

Trygghet når du trenger det mest

En kvalitativ studie av intensivsykepleieres erfaringer med bruk av CAM-ICU.

Hilde Torjussen Hauge

Veileder

Olav Johannes Hovland

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2016
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Antall ord: 18031

SAMMENDRAG

Prosjektets bakgrunn: Intensivdelir er en tilstand som rammer 50-90% av alle pasienter på en intensivavdeling uten at man vet hvilke årsaker som utløser dette. I 2008 ble kartleggingsverktøyet CAM-ICU implementert i flere norske intensivavdelinger med tanke på en systematisk kartlegging for å identifisere intensivdelir hos pasientene. Forskning viser at kartleggingsverktøyet ikke brukes etter anbefalte retningslinjer, derfor ønsket jeg å finne ut hvilken erfaring intensivsykepleierne hadde med bruken av kartleggingsverktøyet.

Hensikt med studien er å få innsikt i hvilke erfaringer intensivsykepleierne har med bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å identifisere og kartlegge intensivdelir, og dele denne kunnskapen med andre intensivsykepleiere.

Problemstillingen er: Hvilken erfaring har intensivsykepleierne med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å identifisere og forebygge intensivdelir?

Metode: Det er gjennomført syv kvalitativt semistrukturerte intervjuer, med tilsammen åtte intensivsykepleiere på fire forskjellige intensivavdelinger som har erfaring med bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU.

Konklusjon: Dersom intensivsykepleierne får god opplæring omkring intensivdelir og bruken av kartleggingsverktøyet, vil man på en bedre måte samhandle med annet helsepersonell og pasienten. Man vil og på en objektiv måte observere og dokumentere funn. Holdningene til kartleggingsverktøyet vil bli bedre ved god opplæring da man får større forståelse for hvorfor og hvordan bruke og på hvilken måte tolke resultatene. Dermed vil man oppnå trygghet og tillitt hos pasienten og i samhandlingen med kollegaer. Dette vil føre til økt kvalitet i pasientbehandlingen.

Nøkkelord: Erfaringer, CAM-ICU, kartleggingsverktøy, opplæring, kvalitativ forskning

ABSTRACT

Background: 50-90 % of all patients whom is hospitalized in an ICU will suffer from intensive care delirium. The decision-making-tool CAM-ICU is used and activated in many of the intensive-care units in Norwegian hospitals. Some research show that the tool isn't used correctly – therefor I wanted to find out what experience my fellow ICU-nurses had with the tool.

Aim and objective: The aim of this study is to gain a broad understanding into the ICU-nurses experience, using CAM-ICU.

Method: Seven qualitative semi-structured interviews were conducted by a total of eight ICU-nurses using CAM-ICU to identify and prevent delirium. The analysis was performed with inspiration from Malteruds systemic text condensation.

Conclusion: If the ICU-nurses get a good and systematic training in using CAM-ICU, they will be in a better condition to score the patients correctly. With good training and education they will collaborate better with the patient and the patients' relatives. It's the same with the other healthcare providers in the hospital, good training results in better quality.

Keywords: Experience, CAM-ICU, collaboration, decision-making-tool, education, qualitative research.

FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har gitt meg verdifull innsikt i intensivsykepleiernes erfaring i bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU, som jeg kommer til å ta med meg tilbake til praksisfeltet. I den forbindelse vil jeg rette en stor takk til de åtte intensivsykepleierne som har stilt opp i min studie. Jeg er svært takknemlig for at dere tok dere tid til å møte meg og dele deres erfaringer. Uten dere ville aldri denne oppgaven blitt noe av. Tusen takk!

Å skrive masteroppgaven har vært spennende og lærerikt, men det har vært en utfordrende oppgave, og prosess da jeg har lettere for å uttrykke meg muntlig enn skriftlig. En stor takk til veileder Olav Johannes Hovland, som har hjulpet meg mye. Både med å finne tema for oppgaven, skriveteknikk og ikke minst å få struktur på oppgaven. Uten deg hadde jeg aldri nådd målet. Takk for gode råd, gode samtaler, god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Du har vært en god mann å ha igjennom hele prosessen.

Tusen takk til min søster Inger Lise som har vært en god sparringspartner og som kjenner temaet så godt at hun kunne gi gode og konstruktive tilbakemeldinger.

Gjennom prosessen det er å skrive en masteroppgave ser man seg tilslutt blind på egne skrivefeil, ordstillinger og gjentakelser. En stor takk til min kjære mann Martin for god hjelp og støtte underveis i prosessen. Du er gull verdt!

Til mine sønner Emil og Herman, takk for at dere har holdt ut med mammaen deres i denne perioden. Dere har vært noen små energibomber i en ellers slitsom hverdag!

Innold

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Masteroppgavens hensikt og problemstilling	5
1.3 Søkestrategi	5
2.0 TEORETISK FORANKRING	8
2.1 Intensivdelir	8
2.2 Kartleggingsverktøy for å oppdage intensivdelir	10
2.2.1 CAM-ICU: «Vurdering av forvirring hos intensivpasienter»	11
2.3 Forskning på bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU	12
2.3 Kan man oppnå bedre kvalitet i helsetjenesten ved bruk av kartleggingsverktøy?	14
2.4 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde	16
3.0 METODE	18
3.1 Kvalitativ metode	18
3.2 Semistrukturert intervju	18
3.3 Utvalg	19
3.4 Forberedelse til intervjuet	20
3.5 Gjennomføring av intervju	20
3.6 Forforståelse	21
3.7 Analyse	22
3.8 Metodediskusjon	25
3.9 Studiens pålitelighet	26
3.9.1 Refleksivitet	26
3.9.2 Relevans	26
3.9.3 Validitet	27
4.0 ETISKE OVERVEIELSER	29

4.1 Informert samtykke og frivillig deltakelse.....	29
4.2 Konfidensialitet, datalagring og taushetsplikt.....	29
4.3 Konsekvenser for deltakerne.....	30
5.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	31
5.1 Intensivsykepleiernes erfaring med opplæring i bruk av CAM-ICU, som et ledd i å identifisere intensivdelir.....	31
5.1.1 Opplæring, undervisning og implementering i avdelingen.....	32
5.1.2 Vedlikehold av kunnskap.....	33
5.2 Intensivsykepleiernes erfaringer i hvordan samhandling med pasienten kan påvirke bruken av CAM-ICU.....	34
5.2.1 Samhandling med pasienten.....	34
5.2.2 Praktiske forhold på avdelingen.....	36
5.3 Intensivsykepleiernes holdninger til bruk av kartleggingsverktøyet, dokumentasjon og samarbeid i avdelingen.....	37
5.3.1 Sykepleierholdning.....	37
5.3.2 Dokumentasjon.....	40
5.3.3 Samarbeid i kartleggingen.....	41
6.0 DRØFTING.....	44
6.1 Har god opplæring noe å si for hvordan man kartlegger pasienten på en måte som kan kvalitetssikre behandlingen?.....	44
6.1.1 Vedlikehold av kunnskap.....	46
6.1.2 Opplæring og undervisning - fordeler og ulemper ved bruk av kartleggingsverktøyet.....	48
6.2 CAM-ICU – bruk og samhandling – fører bruken til økt identifisering?.....	50
6.2.1 Samhandling – pasient – sykepleier – doktor.....	51
6.3 Holdninger og kultur til bruk av kartleggingsverktøy.....	54
7.0 OPPSUMMERING OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	57
7.1 Oppsummering av studien.....	57

7. 2 Videre forskning	58
8.0 Konklusjon	60
Kildeliste	61

Vedlegg 1 - Søkestreng

Vedlegg 2 - CAM-ICU treningsmanual

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Vedlegg 4 - Informasjonsskriv til deltakerne

Vedlegg 5 - Godkjenning NSD

Vedlegg 6 - Eksempel på informert samtykke

Vedlegg 7 - Analyseskjema

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Som tema i min masteroppgave ønsker jeg å skrive om hvordan man kan øke kvaliteten i helsetjenesten. Da jeg er opptatt av at vi som intensivsykepleiere skal kunne tilby alle pasienter best mulig behandling.

For å gi oppgaven en forankring innenfor intensivmedisinen, som er mitt fag, falt valget på en diagnose jeg oppfatter som neglisjert og «litt glemt», nemlig intensivdelir.

Intensivdelir er en tilstand man ofte ser i en intensivavdeling uten at man helt vet hvorfor pasienten rammes eller hvordan symptomene oppstår. Det man vet, er at pasienter som er kritisk skadd eller alvorlig syke er i faresonen for å utvikle diagnosen. Man vet at pasienten er hypersensitiv ovenfor lyder (Wøyen, 2008). Når man ligger på en høyteknologisk avdeling hvor miljøet er støyende og urolig, slik som intensivavdelingen, er det vanskelig å forebygge utviklingen av intensivdelir. En vet også at pasienter på intensiv ikke får nok hvile og søvn på grunn av prosedyrer, visitter, undersøkelser og dokumentasjon som skal gjennomføres (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Samtidig har pasienten døgkontinuerlig overvåking både med teknologiske hjelpemidler og sykepleiere som våker over dem. Disse faktorene kan påvirke utviklingen av intensivdelir.

Jeg ønsker med oppgaven å få svar på hvordan vi som intensivsykepleiere på best mulig måte kan identifisere og forebygge intensivdelir. Jeg mener at ved å implementere og bruke kartleggingsverktøy Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) er vi på god vei. Flere intensivavdelinger i landet, har allerede implementert dette kartleggingsverktøyet. Ved å bruke kartleggingsverktøy kan man i tråd med intensivsykepleiernes funksjonsbeskrivelsen (NSFLIS, 2002) starte tidlig forebygging, behandling og rehabilitering av tilstanden, noe som forhåpentligvis kan være med å øke kvaliteten i helsetjenesten ved å sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig behandlingstilbud (NSFLIS, 2002).

1.2 Masteroppgavens hensikt og problemstilling

Jeg ønsker med denne studien er å få innsikt i hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med bruk av kartleggingsverktøy for å oppdage og forebygge intensivdelir. Ut fra denne kunnskapen ønsker jeg å få svar på om det er en sammenheng mellom det å kartlegge pasienten, og økt kvalitet på sykepleietjenesten som tilbys intensivdelir pasientene. Jeg spør erfarne intensivsykepleier etter erfaringer og opplevelser som kan gi meg innsikt og større forståelse for hva som gjøres og hvordan ting gjøres. De erfarne intensivsykepleierne er en god kunnskapskilde da de har opparbeidet seg verdifull kunnskap som ikke kan leses ut av kvantitative studier.

Jeg fant ingen kvalitativ forskning som gikk direkte på intensivsykepleieres erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy CAM-ICU. Derfor velger jeg å gjøre en kvalitativ studie for å belyse bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU fra sykepleiernes synsvinkel.

Hensikten med denne studien blir å ta resultatene med tilbake til praksisfeltet og dele kunnskap omkring kartlegging, identifisering og forebygging av intensivdelir med kollegaer som arbeider ved den intensivavdelingen jeg jobber.

Studiens problemstilling er:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere i bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å identifisere og forebygge intensivdelir?

1.3 Søkestrategi

For å finne teori som kunne hjelpe meg å svare på studiets problemstilling valgte jeg å søke bredt etter litteratur. Både i lærebøker og i forskningsartikler. Jeg gjorde noen enkle søk i google og google Scholar for å se hva som fantes om temaene intensivdelir, kartlegging, CAM-ICU og kvalitet i helsetjenesten.

