunne gi pasienten informasjon, og ved behov gjenta den, samtidig som de kunne forhindre at pasienten skadet seg. På den annen siden nevnte de at tiden de benyttet hos pasienten var problematisk rent ressursmessig. Mangel på tid var noe også sykepleierne i Bøyums studie nevnte som en utfordring (Bøyum, 2011). Dette kjenner jeg meg igjen i. Disse pasientene krever ekstra omsorg, noe som ofte tar mye tid og ressurser fra sykepleieren. Utfordringen er at det ofte er nettopp dette det er knapphet på, i en travel sykehushverdag. Min erfaring er at det virker som om det er flere pasienter med delirium i travel perioder enn i rolige. Dette kan ha sammenheng med at når sykepleierne har mindre tid til å sitte ned med pasientene, har de vanskeligere for å oppdage symptomer på begynnende delirium. Dermed kan delirium få utvikle seg mer og symptomene blir vanskeligere å håndtere.

I hovedsak er det eldre pasienter med hyperaktive symptomer som sykepleiere forbinder med delirium. Pasienter med symptomer på hypoaktiv adferd derimot, blir sjelden forbundet med delirium. Dette kan muligens forklares ved at disse pasientene er sengeliggende, oppfattes som samarbeidsvillige og krever lite ekstra fra sykepleieren. Pasienter med hypoaktivt delirium kan ha større fare for få komplikasjoner på grunn av at symptomene oppdages og behandles på et senere tidspunkt (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008; Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002, s. 396). Delirium hos denne gruppen kan være vanskeligere å

oppdage enn blant de hyperaktive. Delirium kan imidlertid både forlenge sykehusoppholdet, og kreve økte ressurser i forhold til postoperativ mobilisering for begge gruppene.

Ranhoff (2008) skriver at skjerming og kontinuerlig tilsyn iverksatt av sykepleiere har gode resultater. Skjermingstiltak kan være ressurskrevende for de ansatte, spesielt dersom det skjer på kvelds- og nattestid. Skjerming bør imidlertid utføres til pasientens beste, ikke motsatt. Noen pasienter blir for eksempel kjørt ut på gangen på kvelden og inn på rommet igjen morgenen for å skjermes den/de andre med pasientene på pasientrommet. Dette skaper imidlertid bare ytterligere forvirring og utrygghet for pasienten som har delirium. Disse pasientene bør derfor isteden få enerom. Dette var også erfaringen til sykepleierne som Bøyum intervjuet.

Ved at flere av symptomene på delirium viser seg tydeligere på nattestid, når det er færre sykepleier på vakt, kan symptomene lettere bli oversett enn hva de ville blitt på dagtid. Gjennom å sørge for at pasienten ikke har sovet store deler av dagen, kan sykepleierne på dag- og kveldstid legge grunnlaget for at pasienten får en god natt i rolige omgivelser der de føler seg trygge. Ved at sykepleierne på dag- og kveldstid har identifisert symptomer og satt i gang forbyggende tiltak, vil dette kunne gi sykepleierne på nattskift en bedre oversikt over risikopasientene. Pasienten vil kunne merke dette ved at sykepleierne har en roligere væremåte ovenfor pasientene. Sykepleierne vil samtidig føle en trygghet i forhold til den informasjonen de har fått angående deliriske pasienter, noe som igjen vil gjøre dem bedre forberedt til møte med pasienten.

Eldre pasienter med hoftebrudd bør undersøkes for delirium minst en gang per dag, mener Juliebø og Wyller (2010). Dette for å forhindre komplikasjoner og andre lidelser. De viser til kartleggingsverktøyet CAM (Confusion Assessment Method)<sup>7</sup>, som et godt kartleggingsverktøy som kan brukes av sykepleiere og leger. Forskning (Juliebø, et al., 2009; Milisen, Foreman, Wouters, Driesen, & etal, 2002; Björkelund, et al., 2010) utført både i Norge og internasjonalt, viser at delirium har blitt avdekket ved bruk av kartleggingsverktøy. Derfor er det en svakhet at slike kartleggingsverktøy ikke har blitt innført som standardprosedyre hos eldre pasienter som er akuttinnlagt for hoftebrudd. Jeg mener dette kan skyldes at forskningen

---

<sup>7</sup> For eksempel på CAM-skjema; se vedlegg 1.

(Juliebø, et al., 2009) på delirium først i de senere årene har ekspandert. Samtidig kan man ikke utelukke at den lave statusen geriatri har i helsevesenet, kan være en medvirkende årsak til at interessen for kartleggingsverktøyet ikke har vært tilstede. I følge Engerdal og Haugen (2009) er det ikke sikkert at et kartleggingsverktøy kan identifisere årsaken, men jeg velger å tro at med et kartleggingsskjema, vil symptomer på delirium lettere bli kartlagt. Dermed vil symptomene forhåpentligvis bli oppdaget oftere enn i dag. Men det viktigste blir at den enkelte sykepleier har kunnskap om symptomer og dermed vet hva hun skal se etter, og at hun faktisk benytter kartleggingsskjemaet.

