

Forord:

At man, naar det i Sandhed skal lykkes
En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted,
først og fremmest maa passe paa at finde ham der,
hvor han er, og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst.

Enhver, der ikke kan det,

han er selv i en Indbildning,

naar han mener at kunne hjælpe en Anden.

For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden,

maa jeg forstaae mere end han

- men dog vel først og fremmest forstaae det, han
forstaaer.

Naar jeg ikke gjør det,

saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

Søren Kierkegaard



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

Institutt for sykepleie og psykisk helse

Hanne Jorunn Grøtting

Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre

Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd

- Det handler om verdighet

Videreutdanning i eldreomsorg
med vekt på psykisk helse

4VFOPSH1

2011-2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Begrunnelse for valgt problemstilling.....	4
1.2	Avgrensning og presisering av oppgaven	4
1.3	Oppgavas oppbygging.....	6
2	Metodedel.....	7
2.1	Litteraturstudie som metode.....	7
2.2	Kildekritikk og etiske overveielser	7
2.2	Søk etter relevant litteratur	8
3	Teoretisk referanseramme	10
3.1	Den eldre pasienten	10
3.2	Hoftebrudd hos eldre	10
3.3	Delirium	12
3.3.1	Forekomst og årsaker av delirium.....	12
3.3.2	Identifisering av delirium	13
3.3	Forebygging av delirium	14
3.4	Joyce Travelbee.....	15
3.4.1	Etablering av et menneske til menneske forhold	16
3.4.2	Kommunikasjon som en mellommenneskelig prosess.....	16
3.5	Kommunikasjon med eldre mennesker	17
3.6	Personsentrert omsorg	18
3.7	Rehabilitering	19
3.7.1	Tverrfaglig samarbeid i rehabilitering.....	21
4	Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd.....	23
4.1	Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium ved hjelp av kommunikasjon.....	24
4.2	Tilrettelegging i miljøet.....	27
4.3	Hvordan kan tverrfaglig samarbeid bidra til å forebygge delirium hos eldre med hoftebrudd	30
5	Konklusjon	35
5.1	Nytteverdi for framtida.....	35
6	Litteraturliste	36
7	Etterord - <i>Verdigrunnlag fra en alderspsykiatrisk avdeling</i>	40

1 Innledning

I følge Nasjonalt Register for leddproteser forekommer det rundt 10 000 hoftebrudd i Norge hvert år, og forekomsten øker med økt alder. Gjennomsnittsalderen på disse menneskene er 85 år. Dødeligheten etter et år er ca. 25 % (Nasjonalt Register for leddproteser, 2012).

Dette skyldes at eldre hofteopererte pasienter ofte opplever komplikasjoner i form av blant annet delirium, infeksjoner, decubitus og tromboser. For eldre pasienter kan hoftebrudd bety en betydelig endring av livssituasjonen, med tap av funksjoner, og ofte tap av evnen til selvstendig liv (Ranhoff, 2008).

Forskning viser en foruten høy forekomst av delirium hos eldre mennesker innlagt i sykehus, med fare for en tidligere død, er de sosialøkonomiske konsekvensene også store (Gustafson, Lundström, & Bucht, 2002; Wyller, 2011).

I følge en rapport fra Norsk by- og regionforskning (2010), er et gjennomsnittlig hoftebrudd bare det første året, beregnet til å koste stat og kommune omkring kr. 340.000, iberegnet behandling og rehabilitering. I tillegg kommer kostnader til de som trenger hjemmesykepleie og sykehjem (ibid).

Befolkningsframskrivninger viser at Norge står overfor en kraftig og langvarig økning av antall eldre over 67 år i perioden 2007-2050. Etter 2025 vil antall eldre over 80 og 90 år øke mest. (Helse og omsorgsdepartementet, 2008). Veksten i antall eldre vil også kreve en betydelig utvikling av tjenestetilbudet framover (ibid). Et økt antall eldre vil sannsynligvis medføre et økt antall brudd og komplikasjoner til disse (Wyller 2011).

Wyller (2011), hevder at pasienter over 65 år som er innlagt for behandling av lårhalsbrudd er spesielt utsatt for delirium, og at flere pasienter ved utskrivelse fra sykehus kan ha symptomer, eller delirium utvikles etter utreise. Konsekvensene kan bli at flere eldre blir hjelpetrengende, og ikke kan klare seg hjemme. Det er derfor svært viktig at behandlingen optimaliseres med så få pre- og postoperative komplikasjoner som mulig (ibid).

I en studie av Inouye (2006), vises det til at delirium ofte ikke gjenkjennes av helsepersonell. Grunner til dette kan være det vekslende forløpet, eller at delirium forveksles med demens. Det konkluderes med at det er nødvendig med endringer både i forhold til retningslinjer for

behandlingen, og direkte pasient rettede endringer. Kvaliteten på tjenestene må økes for å redusere forekomsten av delirium (ibid).

Jeg har valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?

1.1 Begrunnelse for valgt problemstilling

Jeg arbeider som sykepleier i en døgnbasert rehabiliteringsenhet hvor jeg ofte møter eldre hofteopererte mennesker. Enkelte ganger har jeg opplevd at det etter ankomst har skjedd en forandring i deres kognitive funksjon. Jeg har erfart hvor skremmende dette kan være for pasientene, og jeg har sett hvordan personligheten deres har endret seg. Jeg har opplevd dem både ukritiske og urolige, og opplevd dem si og gjøre ting som har forferdet dem i ettertid. Jeg har også hørt pårørende uttalt at de ikke kjenner igjen sin kjære. Etter at jeg nå har ervervet meg ny fagkunnskap, innser jeg at det handler om delirium. Jeg har sett at tilstanden har store konsekvenser for den enkelte pasienten, og det er en svært utfordrende situasjon for helsepersonell. Derfor har jeg valgt å fordype meg i hva jeg som sykepleier kan gjøre for å forebygge delirium.

1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven

Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og den bygger på respekten for menneskerettighetene, derunder retten til verdighet og bli behandlet med respekt (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Med utgangspunkt i forskning som viser at omsorg og trygghet rundt pasienten er den beste behandlingen for å forebygge delirium, vil jeg ta for meg sykepleier – pasient relasjonen, med tanke på at pasienten skal være trygg, føle seg respektert og beholde sin verdighet. Jeg er klar over at det finnes ulike kartleggingsverktøy, både i rehabiliteringsformål, og som er spesifikke med tanke på å gjenkjenne delirium, men det er ikke fokuset i oppgava. Heller ikke medikamentbehandling er tema.

Tom Kitwood utga på 1980- og 1990-tallet en rekke artikler om personsentrert demensomsorg. Gjennom sitt arbeid ga han innhold til en omsorgsteori som understøtter mennesker med demens sin opplevelse av verdighet og identitet. Selv om metoden i utgangspunktet er utarbeidet for personer med demens, mener jeg at den også er høyst overførbart til eldre mennesker som er har en form for funksjonssvikt. Derfor vil jeg referere til hans tenkning i oppgava.

Jeg vil ved hjelp av kommunikasjon vise hvordan jeg kan bygge opp om det eldre menneskets verdighet og på den måte forebygge delirium. Jeg har ikke beskrevet generell kommunikasjonsteknikk, men kommunikasjon som belyser interaksjonen mellom sykepleier og pasient, det som Travelbee betegner menneske-til-menneske-forhold.

Ranhoff (2008), og Wyller (2011), hevder forebygging av delirium er et tverrfaglig anliggende. I oppgaven ser jeg på forutsetninger for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere, og belyser også sykepleierens funksjon i samarbeidet. Normann, Sanvin & Thommesen (2006), hevder at mangel på kommunikasjon kan hindre viktig meningsutveksling som gjør det vanskeligere å nå fastsatte mål.

Eide og Eide (2007), hever at kommunikasjon, informasjonsutveksling og refleksjon er en viktig del av tverrfaglig samarbeid, både mellom hver enkelt, og gruppen som helhet. Jeg vil belyse dette med tanke på hva som må ligge til grunn for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere på en best mulig måte, som igjen kan bidra til å bygge opp om den eldre pasientens verdighet for å forebygge delirium eller akutt forvirring som jeg også omtaler det i oppgava.

Travelbee støtter ikke pasientbegrepet, men jeg vil allikevel bruke ”pasient” om det eldre mennesket som har et hoftebrudd.

1.3 Oppgavas oppbygging

Oppgava er inndelt i fem hovedkapitler. Under innledningen presenteres temaet, og en begrunnelse for valg av problemstilling, samt en avgrensing og presisering av denne.

Kapittel to omhandler oppgavas metodedel, og tar for seg litteraturstudie som metode, med sterke og svake sider. Deretter beskrives søkeprosessen, etterfulgt av kildekritikk og etiske overveielser.

Det tredje kapitlet omhandler teorien som jeg anser aktuell for å belyse problemstillingen.

I det fjerde kapitlet vil jeg forsøke finne svar på problemstillingen med hjelp av beskrevet teori og egne erfaringer.

Oppgaven avsluttes med en oppsummering i form av en konklusjon før litteraturlista.

2 Metodedel

I følge Dalland (2012), er en metode en fremgangsmåte eller et middel man benytter seg av for å kunne løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Den er et redskap vi benytter oss av når vi skal samle inn aktuell informasjon og data. Metoden sier noe om hvordan gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.