Da jeg ønsket å søke etter vitenskapelige artikler som var relevante for temaet endret jeg søkestrategi og snevret det inn til å søke i databaseverten Ebsco Host (Cinahl og MedLine) samt PubMed, SveMed+, Oria, Health and Psychosocial Instruments, samt Norske Tidsskriftartikler og Cochrane. Det er brukt tilganger fra både Universitetet i

Agder (UIA) og ved Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) for å få tilganger til forskjellige artikler. Foruten de systematiske søkene har jeg funnet artikler via referanselister fra bøkene Intensivsykepleie (Gulbrandsen & Stubberud, 2010, 2015) og Irwin & Rippes intensive Care Medicine (Rippe & Irwin, 2008). Disse opplevde jeg som gode og relevante kilder. Søkene er foretatt i perioden fra september 2015 – april 2016. Aktuelle referanser er importert til referansesystemet EndNote.

Søkeordene jeg brukte for å søke etter forskning som omhandlet intensivdelir og CAM-ICU var: intensiv*, ICU, delir*, nurs*, CAM-ICU, knowledge, experience, challenges (VEDLEGG 1).

I SveMed+ ble de norske søkeordene sykepleie*, delir* og delirium brukt.

For å finne forskning som omhandlet kartleggingsverktøy brukte jeg søkeordene: decision making tools, clinical assesement tools, Pathway.

I SveMed+ søkte jeg etter: kartleggingsverktøy.

Jeg søkte på forfatternavnene Ely og Inouye da disse ble referert til i stort sett alle artiklene som omhandlet intensivdelir og CAM-ICU. Forfatterne har hatt stor påvirkning på utvikling og implementering av kartleggingsverktøyet CAM-ICU.

Forfatternavnet Wøyen ble søkt, da hun har oversatt CAM-ICU til Norsk.

Søkene ble utført ved at jeg søkte på hvert ord med trunkering for seg i de ulike databasene. Deretter koblet jeg dem sammen for å få søket mer spesifikt.

Søk utført fra september 2015 til februar 2016 inneholdt ordene intensivdelir og CAM-ICU. Artikler som var nyere enn 2005 ble fortrinnsvis valgt, da disse er mest oppdatert, og da kartleggingsverktøyet hadde vært i bruk noen år slik at det gikk ant å få relevant forskning på hvilken effekt de hadde hatt.

Ely og Inouye`s artikler fra 2001-2004 ble brukt da de utviklet kartleggingsmetoden CAM-ICU.

Artiklene ble brukt i teorikapittelet samt i drøftingskapittelet.

Fra februar 2016 til mars 2016 ble det søkt på artikler som skulle belyse informantenes utsagn. Det var enkelte sammenhenger mellom informantenes stemme og tidligere forskning.

Artiklene ble satt i et skjema for å gi oversikt over hvilken artikkel som sa hva, om de ulike emnene jeg ønsket å få svar på, før drøftingen.

Tabell 1: utvalg av artikler

Artikler	opplæring	Bruk av kartleggingsverktøy	samarbeid	utfordringer	kommunikasjon
(Boot, 2012)	x	x	x		
(J. W. Devlin et al., 2008)	x	x	x	x	X
(Elliott, 2014)	x	x	x		x
(Flagg, Cox, McDowell, Mwose, & Buelow, 2010)	x	x			
(Gesin et al., 2012)	x	x			x
(Wells, 2012)		x	x	x	x

Artiklene som ble brukt er kvalitative, kvantitative og systematiske reviews. Skrevet på svensk, dansk, norsk eller engelsk.

Søkene viste at intensivdelir og CAM-ICU et er et stort område det forskes mye på. Terminologi, hva delir er, hvilke typer delir som finnes, og hvordan man oppdager det, er ting det forskes på. Andre forskningsfokus rettes mot kartleggingsverktøy, hvordan implementere og hvilke barrierer som oppleves ved implementering. Samt farmakologiske og ikke-farmakologisk behandling.

2.0 TEORETISK FORANKRING

For å legge et grunnlag for å kunne svare på problemstillingen vil jeg i dette kapittelet presentere funn fra forskning og litteratur om intensivdelir og CAM-ICU. Samt kartlegging og kvalitet i helsetjenesten. I slutten av kapittelet vil jeg prøve å linke teori om intensivdelir, kartlegging og kvalitet opp mot intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse.

Definisjon: Jeg bruker ordet intensivdelir og delir om hverandre, men tar utgangspunkt i Hilde Wøyens definisjon av intensivdelir når jeg skriver oppgaven:

«En bevissthetsforstyrrelse som karakterisert ved akutt debut og fluktuerende forløp av sviktende kognitiv funksjon, slik at pasientens evne til å motta, behandle, lagre og gjenkalle informasjon er markant redusert. Delir utvikler seg over en kort periode (timer til dager), er vanligvis reversibelt, og er en direkte konsekvens av en medisinsk tilstand, stoff-forgiftning eller -abstinens, bruk av medikamenter, toksin eksponering eller en kombinasjon av disse faktorene. Tenk: rask debut, uoppmerksomhet, uklar bevissthet (desorientert), ofte forverring på natt, fluktuerende» (Wøyen, 2008).

2.1 Intensivdelir

«For mange mennesker i god fysisk form som rammes av akutt sykdom, utgjør kognitiv svikt hovedtrussel mot deres evne til å bli friske og få glede av sine yndlingsaktiviteter. For de som allerede hadde begrensninger i sine fysiske aktiviteter, er kognitiv svikt en stor tilleggstrussel mot deres livskvalitet» (Wøyen, 2008).

Intensivdelir rammer 50-90% av alle pasienter på en intensivavdeling (Chen & Lim, 2015; Flagg et al., 2010; Girard, Pandharipande, & Ely, 2008). The Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder: DSM IV (APA, 1999) definerer intensivdelir som en bevissthetsforstyrrelse. En tilstand hvor pasienten opplever en akutt endring eller fluktuerende forandring i den mentale status. Flagg (2010) og Speed (2015) definerer diagnosen som en kognisjonsforstyrrelse, hvor hjernens evne til å tolke og bearbeide informasjon svekkes og pasienten blir mindre oppmerksom, mindre våken og har endret søvnrytme. Ifølge Gulbrandsen og Stubberud (2015) er det når denne evnen svikter det er fare for å utvikle delir. Utløsende faktorer er sammensatte og kan være akutt kritisk sykdom som infeksjon, metabolske forandringer i væske- og

elektrolyttbalansen samt forgiftninger. Det kan også det være en reaksjon på medisinsk behandling og komplikasjoner til denne behandlingen (APA, 1999). Traumer eller skade/sykdom i sentralnervesystemet, hypoksi, mangelsykdommer og vaskulære kriser er andre utløsende årsaker, med fysiologiske symptomer som påvirker sentralnervesystemet (Rippe & Irwin, 2008). Ved nevnte tilstander kan den fysiske og mentale belastningen, i tillegg til miljømessige faktorer, bli så stor at pasienten opplever en akutt forvirringstilstand (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Tilstanden kan oppstå tidlig i sykdoms-/behandlingsforløpet eller utvikle seg over tid, fra timer eller få dager til uker. Den er ofte kortvarig, men kan vedvare i dager og uker og residiv kan forekomme (Gulbrandsen & Stubberud, 2010, 2015).

Det finnes tre former for intensivdelir: **Hyperaktivt delir** hvor pasienten ikke samarbeider, er utagerende og aggressiv. **Hypoaktivt delir** hvor pasienten er apatisk og likegyldig og kan oppfattes som samarbeidsvillig. Denne tilstanden er lett å overse og kan forveksles med depresjon. Til sist finnes **mixed-delir** hvor pasienten veksler inn og ut av hypo- og hyperaktivt delir i løpet av døgnet eller perioden.

I tillegg finnes **fluktuerende delir**, hvor pasienten veksler ut og inn av delir, noe som kan være vanskelig å fange opp (APA, 1999; Flagg et al., 2010; Speed, 2015).

I følge Devlin (John W. Devlin et al., 2008) har intensivsykepleien, i kraft av sin kontinuerlige tilstedeværelse, en god mulighet til å oppdage intensivdelir hos pasienten ved å observere og dokumentere bevissthetsgrad, kognitive funksjon og samarbeidsevne. Andre viktige observasjoner er om pasienten er forvirret, motorisk urolig eller agiterer. Tegn på at pasienten er i ferd med å utvikle intensivdelir. Ved å dokumentere observasjoner vil man se om symptomene har utviklet seg over kort eller lang tid.

God, helhetlig intensivsykepleie kan begrense eller motvirke de fysiske, psykiske og miljømessige faktorene som kan utløse tilstanden. Forebygging og behandling består i å ivareta pasientens respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og ernæringsbehov. Videre må man observere og vurdere predisponerende fysiske faktorer som væske- og elektrolyttforstyrrelser, infeksjonstegn, smertebehandling, søvn og hvile. Ved å fremme et terapeutisk miljø som for eksempel ved å redusere inntak av sedativa, mobilisering og redusere stressfaktorer kan man kanskje forebygge eller forhindre videreutvikling av allerede utviklet intensivdelir. Det finnes ingen behandling. Man

behandler de underliggende årsaker, samtidig som man administrerer antipsykotika for å redusere pasientens psykomotoriske symptomer, roer pasienten og regulerer søvnrytmen. Ved å bruke en liten dose sedativa fremmer man hvile og søvn, slik at pasienten kan «sove av seg» tilstanden (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Den beste behandlingen er å forsøke å hjelpe pasienten å gjenvinne kontroll over situasjonen. Dette gjøres ved å skape ro, struktur, trygghet og tydelighet rundt pasienten. En søker å realitetsorientere pasienten og forklare hvorfor han har disse opplevelsene, slik at han opplever å bli trodd og forstått (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Intensivdelir er assosiert med flere kliniske komplikasjoner som kan ha negative konsekvenser for behandlingen. Paranoide forestillinger, hallusinasjoner og utagerende atferd, kan føre til avbrutt behandling og dermed blir kontinuiteten i behandlingen dårligere (Girard et al., 2008). Dette vil føre til forlenget respiratortid, lengre opphold på intensivavdelingen og i verstefall økt dødelighet, også etter 6 måneder (Boot, 2012; Chen & Lim, 2015; Elliott, 2014; Flagg et al., 2010; Girard et al., 2008; Sjøbø, Graverholt, & Jamtvedt, 2012; Speed, 2015).

2.2 Kartleggingsverktøy for å oppdage intensivdelir

Kartlegging er: «**en systematisk vurdering av ressurser og behov hos pasienten, samt å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte**» (Helsedirektoratet, 2011)

Selv om intensivdelir sannsynligvis er den vanligste årsaken til agitasjon på intensivavdelingen (Rippe & Irwin, 2008) er tilstanden underdiagnostisert og vanskelig å oppdage (John W. Devlin et al., 2008). Sykepleiere har problemer med å identifisere delir uten å bruke en systematisk framgangsmåte (Mistarz, Elliott, Whitfield, & Ernest, 2011; Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes, 2009), og flere studier konkluderer med at det er behov for å bruke et godkjent kartleggingsverktøy som ledd i å kunne identifisere intensivdelir da sykepleierne har ulik erfaring, utdannelse og kunnskapsbakgrunn (Forsgren & Eriksson, 2010; Mistarz et al., 2011; Spronk et al., 2009). Før CAM-ICU ble utviklet var mekanisk ventilerte pasienter ekskludert fra studier hvor man undersøkte intensivpasienter for delirium. Derfor ble det i 2001 utviklet et kartleggingsverktøy: CAM-ICU, som var enkelt å anvende både på pasienter med og uten respirator. Det kunne hjelpe sykepleierne på en enkel og

systematisk måte å identifisere intensivdelir (Ely et al., 2001; Pun et al., 2005; Scott, McIlveney, & Mallice, 2013). I 2008 ble kartleggingsverktøyet CAM-ICU oversatt til norsk og implementert til bruk i flere norske intensivavdelinger (Wøyen, 2008). En systematisk gjennomgang av artikler som omhandlet bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU (Boot, 2012), viste at CAM-ICU er det mest valide og reliable kartleggings- og diagnostiseringsverktøyet for å identifisere intensivdelir hos pasienter både med og uten respirator (Boot, 2012; Larsson, Axell, & Ersson, 2007; NICE, 2015; Wøyen, 2008).

