

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) - et nyttig verktøy, eller en byrde for intensivsykepleieren?

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres erfaringer i kartleggingen av delirium, med kartleggingsverktøyet CAM-ICU

Silje Karlsen Lund
Ingrid Skogby

ANTALL ORD: 20 738

VEILEDER

Anja Nastasja Robstad
Førstemanuensis ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap
ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap
ved Universitetet i Agder

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Helse- og Idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

FORORD:

Vår inspirasjon til dette masterprosjektet startet med at vi gjennom praksis i intensivavdeling, så at delirium var en hyppig forekommende tilstand, som var ressurskrevende for intensivsykepleierne og intensivavdelingen. Vårt inntrykk var at det var lite bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere delirium. Dette gjorde at vi ble nysgjerrige på hvilke kartleggingsverktøy som fantes, og undersøkte hvilke prosedyrer og retningslinjer som var gjeldene. Etter å ha søkt i helseforetakets elektroniske kvalitetshåndbok fant vi at CAM-ICU var kartleggingsverktøyet som var innlemmet som prosedyre, noe som førte til at vi ønsket å undersøke dette temaet videre.

Å skrive denne masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess med mange opp- og nedturer. Etter ferdigstilling sitter vi igjen med mye ny kunnskap, som vi vil ta med oss videre ut i intensivverden.

Først ønsker vi å takke vår veileder Anja Nastasja Robstad, Førstemanuensis ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder, som har gitt oss mange gode konstruktive tilbakemeldinger og har støttet oss underveis gjennom hele prosjektet. Vi har satt stor pris på din oppmuntring og positive holdning gjennom hele prosessen.

Vi vil også takke enhetslederene fra de aktuelle avdelingene som har vært svært behjelpelige og tatt oss godt i mot i en ellers travel arbeidshverdag. En stor takk rettes også til de åtte intensivsykepleierne som sa ja til å være med i prosjektet vårt.

Til slutt vil vi også rette en spesiell takk til våre samboere og barn for tålmodighet og støtte underveis i et tidvis hektisk og tidkrevende masterforløp.

Tusen takk!

Grimstad 26.04.2022

Silje Karlsen Lund

Ingrid Skogby

Sammendrag:

Bakgrunn: Delirium rammer mange intensivpasienter, og tilstanden kan medføre store konsekvenser. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) er et valid og reliabelt verktøy i deliriumsdiagnostiseringen, og intensivsykepleiere er med sin kontinuerlige tilstedeværelse i en unik posisjon i deliriumsidentifiseringen. Studier har vist liten grad av systematisk vurdering av delirium, men få studier ved norske sykehus er gjort. For å øke forståelsen av hvorfor, vil det være hensiktsmessig å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer med verktøyet.

Formål og problemstilling: Formålet med masterprosjektet var å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med kartleggingsverktøyet CAM-ICU. Problemstilling: *Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU, i vurdering av delirium hos intensivpasienter i en intensivavdeling?*

Metode: En kvalitativ metode, med et eksplorerende design. Datamaterialet er innsamlet gjennom åtte semistrukturerte individualintervjuer av intensivsykepleiere i intensivavdeling. Analyse er utført med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med Lindseth & Norberg (2004) sin tematisk- strukturerte metode.

Resultater: Analysen resulterte i tre hovedtemaer og ni undertemaer. Intensivsykepleierne opplevde blandede erfaringer mellom å kartlegge godt eller være en byrde med bruk av verktøyet. Videre fremkom det at de opplevde en ambivalent holdning knyttet til å bruke klinisk blick eller CAM-ICU i kartlegging av delirium, og at det forelå flere organisatoriske forhold som utfordret bruk av kartleggingsverktøyet.

Konklusjon: CAM-ICU synes ikke å bidra til kartlegging av delirium i tilfredsstillende grad, og det kan se ut til at det er behov for å tenke nytt, og bane nye veier i deliriumskartleggingen, for å bedre kartlegging av delirium og utsiktene av diagnosen.

Nøkkelord: Intensivsykepleie, erfaring, delirium, kartleggingsverktøy, CAM-ICU.

Abstract

Background: Delirium affects many intensive care (ICU) patients, and the condition may lead to major consequences. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), is a valid and reliable tool for diagnosing delirium. ICU nurses are uniquely positioned in identifying delirium, however, studies show a small extent of systematic delirium assessment, and studies at norwegian hospitals are few.

Investigating the ICU nurses' experiences with the tool would increase our understanding of why.

Purpose and problem: To investigate ICU nurses' experiences with the assessment tool CAM-ICU. Problem statement:

What experiences do ICU nurses have with using the assessment tool, CAM-ICU in the assessment of delirium in ICU patients in an ICU?

Method: A qualitative method, with an exploratory design. Data was collected through eight semi-structured individual interviews of ICU nurses in the ICU. Analysis was performed using a phenomenological-hermeneutic approach, using thematically-structured method of Lindseth & Norberg (2004).

Results: The analysis resulted in three main themes and nine sub-themes. The ICU nurses experienced mixed perceptions between doing a good assessment, and being a burden by using the tool. Furthermore, it emerged that they experienced an ambivalent attitude related to using their clinical judgement or CAM-ICU in the delirium assessment, and that there were several organisational factors that challenged the use of the assessment tool.

Conclusion: CAM-ICU does not appear to contribute enough to the assessment of delirium. It appears that there is a need to rethink, and pave new paths in the assessments of delirium, in order to improve delirium identification, and the prospects of the diagnosis.

Keywords: ICU nursing, experience, delirium, assessment tool, CAM-ICU.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
<i>1.1 Introduksjon</i>	1
<i>1.2 Bakgrunn for valg av tema</i>	1
<i>1.3 Hensikt og problemstilling</i>	2
<i>1.4 Begrepsavklaring</i>	3
<i>1.5 Avgrensning</i>	4
2.0 Teoretisk rammeverk	5
<i>2.1 Søkestrategi</i>	5
<i>2.2 Delirium</i>	7
<i>2.3 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i>	8
<i>2.4 Tidligere forskning</i>	10
2.4.1 Implementering av CAM-ICU	11
2.4.2 Opplæring og undervisning av CAM-ICU.....	11
2.4.3 Intensivsykepleieres erfaringer med CAM-ICU	12
<i>2.5 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar</i>	13
3.0 Metode	15
<i>3.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn</i>	15
3.1.1 Fenomenologi	15
3.1.2 Hermeneutikk	16
3.1.3 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming	17
<i>3.2 Bakgrunn for valg av metode</i>	17
<i>3.3 Datainnsamling</i>	18
3.3.1 Utvalg og rekruttering.	18
3.3.2 Semi-strukturerte individuelle intervju	19
3.3.3 Gjennomføring av intervju	20
<i>3.4 Transkribering av datamateriale</i>	21
<i>3.5 Analyse av datamateriale</i>	21
3.5.1 Naiv forståelse.....	22
3.5.2 Strukturell analyse	23
3.5.3 Helhetlig forståelse av teksten	24
<i>3.6 Etiske overveielser</i>	24
3.6.1 Formaliteter og aktuelle godkjenninger.....	25
3.6.2 Informert samtykke	25
3.6.3 Konfidensialitet.....	26
3.6.4 Konsekvens for deltakerne	26
<i>3.7 Metodiske overveielser</i>	26
3.7.1 Refleksivitet.....	27
3.7.2 Relevans.....	28
3.7.3 Validitet	29

4.0 Presentasjon av funn	32
4.1 Strukturanalysens funn	32
4.1.1 Kartlegge godt, eller være en byrde	32
4.1.2 Bruke klinisk blikk eller CAM-ICU – en ambivalens	37
4.1.3 Organisatoriske forhold utfordrer bruk av CAM-ICU	39
5.0 Diskusjon	46
5.1 Kartlegge godt eller være en byrde	46
5.2 Bruke klinisk blikk eller CAM-ICU – en ambivalens	49
5.3 Organisatoriske forhold utfordrer bruk av CAM-ICU	52
6.0 Konklusjon	56
7.0 Implikasjoner for praksis	57
Referanseliste:	58
Vedlegg 1- Søkestreng knyttet til problemstilling	64
Vedlegg 2 – Søkestreng knyttet til delirium	65
Vedlegg 3 - Intervjuguide	67
Vedlegg 4 – Informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring	68
Vedlegg 5 – Meldeskjema til NSD med vurdering	72
Vedlegg 6 – Godkjenning FEK	79
Vedlegg 7 – Søknad helseforetak med godkjenning	80

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Delirium er en forvirringstilstand som ikke sjeldent oppstår i løpet av et intensivopphold ved alvorlig og kritisk sykdom. Tilstanden er akutt og reversibel, og er assosiert med økt sykkelighet og dødelighet, forlenget respiratortid og lengre sykehusopphold (Arend & Christensen, 2009; Ely, Shintani, et al., 2004; Kalabalik et al., 2014; Rosgen et al., 2020; Salluh et al., 2015; Thomason et al., 2005). Ulike validerte kartleggingsverktøy er utviklet med formål om å bedre diagnostikken av delirium, og Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) er et eksempel på et slikt verktøy (Ely, 2002; Wøien et al., 2008). Intensivsykepleiere er med sin kontinuerlige tilstedeværelse hos intensivpasienter i en sentral posisjon til å oppdage delirium (Arend & Christensen, 2009), og verktøyet har vist svært god reliabilitet og validitet i diagnostiseringen av delirium i intensivavdelinger (Ely, Margolin, et al., 2001; Ho et al., 2020).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

På grunn av akutt sykdom, stress, og hyppig bruk av benzodiazepiner i intensivavdeling er intensivpasienter ekstra utsatt for delirium, og diagnosen er svært hyppig forekommende (Arend & Christensen, 2009; Mattar et al., 2012; Zaal et al., 2015). Delirium kan føre til en rekke negative konsekvenser for pasient, helsepersonell og samfunn. I tillegg til de økte kostnadene knyttet til innleggelse i sykehus, kan delirium føre til økt sykkelighet, forlenget respiratortid, økt mortalitet og kognitive problemer etter utskrivelse. Dette vil i sin tur påvirke pasienter og pårørende negativt, og vil kunne medføre en kostnadsbelastning for samfunnet (Arend & Christensen, 2009; Ely, Shintani, et al., 2004; Fan et al., 2012; Kalabalik et al., 2014; Khan et al., 2012; Rosgen et al., 2020).

Symptomer på delirium er mest fremtredende hos pasienter med hyperaktivt delirium, da det ofte utspiller seg som motorisk urolighet og agitasjon. Denne formen for delirium er derfor den som ofte er forbundet med diagnosen. Likevel forekommer tilstanden i de fleste tilfellene med symptomer på hypoaktivt delirium, slik som apati og motorisk treghet, eller en kombinasjon av disse gruppene med et fluktuerende forløp (Arend & Christensen, 2009; Fan et al., 2012; Kalabalik et al., 2014). Prevalensen av delirium er svært høy, men på tross av den høye forekomsten er delirium en underdiagnostisert tilstand. Tidlig diagnostisering av delirium er

vist å kunne forbedre behandlingsresultatet ved at det tidlig kan iverksettes forebyggende tiltak (Arend & Christensen, 2009; Kalabalik et al., 2014; Steinseth et al., 2018). Den hypoaktive formen og kombinasjonen av de to formene, er beskrevet å representere majoriteten av deliriumstilfellene. På grunn av de subtile tegnene, blir disse pasientene ofte oversett eller mistolket som at de har depresjon eller demens av helsepersonell (Krewulak et al., 2018; Peterson et al., 2006).

Delirium anses som en svært alvorlig helsesvikt (Huang et al., 2021; Rosgen et al., 2020; Salluh et al., 2015), slik at kartlegging av diagnosen i stor grad kan knyttes til intensivsykepleierens helsefremmede og forebyggende funksjon (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Når det gjelder observasjon og vurdering, vil man ved bruk av CAM-ICU i en tidlig fase kunne identifisere helsesvikt og risiko for helsesvikt som delirium utgjør, og videre kunne iverksette tiltak og evaluere deres effekt (Ely, Inouye, et al., 2001; Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

Studier har vist at systematisk vurdering av delirium på intensivavdelinger blir gjort i liten grad og minoriteten av intensivavdelinger bruker systematiske kartleggingsverktøy (Devlin et al., 2008; Elliott, 2014; Ely, Stephens, et al., 2004; Patel et al., 2009; Sjøbø et al., 2012; Svenningsen & Tønnesen, 2011).

For å få en bedre forståelse av hvorfor systematiske vurderinger blir gjort i liten grad, vil det være hensiktsmessig å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleierne som utfører vurderingene, har med bruken av verktøyet. Ved å få mer kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer kan dette føre med seg videre muligheter for arbeid med mål om å forbedre dagens praksis ved sykehus i Norge når det gjelder kartlegging av delirium. Slik kunnskap kan tenkes å kunne bidra til at tiltak kan iverksettes på et tidligere tidspunkt, med en påfølgende samfunnsnytte med reduserte kostnader.

1.3 Hensikt og problemstilling

Det finnes få norske publiserte studier knyttet til problemstillingen, med forbehold om hva vi har klart å finne. Til tross for at det finnes mye internasjonal forskning som bidrar til kunnskap, kan det synes å være behov for mer forskning fra intensivavdelinger i Norge.

Hensikten med denne oppgaven er derfor å bringe frem ny kunnskap rundt bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU, ved å se på intensivsykepleieres erfaringer og deres

vurderinger i bruk av verktøyet ved norske intensivavdelinger. Med dette har vi utarbeidet følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU, i vurdering av delirium hos intensivpasienter i en intensivavdeling?

Forskningsspørsmål:

I hvilken grad opplever sykepleiere at CAM-ICU blir brukt systematisk og rutinemessig i avdelingen?

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med opplæring i bruk av CAM-ICU?

Hvilke utfordringer eller barrierer kan ligge til grunn for manglende bruk av verktøyet CAM-ICU?

1.4 Begrepsavklaring

Intensivpasient er ifølge Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS), definert som «en intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel» (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, u.å).

Intensivsykepleie ble på NSFLIS Generalforsamling i 2006 definert som

«spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak» (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, u.å).

Intensivavdeling er definert av NSFLIS som «en sykehusenhet med spesialutdannet personell, som skal kunne behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner» (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, u.å).

1.5 Avgrensning

Når det gjelder validerte kartleggingsverktøy for delirium, finnes det flere typer, men denne oppgaven vil omhandle verktøyet CAM-ICU, da det er mest brukt og blir ansett som det verktøyet som er mest egnet for pasienter i intensivavdelinger (Balková & Tomagová, 2018; Gélinas et al., 2018; Gusmao-Flores et al., 2012; Ho et al., 2020; Norsk legemiddelhåndbok, 2020). Oppgaven avgrenses til sykepleiere med spesialutdannelse i intensiv, intensivavdelinger og til voksne intensivpasienter.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil teori og tidligere forskning relevant for prosjektet bli redegjort for. Kapittelet presenterer først søkestrategi, deretter aktuell teori som omhandler diagnosen delirium og dens risikofaktorer, i tillegg til opprinnelse og fremgangsmåte for verktøyet CAM-ICU. Tidligere forskning som omhandler erfaringer rundt verktøyet, blir presentert til slutt.

2.1 Søkestrategi

For å finne forskning og teori som var relevant for vårt tema, ble verktøyet PICO (Population, Intervention, Context og Outcome) brukt for å få gode strukturerte søk i databasene (Polit & Beck, 2018, s. 29-31). Gjennom databaseverten EBSCO ble det foretatt flere søk i henholdsvis CINAHL og MEDLINE, som er databasene for sykepleievitenskap og medisinske tidsskrifter. Innledningsvis ble det søkt bredt med mål om å få en rik kunnskapsbakgrunn, før søkene ble snevret inn mot problemstillingen. Det ble sett på tidligere artikler for å få et inntrykk av hvilke nøkkelord som gikk igjen, og som kunne inkluderes i PICO-strukturen. Det ble videre søkt veiledning hos spesialbibliotekar med fagansvar for sykepleie ved Universitetet i Agder for å komme frem til søkeordene som ble benyttet. Ord med lik sjanger ble søkt med «OR» mellom hvert ord, før de forskjellige sjangrene ble kombinert med «AND». For å ikke gå glipp av relevante studier ble det søkt artikler helt tilbake til 2005, men siden det ble antatt at mye kan ha endret seg de senere årene, ble det hovedsakelig inkludert artikler publisert etter 2011. Enkelte artikler av eldre dato ble likevel inkludert i oppgaven, på grunnlag av deres relevans. Artikler publisert på annet språk enn norsk, svensk, dansk og engelsk ble ekskludert.

Det ble gjort to uavhengige litteratursøk med ulike søkeord. Et søk ble gjort med fokus på generell relevant teori om delirium og det andre ble søkt direkte mot problemstillingen. Sistnevnte vil videre bli redegjort for.

Søk knyttet til problemstillingen:

Søkeordene som ble brukt ble formulert ved hjelp av PICO-strukturen (Tabell 1). Selv om oppgaven omhandler intensivsykepleiere, er det brukt søkeord for sykepleier i

intensivavdeling for å ikke gå glipp av relevante studier, da studier ofte ikke skiller mellom sykepleier i intensivavdeling og intensivsykepleier.

Tabell 1. PICO-modell med søkeord.

Populasjon:	Intensivsykepleiere (sykepleiere)	Nurs* OR nurs* N3 (“Critical care” OR (ICU OR “intensive care”))
Intervensjon:	Kartleggingsverktøyet CAM-ICU	"Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*" OR CAM-ICU AND ("Assessment tool*" OR "screening method*" OR "instrument validat*") N2 delir* OR confusion OR (acute N2 (confus* OR encephalopat* OR psychosis))
Kontekst:	Intensivavdeling	Unit* N2 “intensive care” OR “critical care” ((intensiv* OR critical*) N2 (ill* OR unit* OR nurse* OR nursing* OR care*)) OR ICU OR "ICU's"
Utfall:	Opplevelser, holdninger og erfaringer	experience* OR qualitative OR phenomenology* OR interview* OR assesment* OR thematic OR themes OR percept* OR attitude* OR belie* OR view* OR opinion* OR practice* OR role OR roles OR knowledge OR Skill OR skills OR Compliance* OR adherence* OR Accuracy

Søket ga etter at duplikater ble fjernet et treff på 131 artikler (vedlegg 1). Overskrifter og sammendrag ble gjennomgått, og etter å ha fjernet artikler uten relevans for problemstillingen, satt vi igjen med 53 artikler. Etter en grundigere gjennomgang ble ytterligere 33 artikler, på grunn av alder og manglende relevans, ekskludert. Til slutt satt vi igjen med 20 artikler som vi har presentert i kapittel 2.4, tidligere forskning. Tre av disse studiene har undersøkt lignende problemstilling som denne oppgaven.

Videre ble det også utført flere handsøk. Ved gjennomgang av referanseliste til artikler og faglitteratur, ble det inkludert fem artikler med relevans for problemstillingen.

Søk knyttet til delirium og CAM-ICU:

For å få en solid teoretisk forankring knyttet til delirium, ble det søkt etter systematiske oversiktsartikler som omhandlet delirium i de samme databasene. Enkeltstudier ble ikke inkludert da vi ønsket teori som var høyere på kunnskapspyramiden (Polit & Beck, 2018, s. 23). Det ble brukt søkeord som; delir*, confusion, unit*, intensive care, critical care, factor*, risk*, trigger*, outcome*, prevalence, review*, metaanalys* (vedlegg 2). Søket gav et treff på

198 artikler, som ble redusert til 154 etter at duplikater ble fjernet. Etter å ha lest overskrifter og skimmet gjennom abstrakt ble 138 forkastet på grunn av lite relevans. 16 artikler ble inkludert, i tillegg til fire artikler som ble funnet i enkelte av artiklenes referanseliste.

Teoretisk bakgrunn for CAM-ICU er funnet ved hjelp av handsøk, og baserer seg på den originale- og den norske versjonen av treningsmanualen for CAM-ICU (Ely, 2002; Wøien et al., 2008), to valideringsartikler, en nettbasert oppslagsbok, og fire oversiktsartikler.

For å kvalitetssikre, ble det kontrollert at alle inkluderte artikler er fagfellevurderte og publisert i anerkjente tidsskrifter med nivå 1 eller nivå 2 hos Direktoratet for Høyere utdanning og kompetanse sitt kanalregister for godkjente vitenskapelige publiseringskanaler (Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse, u.å).

2.2 Delirium

Delirium er en akutt og reversibel forstyrrelse i bevisstheten som forårsakes av cerebral dysfunksjon, og kjennetegnes av uoppmerksomhet, fluktuerende bevissthetsnivå og uorganisert tankemønster (Fan et al., 2012; Kalabalik et al., 2014). Tilstanden kan utløses av de mange psykiske og fysiske belastningene pasienter gjennomgår i løpet av et intensivopphold og kan føre med seg kortsiktige og langsiktige negative konsekvenser, slik som forlenget sykehusopphold og økt dødelighet (Arend & Christensen, 2009; Ely, Shintani, et al., 2004; Fan et al., 2012; Kalabalik et al., 2014; Khan et al., 2012; Rosgen et al., 2020; Salluh et al., 2015). Til tross for høy prevalens, er delirium en underdiagnostisert tilstand. Det er beskrevet ulik prevalens i studier. Noen peker mot at hver tredje intensivpasient vil utvikle delirium, mens andre mener tilstanden kan oppstå hos så mange som 80% av pasienter i intensivavdelinger (Chen et al., 2021; Kalabalik et al., 2014; Krewulak et al., 2018; Rood et al., 2018; Salluh et al., 2015).

Delirium kan presenteres i tre ulike undergrupper, som inkluderer; *hyperaktivt*-, *hypoaktivt delirium* og en kombinasjon av disse gruppene (Arend & Christensen, 2009), hvor den hypoaktive- og kombinerte formen er den vanligste (Krewulak et al., 2018; Peterson et al., 2006). Hyperaktivt delirium kjennetegnes ved psykomotorisk uro, som rastløshet, agitasjon, hallusinasjoner og upassende atferd. Pasienter med hypoaktivt delirium kjennetegnes ved at de kan være passive, slappe, ha redusert motorisk aktivitet, ha usammenhengende tale og

manglende interesse. Pasienter med den kombinerte formen, fluktuerer mellom hyper- og hypoaktivt delirium (Arend & Christensen, 2009; Fan et al., 2012; Kalabalik et al., 2014).

Studier viser til en rekke risikofaktorer som disponerer for delirium, som blant annet; høy alder, tidligere kognitiv svikt, hypertensjon, smerter, alkoholisme, kirurgi, traume, respiratorbehandling, metabolsk acidose, tidligere delirium og høy alvorlighetsgrad på aktuell sykdom (Chen et al., 2021; Greaves et al., 2020; Huai & Ye, 2014; Kalabalik et al., 2014; Krewulak et al., 2020; Mattar et al., 2012; Thomason et al., 2005; Zaal et al., 2015). Disse studiene påpeker også at enkelte medisiner, spesielt benzodiazepiner som er hyppig brukt i intensivavdelinger, kan være en utløsende årsaksfaktor (Kalabalik et al., 2014; Kok et al., 2018; Mattar et al., 2012)

Behandlingen og forebygging av delirium retter seg i hovedsak mot å minimere eller forhindre utløsende årsaker (Arend & Christensen, 2009; Khan et al., 2012; Norsk legemiddelhandbok, 2020), og vitale funksjoner må stabiliseres og optimaliseres. Smertelindring anses som en viktig forutsetning, og ikke-medikamentelle tiltak som ro og skjerming, samt kontinuitet blant de som er involverte bør tilstrebes (Khan et al., 2012; Norsk legemiddelhandbok, 2020). Familiekontakt kan skape trygghet og bør tilrettelegges (Lin et al., 2022; Norsk legemiddelhandbok, 2020). Normal døgnrytme bør opprettholdes med aktivitet på dagtid og søvn på nattetid (Fan et al., 2012; Norsk legemiddelhandbok, 2020). Det er generelt lite evidens for nytte av legemiddelbehandling av delirium, men ved stor plage for pasient, eller dersom pasient er til fare for seg selv eller andre kan antipsykotikum overveies. Benzodiazepiner bør unngås, men kan likeledes som antipsykotikum, vurderes ved betydelig angst hos pasienter (Norsk legemiddelhandbok, 2020). Selv om det ikke foreligger klare data, er deksmedetomidin assosiert med redusert forekomst av delirium (Zaal et al., 2015).