Grunnen til at en bestemt metode velges, er at vi har en formening om at den vil kunne gi gode data og belyse spørsmålet vi ønsker svar på, på en faglig og interessant måte. Metoden er redskapen som brukes i møte med det som skal undersøkes, og som leder oss til å følge en viss vei mot et mål (Ibid).

2.1 Litteraturstudie som metode

Fordypningsoppgava er en litteraturstudie, og skal følgelig bygge på eksisterende kunnskap. Det kan være fagbøker, artikler, undersøkelser og studier utført av andre. I en litterær oppgave anvendes ikke en bestemt metode, men framgangsmåten skal beskrives, og det må gjøres rede for valg av litteratur. Fordelen med en litteraturstudie er at en raskt får oversikt over hva som er gjort inne fagfeltet, og en erverver seg ny kunnskap relativt raskt (Dalland 2012).

Hensikten med en litteraturstudie er å bli kjent med fagområder og få oversikt over eksisterende kunnskap. Datainnsamlingen må være systematisk og relevant og skal knyttes opp mot valg av tema og en problemstilling, samt kunne knyttes opp mot kunnskapsbasert praksis. Videre må den være pålitelig og gyldig, og vi må kunne få en oversikt over hvilken kunnskap og forskning som er gjort som er gjort innen relevant område (ibid).

2.2 Kildekritikk og etiske overveielser

De kildene en bruker må vurderes og de må gi troverdig kunnskap. Det innebærer at det stilles krav til validitet og reliabilitet. Kildekritikk er også nødvendig for å klargjøre de refleksjonene en har gjort seg forut og underveis i prosessen. Det er nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på litteratur. Hvordan var det å komme frem til litteraturen, og hvordan var

prosessen. Kildekritikk viser at en er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet en bruker i oppgaven, og hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2012).

Jeg måtte derfor holde meg kritisk til mine tolkninger, noe jeg tror min bakgrunn som sykepleier kan ha hjulpet meg med. Jeg har vært oppmerksom på at jeg ikke har valgt kilder som jeg tror kunne gi meg det svaret jeg ønsker. Jeg har i mine utvelgelser forholdt meg hovedsakelig til primærlitteratur, men har også brukt sekundærlitteratur når jeg har ansett primærkilden som relevant. Når det gjelder forskningsartikler ser jeg at også forskning som ble gjort for mer enn ti år siden fortsatt er aktuell.

I studien har jeg også tatt etiske hensyn. Jeg har etterstrebet å oppgi riktige kilder og henvist på riktig måte. Jeg har vært oppmerksom på at jeg ikke skal anvende andres synspunkter som mine egne, og heller ikke har jeg endret tekster, men har gjengitt dem i samsvar med APA-standarden.

2.2 Søk etter relevant litteratur

Etter at jeg hadde reflektert over hva jeg ville finne ut i forhold til eldre og min arbeidsplass, fant jeg relevant faglitteratur. Jeg fant ut at de som har skrevet lærebøkene som er brukt under studiet er dyktige fagpersoner innen sine felt, så jeg anser dem relevante for oppgava.

Som en forberedelse til litteratursøkene brukte jeg også PICO som hjelpemiddel. Dermed ble det lettere å definere hvilket kjernesporsmål min problemstilling hørte innunder, og jeg fikk informasjon om hvilken forskning som ga pålitelige svar, og dermed hvem som var aktuelle.

BIBSYS, høgskolens egne nettsider har vært til god hjelp for å finne aktuelt fagstoff, og bibliotekets fagpersonell har gitt meg verdifull veiledning i søkningsprosessen.

Jeg har i mine søk brukt blant andre søkemotorene, SweMed, Idunn og Google Scholar. Jeg har også brukt Stortingsmeldinger, og registret for leddproteser. Jeg har også søkt etter forskning på Den Norske legeforenings sine sider, og i tidsskrift fra sykepleien om sykepleie forskning. Referanser i disse artiklene gjorde også at jeg kunne søke meg videre.

Jeg kunne raskt se at det var gjort mye forskning innen temaene eldre, delirium og hoftebrudd. Når det gjaldt forebygging av delirium, viste flere studier til at omsorg er sentralt i rehabiliteringen. Jeg fant lite forskning som viste noen om sammenhengen mellom kommunikasjon og verdighet.

Jeg har brukt disse søkeordene enkeltvis og i kombinasjoner.

Eldre, elderly, old people, delirium, communicaton, hip fracture, dignity, rehabilitation.

3 Teoretisk referanseramme

Her presenteres teorien jeg mener er relevant for problemstillingen.

3.1 Den eldre pasienten

Den eldre pasienten er et menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at vedkommende kommer i kontakt med helsevesenet. Verdens helseorganisasjon betegner eldre pasienter fra 60 til over 100 år. De unge eldre, 60 – 75 år, er ofte spreke og selvhjulpne, mens de som er over 75 år, ofte har aldersforandringer som er av betydning for sykdom, diagnostikk, behandling, forløp og diagnose. Individuelle forskjeller ses både hos de yngre eldre, og de eldste eldre (Ranhoff, 2008).

Det skilles mellom biologisk og psykologisk aldring. Biologisk aldring vil si at menneskekroppen eldes gjennom hele voksenlivet. Dette er et fenomen som er felles for alle levende organismer, og som er en innebygd egenskap i kroppens celler. Aldringen påvirker alle organer, hud, skjelett og muskler, lungene, hjernen osv. Reservekapasiteten reduseres, og også kroppens reguleringsmekanismer blir dårligere. Sanser som syn, hørsel, lukt og smak svekkes når en blir eldre (Wyller, 2011).

Psykologisk aldring vil påvirke endringer i evnen til å lære og til å løse problemer. Den intellektuelle funksjon som anses mest redusert ved aldring er hukommelsesfunksjonen (Romøren, 2008).

I følge Engedal (2008), er svikt i hukommelsen en naturlig følge av aldring, og er først og fremst kjennetegnet ved dårligere registreringsevne, dårligere lagrings- og fremhentingsevne, mens evnen til å forstå ofte er uendret. De individuelle forskjellene er store avhengig av blant annet den eldres generelle intellektuelle evner, utdanningsnivå og aktivitetsnivå (ibid).

3.2 Hoftebrudd hos eldre

Hoftebrudd er den vanligste type brudd hos voksne kvinner og menn, og forekomsten øker med alderen. En gradvis reduksjon i beinmassen er en del av aldringsprosessen, og osteoporose kombinert med fall er årsaken til de fleste hoftebrudd. (Juliebø, 2011).

Hoftebrudd er brudd av den proksimale femur, det vil si den øverste delen av lårbeinet. Brudd i den proksimale femur deles ofte inn i tre forskjellige kategorier, alt etter hvor bruddet anatomisk har skjedd. Det kan enten være i lårhalsen, i selve trokantermassivet eller i underkanten av trokantermassivet. Henholdsvis *fractura colli femoris*, *perthrochantær fractur*, eller *subthrochantær fractur*. Hoftebrudd brukes ofte om alle tre bruddtypene (Almås og Engum 2001). Den viktigste behandlingen av hoftebrudd er den kirurgiske. Uten kirurgisk behandling blir mobilisering umulig, funksjonsevnen blir ytterst dårlig og dødeligheten vil øke (Juliebø, 2011).

Det eldre mennesket utsettes ofte for store påkjenninger når en akutt skade eller sykdom inntreffer. Det skyldes ikke bare pasientens skade eller sykdom, men også de påkjenningene som medisinsk behandling medfører. Hvordan pasienten opplever dette, er avhengig av mange faktorer, og kan oppleves forskjellig fra time til time, og dag til dag. Pasienten kan oppleve fare, trussel, tap og lidelse (Stubberud 2013). Det vil ha stor betydning for behandlingsresultatet at ikke bare de fysiske behovene blir ivaretatt, men at det også støttes opp om psykiske, sosiale og åndelige behov (ibid).

Det som skiller den akutt syke eldre fra andre akutt syke er at de har økt risiko for komplikasjoner, økt funksjonssvikt og død. Symptomer og tegn på sykdom er mer diffuse og uspesifikke på grunn av aldersforandringer, multisykdom og ofte polyfarmasi. De kan også være vanskeligere å kommunisere med enn yngre, på grunn av for eksempel nedsatt syn og hørsel, kognitiv svikt, sammensatte tilstander og kompleks sykehistorie. Ofte er de avhengige av andre og de har opplevd mange tap, og livet føles ikke alltid å ha mening (Ranhoff, 2008).

For den eldre pasienten kan et hoftebrudd bety en betydelig endring i livssituasjonen, med tap av funksjoner og ofte tap av evnen til selvstendig liv (Juliebø, 2011). Dødeligheten hos hofteopererte pasienter er flerdoblet de første ukene etter bruddet. Årsaken til dette er ikke kjent, selv om det antas å ha sammenheng med aldringsprosessen, at eldre ofte har ofte mange tilleggdiagnoser, komplikasjoner oppstår lett, og de er mer sårbare enn yngre (ibid):

I en dansk studie vises det til at 26 % av kvinnene, og 37 % av mennene med hoftebrudd var døde innen et år etter bruddet. Studien konkluderer med at det er viktig at behandlingen må optimaliseres for å hindre pre- og postoperative komplikasjoner (Kannegaard et al 2010).

3.3 Delirium

Delirium er en tilstand som særlig rammer eldre pasienter, og er tegn på overbelastning av hjernen, en akutt hjernesvikt. Tilstanden kjennetegnes ved redusert oppmerksomhet og korttidshukommelse, redusert innprentingsevne og orienteringsevne samt psykomotoriske forstyrrelser og søvnforstyrrelser. Desorientering for tid, sted, situasjon og egne data er også fremtredende, samt språkvansker og hallusinasjoner (Ranhoff, 2006)

Engedal og Haugen (2009), sier at delirium ikke er en diagnose i seg selv, men en tilstand av flere symptomer.