2.2.1 CAM-ICU: «Vurdering av forvirring hos intensivpasienter»

Pasienter med intensivdelir er vanskelig å identifisere, derfor oversatte Hilde Wøyen kartleggingsverktøyet CAM-ICU til norsk i 2008 (VEDLEGG 2). Verktøyet skulle hjelpe sykepleiere på en systematisk objektiv måte å identifisere pasienter med delir. Dermed kunne sykepleierne trekkes vekk fra «synsing og mening»/ subjektiv opplevelse som fulgte med bruken av det kliniske blikk. For å bruke kartleggingsverktøyet ble det anbefalt undervisning og opplæring i forbindelse med implementeringen (Ely et al., 2001).

Jeg presenterer her en kort gjennomgang av CAM-ICU for å vise hva man legger vekt på ved observasjon og dokumentasjon. Dermed kan man objektivt dokumentere om pasienten har intensivdelir eller ikke.

Man starter med å se etter **akutt debut eller fluktuerende forløp i den mentale statusen**. Dette gjør man ved å dokumentere pasientens normale mentale status: Glasgow Coma Scale (GCS): 15 og Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS): 0.

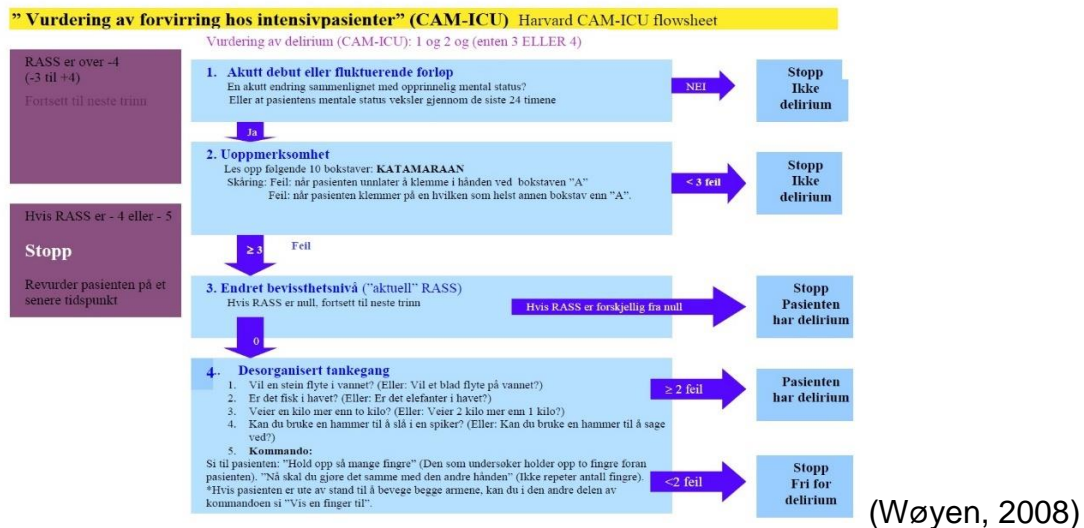
Deretter fastslår man om pasienten er **uoppmerksom**, ved å la ham utføre den enkleste form for kommando: «ja og nei», nikke/riste på hodet eller ved å klemme i hånden. Klarer han ikke det bruker man den visuelle oppmerksomhetstesten.

Respiratorbehandling og tap av finmotorikk gjør det vanskeligste å bedømme om den nonverbale pasienten har **desorientert tankegang**. Men ved en kombinasjon av spørsmål og kommandoer, vil man kunne bedømme om tankegangen er desorientert eller ikke.

Alle komatøse pasienter er teknisk sett CAM-ICU positive, men man kan ikke si at alle komatøse pasienter er deliriske. Når pasienten våkner fra koma og er delirisk,

kan man bekrefte tilstanden ved at han har en **vekslende mental status**. Komatøse pasienter gjennomgår ofte, men ikke alltid, en periode med delir før de gjenviner sin opprinnelige mentale status (Wøyen, 2008).

Tabell 2: CAM-ICU Flyt-diagram



Intensivdelir defineres som en svingende forstyrrelse. Pasienten er fri for intensivdelir når han har vært CAM-ICU negativ i 24 timer. Dersom pasienten er positiv på et skift og negativ på et annet, fortsetter man å vurdere og behandle inntil pasienten har vært negativ i 24 timer (Wøyen, 2008).

Dette bringer meg videre til neste punkt: Forskning på bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU. Jeg ønsker å se om forskning kan gi svar på om implementeringen av verktøyet har ført til en forbedring i identifikasjon av intensivdelir. Slik at man kan starte tidligere forebygging som forhåpentligvis vil føre til økt kvalitet på tjenesten intensivsykepleierne yter.

2.3 Forskning på bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU

I Sverige gjorde man i 2006 en nasjonal undersøkelse med ønske om å undersøke bruken av CAM-ICU og bevissthet omkring intensivdelir. 55 avdelinger var inkludert. Studien viste at bare en avdeling brukte CAM-ICU. De andre avdelingene brukte usystematiske metoder som observasjon og klinikk for å oppdage delir. Studien

konkluderte med man bør legge vekt på utdanning og implementering av kartleggingsverktøy for å forbedre kvaliteten på omsorgen til pasientene (Forsgren & Eriksson, 2010).

I Danmark ble det i 2009 gjort en undersøkelse med ønske om å belyse klinisk praksis i forbindelse med sedasjon- og symptomvurdering av pasienter med delir. 46 avdelinger var inkludert i studien, studien viste at kartlegging av delir utføres sjelden og enda mer sjeldent systematisk. Bare 5 avdelinger brukte CAM-ICU systematisk. Studien viste at 13 avdelinger ikke vurderte om pasienter hadde delir, 7 avdelinger vurderte alle pasientene for delir, mens 25 avdelinger kun vurderte om pasientene hadde delir dersom kliniske symptomer ble oppdaget. En avdeling hadde et selvkonstruert, ikke validert redskap.

Konklusjonen var at det var et stort forbedringspotensial: da systematisk kartlegging av delir utføres sjeldent og ofte ikke systematisk. Den viste videre at under halvparten av avdelingene hadde faglige retningslinjer og protokoller/algoritmer for behandling av delir. (Helle, 2015).

I 2012 ble det gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt i Norge. Her fant man at til tross for at CAM-ICU var en implementert prosedyre i intensivavdelingen, var det ingen som brukte det aktivt. Det ble brukt subjektive vurderinger og man jobbet usystematisk mot å oppdage intensivdelir. Konklusjon var at det ble avdekket praksis i utakt med kunnskapsbaserte anbefalinger. Ved å iverksette enkle tiltak som undervisning og opplæring i bruk av CAM-ICU oppnådde man at flere pasienter ble systematisk vurdert for delir (Sjøbø et al., 2012).

Til sist refererer jeg til en Cochran review (Rotter et al., 2012), hvor 27 studier ble inkludert. Artikkelens hensikt var å oppsummere bevis og vurdere effekt av behandlingsstrategier, som faglige retningslinjer og protokoller/algoritmer. Videre ønsket den å vise hvordan kartleggingsverktøy har utviklet seg fra å være meningsbasert til vitenskapelig. De pekte på at ved å bruke forsknings- og erfarings basert kunnskap kan man utvikle gode gjennomførbare kunnskapsbaserte behandlingsstrategier. Det ble sett på dokumentasjonskvalitet, pasientutfall som dødelighet, komplikasjoner, lengde på sykehusopphold, samt kostnader. De viktigste funnene var: Bedre kartlegging og dokumentasjon ga betydelig reduksjon av sykehuskomplikasjoner, kortere liggetid og lavere kostnad. Et annet funn var at ved

dårlig eller mangelfull rapportering var det vanskelig å identifisere egenskaper som er felles for at behandlingsstrategiene skal være vellykkede.

Forfatterne konkluderte med at behandlingsstrategier er forbundet med bedre dokumentasjon og færre komplikasjoner, samt kortere oppholdstid og lavere kostnad (Rotter et al., 2012).

Alle artiklene som her er referert viser at selv om CAM-ICU er det kartleggingsverktøyet som gir størst troverdighet, og best mulighet til å oppdage intensivdelir. Blir det fremdeles ikke brukt ved alle intensivavdelinger. I stedet velger intensivsykepleierne å bruke usystematiske metoder som observasjon og klinisk blikk. Dette er ikke i samsvar med kunnskapsbaserte anbefalinger. Artiklene konkluderer med at ved å iverksette enkle tiltak som undervisning og opplæring vil man kunne gi en kvalitetsmessig god og faglig forsvarlig behandling.

2.3 Kan man oppnå bedre kvalitet i helsetjenesten ved bruk av kartleggingsverktøy?

Sett i sammenheng med kapittelet over, som avdekker praksis i utakt med kunnskapsbaserte anbefalinger (Sjøbø et al., 2012) ønsker jeg i dette kapittelet å se om det er en sammenheng med å bruke kartleggingsverktøyet og bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Norsk standard, NS-EN ISO 9000 definisjon på kvalitet er **«i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»** (Arntzen, 2007). Kvalitet er et omfattende og mangetydig begrep. Det er ingen konsensus som sier hva det er og hvordan det skal måles. Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er verdiladet og subjektivt på samme tid, og ulike elementer kan ofte komme i konflikt med hverandre. Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter (Regjeringen, 2012). Det sentrale poenget i definisjonen er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. Målet med kvalitetsarbeid er å sikre pasienten et best mulig behandlingsresultat (Gulbrandsen & Stubberud, 2015; Regjeringen, 2005, 2012).