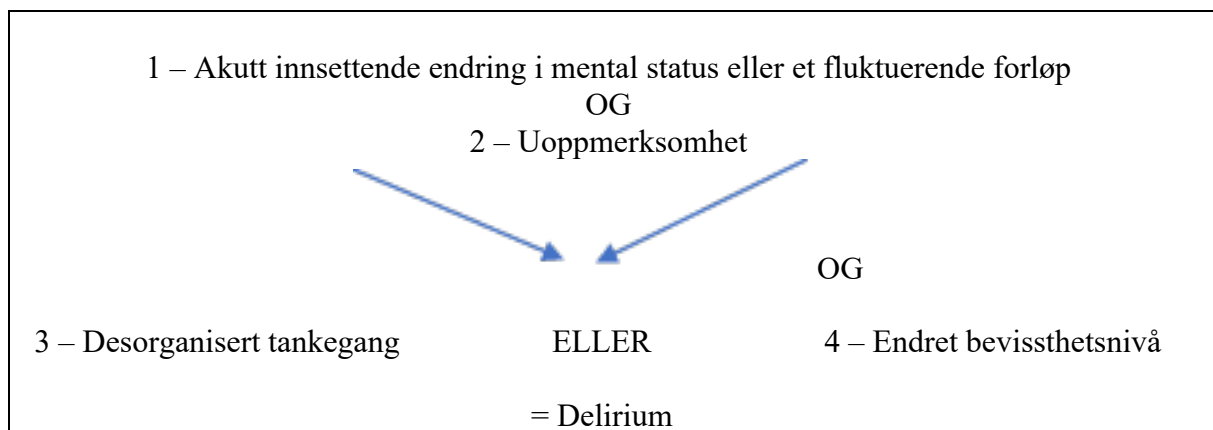
2.3 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)

CAM-ICU er et vurderingsverktøy for delirium utviklet av Wesley Ely og Brenda Truman Pun. De startet et forskningsprogram for intensivdelirium, for å se på forekomst og prognose. Ved gjennomgang av studier kom de frem til at nesten alle studiene hadde ekskludert pasienter som ble respiratorbehandlet, og dermed begynte de arbeidet med å utvikle et instrument egnet for vurdering av intensivpasienter på- og uten respirator. Dr. Sharon Inoye

utviklet CAM, som er det mest brukte verktøyet for vurdering av delirium, og i samarbeid med Inoye videreutviklet Ely og Pun CAM-ICU (Ely, 2002) . Forfatterne med flere har også gjort to valideringsstudier av CAM-ICU, som begge kom frem til at CAM-ICU var raskt, valid og reliabelt for å diagnostisere delirium (Ely, Inouye, et al., 2001; Ely, Margolin, et al., 2001)

I samarbeid med norsk tolkeservice AS oversatte Hilde Wøien med flere den opprinnelige treningsmanualen for CAM-ICU til norsk, før de oversatte den tilbake til engelsk og deretter ble godkjent av «Dr Wes Ely's group» (Wøien et al., 2008).

CAM-ICU går ut på en totrinns tilnærming for å vurdere delirium og er knyttet sammen med Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS), som er et monitoreringsverktøy for sedasjon i en skala fra -5 (ikke vekkbare) til +4 (aggressiv). CAM-ICU starter først med trinn én som går på sedasjonsvurdering ved bruk av RASS, hvor man går videre til trinn to dersom en pasient scores mellom -3 til +4 på RASS, og dermed ikke er for dypt sedert til at det er mulig å gjennomføre en deliriumsvurdering. Trinn to følger et arbeidsskjema der vurderingen skal gjøres ved hjelp av fire kjennetegn (figur 1), hvor de to første- og et av de siste kjennetegnene må være til stede for at diagnosen kan settes (Wøien et al., 2008);



Figur 1: De fire kjennetegnene for delirium (Wøien et al., 2008)

For å teste oppmerksomheten utføres en auditiv (KATAMARAAN) eller visuell (bildekort) oppmerksomhetstest, før man videre scorer pasienten på kjennetegn tre «desorientert tankegang» ved hjelp av ulike spørsmål og kommandoer. Til slutt gjøres en score av bevissthetsnivået som er positiv dersom aktuell RASS-score er alt annet enn 0. Man får en samlet CAM-ICU score etter utført test, som enten viser seg som negativ eller positiv (Wøien et al., 2008).

Norsk legemiddelhåndbok (2020) beskriver det som nødvendig å bruke en systematisk vurdering for å identifisere pasienter med delirium, spesielt da det er mange med hypoaktivt delirium som er vanskelig å oppdage. CAM-ICU anbefales som det optimale verktøyet for pasienter i intensivavdelinger (Balková & Tomagová, 2018; Gélinas et al., 2018; Gusmao-Flores et al., 2012; Ho et al., 2020; Norsk legemiddelhåndbok, 2020).

2.4 Tidligere forskning

Noen år etter at CAM-ICU ble utviklet, viste en studie at helsepersonell anså delirium som en svært alvorlig tilstand som forekom hyppig, men de færreste brukte kartleggingsverktøy eller overvåket tilstanden (Ely, Stephens, et al., 2004). Siden den gang har forskning tydet på at det har vært et økende fokus på kartleggingsverktøy i intensivavdelinger (Patel et al., 2009), men nyere studier viser store ulikheter i bruk av slike verktøy og at det fortsatt er et stort forbedringspotensial (Devlin et al., 2008; Elliott, 2014; Patel et al., 2009; Sjøbø et al., 2012; Svenningsen & Tønnesen, 2011).

I en klinisk audit fra Norge ble det vist til at ingen av de inkluderte sykepleierne hadde brukt kartleggingsverktøy for delirium, og kun få av disse hadde gjort vurderinger som tilfredstilte retningslinjene (Sjøbø et al., 2012). Her bemerkes det dog at studien ikke var styrketestet, og at dette da går utover overførbarheten.

En studie som undersøkte underdiagnostisering av delirium, fant at nærmest en tredjedel av deliriumspasientene i en intensivavdeling ble underdiagnostisert. De vanligste tilfellene som ble oversett, var eldre damer med tidligere demenssykdom. Av variabler som ble sett på hos pasienter som ble underdiagnostisert, var hjertefeil og behandling med benzodiazepiner i forkant av vurdering, de mest fremtredende (Panitchote et al., 2015). En annen studie som undersøkte sammenhengen mellom subjektive vurderinger hos sykepleiere i intensivavdeling og objektive vurderinger ved hjelp av CAM-ICU, fant at intensivsykepleierne underdiagnostiserte mange tilfeller av delirium som oppfylte kriteriene i CAM-ICU. Videre ble pasienter som ikke oppfylte kriteriene diagnostisert med delirium, og behandling med antipsykotikum ble iverksatt på feil grunnlag (Guenther et al., 2012).

2.4.1 Implementering av CAM-ICU

Studier som har sett på effekten ved implementering av CAM-ICU, har vist at implementering førte til økt og rutinemessig bruk av verktøyet, økt fokus, evne og selvtillit til å oppdage delirium hos intensivsykepleierne. Videre førte også implementering til at intensivsykepleierne anså delirium som en alvorlig tilstand som ble underdiagnostisert i intensivavdelinger (Riekerk et al., 2009; Scott et al., 2013; Spiegelberg et al., 2020). En annen studie fant derimot at implementering ikke førte til vesentlig endring i intensivsykepleiers evne til å identifisere delirium (Andrews et al., 2015). Selv om intensivsykepleierne mente deliriumsvurdering var viktig, påpekte mange at CAM-ICU ikke burde innlemmes som rutine i etterkant av implementering, og funnene tyder på en fortsatt manglende forståelse for identifisering og behandling (Eastwood et al., 2012; Scott et al., 2013; Stewart & Bench, 2018). Videre er det beskrevet at implementering av CAM-ICU førte til en optimalisering av sedasjon hos intensivpasienter, med redusert bruk av høyrisikomedisiner som opioider og benzodiazepiner, med påfølgende redusert lengde på sykehusopphold (DiLibero et al., 2016; Spiegelberg et al., 2020). Optimaliseringen av sedasjonen medførte en økt andel av pasienter med lavere RASS, som muliggjorde vurdering med CAM-ICU (DiLibero et al., 2016). Barrierer som ble sett på for implementering av verktøyet omhandlet utfordrende kommunikasjon i planleggingsfasen på grunn av skiftarbeid, deltidsstilling og e-postkorrespondanse, i tillegg til motvilje fra intensivsykepleierne som mente at CAM-ICU ikke ville bedre deres evner til å identifisere delirium (Riekerk et al., 2009). For å vedlikeholde og sikre bruk av CAM-ICU ble det ansett som viktig å ha en sykepleier med utdanning/opplæring i CAM-ICU (Ewers et al., 2021).

2.4.2 Opplæring og undervisning av CAM-ICU

Studier har avdekket at det var lite kunnskap knyttet til CAM-ICU blant intensivsykepleiere (Jung et al., 2013; Steinseth et al., 2018).

Om opplæring i CAM-ICU fører til at flere pasienter blir diagnostisert med delirium er det ikke konsensus om i studier. En studie viste at opplæring av intensivsykepleierne førte til at flere deliriumstilfeller ble oppdaget, mens en annen viste ingen signifikant endring i dokumentasjon eller identifisering (DeForge et al., 2020; Sjøbø et al., 2012). Heller ikke om intensivsykepleieres deliriumskunnskap økte etter undervisning og opplæring var det enighet om. Noen studier fant at intensivsykepleieres deliriumskunnskaper og selvtillit i å identifisere delirium økte etter opplæring i CAM-ICU, mens en annen ikke fant nevneverdig endring

(Kim & Kim, 2021; Ramoo et al., 2018; Smith et al., 2017). Derimot var det enighet om at opplæring økte nøyaktigheten av kartleggingen ved bruk av verktøyet, da spesielt hos pasienter som gikk under kategorien «vanskelig å bedømme» (DiLibero et al., 2016; Kim & Kim, 2021). Av intensivsykepleiere som hadde fått opplæring, foretrakk de fleste praktisk opplæring med veiledning, da de anså dette som mest nyttig og motiverende (Elliott, 2014).

2.4.3 Intensivsykepleieres erfaringer med CAM-ICU

Det er beskrevet hvordan intensivsykepleiere opplevde CAM-ICU som et vanskelig, tidkrevende og komplekst verktøy. På hvilket tidspunkt verktøyet skulle brukes, hvordan man skulle gå frem og hvordan spørsmålene skulle stilles var momenter som gjorde dem usikre (Devlin et al., 2008; Ewers et al., 2021; Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Ramoo et al., 2018; Steinseth et al., 2018). Sedasjon og respiratorbehandling ble sett på som faktorer som utfordret bruken av CAM-ICU. Å skille delirium fra akkumulering av sedasjon erfarte intensivsykepleiere som utfordrende, og de hevdet dette potensielt kunne føre til uriktig resultat og behandling (Devlin et al., 2008; Wøien et al., 2013; Zamoscic et al., 2017). Zamoscic et al. (2017) beskriver videre i sin studie at intensivsykepleiere tidvis dokumenterte et dypere sedasjonsnivå enn virkeligheten, for å diskvalifisere pasienter fra CAM-ICU.

Intensivsykepleiere opplevde at bruk av CAM-ICU kunne medføre at pasient-, pårørende- og dem selv følte seg ukomfortable, da verktøyet kunne være støtende og sjenerende for pasienter og pleiere, og kunne få pasienter og intensivsykepleiere til å fremstå som dumme (Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018). Oxenbøll-Collet et al. (2018) fremhever dette ved at verktøyet førte til at intensivsykepleierne opplevde bruken mer som et avhør enn pleie, noe som kunne utfordre pasientens verdighet.

Når det gjelder verktøyets reliabilitet, fremhever flere studier at intensivsykepleiere opplevde usikkerhet til verktøyet, noe som var spesielt knyttet til en CAM-ICU-score som avvek fra deres subjektive vurdering. De mente det var viktig å bruke klinisk blikk i tillegg til verktøyet, og dersom subjektiv og objektiv vurdering ikke samsvarte, anså de klinisk vurdering som det mest riktige (Ewers et al., 2021; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscic et al., 2017). Videre kom det frem at forskjellige intensivsykepleiere vurderte samme pasient ulikt med CAM-ICU (Steinseth et al., 2018). Intensivsykepleiere anså verktøyet som upålitelig når det brukes på pasienter som var deprimerte, lite samarbeidsvillige eller var

smertepåvirket, og de stilte seg spørrende til påliteligheten ved gjentagende testing, da pasientene «husket» svarene, og dermed fikk et ugyldig resultat (Zamoscik et al., 2017). En studie som undersøkte gjeldende praksis i deliriumvurdering fant at intensivsykepleierne flest vurderte delirium ved å teste evnen til å følge kommandoer som ble gitt (Devlin et al., 2008). På tross av tvil rundt påliteligheten av verktøyet, anså intensivsykepleiere verktøyet som nyttig for å skille delirium fra andre tilstander, og for å identifisere hypoaktivt delirium (Ewers et al., 2021; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). CAM-ICU økte bevisstheten for delirium hos intensivsykepleiere, og det er beskrevet at bruk av CAM-ICU forenklet kommunikasjonen mellom helsepersonell, ved at intensivsykepleiere hadde full oversikt over pasienters mentale status (Ewers et al., 2021; Jung et al., 2013; Scott et al., 2013; Zamoscik et al., 2017).

Det er fremtredende i studier at CAM-ICU har lav prioritet hos intensivsykepleiere fremfor andre arbeidsoppgaver. Flere studier beskriver en manglende konsekvens av scoring og enkelte beskriver en skyldfølelse for at man heller burde hjelpe travlere kollegaer som årsaksfaktorer til at CAM-ICU prioriteres lavt (Devlin et al., 2008; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Scott et al., 2013; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). Av andre årsaker er det beskrevet at verktøyet oppleves som «nok en ting» man skal gjøre i en allerede travel arbeidshverdag (Ewers et al., 2021). At CAM-ICU ikke får noen videre konsekvens i behandlingen, kan skyldes mangel på evidensbasert behandling (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). Intensivsykepleiere opplevde at legene hadde lite forståelse for delirium som problem, og det ble ansett som poengløst å gjøre en CAM-ICU når legene ikke tok scoren i betraktning (Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Ramoo et al., 2018; Scott et al., 2013; Zamoscik et al., 2017). Selv om det var fremtredende at CAM-ICU ikke fikk noen videre konsekvens, er det også beskrevet at påvisning av delirium førte til endret og tilpasset farmakologisk behandling (Eastwood et al., 2012; Steinseth et al., 2018). Av denne grunn ønsket intensivsykepleiere å fortsette med CAM-ICU, til tross for at de mente ustrukturerte vurderinger var enklere å utføre (Eastwood et al., 2012).

2.5 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar

Som intensivsykepleier har man ansvar for pasienter med akutt og kritisk sykdom, og det finnes en rekke lover og retningslinjer man skal forholde seg til, blant annet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere,

pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2001; Norsk sykepleierforbund, u.å; Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Specialisthelsetjenesteloven, 2001). Delirium er en tilstand intensivsykepleiere ofte vil støte på ved akutt og kritisk sykdom hos pasienter i intensivavdelinger (Chen et al., 2021; Kalabalik et al., 2014; Krewulak et al., 2018; Rood et al., 2018; Salluh et al., 2015), og sykepleien som ytes skal hos disse pasienter være i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, og intensivsykepleieres funksjon- og ansvarsbeskrivelsen (Norsk sykepleierforbund, u.å; Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver hvordan respekten for menneskers individuelle liv og deres iboende verdighet skal være grunnlaget for sykepleien som ytes. Videre beskrives det hvordan fundamentet for sykepleien skal «bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, u.å)

Klinisk utøvelse av intensivsykepleie skal være kunnskapsbasert og intensivsykepleieren skal «anvende systematisk observasjon og vurdering for å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium [...] og iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom» (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Videre har man innenfor den behandlende og rehabiliterende funksjonen et ansvar for å kontinuerlig vurdere pasientens funksjoner og ressurser, ved å iverksette tiltak for å opprettholde, forsterke eller gjenopprette disse. I pasientbehandling skal kontinuitet og kvalitet sikres gjennom hensiktsmessig dokumentasjon og et tverrfaglig samarbeid. For å forbedre langsiktige pasientutfall skal intensivsykepleiere jobbe kunnskapsbasert og samarbeide med andre faggrupper i pasientforløpet.

Til slutt legges det i funksjon- og ansvarsbeskrivelsen vekt på at intensivsykepleiere skal holde seg faglig oppdatert, med deltakelse i forskning og utvikling av fag (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

3.0 Metode

I denne oppgaven er det brukt en kvalitativ metode med et eksplorerende design. Data er innsamlet ved hjelp av semi-strukturerte individuelle intervju av intensivsykepleiere, og analysen av datamaterialet er analysert med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Lindseth & Norberg, 2004). I dette kapittelet presenteres vitenskapsfilosofien og metoden oppgaven bygger på, før prosessen for hvordan datainnsamlingen har foregått blir presentert. Videre beskrives analysemetoden som er brukt, og deretter blir de etiske overveielsene presentert.

3.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Vitenskap er begrunnet kunnskap, som er innsamlet systematisk og metodisk og er sosialt organisert. Vitenskap skilles ofte i tre hovedområder, etter hva de omhandler; *naturvitenskap*, *humanvitenskap* og *samfunnsvitenskap*. Positivismen og hermeneutikken er vanlige hovedretninger innenfor vitenskapsfilosofi, og har sitt utspring fra henholdsvis natur- og humanvitenskapen (Thomassen, 2006, s. 41-44).

For at praktikere innenfor intensivverden skal kunne ta valg som er velbegrunnet i sin yrkesutførelse, er prosedyrer, protokoller og retningslinjer utviklet i tråd med evidensbasert forskning, som farges av den positivistiske naturvitenskapen, av det som kan måles, tallfestes og etterprøves (Thomassen, 2006, s. 148-149). Når det gjennom denne oppgaven undersøkes menneskelige erfaringer, beveger vi oss inn i en humanvitenskapelig retning, som søker å forstå, i motsetning til naturvitenskapen som søker å forklare (Thomassen, 2006, s. 156). Videre vil to vitenskapsteoretiske retninger innenfor humanvitenskapen; *fenomenologi*, og *hermeneutikk* kort presenteres, før de flettes sammen og det beskrives hvorfor en slik kombinert tilnærming vil være hensiktsmessig for denne oppgaven.

3.1.1 Fenomenologi

Begrepet fenomenologi har sitt opphav i de greske ordene *phainomenon*, og *logos* som betyr det som kommer til syne og lære (Thomassen, 2006). Retningen har sitt utspring fra Edmund Husserls filosofi, hvor begrepene *mening* og *livsverden* er sentralt, og omhandler hvordan fenomener oppleves for det enkelte subjektet (Wifstad, 2018, s. 97-115). Med en fenomenologisk tilnærming innenfor kvalitativ forskning søker man å oppnå en forståelse av meningen av et fenomen slik det erfares av den enkelte. For å kunne forstå meningen av et

fenomen slik det oppleves for den enkelte, må egen forforståelse settes i parentes. Som et eksempel beskriver Lindseth og Norberg (2004) i sin artikkel fenomenet *stol*. Vår livsverden med rammer og strukturer fører til at vi tar for gitt betydningen av en stol som et fenomen. Vår forforståelse må legges til side og det må stilles spørsmål knyttet til hva som gjør en stol til en stol, og hvilke egenskaper som må bevares for at det fortsatt skal være en stol, for å kunne forstå det som i alle variasjoner er uforanderlig og dermed essensen av fenomenet (Lindseth & Norberg, 2004; Polit & Beck, 2018, s. 183-197).

3.1.2 Hermeneutikk

Begrepet hermeneutikk har sitt opphav i det greske ordet *hermeneuein* som betyr å fortolke eller tolke. Den hermeneutiske disiplinen strekker seg helt tilbake til antikken, men innenfor vår tid er en grunntanke at vår forforståelse er av betydning for hvordan vi forstår noe (Thomassen, 2006, s. 155-177). Martin Heidegger var tidligere elev av Husserl, men brøt senere med hans fenomenologiske vitenskapssyn, ved at han mente at det er en iboende fortolkningsprosess i levde erfaringer (Polit & Beck, 2018, s. 183-197). Dette beskriver han som «væren i verden». Vår «væren» kan ikke forstås alene, da mennesket alltid vil være påvirket av sine omgivelser og verden man lever i. Hans-Georg Gadamer videreførte Heideggers tekning og regnes som den mest sentrale vitenskapsteoretikeren innenfor moderne hermeneutikk (Thomassen, 2006, s. 155-177). Han beskrev hvordan vår forståelse av noe aldri har et nullpunkt, da den påvirkes av vår eksistens, som i sin tur påvirkes av historisk eksistens (Thomassen, 2006, s. 71-94). Han mener at det ikke er mulig å være fri fra fordommer ved at man allerede er knyttet til egen forforståelse i det øyeblikket man ønsker å forstå noe (Wifstad, 2018, s. 116-133). Hvordan vi som mennesker kan forstå noe, beskrives i hermeneutikken som en sammenheng mellom helhet og del, den såkalte «hermeneutiske sirkel». Med en hermeneutisk tilnærming innenfor kvalitativ forskning vil hvordan vi forstår en tekst være avhengig av vår forforståelse av teksten i sin helhet. Hvordan delene i teksten forstås, vil igjen påvirke hvordan vi forstår den helhetlige teksten, som i sin tur vil ha innvirkning på hvordan delene fortolkes. Slik veksler man mellom helhet og del i den hermeneutiske fortolkningsprosessen (Thomassen, 2006, s. 71-94). Det er reist mye kritikk mot en ren hermeneutisk tilnæringsmetode, og blant vitenskapsmenn bak slik kritisk tenkning, står Paul Ricoeur sentralt (Thomassen, 2006, s. 165).

3.1.3 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Ricoeur har i sine mange arbeider utviklet en hermeneutisk tilnæringsmetode inspirert av fenomenologi. Han karakteriseres som en «brobygger» mellom motstridende tradisjonsteorier, ved at han fletter sammen en hermeneutisk humanvitenskap med empiristisk naturvitenskap. Hans tenkning dreier seg om samspillet mellom å *forstå* og *forklare* (Thomassen, 2006, s. 165).