3.3.1 Forekomst og årsaker av delirium

Delirium indikerer alvorlig prognose da de som gjennomgår delirium har høyere dødelighet, og høyere risiko for å utvikle demens enn andre akutte sykdommer uten delirium (Juliebø, 2011). Forekomsten i sykehjem beskrives til å være så høy som 25 %, og opptil 40 % daglig (Engedal og Haugen, 2009). Særlig hos eldre med hoftebrudd er delirium svært vanlig og rammer hele 30-60 % (Inouye 2006).

En studie ved Oslo universitets sykehus (Juliebø et al., 2009) viste at av 376 hoftebruddpasienter over 75 år, utviklet 21 % i delirium før det kirurgiske inngrepet, og 36 % etter inngrepet. Det ble konkludert med at på sykehus i Norge blir eldre pasienter ikke prioritert høyt nok for hoftekirurgi. Ventetiden øker risikoen for delirium, som i sin tur øker sannsynligheten for å utvikle demens innen seks måneder etter operasjonen (Ibid).

Engedal (2008) refererer til Lipowskis, professor i psykiatri, sin definisjon på delirium:

Delirium er et transistorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våken tilstand

Eldre er ekstra utsatt for å utvikle delirium da aldersforandringer gjør organsimen mer sårbar for stress og påvirkninger. Endringer i hjernen gir reduksjon i antall nevroner, og dermed reduksjon i hjernens reservekapasitet. Kroppens indre miljø blir mer ustabil, og eldre får lettere elektrolyttforstyrrelser forårsaket av ustabilitet i væskebalanse og temperatur, som igjen kan utløse delirium. Nedsatt hørsel og/eller syn av en slik grad at det fører til mangelfull informasjonsflyt, gjør også eldre mer disponible. Andre risikofaktorer er smerter, dehydrering, demenssykdommer, tidligere hjerneslag eller hjerneskade, samt polyfarmasi, raskt utvikling av anemi og hypoglykemi. Redusert blodgjennomstrømning og, eller surstofftilgang til hjernen er også risikofaktorer (Engedal & Haugen, 2009).

Ranhoff (2008) sier at risikofaktorer for delirium er avhengig av predisponerende faktorer, sykdom og skade og behandling og pleie. Tilstanden ses særlig ved akutte skader og sykdommer, eller som følge av toksisk eller farmakologisk påvirkning (ibid).

3.3.2 Identifisering av delirium

Ranhoff (2008) beskriver at delirium kan fremstå både som hyperaktivt og hypoaktivt. Hyperaktivt delirium er gjerne kjennetegnet ved at pasienten er psykomotorisk urolig, ofte vandrende og har paranoide hallusinasjoner. Hypoaktivt delirium er mer vanlig og pasienten er rolig og lite krevende, ofte er pasienten sengeliggende. Det dominerende symptomet på hypoaktivt delirium er svekket oppmerksomhet og bevissthet, og den psykomotoriske aktiviteten er nedsatt. Symptomene fluktuerer under døgnet, og de fleste pasienter med delirium har søvnmangel. Det gjelder også de med hypoaktivt delirium, for selv om de tilsynelatende sover mye, har de ikke funksjonelt god søvn, og derfor bygges opp et tiltakende søvnunderskudd (ibid).

Omtrent halvparten av pasientene med delirium veksler mellom disse to stadiene. Alle har svekket hukommelse og orienteringsevne for her-og- nå- situasjonen de befinner seg i. (Juliebø, 2011).

Symptomene kommer akutt og forløpet kan vare fra timer til uker og måneder. Tilstanden kan være vekslende ofte fra dag til dag, eller fra time til time, og pasienten kan ha klare øyeblikk innimellom. Denne fluktuasjonen er typisk for delirium (Engedal, 2006). Symptomene er ofte

lett gjenkjennelig hos den motoriske urolige og forvirrete pasienten, men lett å overse når pasienten er rolig og tilsynelatende samarbeidsvillig (Inouye 2006).

For å begrense og forebygge delirium er det viktig at en har kompetanse og gjør de riktige tingene, men det er minst like viktig at en gjør de på en omsorgsfull måte dette for å forhindre at pasienten opplever stress og utrygghet. En bør gi pasienter som har opplevd delirium, anledning til å fortelle om hendelsen. En bør da gi informasjon og støtte til mestring (Ranhoff, 2008).

3.3 Forebygging av delirium

For å kunne forebygge delirium må en kjenne til hvilke behandlingsstrategier som er aktuelle. Den eller de bakenforliggende årsakene må finnes og behandles. Forebygging og behandling av delirium bygger på de samme prinsippene og er et tverrfaglig anliggende (Ranhoff, 2008)

I en studie randomisert studie utført av Lundstrøm, Olofsson, Stenvall et al (2004), konkluderes det med at det må tas hensyn til både forebyggende og behandlende faktorer som kan forårsake eller forlenge delirium, for å kunne omfatte en helhetlig og god medisinsk pleie og omsorg til eldre mennesker med hoftebrudd.

Tidlig mobilisering er viktig for den hofteopererte pasienten. Denne mobiliseringen starter allerede første døgnet på sykehuset, men må følges opp i rehabiliteringsenheten. God smertelindring er ofte en forutsetning (Juliebø, 2011).

Juliebø presiserer nødvendigheten av å være grundig i diagnostiseringen, da en multisyk pasient med delirium er en av de største diagnostiske utfordringene en kan stå ovenfor. Ved mistanke om at delirium er i ferd med å utvikle seg, presiserer hun også hvor viktig det er å gå gjennom pasientens medikamenter for å seponere eller justere disse for en periode da polyfarmasi kan bidra til å vedlikeholde og forsterke et delirium (Wyller, 2008).

Medikamentell behandling må vurderes ved uro og aktiviteter der pasienten står i fare for å skade seg selv eller andre, eller i høy grad forstyrre andre (ibid).

Ved observasjon av pasientens fysiologiske status må en undersøke oksygen og ventilasjon, puls og blodtrykk, hemoglobin, væskebalansen, syre-base-balansen, elektrolytter, mulige tegn

på infeksjon, ernæringsstatus, søvnmønster, og lever og nyrefunksjon. Manglende ernæring og væskeinntak kan også underbygge delirium, samt også obstipasjon og hypoglykemi (Juliebø, 2011).

Eldre som har havnet i en akutt situasjon er ofte engstelige. Derfor er det viktig å skape forutsigbarhet, ro og trygghet rundt pasienten. Dersom forutsigbarhet og trygghet i situasjonen oppnås, vil angsten og dermed stressnivået kunne avta, og forhindre utvikling av delirium. Pårørende kan være en ressurs for den eldre, og tilstedeværelsen kan også bidra til større trygghet for den eldre. Pasientens sanser må observeres. Eventuelt må syn og hørsel korrigeres (Ranhoff, 2008)

Både overstimulering og understimulering er lite heldig. Tiltak som normaliserer søvnrytmen igangsettes, slik at pasienten får dekket sine behov. Anbefalte forebyggings og behandlingstiltak er også å skape ro og trygghet rundt pasienten, opprette normal døgnrytme, samt observasjon av og oppfølging og pasient og pårørende (Juliebø, 2011)

3.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees filosofi og sykepleietenkning har stor innflytelse innenfor norsk sykepleieutdanning og i sin sykepleietenkning retter hun oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie (Travelbee, 1999)

Hennes sykepleiedefinisjon bygger på at lidelse og smerte er uunngåelig for mennesker og er en del av det og leve. Samhandling mellom sykepleier og bruker er sentralt i hennes tenkning, og hun anser det som viktig å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det oppnås ved å bruke seg selv terapeutisk, ved målrettet intellektuell tilnærming, og ved hjelp av kommunikasjon (ibid).

Joyce Travelbee understreker at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge sykdom, samt mestre eller finne mening med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Hennes sykepleietenkning konsentrerer seg om enkeltmennesket og hun ser ethvert menneske som unikt. Det er enestående, uerstattelig og forskjellig fra alle andre (referert i Kirkevold, 2009 , s 121)

Interaksjonsprosessens mål er å oppfylle hensikten og målene til sykepleieren, og sykepleieren kan gjennom kommunikasjon nå interaksjonsprosessens mål. Om interaksjonen oppnås er avhengig av mange faktorer. Først må en lære å kjenne den syke for å fastslå og ivareta hans sykepleiebehov, deretter kan en oppfylle sykepleiens mål og hensikt. For sykepleieren er det ikke viktigst å kjenne til pasientens diagnose mener Travelbee, det viktigste er å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilken mening han legger i den (ibid).

3.4.1 Etablering av et menneske til menneske forhold

I følge Travelbee kan sykepleiens mål og hensikt bare oppnås gjennom etableringen av et menneske til menneske forhold. Dette forholdet etableres i følge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser. Det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati og sympati, samt etablering av gjensidig kontakt og forståelse. Utfordringen for sykepleieren er i følge Travelbee å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se han slik han er som person. Sykepleieren må ha evne til å overskride sitt eget selv og til å interessere seg for pasienten som person (Travelbee, 1999).