Kvalitet oppleves ofte forskjellig av pasient og helsepersonell. Derfor skiller man mellom pasientkvalitet og profesjonell kvalitet. Den profesjonelle kvaliteten sier noe om i hvilken grad helsepersonellet klarer å ivareta pasientens problemer og behov (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). For å kunne tilby pasienten kvalitet, må man ifølge Norsk sykepleierforbund **«tilby pasienten en kvalitativ god sykepleie ut fra pasientens behov og med utgangspunkt i det som til enhver tid blir definert som god praksis og god sykepleie»**(NSF, 2013). Benner (2008) sier: for at helsetjenesten skal oppleves trygg og god for pasienten, kreves det en teknisk kompetanse hos sykepleier som innebærer evne til å tenke kritisk, opparbeide erfaring og klinisk skjønn. Dette oppnår man ved kontinuerlig læring og faglig ansvarlighet samtidig som man har problemløsende egenskaper(Benner et al., 2008). Dette i kombinasjon med et kartleggingsverktøy vil føre til bedre kvalitet (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Når man kombinerer kliniske blikk med et validert kartleggingsverktøy vil man i større grad kunne gi trygge og forutsigbare rammer for pasient og helsepersonell, noe som kan føre til færre uønskede hendelser da sykepleierne er forberedt på hva de skal gjøre, dette inngir tillit (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Pasientene bør kunne forvente at de får den best tilgjengelige behandlingen de trenger på riktig tidspunkt, samtidig som faglige standarder og lovpålagte krav følges (Lovdata, 1999). Når man bruker kvalitative og objektive kartleggingsverktøy vil alle observasjoner utføres likt, dermed vil pasienten oppleve god kvalitet (Arntzen, 2007). Pasienter og pårørende forventer at diagnostikk, behandling og rehabilitering er av god og høy kvalitet. Dette fordrer at intensivsykepleierne anvender gjeldende kvalitetsstandarder og kontinuerlig følger med i fagutvikling, ved at man jobber kunnskapsbasert. Spesialisthelsetjenesteloven §3-10 sier at **«virksomheter som yter helsetjenester, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis den opplæringen, etterutdanningen og videreutdanningen som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig»** (Lovdata, 1999; Regjeringen, 2005) dermed har ledelsen i avdelingene ansvar for at ressurstilgang, prosedyrer, opplæring og rutiner kan bli utføres med høy kvalitet (Arntzen, 2007; Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Boge og Martinsen (2006) er kritiske til at pasientene skal kartlegges ved hjelp av objektive målinger. De sier at kvalitet i helsetjenesten ikke er synonymt med objektive

målinger og effekt som ofte er målet med å bruke kartleggingsverktøy. Deres mener er at ved å bruke et standardisert kartleggingsverktøy, vil man få en instrumentalisert tilnærming til pasienten er man bare ser etter synlige, objektive sykdomstegn, og ikke ser hele pasienten. Deres oppfatning er at hvis man har tillitt til at profesjonene utfører sine oppgaver og ikke detaljstyrer hva om skal identifiseres og hvordan det skal identifiseres ved hjelp av målbare prosedyrer, mener Boge og Martinsen (2006) at man kunne oppnå en faglig forsvarlig og medmenneskelig helsetjeneste. Dette er en kritikk som det er viktig å vurdere i forbindelse med bruk av kartleggingsverktøy. Intensivsykepleieren har plikt til å utføre en helhetlig sykepleie og jeg presenterer derfor intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsområde i neste kapittel.

2.4 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde

Alle pasienter har krav på et faglig forsvarlig behandlingstilbud, uansett hvilken skade eller hvilket omfang skaden eller sykdommen utgjør. Som intensivsykepleier har man ifølge ansvars- og funksjonsbeskrivelsen ("NSFLIS," 2002): plikt til å utføre helhetlig sykepleie i samsvar med Norsk sykepleierforbund (NSF's) yrkesetiske retningslinjer, Lov om pasient og brukerrettigheter, Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten (NSFLIS, 2002; Regjeringen, 2005).

Dette ansvaret innebærer blant annet « **å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, for deretter å sette inn tiltak for å forebygge videreutvikling av helsesvikt og eventuelt sykdom**» (NSFLIS, 2002).

For å kunne gjennomføre dette er intensivsykepleierens ansvar å kontinuerlig observere og vurderer pasientens behov for intensivsykepleie og medisinsk behandling. Sykepleien ytes på grunnlag av kunnskap, ferdigheter og holdninger ved at man søker å iverksette tiltak som bevarer, opprettholder eller forøker å opprette tilnærmet normal funksjon hos pasienten. Som intensivsykepleier har man ansvar for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen uansett hva slags skade eller sykdom pasienten har. Når en skal ivareta kontinuiteten er det intensivsykepleieres ansvar å dokumentere observasjoner og behandling, slik at man kan identifisere endring i tilstand eller at behandlingen ikke har effekt. Ved tidlig identifikasjon av endring, både medisinsk- og kognitiv-/mental, har man et ansvar for å forhindre at tilstanden progredierer. Ved å utføre forebyggende behandling tar man dermed sikte på å

begrense omfanget og styrken av belastninger pasienten opplever i forbindelse med sykdom, skade og behandling ("NSFLIS," 2002). Målet med å forebygge komplikasjoner er å bedre pasientens funksjonsnivå.

For utøve kvalitetsmessig god intensivsykepleie har man som intensivsykepleier et «*eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, samtidig som man tar del i fagutvikling og forskning*» ("NSFLIS," 2002). Ved å ta dette ansvaret kan man være med å delta i utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner ved avdelingen (NSFLIS, 2002) blant annet implementering og selvstendig bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU.

3.0 METODE

I dette kapitlet gjør jeg rede for vitenskapsteoretisk ståsted, valg av metode for innsamling av data, utvalgsprosedyre, gjennomføringen av intervjuene, for forståelse og analyse og studiens gyldighet. I siste avsnitt diskuterer jeg ulike faktorer som kan ha påvirket min datainnsamling.

3.1 Kvalitativ metode

Metode brukes for å strukturere studien og for å samle og analysere relevant informasjon slik at ny vitenskapelig kunnskap utvikles. Kvantitativ metode søker numerisk informasjon som kan føre til statistikker og tabeller, mens kvalitativ metode søker kunnskap i menneskets erfaring (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2014a). Metoden avhenger av problemstilling prosjektet har (Kvale & Brinkmann, 2009). Min problemstilling etterspør intensivsykepleieres erfaringer, og jeg ønsker å forstå fremfor å forklare, derfor bruker jeg kvalitative metode (Gilje & Grimen, 1993; Malterud, 2011). Polit og Beck (2014a) beskriver kvalitativ forskning som «*The investigation of phenomena, typically in an in-depth and holistic fashion, through the collection of rich narrative materials using a flexible research design*» (Polit & Beck, 2014a, p. 389). Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av Kvale og Brinkmann (2009). Analysemetoden, systematisk tekstkondensering er utført slik Malterud (2011) beskriver, for å få mest mulig troverdige resultater.

3.2 Semistrukturert intervju

Den beste måten å undersøke intensivsykepleierens erfaringer er å snakke med dem, og den rikeste kunnskapen får man ved at informantene deler egne erfaringer i form av hendelser eller opplevd historie (Malterud, 2011). I følge Kvale og Brinkmann (2009) er kvalitativt intervju en samtale mellom to personer om et tema begge er opptatt av. Hvor kunnskap omskapes i samspill mellom intervjuer og informant.

Datasamling ble gjort ved hjelp av semistrukturert dybdeintervju, med en intervjuguide (VEDLEGG 3) jeg hadde utviklet på forhånd. Denne hadde spørsmål basert på problemstillingen, tidligere forskning og egne praksiserfaringer.

Intervjuguiden hadde fast tema, fast rekkefølge på spørsmål og åpne svar, dermed hadde jeg et godt utgangspunkt for å få svar på spørsmålene mine (Jacobsen, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

3.3 Utvalg

Da informanter skulle finnes tok jeg utgangspunkt i problemstillingen. Målet var å få innsikt i erfaringer intensivsykepleierne har med bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU. Siden ikke alle intensivavdelinger i Norge har innført dette kartleggingsverktøyet, ringte jeg rundt til forskjellige sykehus for å høre om de brukte det, hvilken erfaring de hadde, og hvor lenge de hadde brukt det. Ut fra disse opplysningene valgte jeg fem sykehus med til sammen åtte avdelinger hvor jeg sendte en uformell epost med forespørsel om deltakelse i studien. Fire avdelinger på fire forskjellige sykehus takket ja til å være med i undersøkelsen.

Deretter sendte jeg en formell søknad per epost til de aktuelle avdelingene. Ved to av sykehusene ønsket de en formell søknad til forskningsavdelingen før gjennomførelse av studien. Disse ble sendt og godkjent. Alle sykehusene ønsket søknad direkte til avdeling. Jeg fikk raskt svar om at de ønsket å delta. Enhetsleder ved avdelingen ble spurt om å være kontaktperson. Disse plukket ut aktuelle kandidater og fant tidspunkt for gjennomføring av intervjuene. Kriterier for deltakelse var at informantene skulle ha vært intensivsykepleiere i minst to år ved samme avdeling, samt at de hadde erfaring med og god kjennskap til avdelingens kartleggings- og behandlingsrutiner. Dette ville gi meg et best mulig grunnlag for å få valid, gyldig og overførbar kunnskap, som i ettertid kunne deles med andre intensivsykepleiere (Jacobsen, 2005; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2014a). Ifølge Malterud (2011) gjorde jeg dermed et strategisk utvalg. Informantene ville gjennom intervjuer kunne gi meg et rikt og variert datamateriale til hjelpe for å svare på problemstillingen. Informasjonsskriv om studien ble sendt til kontaktpersonene (VEDLEGG 4). Ved et av sykehusene ble intervjuguide sendt på forhånd etter avdelingsleders ønske. Ingen av informantene fikk se intervjuguiden på forhånd. Informantene var kvinner som hadde jobbet ved samme avdeling mellom 2 og 25 år.

På forhånd hadde jeg ønsket meg åtte informanter, da jeg mente at den størrelse på utvalget ville være stort nok til å belyse problemstillingen. Dette støttes av Malterud (2011) som sier at fire til syv informanter er nok. Informantene var reflekterte ovenfor opplevelser og svarte med gode beskrivelser på de spørsmålene jeg stilte. Jeg oppnådde en viss form for metning etter seks intervjuer, (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2014a) men valgte å intervju de to siste informantene da de ved å ha takket ja til å delta viste at de var interesserte i å være med i studien.

3.4 Forberedelse til intervjuet

I følge Kvale og Brinkmann (2009) trengs det trening for å bli en god intervjuer. Siden jeg ikke hadde erfaring på området valgte jeg å gjøre et pilotintervju på en av mine kollegaer. Dermed fikk jeg erfaring i å være i intervjusituasjonen. Piloten viste at jeg hadde utviklet en god intervjuguide, og tidsrammen på gjennomførelsen av intervjuet var akseptabel. Ifølge Malterud (2011) bør alle utførte intervjuer være bidrag til forskning. Malterud (2011) sier det er naturlig at data samlet inn på forskjellige tidspunkt vil gi ulike grader av kunnskap, men da jeg ikke hadde fått formell godkjenning fra sykehuset til å gjennomføre intervjuet valgte jeg å ikke inkludere dette intervjuet i studien.

3.5 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjort i informantenes arbeidstid. Seks av dem i eget rom utenfor avdeling og et på fagsykepleiers kontor. Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. For at intervjuene skulle bli en god opplevelse brukte jeg litt tid på å presentere meg selv og oppgaven. Jeg informerte om at deltakelse var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg, uten at dette ville medføre noen konsekvenser. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om godkjenninger fra Personvernombudet (NSD) (VEDLEGG 5), Fakultetets etiske komité (FEK) og sykehusenes egne forskningsavdelinger. Informantene fikk informasjon om at intervjuene ville bli anonymisert og at de ikke kunne bli identifisert i det ferdige materialet. Jeg informerte om at alle lydfiler og transkripsjoner ville bli makulert ved utgangen av 2016. Informantene skrev under på informert samtykke (VEDLEGG 6) før intervjuet startet. Jeg opplevde å få god kontakt med alle informantene, ved at jeg lyttet oppmerksom og viste interesse noe som førte til tillit (Kvale & Brinkmann, 2009). Spørsmålene var korte og enkle, og etter anbefalinger fra Kvale & Brinkmann (2009), innledet jeg intervjuet med et spørsmål som kunne hjelpe informanten til å huske en situasjon med en pasient med intensivdelir. Informantenes svar ble fulgt opp med åpne spørsmål omkring temaet.