Innenfor sykepleieforskning blir denne kombinasjon av fenomenologi og hermeneutikk ofte brukt, altså en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Wifstad, 2018, s. 97-115). En ren fenomenologisk tilnærming krever at man setter sin egen forforståelse i parentes, noe som er omdiskutert blant teoretikere, da man ikke alltid kan sette forforståelsen til side (Polit & Beck, 2018, s. 183-197). Gjennom denne oppgaven er det meningene som kommer til uttrykk gjennom informantenes erfaringer som skal undersøkes, og ikke teksten i seg selv. For å forstå denne meningen er det nødvendig å kombinere fenomenologi og hermeneutikk, slik at meningsfortolkning blir mulig. Ved å velge en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, vil man få et godt grunnlag for å kunne gjenskape det intervjuobjektene erfarer gjennom tekst. Fenomenologien gjør at man skal være tro mot det intervjuobjektene sier, og man skal konsentrere seg om den forståelige og essensielle meningen av erfaringene. Hermeneutikken gir rom for at man i en viss grad kan fortolke den transkriberte teksten. Disse to vitenskapelige tilnærmingene gjør at man på best mulig vis kan gjenskape den sanne meningen til intervjuobjektene (Lindseth & Norberg, 2004).

3.2 Bakgrunn for valg av metode

Kvalitative metoder bygger på hermeneutiske- og fenomenologiske teorier, og består av ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av data. Oppgaven har til hensikt å undersøke intensivsykepleieres erfaringer knyttet til et fenomen, og kvalitativ metode er egnet for å utforske meningsinnholdet slik det oppleves for de involverte og med det gi innsikt i menneskelige uttrykk, i form av muntlig- og skriftlig språk eller handlinger. Siden oppgaven ikke har til hensikt å måle noe, vil ikke kvantitativ metode være egnet i denne sammenheng. På den annen side kunne metoden vært egnet dersom det skulle lages en statistikk på hvor mange som bruker kartleggingsverktøyet eller statistikk knyttet til andre variabler (Polit & Beck, 2018, s. 45). Et eksplorerende design er valgt, noe som er hensiktsmessig når ikke alle valg vil bli tatt på forhånd, og problemstillinger og utvalgsstrategi vil kunne måtte justeres underveis i prosessen. Videre er temaet som undersøkes et område det finnes lite

forskningsbasert kunnskap av nyere dato, noe som gjør metoden velegnet for å belyse fenomener som har vært lite studert (Hovland et al., 2019).

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Utvalg og rekruttering.

Da det skulle velges et utvalg informanter til vår studie tok vi utgangspunkt i prosjektets problemstilling, som dreier seg om å få kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer med CAM-ICU. Først forhørte vi oss om hvilke sykehus som faktisk brukte og kjente til dette verktøyet, før vi innhentet aktuelle godkjenninger fra sykehusets forskningsavdeling (vedlegg 7). Deretter tok vi kontakt med enhetslederne, som både rekrutterte deltagere, og bestemte tidspunkt for intervjuene. Det ble inkludert informanter fra to intensivavdelinger, hvor den ene avdelingen hadde verktøyet som prosedyre, mens den andre ikke hadde det. Vi måtte derfor ved den ene avdelingen gjøre videre undersøkelser på hvilke intensivsykepleiere som tidligere hadde erfaring med bruk av verktøyet, og “håndplukke” disse til intervju, noe som også ble gjort med hjelp av enhetslederen. De fleste informantene ble innhentet ved sykehuset som hadde CAM-ICU som prosedyre.

For å belyse problemstillingen i best mulig grad gjorde vi et *strategisk utvalg* når vi skulle rekruttere informanter (Polit & Beck, 2018, s. 200). For å gjøre et slikt strategisk utvalg ble det satt inklusjonskriterier som måtte være oppfylt for å delta i prosjektet. Inklusjonskriteriene som ble satt, var at informantene skulle være utdannet intensivsykepleiere med minimum fem års erfaring fra en intensivavdeling, og de skulle ha erfaring med CAM-ICU fra nåværende eller en tidligere arbeidsplass. For å få informanter som kunne gi god informasjonsstyrke var det viktig å ta bevisste valg for å få en god bredde, fremfor å ta de “første og beste”. Som masterstudenter var vi i utgangspunktet prisgitt de deltakerne som var mulig å få tak i, slik at man da kunne ha endt opp med et *tilgjengelighetsutvalg* (Malterud, 2017, s. 58-59). Likevel ser vi at utvalget vi endte opp med tilfredsstillende et strategisk utvalg.

Siden vi hadde inklusjonskriterium om fem års erfaring fra intensivavdeling, valgte vi å ikke ha noe kriterium i forhold til alder, da det er stor variasjon når det kommer til alder i forhold til gjennomføring av videreutdanning. Vi så derfor ikke på ansiennitet som intensivsykepleier alene som et kriterium for vår problemstilling. Vi valgte å ikke ha kjønn som et inklusjonskriterium, fordi vi i forkant visste at det var en overvekt av kvinnelige

intensivsykepleiere ved avdelingene vi skulle hente data fra, noe som kunne føre til utfordringer med rekrutteringen.

Det ble ikke anslått et antall deltakere på forhånd, da dette var avhengig av når metning ble oppnådd, noe som ville ha betydning for oppgavens validitet og overførbarhet (Hovland et al., 2019; Malterud, 2017). Etter det var utført åtte intervjuer ble det vurdert at metning var oppnådd, da det gjennom de siste intervjuene kom frem lite ny kunnskap.

Utvalget bestod av åtte intensivsykepleierne, med henholdsvis seks kvinner og to menn. Ansiennitet fra intensivavdeling varierte blant deltakerne, men de fleste av informantene hadde nærmere 20 års erfaring.

3.3.2 Semi-strukturerte individuelle intervju

Data er blitt innsamlet ved hjelp av semi-strukturerte individuelle intervjuer, noe som er hensiktsmessig for å få frem intervjuobjektens subjektive erfaringer fra deres perspektiv (Malterud, 2017, s. 133-135). Siden oppgavens problemstilling søker erfaringer fra et miljø hvor mange mennesker samhandler og felles erfaringer kan være gjeldende, ble fokusgruppeintervju vurdert som et godt egnet alternativ for å få frem rikholdig data (Malterud, 2012, s. 22). På grunn av manglende erfaring og antatt vanskeligheter med å rekruttere tilstrekkelig med deltakere til et fokusgruppeintervju, falt valget på semi-strukturerte individuelle intervju.

I semi-strukturerte intervjuer brukes ikke direkte spørreskjemaer, men det er heller ingen åpen samtale. Intervjuet styres av en intervjuguide som har til hensikt å innsirkle bestemte temaer, men gir rom for intervjuobjektene til å hente frem nyanser ved deres subjektive erfaringer, med henblikk på meningsfortolkninger av fenomenene som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 46).

Intervjuguiden (vedlegg 3) ble utarbeidet under planleggingen av intervjuene, og fungerte som en huskeliste for å holde intervjuene innenfor planlagte rammer, uten at den ble fulgt slavisk (Malterud, 2017, s. 133-135). Tre hovedtemaer var sentrale i intervjuguiden, og hvert tema inneholdt flere eksempler på oppfølgingsspørsmål. De tre hovedtemaene bygger på hverandre, hvor det første temaet strukturerte samtalen rundt intensivsykepleierens erfaringer med deliriumspasienter generelt, før de påfølgende temaene snevret samtalen inn mot kartlegging av delirium og erfaringer med det spesifikke kartleggingsverktøyet CAM-ICU. Som forberedelse på innsamling av data ble det utført et prøveintervju på en intensivsykepleierkollega. Dette prøveintervjuet medførte ikke at det ble gjort endringer i

intervjuguiden, da den opplevdes å gi rom for utfyllende svar. Hovedtemaene var like gjennom alle intervjuene, men oppfølgingsspørsmålene ble tilpasset de ulike intervjuene etter hva som kom frem i samtalene. Etter hvert i intervjurundene fikk vi erfaring med hvilke temaer i intervjuguiden som krevde mer oppfølgingsspørsmål for å få frem relevant data (Malterud, 2017, s. 133-135).

3.3.3 Gjennomføring av intervju

Når man forsker på levd erfaring er det ikke slik at det kan stilles et direkte spørsmål og få et direkte svar. Svarene man søker kommer til syne gjennom flere historier og fortellinger, og ut ifra disse, skal vi som forskere analysere materialet og gjøre intervjudeltagernes meninger og tanker synlige gjennom tekst (Lindseth & Norberg, 2004).

Som masterstudenter var intervjusituasjoner helt ukjent før gjennomføringen av datainnsamlingen, og litteratur som omfattet hvordan man skulle håndtere en intervjusituasjon ble derfor gjennomgått som forberedelse i forkant av intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført på rom ved intervjuobjektens arbeidsplass. Type rom varierte etter hva som var tilgjengelig, fra romslige egnede rom med lite distraksjoner, til små trange rom med mye bråk og distraksjoner.

Ettersom vi var to intervjuere, ble roller fordelt i forkant av datainnsamlingen. En ledet intervjuene mens den andre gjorde feltnotater for å fange viktige inntrykk, ettertanker og nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2017, s. 73). Før vi startet selve intervjuet introduserte vi oss selv og presenterte formålet med intervjuet og gikk gjennom samtykkeerklæringen (vedlegg 4) som intervjuobjektene hadde fått utlevert, før vi satt i gang selve intervjuet. Intervjuet ble tatt opp på godkjent lydopptaker lånt gjennom Universitetet i Agder, noe som også ble spesifisert for intervjuobjektene. Før lydopptakeren ble skrudd på gav vi anledning for intervjuobjektene å stille oppklarende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 160), og påpekte viktigheten av at pasientidentifiserende opplysninger ikke måtte komme frem i løpet av intervjuene.

Vi forsøkte å skape et rolig og fortrolig miljø, slik at intervjuobjektene fikk en trygg ramme for å fortelle akkurat det de ønsket innenfor det gitte temaet. Det at intervjuobjektene føler seg trygge og ivaretatt, kan gi best mulige forutsetninger for å få rike og relevante empiriske data. Vi tilstrebet at intervjuobjektene i størst mulig grad fikk snakke fritt, men opplevde at dette var vanskelig i praksis, da flere av intervjuobjektene ventet på spørsmål for å komme videre i samtalen, og intervjuguiden ble en da en god støtte gjennom intervjusituasjonen (Lindseth &

Norberg, 2004; Malterud, 2017, s. 69-76). Gjennom intervjuene ble det stilt et introduksjonsspørsmål for hvert av temaene fra intervjuguiden, for å invitere intervjuobjektene til å gi rike beskrivelser rundt det de selv anså som hoveddimensjonene rundt fenomenet som ble undersøkt. Videre ble det fortløpende stilt inngående spørsmål som «kan du fortelle mer om dette?», fortolkende spørsmål som «det du mener er altså at ...?» og oppfølgingsspørsmål for å invitere til ytterligere fordypning. Videre ble det gjennom intervjuene lagt vekt på taushet, for å unngå at intervjuet skulle oppleves som et kryssavhør og gi intervjuobjektene rom for refleksjon og mulighet til å selv bryte tausheten ved å komme med ny informasjon. Avslutningsvis rundet vi av intervjuene med å stille spørsmål som «da har ikke vi flere spørsmål, men er det noe du ønsker å ta opp eller tilføye?». Dette gjorde vi for å gi anledning til å ta opp temaer som vedkommende har tenkt på underveis i intervjuet noe som i enkelte av intervjuene førte til at det kom frem nyttig data (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 160-167).

3.4 Transkribering av datamateriale

Samtalene gjennom intervjuene ble i løpet av transkripsjonsprosessen abstrahert og fiksert fra muntlig tale til skriftlig tekst, og det var behov for flere vurderinger og beslutninger for at viktige elementer som eksempelvis ironi ikke skulle gå tapt (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 204-205). I etterkant av hvert intervju ble rådataene fra lydbåndet fortløpende transkribert av oss selv som utførte intervjuene, mens inntrykkene var ferske, og vi hadde intervjuene friskt i minnet (Malterud, 2017, s. 79-80). På grunn av begrenset tid ble intervjuene delt opp mellom oss masterstudenter for transkripsjon, selv om vi var bevisst at dette kunne påvirke reliabiliteten av transkripsjonen, da man kan ha ulik transkripsjonsstil (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 211). Transkripsjonen ble innledningsvis skrevet ned ordrett, med alle pauser, avbrytelser, og uttrykk som: «ikke sant», «ehh» og «mhm», før vi sammen gjennomgikk intervjuene og renskrev materialet i fellesskap, for å få en god gjengivelse av det som ble sagt gjennom samtalene (Malterud, 2017, s. 78). Videre ble eksempelvis navn fjernet eller endret for å beskytte deltakernes konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 213).

3.5 Analyse av datamateriale

I denne oppgavens analyse er det brukt en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming for tolkning av intervjutekster, utarbeidet av Lindseth og Norberg (2004). Metoden er inspirert av

Ricoeur`s fenomenologisk-hermeneutisk tolkningsteori hvor man beveger seg innenfor den hermeneutiske sirkelen mellom forståelse og forklaring. Tilnæringsmetoden beskriver følgende steg med en tretrinnsmodell for tolkning av tekst: *naiv forståelse, strukturell analyse og helhetlig forståelse av tekst*. «Å tolke en tekst, betyr å gå inn i den hermeneutiske sirkelen» (Lindseth & Norberg, 2004). Vi beveget oss gjennom de tre trinnene i analysen, slik at vi gikk frem og tilbake mellom forståelse og forklaring. Vi forsøkte å være tro mot informantenes beskrivelser, samtidig som vi lot vår forforståelse bidra til fortolkning (Lindseth & Norberg, 2004). Den trinnvise prosessen vil videre bli beskrevet under.

3.5.1 Naiv forståelse

Allerede underveis i intervjuene startet vår analyseprosess, og vi drøftet den intuitive forståelsen av det som ble sagt i etterkant av hvert intervju. Prosessen fortsatte gjennom transkriberingen som vi foretok selv og vår intuitive forståelse ble videre forfulgt.

Ved å følge tilnærmingen til Lindseth og Norberg (2004), ble deretter hele intervjuteksten lest i sin helhet med et naivt blikk. Dette ble gjentatt flere ganger slik at vi var sikre på at vi forsto den helhetlige meningen i historiene som ble fortalt. Vi måtte tillate teksten å snakke til oss ved å ha et åpent sinn, og underveis i lesingen forsøkte vi å gå fra en naturlig holdning til en fenomenologisk holdning. I løpet av tekstlesningen «hørte» vi informantenes stemme, med deres artikulasjon, dialekt og deres rytme i språket, noe som var til nytte ved at vår fortolkning av meningsinnholdet ble underbygget. Ved at vi «hørte» deres unike stemmer, førte dette til at viktige og mindre viktige elementer ble fremtredende. Vi fikk dermed i denne første fasen en naiv forståelse av hva som var selve meningen i teksten, og denne forståelsen ble formulert som tekst. Dette gav videre grunnlag for validering gjennom en grundig strukturell analyse (Lindseth & Norberg, 2004).

Vår naive forståelse:

Delirium ble presentert som et stort problem i intensivsykepleiernes hverdag, men de færreste opplevde at kartleggingsverktøy for delirium ble brukt av ulike årsaker. De fortalte om en lite systematisert kartlegging, hvor det «kliniske blikket» var sentralt.

Erfaringene de delte omhandlet et verktøy som bød på mange utfordringer og vekket mange negative assosiasjoner. Deres tanker rundt CAM-ICU handlet mye om at det ikke førte til en videre konsekvens i behandlingen, og at de derfor anså nytteverdien som liten. Til tross for

mange utfordringer, var det et felles ønske om forbedring i deliriumskartleggingen, men dette mente de lå på et høyere nivå enn dem selv.

3.5.2 Strukturell analyse

Teksten ble videre analysert ved en tematisk strukturert analyse, som metode for fortolkning. Etter å ha fått en naiv forståelse etter å ha lest intervjuet, begynte arbeidet med å dele teksten inn i meningsbærende enheter, ved hjelp av analyseverktøyet «NVivo». En meningsbærende enhet er alt fra en del av en setning til et lengre stykke tekst, som formidler én selvstendig mening i forhold til prosjektets problemstilling. Delene av teksten som ikke var relevante ble tatt med i betrakningen i analysen, men bidro ikke i formuleringen av temaene. Etter meningsenhetene ble definert, ble de lest gjennom, og reflektert over i sammenheng med den naive forståelsen vi hadde tilegnet oss tidligere. Videre kondenserte vi meningsenhetene ytterligere på en måte som gjorde at den essensielle betydningen kom frem med enkle og kortfattede setninger. Disse kortfattede kondenserte meningsenhetene ble så lest igjennom, og vi kikket på likhetstrekk og forskjeller før de ble sortert. De som var like ble kondensert på ny, og kunne abstraheres for å danne undertemaer, som igjen ble samlet til temaer og videre hovedtemaer (Lindseth & Norberg, 2004). Til slutt satt vi igjen med tre hovedtemaer og ni undertemaer. Tabell 2 viser et utdrag fra den strukturelle tematiske analysen, med et eksempel fra hvert hovedtema.

Tabell 2: Utdrag fra den strukturelle tematiske analysen

Meningsenheter	Kondensasjon	Undertema	Tema
<i>Det kan jo av og til føles litt sånn vondt på en måte, fordi hvis du skal begynne å spørre spørsmål som "kan en stein flyte?" for eksempel, så er det jo sånn ... du føler jo liksom på en måte at du, ikke akkurat umyndiggjør folk da, men at du liksom stiller de sånne dumme spørsmål</i>	Det kan føles ubehagelig å stille spørsmålene i CAM-ICU fordi man fordummer pasientene	Kjenne på skam og negative følelser	Kartlegge godt eller være en byrde

akkurat som de er idioter ...

hos pasienter som er veldig

våkne så kan det jo være litt

sånn ubehagelig på en måte

*Jeg tenker nok at verktøyet er
vel egentlig mer med på å litt
sånn bekrefte det du allerede
har fått en fornemmelse av*

CAM-ICU bekrefter
bare det man allerede
fornemmer

Opplive at
klinisk blikk er
godt nok

Bruke CAM-
ICU eller
klinisk blikk –
en ambivalens

*Altså hva blir forskjellen i
behandlingen hvis du bruker
tid på det? Vil du gjøre noe
annerledes om den er positiv?*

Hopper over et steg
fordi resultatet blir det
samme

CAM-ICU
medfører ingen
videre
konsekvens

Organisatoriske
forhold
utfordrer bruk
av CAM-ICU

*Du vet jo det er ... pasienten
er sånn og sånn, så da gjør vi
det og det. Du hopper over
det steget der, for resultatet
blir jo – er jo det samme.*

3.5.3 Helhetlig forståelse av teksten

Ettersom temaene ble dannet, ble de reflektert over og sett i sammenheng med den naive forståelsen vår. Her var det viktig å være trygg på at temaene bekreftet, og ikke ugyldiggjorde den naive forståelsen vi hadde. Hvis analysen som ble gjort ugyldiggjorde den naive forståelsen vår, var vi forberedt på at teksten måtte leses på nytt med videre formulering av en ny naiv forståelse, med påfølgende ny analyse (Lindseth & Norberg, 2004). Vi satt igjen med en følelse av at vår naive forståelse stemte godt overens med det analysen viste, og vi så da ikke behovet for å gjøre en ny prosess med lesing og analysering.

3.6 Etiske overveielser

Som masterstudenter innenfor intensivsykepleie, er det som i annen forskning innenfor medisin- og helsefag, en rekke etiske utfordringer som man må være kjent med, og man har et

selvstendig ansvar for å følge regelverk som er regulerende for medisinsk forskning (Malterud, 2017, s. 211).

3.6.1 Formaliteter og aktuelle godkjenninger

Masterprosjekter innen intensivsykepleie faller som all annen forskning innenfor medisin- og helsefag under helseforskningsloven, og nødvendige godkjenninger må foreligge før prosjektets oppstart. Første ledd i dette prosjektet var å søke godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Etter godkjenning fra NSD (vedlegg 5), ble det søkt og godkjent ved fakultetets etiske komité ved universitetet (vedlegg 6). Deretter ble det søkt og gitt tillatelse til datainnsamling ved de aktuelle helseforetakene (vedlegg 7), før vi kontaktet de aktuelle avdelingene (Malterud, 2012; Øverby et al., 2011).

3.6.2 Informert samtykke

For å samle inn data til studien, ble det utført semi-strukturerte individuelle intervjuer av intensivsykepleiere. Før intervjuene ble gjennomført, fikk alle deltakerne grundig informasjon om formålet med prosjektet, prosjektets varighet og om eventuelle konsekvenser knyttet til deltakelse. Det ble videre gitt god informasjon om deres rettigheter som intervjuobjekt, som at de når som helst i løpet av prosjektet kan trekke sitt samtykke uten å oppgi grunn, i tillegg til at det ble gitt informasjon om hvordan opplysninger og data blir behandlet i prosjektet, som anonymisering og konfidensialitet. Deltakerne fikk utlevert alle opplysninger skriftlig i et informasjonsskriv (vedlegg 4), samt at vi gjennomgikk all informasjon muntlig før oppstart av intervjuene. I rekrutteringen av deltakere til prosjektet søkte vi som tidligere nevnt hjelp fra enhetsleder ved de intensivavdelingene dataen ble innhentet ved. På forhånd var det en bevissthet om at det kunne foreligge et makt- eller avhengighetsforhold mellom intensivsykepleierne og enhetslederne, men for oss som masterstudenter ble det sett på som eneste mulighet å søke hjelp fra enhetslederne. For å tilstrebe at deltakelse skulle være frivillig, uten press fra enhetsledere om deltakelse, var det oss selv som masterstudenter som innhentet alle samtykkene fra deltakerne. Dette ble gjort fordi vi ikke har det samme forholdet til intensivsykepleierne som avdelingslederne (Alver, 2015).

3.6.3 Konfidensialitet

Med konfidensialitet menes fortrolighet, og dreier seg om personvern og informasjonssikkerhet, noe som er nært knyttet til informert samtykke (Fossheim, 2015). For at ingen andre enn oss som forskere skal få tilgang til opplysninger som kommer frem gjennom prosjektet er all personlig informasjon som er kommet frem i løpet av datainnsamlingen, gjennom hele prosessen blitt behandlet konfidensielt. Elektroniske data som lydfiler er blitt oppbevart i henhold til Universitetets datasikkerhet på passordbeskyttet PC, og opplysninger er blitt beskyttet gjennom anonymisering i transkribering og analyse av datamaterialet. Samtykkeskjema er blitt oppbevart i låsbart skap, adskilt fra elektronisk data. Når prosjektet er ferdigstilt, levert og blitt vurdert, vil alle opplysninger bli slettet permanent (Universitetet i Agder, 2018).

3.6.4 Konsekvens for deltakerne

Problemstillingen har ikke som formål å frembringe sensitivt materiale som kan true den enkelte intensivsykepleiers selvfølelse eller selvforståelse, og det vil så langt vi kan se, ikke være knyttet noen direkte negative konsekvenser ved deltakelse i studien. Vi tenker at prosjektet kan gi en indirekte positiv konsekvens, ettersom temaet kan bidra til å øke intensivsykepleieres bevissthet og interesse for bruk av CAM-ICU som kartleggingsverktøy, med en videre overføringsverdi til andre intensivkollegaer. Videre vil det avhengig av prosjektets resultater, kunne føre til nye problemstillinger som kan lede til nye forskningsprosjekter med mål om å bedre dagens praksis for systematisk kartlegging av delirium. Dette vil kunne bidra til at delirium i intensivavdelinger kan oppdages på tidligere tidspunkt, noe som medfører at tiltak muligens kan iverksettes tidligere en dagens praksis.