3.4.2 Kommunikasjon som en mellommenneskelig prosess

Kommunikasjon som en prosess som gjør sykepleieren i stand til å skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten hevder Travelbee. Denne prosessen er nødvendig for at sykepleieren skal kunne iverksette tiltak og sikre at pasientens behov blir ivaretatt. Hensikten er å gjøre sykepleieren kjent med pasienten og dermed kunne møte hans behov, og er en like nødvendig sykepleieoppgave som å utføre prosedyrer og sørge for fysisk omsorg (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon har en sentral plass i alt samvær og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre. Vi kommuniserer for å gi og søke informasjon og instruksjon, formidle opplevelser og reaksjoner og gi respons og klargjøre meddelelser til og fra hverandre. Videre for å påvirke hverandre og gi uttrykk for holdninger og meninger, og for å forebygge ytterligere tap eller lidelser (Heap, 2002).

I tillegg til kommunikasjon må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk og foreta en målrettet intellektuell tilnærming til pasientens problemer. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er i følge Travelbee kjennetegn ved den profesjonelle sykepleieren. Hensikten er knyttet til det å fremme en ønsket forandring hos pasienten, og handlingen er terapeutisk når den bidrar til å lindre eller redusere pasientens plager. For at dette skal være mulig må sykepleieren bruke sin personlighet bevisst og hensiktsmessig i samhandlingen. Denne tilnærmingen må ikke gå på bekostning av det som er naturlig og spontant for sykepleieren i samhandlingen med pasienten. Sykepleieren må også benytte sin fagkunnskap og innsikt for å finne fram til pasientens behov (Travelbee,1999).

3.5 Kommunikasjon med eldre mennesker

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet ”communis”, som betyr å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art. Kommunikasjon skaper forbindelse og kontakt og handler om å gjøre noe felles. Kommunikasjonen kan være verbal eller nonverbal, og den verbale og den nonverbale kan være inkongurent, eller motstridende. Adferd kan også være kommunikasjon, som når vi via ulike gjøremål, handler og signaliserer vår vilje, våre intensjoner og prioriteringer (Heap, 2002).

Kommunikasjon med eldre mennesker, tar samme utgangspunkt som når vi kommuniserer med yngre, men vi må være klar over at aldringsprosessen kan påvirke kommunikasjons- evnen. Særlig sårbare er mennesker med kognitive svekkelser, samt nedsatt syn og hørsel, vil stille store krav til hjelperen. Evnen til å vise empati og vilje til å komme den gamle aktivt i møte på hans egne premisser er viktig for å kunne være et positivt bidrag til den eldres helse, verdighet og livskvalitet (Eide & Eide, 2007).

Kognitiv svikt finnes hos minst en av fire som innlegges i sykehus hevder Ranhoff (2008). I møte med eldre sårbare mennesker er det spesielle teknikker vi kan ta i bruk som validering, reminisens og realitetsorientering (Heap 2002).

Validering har som mål og respektere og akseptere personen slik han er, med sine virkelighetsopplevelser og sine følelser, samtidig som samtalepartneren ikke bekrefter feiloppfatninger. Realitetsorientering er en metode som brukes overfor eldre personer som er

desorienterte og som har hukommelsesproblemer, og brukes i terapeutisk sammenheng, for å føre pasienten tilbake i nåtid. Reminisens er en form for minneaktivitet, gjenkalling, gjenkjenning, formidling og utveksling av minner eller erindringer. Reminisens kan brukes som et middel til å oppmuntre og støtte og stimulere til glede, identitet og respekt (Wogn-Henriksen, 2008).

3.6 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et verdigrunnlag og en omsorgsfilosofi og den utøves i et tilrettelagt og hensiktsmessig omsorgsmiljø der personalet bruker sine kunnskaper om hva som skaper gode relasjoner. (Kitwood, 2012, ; Rokstad, 2009).

Prinsippet er at individets unike personlighet, livserfaring og nettverk verdsettes og tas i bruk. Målet med personsentrert omsorg er å ta vare på personen gjennom å bevare deres personlighet og selvet til tross for økende kognitiv svikt. Den personsentrerte omsorgen vektlegger å styrke gjenværende evner og muligheter, personenes kontekst med familie og samfunnet. Omsorgen vektlegger hele mennesket (Kitwood, 2012).

De grunnleggende behovene menneskene har for trøst, identitet, tilnytning, beskjeftigelse og inklusjon vektlegges oppsummerer disse fem behovene i behovet for kjærlighet (ibid).

Begrepet personsentrert omsorg er opprinnelig hentet fra forskning om klientsentrert veiledning av den amerikanske psykologen Carl Rogers. Tom Kitwood og Bradford Dementia Group ved Universitetet i Bradford England videreførte ideen og utviklet en metode for å forbedre omsorgs- og livskvalitet for personer med demens. Denne metoden kalles DCM, og bygger på teorien om personsentrert omsorg der de fem grunnleggende psykologiske behovene, trøst, identitet, beskjeftigelse, inklusjon og tilknytning er særlig vektlagt (Kitwood, 2012).

Målet er at individet skal ha best mulig, Kitwood skisserer i sin metode fire hovedelementer som består av systematiske observasjoner av atferd/aktivitet og grad av velvære/trivsel. Med utgangspunkt i disse observasjonene planlegges individuelt tilpassede tiltak for behandling og pleie. Fokuset er anerkjennelse av individets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv

funksjon. Individet settes i fokus, og tilnærmingen må skje med bakgrunn i at ethvert individ er unikt. Dette vil gjøre det mulig å se verden fra den hjelpetrengendes perspektiv. Videre hevder Kitwood at felles tenkning og refleksjon er viktig. Ideologien må settes i system gjennom gode rutiner for samhandling. Støttende tilrettelegging i det psykososiale miljøet slik at trivsel og velvære kan oppnås er også viktig (Kitwood, 2010).

Rokstad (2009), sier at lederen er premissleverandør for den pleiekulturen som råder i enheten og at lederens holdninger og handlinger har stor betydning for den faglige standarden og for menneskesynet som personalet har. Hun mener det må skapes en felles kultur for personsentrert omsorg hvor personalet deler de samme verdier og normer for samhandling med pasientene. Omsorgen innebærer å ivareta og utvikle den enkeltes personlighet, for hans verdi ligger i det å være mennesket. Det kan gjøres ved tilrettelegging i miljøet, og ved å møte grunnleggende behov og ved å gi fysisk omsorg (ibid)

3.7 Rehabilitering

I stortingsmelding nr 47 (2008-2009) oppfordres kommunene til å etablere tilbud som sikrer etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold for pasientene, før utskrivning til eget hjem. Dette for å sikre kvalitet og trygghet for pasientene i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Rehabilitering kan være avgjørende for at medisinsk behandling skal lykkes.

Troen på at mennesket alltid har et utviklingspotensiale er sentral innenfor rehabiliteringstankegangen (Normann, Sandvin & Thommesen, 2006).

Helse og omsorgsdepartementet (2001) definerer rehabilitering som følgende ;

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet

(Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

Rehabilitering retter seg mot det enkelte individ som har behov for bistand. Det aktørene skal gjøre, det vil si de ulike yrkesgruppene, er støtte opp under og gi bistand slik at den det gjelder kan nå de målene som utformes. Det skal tas utgangspunkt i brukerens perspektiv, og skal sikre brukeren størst mulig råderett over sin rehabiliteringsprosess. Det vil si både når det gjelder planleggingen av tilbudet til den enkelte, utformingen av målene, tiltakene og evaluering av prosessen. Kravet til brukerens medvirkning må stå i forhold til personlige og helsemessige ressurser (Normann et al., 2006).

Rehabiliteringen skal videre være basert både på en helhetlig, systematisk og planlagt sammenhandling. Tidsrammene som settes i rehabilitering, anses som et virkemiddel i rehabiliteringsprosessen da målene som er satt må evalueres, og eventuelt endres i tråd med de erfaringer som gjøres og opp mot pasientens forutsetninger (Bredland, Linge & Vik, 2008).

Mål og tiltak skal utformes i den hensikt å gjenvinne eller bedre tapte funksjoner, eller tilpasse seg en ny situasjon. Funksjonsevnen handler ikke bare om fysisk funksjon, men også om psykososiale og kognitive funksjoner. Rehabilitering er å legge forholdene til rette for at individer skal føle seg deltagende i egne liv. Derfor er det viktig å vite hvilken skade eller sykdom det handler om, og hva individet selv ønsker (Ibid).

Bredland, Linge og Vik viser til at ordet rehabilitering har to betydninger. Den ene er å sette i funksjonsdyktig stand igjen. Den andre er å gi æresoppreisning, gi tilbake tidligere verdighet. Førstnevnte er i tråd med den medisinske tradisjonen der en bedring av kroppsfunksjon og mestring av daglige aktiviteter er sentralt. Den andre er en arbeidsmåte som legger vekt på individets verdighet i dennes omgivelser. Tradisjonsmessig har begrepet vært mest konsentrert om den første betydningen, men i de senere år har også begrepet verdighet blitt satt mer i fokus (Bredland et al., 2008).

Verdighet har et subjektivt og et objektivt aspekt. Subjektiv verdighet er den enkeltes opplevelse av hva som er verdig, individets opplevelse av sin verdighet. Funksjonstap kan for den enkelte derfor få ulik betydning. Både miljøet og kulturen hvor rehabiliteringen skjer, og som pasienten lever og samhandler i, er av stor betydning for hva han opplever som verdig. Menneskerettighetserklæringen fastslår at alle mennesker har en iboende verdighet, nettopp fordi vi er mennesker. For å oppleve seg selv som verdig er det også nødvendig å føle seg verdsatt av andre mennesker. Rehabiliteringen starter allerede i det akutte stadiet, og omfatter

alle tiltak som gjøres både i forebyggende, lindrende og behandlende hensikt. (Bredland et al., 2008).