Intervjuene ble gjort på forskjellig måte hver gang, ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble avsluttet med en oppsummering av hva som var blitt sagt (Kvale & Brinkmann, 2009), og flere av informantene kunne fortelle at de følte

de hadde hatt nytte av intervjuet, ved at de nå hadde større fokus intensivdelir og bruk av CAM-ICU som et kartleggingsverktøy.

Seks intervjuer ble utført som individuelle intervjuer. Med varighet på 25-55 minutter. Intervjuet som tok 25 minutter var et konstruktivt intervju hvor informanten ikke snakket rundt temaet, men svarte kort og konsist på alle spørsmålene jeg hadde. Dette var det siste intervjuet som ble utført. Hun ga meg konstruktive svar på alt jeg ønsket å vite.

Et annet intervju ble gjort som gruppeintervju. med to sykepleiere. Informantene ønsket å gjennomføre intervjuet sammen, og avdelingen hadde ikke satt av tid til mer enn ett intervju. Jeg forsøkte å føre en ikke-styrende intervjustil, med egen vri, for å få frem fokuset på temaet hos begge informantene (Kvale & Brinkmann, 2009). Spørsmålene ble stilt på samme måte som ved de individuelle intervjuene. Informantene diskuterte seg imellom. Min erfaring var at jeg opplevde å få gode svar fra begge informantene, som kunne brukes videre i analyseprosessen.

3.6 Forforståelse

En kvalitativ forsker vil ifølge Malterud (2011) alltid påvirke prosjektet med sin forforståelse. Da tema å forske på skulle velges, tok jeg kontakt med fagsykepleier ved den intensivavdelingen jeg jobber. Intensivdelir, og bruk av CAM-ICU var noe vi begge lurte på. Selv om jeg ikke har fått noen formell opplæring, hadde jeg en forståelse av at resultatene man kom frem til etter kartleggingen ikke ble brukt. Jeg lurte på om det bare var jeg som hadde denne opplevelsen eller om andre opplevde det samme. Jeg har søkt og lest masse forskning omkring CAM-ICU og kartleggingsverktøy, som kan være med og forme min forforståelse. Jeg har bevisst forsøkt å sette min forforståelse i parentes (Malterud, 2011), både i arbeid med intervjuguide, i møte med informanter og analysen slik at den ikke skulle påvirke troverdigheten i resultatene.

Ifølge Malterud (2011) kan forforståelse være nyttig for forskningsprosessen og bidra til nysgjerrighet og interesse for temaområdet, men den kan også bidra til å begrense syn og horisont ovenfor eget datamateriale (Malterud, 2011). Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan etiske spørsmål knyttet til intervjuforskning oppstå på grunn av en asymmetrisk maktrelasjonen mellom intervjuer og informant (Kvale &

Brinkmann, 2009). Jeg var nøye på å informere om at jeg var i rollen som forsker og ikke som kollega, slik at jeg kunne unngå dette. Informantene skulle ikke føle at «jeg satte meg over dem» og at jeg hadde mer kunnskap enn dem. Av den grunn presiserte jeg gjentatte ganger, at det de fortalte var kunnskap jeg kom til å ha god bruk for i analysen, utformingen og resultatet av oppgaven.

Jeg har forsøkt å tenke kritisk i forbindelse med spørsmålene jeg utformet til intervjuguiden slik at jeg kunne legge til side egne erfaringer både under innsamlingen av materialet og under tolkningen (Polit & Beck, 2014a). Jeg kan likevel ikke utelukke at min forforståelse kan ha påvirket fremgangsmåte, kvaliteten på intervjuene og påfølgende analyse (Malterud, 2011).

3.7 Analyse

«Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet organiseres, fortolkes og sammenfattes» (Malterud, 2011, p. 91). Ved å utføre en kvalitativ studie ønsker man å utvikle ny kunnskap, og ikke å reprodusere forståelsen vi allerede har om temaet. Formålet med analysen er å få kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy. Analysen ble utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering, en analysemetode inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, beskrevet av Malterud (2011). Metodens formål var «å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt» (Malterud, 2011, p. 97).

Jeg transkribere selv alle intervjuene umiddelbart etter intervjuene. De er ordrett transkribert, men ord uten mening er blitt slettet. Det ble tilsammen 60 sider råmateriale klart til analyse.

Analysen ble gjennomført i fire trinn med fokus på problemstillingen:

I det første analysetrinn leste jeg gjennom råmaterialet for å få et helhetsinntrykk (Malterud, 2011). Jeg leste gjennom materialet og forsøkte å sette min forforståelse og min teoretiske referanseramme i parentes. Dermed kunne jeg stille meg åpen til de inntrykk materialet forsøkte å formidle, uten å tenke som en fagperson. Etter å ha lest gjennom alt materialet prøvde jeg å se hvilke temaer som fortalte noe om hva

informantene var opptatt av når de skulle fortelle meg om sine erfaringer med bruk av CAM-ICU.

Ifølge Malterud (2011) er fire til åtte temaer som intuitivt vekker oppmerksomhet et bra antall. Jeg fant fem temaer.

- 1) Opplæring og undervisning om intensivdelir
- 2) opplæring for å bruke kartleggingsverktøy
- 3) holdninger til bruk av kartleggingsverktøy
- 4) samarbeid med legene
- 5) erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet.

Malterud (2011) sier at det ville være gunstig at en annen forsker leste gjennom temaet for å skape et analytisk rom for flere nyanser, og dermed kunne fått øye på andre detaljer.

Da jeg var alene om prosjektet og måtte ta egne avgjørelser om hvilke temaer jeg ville fokusere på, leste jeg på nytt transkripsjonene for å se om jeg kunne finne noen nye temaer. Det gjorde jeg ikke, men jeg bestemte meg for å trekke noen av temaene sammen, da de omhandlet det samme. Mine tre temaer ble dermed:

- 1) undervisning og opplæring
- 2) holdninger
- 3) erfaringer.

Kategoriene samsvarte ikke med hovedtemaene i intervjuguiden, noe som ifølge Malterud (2011) viser at jeg ikke følger forforståelsen min.

I det andre analysetrinnet søkte jeg å skille relevant tekst fra irrelevant, ved en systematisk gjennomgang av materialet. Dermed identifiserte jeg det Malterud (2011) kaller meningsbærende enheter. Jeg sorterte den teksten som hadde kunnskap som kunne belyse problemstillingen under det som i analyseprogrammet Nvivo kalles noder. For å finne denne kunnskapen gikk jeg gjennom transkripsjonene setning for setning og plasserte meningsenhetene under de foreløpige temaene fra forrige trinn

av analysen (Malterud, 2011). Dette kalles ifølge Malterud (2011) koding, og er en systematisk dekontekstualisering hvor deler av teksten ble hentet ut av sin opprinnelige sammenheng.

Da jeg var i denne delen av prosessen følte jeg at jeg ikke fikk god nok oversikt over kodene og de meningsbærende enhetene ved bruk av Nvivo. Dermed valgte jeg, for å ikke gå glipp av noe, å endre strategi for analyseringen. Jeg valgte å starte analyseprosessen på nytt ved å gjøre alt manuelt, med blyant og papir. Også gang nummer to kom jeg frem til de samme meningsbærende enhetene og kodene.

All data ble organisert og sortert i kodegrupper. 12 koder omhandlet opplæring/undervisning, 12 koder omhandlet holdning og 36 koder omhandlet erfaringer.

I det tredje analysetrinn abstraherte jeg innholdet fra andre analysetrinn og kondenserte innholdet i de meningsbærende enhetene. Jeg gjorde som Giorgi anbefaler, å omskrive det konkrete innholdet innenfor hver kodegruppe til abstrakt mening (Malterud, 2011, p. 105), slik at jeg etter hvert kunne trekke ut subgrupper innenfor hver abstrakte mening. Deretter lagde jeg et kondensat som gjenfortalte og sammenfatter innholdet av subgruppene, slik systematisk tekstkondensering anbefaler. Kondensatet ble skrevet i «jeg» form, for å minne meg på at jeg representerte deltakerne. Deretter valgte jeg ut noen «gullsitat» som illustrerte det som var skrevet i kondensatet (Malterud, 2011).

Dette gjorde jeg med alle kodegruppene (VEDLEGG 7).

I det fjerde analysetrinn forsøkte jeg å rekontekstualisere teksten - satt jeg sammen bitene igjen, ved å lage jeg en gjenfortelling/en analytisk tekst med basis i de kondenserte tekstene og sitatene fra forrige analysetrinn. Alle kodene fikk en analytisk tekst. Dermed forsøkte jeg å formidle hva materialet fortalte om hvilke erfaringer intensivsykepleierne hadde med bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å identifisere og forebygge intensivdelir. Teksten ble skrevet i tredjeperson som en gjenfortelling, hvor informantenes stemme ble hørt og jeg tok ansvar for eventuelle tolkninger. Den analytiske teksten representerer ifølge Malterud (2011)

resultatene i forskningsprosjektet. Det ble også i denne delen av analysen bruk «gullsiter» for å illustrere meninger i teksten. «Gullsitatene» ble hentet fra forrige analysetrinn, men også noen nye, som ble hentet fra råmaterialet. Funnene ble vurdert opp mot foreliggende empiri, og teori som jeg hadde skrevet om i teorikapitlet. Enkelte av funnene var nevnt i noen artikler, men stort sett var det ny kunnskap som ble presentert, noe som ifølge Malterud (2011) viser at relevansen av funnene er stor.

3.8 Metodediskusjon

Valget av metode var et godt valg, men i invitasjonen til deltakelse i studien burde det vært presisert at jeg ønsket å intervju informanter som hadde erfaring med bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU og at det var individuelle intervjuer. I det ene intervjuet stilte to informanter sammen, det var jeg ikke forberedt på. Dette intervjuet skilte seg fra de seks andre, fordi jeg som intervjuer var mindre involvert og lot informantene styre dialogen. Det viste seg også at disse informantene ikke hadde implementert kartleggingsverktøyet CAM-ICU i avdelingen, men at de hadde erfaring med bruk, etter å ha jobbet på andre avdelinger hvor CAM-ICU ble brukt. Jeg valgte å gjennomføre intervjuet da informantene hadde satt av tid, og jeg hadde reist langt for å intervju dem. Det var en god flyt i intervjuet, da informantene diskuterte seg imellom samtidig som de kompletterte og utfylte hverandre på spørsmålene som ble stilt.

Jeg vet ikke om det var riktig av meg å velge individuelle intervjuer eller om gruppeintervju kunne vært en bedre vei å gå. Jeg kan erkjenne at jeg som intervjuer har vært med å prege intervjuene, men i mindre grad desto flere intervjuer jeg fikk erfaring. Jeg forsøkte å sette meg inn i intervjuteknikk slik som blir beskrevet av Kvale og Brinkmann (2009) og Malterud (2011). De beskriver i sine respektive bøker at det bare intervjueren selv som er avgjørende for kvaliteten på resultatene og kunnskapen som produseres. Derfor vil jeg være den første til å erkjenne at siden jeg er uerfaren med å bruke intervju som datainnsamlingsmetode, og ved at jeg aldri har analysert informanter eller pasienters utsagn tidligere kan dataene ha blitt begrensede.