3.7 Metodiske overveielser

Overordnede metakriterier som i litteratur ofte blir sett på som en «gullstandard» for å kvalitetssikre troverdigheten innenfor kvalitativ forskning er: *credibility*, *dependability*, *confirmability* og *transferability*, som trekker paralleller til de positivistiske kriteriene for henholdsvis *intern validitet*, *reliabilitet*, *objektivitet* og *ekstern validitet* (Malterud, 2017, s. 221; Polit & Beck, 2018, s. 295-296). Videre presenteres også i Polit og Beck (2018, s. 295-296) begrepet *autentisitet*, som enda et kvalitetskriterium, som omhandler rettferdighet og

trofasthet til en rekke ulike realiteter. Malterud (2017) sammenfatter disse kriteriene for vitenskapelig kunnskap gjennom tre begreper; *refleksivitet, relevans og validitet*. Prosjektets troverdighet vil videre diskuteres opp mot disse tre begrepene til Malterud, hvor begrepene objektivitet og autensitet vil bli trukket inn (Malterud, 2017, s. 18).

3.7.1 Refleksivitet

Begrepet refleksivitet handler om forutsetninger og tolkningsrammen hos forskeren. Dette innebærer evnen til stille kritiske spørsmål til valg av fremgangsmåte og konklusjoner (Malterud, 2017, s. 18-19). I følge Ricoeur har en tekst aldri bare én mening, og dermed finnes det flere sannsynlige tolkninger. Intensivsykepleiernes erfaringer med kartleggingsverktøyet CAM-ICU som kommer frem fra denne studien kan derfor ikke generaliseres, da tolkningene kun representerer én av mange mulige måter å tolke intensivsykepleiernes erfaringer med verktøyet.

Vår forforståelse preger tolkningen i denne oppgaven, og hele sannheten om fenomenet kan derfor ikke avsløres (Lindseth & Norberg, 2004) Vi har tilstrebet en transparens gjennom hele prosjektet ved å begrunne valg som er tatt underveis, for å synliggjøre veivalgene som er gjort for leseren. For å forstå hvordan vi har kommet frem til resultatene i prosjektet, vil det være essensielt å kjenne vår forforståelse som videre presenteres (Malterud, 2017, s. 19).

Som intensivsykepleiestudenter har vi på bakgrunn av tidligere praksis i intensivavdeling erfart at delirium er en tilstand som forekommer hyppig, men at verktøy for kartlegging brukes i liten grad. Kartleggingsverktøyet CAM-ICU var et verktøy vi fra tidligere hadde lite kjennskap til, og vi gikk derfor inn i prosjektet med et åpent sinn. Som forberedelse til prosjektet, ble det gjort søk knyttet til tema for å undersøke hva som allerede eksisterer av studier, noe som også har bidratt til vår forforståelse for tema og problemstilling.

For studiens troverdighet arbeidet vi mot å være bevisste vår forforståelse og hvordan vår rolle kunne påvirke prosjektet. *Intersubjektivitet* er derfor tilstrebet for å lede leseren gjennom sammenhengen kunnskapen er utviklet ved, fremfor den tradisjonelle forståelsen av *objektivitet* hvor forskerens nøytrale blikk er utgangspunktet for kunnskap som kan generaliseres (Malterud, 2017, s. 43-46). Vi ser på den ene siden at vår bakgrunn som sykepleiere, og kunnskap om tidligere forskning, kan ha hatt en betydning for vår

forforståelse, og farget gjennomføringen av prosjektet. På den annen side var også vår forforståelse en viktig faktor for vår motivasjon for å undersøke problemstillingen gjennom oppgaven (Malterud, 2017, s. 41-50).

Gjennom hele prosjektet har vi samarbeidet og vært delaktige i alle delene av oppgaven, men på grunn av begrenset tid, er ulike deler blitt fordelt, noe som kan true kontinuiteten av prosjektet. Likevel har alle deler blitt gjennomgått i fellesskap, og vi har fortløpende gitt hverandre konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet som er blitt gjort. Datainnsamling, analyse og resultat er utført i fellesskap, slik at vi gjennom diskusjon i størst mulig grad kunne unngå at det var vår egen forforståelse som kom frem.

Før oppstart av datainnsamling er det søkt råd hos veileder for utarbeiding av intervjuguide, for å hindre at intervjusituasjonen skulle bli et påskudd for å fremme våre egne forforståelser og meninger gjennom intervju, analyse og resultater. Likevel ser vi retrospektivt at enkelte av spørsmålene som ble stilt gjennom intervjuene, kan ha bidratt til å forsterke vår forforståelse for det undersøkte tema.

Gjennom intervjusituasjonen var vi bevisst at det kunne oppstå et asymmetrisk maktforhold i intervjusituasjonen, ved at det var vi som definerte og styrte samtalen (Nunkoosing, 2005, s. 698-706). For å utjevne dette maktforholdet tilstrebet vi å sitte i en trekant i intervjusituasjonen, slik at intervjuobjektet skulle føle seg på lik linje med oss. Vi ser at vår manglende erfaring som intervjuere medførte at vi forholdt oss mye til intervjuguiden, som kan ha medført at data som kom frem var begrenset og lite nyansert. Likevel opplevde vi at informantene fikk snakke veldig fritt innenfor gitte rammer, og vi opplevde at stillhet og pauser mellom spørsmålene førte til gode refleksjoner og ettertanker fra informantene. Gjennom enkelte av intervjuene opplevde vi at informantene «pyntet på sannheten», for å fremstille temaet i et bedre lys, noe som kan ha påvirket autenticiteten i resultatene (Nunkoosing, 2005, s. 698-706).

3.7.2 Relevans

Med begrepet *relevans*, menes hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2017, s. 18).

Malterud (2017, s. 21-23) beskriver viktigheten av at studier skal frembringe *ny* kunnskap som andre kan dra lærdom av, og denne kunnskapen skal bidra til overførbarhet av resultater

fra studien. Kravet om at en studie skal være relevant er spesielt aktuelt for feltet som blir undersøkt, da det er svært praksisnært. Forskning innenfor det medisinske og helsefaglige feltet er sjeldent originalt, og det fører i liten grad til store gjennombrudd. Det kreves dog at kunnskapen som kommer frem, tilfører noe mer enn det vi allerede har kunnskap om. Man vil ikke vite med sikkerhet om en studie er relevant eller ikke, før etter publisering, og det er først om noen andre bruker kunnskapen som er kommet frem, at studien kan kalles relevant (Malterud, 2017, s. 21-23).

Det finnes mye forskning knyttet til erfaringer med CAM-ICU på et internasjonalt nivå, men norsk forskning viser mangler fra feltet. Målet med denne oppgaven var å utforske norske forhold, og resultatene tilfører ny kunnskap knyttet til norske intensivsykepleieres erfaringer.

Til tross for at mange av våre funn samsvarer med resultater som tidligere er presentert i internasjonale studier, mener vi likevel at studien gir relevans, da det gir ny kunnskap nasjonalt.

Vi vil trekke frem at på grunn av manglende erfaring i forskningssøk, er det en mulighet for at det finnes kunnskap fra norsk forskning, som ikke er blitt funnet gjennom våre søk (Malterud, 2017, s. 21-23).

3.7.3 Validitet

Validitet omhandler i hvilken grad metoden og den innsamlede dataen er gyldig for det som studeres, og knyttes opp til begrepet overførbarhet. Det skilles mellom en *intern-* og *ekstern* validitet, som vil gjennomgås videre;

Intern validitet omhandler hvordan man i en studie går frem for å finne ut hva noe er sant om. Om metode og referanseramme er egnet til å gi gyldige svar, er et viktig spørsmål å stille. Videre bør det reises spørsmål om felt og kontekst hvor kunnskapen innhentes, noe som er viktige faktorer innenfor intern validitet (Malterud, 2017, s. 23-24). Problemstilling i prosjektet peker mot intensivsykepleieres erfaringer knyttet til et gitt fenomen, hvilket gjør kvalitativ metode egnet. En kvantitativ tilnærming ville ikke kunne gi gyldige svar på problemstillingen, men kunne vært hensiktsmessig dersom man eksempelvis skulle undersøke utbredelsen av bruken av kartleggingsverktøyet (Polit & Beck, 2018, s. 45). Intervju som innsamlingsmetode ble benyttet, da vi mente dette kunne gi best mulig grunnlag for å besvare problemstillingen, og dermed styrke den interne validiteten.

Siden intervjuene ble gjennomført under coronapandemien, førte dette til en ekstra utfordring med rekruttering av deltakere, da det tidvis kunne være vanskelig for enhetslederne å løsrive intensivsykepleiere i løpet av en arbeidsdag. Antall deltakere er viktig i forhold til studiers overførbarhet og validitet (Hovland et al., 2019; Malterud, 2017, s. 63-64). Etter åtte intervjuer opplevde vi å ha nådd metning, men det kan tenkes at flere intervju kunne gitt oss mer rikholdig data. Men på en annen side kunne det for oss som er uerfarne på feltet, gitt et for omfangsrikt datamateriale, som lett kunne blitt uoversiktlig med en overfladisk analyse (Malterud, 2017, s. 63-64). CAM-ICU er et verktøy som er laget for bruk til intensivpasienter (Wøien et al., 2008), noe som ledet til at det var intensivsykepleiere som ble intervjuet og ikke andre yrkesgrupper, for at svarene til problemstillingen kan gyldiggjøres.

I tolkningen av dataene og presentasjonen av resultatene tilstrebet vi å være tro mot intensivsykepleiernes erfaringer, og analysemetoden som ble brukt. For å hjelpe leseren til å vurdere troverdigheten, har vi beskrevet hvordan vi gjennom analysen benyttet oss av deres unike «språk» og stemmer for å oppdage fremtredende viktige elementer, og dermed forsøkt å presentere erfaringer og kontekst så nøyaktig som mulig. Dette ble også viktig da ikke alle intervjuobjektene hadde norsk som sitt morsmål. Når det gjaldt språkbarrierer, tilstrebet vi underveis i intervjuene å stille oppklarende spørsmål dersom vi var usikre på om det som ble sagt, ble oppfattet riktig. Likevel skal det nevnes at det ikke er blitt utført en *deltakersjekk*, ved at informantene kunne kontrollere om utsagnene deres er blitt fortolket riktig (Malterud, 2017, s. 193).

Ekstern validitet er knyttet til overførbarhet, og dreier seg om hvordan resultatene kan overføres til andre kontekster enn der hvor dataen er innsamlet (Malterud, 2017, s. 23-24). I kvalitative forskningsstrategier vil prosjekter hele veien påvirkes av forskeren, og kan dermed ikke generaliseres, og heller ikke være repeterbart. Etterprøvnbarheten gjennom prosjektet er styrket ved intersubjektivitet, for å la leseren følge sporene vi har gått, og følge kravet om *konsistens* ved å følge en logisk fremgangsmåte fra problemstilling til fremstilling av resultater og konklusjon (Malterud, 2017, s. 24-25).

Fordi vi som masterstudenter var prisgitt de intervjuobjektene vi kunne få tak i, valgte vi å ikke ha med alder eller kjønn som inklusjonskriterium. Likevel tok vi høyde for at dette potensielt kunne ha betydning for studiens overføringsverdi (Malterud, 2017, s. 59). De fleste av deltakerne i studien hadde lang erfaring, og det kan derfor tenkes at deres kunnskapsgrunnlag har ført til at vi har fått andre resultater, enn vi ville fått med en større

variasjon av lengde på erfaring. At vårt utvalg hadde en skjevhet mellom kjønn, kan ha påvirket resultatene. Likevel er utvalget vårt representativt for intensivavdelinger da det er flest kvinner i intensivyrket, og dermed kan resultatene ha en overførbarhetsverdi ("Helse- og sosialpersonell," 2022). Resultatet fra dette prosjektet mener vi sannsynligvis ikke kan være overførbart til alle intensivavdelinger i verden, men at det kan ha en overførbarhet til liknende intensivavdelinger i Norge, med liknende kontekst.

4.0 Presentasjon av funn

4.1 Strukturanalysens funn

Analysen av intervjuene resulterte i tre hovedtemaer: *Å kartlegge godt, eller være en byrde, Å bruke klinisk blikk eller CAM-ICU – en ambivalens og Organisatoriske forhold utfordrer bruk av CAM-ICU. Hovedtemaene er delt opp i flere undertemaer.*

4.1.1 Kartlegge godt, eller være en byrde

Samtlige av de intervjuede intensivsykepleierne, beskrev motstridende erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU. De erfarte både et godt og tilgjengelig verktøy som kvalitetssikret pleien, men også et vanskelig verktøy i praksis, som kunne bringe frem negative følelser hos seg selv og pasienter.

Erfare et godt og tilgjengelig verktøy

Intensivsykepleierne erfarte at kartleggingsverktøyet CAM-ICU var et godt, enkelt og lett tilgjengelig verktøy som var nyttig og pålitelig, og de beskrev mange gode erfaringer med bruken. Erfaringene var knyttet til kvalitetssikring, og omhandlet i stor grad hvordan verktøyet systematiserte kartleggingen, slik at alle uavhengig av erfaring kunne kartlegge delirium. Mange beskrev at kartleggingsverktøyet bidro til at delirium ble oppdaget hos pasienter som tilsynelatende virket klare og orienterte;

Så vil jeg jo si at man kan bli forundret over at.. at pasientene er mer deliriske enn man hadde trodd, ja vil jeg si er min erfaring med det (Intensivsykepleier 2)

At delirium ble oppdaget hos pasienter hvor det i utgangspunktet ikke var mistanke om delirium var en erfaring som gikk mye igjen, men det ble også beskrevet at CAM-ICU avkreftet diagnosen hos pasienter som var «åpenbart deliriøse». Én av intensivsykepleierne fortalte om et tilfelle hvor delirium ble avkreftet hos en pasient «alle» mente var deliriøs fordi hun hylte og skrek om hjelp uten at de klarte å kommunisere med henne;

Jeg hadde en følelse av at ho egentlig var med, litt mer med enn det det virka som. Så jeg tenkte nå skal jeg prøve å ta CAM-ICU på henne [...] Og da kikker hun på meg, også sa jeg og forklarte «klemme i hånden hver gang jeg sier A», og da klarte ho katamaran uten problem, ho klemte alle riktige ... (Intensivsykepleier 8)

I tillegg til at intensivsykepleierne erfarte at CAM-ICU kunne motbevise klinisk vurdering, beskrev de viktigheten av tidlig diagnostisering av delirium. De erfarte at tidlige tiltak var av betydning for utfallet, prognosen og arbeidsbelastningen for personellet, og de gav uttrykk for at CAM-ICU kunne være nyttig for å fange opp delirium på et tidlig tidspunkt;

Med kartlegging kunne du ha fått kommet i gang med behandling tidligere, for eksempel fått flyttet en pasient vekk ifra flermannsstuen på et tidligere tidspunkt, eventuelt begynt medikamentell behandling. Så tror nok ofte mann kan tape litt tid på å ikke gjøre det (Intensivsykepleier 6)

Videre påpekte intensivsykepleierne hvordan systematisk kartlegging førte til et bedre sammenlikningsgrunnlag fra dag til dag og at en utviklingstrend ble synlig. De beskrev hvordan dette medførte at de kunne se på årsaksfaktorer i behandlingen og førte til en lettere oppdagelse av hvilke tiltak som hadde effekt i behandlingen av delirium;

Fordelen er jo at vi kan dokumentere de observasjonene vi gjør mot den behandlingen som gis [...] Altså fra å være positiv til å bli negativ igjen ikke sant, og hva vi gjorde for noe da, og hva var grunnen, altså er det noen forskjell på de vi gjør dét med, og de vi gjør dét med, ikke sant, det er sånne ting man kan bruke (Intensivsykepleier 4)

At bruk av verktøyet også ble opplevd positivt for pasientene, var noe som ble erfart av mange av intensivsykepleierne. Det ble beskrevet at pasienter kunne slite psykisk i etterkant av et intensivopphold preget av delirium, og de mente at bruk av CAM-ICU kunne bidra til å fange opp delirium på en bedre måte og dermed forbedre pasienters livskvalitet. Videre ble det beskrevet hvordan de hadde erfart at pasienter gjennom scoringsverktøyet fikk muligheten til å forsvare sin egen mentale status, og at pasienter var takknemlige for at intensivsykepleierne opp i sykdom også var opptatt av å ivareta pasientens «sinn»;

Poenget var at pasienten syntes ikke dette var dumme spørsmål. Pasienten syntes det var veldig fint at jeg tok meg bryet med å kartlegge at han var på riktig planet (Intensivsykepleier 5)

De aller fleste av informantene beskrev hvordan verktøyet var tilgjengelig i en perm i avdelingen, og i tillegg ofte ved hver sengeplass. Etter metavision ble innført fortalte de at de enkelt kunne gå inn og fylle ut skjemaet og bare «klikke seg nedover». Ved at verktøyet var lett tilgjengelig opplevde de at de ikke trenger å huske hele CAM-ICU, og at det derfor gjorde det enklere for dem å bruke;

Så kan det være greit å vite at jeg trenger ikke ha alt i hodet [...] Og der ligger det scoringsverktøy for CAM-ICU og RASS og ja, GCS og alle de vanlige (Intensivsykepleier 1)

Kjenne på skam og negative følelser

Å kjenne på skam og negative følelser ved bruk av CAM-ICU var et fremtredende tema hos intensivsykepleierne når de beskrev deres erfaringer. De beskrev ulike erfaringer som i stor grad omhandlet hvordan de ble oppfattet av pasienter, kollegaer og hvordan de så på dem selv. Mange hadde erfaringer med at bruken vekket negative følelser fordi de satte seg inn i pasientens situasjon, og samtlige hadde erfaringer med at spørsmålene i CAM-ICU var ubehagelig å stille og beskrev en opplevelse av ubehag fordi det virket fordummende på pasientene;

De kan føle seg litt dumme ved å bli vurdert med slike spørsmål. Eller ikke at de føler seg dumme, men at de føler at vi tror at de er ikke helt gode. Og det er ikke så rart, det er jo rare spørsmål, det er jo det (Intensivsykepleier 7)

Intensivsykepleiere beskrev hvor tett de jobbet på pasientene i sin hverdag, og at det å skape gode relasjoner derfor var viktig for dem. Ved å kartlegge delirium ved hjelp av CAM-ICU erfarte mange at intensivsykepleierne fremstod som dumme og hvordan dette kunne skape mistillit fra pasienten, noe som ble erfart å kunne utfordre deres relasjon og føre til et anstrengt forhold mellom dem og pasientene;

Samtidig så er jo ulempen litt det her som vi akkurat snakket om, det her med å få pasientene til å virke litt sånn fordummende. Hvis du nå bommer helt og tenker at det er jo en normalt mentalt oppegående person og kan nesten få et sånt, ja litt sånn anstrengt forhold til pasienten, for du fremstår som litt dum (Intensivsykepleier 6)

Intensivsykepleierne erfarte pasienter i delirium som en sårbar pasientgruppe, preget av mye usikkerhet. De beskrev videre hvordan de var opptatt av å bevare pasienters verdighet uavhengig av kognitiv status, og de tilstrebet å yte like god pleie til pasienter i delirium som til alle andre pasienter. At pasienter opplevde et nederlag ved å ikke bestå testen ble erfart, og de brukte ord som «frustrert» og «flaut» på pasienters vegne. For å unngå å krenke pasientene, eller å forverre et eventuelt delirium, medførte dette at de valgte bort verktøyet, av respekt for pasientene:

Jeg mener ikke å sette meg over CAM-ICU på noe vis, men hvis dere skjønner. For meg handler det veldig mye om respekt for de pasientene jeg har, og jeg ser jo ofte at de er så utrolig sårbare når de er deliriske, de er så.. eh, de er så usikre. ... og så jeg vil ikke på en måte legge stein til byrden da, hvis man kan si det sånn (Intensivsykepleier 1)

Intensivsykepleierne beskrev hvordan mange pasienter ble liggende på en flermannsstue, noe som førte til at kollegaer kunne observere alt de gjorde. Noen hadde erfart at kollegaers negative holdninger til verktøyet kom til syne når verktøyet ble brukt, noe som medførte at de valgte å observere og vurdere pasienter på en annen måte enn å bruke CAM-ICU. En uttrykte det slik;

... så kan hende jeg bruker andre verktøy for å få en negativ CAM-ICU, enn å begynne med den testen på flermannsstue ikke sant. For det er altså, det kan jo kollega si ifra også, hva er det du holder på med nå, ikke sant. Sånn, «du ser jo at han er han er rolig og fin, hvorfor skal du drive dette katamaranstyret (Intensivsykepleier 4)

Oppleve et vanskelig verktøy i praksis

Mange av intensivsykepleierne beskrev en opplevelse av et komplisert, utfordrende og tidskrevende verktøy i praksis. Det var mye usikkerhet knyttet til påliteligheten av verktøyet, og dens evne til å skille delirium fra andre tilstander.

Samtlige av intensivsykepleierne erfarte at informasjon om verktøyet var essensielt for at pasientene skulle forstå hensikten og for unngå negative følelser hos pasienten. Hvor mye- og hva slags informasjon, var det knyttet usikkerhet til;

Fordi at hvis du forklarer på forhånd, så kan jo vitsen være litt borte og ... Så det er noe med, litt sånn dilemma det der. Hvor mye skal du informere før og hvor mye skal du, for at du på en måte leder de til å klare å bestå testen (Intensivsykepleier 6)

Intensivsykepleierne hadde god erfaring med «katamaran», og de fleste mente det var her de oppdaget delirium. Samtlige av informantene gav uttrykk for at det bød på vanskeligheter straks «katamaran» ikke var mulig å gjennomføre, eller at de trengte å gå videre herfra. Spesielt bildekortene erfarte de som komplisert å bruke, da de sjelden var lett tilgjengelige, og mange opplevde at de hadde lite erfaring med dem;

Jeg vet at de finnes, men jeg er jammen ikke helt sikker på hvordan jeg skal bruke dem (Intensivsykepleier 5)

Selv om pasienter stort sett samarbeidet greit ved bruk av verktøyet, ble de tidvis erfart et utfordrende samarbeid. Dette ble spesifisert hos pasienter som opplevde verktøyet som «dumt» eller som var redde for å ikke bestå testen, og dermed samarbeidet dårlig med vilje.