Verdistyring er å ta utgangspunkt i en visjon og å bruke verdier bevisst for å gjøre organisasjonskulturen så hensiktsmessig som mulig. Verdier gir kraft og retning mot visjonen og skal hjelpe oss å bli tydelige og ta beslutninger i hverdagen (Samuelsen, 2008).

3.7.1 Tverrfaglig samarbeid i rehabilitering

Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid hører tett sammen. Det er teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Ulike faggrupper samarbeider om tilbudet til pasienten på bakgrunn av hver sin særegne faglige kunnskapsbasis. Dermed blir resultatet bedre enn om de ulike faggruppene løste hver sin del av oppgaven hver for seg. Pasientene har ofte sammensatte behov, der det ofte i utgangspunktet er uklart hvilke muligheter som finnes, eller det er usikkerhet på hvilke løsninger og tiltak som er riktige. Et tverrfaglig samarbeid gjør det også mulig å belyse faglige og etiske spørsmål fra flere sider (Romsland, 2007).

Helsepersonell har både juridiske og etiske krav på seg til å utføre handlinger og omsorg slik at det blir faglig forsvarlig behandlingstilbud til pasientene. Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre i nødvendige situasjoner, og dersom pasientens behov tilsier det skal samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell understøttes (Slettebø & Nordtvedt, 2007)

I en rehabiliteringsenhet er sykepleieren en del av det tverrfaglige teamet sammen med annet pleiepersonell som lege, fysio- og ergoterapeut, logoped og sosionom. Hver yrkesgruppe har sin funksjon med pasienten i fokus. Bredland og kollegaer understreker at tverrfaglig samarbeid ikke er at alle skal "være" eller kunne "alt", men at det er en utnyttelse av hverandres kompetanse og ressurser (Bredland et al., 2008).

Rehabiliteringssykepleieren har en helhetlig tilnærming i møte med pasienten/brukerens behov – både helsefaglige, eksistensielle, sosiale, miljømessige, samt yrkes- og utdanningsrettede. Arbeidet har som mål å sikre trygghet og best mulig velvære for

pasienten/brukeren, å fremme pasient/bruker og pårørendes kompetanse og at pasienten/brukeren oppnår størst mulig grad av selvstendighet, verdighet og livskvalitet. Sykepleie som fag gir forståelse for den livssituasjonen det enkelte menneske og pårørende befinner seg i, stilt overfor helsesvikt grunnet en sykdom eller skade (ibid).

4 Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd

Her vil allerede skrevet teori bli analysert og drøftet opp mot problemstillingen, opp mot hverandre og opp mot egne erfaringer. For å kunne belyse problemstillingen best mulig har jeg delt opp diskusjonsdelen tre underkapitler. De omhandler kommunikasjon, tilrettelegging i miljøet og tverrfaglig samarbeid.

Resultatene fra randomiserte kliniske studier, presentert av Petterson og Wyller (2007), indikerer at tidlig og integrert geriatrisk rehabilitering er mer effektivt enn behandling i konvensjonelle medisinske eller ortopediske avdelinger. Studien gjelder eldre pasienter med hoftebrudd. Selv om det konkluderes med at det vites for lite om effektene av oppfølging mot delirium utover sykehusoppholdet, vil de eldre ha nytte av trygge omgivelser, god kommunikasjon mellom pasient og nettverk, sikring av basale behov, tidlig mobilisering og aktivisering, samt et velfungerende team rundt seg (ibid). Gustavson et al, (2002), derimot hevder en av hjørnesteinene for å forebygge delirium postoperativt, er god omsorg til den eldre pasienten, i et godt tilrettelagt miljø, sammen med en systematisk realitetsorientering.

Jeg opplever i arbeidshverdagen at eldre som har blitt utsatt for hoftebrudd, gjør seg mange bekymringer for framtida, og de virker ofte motløse. Sykepleieren må styrke og gi håp om at det er mulig å leve et godt liv, tross her-og-nå situasjonen. En pleier bør være kontaktperson, og følge opp den eldre gjennom hverdagen. Gjennom handlinger, verbal og nonverbal kommunikasjon må sykepleieren styrke selvfølelsen slik at han blir delaktig i rehabiliteringsprosessen. Ved at han tas med i beslutninger, kan det bidra til at han opplever styrke og håp i en ellers krisepreget situasjon (Eide og Eide, 2007).

Den eldre akutt syke menneskene har varierende grad av mulighet til å mestre situasjonen, avhengig av både indre og ytre faktorer. For sykepleieren vil viktige tiltak gå ut på å begrense påkjenninger som pasienten utsettes for. Tiltak for å forebygge angst og utrygghet er viktig for å ivareta en helhetlig omsorg, og hindre ytterligere lidelse (Stubberud, 2013).

4.1 Hvordan kan sykepleiere forebygge delirium ved hjelp av kommunikasjon

Den største gaven jeg kan tenke meg å få fra mennesker er at de ser meg, hører meg, forstår meg og tar på meg. Den største gaven jeg kan gi er at jeg ser, hører, forstår og tar på et annet menneske. Når dette har skjedd føler jeg at vi har skapt kontakt.

Satir (1985).

Eide og Eide (2007) skriver at det som antagelig er det viktigste kjennetegnet ved kommunikasjon i helseprofesjonene, er at den er anerkjennende og skaper trygghet og tillit. Informasjonen må formidles på en måte som muliggjør tilfredsstillende løsninger. Kommunikasjonen må baseres på etiske verdier som respekterer pasientens egenverd, likeverd og selvbestemmelsesrett (ibid). Min erfaring er at eldre pasienter bidrar mer i egen rehabiliteringsprosessen når personalet er til stede og gir ros og oppmuntring.

Wogn-Henriksen (2009), uttaler at det er et grunnleggende behov å bli forstått og selv forstå. Veien til forståelse går gjennom kommunikasjon. Det føles trygt å vite seg forstått og motsatt oppleves det som ubehagelig å bli misforstått eller oversett.

I arbeidshverdagen opplever jeg at eldre mennesker opplever seg som mindreverdige. Eldre som kommer rett fra sykehuset oppleves ofte ekstra sårbare, og et nytt miljø kan forsterke følelsen. Kitwood (2012), hevder det er viktig med inkludering. Dermed kan pasienten føle seg bekreftet ved at han kommer til et fellesskap, og det er det lettere å ekspandere. I motsatt fall kan pasienten lett trekke seg tilbake og en senere kontakt vanskelig gjøres.

Gjennom det innledende møtet observerer og bekrefter, eller avkrefter, sykepleieren sine antagelser om pasientens (Bredland et al., 2008). Dette er i følge Travelbee (1999), første steget i å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Målet er og finne det som er unikt for mennesket.

En studie fra USA (Flagg, Cox, Dcdowell, Mwose, & Buelow, 2010) viser at sykepleiere har for dårlig kompetanse i å identifisere delirium. Spesielt gjelder det for å kunne identifisere

hypoaktivt delirium fra demens, da symptomene er svært like. Økt kunnskap vil gi tryggere og mer tilfredse sykepleiere (Flagg et al., 2010).

Vårt verdisyn vi har vil påvirke måten vi møter pasienten på. Det påvirker valg av mål, midler og adferd, og styring av handlinger (Normann et al., 2006). Hvis vi for eksempel ser på den eldre pasienten som et sårbart skrøpelig menneske som kun trenger fysisk hjelp, vil det påvirke all vår samhandling med pasienten, og være en hindring for å gi relevant bistand på hans ulike arenaer. Pasienten må ses som en helhet, ikke bare det som er sykt eller skadet. Bistanden må også knyttes til pasientens miljø og daglige liv (ibid).

Breland et al., (2008), påpeker også at det er viktig å vite noe om den Eldres kognitive funksjon før hoftebruddet. Pårørende kan sammen med pasienten gi verdifulle opplysninger om hvordan den eldre fungerte før hoftebruddet, noe som bidrar til en god kartlegging og gode realistiske mål kan utarbeides. Med kjente rundt seg er det lettere å føle trygghet, også i ukjente omgivelser. Pårørende vil også være en viktig ressurs for observering av eventuelle kognitive endringer hos pasienten (Wyller, 2011)

Samuelson (2008), sier at alt menneskelig samvær er kommunikasjon. Hvordan pasientens ytringer blir mottatt i samspill med sykepleieren, har kraft i seg til å bevege pasienten mot en opplevelse av aksept eller avvisning. Det er den sykepleierens væremåte som kan gjøre pasienten trygg eller utrygg, noe som er av stor betydning for at den eldre skal kunne bidra i sin egen rehabiliteringsprosess (ibid).

I en travel hverdag, erfarer jeg ofte at personell sier at de ikke har tid. Gjøre mål i avdelingen prioriteres. Min erfaring er at eldre ofte er redde for å være til bry. De blir overlatt til seg selv, og det går utover selvfølelsen, som gjør dem ytterligere sårbare for komplikasjoner. I tilfeller hvor pasienten ikke innvilges nok tid, kan både målene og tiltakene bli uklare (Bredland et al).

Rehabilitering handler om å se enkeltmennesket, om å få til en god relasjon og et godt samarbeid til pasienten (Normann et al., 2006). Både Travelbee (referert i Kirkevold, 2009, s 125) og Kitwood (2010), påpeker individets unikhhet, med unik bakgrunn, individuelle ressurser og egenskaper.