Sykepleierrespondentene i Bøyum (2011) og Vassbø (2009) sine masteroppgaver benyttet ikke et spesielt kartleggingsskjema. Symptomene ble derimot dokumentert i sykehusets normale rapporteringssystem. Personlig har jeg liten erfaring med kartleggingsverktøy for delirium. Det samme viser Milisen, et al (2002) sin studie, der sykepleiernes dokumentasjon av delirium fremsto som mangelfull, og pasientens mentale status var lite dokumentert. Ved å ha et dedikert kartleggingsverktøy, vil det bli enklere for sykepleierne å påvise symptomer på delirium, og dermed rapportere funn av deliriumssymptomer til legen. Jeg mener at et kartleggingsverktøy vil kunne føre til bedre samarbeid rundt pasienten. Dette ved at alle bruker samme skjema, noe som igjen forhåpentligvis vil gi pasienten en bedre behandling av sine symptomer.

Jeg tror samtidig at årsaken til det lave fokuset på delirium kan være at det på mange områder ikke er noe utstrakt samarbeid på tvers av fagretningene. Min erfaring er at det ikke eksisterer noen kobling mellom sykepleierdokumentasjon utarbeidet på henholdsvis somatiske og psykiatriske avdelinger. Dette stiller jeg meg undrede til, sett opp mot det økende fokuset på, og behovet for, samarbeid i helsesektoren.

## 5 Konklusjon

Oppgaven har hatt fokus på sykepleierens kunnskap om eldre med delirium i tilknytning til hoftebrudd. Jeg har vist at sykepleierne har evne til å gi omsorg og har respekt ovenfor pasienten. De viser også gode evner til samarbeid rundt pasienter med symptomer på psykomotorisk adferd. Dette på grunn av at disse symptomene er tydelige og lette å oppdage hos pasienten på et tidlig tidspunkt. Sykepleierne har evner til å se løsninger, men ikke alltid med tanke på å forebygge og identifisere delirium. Dette mener jeg har en sammenheng med manglende kunnskap om tilstanden delirium, og da særlig i tilknytning til hoftebrudd. Dermed bør en hver sykepleier tilegne seg kunnskap om forebygging og identifisering.

Dersom forebygging og identifisering av delirium skal lykkes må man arbeide målrettet med eldre pasient med hoftebrudd som kommer inn på avdelingen. Det å øke fokuset på delirium i allerede eksisterte sykepleietiltak, kan være en vei å gå for å redusere deliriumstilfellene. Den allerede eksisterende kunnskapen kan videreføres, ved at det utføres prosjekter rettet mot forebygging og identifisering av delirium hos eldre med akutt hoftebrudd på sykehusavdelinger. Ved bruk av prosjekter og videre satsning på kunnskap om delirium vil fokuset og forståelsen i helsevesenet kunne økes. Dette kan løses ved at helsevesenet belønner sykepleiere som tilegner seg mer kunnskap, noe som samfunnet totalt sett kan spare på økonomisk, samtidig som dette underbygger en av intensjonene i samhandlingsreformen. Dette sannsynliggjøres også i forskning (McCurren & Cronin, 2003) som viser økte kostander ved økt innleggelsestid på sykehus for eldre pasienter med delirium.

Jeg tror at mye av grunnen til at forskningen på fagfeltet ikke har kommet frem til en enhetlig årsakssammenheng, kan være at dette er en tilstand som særlig rammer eldre pasienter. De geriatiske pasientene tilhører en pasientgruppe som ikke er ansett å ha «status» innen legevitenskapen<sup>8</sup>. Kunnskap om at eldre pasientene med akutt hoftebrudd ofte har symptomer på delirium før innleggelsen, bør være av interesse for helsevesenet. Ved at symptomer på delirium blir skjult av smerter og andre sykdommer blir sykepleiernes kunnskap desto viktigere og likeså forståelsen og respekten hos eldre pasienter.

---

<sup>8</sup> K. Ronge (2002) og L. B. Johannessen (2004) har begge skrevet artikler i tidsskriftet til Den Norske Lægeforening, der de uttrykker sin bekymring for nettopp geriatrien som fagfelt.

Flere forskninger (Juliebø, et al., 2009; Ranhoff, Holvik, Martinsen, Domaas, & Solheim, 2010), viser at delirium i mange tilfeller har blitt identifisert ved hjelp et kartleggingsverktøy. Et godt kartleggingsverktøy kan være med på å redusere antall tilfeller av delirium blant eldre med hoftebrudd. Dette kan oppnås ved at alle sykepleiere dokumenterer symptomer i samme skjema, noe som igjen gjør at identifisering av pasientens symptomer kan oppdages på et tidligere tidspunkt.