Noen pasienter de opplever jeg at de boikotter det med vilje: «katamaran» - så klemmer de hver gang for å si at det er dumt, altså bare for å understreke hvor dum du er, eller for å maskere sin egen redsel for at de har delir (Intensivsykepleier 4)

At det var vanskelig å utføre en CAM-ICU på deliriske pasienter var noe som var fremtredende hos intensivsykepleierne, og de beskrev at det var lettere å bruke verktøyet hos pasienter de ikke trodde hadde delirium. Det ble beskrevet en usikkerhet knyttet til effekten av verktøyet, og det ble stilt spørsmål om verktøyet potensielt kunne forverre et delirium. Enkelte poengterte at det var spesielt utfordrende hos pasienter med hypoaktivt delirium, på grunn av manglende respons. Videre erfarte mange at de var usikre på hvordan de kunne skille mellom pasienter som misforstod spørsmålene på grunn av delirium og de som misforstod spørsmålene av andre grunner og var da spesielt opptatt av pasienter med tidligere kognitiv svikt. Pasienters kognitive status før innleggelsen var ikke alltid kjent, og de erfarte at det kompliserte bruken av CAM-ICU;

Hvis du har en eldre pasient som kanskje har en kognitiv svikt i bunnen da, så synes jeg det kan være litt vanskelig å bruke. For da er det vanskelig å skille om er det den kognitive svikten eller er det et delir i tillegg ... ja. Så det syntes jeg er litt vanskelig å vite om de har forstått testen først (Intensivsykepleier 3)

Mange intensivsykepleiere stilte seg undrende til påliteligheten av verktøyet når resultatet avvek fra deres subjektive vurdering. At intensivsykepleierne opplevde å ikke stole på resultatet fra verktøyet var knyttet både til positive og negative scoringer, men dreide seg i stor grad om at de hadde opplevde pasienter de mente var delirøse, som allikevel fikk en negativ score på CAM-ICU. Dette medførte hos noen en usikkerhet knyttet til om verktøyet ble brukt riktig, og de mente derfor det var behov for å bruke klinisk observasjon i tillegg;

Så det er jo det som er litt sånn vanskelig, jeg klarer ikke helt å stole blindt på svaret på den testen, jeg føler liksom man må bruke sin egen observasjon i tillegg da (Intensivsykepleier 3)

Intensivsykepleierne erfarte mange faktorer som førte til usikkerhet knyttet til verktøyet. I tillegg til kognitiv svikt, beskrev alle at høy alder og nedsatt hørsel medførte at verktøyet ble

enda mer komplisert enn det i utgangspunktet var. De erfarte at hørsel ofte førte til vanskeligheter med å gi informasjon slik at pasientene forsto og fikk et grunnlag for å gjennomføre testen, og mange gav uttrykk for at nedsatt hørsel førte til at de valgte bort verktøyet;

Men jeg syntes av og til så kan det være sånn at du tenker nei han hører litt dårlig, jeg tror ikke dette går så greit, det blir for vanskelig å skjønne.. hvordan skal de skjønne at jeg spør disse spørsmålene. Det syntes jeg kan av og til være litt vanskelig, sånn at man unnlater å gjøre det.. for å være helt ærlig (Intensivsykepleier 2)

Videre erfarte de at lokaliteter var av betydning for bruken av CAM-ICU. Enkelte påpekte at CAM-ICU krevde konsentrasjon, slik at det kunne være utfordrende å bruke verktøyet på en flermannsstue på grunn av mye støy og forstyrrende elementer;

Det er litt sånn det er på fellesstue. Og det er mange ting, og det mange beskjeder ikke sant, så blir det ikke den der roen til å bla og spørre, og så går du jo helt i surr selv ikke sant, hvordan er det katamaran staves egentlig (Intensivsykepleier 4)

4.1.2 Bruke klinisk blikk eller CAM-ICU – en ambivalens

Analysen viste at intensivsykepleierne var preget av en ambivalent holdning til bruk av CAM-ICU. På den ene siden erfarte de at erfaring og klinisk blikk førte til en god nok kartlegging av delirium, mens de på en annen side erfarte det som utilstrekkelig.

Oppleve at erfaring er godt nok

Intensivsykepleierne hadde alle erfart at CAM-ICU ble lite brukt i intensivavdelingene, og de opplevde at det «kliniske blikket» var ledende når det gjaldt kartlegging av delirium. På tross av lite bruk av CAM-ICU ble det likevel gjort en god kartlegging av delirium og flere erfarte at deres kliniske blikk kunne likestilles med verktøyet;

Så det er vel kanskje det at jeg føler at jeg kommer like, eh, jeg skal ikke si, det er farlig å si like langt da. Men jeg kommer veldig langt med andre typer spørsmål, som gir meg like mye informasjon. Selv om det er urettferdig å si, i forhold til det skjemaet (Intensivsykepleier 1)

Selv om de fleste beskrev at de sjelden eller aldri brukte CAM-ICU til å kartlegge pasienter, erfarte de at de «brukte verktøyet – uten at det ble brukt». De kartla ut ifra deres kunnskap som

også innebar kunnskap om CAM-ICU, og at de derfor brukte systematikken til verktøyet, men på en mer skånsom måte. De beskrev at deres kartlegging liknet CAM-ICU sin «tankegang», men beskrevet at de sjelden brukte verktøyet slik det står i manualen, men heller laget deres egne versjoner, slik at de ved hjelp av andre metoder avgjorde om en pasient var i delirium eller ikke. Det ble beskrevet en god kartlegging uten bruk av verktøyet, og at de ofte erfarte at delirium var diagnostisert før det ble gjort en systematisk kartlegging med CAM-ICU.

Kartleggingen av delirium ble beskrevet å basere seg på rapport om pasienters kognitive funksjon fra forrige vaktskift, men samtlige beskrev at de selv gjorde seg opp en formening i starten av hver vakt, ofte i forbindelse med sin A, B, C og D-vurdering. Samtlige beskrev at denne kartleggingen baserte seg på klinisk blick og subjektiv vurdering;

Ja det blir jo mye klinikk. Altså at en observerer og merker.. enten er det endring, at du kommer neste vakt og ser at et eller annet har skjedd, men og det med at du merker at dette er en pasient som ikke har innsikt i sin situasjon eller, ja ... er på en måte en annen plass mentalt da (Intensivsykepleier 3)

Erfaring i yrket ble av mange beskrevet som en faktor som påvirket hvordan de kunne vurdere om en pasient var delirisk eller ikke. Tegn som «uro», «plukking» og «kaving i lufta» hos pasienter ble beskrevet å være typiske for pasienter med delirium. Slike tegn medførte at intensivsykepleierne opplevde at delirium var tydelig, og dermed ikke så en nytteverdi av å kartlegge noe de allerede hadde kunnskap om. Videre ble det fremhevet at mange år i yrket hadde ført til en taus kunnskap, som medførte at deres observasjoner gjorde at de kunne kjenne igjen pasienter i et delirium;

Etter hvert når man har jobbet noen år nå, så har en litt den der magefølelsen. Og du gjør observasjoner selv om du ikke bruker noe verktøy, så gjør du observasjonene (Intensivsykepleier 6)

Mange beskrev at de hadde god erfaring med å kartlegge kognitive funksjoner hos intuberte pasienter gjennom å be pasienten utføre ulike instruksjoner, slik som å «klemme i hånden»- eller «åpne øyne» på kommando. Disse instruksene ble også erfart å kunne brukes for å kommunisere gjennom ja/nei-spørsmål;

Så prøver man jo å finne en måte som de kan svare ja eller nei på da, enten blunke, bruker øynene, eller klemme med hendene da, så da er det jo å bekrefte med ja og nei.. Men ... ja. Da blir det gjerne spørsmål som «har du vondt? er du varm? er du kald? er du tørst?» (Intensivsykepleier 3)

Erfare at klinisk blikk ikke holder

Intensivsykepleierne erfarte at pasienter med hyperaktivt delirium ofte ble oppdaget ved deres arbeidsplass, fordi disse pasientene ofte var utagerende, høylytte og krevde mye oppmerksomhet. Samtidig beskrev samtlige av intensivsykepleierne at hypoaktivt delirium sjelden ble fanget opp, da disse pasientene ble beskrevet som stille og rolige pasienter som ikke gjorde så mye ut av seg.

De som har et stille delir er det kanskje ikke så krevende å være med. Det er nok mer krevende å være pasient. Det er bare det at vi vet ikke det ... eller ofte ikke vet det i hvert fall ... (Intensivsykepleier 5)

Siden de ikke klarte å fange opp hypoaktivt delirium med klinisk blikk alene, mente de at verktøyet burde bli brukt systematisk hos alle pasientene, slik at også de hypoaktive deliriumstilfellene skulle bli oppdaget. Videre beskrev de hvordan de hyperaktive deliriumstilfellene ofte ikke ble oppdaget før det var helt tydelig, og mange beskrev hvordan de mente at verktøyet kunne vært brukt i en tidligere fase, før delirium syntes klinisk;

Jeg kjenner jo litt på selv også, at jeg burde jo ha brukt CAM-ICU tidligere der du begynner å kjenne litt på magefølelsen at kanskje noe er litt sånn ... ja ikke helt på nett, vi får bruke det uttrykket (Intensivsykepleier 6)

De beskrev hvordan de i stor grad forholdt seg til kliniske observasjoner og vurderinger, men at verktøyet noen ganger ble brukt ved mistanke om delirium eller når de erfarte en grad av tvil for å bekrefte eller avkrefte sine egne vurderinger. Likevel beskrev de at scoringen sjelden ble registrert, og at verktøyet derfor stor grad ble gjort for egen del;

Det blir ikke dokumentert egentlig, det er bare for meg selv, om han klarer å klemme på de A'ene på katamaran eller.. Ja ... (Intensivsykepleier 7)

4.1.3 Organisatoriske forhold utfordrer bruk av CAM-ICU

NSFLIS's funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere legger vekt på at man skal holde seg faglig oppdatert, med deltakelse i forskning og utviklingen av fag. Ved å følge opp dette vil man kunne ta del i arbeid som f.eks. dreier seg om rutiner og implementering av kartleggingsverktøyet CAM-ICU (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

Intensivsykepleierne beskrev at delirium forekom ofte, og de erfarte delirium som en del av hverdagen. Mange erfarte at CAM-ICU ikke medførte en videre konsekvens og at verktøyet derfor ble nedprioritert til fordel for andre oppgaver som syntes viktigere. De fleste kjente til prosedyren til CAM-ICU, men samtlige fortalte om manglende retningslinjer. Videre erfarte de fleste at god opplæring var viktig, og at implementering og vedlikehold av verktøyet i stor grad lå på ledelsesnivå.

Temaet er bygget på fire undertemaer som beskrives videre;

CAM-ICU medfører ingen videre konsekvens

Intensivsykepleierne som alle hadde erfaring med bruk av verktøyet CAM-ICU, fortalte at de sjelden eller aldri hadde opplevd at en CAM-ICU-score førte til en videre konsekvens i behandlingen ved at videre tiltak ble iverksatt basert på scoren;

*Jeg føler ofte det ikke kommer noe videre etter det.. Ja han har delir, greit.
(Intensivsykepleier 5)*

Intensivsykepleierne beskrev ulike forebyggende og behandlende tiltak ved delirium, men de la vekt på viktigheten av ro og skjerming. At CAM-ICU ikke medførte en videre konsekvens beskrev mange som at tiltak allerede var satt i gang, eller ikke hadde latt seg gjøre på grunn av ressurser i avdelingen. De erfarte at pasienter på tross av delirium ble liggende på en flermannstue på grunn av mangel på enerom og svak bemanning i avdelingen, noe mange påpekte hadde vært spesielt gjeldene under covid-19-pandemien;

Det får jo ikke noe konsekvens av.. Altså.. Jeg får ikke pasienten fortære inn på et rom der han får være alene [...] altså enten så har vi skjermet allerede fordi vi tenker at det er uansett fornuftig.. De aller, aller fleste pasientene har det jo best hvis de ikke ligger på flermannstue (Intensivsykepleier 5)

Mange erfarte at de valgte bort CAM-ICU, da de anså nytteverdien som liten. De fortalte at legene ofte hadde en stor innflytelse på intensivsykepleiernes arbeidshverdag, og at deres fokusområder ofte ble overført til intensivsykepleierne. Deres erfaring var at de færreste av legene som jobbet ved intensivavdelingene hadde et forhold til CAM-ICU. De beskrev at de opplevde å miste motivasjon for å kartlegge videre, etter at de hadde lagt inn tid og innsats i å kartlegge en pasient uten at det ble fulgt videre opp;

Men det er jo det at du må jo følges opp da. Hvis du skal drive med det, så må det få en konsekvens det resultatet du får [...] Hvis du driver og scorer hver vakt og det er ingen

som spør etter scoren og det får ingen konsekvenser i det helte tatt, så er jo det litt sånn demotiverende (intensivsykepleier 8)

Intensivsykepleierne erfarte at det bare var de hyperaktive tilfellene av delirium som også var lett å oppdage, som ble behandlet medikamentelt. De mente derfor at en CAM-ICU ville ha liten innvirkning på medikamentell behandling. De opplevde at behandlingen var preget av lite systematikk og standardisering, som de mente skyldtes for lite kunnskap om deliriumsbehandling hos legene. De beskrev at stadige endringer i behandlingen som vanskelig å forholde seg til, og at det vanskeliggjorde observasjon av hvilke tiltak som hadde effekt;

Jeg syntes det varierer veldig fra lege til lege i forhold til hva som blir forordnet og hva den legen syntes fungerer, og så kommer det en ny lege på vakt som kanskje gjør om på hele behandlingen da egentlig -i forhold til medikamenter.. (Intensivsykepleier 2)

Samtlige beskrev hvordan en CAM-ICU-score ikke sa noe om veien videre og at mange derfor lot være å bruke verktøyet. Flere intensivsykepleiere ytret et ønske om et verktøy som i tillegg til kartlegging, kunne beskrive videre behandling;

Jeg vil heller ha et verktøy som gir meg en løsning, for å komme videre, for å komme ut av det da. Så det er nok derfor CAM-ICU ikke blir brukt ... (Intensivsykepleier 5)

CAM-ICU blir nedprioritert

Alle intensivsykepleierne hadde erfaringer fra en arbeidshverdag preget av høyt tempo og stress. I løpet av en arbeidsdag skulle de utføre en rekke oppgaver, som ofte medførte at de måtte gjøre en prioritering. Det ble beskrevet at å bruke to til fem minutter på en CAM-ICU, ikke alltid var overkommelig på en intensivavdeling, noe som kunne resultere i en følelse av å ha gjort en utilstrekkelig jobb, fordi det var nok en ting de skulle ha gjort uten at de hadde tid. Videre påpekte samtlige, at CAM-ICU var en oppgave som var lett å nedprioritere og «skyve på» til neste skift, og det ble beskrevet at dette ofte medførte en snøballeffekt;

Opplever at det er så mange andre ting som er viktigere og må gjøres. Så blir dette litt sånn, «kan gjøres hvis jeg får tid». At det blir en sånn greie som bare ligger der og så har ikke du ruppet det på dagvakt og så kommer kveldsvakten og så kan du kanskje si det videre, men så kom det så masse da også ikke sant, så det blir litt sånn litt forskjøvet, og så blir det glemt (intensivsykepleier 6)

Hvordan en intensivpasient ofte ikke hadde like mye krefter som normalt, og hvor slitne de kunne være ble beskrevet av intensivsykepleierne. De fortalte hvordan det å skulle utføre dagligdagse gjøremål, ofte kostet mye krefter og energi for disse pasientene. Én fortalte at å skulle gjennomføre en CAM-ICU hos allerede slitne intensivpasienter, var noe som «stjeler» energi, noe som førte til at de som intensivsykepleiere måtte gjøre en avveining på hvor pasientene skulle bruke de kreftene de hadde;

Men de er jo så slitene igjen ... der må du prioritere da, hvor de skal bruke kreftene sine, det er jo god pleie. Altså skal de da få lov å konsentrere seg hvis de ikke har kateter.. for å måtte tisse, eller om å få i seg ernæring? Å bruke krefter på det, eller skal de da bruke det på å konsentrere seg på mine A'er og B'er og bilder. Det er jo en sånn avveining hele veien (Intensivsykepleier 4)

Behov for fokus og klare retningslinjer knyttet til CAM-ICU

Intensivsykepleierne beskrev hvordan de tidligere hadde erfart et fokus på CAM-ICU. Mange beskrev at de hadde god opplæring, at det var fokus på fagdager og i undervisning og at CAM-ICU hadde vært månedens tema. De hadde også erfart at verktøyet ble innført som en rutine, og at «alle» var flinke til å bruke verktøyet for en periode. Samtlige beskrev videre at de fortsatt anså delirium som et problem, men at fokuset var forsvunnet og verktøyet var glemt;

Så det blir jo til at det på en måte ikke er noe sånn som er fokus på i avdelingen, så blir det jo til at en gjør det mindre.. (Intensivsykepleier 8)

Årsaker til hvorfor fokuset på CAM-ICU har avtatt ble av de ulike intensivsykepleierne nevnt. I tillegg til at andre viktigere områder overtok fokuset i avdelingen, fortalte de at den tidligere papirkurven som fungerte som et påminnelsesverktøy for CAM-ICU, er blitt erstattet av elektronisk kurve og medført at verktøyet er blitt glemt.

Før når vi hadde vanlig papirkurve så var det jo en sjekkliste på baksida. Der sto det CAM-ICU positiv/negativ.. Da følte jeg kanskje vi hadde litt mer fokus på det.. For da var det liksom nedover på et ark, og så huker du av diverse observasjoner. Og så var det den og da måtte du på en måte ... ja da måtte du skrive positiv eller negativ. Men nå.. Nå synes jeg det blir veldig glemt (Intensivsykepleier 3)

Selv om det ene av de undersøkte sykehus hadde CAM-ICU som prosedyre, beskrev alle intensivsykepleierne ved begge sykehusene hvordan det ikke var en rutine for systematisk kartlegging av delirium i praksis. De aller fleste gav uttrykk for at rutiner for kartlegging av

delirium var ønskelig, men at dette måtte bli satt i system fra ledelsesnivå. De hadde erfart at det ikke var tilstrekkelig med en liten innsats en periode, for deretter å legge ansvaret over på intensivsykepleierne alene. De beskrev et behov for et samarbeid mellom ledelsen og de involverte partene på «gulvet», for at det skulle bli et godt implementert verktøy. Selv om det ved begge sykehusene ble erfart et stort fokus på delirium, stilte samtlige seg derfor undrende til hvorfor verktøyet ikke ble brukt systematisk. Noen fortalte om en stor utskifting blant anestesileger, noe de mente kunne utfordre implementering av slike verktøy;

Det er rart syntes jeg, at det ikke er fokus på det i det hele tatt. For det er jo noe som blir brukt over hele verden, og vi snakker jo om delir daglig, og så har vi liksom et verktøy som på en måte, som kan på en måte ... du kan score delir med da! [...] Det må jo på en måte.. hvis en skal bruke noe aktivt, så må det på en måte være.. tenker sånn, det må være gjennomarbeidet, og det må være noe som alle på en måte er innforstått med, både ledelse, og leger og sykepleiere (Intensivsykepleier 8)

Det var stor konsensus blant intensivsykepleierne når det gjaldt viktigheten av å opprettholde et fokus over tid, for at et verktøy som CAM-ICU skulle bli implementert som en rutine på linje med andre scoringsverktøy som ble brukt. Dette beskrev de både som et ansvar hos den enkelte intensivsykepleier, men også fra et overordnet ansvarsnivå. En «ildsjel» i avdelingen ble av mange beskrevet å kunne løfte den felles motivasjonen ved å løfte fokus og skape engasjement;

Det er jo ofte noen på gulvet som må være litt sånn engasjerte i det, og dra det litt [...] Fokus over tid, men det må være noen som brenner litt for det. Så tror jeg vi hadde fått det til (Intensivsykepleier 6)

Klare retningslinjer var savnet blant intensivsykepleierne. Med klare retningslinjer mente de; på hvilket tidspunkt-, hvor ofte- og hos hvilke pasienter CAM-ICU skulle utføres. Mange påpekte viktigheten av å ha faste, konkrete rutiner for at verktøyet ikke skulle bli glemt etter implementering. De erfarte ingen klare retningslinjer i praksis, noe som gjorde at det ble opp til hver enkelt intensivsykepleier å avgjøre når verktøyet skulle brukes;

Ja det er ikke noe fast når, når er det vi gjør, når er det vi tar en CAM-ICU. Er det første gangen han er der, er det når han ser edderkopper, ser fluer i taket eller flere personer rommet, er det når han hyler og skriker ... (Intensivsykepleier 4)

Videre beskrev intensivsykepleierne at retningslinjer alene kanskje ikke var tilstrekkelig for at verktøyet skal brukes systematisk. De har erfart at mange intensivsykepleier har ulike

holdninger til verktøyet, og at en holdningsendring også måtte til for at verktøyet skulle bli tatt i bruk i større grad;

Så det er vel kanskje litt holdninger ute og går her da... Altså at vi har holdninger i forhold til det med tabu, og det er virker litt dumt og litt flaut også er det.. [...] Vi må vi skjerpe oss inn, og kanskje tenke litt annerledes. Så ergo holdningsendring på det område er jo svaret da (Intensivsykepleier 5)

Trengte god opplæring i CAM-ICU

Tilstrekkelig opplæring i verktøyet og bruk av verktøyet ble av de fleste intensivsykepleierne beskrevet som essensielt og de knyttet det opp mot kvalitetssikring, ved å sikre riktig bruk av verktøyet. For å unngå et upålitelig resultat påpekte de at en felles forståelse av verktøyet var grunnleggende. Opplæring og veiledning av CAM-ICU ble av mange beskrevet som mangelfull. Noen beskrev hvordan opplæringen var lite utfyllende, mens andre vinklet for dårlig opplæring mot at de manglet forståelsen for hensikten av verktøyet. Bedre opplæring og mer praktisk veiledning var ønsket, da de opplevde en følelse av at verktøyet var bedre enn de selv opplevde;

Jeg mistenker at det kan gjøres bedre hvis noen hadde overbevist meg om hvordan jeg skulle gjøre den på en god måte, altså kunnskap om dette [...] Men det kan være at vi mangler opplæring i det, at jeg ikke helt har skjønt greia. Jeg har en mistanke om at det egentlig virker bedre enn jeg tror, men jeg har bare ikke har skjønt det.. (Intensivsykepleier 5)

Av de som hadde fått god opplæring i verktøyet ble det beskrevet at verktøyet initialt opplevdes som overveldende, men at dette endret seg når det ble brukt i praksis. Allerede underveis i opplæringen erfarte de at spørsmålene virket rare og at verktøyet virket «tullete». Etter å ha prøvd verktøyet selv oppdaget de at det fungerte og det gav derfor mer mening å stille disse «rare» spørsmålene.

Egentlig i begynnelsen og da følte jeg meg nesten sånn som disse pasientene.. «Herrefred skal du spør om en stein kan flyte ...» Det høres jo ut som jeg er tullete selv.. Litt sånn ... men når du bare får kommet i gang med det så gir det jo mening. (Intensivsykepleier 2)

Samtlige av intensivsykepleierne erfarte at informasjon om verktøyet var svært viktig for å i størst mulig grad unngå negative følelser hos pasienten. Enkelte opplevde utilstrekkelig

kunnskap for å kunne gi god nok informasjon både før og etter en CAM-ICU, noe som bød på interne utfordringer hos intensivsykepleierne, som resulterte i en skamfølelse. De erfarte bred enighet rundt begrunnelser av arbeidsoppgavene som ble utført i løpet av en intensivhverdag, men at begrunnelsene rundt kartleggingsverktøyet CAM-ICU var mangelfullt;

Men jeg har litt sånn, tilnærmingen til det, «hvorfor tar du blodprøve?» jeg skal si at antibiotikaen virker ikke sant, det er greit [...] Altså, vi har veldig mye kunnskap, men hvorfor gjør du CAM-ICU? - jo «jeg skal se om du er koko». Men det det bare meg som ikke er konkret nok kanskje da. [...] Nei, men, jeg har jo hatt pasienter som har lurt på «ja og så, hva nå, var det dét liksom», og så blir jeg så svar skyldig, fordi du vil jo gjerne bare forklare de, altså har jeg ikke nok kunnskap da, så blir jeg så skamfull. Fordi altså, du vil forklare hvorfor du har gjort det, og så «ja tror du jeg er gal?» ikke sant det er litt, «nei altså» ... «ja, skal jeg bli gal?» (Intensivsykepleier 4)

5.0 Diskusjon

Formålet med denne studien var å bringe frem ny kunnskap rundt bruken av kartleggingsverktøyet for delirium, CAM-ICU, ved å undersøke intensivsykepleieres erfaringer, opplevelser og deres vurderinger i bruk av verktøyet. I tillegg har vi undersøkt erfaringer rundt graden av systematisk og rutinemessig bruk av verktøyet, deres erfaring med opplæring og utfordringer og om det forelå utfordringer eller barrierer som kan ligge til grunn for manglende bruk av verktøyet. Et sentralt hovedfunn var at verktøyet ble brukt i svært liten grad, til tross for at de fleste oppgav at de hadde verktøyet som prosedyre ved deres avdeling. Intensivsykepleierne beskrev motstridende erfaringer knyttet til verktøyets egenskaper og følelser det kunne bringe med seg. Det var delte meninger hvorvidt erfaring kunne likestilles med verktøyet, selv om de fleste mente at hypoaktivt delirium sjelden eller aldri ble fanget opp. Til slutt kom det frem at det var flere organisatoriske forhold som bød på utfordringer for bruk av verktøyet.