Travelbee hevder det er kommunikasjon som prosess som gjør sykepleieren i stand til å opprette et terapeutisk forhold til pasienten. Uten denne prosessen vil det være vanskelig å iverksette tiltak og sikre at pasientens behov blir ivaretatt (referert i Kirkevold, 2009, s 125). Den hofteopererte eldre har opplevd mye på kort tid, som kan virke både truende og kaotisk, derfor kan det være vanskelig å forstå situasjonen han har kommet opp i, og noen ganger kan kommunikasjonsevnene svekkes (Stubberud, 2013).

Et kirurgisk inngrep innebærer stor belastning for eldre. Mange forandringer skjer på kort tid, og flere opplever å miste kontrollen. De opplever stor utrygghet, som også kan påvirke evnen til å orientere seg, ta imot informasjon og veiledning, og å meddele seg (Juliebø, 2011). Et førsteinntrykk betyr alltid mye, og pasienten og eventuelt pårørende må tas i mot på en verdig måte. Et smil og et engasjert kroppsspråk hos sykepleieren vil kunne bidra til det. Dersom pårørende følger den til enheten har jeg erfart at de i den først uformelle samtalen kan bidra med mange opplysninger ang den eldre, som igjen kan bidra til en god kartlegging. Flere ganger har jeg også opplevd at ved å vise at jeg bryr meg også om pasientens pårørende, er det lettere å etablere kontakt med pasienten.

Nedsatt syn hos den eldre kan gjøre at han ikke får med seg nonverbale signaler, og, eller han distraheres lett av lyder i omgivelsene. Nedsatt hørsel kan svekke evnen til å ta imot budskapet og krever ekstra tålmodighet. Når vi legger til rette for en god kommunikasjon med evt briller og høreapparat på plass, samt rolige omgivelser, øker sjansene for god kommunikasjon (Samuelsen, 2008).

Realitetsorientering kan brukes for å hindre akutt forvirring. Når teamet rundt pasienten navngir omgivelser, objekter i handlingene, og aktuelle tidspunkter, kan det bidra til at å opprettholde orientering for tid og sted. Hvis den eldre føler han mister kontrollen over omgivelsene kan det resultere i at de blir avvisende og forsvarsmekanismer tas i bruk. Pasientens følelser, enten det er angst, redsel, bekymringer eller overveldende positivitet, må tas alvorlig (Heap, 2002).

For å få innblikk i hva som er den Eldres fokus og opplevelse av situasjonen han er i, kan validering være en innfallsvinkel. Måten realitetsorientering formidles på vil ha stor betydning for effekten. Mange og systematiske korrigeringer av feilopplysninger kan virke mot sin hensikt og den eldre kan føle seg usikker eller latterliggjort (Wogn-Henriksen, 2009).

I blant kan det være utfordring å vite når validering kontra realitetsorientering er mest hensiktsmessig. Jeg har opplevd ved at når jeg ved aktiv lytting, og fyller på med spørsmål opplever den eldre at jeg bryr meg, og det kan gi meg en innfallsvinkel til å ta opp andre temaer aktuelle til situasjonen han befinner i.

En utfordring slik jeg ser det er å vite når det er best å realitetsorientere pasienten og når er det best å bare lytte til det han sier, selv om jeg skjønner det umulig kan stemme. Grensen kan være skjør for ikke å såre han. Stubberud (2013), hevder en må realitetsorientere pasienten for disse følelsene, selv om det kan gjøre han vondt.

Heap (2002), hevder at både realitesorientering og validering vil kunne være tillitskapende og etablere en god kontakt mellom pasienten og sykepleieren. Gjennom dette sosiale samspillet vil sykepleieren kunne bygge oppunder den Eldres selvbylde ut fra hans virkelighetsområder.

Når jeg i samtalen også bevisst bruker mitt kroppsspråk, har øyenkontakt, og om det føles naturlig i situasjonen, holder den eldre i hånden, vil det vise engasjement, og vise at jeg bryr meg og har respekt for han som menneske. Jeg formidler at jeg forstår hans følelser og utsagn. Stubberud (2013), sier at det å vise god omsorg er viktig for å forebygge akutt forvirring. Den eldre pasienten kan også oppleves sterk og uavhengig, og det kan være noe helt annet enn det tjenesteyter i kraft av sine fagkunnskaper mener er det riktige. Jeg har erfart at faren kan være at pasienten kan føle at han blir angrepet, noe som er tillitsødeleggende. I slike tilfeller er det viktig at vi har etablert det Travelbee kaller et menneske-til-menneske-forhold, slik at eventuelle misforståelser lettere oppklares.

4.2 Tilrettelegging i miljøet

Kartlegging av den Eldres behov begrenser seg ikke bare til medisinske eller psykiske forhold, men omfatter også fysiske, organisatoriske og sosiale forhold i omgivelsene. Derfor er det viktig å hjelpe den eldre til å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen, og det kan gjøres ved å skape et best mulig terapeutisk miljø (Juliebø, 2011).

Wogn-Henriksen (2007), påpeker at relasjoner mellom pasient og pleier er sentral i miljøbehandling, og personalet har ei nøkkelrolle i å skape en kultur for å støtte, involvere og verdsette enkeltmennesket. Travelbee (1999), fokuserer på individet, men sier lite om hvilken betydning miljøet rundt pasienten har.

Wyller (2011), påpeker at en tidlig oppstart med mobilisering, god omsorg og rehabilitering sannsynligvis er det viktigste enkelt tiltaket for å forebygge delirium, og rutiner for dette må foreligge i alle avdelinger som behandler akutt syke gamle hvor risikoen er til stede.

I en studie viser Lundstrøm et al (2004), til at de som hadde gjennomgått et delirium ble mindre funksjonsdyktige enn de som ikke hadde gjennomgått et delirium, etter hoftekirurgi. Livs- og bo situasjonen hos de som hadde gjennomgått delirium ble oftere endret og de ble mer hjelpetrengende (ibid). En god rehabilitering i et tilrettelagt miljø, vil kunne bidra til at pasienten raskt kan komme i gang med gjøremål han mestret før bruddet, eller han får god hjelp til å finne nye løsninger, som bidrar til meningsfulle beskjeftigelser. Pasienten blir deltager i eget liv, han blir veiledet i forhold til sine ressurser og mål, og han blir bekreftet. (Bredland et al, 2008).

Miljøet må tilrettelegges for å bidra til en god daglig struktur som gjør hverdagen forutsigbar og oversiktlig for pasienten. Fysisk kan det i avdelingen tilrettelegges med blant annet tydelige klokker, kalendere, gode stoler og god adkomstmulighet for personen som er avhengig av hjelpemidler. Lett tilgang til ernæringsrik mat og drikke er selvfølgelig. Ei tydelig oppslagstavle til orientering om måltider, og dagens program, for eksempel time hos fysio- og ergoterapeut og sosialt samvær og samhandling. Sammen med god personalkontakt er dette gode bidrag til at pasienten kan opprettholde god kognitive funksjon.

Av erfaring vet jeg at det er viktig å være mye sammen med den eldre pasienten i fellesarealet for å bli kjent, da både omgivelsene og menneskene rundt er ukjente. Ved å samtale om uformelle ting og realitetsorientere, kan det bidra til at den eldre fortere blir kjent, og føler seg trygg. Kitwood (2012) kaller dette inkludering. Fokuset er på pasienten, og det kan han oppleve som en anerkjennelse og aksept av det individet han er. Etter hvert som pasienten opplever seg inkludert i fellesskapet, er det lettere å se deres personlighet som gir bedre utgangspunkt for samarbeid. Min erfaring er at pasientene opplever best samhörighet når de

har noenlunde samme lidelsene. Hofteopererte damer for eksempel, tar ofte initiativ til å gå på treningsrommet sammen, eller bare spasere i korridoren.

Stubberud (2013) påpeker at de uventede og vanskelige påkjenningene pasientene utsettes for kan innebære en trussel mot fysisk eksistens, sosial identitet og trygghet, eller mot grunnleggende muligheter til å innrette seg i tilværelsen. Den eldre trenger tilstrekkelig ro og hvile og må skjermes for støy og for mange sanseinntrykk. Både over og understimulering fører lett til dårligere funksjon og forvirring. For mange mennesker på en gang, samt støy fra radio og fjernsynsapparat kan være øredøvende. Den eldre må ikke ha for mange å forholde seg til, men vite at det er personell i nærheten slik at han når som helst kan ta kontakt. Regelmessig informasjon om hva som skjer i avdelingen vil skape forutsigbarhet og virke beroligende (ibid).

Et godt tilrettelagt miljø kan også bidra til at den eldre får en fremmet kommunikasjon som følge av økt selvfølelse og bedret funksjonsnivå (Eide & Eide, 2007).

Av erfaring vet jeg at når helsepersonell er til stede i miljøet virker det inn på pasientene. Tonen blir mer avslappet ved en rolig framturen fra helsepersonellet. Det skaper trygghet. Spesielt merkes det ved måltider, og når det ikke foregår organiserte aktiviteter i avdelingen.

Tilstedeværelsen av personell bidrar til at pasienten føler seg sett som det mennesket han er, og reduserer følelsen av å være alene. Jeg har hørt eldre uttrykke at de er så alene, selv om de har mange mennesker rundt seg. Tilstedeværelse av personell bidrar også til samhold blant pasientene. Viktig er det å kunne småprate, og starte samtaler slik at hver enkelt føler seg sett og hørt.