3.9 Studiens pålitelighet

For at den vitenskapelige forskningen skal være så pålitelig som mulig er det viktig at forskeren håndterer den nye kunnskapen i prosess og produkt selvkritisk, og presenterer det for sine lesere (Malterud, 2011). Refleksivitet handler om hvilke forutsetninger forskeren har og hvilke tolkningsrammer som benyttes (Malterud, 2011), dette kan settes i sammenheng med forforståelsen. Malterud (2011) presenterer tre grunnleggende punkter: refleksivitet, relevans og validitet.

3.9.1 Refleksivitet

Refleksivitet handler om hvilke forutsetninger forskeren har og hvilken tolkningsramme som benyttes (Malterud, 2011). Jeg har i kapittel 3.6 redegjort for forforståelsen jeg hadde før jeg gjorde datainnsamlingen. Til tross for at jeg prøvde å sette forforståelsen i parentes ser jeg at jeg ikke har klart det helt, ved at jeg har måttet jobbe grundig for å minne meg selv gjennom hele analyseprosessen og når jeg skulle fremstille funnene at det er respondentenes svar jeg var ute etter, ikke egen erfaring. Heldigvis har jeg hatt en veileder som har hjulpet meg å poengtere dette underveis slik at jeg har kunne luke ut mine synspunkter og kun referert informantenes erfaringer.

3.9.2 Relevans

«**Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til**» (Malterud, 2011, p. 17).

Jeg ønsket at den nye kunnskapen skulle være nyttig for flere. Derfor valgte jeg et tema som jeg opplevde at verken intensivsykepleiere, sykepleier på intensivavdelingen eller leger hadde nok kunnskap omkring. I artikler og bøker jeg leste sto det mye om at CAM-ICU var det mest reliable og valide verktøy til å oppdage intensivdelir hos pasienten. Det var flere artikler som viste at selv om CAM-ICU er det anbefalte verktøy til å identifisere intensivdelir, blir det ikke brukt av sykepleiere. Ingen av artiklene kunne fortelle meg hvorfor det er slik. Altså var det et område hvor det var behov for ny forskning.

For at kunnskapen skulle bli så aktuell og god som mulig, sendte jeg email til flere avdelinger i Norge om bruken av CAM-ICU, men det var lite svar å få. Dermed ringte jeg rundt til avdelingene og forhørte meg om de bruket verktøyet eller ikke. Fire sykehus, både universitetssykehus og lokalsykehus ble del av studien. Ved at det var

universitetssykehus og lokalsykehus fikk jeg et variert materiale. Kanskje det hadde vært andre sykehus som kunne bidratt med annen erfaring, men da en doktorgradsstipendiat innenfor samme tema også skulle ha informanter, var det vanskelig å få avdelingen til å si ja til min forespørsel, da de ikke ville ødelegge for hennes forskning. Til tross for dette mener jeg at studiets funn tilfører ny kunnskap som er relevant for andre sykepleiere/intensivsykepleiere som arbeider på en intensivavdeling.

3.9.3 Validitet

Validitet handler om gyldighet i materialet, dette gjør man ved å se på den interne og den eksterne validiteten (Malterud, 2011).

Intern validitet: For at studien skal ha valide funn er det mange aspekter man må ta i betraktning. Det første er å se om metoden gir svar på problemstillingen.

Intensjonen var å søke kunnskap blant intensivsykepleieres erfaringer, dermed var valg av metode riktig. Kvalitativ metode søker kunnskap i enkeltmennesker erfaringer (Malterud, 2011)

Utvalget er også avgjørende i forhold til studiens validitet. Jeg gjorde som nevnt et strategisk utvalg med åtte informanter på fire forskjellige sykehus. Antallet informanter støttes av Malterud (2011) som sier at fire til syv informanter kan være tilstrekkelig, dersom forskeren har gjort et godt teoretisk forarbeid, samt kjenner metoden.

Jeg valgt å bare intervju intensivsykepleiere og gikk dermed glipp av informasjon som andre helsearbeidere som eksempelvis leger kunne gitt meg. Årsaken til at jeg søkte etter intensivsykepleierens kunnskap, er at de står «bedside» og observerer pasienten, samtidig som de har kunnskap til å observere og tolke de signaler pasienten sender. Gulbrandsen og Stubberud (2015) sier «**intensivsykepleie uten spesialkunnskap er tvilsom intensivsykepleie. Intensivsykepleie uten generell sykepleiekunnskap er ikke intensivsykepleie**» (Gulbrandsen & Stubberud, 2015, p. 66).

Inklusjonskriteriene var at informantene skulle ha jobbet minst to år som intensivsykepleiere ved avdelingen. Det ble ikke satt noe krav, eller ønske om kjønn blant informantene. Utvalget besto av kvinner med 2-25 års erfaring, som delte rikt av sine erfaringer og opplevelser. Jeg anser mine funn som valide.

Det ble brukt en intervjuguide, som var nøye utarbeidet på forhånd. I den hadde jeg forsøkt å legge min forforståelse vekk.

Jeg var som nevnt en uerfaren intervjuer og datamaterialet kan bære preg av det. Jeg prøvde etter beste evne som Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler å validere meg selv underveis, ved å stille oppfølgingsspørsmål der det var naturlig, eller ved å få bekreftelse av hva informanten mente med spørsmål som: mener du...? forstår jeg deg rett.....?

For at viktig informasjon ikke skulle gå tapt ble det gjort lydopptak under intervjuene. Etter intervjuene transkriberte jeg materialet fra muntlig til skriftlig form. Faren med å transkribere er at man ved å endre fra muntlig til skriftlig kan få en forvrengning av samtalen ((Kvale & Brinkmann, 2009), derfor ble transkripsjonene gjort direkte etter intervjuene.

Når analysen blir gjort av uerfarne forskere bør nøyaktige instruksjoner følges (Malterud, 2011). Jeg valgte gjennom hele analyseprosessen å følge Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering trinnvis. Malterud (2011) anbefaler at flere forskere gjør enkelte prosesser i analysen for å sammenlikne funn, dette bli ikke gjennomført da jeg bare var en person til å ta de ulike valgene. Dermed kan analysen i mitt prosjekt være preget av min forforståelse, noe som kan være en svakhet.

Ekstern validitet: Kvale og Brinkmann (2009) sier at få informanter gjør det vanskelig å generalisere, dette er Malterud (2011) enig i. Hun sier «*representativt utvalg, som ofte brukes for å sikre overførbarhet i en populasjonsbasert kvantitativ studie, kan vanligvis ikke brukes i en kvalitativ studie*» (Malterud, 2011, p. 22).

Jeg har forsøkt å gjøre studien gyldig ved å oppfylle kravet om konsistens – en synlig rød tråd- en logiske forbindelseslinjen mellom problemstilling, teori, metode og data som fører frem til kunnskapen (Malterud, 2011).

Ved å presentere objektivt hvordan jeg har gjennomført studien i forhold til relevans, refleksivitet og validitet, styrker jeg oppgavens pålitelighet. Som et mål på pålitelighet skal prosjektet kunne gjøres av andre forskere. Dermed må presentasjonen inneholde nøyaktige beskrivelser av hvilke valg og vurderinger som er gjort (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

Etter mine vurderinger er studien pålitelig og måler det den skal måle.

4.0 ETISKE OVERVEIELSER

Med utgangspunkt i Helsinki-deklarasjonen ble studien søkt godkjent i forskningsetiske komiteer (Gilje & Grimen, 1993). Personvernombudet (NSD), Fakultetets etiske komité (FEK) og sykehusenes egne forskningsavdelinger har godkjent studien. Undersøkelsen følger forskningsetiske prinsipper fra Helsinkideklarasjonen (Gilje & Grimen, 1993) og Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden ("SSN," 2003) som bygger på FNs menneskerettighetserklæring og Helsinki-deklarasjonen. Helsinki-deklarasjonen omfatter kun pasienter, og gir ikke gir samme beskyttelse for helsepersonell. Derfor forholder jeg meg til tre etiske prinsipper som ivaretar forholdet mellom forsker og respondent, presentert i Kvale og Brinkmann (2009): Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

4.1 Informert samtykke og frivillig deltakelse

Informert samtykke betyr at informantene informeres om prosjektets formål og design, mulige risikoer og fordeler ved å delta, deres rett til konfidensialitet og sikker lagring av data. Forskeren skal også sikre at informantene deltar frivillig og informere om at de når som helst kan trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene har fått informasjonsskriv hvor jeg forespør om de vil være med i forskningsprosjektet. Informasjon om bakgrunn og hensikt med studien, hvilke konsekvenser det vil ha at de deltar, at all deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra studien er gitt. Informantene har skrevet under på samtykkeerklæringen etter at informasjonen er gitt både skriftlig og muntlig i forkant av intervjuene (Jacobsen, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene er grundig informert om undersøkelsens hensikt og hvordan resultatene skal benyttes, samt hvilke fordeler og ulemper det kan medføre for dem ("SSN," 2003; Jacobsen, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2014b)

4.2 Konfidensialitet, datalagring og taushetsplikt

Konfidensialitet i forskning skal sikre informanter anonymitet, slik at ikke private data som identifiserer informantene avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene ble

spurt av avdelingsleder om de ønsket å delta i min undersøkelse, og jeg hadde ingen påvirkning på hvem som ble valgt ut. Aktuelle deltakere forble anonyme inntil samtykke var gitt. Intensivsykepleierne ble sikret anonymitet ved at de transkriberte intervjuene ikke inneholdt navn eller andre personidentifiserende opplysninger. Informert samtykke har blitt oppbevart innelåst slik at jeg er den eneste som har informasjon om hvem som er intervjuet og hvor intervjuene er gjort. Informantene ble informert skriftlig og muntlig om at det er kun jeg og veileder som har tilgang til de transkriberte intervjuene og bare jeg som har tilgang til lydfilene. Lydfile og transkripsjoner ble oppbevart på pc med passord ("SSN," 2003; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2014b). Alle respondentene fikk informasjon om at alt materialet slettes ved prosjektets slutt. Senest 31.12.2016.