I dette kapittelet vil prosjektets hovedfunn drøftes opp mot tidligere forskning og teori, samt egne betraktninger og refleksjoner.

5.1 Kartlegge godt eller være en byrde

Et av hovedfunnene i denne studien viser at intensivsykepleierne hadde motstridende opplevelser med bruken av CAM-ICU. På den ene siden ble CAM-ICU beskrevet som et enkelt og godt verktøy med stor nytteverdi som kvalitetssikret pleien, mens det på den andre siden ble beskrevet erfaringer knyttet til et komplekst, tidkrevende og utfordrende verktøy, som kunne vekke negative følelser hos pasient og intensivsykepleiere. Slike motstridene erfaringer er sett i flere studier, hvor man fant at intensivsykepleiere erfarte verktøyet pålitelig og enkelt å bruke, mens flere stilte seg undrende til påliteligheten og mente egen vurdering må brukes i tillegg (Eastwood et al., 2012; Scott et al., 2013; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). At de motstridene funnene i vår studie samsvarer med tidligere studier kan tyde på at verktøyet muligens er vanskeligere å bruke enn Balková og Tomagová (2018) hevder i deres studie, hvor de mener verktøyet er enkelt å bruke for sykepleiere uten psykiatrisk kompetanse.

Informantene beskrev i denne studien erfaringer om et verktøy som var enkelt i teorien, mens den praktiske gjennomførelsen ofte bød på utfordringer og usikkerhet som førte til at

verktøyet ble valgt bort. De mest fremtredende utfordringene var knyttet til nedsatt hørsel- og ukjent kognitiv status hos pasienter, og vanskeligheter når «katamaran» ikke lot seg gjennomføre. Flere andre studier presenterer også utfordringer knyttet til verktøyet, men i disse studiene er det utfordringer knyttet til sedasjon og intubasjon som går mest igjen (Andrews et al., 2015; Devlin et al., 2008; Jung et al., 2013; Ramoo et al., 2018; Scott et al., 2013; Wøien et al., 2013; Zamoscik et al., 2017). At sedasjon og intubasjon ble sett på som utfordring i større grad i andre studier enn i vår, kan tenkes å ha sammenheng med at verktøyet ikke ble brukt rutinemessig i avdelingene vi undersøkte, og at de dermed hadde mindre erfaring med bruk av verktøyet hos intuberte og sederte pasienter. Informantene i vår studie påpekte at et enklere og mer lettanvendelig verktøy var ønsket, og en forbedret versjon av CAM-ICU kunne muligens ført til at intensivsykepleierne opplevde færre utfordringer i bruk av verktøyet.

At et fokus i fremtiden bør rettes mot å modifisere verktøyet konkluderer også Wøien et al. (2013) i sin studie hvor det påpekes at sedasjon alene øker terskelen for en positiv CAM-ICU-score, ved at kjennetegn 4 i CAM-ICU er positiv hvis det faktiske sedasjonsnivået er alt annet enn 0 på RASS.

Gjennom intervjuene beskrev intensivsykepleierne flere erfaringer knyttet til kvalitetssikring med bruk av verktøyet, som blant annet at flere pasienter ble diagnostisert i en tidligere fase og at en utviklingstrend ble synlig. På den andre siden ble det erfart en usikkerhet til om verktøyets nytteverdi ble forringet ved at det kunne forverre et eksisterende delirium, og de stilte seg spørrende til påliteligheten av verktøyet. Ved avvik mellom objektiv og subjektiv vurdering, erfarte intensivsykepleierne sin egen vurdering som den mest riktige. Valideringsstudier av verktøyet har vist at CAM-ICU er en rask, valid og reliabel måte å diagnostisere delirium på (Ely, Inouye, et al., 2001; Ely, Margolin, et al., 2001), og studier som har sammenliknet flere kartleggingsverktøy har også kommet frem til at CAM-ICU er det mest optimale og reliable kartleggingsverktøyet for å diagnostisere delirium (Balková & Tomagová, 2018; Gélinas et al., 2018; Gusmao-Flores et al., 2012; Ho et al., 2020). På tross av at verktøyet har vist seg å være valid og reliabelt, har også flere studier funnet at intensivsykepleiere erfarer vanskeligheter med å stole på resultatet fra en CAM-ICU, og flere beskriver hvordan intensivsykepleiere stoler mer på sin egen kliniske vurdering (Ewers et al., 2021; Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). Hvorfor intensivsykepleiere stiller spørsmål til påliteligheten av et verktøy som er valid og reliabelt er det ikke et klart svar på, men det kan tenkes at deres profesjonelle integritet blir truet av at et verktøy motsier deres kliniske blikk.

Steinseth et al. (2018) beskriver i sin studie hvordan ulike intensivsykepleiere vurderte samme pasient ulikt, noe som videre kan tyde på at for lite kunnskap og mangelfull opplæring i verktøyet, har medført at verktøyet ikke ble utført riktig og dermed gav et uriktig resultat. At økt kunnskap og ferdighetstrening kan føre til større grad av intensivsykepleieres pålitelighet til verktøyet kan i studien til DiLibero et al. (2016) synes å stemme, hvor de beskriver hvordan et kvalitetsforbedringsprosjekt medførte en økt nøyaktighet av deliriumsvurderingene med CAM-ICU fra 50% til 95% etter intervensjon. Også resultatene fra Eastwood et al. (2012) sin studie kan tyde på at god opplæring og implementering er av betydning for påliteligheten, ved at de aller fleste deltakerne i denne studien var sikre på nøyaktigheten av verktøyet.

I vår studie erfarte intensivsykepleierne at bruk av CAM-ICU kunne bringe frem positive og negative følelser hos dem selv, og hos pasientene. De positive følelsene var hos intensivsykepleierne knyttet til mestring over at verktøyet fungerte, mens det hos pasientene var en følelse av takknemlighet over at deres «sinn» ble ivaretatt. Selv om det ble erfart positive følelser, var det de negative og ubehagelige følelsene som var mest fremtredende når intensivsykepleierne beskrev sine erfaringer. Erfaringene var i stor grad knyttet til at CAM-ICU virket flaut og fordummende på helsepersonell og pasientene, og de beskrev at verktøyet ofte ble valgt bort for å unngå å krenke pasientene. Tidligere studier har vist liknede erfaringer med verktøyet, hvor de beskriver at verktøyet fikk intensivsykepleierne til å virke uprofesjonelle ved at det kan sjenere pasient og pleier, og virke støtende (Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver hvordan pasienter har rett til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, u.å, s. punkt 2), noe som kan tenkes å være bakgrunn for intensivsykepleiernes avgjørelse om å velge bort verktøyet. Likevel sier også retningslinjene videre at man som sykepleier har ansvar om å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, u.å, s. punkt 2.1), slik at det kan synes å være en konflikt mellom å utføre CAM-ICU på et helsefremmende grunnlag, og å ikke utføre CAM-ICU for å unngå å krenke pasienter. For at kartleggingen av delirium skal være i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, u.å), kan det tenkes at målet må være å unngå disse negative følelsene som kan være krenkende, og utarbeidelse av en standardisert mal som forklarer testen på en måte uten å støte pleier eller pasient kan synes å være fordelaktig. Videre kan det også tenkes at det er selve verktøyet som burde modifiseres. Siden intensivsykepleierne erfarte at spørsmål som «kan en stein flyte?», virket fordummende på dem selv og pasienter, kunne eksempelvis spørsmålene i testen endres til mer «dagligdagse» og normale spørsmål som kan oppleves mer normalt for intensivsykepleierne å stille, og lettere

bli tatt imot av pasienter. Ved å finne måter å unngå disse negative følelsene, er det en mulighet for at verktøyet ville blitt brukt i større grad, og at delirium kanskje kunne blitt kartlagt bedre enn praksisen er beskrevet.

5.2 Bruke klinisk blikk eller CAM-ICU – en ambivalens

Gjennom intervjuene kom det frem at intensivsykepleierne hadde delte meninger om hvorvidt kartlegging av delirium med CAM-ICU kunne avdekke flere tilfeller, enn erfaring og klinisk blikk alene. Det ble beskrevet at klinisk blikk med liten systematikk var det som var gjeldene praksis for kartlegging av delirium i avdelingene, og de færreste brukte kartleggingsverktøy. Mange erfarte likevel at de gjorde en god kartlegging av delirium, selv om de også beskrev at CAM-ICU kunne fanget opp hypoaktivt delirium som ellers ofte gikk under radaren.

Når intensivsykepleierne beskrev hvordan det kliniske blikket var gjeldende i kartleggingen av delirium, beskrev de at de brukte momenter av verktøyet ved at de gav instruksjoner om å klemme i hånd og riste eller nikke på hodet på kommando, og mente derfor at de brukte CAM-ICU uten egentlig å bruke det. Slik kartlegging fant også Devlin et al. (2008) i deres studie som undersøkte gjeldene kartleggingspraksis. De fant at under halvparten gjorde en deliriumsvurdering, og at de aller fleste av disse brukte evnen til å utføre instruksjoner på kommando. Det kan tenkes at en slik kartlegging ikke er tilstrekkelig, da en ved å teste evnen til å utføre instruksjoner på kommando kanskje vil kunne si noe om kjennetegn nummer to, «oppmerksomhet», men ikke noe om de andre kjennetegnene for delirium som presenteres i CAM-ICU-manualen (Wøien et al., 2008). I en intensivavdeling er det ikke sjeldent at pasienter kan ha nedsatt muskelkraft, spesielt i ekstremitetene (Chau et al., 2017), og det kan derfor tenkes at slik kartlegging kan føre til at deliriumsdiagnosen kan bli stilt på feil grunnlag. På en annen side beskriver Andrews et al. (2015) i deres studie hvordan implementering av CAM-ICU ikke medførte store endringer i deliriumskartleggingen, noe som kan tyde på at eksisterende kartlegging her var tilfredsstillende. En svakhet ved denne studien kan være at blant de undersøkte, var det mange uerfarne midlertidig ansatte, noe som kan ha påvirket resultatene (Andrews et al., 2015).

Intensivsykepleierne trakk frem hvordan deres erfaring har medført en «taus kunnskap» som gjorde at de kunne «kjenne igjen» og identifisere deliriumspasienter. De erfarte at de fikk en

magefølelse og kunne «merke» dersom pasienter var i delirium. Mange så på denne erfaringen som tilfredsstillende, og valgte derfor å ikke bruke CAM-ICU. En studie som undersøkte pålitelighet og brukervennlighet av ulike kartleggingsverktøy for delirium, fant at deltakerne anså de eksisterende kartleggingsrutinene som tilstrekkelig, og at det ikke var behov for kartleggingsverktøy. De beskriver videre, slik som informantene i vår studie, at deltakerne kartla delirium ved «å bruke verktøyet, uten å egentlig bruke det» (Ewers et al., 2021). Det skal likevel nevnes at det bare var én av de fire undersøkte gruppene i denne studien som hadde denne holdningen, og denne gruppen bestod av både leger og sykepleiere med overordnede roller, og kan derfor kanskje ikke overføres til intensivsykepleierne «på gulvet». Videre hadde de fleste informantene i vår studie lang erfaring fra intensivavdeling, og det kan derfor tenkes at de har et innholdsrikt kunnskapsgrunnlag for deliriumsvurdering, i forhold til intensivsykepleiere med mindre erfaring. Et utvalg med større variasjon i erfaring ville derfor muligens gitt studiens resultat et annet utfall.

Et interessant funn i denne studien var at intensivsykepleierne ikke erfarte en nytteverdi av å bruke CAM-ICU, da hyperaktivt delirium med de tydelige karakteristiske tegnene ofte ble diagnostisert før det ble gjort en systematisk kartlegging. De erfarte at CAM-ICU kun ville gi dem informasjon de allerede hadde. Dette funnet synes å ha en sammenheng med resultatene fra en tysk studie som undersøkte avvik mellom subjektiv- og objektiv deliriumsvurdering, hvor det presenteres et høyt samsvar mellom klinisk og objektiv vurdering med CAM-ICU hos pasienter med den hyperaktive formen for delirium (Guenther et al., 2012). Videre fant Guenther et al. (2012), en overdiagnostisering av delirium hos pasienter som scoret negativt på CAM-ICU, og det kan derfor tenkes at manglende bruk av CAM-ICU kan føre til at farmakologisk behandling kan iverksettes på feil grunnlag. Det kan også tenkes at det for pasienter som blir feildiagnostisert med delirium, kan medføre en psykisk belastning, ved at de blir behandlet som at de er deliriske når de egentlig ikke er det. I resultatkapittelet ble det beskrevet et eksempel på et slikt tilfelle, som omhandlet en pasient som «alle» intensivsykepleierne mente var delirøs på grunn av sin oppførsel, men som CAM-ICU avkrefte først etter lang tid. Slike potensielle konsekvenser av en manglende systematisk kartlegging vil kunne være i strid med de yrkesetiske retningslinjene, som beskriver at sykepleiere skal arbeide helsefremmende og gi omsorgsfull hjelp ved å ivareta den enkelte pasient (Norsk sykepleierforbund, u.å). På en annen side, kan det være en mulighet for at vedkommende i eksempelet var delirøs, men at verktøyet likevel bidro til et negativt resultat.

Dersom dette er tilfelle, kan det tyde på at verktøyets spesifisitet ikke er like godt som beskrevet (Ely, Inouye, et al., 2001; Ely, Margolin, et al., 2001; Gusmao-Flores et al., 2012).

Selv om intensivsykepleierne beskrev erfaringer om et verktøy som ofte ikke gav dem ny informasjon, påpekte flere på en annen side viktigheten av tidlig diagnostikk, og mente verktøyet i større grad burde brukes i en tidligere fase for å avsløre delirium før det ble synlig klinisk. Om CAM-ICU kunne fanget opp disse pasientene tidligere er vanskelig å si, men resultater fra Jung et al. (2013) sin studie hevder at verktøyet var effektivt for å avsløre delirium som allerede var til stede, men ikke til å forutsi den kliniske diagnosen, slik at verktøyet ikke egnet seg som forebygging. På en annen side viser tidligere forskning at delirium fremtrer hyppigst i en kombinert form mellom hypo- og hyperaktivt delirium (Krewulak et al., 2018; Peterson et al., 2006), slik at det kan tenkes at pasienter kan være i en hypoaktiv fase før delirium synes klinisk i den hyperaktive fasen. Ved å bruke CAM-ICU på et tidligere stadium kan det derfor tenkes at pasienter kunne vært fanget opp, med påfølgende iverksettelse av tiltak på et tidligere tidspunkt.

Selv om intensivsykepleierne erfarte at det ofte var tilstrekkelig med erfaring og klinisk blikk i kartleggingen av delirium, antok de fleste at hypoaktive tilfeller av delirium aldri ble fanget opp ved deres avdeling. En rekke studier presenterer også delirium som en underdiagnostisert tilstand, hvor den hypoaktive formen, med sine subtile tegn, ofte blir oversett (Chen et al., 2021; Kalabalik et al., 2014; Krewulak et al., 2018; Rood et al., 2018; Salluh et al., 2015). At hypoaktivt delirium ofte ble oversett kan muligens settes i sammenheng med at det ikke fantes kartleggingsrutiner i praksis ved de undersøkte avdelingene. Dette støttes opp ved den tyske studien som fant at subjektiv vurdering ikke oppdaget delirium hos et bekymringsfullt høyt antall pasienter som hadde delirium ifølge kriteriene til CAM-ICU (Guenther et al., 2012). Selv om det ikke var rutiner i praksis for deliriumskartlegging, ble det beskrevet av intensivsykepleierne i vår studie at de likevel brukte verktøyet ved noen anledninger. Det ble da beskrevet at verktøyet i stor grad ble brukt for å bekrefte eller avkrefte egne vurderinger, og at verktøyet derfor ble mest brukt for egen del, uten at det nødvendigvis ble dokumentert. Mange av intensivsykepleierne foreslo at verktøyet burde brukes på alle, da de mente at klinisk blikk alene ikke var tilstrekkelig i kartleggingen av særlig hypoaktivt delirium. Det kan tenkes at pleie og behandling vil kunne kvalitetssikres ved å bruke verktøyet rutinemessig, slik at over- og underdiagnostisering unngås. Sykepleien som utøves vil dermed kunne være i tråd med funksjon og ansvarsbeskrivelsene for intensivsykepleiere, ved en systematisk observasjon og

vurdering av risiko for helsesvikt som delirium utgjør, og iverksettelse av tiltak som kan forebygge videre utvikling av delirium (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). På en annen side har en studie vist at CAM-ICU hos den hypoaktive formen for delirium hadde lav sensitivitet (van Eijk et al., 2011), noe som kan tenkes å kunne utfordre deteksjonen av hypoaktivt delirium selv ved bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU.

5.3 Organisatoriske forhold utfordrer bruk av CAM-ICU

Et overordnet funn i analysen, var at CAM-ICU var et verktøy som ble brukt lite systematisk og rutinemessig ved de undersøkte avdelingene. At verktøyet ble lite brukt, var i stor grad knyttet til at det ikke medførte en videre konsekvens og at det var en arbeidsoppgave som var lett å nedprioritere av ulike årsaker. Intensivsykepleierne erfarte at det var lite fokus på verktøyet og at opplæringen var mangelfull.

Et hovedfunn som ble presentert gjennom intervjuene var at intensivsykepleierne så på andre arbeidsoppgaver som viktigere enn CAM-ICU, og de erfarte at verktøyet ofte ble nedprioritert. At andre arbeidsoppgaver gikk foran utførelsen av CAM-ICU er noe som også er fremtredende i flere studier (Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Ramoo et al., 2018; Scott et al., 2013; Zamoscik et al., 2017). Intensivsykepleierne i vår studie beskrev ulike årsaker til at verktøyet ble nedprioritert og lite brukt, men de var mest opptatt av at en CAM-ICU-score ikke fikk noen videre konsekvens i behandlingen.

Intensivsykepleierne beskrev at uavhengig av kartlegging med CAM-ICU, ble tiltak som ro og skjerming ofte iverksatt, og de så derfor ikke at CAM-ICU ville medføre en videre konsekvens. En annen årsak var at en positiv CAM-ICU ofte ikke ville medført tiltak for ro og skjerming, på grunn av begrensede ressurser, som tilgang på enerom og svak bemanning, noe de hadde erfart særlig gjeldende under covid-19 pandemien. Mangel på enerom og ressurser som en faktor for manglene konsekvens av kartlegging er ikke noe som går igjen i tidligere studier knyttet til erfaringer med CAM-ICU, noe som kanskje kan ha en sammenheng med at de fleste studiene er gjennomført i tiden før pandemien brøt ut. Det er derimot i NAVs bedriftsundersøkelse fra 2021, beskrevet at det over flere år har vært en stor mangel på spesialsykepleiere. Videre presiseres det at denne mangelen på spesialsykepleiere ytterligere har blitt forsterket gjennom pandemien (Gjerde, 2021, s. 6), noe som støtter opp under

informantenes erfaring i vår studie, når de beskrev at manglende personell medførte at pasienter i større grad ble liggende på flermannstuer, slik at en positiv CAM-ICU derfor ikke medførte videre tiltak. Selv om denne undersøkelsen ikke skiller intensivsykepleiere fra de ulike spesialitetene, sier den likevel noe om den generelle mangelen innenfor spesialisthelsetjenesten. I starten av pandemien foretok riksrevisjonen en undersøkelse knyttet til bemanningsutfordringer ved helseforetakene, hvor de fant at det ved de fleste avdelinger hvor det jobbet intensivsykepleiere var ledige stillinger, og har beskrevet at utfordringer med rekruttering var gjeldene (Riksrevisjonen, 2020, s. 17).

Videre knyttet intensivsykepleierne i vår studie, erfaringene om manglende konsekvens av kartlegging med CAM-ICU opp mot mangelfull kunnskap-, oppfølging- og behandling av delirium hos legene, og de beskrev hvordan dette medførte at de ble demotivert og ikke så en nytteverdi i å bruke verktøyet. En manglende oppfølging fra legesiden presenteres også i flere studier (Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Ramoo et al., 2018; Scott et al., 2013; Steinseth et al., 2018; Zamoscic et al., 2017), noe som kan tyde på at deliriumsbehandlingen muligens er lite standardisert og at verktøyet derfor kan miste sin nytteverdi. Dette støtter studier opp under, som påpeker at en manglende evidensbasert behandlingsstrategi kan være årsak for manglende oppfølging fra legesiden (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Zamoscic et al., 2017). På en annen side beskriver studier hvordan intensivsykepleiere har erfart at kartlegging har ført til endret og tilpasset farmakologisk behandling av delirium (Eastwood et al., 2012; Steinseth et al., 2018). Det kan tenkes at årsaken til at studier fant ulik oppfølging av kartleggingen, kanskje kan knyttes til varierende behandlingsprotokoller og standardisering ved ulike sykehus og avdelinger. Videre er det også funnet varierende oppfølging av kartlegging med CAM-ICU i en og samme studie (Steinseth et al., 2018), noe som kan tyde på en ulik oppfatning hos de enkelte intensivsykepleierne.

Intensivsykepleierne i vår studie erfarte verktøyet som en byrde i en allerede travel hverdag, noe som ytterligere ble beskrevet som en årsak til nedprioritering. Selv om mange hadde erfart at det ikke nødvendigvis tok mange minuttene å gjennomføre en CAM-ICU, erfarte de likevel at dette var tid de heller skulle brukt på andre oppgaver, og verktøyet ble derfor valgt bort. At CAM-ICU var for tidkrevende beskriver også flere studier (Ewers et al., 2021; Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Zamoscic et al., 2017), og enkelte beskrev i likhet med vår studie at verktøyet var «nok en ting» som skulle gjøres i løpet av en travel arbeidshverdag med høyt tempo og stress (Ewers et al., 2021; Jung et al., 2013). Derimot har andre studier funnet at

verktøyet ikke var tidkrevende (Elliott, 2014; Riekerk et al., 2009). Elliott (2014) undersøkte barrierer for deliriumsvurdering hos helsepersonell, og fant at 82% av de undersøkte ikke så på tid som en barriere for kartlegging med CAM-ICU. At tid ikke ble sett på som en barriere i denne studien, kan tenkes å ha sammenheng med at undersøkelsen også inkluderte leger, og det er ikke beskrevet hvor stor andel av de som hadde denne oppfattelsen som var sykepleiere eller leger. På en annen side var 40% av de som mente det var tidkrevende, sykepleiere (Elliott, 2014). Riekerk et al. (2009) fant derimot at sykepleierne etter praktisk og teoretisk opplæring ikke opplevde verktøyet som tidkrevende, noe som kan tyde på at god opplæring kan medføre at verktøyet oppleves raskere i bruk.