Travelbee sier lite om miljøet rundt pasienten, men hun framhever ethvert menneske som unikt og enestående, og eventuell sykdom og lidelse i livet gir en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling (referert i Kristoffersen, 1998, s, 406).

4.3 Hvordan kan tverrfaglig samarbeid bidra til å forebygge delirium hos eldre med hoftebrudd

I Stortingsmelding nr 47 (2008-2009), uttaler helsedepartementet at en stor utfordring i helsevesenet er bedre samhandling mellom aktører som deltar i behandlingen av pasienten. Målet for samhandlingen er en bedre kontinuitet i behandlingen og et best mulig behandlingsresultat (Helse og omsorgsdepartementet, 2009)

Tom Kitwood (2012), viser til at et tilrettelagt og hensiktsmessig miljø der personalet bruker sine kunnskaper om hva som skaper gode relasjoner, handler om god omsorg. Rokstad (2008), presiserer at det må skapes en felles kultur for personsentrert omsorg, hvor personalet deler de samme verdier og normer for samhandling med pasientene.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, påpekes det at en faglig forsvarlig sykepleie forutsetter samarbeid med både kolleger og andre profesjoner i behandlingsteamet, (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Lundstrøm, Olofsson & Stenvall (2004) viser i en studie at godt geriatrik samarbeid resulterte i færre dager med delirium og andre komplikasjoner, samt færre liggedøgn i sykehus. Doktoravhandlingen omfattet både vurderinger, forebygging, rehabilitering og omsorg.

Wogn-Henriksen, (2007), hevder at helsepersonell har her ei nøkkelrolle i å skape en kultur for å støtte, involvere og verdsette enkeltmennesket. I følge Romsland (2007), bør personene som skal samarbeide ha en profesjonsbakgrunn. I tillegg til at de skal samarbeide med sin egen profesjon, skal de samarbeide på tvers (ibid). Tverrfaglig samarbeid i helsesektoren er nødvendig for å gi pasienter som trenger komplekse tjenester, et best mulig og personlig tilpasset tilbud. Helheten vil lett tapes av syne om planleggingen skjer ut fra den enkeltes bistandsyters, faggruppe eller etats perspektiv (Bredland et al, 2008).

Fra min praksis erkjenner jeg at det ikke er like lett å anerkjenne hverandre, for vi utøver vårt fag med fagets grunntenkning i bunn, og hvert menneske bærer med seg sine personlige verdier og erfaringer. Når vi klarer å se både fordeler og ulemper med eget og andres fag, samt dele og diskutere erfaringer, er det lettere å få nye impulser, se utfordringene fra ulike ståsteder, noe som gir best mulig løsninger

Når flere profesjoner er inne i bildet, er det viktig at bistanden er godt koordinert. Det vil si at utgangspunktet for tilbudet må ta utgangspunkt i pasientens hjelpebehov, interesser, ønsker, forhåpninger eller mål for livet. Planleggingen må skje i brukerens perspektiv (Normann, et al, 2006).

Tverrfaglig samarbeid kan være både formelt og uformelt, og fordi organiseringen er på tvers av ansvarsområder kan det være utfordrende å skape en felles forståelse innad i alle faggruppene. En felles idelogi vil kunne bidra til et godt samarbeid. En idelogi innebærer både verdisyn, menneskesyn, etikk og holdninger. Disse handler om ideer som ligger til grunn for handlinger og praksis (Bredland et al, 2008). En idelogi må ha forankring i ledelsen, og skal være til fellesskapets beste (Grimsø, 2005).

Rokstad (2008), sier at lederens handlinger og holdninger har stor betydning for pleiekulturen som råder i enheten og påvirker også det menneskesynet som råder. De gjeldende verdier og normer som foreligger, er med på å skape forme den personsentrert omsorg for pasientene (ibid).

Kitwood (2012), mener ledelsen må sette mer fokus på omsorg for personalet, for at hver enkelt skal kunne trives på sin individuelle måte, og kunne gjøre bruk av sine evner og interesser og. Dersom ledelsen ikke følger opp, vil det gå utover kvaliteten på arbeidet som utføres. Arbeidet blir mindre personsentrert (ibid) Det skal være pasientens individuelle behov som styrer innholdet i rehabilitering, og som styrer hvilke aktører som skal bistå (Normann et al., 2006).

For å komme fram til felles verdier må ledelsen og de ansatte spille på samme lag. Det kan være uenhet om ledelsens og personalets verdier, men det er viktig at de ansatt samles om vedtatte verdier. Ledelsen er viktig for både å bevisstgjøre og samle medarbeiderne om

grunnleggende verdier, samtidig som de må skape rom for den enkelte medarbeiders skjønn og dømmekraft (Grimsø, 2005).

For at en felles ideologi skal kunne forankres, er det viktig å kunne skape kultur også for refleksjon og diskusjon i miljøet.. Verdiene må gjenspeiles i rehabiliteringen, og baseres på gyldig informasjon, gjennomtenkte valg og ansvar for å se virkningen på vei mot målene (Bredland et al., 2008).

Tross gode intensjoner, ser jeg allikevel at dette samarbeid mellom ulike fagpersoner kan være problematisk, for tross felles verdigrunnlag kan det dreie seg om vaner som er vanskelige å endre, ulike faglige tradisjoner, og ulik vinkling og informasjon til ulik tid. Kitwood (2012) påpeker også at en felles tenkning og refleksjon er nødvendig for å se hele pasienten, men dog kommer ikke den god personsentret omsorgen av seg selv. Faren i samarbeidet mener Kitwood er at det kan dannes små klikker innad i personalgruppen, og lager seg en egen forståelse som kan gjøre at de mindre synlige deler av omsorgen neglisjeres. For å unngå dette, kan gruppesamarbeid være en løsning, slik at personalet kan senke sine forsvarsmekanismer (ibid).

Gjennom å ta del i andre faggruppers vurderinger vil den enkelte også få økt sin kunnskap som er relevant for å gjøre egne faglige gode vurderinger. På denne måten kan de enkelte faglige bidragene gjøre at det kan utarbeides en helhetlig plan, med individuelle og koordinerte tiltak. Dermed slipper også pasienten å måtte opplyse samme informasjon flere ganger, og tidsspekteret utnyttes (Normann et al., 2006).

En kvalitetssikring av arbeidet mener jeg er mulig. I rehabilitering gjøres det ved hjelp av dokumentasjon, og ulike skjemaer blir brukt for å kartlegge pasienten, tiltak, mål og evaluering. Dette er nødvendig for at alle får lik tilgang til samme opplysninger til samme tid (Bredland, Linge & Vik, 2008).

Jeg mener verdigrunnlag og handlingsplaner bør inneholde verdier som respekt, verdighet, omsorg og kvalitet. Kvalitet er en subjektiv opplevelse, og det at hver enkelt medarbeider reflekterer over hva de gjeldene verdier betyr personlig, vil gjøre det mulig for den enkelte å gå et bevisst emosjonelt eierskap til verdiene (Samuelsen, 2004).

Sykepleiere har en plikt i grad av sitt yrke og holde seg faglig oppdatert. Andre yrkesgrupper har også det. Opplæring innen tverrfaglige samarbeidsmetoder mener jeg derfor bør være forankret i ledelsen.

Målsetting er en sentralt i all tilnærming til rehabilitering, og forutsetter at yrkesgruppene, sammen med pasienten utformer målene. Pasientens deltagelse, verdighet og hva som er viktig for han er med på å utforme målene (Bredland, Linge & Vik, 2008). Pasientene har ofte sammensatte behov, der det ofte i utgangspunktet er uklart hvilke muligheter som finnes, eller det er usikkerhet på hvilke løsninger og tiltak som er riktige. Ved tverrfaglig samarbeid vil faglige og etiske spørsmål bli lettere å belyse fra ulike sider, og når faggruppene bidrar med sin fagkompetanse, På denne måten kan de enkelte faglige bidragene gjøre at det kan utarbeides en helhetlig plan, med individuelle og koordinerte tiltak og klare og definerte mål (ibid).

Erfaringsmessig har sykepleieren en viktig rolle i dette arbeidet, da det oftest er denne yrkesgruppen som tar i mot pasienten i avdelingen, og har tett kontakt med pasientens pårørende. Sykepleiergruppen er også de som har den døgkontinuerlige kontakten med den eldre. Den eldre hofteopererte pasienten trenger tett oppfølging for å hindre komplikasjoner.. Derfor etterstrebes det færrest mennesker å forholde seg til, slik at de kan føle trygghet, tross ukjente omgivelser (Juliebø, 2007).

Å være oppmerksom på risikofaktorer og kliniske symptomer, samt kunne forutse forverring i pasientens tilstand er betydningsfullt for pasientens rehabilitering. Sykepleieren har en naturlig funksjon i dette, og er derfor et viktig bindeledd til resten av det tverrfaglige teamet. Innad i teamet skal det ikke være noen rangering, eller noen er overordnet eller underordnet andre. Alle er likeverdige. Allikevel er det viktig at pasienten har en hovedkontakt som også gjerne har et koordineringsansvar (Bredland, Linge & Vik, 2008).