### 6 Litteraturliste

- Apollon. (2012, 01 23). Venter for lenge på operasjon: Eldre med hoftebrudd får delirium. *Apollon: Forskningsmagasin fra Universitetet i Oslo*.
- Björkelund, K., Hommel, A., Thorngren, K., Gustafson, L., Larsson, S., & Lundberg, D. (2010). Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54, ss. 678-688.
- Bøyum, Å. W. (2011). *Akutt forvirring hos eldre pasienter innlagt med lårhalsbrudd*. Høgskolen i Oslo.
- Daatland, S., & Solem, P. (2007). *Aldring og samfunn: En innføring i sosialgerontologi*. Begen: Fagbokforlaget.
- Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis* (2. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K., & Haugen, P. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok*. Oslo & Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse Bergen HF, ortopedisk klinikk. (2012). *Nasjonalt Register for leddproteser*. Hentet 05 20, 2012 fra [http://nrlweb.ihelse.net/For\\_pasienter/hoftebrudd.htm](http://nrlweb.ihelse.net/For_pasienter/hoftebrudd.htm)
- Helsedirektoratet. (2008). *Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd*. Hentet Feb 21, 2012 fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetplanlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-004-somatikk-Preo.pdf>
- Helsetilsynet. (2012). *Rapport fra tilsyn med behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd ved Sykehuset Innlandet Elverum 2011*. Hentet 02 12, 2012 fra Tilsynsrapport: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hedmark/2011/Sykehuset-Innlandet-Elverum-eldre-med-hoftebrudd-2011/>
- Johannessen, L. B. (2004, 05). Bekymret for fagets fremtid og de eldste pasientene. *Norsk Lægeforening, Norsk Geriatrik Forening.*, s. 124:1439.
- Juliebø, V., & Wyller, T. B. (2010). delirium- en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrik sykepleie*, 2(3).
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A., & Wyller, T. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *The American Geriatrics Society*, 57, ss. 1354-1361.
- Kalisvaart, K., & Dijkstra, M. (2007). Early symptoms in the prodromal phase of delirium; A prospective cohort study in elderly patients undergoing hip surgery. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), ss. 112-21.
- Karlsen, A. T., Gjersøe, A. H., Grinde, K. A., & Elind, S. V. (2011). *Hva er risikofaktorer for å utvikle delir, og hvordan kan delir forbygges ved innleggelse av eldre pasienter i sykehus/institusjon?* <http://www.sandefjord.kommune.no/PageFiles/5350/Hva%20er%20risikofaktorer%20for%20%C3%A5%20utvikle%20delir,%20og%20hvordan%20kan%20delir%20forebygges,%20PDF%20til%20nettet.pdf>.
- Kirkevold, M. (2007). Hva trenger vi å vite og hvordan skal vi få vite det? I R. Nord, G. Eilertsen, & T. Bjerkreim (red.), *Eldre i en brytningstid* (ss. 275-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode- veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindseth, O. H. (2009). *Skriving av faglige tekster En guide for studenter*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

- McCurren, C., & Cronin, S. N. (2003). Delirium: Elders Tell Their Stories and Guide Nursing Practice. *Medurg Nursing, 12*(5), ss. 318-323.
- Milisen, K., Foreman, M., Wouters, B., Driesen, R., & etal. (2002). Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of Gerontological Nursing*, ss. 23-29.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (u.d.). *hoftebrudd*. Hentet 02 21, 2012 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70816>
- Norsk sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie- et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 05 23, 2012 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>
- Olofsson, B., Lundström, M., Borssèn, B., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2005). Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci, 19*, ss. 119-127.
- Ranhoff, A. H. (2008). Delirium (Akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 395-405). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ranhoff, A. H., Holvik, K., Martinsen, M., Domaas, K., & Solheim, L. (2010). Older hip fracture patients: Three groups with different needs. *BMC Geriatrics, 10*:65.
- Robertson, B., & Robertson, T. (2006). Postoperative delirium after hip fracture. *The Journal of Bone and Joint Surgery*(9), ss. 2060-2068.
- Ronge, K. (2002, 02). Gammel, syk og feilplassert? *Lægeforeningen*, ss. 122:654-5.
- Snoek, J., & Engedal, K. (2006). *Psykiatri, Kunnskap-Forståelse-Utfordringer*. Oslo: Akribe.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Vassbø, T. K. (2009). *Uro og uklarhet: En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd*. Høgskolen i Buskerud.

# Delirium

Vedlegg 1

CAM-skjema

## Vedlegg 1 – Norsk CAM-skjema

<b>CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON</b>		
Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Hysten Ranhoff, Marianne Hjermsstad og Jon Håvard Loge, 2004		
INTERVJUER:	DATO:	
<b>I</b>	<b>AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP</b>	<b>BOKS 1</b>
	a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>UOPPMERKSOMHET</b>	
	Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>DESORGANISERT TANKEGANG</b>	<b>BOKS 2</b>
	Var pasientens <u>tankegang</u> desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ</b>	
	Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå?	
	<input type="checkbox"/> Våken (normal)	
	<input type="checkbox"/> Oppspilt (anspent)	
	<input type="checkbox"/> Somnolent (søvnig, lett å vekke)	
	<input type="checkbox"/> Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke)	
	<input type="checkbox"/> Komatøs (umulig å vekke)	
	Er det noen kryss i det grå feltet?	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

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

Figur 1 viser et eksempel på et norsk CAM-skjema. Kilde (Karlsen, Gjersøe, Grinde, & Elind, 2011, s. 23)