Til slutt begrunnet intensivsykepleierne i vår studie, nedprioriteringen av CAM-ICU med at det var nødvendig å gjøre en prioritering på hvor pasienter skulle bruke sine krefter. Å gjøre en slik avveining kan synes å være i tråd med intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsbeskrivelser som beskriver at intensivsykepleiere kontinuerlig skal vurdere pasienters ressurser og gjennomføre tiltak for å blant annet bevare funksjonell kapasitet (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

Å ha behov for fokus og klare retningslinjer knyttet til CAM-ICU

De fleste av intensivsykepleierne i vår studie erfarte at CAM-ICU ikke var rutine i daglig praksis, på tross av at de fleste mente de hadde det som prosedyre ved deres avdeling. Det ble ytret et ønske om å få CAM-ICU implementert som en rutine på linje med andre gjøremål i løpet av en arbeidsdag, men for å få dette til mente de at et samarbeid mellom ledelsen og de ansatte «på gulvet» var essensielt. Undervisning og veiledning ble beskrevet som viktige faktorer for å få verktøyet godt implementert, men de mente også en holdningsendring måtte til for at dette skulle bli vellykket. Flere studier har vist at opplæring i CAM-ICU har ført til at verktøyet ble brukt i større grad, selv om det også presenteres at mange pasienter var «umulig å vurdere» (DiLibero et al., 2016; Ramoo et al., 2018; Riekerk et al., 2009; Sjøbø et al., 2012; Spiegelberg et al., 2020). Videre beskriver Riekerk et al. (2009) i sin studie hvordan intensivsykepleieres motvilje og holdninger endret seg i løpet av implementeringsperioden, og det kan derfor synes at implementeringen i seg selv kan være en motivasjon for å bruke verktøyet, og dermed føre til en holdningsendring blant intensivsykepleiere. Selv om studier har presentert ulike positive effekter av opplæring (DiLibero et al., 2016; Kim & Kim, 2021; Ramoo et al., 2018; Riekerk et al., 2009; Scott et al., 2013; Sjøbø et al., 2012; Smith et al., 2017; Spiegelberg et al., 2020), fant derimot DeForge et al. (2020) at et utdanningsprogram

ikke økte frekvensen i deliriumskartlegging blant intensivsykepleierne, fordi det etter intervensjon fortsatt var en stor andel pasienter som intensivsykepleierne anså som «umulig å vurdere», til tross for at de oppfylte kriteriene for å vurderes med CAM-ICU.

At det ser ut til å være ulik effekt av opplæring i forskjellige studier, kan tenkes å ha en sammenheng med at det kan finnes ulike opplæringsopplegg med varierende kvalitet.

I våre resultater kommer det også frem at legene i avdelingen hadde stor innflytelse på intensivsykepleierens fokusområder, og det kan derfor tenkes at undervisning i verktøyet også for legene ville vært nyttig for at verktøyet skal kunne bli implementert. Dette støttes opp av Ramoo et al. (2018) som hevder tverrprofesjonell undervisning er avgjørende for en vellykket implementering. Noen av intensivsykepleierne mente at kartlegging med CAM-ICU kunne virke positivt for pasienters kognitive funksjon på lang sikt. Ved å øke kunnskapene også hos legene kan det tenkes at kartlegging med CAM-ICU kan være i tråd med intensivsykepleierens behandlende og rehabiliterende funksjon, som beskriver intensivsykepleierens ansvar for å opprettholde, forsterke eller gjenopprette pasienters funksjoner og ressurser. For å forbedre langsiktige pasientutfall kan det tenkes at det er nødvendig med et samarbeid med andre profesjoner selv om CAM-ICU blir brukt rutinemessig (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017) .

Intensivsykepleierne i vår studie var svært opptatt av at fokuset på CAM-ICU måtte vedlikeholdes over tid for at verktøyet skulle bli godt implementert. Mange hadde erfart at det tidligere hadde vært et fokus på CAM-ICU i avdelingen, men at det nå var andre fokusområder som hadde overtatt på tross av at delirium fortsatt var et problem. At fokus over tid er nødvendig beskrives også i studien til Stewart og Bench (2018), som så en økning initialt i deliriumskartlegging etter implementering uten at dette ble vedlikeholdt over tid. En slik kortvarig økning beskrev også informantene våre, og det kan tenkes at en kort periode med innsats derfor ikke er tilstrekkelig. En engasjert person i avdelingen kan tenkes å ha en god effekt, ved å løfte fokus og skape engasjement rundt feltet, noe også enkelte av informantene påpekte. Dette støttes også opp av Ewers et al. (2021) som beskrev viktigheten av å ha en «superbruker» i CAM-ICU, som kunne fremme overholdelse av bruk av verktøyet.

Om verktøyet skulle bli implementert som en rutine, ble det av intensivsykepleierne lagt vekt på viktigheten av å ha faste konkrete rutiner og retningslinjer for «når, hvor ofte og til hvem» verktøyet skulle brukes og ikke bli glemt.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å kartlegge intensivsykepleieres erfaringer med kartleggingsverktøyet CAM-ICU. Intensivsykepleierne i denne studien erfarte flere paradokser knyttet til kartleggingsverktøyet, og at verktøyet ble brukt i svært liten grad. Det kom frem flere positive erfaringer med kartleggingsverktøyet, som at verktøyet kunne bedre underdiagnostisering av delirium. Til tross for positive aspekter, var utfordringer knyttet til verktøyet mest fremtredende. Kartleggingsverktøyet ble opplevd komplisert og tidkrevende, og det medførte ingen behandlingsmessig konsekvens av kartleggingen. I tillegg kunne verktøyets egenskaper true intensivsykepleierens profesjonelle integritet og pasientenes verdighet. På grunn av disse utfordringene, prioriterte intensivsykepleierne verktøyet lavt. Opplæring ble ansett som essensielt for verktøyet, og de erfarte at undervisning, fokus og klare retningslinjer var mangelfullt, på tross av at intensivsykepleierne ytret ønske om en bedre deliriumskartlegging.

Våre funn fra en norsk kontekst gir ny kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer fra norske sykehus, da det tidligere er gjort få studier knyttet til problemstillingen i Norge. Vi ser likevel at funnene i stor grad samsvarer med resultater fra tidligere internasjonale studier.

Felles for temaene som kom frem fra studien kan det konkluderes med at tilstrekkelig- og god opplæring, holdningsendringer og klare retningslinjer er en forutsetning for en god kartlegging i tråd med funksjon- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere når det gjelder kartlegging av delirium. Videre synes det å være behov for en kontinuerlig prosess, for å unngå at verktøyet etter implementering faller bort fra rutinene i praksis. Selv om valideringsstudier viser at verktøyet er valid og reliabelt, kan det ut ifra resultatene synes at verktøyet ikke er optimalt for bruk i et hektisk intensivmiljø. Slik verktøyet er i dag, bidrar det ikke til kartlegging av delirium i tilfredsstillende grad, og på bakgrunn av alvorlighetsgraden og utbredelsen av delirium, kan det derfor være behov for å tenke nytt, og bane nye veier i deliriumskartleggingen. Videreutvikling av CAM-ICU eller nye kartleggingsmetoder kan være nødvendig for å bedre kartlegging av delirium og utsiktene av deliriumsdiagnosen.

7.0 Implikasjoner for praksis

Funnene i dette prosjektet kan bidra til økt fokus og interesse på delirium som diagnose, og på kartleggingsrutiner i avdelingen. I tillegg kan det ved å belyse utfordringene, peke mot muligheter for å begrense eller forhindre disse, noe som kan bidra til tidligere diagnostisering av delirium, som igjen kan føre til færre konsekvenser for pasienter, helsepersonell og samfunn (Arend & Christensen, 2009; Kalabalik et al., 2014; Steinseth et al., 2018).

Etter arbeid med dette masterprosjektet ser vi at det muligens er behov for en reevaluering av CAM-ICU-verktøyet. Selv om det eksisterer utenlandske studier som vurderer ulike kartleggingsverktøy opp mot hverandre, vil det være nyttig å gjøre slike studier ved norske sykehus for å finne ut hva som best egner seg ved norske forhold. Det kan virke som det er behov for et verktøy som er litt lettere i bruk, og som vil føre til en målrettet behandling ved et positivt resultat. Eventuelt kan det være at avdelingene ikke føler behovet for et kartleggingsverktøy, da egne vurderinger heller brukes.

Etter en omfattende prosess med å søke etter tidligere studier, ble det funnet svært få fra Norge om CAM-ICU, og spesielt om erfaringer rundt verktøyet. Med dette som bakgrunn legger det videre grunnlag for behov for ytterligere forskning. Mer forskning på sensitiviteten og spesifisiteten av CAM-ICU, kunne vært nyttig, for å gå mer i dybden på hvilke momenter som gjør det vanskelig, og som fører til at det ikke blir brukt. En omfattende studie som hadde vist forekomst av delirium med konsekvenser som oppstår i en intensivavdeling i Norge hadde også vært hensiktsmessig å belyse. Pre- og posttest-studier i forhold til implementering og erfaringer, kunne gitt kunnskap som kan sammenlignes med resultater fra internasjonale studier. Til slutt vil vi også trekke frem at en studie med fokus på pasienters erfaringer med opplevd delirium, og deres opplevelse av å bli vurdert for delirium, hadde vært svært interessant.

Referanseliste:

- Alver, B. G. (2015). *Ansvar for den enkelte*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 5. januar 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/ansvar-for-den-enkelte/#Anonymisering>
- Andrews, L., Silva, S. G., Kaplan, S. & Zimbro, K. (2015). Delirium monitoring and patient outcomes in a general intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 24(1), 48-56. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015740>
- Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00324.x>
- Balková, M. & Tomagová, M. (2018). Use of measurement tools for screening of postoperative delirium in nursing practice. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(3), 897-904. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0021>
- Chau, L. M., Nygaard, A.-M. & Leonardsen, A.-C. L. (2017). Polynevromyopati hos intensivpasienter. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63849>
- Chen, H., Mo, L., Hu, H., Ou, Y. & Luo, J. (2021). Risk factors of postoperative delirium after cardiac surgery: a meta-analysis. *Journal of cardiothoracic surgery*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13019-021-01496-w>
- DeForge, C. E., Yip, N. H., Dzierba, A. L., Ryan, P. G. & Larson, E. L. (2020). Evaluation of an Educational Intervention Utilizing Nurse "Champions" and Nurses' Documentation of Intensive Care Unit Delirium. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 39(3), 155-162. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000416>
- Devlin, J. W., Fong, J. J., Howard, E. P., Skrobik, Y., McCoy, N., Yasuda, C. & Marshall, J. (2008). Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. *American Journal of Critical Care*, 17(6), 555-565. <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.6.555>
- DiLibero, J., O'Donoghue, S. C., DeSanto-Madeya, S., Felix, J., Ninobla, A. & Woods, A. (2016). An innovative approach to improving the accuracy of delirium assessments using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(2), 74-80. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000167>
- Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. HK-dir. Hentet 29. mars 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=bmj&tv=true>
- Eastwood, G. M., Peck, L., Bellomo, R., Baldwin, I. & Reade, M. C. (2012). A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Australian Critical Care*, 25(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.01.005>
- Elliott, S. R. (2014). ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(6), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.004>
- Ely, E. W. (2002, oktober 2010). *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) The Complete Training Manual*. Hentet 29. mars 2022 fra <http://www.cynosurehealth.org/wp-content/uploads/2018/09/cam-icu-training.pdf?msclkid=b1bbd0a2af8511eca9290cbcc6fa567a>
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S. & Margolin, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Jama*, 286(21), 2703-2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G. R. & Inouye, S. K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the

- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379. <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell Jr, F. E., Inouye, S. K., Bernard, G. R. & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*, 291(14), 1753-1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Ely, E. W., Stephens, R. K., Jackson, J. C., Thomason, J. W., Truman, B., Gordon, S., Dittus, R. S. & Bernard, G. R. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, 32(1), 106-112. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000098033.94737.84>
- Ewers, R., Bloomer, M. J. & Hutchinson, A. (2021). An exploration of the reliability and usability of two delirium screening tools in an Australian intensive care unit: A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102919. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102919>
- Fan, Y., Guo, Y., Li, Q. & Zhu, X. (2012). A review: nursing of intensive care unit delirium. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(6), 307-316. <https://doi.org/10.1097/JNN.0B013E3182682F7F>
- Fosshem, H. J. (2015). *Konfidensialitet*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 5. januar 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/konfidensialitet/>
- Gélinas, C., Bérubé, M., Chevrier, A., Pun, B. T., Ely, E. W., Skrobik, Y. & Barr, J. (2018). Delirium assessment tools for use in critically ill adults: a psychometric analysis and systematic review. *Critical care nurse*, 38(1), 38-49. <https://doi.org/10.4037/ccn2018633>
- Gjerde, A. (2021). NAV bedriftsundersøkelse 2021. NAV. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/navs-bedriftsundersokelse-2021-fortsatt-hoy-mangel-pa-arbeidskraft>
- Greaves, D., Psaltis, P. J., Davis, D. H., Ross, T. J., Ghezzi, E. S., Lampit, A., Smith, A. E. & Keage, H. A. (2020). Risk Factors for Delirium and Cognitive Decline Following Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*, 9(22), e017275. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017275>
- Guenther, U., Weykam, J., Andorfer, U., Theuerkauf, N., Popp, J., Ely, E. W. & Putensen, C. (2012). Implications of objective vs subjective delirium assessment in surgical intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 21(1), e12-e20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012735>
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Chalhub, R. Á. & Quarantini, L. C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical care*, 16(4), 1-10. <https://doi.org/10.1186/cc11407>
- Helse- og sosialpersonell. (2022). I Statistisk sentralbyrå. Hentet 21. april 2022 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell#om-statistikken>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-2021-06-18-116). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ho, M. H., Montgomery, A., Traynor, V., Chang, C. C., Kuo, K. N., Chang, H. C. & Chen, K. H. (2020). Diagnostic performance of delirium assessment tools in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 301-310. <https://doi.org/10.1111/wvn.12462>
- Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lunde, T., Melsom, P. A., Skolbekken, J.-A., Møller, V. S., Staff, A., Ulrichsen, C. P., Vatten, L. & Wifstad, Å. (2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Huai, J. & Ye, X. (2014). A meta-analysis of critically ill patients reveals several potential risk factors for delirium. *General hospital psychiatry*, 36(5), 488-496. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.05.002>

- Huang, H., Li, H., Zhang, X., Shi, G., Xu, M., Ru, X., Chen, Y., Patel, M. B., Ely, E. W. & Lin, S. (2021). Association of postoperative delirium with cognitive outcomes: A meta-analysis. *Journal of Clinical Anesthesia*, 75, 110496. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110496>
- Jung, J.-H., Lim, J.-H., Kim, E.-J., An, H.-C., Kang, M.-K., Lee, J., Min, Y.-K., Park, E.-Z., Song, X.-H. & Kim, H.-R. (2013). The experience of delirium care and clinical feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU. *Clinical nursing research*, 22(1), 95-111. <https://doi.org/10.1177/1054773812447187>
- Kalabalik, J., Brunetti, L. & El-Srougy, R. (2014). Intensive care unit delirium: a review of the literature. *Journal of pharmacy practice*, 27(2), 195-207. <https://doi.org/10.1177/0897190013513804>
- Khan, B. A., Zawahiri, M., Campbell, N. L., Fox, G. C., Weinstein, E. J., Nazir, A., Farber, M. O., Buckley, J. D., MacLulich, A. & Boustani, M. A. (2012). Delirium in hospitalized patients: implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research—a systematic evidence review. *Journal of hospital medicine*, 7(7), 580-589. <https://doi.org/10.1002/jhm.1949>
- Kim, Y.-N. & Kim, D.-H. (2021). Effects of case-based confusion assessment methods for intensive care unit training on delirium knowledge and delirium assessment accuracy of intensive care units: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 103, 104954. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104954>
- Kok, L., Slooter, A. J., Hillegers, M. H., van Dijk, D. & Veldhuijzen, D. S. (2018). Benzodiazepine use and neuropsychiatric outcomes in the ICU: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 46(10), 1673-1680. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003300>
- Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Ely, E. W. & Fiest, K. M. (2020). Risk factors and outcomes among delirium subtypes in adult ICUs: A systematic review. *Journal of critical care*, 56, 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.017>
- Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Leigh, J. P., Ely, E. W. & Fiest, K. M. (2018). Incidence and prevalence of delirium subtypes in an adult ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 46(12), 2029-2035. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003402>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 2009)
- Lin, L., Peng, Y., Zhang, H., Huang, X., Chen, L. & Lin, Y. (2022). Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nursing open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1214>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Mattar, I., Moon Fai, C. & Childs, C. (2012). Factors causing acute delirium in critically ill adult patients: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(3), 187-231. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-3>
- Norsk legemiddelhandbok. (2020). *T5.8 Delirium*. Legemiddelhandboka. Hentet 31. mars 2022 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.8/Delirium>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*, NSF etikk. Hentet 12. april 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. NSFLIS. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlGcKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (u.å). *Fag, utdanning og forskning*. NSFLIS. Hentet 31.mars 2022 fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-0>

- Nunkoosing, K. (2005). The Problems With Interviews. *Qualitative Health Research*, 15(5), 698-706. <https://doi.org/10.1177/1049732304273903>
- Oxenbøll-Collet, M., Egerod, I., Christensen, V., Jensen, J. & Thomsen, T. (2018). Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study. *Nursing in Critical Care*, 23(1), 16-22. <https://doi.org/10.1111/nicc.12254>
- Panitchote, A., Tangvoraphonkchai, K., Suebsoh, N., Eamma, W., Chanthonglarng, B., Tiamkao, S. & Limpawattana, P. (2015). Under-recognition of delirium in older adults by nurses in the intensive care unit setting. *Aging clinical and experimental research*, 27(5), 735-740. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0323-6>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patel, R. P., Gambrell, M., Speroff, T., Scott, T. A., Pun, B. T., Okahashi, J., Strength, C., Pandharipande, P., Girard, T. D., Burgess, H., Dittus, R. S., Bernard, G. R. & Ely, E. W. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Crit Care Med*, 37(3), 825-832. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819b8608>
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K. & Ely, E. W. (2006). Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(3), 479-484. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9. utg.). Wolters Kluwer.
- Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Surat Singh, S. K., Baharudin, A. A., Danaee, M. & Thinagaran, R. R. R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4028-4039. <https://doi.org/10.1111/jocn.14525>
- Riekerk, B., Pen, E. J., Hofhuis, J. G. M., Rommes, J. H., Schultz, M. J. & Spronk, P. E. (2009). Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.04.001>
- Riksrevisjonen. (2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Rood, P., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Schoonhoven, L., Pickkers, P. & van den Boogaard, M. (2018). Effect of organisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-regression analysis. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 31(3), 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.002>
- Rosgen, B. K., Krewulak, K. D., Stelfox, H. T., Ely, E. W., Davidson, J. E. & Fiest, K. M. (2020). The association of delirium severity with patient and health system outcomes in hospitalised patients: a systematic review. *Age & Ageing*, 49(4), 549-557. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa053>
- Salluh, J. I., Wang, H., Schneider, E. B., Nagarajan, N., Yenokyan, G., Damluji, A., Serafim, R. B. & Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 350, h2538. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2538>
- Scott, P., McIlveney, F. & Mallice, M. (2013). Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(2), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.09.001>
- Sjøbbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien forskning*, 7(4), 358-368. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0155>

- Smith, J. M., Van Aman, M. N., Schneiderhahn, M. E., Edelman, R. & Ercole, P. M. (2017). Assessment of delirium in intensive care unit patients: Educational strategies. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(5), 239-244. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170418-09>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-2021-06-18-127). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Spiegelberg, J., Song, H., Pun, B., Webb, P. & Boehm, L. M. (2020). Early identification of delirium in intensive care unit patients: Improving the quality of care. *Critical care nurse*, 40(2), 33-43. <https://doi.org/10.4037/ccn2020706>
- Steinseth, E. B., Høy, S. & Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses - A mixed-methods study. *Intensive Crit Care Nurs*, 47, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.005>
- Stewart, C. & Bench, S. (2018). Evaluating the implementation of confusion assessment method-intensive care unit using a quality improvement approach. *Nursing in Critical Care*, 23(4), 172-178. <https://doi.org/10.1111/nicc.12354>
- Svenningsen, H. & Tønnesen, E. (2011). Sedations- og deliriumvurdering på danske intensivafdelinger. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing*, 111(15), 70-74. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2011-15/sedations-og-deliriumvurdering-paa-danske-intensivafdelinger>
- Thomason, J. W., Shintani, A., Peterson, J. F., Pun, B. T., Jackson, J. C. & Ely, E. (2005). Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 non-ventilated patients. *Critical care*, 9(4), 1-7. <https://doi.org/10.1186/cc3729>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Agder. (2018). *Rutinar for behandling av personopplysningar i forskning og i studentoppgåver*. UIA. Hentet 23. August 2021 fra <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forskning-og-i-studentoppgaaver>
- van Eijk, M. M., van den Boogaard, M., van Marum, R. J., Benner, P., Eikelenboom, P., Honing, M. L., van der Hoven, B., Horn, J., Izaks, G. J. & Kalf, A. (2011). Routine use of the confusion assessment method for the intensive care unit: a multicenter study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 184(3), 340-344. <https://doi.org/10.1164/rccm.201101-0065OC>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Wøien, H., Alfheim, H. B., Langerud, A. K. & Stubhaug, A. (2008). *Vurdering av forvirring hos intensivpasienter The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Treningsmanual*, Norsk sykepleierforbund. Hentet 29. mars 2022 fra <https://www.nsf.no/Content/329373/cache=20101304180533/CAM-ICU%20Training%20Manual%20Norwegian%20FINAL%202012-12-08%20pdf.pdf>
- Wøien, H., Balsliemke, S. & Stubhaug, A. (2013). The incidence of delirium in Norwegian intensive care units; deep sedation makes assessment difficult. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57(3), 294-302. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02793.x>
- Zamoscic, K., Godbold, R. & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 40, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>
- Zaal, I. J., Devlin, J. W., Peelen, L. M. & Slooter, A. J. (2015). A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 43(1), 40-47. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000625>
- Øverby, N. C., Fegran, L., Bjørnstad, J. O. & Johansen, B. T. (2011, 19. februar 2020). *MASTERHÅNDBOK: Veiledende retningslinjer for mastergrad i klinisk helsevitenskap, psykososial helse, folkevitenenskap, idrettsvitenskap og spesialsykepleie*. Universitetet i Agder: Fakultet for helse- og idrettsvitenskap,. <https://www.uia.no/om-uia/fakultet/fakultet-for->

[helse-og-idrettsvitenskap/om-fakultet-for-helse-og-idrettsvitenskap/veiledning-til-masteroppgave](#)

VEDLEGG 1

Vedlegg 1- Søkestreng knyttet til problemstilling

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Published Date: 20050101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL; MEDLINE	183
S5	("Assessment tool*" OR "screening method*" OR "instrument validat*") N2 delir* OR confusion OR (acute N2 (confus* OR encephalopat* OR psychosis))	Limiters - Published Date: 20050101-20220331; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL; MEDLINE	38,818
S4	experience* OR qualitative OR phenomenology* OR interview* OR assesment* OR thematic OR themes OR percept* OR attitude* OR belie* OR view* OR opinion* OR practice* OR role OR roles OR knowledge OR Skill OR skills OR Compliance* OR adherence* OR Accuracy	Limiters - Published Date: 20050101-20220331; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL; MEDLINE	7,334,283
S3	Unit* N2 "intensive care" OR "critical care" ((intensiv* OR critical*) N2 (ill* OR unit* OR nurse* OR nursing* OR care*)) OR ICU OR "ICU's"	Limiters - Published Date: 20050101-20220331; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL; MEDLINE	255,928
S2	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* OR CAM-ICU	Limiters - Published Date: 20050101-20220331; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL; MEDLINE	914
S1	Nurs* OR nurs* N3 (Critical care OR (ICU OR intensive care))	Limiters - Published Date: 20050101-20220331; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL; MEDLINE	1,099,460

VEDLEGG 2

Vedlegg 2 – Søkestreng knyttet til delirium

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	S7 OR S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	198
S9	S1 AND S2 AND S5 AND S6	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Published Date: 20050101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	70
S8	S1 AND S2 AND S4 AND S6	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Published Date: 20050101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	52
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S6	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Published Date: 20050101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	130
S6	TI (review* OR meta-analys*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	973,607
S5	prevalence	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,061,710
S4	outcome* AND (short-term OR long-term)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	421,001
S3	factor* N2 (risk* OR trigger*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,836,172
S2	Unit* N2 “intensive care” OR “critical care”	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	563,573

VEDLEGG 2

			Database - CINAHL;MEDLINE	
S1	delir* OR confusion OR (acute N2 (confus* OR encephalopat* OR psychosis)) AND adult*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	87,502

VEDLEGG 3

Vedlegg 3 - Intervjuguide

1. Fortell litt om hvordan du opplever å være intensivsykepleier til en pasient med delirium.
 - a. Kan du fortelle om en pasientsituasjon du har vært borti?
 - b. Hvor ofte opplever du å ha pasienter med delirium?
 - c. Hva mener du er god pleie til en pasient med delirium?
 - d. Kan du fortelle litt om hvilke konsekvenser du opplever delirium kan føre med seg?
2. Kan du fortelle litt om hvordan du kartlegger delirium hos intensivpasienter?
 - a. Vet du om det finnes kartleggingsrutiner for å oppdage delirium finnes det ved din intensivavdeling?
 - b. Etter din mening, synes du det er behov for kartleggingsverktøy for å oppdage delirium?
 - c. Opplever du at det er noe som påvirker dine vurderinger i kartlegging av delirium?
3. Hvordan opplever du at CAM-ICU er å bruke?
 - a. Hvor ofte bruker du verktøyet for å kartlegge for delirium?
 - b. Hvordan er opplæring eller veiledning i bruk av verktøyet?
 - c. Hvordan tror du det kan oppleves for intensivpasienten å bli vurdert for delirium?
 - d. Opplever du at det er utfordringer eller hindringer som stopper deg i å bruke verktøyet?