4.3 Konsekvenser for deltakerne

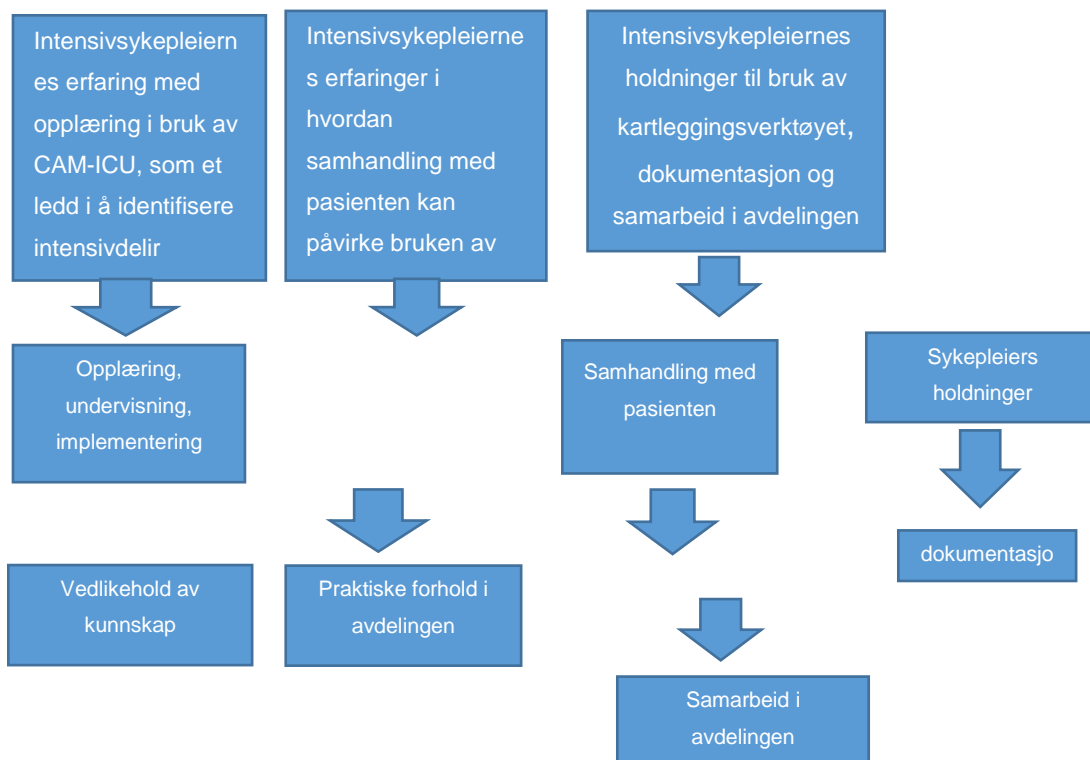
Fordeler ved å delta i studien og betydningen av ny kunnskapen bør overstige risikoen for å skade informantene (Kvale & Brinkmann, 2009). Siden studien ikke har noe sensitivt tema og informantene ikke tilhører en sårbar gruppe kan jeg ikke se at studien har noen risiko for å skade informantene. Fordelen er at ny kunnskap blir formidlet til intensivsykepleiere og sykepleiere ved andre intensivavdelinger.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet vil funnene fra intervjuene presenteres. Med utgangspunkt i problemformuleringen, konsentrerer jeg meg om informantenes erfaringer i bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU, som et ledd i å identifisere og forebygge intensivdelir. Deres opplevelse av opplæring, implementering og holdninger rundt bruk av kartleggingsverktøyet.

Funnene presenteres etter viktighet for informantene.

Tabell 3. Funnene presentert som hovedkategorier og subkategorier



Etter analysen så jeg at de ulike kategoriene virker inn på hverandre. Eksempelvis, vil subjektiv vurdering av delir henge sammen med kartlegging, som er en objektiv måte å fremskaffe bevis på.

5.1 Intensivsykepleierens erfaring med opplæring i bruk av CAM-ICU, som et ledd i å identifisere intensivdelir

Alle informantene sa noe om opplæring og undervisning. I denne hovedkategorien, vil jeg presentere funn som omhandler intensivsykepleierens erfaring omkring

opplæring for å kunne bruke kartleggingsverktøyet. Hva de sier om hvordan de kan identifisere at pasienten har intensivdelir. Samt informantenes ansvar for egenlæring og hvordan de vedlikeholder kunnskapen.

5.1.1 Opplæring, undervisning og implementering i avdelingen

Alle informantene fortalte at det var viktig å ha god kunnskap om intensivdelir. De nevnte identifisering, kartlegging og det å forebygge videreutvikling som en del av denne kunnskapen. Videre fortalte de om viktigheten av å kjenne til forskjellige behandlinger, både medikamentelle og ikke- medikamentelle.

For å få denne kunnskapen ble det fortalt at det var viktig med undervisning og opplæring som kunne hjelpe dem å kjenne igjen tegn på intensivdelir. Samtlige informanter fortalte at de hadde fått undervisning på høgskolen og/eller universitetet, samt i avdelingen - i hvordan de skal kunne identifisere hyper- og/eller hypoaktivt delir. Ingen av informantene fortalte at de hadde fått opplæring i å identifisere blandings- eller fluktuerende delir.

Fire av dem (halvparten) fortalte at de hadde fått en kort introduksjon i hvordan de skulle bruke kartleggingsverktøyet da det ble innført i avdelingen, men de hadde ikke fått noen formell opplæring eller undervisning i praktisk bruk. En av informantene sa at hun ikke hadde fått vite hva som var fordelene med å bruke kartleggingsverktøyet fremfor å bruke det kliniske blikk.

En av informantene fortalte at i avdelingen hvor hun jobber, hadde de satt inn store ressurser, ved bruk av eksterne- og interne forelesere med spesialkompetanse på intensivdelir og kartlegging med bruk av CAM-ICU. Disse skulle lære opp de ansatte i å kartlegge med bruk av CAM-ICU. Hennes erfaring var at alle ved den intensivavdelingen fikk god- og lik undervisning om intensivdelir. Dette innebar kjennetegn og alternative behandlingsmetoder, samt undervisning i hvordan og hvorfor bruke CAM-ICU. Det ble ifølge informanten ikke lengre stilt kritiske spørsmål til hvorfor og hvordan kartlegge, etter denne prosessen. Hun erfarte at de hadde implementert CAM-ICU som en del av den daglige observasjonsrutinen på samme måte som smerte- (NRS) og sedasjonsvurderingen (RASS).

«God undervisning er viktig. Dermed forstår man nytten av å kartlegge, og man kan få innarbeidet CAM-ICU som en del av behandlingsrutinen»

Ifølge en informant var mangelfull opplæring grunnen til at hun var usikker på om hun brukte CAM-ICU riktig. Dette førte til at hun ikke kartla pasienten så ofte som hun burde. Siden det ikke var gitt noen opplæring i praktisk-utførelse, fortalte flere av informantene at de synes det var et vanskelig verktøy å bruke. Samtidig som de stilte spørsmål med om resultatet av kartleggingen kunne være til å stole på. En av informantene sa at hun aldri syntes man ble ferdig med kartleggingen.

«Når kartleggingen skal utføres, opplever jeg at vi aldri kommer gjennom hele skjemat. Vi dropper gjerne å undersøke noen punkter»

En av informantene fortalte at hennes avdeling hadde modifisert kartleggingsverktøyet. De hadde tatt bort en del av testen, den visuelle biten. Derfor mente hun at de fikk feil opplæring i bruken av kartleggingsverktøyet, og at man dermed ikke alltid kunne stole på om pasienten hadde intensivdelir eller ikke. Videre ble det fortalt at mange bruker kartleggingsverktøyet feil. En informant fortalte at feil bruk hang sammen med mangelfull opplæring, som igjen førte til at intensivsykepleierne ikke forsto hvordan de skulle gjennomføre testen. Hun forklarte dette med at ikke alle vet at CAM-ICU er et flyt-diagram, og at man ikke trenger å ta hele testen hvis ikke pasienten har endret bevissthet i løpet av de siste 24 timer.

«Hvis det ikke er observert noe endring, som fluktuerende bevissthet eller endring i bevissthetsnivået behøver man ikke ta testen. Det er jo kun hvis det er endring man trenger å starte med KATAMARAAN».

En av informanten fortalte at man ikke trengte opplæring eller undervisning i bruken av kartleggingsverktøyet. Hun erfarte at CAM-ICU er enkelt å bruke, og selvforklarende. Dette forklarte hun med at det er fast struktur på spørsmål og at svarene ikke gir rom for tolking.

5.1.2 Vedlikehold av kunnskap

Alle informantene fortalte de måtte bli flinkere til å vedlikeholde og tilegne seg ny kunnskap. Deres erfaring var at det er en utfordring å rekke dette i en travel hverdag. En informant sa:

«Det er jo mitt ansvar å lære meg det jeg trenger å kunne. Enten ved å lese, eller ved å oppsøke de personene som har denne kunnskapen. Men vi har

så lite tid til å oppdatere oss, det er så mange andre oppgaver som skal utføres».

Alle informantene ønsker at avdelingen skal ta ansvar for at de får den opplæringen og undervisningen de trenger for å kunne gjøre best mulig arbeid. De kan fortelle at de har fagdager, fagkvelder og månedens tema med undervisning som skal gi dem forutsetning for å kunne gi pasienten best mulig behandling. Men ingen av dem er likevel helt fornøyde. En informant sier at hun skulle ønske noen kunne «fore» henne med den viktigste og nyeste kunnskapen, slik at hun ikke trengte å gjøre noen innsats selv. En informant sier:

«Alle har forskjellige erfaringer, kunnskaper og interesser, derfor velger vil litt selv hva vi holder oss oppdatert på og hva vi tilegner oss ny kunnskap på».

Selv om informantene sier det er viktig å identifisere, forebygge og behandle intensivdelir, er det ingen av dem som forteller at det er et tema de har «lest seg opp på». Informantene ved tre av avdelingene forteller at det er et tema de har stort fokus på, da legene ønsker å vite om pasienten har intensivdelir eller ikke. Dermed erfarer de at de selv må oppdatere seg på faget for å vite hva «det er snakk om».

5.2 Intensivsykepleiernes erfaringer i hvordan samhandling med pasienten kan påvirke bruken av CAM-ICU

Informantene hadde ulike opplevelser i samhandlingen med pasienten. Under denne hovedkategorien presenteres funn som omhandler intensivsykepleiernes erfaring vedrørende samhandling med pasienten, og hvordan praktiske forhold i avdelingen kan være med å påvirke hvordan kartleggingen av pasienten utføres.

5.2.1 Samhandling med pasienten

Informantene fortalte at det var utfordringer å bruke kartleggingsverktøyet for å identifisere intensivdelir. De var enige i at for å kunne bruke CAM-ICU måtte pasienten kunne svare på spørsmål, enten verbalt eller nonverbalt. Dette kan være vanskelig når man er kritisk syk eller skadet. Dette begrunnet informantene med at pasientene blir mentalt påvirket når de er på intensivavdeling. Enten på grunn av situasjonen de er i, som en naturlig del av en krisereaksjon. Eller på grunn av de

medikamenter som er blitt gitt, både sedasjon og analgesi. Når pasienten svarer «*god dag mann økseskaft-svar*» er det derfor vanskelig å vite hvorfor. Informantene forteller videre at fysiske forhold som for eksempel at pasienten er intubert kan føre til at kommunikasjon blir vanskelig og det fører til frustrasjon og irritasjon hos både pasient og sykepleier. En av informantene sier:

«Man trenger ikke være delirisk for å bli litt aggressiv, utålmodig og frustrert når man ligger på en intensivavdeling».

En annen informant forteller at hun opplever at man ikke kan kartlegge pasienten når de er sedert og tilsynelatende sover. Hun sa:

«Dersom pasienten er rolig og det ser ut som han sover, kan det være medisinene som gjør det» - «Vi vet at pasienten kan oppleve «kaos» i hodet, uten at vi kan se det».

Derfor opplever hun at intensivsykepleierne ofte «*gjetter*» om pasienten har delir.

Informantene forteller at RASS verdien ikke står i samsvar til om man kan kartlegge pasienten. De trekker frem at selv om CAM-ICU er et flyt-diagram som sier at alle pasienter med RASS over -3 skal kunne kartlegges, er deres erfaring at når RASS er -2 og + 2 kan kartleggingen bli en utfordring. Dette forklarer de med at pasienter som er sedert eller agitert samarbeider dårlig og at man derfor blir usikre på om resultatene man finner er sikre.

En informant fortalte at hun synes det er vanskelig å vite om hun skulle kartlegge eller skjerme en urolig og agitert pasient. Hun opplevde at det kunne være en fordel å skjerme dem, da de ofte hadde hyperaktivt delir, når de reagerte på den måten. Hun sa videre at hun hadde opplevd at pasienten ikke hadde delir, men forsøker å si noe.

«Jeg har trodd at pasienten har intensivdelir siden han er både agitert og motorisk urolig, men så svarte han riktig på spørsmålene i bruk av kartleggingsverktøyet».

Derfor var hennes erfaring at man burde forsøke å kartlegge alle pasienter, også de som ikke samarbeider.