Utfordringene i møte med den eldre pasienten kan både være sammensatte eller diffuse, og gripe i hverandre. Derfor trengs fagpersoner med ulik kompetanse som jobber tett sammen og på tvers av tilvante rollemønstre, slik at en får en bred samordnet vurdering av løsningsmuligheter. Ved siden av fagkunnskap er også menneskekunnskap, erfaring og personlige egenskaper viktig. Overlappende kompetanse er derfor vanlig. Hver enkelt i teamet har et ansvar for helheten. Dermed må alle også være innstilt på å gå utover sitt

fagområde, da det kan være viktigst at oppgaven blir utført, ikke hvem som utfører den (Bredland et al., 2008). Kitwood (2012), mener at for at god omsorg skal kunne ytes til pasienten, må personalet velges med omhu. Selv om Kitwood tilegner sin tenkning til personer med demens, mener jeg at det samme gjelder innen rehabilitering, hvor vi møter mennesker som er i en sårbar fase i livet.

Ved å kunne ha en åpen og ryddig kommunikasjon vil teamet kunne diskutere og sammenjustere metodene fra dag til dag. Spesielt er dette viktig i de første fasene av rehabiliteringsprosessen, hvor både kartlegging, arbeid med rehabiliteringsmål og oppsetting av planer for pasienten skal utformes. Ved utydelig kommunikasjon eller mangel på kommunikasjon kan det risikeres at hver enkelt setter i gang med tiltak uten at de forstår hvorfor, eller hvilke forhold som påvirker situasjonen (Bredland et al., 2008)

Når helsepersonell gir samme opplysninger og informasjon, kan pasienten oppleve større trygghet, ved at rehabiliteringen tilrettelegges for hans individuelle behov. *Uklart* Ved at tiltakene tilspisses mot pasientens spesifikke helsetilstand, høynes kvaliteten på behandlingen og omsorgen. Dersom enkelte av deltagerne i det tverrfaglige samarbeidet ikke har noe å bidra med, vil kunnskapen og perspektivet fra deres fagområdet utebli, kvaliteten vil reduseres, og i stedet for tverrfaglig samarbeid blir det et arbeidsfellesskap (ibid).

I relasjon til sin fagkunnskap har også sykepleieren en funksjon i å veilede annet helsepersonell. Det gjelder da for det som er av betydning for p bedre, endre eller vedlikeholde pasientens ønsker og behov. Dette gjelder også motsatt vei. Andre faggrupper må involvere sykepleieren i spesifikke forhold som er av betydning (NSF-FSRH, 2010).

5 Konklusjon

Det finnes ingen klare svar på problemstillingen, men ved å bruke både fagkunnskap og menneskekunnskap for å etablere gode relasjoner, er det verdifulle bidrag for å forebygge delirium hos eldre mennesker. Det er viktig å støtte opp om den enkeltes ressurser, ønsker og behov, for å bistå han i å opprettholdelse av helse, best mulig funksjon og livskvalitet.

Når sykepleieren ved å vise respekt, og å støtte opp om pasientens verdighet, gir god omsorg, bidrar det til en god rehabiliteringsprosess. På den måten kan sykepleieren, sammen med samarbeidende helsepersonell bistå den eldre til å finne gode løsninger, enten hensikten er å gjenvinne eller bedre tapte funksjoner, eller tilpasse seg en ny livssituasjon.

5.1 *Nytteverdi for framtida*

Etter hvert som arbeidet med fordypningsoppgaven har skredet fram, har jeg ervervet meg mye fagkunnskap, både om eldre mennesker, om delirium, om rehabilitering og om tverrfaglig samarbeid. Kommunikasjon er noe vi ofte ikke tenker over, men med å ha fokuset på verdighet, ble det en tankevekker for meg. Jeg har reflektert mye underveis, og jeg ser tydeligere hvor nyttig forskning er for å støtte opp under sykepleierfaget.

Etter hvert som jeg tilegnet meg kunnskap, har jeg blitt mer og mer engasjert i temaer som angår eldre mennesker. Jeg innser at jeg med fordel kunne ha avgrenset oppgava mer, men jeg håper at du som leser dette får like mye lyst til å fordype deg videre som jeg har. Det finnes utrolig mye spennende litteratur og forskning som tar for seg eldre menneskers liv og helse.

Jeg ser fram til dele mine nye kunnskaper med mine arbeidskolleger. Jeg ser for meg at temaet på neste fagmøte er eldre, delirium og verdighet.

6 Litteraturliste

- Almås, H og Engum, L.D (2001). Sykepleie til pasienter med skader i bevegelsesapparatet I: Almås, H (Red.) *Klinisk sykepleie* bind 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bredland, E.,L., Linge O.A & Vik, K (2008). *Det handler om VERDIGHET – Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i Relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: Lærebok*. (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K og Haugen, P.K (2009) *Lærebok i demens. Fakta og utfordringer* (5.utg). Forlaget Aldring og Helse
- Flagg, B., Cox, L., Dcdowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing Identification of Delirium. *Clinical Nurse Specialist*, 24, 260-266.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering fastsatt av Sosial-og helsedepartementet (2001-06-28)*. Lokalisert på <http://www.lovddata.no>
- Grimsø, R. E. (2005). *Personaladministrasjon. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gustafson, Y., Lundström, M., & Bucht, G. (2002). *Delirium in old age can prevented and treated*. Tidsskr Nor Lægeforening nr. 8, 2002; 122: 810–4

- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon – minner – kriser – sorg* (3. utg.) Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (St. meld. Nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.
- Herheim & Langholm, (2006). *Psykisk helsearbeid- teori og arbeidsmåter.* Oslo: N.W. Damm & Søn As
- Inouye S. K. (2006). Delirium in Older Persons. *The New England Journal of Medicine* 354,1157-1165 doi: 10.1056/NEJMra052321
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Wyller, T. B., & Ranhoff, A. H. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly hip fracture patients. *The American Geriatrics Society*, 57(8), 1354-1361.
- Juliebø, V. (2011). Delirium. I T. Wyller. *Geriatrici: en medisinsk lærebok* (291-303). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kann, F, Langset, B og Per Medby (2012) *Samfunnsøkonomiske kostnader ved fallulykker i boligtrapper* Oslo : Norsk institutt for by-og regionforskning, NIBR-rapport 2010:23
- Kannegaard (2010) Oslo: Institutt for Helse og samfunn OUS, Ullevål
Lokalisert på <http://www.med.uio.no/forskning/doktorgrad-karriere/forskerlinjen/prosjektilbud/hoftebrudd-i-norge%3A-arstid-dod-komor-t-omsland-v13.html>
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering.* (2.utg.7 opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kitwood, T. (2012). *En revurdering af demens - personen kommer i første række.* København: Munksgaard.

Kristoffersen, N. J. (1998). Teoretiske modeller i sykepleie I: Nina Jahren Kristoffersen (Red.) *Generell sykepleie 1.* . Oslo: Universitetsforlaget AS. s 361-457

Lundstrøm M, Olofsson B, Stenvall M . (2004). Prevention and treatment of postoperative delirium in old people with femoral neck fracture – a randomized controlled trial. I: Lundstrøm M. Delirium in old patients with femoral neck fracture. Doktoravhandling. Umeå: Medisinsk fakultet, Universitetet i Umeå, 2004.

Nasjonalt Register for Leddproteser (2012). Helse Bergen. Haukeland Universitetssykehus. Lokaliser på <http://nrlweb.ihelse.net/default.htm>

Normann, T, Sandvin TJ & Thommesen H, (2006). *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo. Kommuneforlaget AS

NSF-FSRH, (2010). Norsk sykepleier forbunds faggruppe av sykepleiere i rehabilitering. Lokalisert på : https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/775717/NSF-RH_brosjyre_blue

Petterson, R og Wyller T. B (2007) Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 127:600-3

Ranhoff, A. H. (2008). Den akutt syke gamle. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* (s. 180-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A. H. (2008). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk Sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (s. 75-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rokstad, A. M. M. (2009). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Oslo: Akribe AS.

- Romsland, G.I (2007). Tverrfaglig samarbeid og etikk. I Å. Slettebø., P., Nordtvedt (Red),
Etikk for helsefagene (149-171). Oslo: Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Romøren, T.I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold., K., Brodtkorb & A.H.,
- Samuelson, AG (2008). *Kunsten i samspill : Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Slettebø, Å, Nordtvedt, P (2007) *Etikk for helsefagene* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett til behandling – på rett
sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stubberud, D,G (2013) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* Oslo: Gyldendal
Akademisk
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. In A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.),
Personer med demens. Møte og samhandling (s. 25). Oslo: Akribe
- World Health Organization (2012) 10 facts on ageing and the life course
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatrí: en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Lokalisert på:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

7 Etterord - Verdigrunnlag fra en alderspsykiatrisk avdeling

Vi vil prøve å møte deg med glede,

Respekt og tilstedeværelse.

Det er spennende å møte deg.

*Det er interessant å høre på hva du og
dine nærmeste har og fortelle oss.*

Vi vil gi deg tid så du kan fortelle

på din måte, med dine ord.

*Vi vil arbeide sammen med deg og være
lydhøre for dine meninger.*

*Vi vil prøve å være nær deg når du
trenger det, og når du trenger ro vil vi
trekke oss unna.*

*Vi vil prøve å være oppriktelige og åpne i
møte med deg.*

Vi vil gjerne le sammen med deg, men vi

*Vil også ha rom for smerten, sorgen og
krisen.*

*Vi håper å kunne møte deg med kunnskap
og erfaring.*

*Vi vil gjerne bruke denne kunnskapen og
erfaringen slik at du skal få det bedre.*

*Vår kunnskap og erfaring vil vi dele
med deg.*