Tips til oss selv:

- Husk på lange pauser
- Kan du utdype ...?
- Hva mener du med. ...?
- Kan du forklare ...?
- Forstår vi deg riktig når du sier at ...?

VEDLEGG 4

Vedlegg 4 – Informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser med kartleggingsverktøyet for delirium, CAM-ICU – En kvalitativ studie”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskapen om intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser ved bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å bringe frem ny kunnskap rundt bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU, ved å se på intensivsykepleieres erfaringer, opplevelser og deres vurderinger i bruk av verktøyet.

Oppgavens omfang vil være begrenset til 8-12 intervjudeltagere og til 2-3 intensivavdelinger i Norge.

Vi har utarbeidet følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU i vurdering av delirium hos intensivpasienter i en intensivavdeling”

Oppgaven er en masteroppgave i intensivsykepleie.

Opplysningene som innhentes skal i første omgang brukes som data/tekst i masteroppgaven. Etter prosjektets slutt er det mulig at resultatene blir publisert i en vitenskapelig artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder, fakultet for helse- og idrettsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien fordi du er intensivsykepleier med over 5 års erfaring fra intensivyrket, og ditt nåværende arbeidssted er ved en intensivavdeling.

Alle som utfyller disse kriteriene ved de utvalgte intensivavdelingene, vil bli invitert til å være med å delta i prosjektet.

Vi vet enda ikke hvem du er eller hva du heter, men din avdelingssykepleier eller fagutviklingssykepleier ved din arbeidsplass gir deg dette brevet fra oss. Hvis du har lyst å være med i forskningsprosjektet, må du skrive under på siste ark i dette brevet, og da vil vi ta kontakt med deg.

Hvis du ikke har lyst å være med, tar vi ikke kontakt med deg.

Obs: Dersom mange takker ja til å være med i denne studien, vil det bli det bare blir plukket ut noen for å få en variasjon i kjønn og alder. Om du ikke blir plukket ut, vil du uansett høre ifra oss.

VEDLEGG 4

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i denne studien, innebærer det et personlig intervju, utført av to masterstudenter. Intervjuet vil foregå der hvor det er mest hensiktsmessig for deg, for eksempel hjemme hos deg eller på din arbeidsplass, det er helt opp til deg. Varigheten på intervjuet vil være mellom 30-60 minutter, så du må kunne sette av minimum én time.

Vi har på forhånd forberedt noen spørsmål som vi ønsker at du skal svare på, men siden det er dine erfaringer og opplevelser vi ønsker å vite mer om, står du innenfor temaet fritt til å fortelle om det du ønsker. Spørsmålene som blir stilt vil i hovedsak dreie seg om dine erfaringer og opplevelser rundt bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU.

Hele intervjuet vil bli tatt opp på en godkjent lydopptaker, og vi vil underveis gjøre noen notater. I etterkant av intervjuet vil lydopptaket bli gjort om fra tale til tekst av oss som gjennomførte intervjuet, og det vil gjøres helt ordrett, akkurat slik som det er blitt sagt, uten omformuleringer og tolkninger.

Videre gjennom oppgaven vil vi fortsette å være tro mot den informasjonen som har kommet frem gjennom intervju, dvs. at det vil bli skrevet slik det er blitt sagt.

Å delta i denne studien vil ikke ha noen direkte positive eller negative konsekvenser for deg, men du vil kunne være med å bidra med nyttig informasjon som kan komme pasienter og sykepleiere til gode, ved å sette fokus på kartlegging av delirium i intensivavdeling, og muliggjøre for nye tiltak for å bedre dagens praksis. Videre vil deltakelse være en mulighet til å luftte egne tanker og vurderinger knyttet til avdelingens praksis rundt temaet vi undersøker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- ☒ Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet.
- ☒ Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- ☒ Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare oss som masterstudenter, Silje Karlsen og Ingrid Skogby, i tillegg vil vår veileder Anja Nastasja Robstad, ved Universitetet i Agder, som vil ha tilgang til opplysningene.
- ☒ Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.
- ☒ Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin som er passordbeskyttet.

VEDLEGG 4

- ☒ Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.
- ☒ Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg. Det vil ikke bli avslørt noen personlig informasjon, foruten alder, kjønn og ansiennitet som intensivsykepleier. Det skal ikke være mulig å spore tilbake til deg personlig, og dersom det oppstår usikkerhet knyttet til om informasjon kan være potensielt gjenkjennelig, vil vi innhente samtykke fra deg før denne informasjonen offentliggjøres.
- ☒ Vi følger loven om personvern.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31. desember 2022.

Alle lydopptak vil bli slettet og personopplysninger som er registret andre steder enn i selve oppgaven vil også bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- ☒ innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- ☒ å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- ☒ å få slettet personopplysninger om deg
- ☒ å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- ☒ Universitetet i Agder ved;
Intensivstudent Silje Karlsen. Telefon: 95098040. Mail: silje.karlsen@hotmail.com
Intensivstudent Ingrid Skogby. Telefon: 99366477. Mail: ingrid_skogby@hotmail.com
Veileder Anja Nastasja Robstad. Telefon: 38142257/41202068. Mail: nastaja.robstad@uia.no
- ☒ Universitetet i Agder sitt personvernombud: Johanne Warberg Lavold. Telefon: 38141328. Mail: personvernombud@uia.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- ☒ NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen Silje Karlsen og Ingrid Skogby

VEDLEGG 4

Anja Nastasja Robstad/
(Forsker/veileder)

Silje Karlsen/Ingrid Skogby

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “*Å fange opp delirium hos intensivpasienter i intensivavdeling ved hjelp av verktøyet CAM-ICU*”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i forskningsprosjektet
- at Silje Karlsen, Ingrid Skogby og Anja Nastasja Robstad kan bruke opplysninger om meg til dette prosjektet er slutt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet og til en eventuell vitenskapelig artikkel er publisert

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 5

Vedlegg 5 – Meldeskjema til NSD med vurdering

Meldeskjema 375704

Skriv ut

Sist oppdatert

02.09.2021

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Type opplysninger
Du har svart ja til at du skal behandle bakgrunnsopplysninger, beskriv hvilke Alder, kjønn og ansiennitet som intensivsykepleier. Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedømmer eller lovovertrædelser? Nei
Prosjektinformasjon
Prosjektittel Intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser med kartleggingsverktøyet for delirium, CAM-ICU – En kvalitativ studie
Prosjektbeskrivelse Formålet med prosjektet er å bringe frem ny kunnskap rundt bruken av kartleggingsverktøyet for delirium, CAM-ICU, ved å se på intensivsykepleieres erfaringer, opplevelser og deres vurderinger i bruk av verktøyet.
Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke Eventuelt publisering i en vitenskapelig artikkel i etterkant av masterprosjektets slutt.
Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

VEDLEGG 5

Vi ønsker å innsamle data fra en variert gruppe, med tanke på alder, kjønn og hvor lang erfaring man har som intensivsykepleier. Dette fordi det kan ha betydning for problemstillingen som undersøkes og overføringsverdien av funn og resultater.

Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelse Ingrid og Silje PDF.pdf

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingrid Skogby, ingrid_skogby@hotmail.com, tlf: 99366477

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anja Nastasja Robstad, nastasja.robstad@uia.no, tlf: 41202068

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Intensivsykepleiere fra tre ulike intensivavdelinger med minimum fem års erfaring fra en intensivavdeling.

Rekruttering eller trekking av utvalget

Avdelingssykepleier eller fagutviklingssykepleier ved de respektive avdelingene vil bli bedt om hjelp til rekruttering av deltakere. Dersom intensivsykepleiere ønsker å delta, vil vi selv innhente samtykke, for at de ikke skal være under press til å delta.

Alder

30 - 67

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

VEDLEGG 5

Personopplysninger for utvalg 1

- ☐ Navn (også ved signatur/samtykke)
- ☐ Adresse eller telefonnummer
- ☐ E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- ☐ Lydopptak av personer
- ☐ Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1? Personlig intervju

Vedlegg

Intervjuguide PDF.pdf

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Samtykkeskjema PDF.pdf

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Deltaker kan før intervjuene, eller underveis i intervjuet trekke tilbake sitt samtykke ved å gi beskjed til oss. I etterkant av intervjuene kan deltakerne kontakte oss via telefon eller epost for å trekke samtykket.

VEDLEGG 5

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Ved å ta kontakt med masterstudentene pr epost eller telefon, kan deltakerne få innsyn, og be om å få rettet eller slettet opplysningene om seg selv.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

Annen godkjenning

Fakultetets etiske komite, ved Universitetet i Agder (helse- og idrettsvitenskap). Helseforetak. Ledelse ved respektive intensivavdelinger. Etter godkjenning fra NSD, vil det søkes godkjenning ved de overnevnte instanser.

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- Adgangsbegrensning
- Andre sikkerhetstiltak

VEDLEGG 5

Hvilke

Passord på PC. Koblingsnøkkel i låsbart skap.

Varighet

Prosjektperiode

02.08.2021 - 31.12.2022

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

NSD sin vurdering

Skriv ut

Prosjektittel

Intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser med kartleggingsverktøyet for delirium, CAM-ICU – En kvalitativ studie

Referansenummer

375704

VEDLEGG 5

Registrert

02.09.2021 av Ingrid Skogby - ingridsk@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anja Nastasja Robstad, nastasja.robstad@uia.no, tlf: 41202068

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingrid Skogby, ingrid_skogby@hotmail.com, tlf: 99366477

Prosjektperiode

02.08.2021 - 31.12.2022

Status

VEDLEGG 5

03.09.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

03.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022 LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan

dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. TAUSHETSPLIKT Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

VEDLEGG 6

Vedlegg 6 – Godkjenning FEK



Silje Karlsen

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: 20/09/2021

Besøksadresse: Universitetsveien 25 Kristiansand

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser med kartleggingsverktøyet for delirium, CAM-ICU – En kvalitativ studie

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Info/samtykkeskriv: Personvernombud Ina Danielsen må byttes ut med Johanne Warberg Lavold (personvernombud@uia.no) tlf +47 38 14 13 28 Må også påføres tlf. nr. til veileder.

Hilsen

Forskningsetisk komite

Fakultet for helse - og idrettsvitenskap Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no - www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER, FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

VEDLEGG 7

Vedlegg 7 – Søknad helseforetak med godkjenning

Foretaksnivå			Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet			Side 1 av 3
Dokument ID:	Godkjent dato: 11.11.2019	Gyldig til: 11.11.2021	Revisjon: 5.01

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Til Saksbehandler Utvikling og utdanning	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved <input type="text"/> Søknaden skal først godkjennes av universitetets veileder og deretter sendes på e-post til postmottak@uia.no
---	--

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING, MASTEROPPGAVER ELLER ANNET.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving eller artikkelskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende. I den anledning søker undertegnede om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling.

FYLLES UT AV SØKER

Navn på student/søker	Silje Karlsen og Ingrid Skogby			
Arbeidssted/studie	Master i Intensivsykepleie ved UiA			
Datainnsamling i forbindelse med:	Etterutdanning	Videreutdanning	Master X	Annet (Fyll ut annet)

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Intensivsykepleieres erfaringer med kartleggingsverktøyet for delir, CAM-ICU
Problemformulering	"Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU i vurdering av delirium hos intensivpasienter i en intensivavdeling"
Veileder ved universitetet	Anja Nastasja Robstad
E-post	nastasja.robstad@uia.no
Telefon	38142257 / 41202068

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Hensikten med prosjektet er å bringe frem ny kunnskap rundt bruken av kartleggingsverktøyet for delirium ,CAM-ICU, ved å se på intensivsykepleieres erfaringer, opplevelser og deres vurderinger i bruk av verktøyet.
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon, video- eller lydopptak)	Kvalitativ studie med semistrukturerte individuelle intervju av intensivsykepleiere. Intervjuene skal tas opp på godkjent lydopptaker.
Populasjon/utvalg	<input checked="" type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	<input type="checkbox"/> Friske mennesker <input type="checkbox"/> Syke mennesker <input type="checkbox"/> Humant biologisk materiale <input type="checkbox"/> Helseopplysninger
Hvor oppbevares innsamlede data?	Data vil bli oppbevart etter UiA sine rutiner for behandling av personopplysninger i forskning og i studentoppgaver, UiA sine passord-beskyttede serverer (Office 365 – OneDrive) Merk at alle personopplysninger forutsettes avidentifisert (kodet). Data og kodelister skal oppbevares separat. Uttreksdata for videre analyse (SPSS, Excel el.) skal være avidentifisert/pseudonymisert.

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: <input type="text"/>	Godkjent av: Organisasjonsdirektør	<input type="text"/>
--	---------------------------------------	--	----------------------

VEDLEGG 7

Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet					Side: 2
					Av: 3
Dokument-id:	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 11.11.2019	Godkjent av: Organisasjonsdirektør	Revisjon: 5.01

ForetaksnivåVirksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjonForskning og fagutviklingKompetanseheving

På hvilke format skal innsamlede data lagres?	<input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk <input checked="" type="checkbox"/> Papir
Ved elektronisk lagring skal kun godkjent løsning benyttes:	<input type="checkbox"/> Medinsight (kan inneholde kodeliste) <input type="checkbox"/> eReg (kan inneholde kodeliste) <input type="checkbox"/> Filområde tildelt av saksbehandler <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted, oppgis: UIA sine passord-beskyttede serverer (Office 365 – OneDrive)
Skal data sendes ut av landet?	<input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Til hvem/hvor/hvordan:
Hvor/hvordan skal koblingsnøkler/kodelister oppbevares?	<input type="checkbox"/> Medinsight eller eReg (kan inneholde kodeliste) <input checked="" type="checkbox"/> Annet sted. Hvor og hvordan beskyttet: Koblingsnøkkel i låsbart skap. (merk: sikret, adskilt fra innsamlede data)
Ønsket antall respondenter ved	8-12
Tidspunkt/varighet ved	Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgraden er godkjent, noe som etter planen er 31. desember 2022. Innsamlingen av datamateriale er planlagt å foregå innen utgangen av 2021.
Enhet/Avdeling (datainnsamling)	Intensivavdeling : Intensivavdeling : Intensivavdeling

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av søknad til REK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning/uttalelse fra REK (både opprinnelig uttalelse og evt senere uttalelser om endringer)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra FEK
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av godkjenning fra NSD
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopi av informasjonsskriv til pasient/ansatt, inkl samtykkeskjema godkjent av veileder
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosjektskisse
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taushetserklæring
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Databrukerkontrakt

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekræftelse/ avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn Silje Karlsen Lund/ Ingrid Skogby	E-post silje.karlsen@hotmail.com/ ingrid_skogby@hotmail.com	Telefon 95098040/ 99366477
---	--	---	----------------------------------

Med hilsen

Dato 29/09-21

Signatur

Navn student Silje Karlsen Lund /Ingrid Skogby	E-post Silje.karlsen@hotmail.com/ ingrid_skogby@hotmail.com	Telefon 99366477 95098040
---	---	---------------------------------

Silje Karlsen Lund / Ingrid Skogby

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Informasjonssikkerhetsleder og Personvernombud gjennomgår søknaden med tanke på ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern, og gir sin tilrådning til Forskningsjef.

Dato:	Forskningsjef:
-------	----------------

VEDLEGG 7

Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning, masterstudenter eller annet				Side: 3
Dokument-id:	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 11.11.2019	Godkjent av: Organisasjonsdirektør
				Av: 3
				Revisjon: 5,01

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	Org.enhet i Personalportalen
Dato:	Forskningssjef:

Kryssreferanser

I.1.6.3-7 Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

Fra: _____
Sendt: mandag 11. oktober 2021 10:31
Til: Ingrid Skogby <iskogb@_____>
Emne: SV: 21/09029-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Intensivsykepleiers erfaringer med kartleggingsverktøyet for delir, CAM-ICU - Anja Nastasja Robstad

_____ har godkjent datainnsamling. Søknaden er sendt til personvernombud og informasjonssikkerhetsansvarlig 4.10. Skal sende puring til dem i dag og til enhetsleder i _____

Mvh _____

Fra: _____
Sendt: mandag 18. oktober 2021 09:11
Til: Ingrid Skogby <iskogb@_____>
Emne: SV: 21/09029-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Intensivsykepleiers erfaringer med kartleggingsverktøyet for delir, CAM-ICU - Anja Nastasja Robstad

Hei
Informasjonssikkerhetsansvarlig svarer:
Jeg har ingen kommentarer eller spørsmål til denne søknaden. Ivaretagelse av informasjonssikkerheten i prosjektet oppfattes her som tilfredsstillende ivaretatt. Jeg gir med dette min tilrådning til at datainnsamlingen kan gjennomføres.

Min noteringer ved gjennomlesning av søknad og øvrige saksdokumenter

- Dataansvarlig er UiA
- Lydopptak ansatte, samtykkebasert. Transkriberes etter intervjuene
- Oppbevaring iht UiA sine rutiner – lagring til OneDrive
- Lagres aidentifisert, kodeliste lagres separat
- Data skal ikke ut av landet

_____ ved intensiv _____ har også godkjent datainnsamlingen.
Nå venter vi bare på svar fra personvernombud.

Mvh _____

VEDLEGG 7

20. oktober 2021 kl. 10:33

SV: 21/09029-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Intensivsykepleiers erfaringer med kartleggingsverktøyet for delir, CAM-ICU - Ingrid Skogby og Silje Karlsen Lund

Til: Ingrid Skogby, Ingrid Skogby

 Skjul

Svar fra personvernombudet:

Jeg har ingen kommentarer eller spørsmål til denne søknaden. Ivaretagelse av personvernet i prosjektet oppfattes her som tilfredsstillende ivaretatt. Jeg gir med dette min tilrådning til at datainnsamlingen kan gjennomføres.

Lykke til med datainnsamlingen

Spesialrådgiver // e-læringskonsulent i , ;

Kort redegjørelse for arbeidsfordeling i gjennomføring av masteroppgaven.

Denne masteroppgaven har jeg, Silje Karlsen Lund, skrevet i samarbeid med Ingrid Skogby. Vårt prosjekt startet høsten 2021 med en prosjektbeskrivelse som ble utarbeidet i fellesskap. Vi gjorde ulike søk i ulike databaser og gjorde hver vår gjennomgang av litteraturen. Deretter ble det søkt godkjenning fra de etiske instansene, før vi sammen tok kontakt med intensivavdelingene hvor data skulle innhentes ved, og planla gjennomføring av datainnsamling med enhetslederne. Datainnsamlingen ble gjennomført på slutten av 2021 og begynnelsen av 2022, hvor jeg «ledet» intervjuene, mens Ingrid tok notater og vi begge stilte oppfølgingsspørsmål.

Transkriberingen ble delt opp, slik at vi tok halvparten av intervjuene hver. Etter dette var gjort, gjennomgikk vi alle intervjuene i sin helhet i fellesskap.

Vi var begge like delaktige i analysen, men det ble utført på Ingrid sin datamaskin, da det ikke var mulig å kunne ha en felles tilgang i analyseverktøyet.

Før selve skriveprosessen skulle settes i gang gjorde vi nye litteratursøk i fellesskap.

Vi gjorde to ulike søk med to ulike søkestrenger i fellesskap, før vi gjennomgikk hvert vårt søketreff og plukket ut relevante artikler. Vi har begge gjennomgått alle artiklene som er inkludert i oppgaven. Etter søkene var utført startet jeg skriveprosessen med å lage et utkast til søkestrategi og presentasjon av tidligere forskning, mens Ingrid skrev et utkast til resultatkapittelet siden hun hadde analyseverktøyet på sin datamaskin. I etterkant gjennomgikk og reviderte vi begge utkastene i fellesskap.

Etter at metodevalg var tatt i fellesskap, delte vi opp skrivearbeidet til metodekapittelet slik at jeg skrev utkast til analysemetoden og deler av metodiske overveielser, mens Ingrid skrev utkast til vitenskapsfilosofisk bakgrunn, etiske overveielser og andre deler av metodiske overveielser. Også hele dette kapittelet har vi sammen gjennomgått og revidert i sin helhet. Innledning, drøfting og konklusjon har vi fra start til slutt gjort i fellesskap.

Fortløpende i prosessen er alle utkast brukt som en «kladd», før det aller meste er blitt skrevet på nytt i fellesskap

Silje Karlsen Lund, 26.04.22