Flere av informantene fortalte at de synes det var vanskelig å kartlegge den den stille og tilbaketrukne pasienten. De begrunnet dette med at man føler «*pasienten stenger verden ute*» og «*lukker seg inne*». Som fører til at det er vanskelig å få kontakt med dem og at det dermed blir vanskelig å kartlegge dem. I følge informantene er det derfor veldig viktige å kartlegge disse pasientene, fordi de kan ha hypoaktivt delir. De sier videre at selv om det viser seg at pasienten ikke har hypoaktivt delir kan det vise seg at de er deprimerte, og depresjon kan behandles. Alle Informantene var enige i at hypoaktivt delir kunne være vanskelig å identifisere, selv ved bruk av CAM-ICU og klinisk blikk. Likevel var en av informantenes erfaring at man oppdaget flere hypoaktive delir nå, enn før man implementerte kartleggingsverktøyet CAM-ICU.

«De stille deliriene er litt vanskelig å oppdage. Man lurte på om pasienten er deprimert, eller om han er slapp og medtatt fordi kroppen ikke orker mer. Likevel synes jeg det virker som vi oppdager flere stille delir enn vi gjorde før».

5.2.2 Praktiske forhold på avdelingen

Informantene fortalte om forhold i avdelingen som kunne føre til at intensivdelir ble utviklet raskere enn forventet og at de forsøkte å bruke CAM-ICU for å identifisere symptomer på intensivdelir raskere. De fortalte videre at bråk og uro er en kilde til stress, og for å forebygge utvikling av intensivdelir tilstrebet de å skjerme pasienten for at han skulle få ro og hvile. De kunne fortelle at pasienter med hyperaktivt delir, som var utagerende og høylytte ofte ble prioritert til enerom, men at avdelingene ikke er tilrettelagt for at alle pasienter skal få hvert sitt rom. Alle informantenes erfaringer, var at stille, rolige pasienter ikke ble prioritert til enerom, men måtte oftest ligge på sal.

Informantene fortalte at å utføre kartleggingen kunne være en utfordring i en hektisk hverdag. Både for pasienten og intensivsykepleieren. Deres erfaring var at det aldri passet å utføre kartleggingen. En av informantene sa at når man ikke har et fast tidspunkt å utføre kartleggingen på, er det lett å droppe den. Dette til fordel for andre gjøremål som oppleves viktigere. To informanter sa at man bare måtte ta seg tid til å gjennomføre kartlegging selv om det ikke alltid var ideelt tidspunkt, for «*hvordan skulle man ellers få gjort det*».

Alle informantene fortalte at de forsøkte å legge til rette for ikke-medikamentelle tiltak som blant annet å følge døgnrytmen ved å ha faste gjøremål, og ved å ha kjente elementer i rommet. Tv, radio, kalender og pårørende ble nevnt da informantene fortalte at disse tingene kunne være med å realitets- orientere pasienten. En av informantene sa at i en avdeling som intensiv kan det være vanskelig å følge normal døgnrytme. Dette begrunnet hun med at det alltid er noe som skal gjøres, enten stell, prosedyrer, visitter eller undersøkelser noe som fører til at pasienten aldri får hvile ordentlig eller sove uavbrutt. Hun sa:

«Vi må forsøke å legge til rette for ro og hvile. Ikke alltid stelle eller utføre prosedyrer. Vi må heller ikke stå og mase over hodet på pasienten. En god natts søvn er jo gull, ikke sant, Kanskje bedre enn medikamenter».

En informant sa at hun synes kartleggingen tok for mye tid og at hun derfor ikke alltid utførte den. Dette begrunnet hun med tidspress for å få utført alle dagens gjøremål.

En informant fortalte at avdelingen hadde laget en egen tilpasning til bruk av kartleggingsverktøyet. Hun sa at ved deres avdeling ble aldri den visuelle delen av testen utført.

«Jeg har jo forstått at vi bare bruker en del av CAM-ICU. Det er jo noen bilder som kan brukes, men de bruker ikke vi. Vi har på en måte tilpasset kartleggingen til avdelingen».

Hun fortalte dette samtidig som hun stilte meg spørsmål, om man ved å utelate deler av testen kunne stole på resultatene av kartleggingen.

5.3 Intensivsykepleiernes holdninger til bruk av kartleggingsverktøyet, dokumentasjon og samarbeid i avdelingen

Informantene hadde ulike holdninger til bruk av kartleggingsverktøyet. De erfarte at egne holdninger, legenes holdninger og avdelingens holdninger spilte inn på hvordan og på hvilken måte man kan gjennomførte kartlegging av pasientene.

5.3.1 Sykepleierholdning

Alle informantene var enige i at det var deres oppgave å kartlegge pasienten. De sa at det var logisk da det er intensivsykepleierne, ikke legene, som står ved siden av

pasientsengen og observerer. Flere av informantene fortalte at de opplevde at det var mye «synsing og mening» når man skulle identifisere intensivdelir. De samme fortalte videre at etter avdelingene hadde innført CAM-ICU opplevde de at det var lettere å bekrefte diagnosen på en objektiv måte. Informantene var fornøyde med å kunne «henge diagnosen på en knagg» slik at alle forsto hvilke observasjoner som var gjort, og hvordan man kommer frem til det man dokumenterer. Likevel fortalte de at de ikke synes verktøyet var fullgodt, da det ikke sa noe om hvilken type intensivdelir pasienten har.

En av informantene som hadde lang fartstid som intensivsykepleier fortalte at før kartleggingsverktøyet ble implementert i avdelingen «*tok man ting på talentet*». Man hadde ingen kartleggingsverktøy så man brukte det kliniske blikket for å observere pasientene. Hun fortalte videre at man ikke hadde noen diagnose, man sa at pasienten var forvirret. Den samme informanten sa at hun fremdeles foretrakk å bruke det kliniske blikket når hun skulle identifisere intensivdelir hos pasienten. Hun sa:

«bruk av kartleggingsverktøy er vel bra. Men det er nok mer nyttige for dem som er nye og ikke har opparbeidet et klinisk blikk».

Informantens holdning var at kartleggingsverktøy ikke kunne måle seg med det kliniske blikket. Dette forklarte hun med at allerede før man tar i bruk kartleggingsverktøyet, har man dannet seg en mening om pasienten har delir eller ikke.

Når informantene snakket om hvordan de forholdt seg til den praktiske bruken av kartleggingsverktøyet fortalte fem av informantene at de synes verktøyet var for omstendelig med for mange punkter som skulle gjennomføres. Flere av dem syntes kartleggingen kunne være ubehagelig, noe som de selv sa at førte til at det ikke ble brukt så ofte som det burde. En av informantene fortalte at hun synes spørsmålene som skulle stilles var for banale, og at hun derfor ikke hadde lyst å gjennomføre testen. Hun sa

«Det blir liksom litt for banale spørsmål. Jeg skjønner at man må ha noen spørsmål som er riv ruskende gale, men så føles det så rart å stå der og si det til et menneske som er adekvat da».

Flere av informantene kom inn på egne følelser og opplevelser omkring den praktiske bruken av kartleggingsverktøyet. Ingen av dem kunne sette et direkte ord på hva følelsen deres egentlig var men de brukte ord som redsel, usikkerhet, ubehag og bekymring. En av informanten fortalte at hun var redd for at pasienten skal oppleve henne som ufordragelige og uerfaren. En annen fortalte om en redsel for at pasienten skal bli fornærmet hvis kartleggingen ble utført uten at han ble informert på forhånd. Flere sa de kjente på en usikkerhet omkring pasientens opplevelser, og at de bekymret seg for at pasientene skal oppleve sykepleierne som uskikket til å behandle dem. Dette ble forklart med at de var usikre på om pasienten egentlig tenkte:

«vet hun egentlig hva hun driver med?».

En av informanten sa at hun opplevde enkelte av spørsmålene meningsløse og at hun derfor synes det kunne være vanskelig å utføre kartleggingen på en pasient som oppleves adekvat i samtale og væremåte. Hun sa:

«Det er jo ikke noe problem å stille spørsmål til en som er riv ruskende gal. Det å stille spørsmål til en som er adekvat som føles feil, og det byr meg rett og slett litt imot å gjøre det».

Informanten som fortalte at hun synes det var vanskelig å kartlegge pasienten uten å informere på forhånd, fortalte at hun synes det var enklere å kartlegge pasienten etter at avdelingen hadde gitt verktøyet et annet navn. De kalte det en oppmerksomhetstest, og de fikk lov av ledelsen ved avdelingen å informere pasienten på forhånd om undersøkelsen/observasjonen. Dermed brukte hun verktøyet flittig.

Flere av informantene hevdet at ved å bruke kartleggingsverktøyet ble alle sykepleierobservasjonene mer like. En av informanten sa at ved å bruke kartleggingsverktøyet som en standard, ville man på en objektiv måte kunne oppdage om pasienten har intensivdelir. Hun sa:

«Kartleggingsverktøyet forteller deg hva du skal observere, du kan ikke synse og mene, dermed er det noe som vil øke kvaliteten på behandlingen vi gir pasienten og dette vil på sikt kunne sikre kvalitet i sykepleietjenesten, ved at alle bruket det».

En annen informant var også positiv til bruken av kartleggingsverktøyet da hun mente det var enkelt å bruke og at det økte kvaliteten, hun sa:

«CAM-ICU er jo et kvalitetssikringsverktøy. Og andre kartleggingsverktøy som sikrer kvalitet, blant annet RASS og NRS, dokumenterer man jo helt automatisk, så vi burde vel klare å bruke dette verktøyet også».

5.3.2 Dokumentasjon

Informantene fortalte at det var ulik praksis til hvordan de selv og kollegaer dokumenterte funn etter kartleggingen. De fortalte at kartleggingen ofte ikke ble utført, eller så ble kartleggingen utført men ikke dokumentert. Alle informantene sa at de ønsket at pasientene skulle vurderes likt, men at det kunne være vanskelig utfra sykepleiernes erfaringsståsted. Derfor sa flere av dem at kartleggingsverktøyet var viktig for å kunne observere og dokumentere funn likt uansett erfaringsgrunnlag. En informant sa at rapportgivingen var forskjellig fra person til person. Flere av informantene sa at dersom ikke resultater av kartleggingen eller observasjonene blir dokumentert i rapporten eller ved at man føler at det er feilrapporter, for eksempel UÅV, eller at det ikke ble dokumentert at pasienten var negativ på CAM-ICU kunne det føre til at pasienten ikke fikk den behandlingen han trengte. En informant sa:

«hvis ikke de er deliriske så skriver man det ikke ned. Man skriver det bare ned hvis de er positive. Det er kanskje derfor det ser ut som det ikke blir dokumentert. Men det er vel viktig å dokumentere det selv om de er negative? Sånn at man på en måte kan se at de faktisk er blitt kartlagt. Sånn at de ikke går under radaren med de der stille delirene».

I følge intensivsykepleierne går kartlegging og dokumentasjon ut på å videreformidle sine observasjoner til legen eller kollegaer på neste skift. De sa at ved å dokumentere kunne man videreformidle om pasienten var positiv, negativ eller om han var umulig å vurdere. Flere av informantene sa at de var for dårlige til å dokumentere sine observasjoner, og de var unisont enige om at det måtte de bli flinkere til. Noen informanter sa at ved å dokumentere i pasientens journal får man ikke frem den objektive erfaringen som sier om pasienten har delir eller ikke. De sa at ved å dokumentere i journalen er det mest subjektive meninger som kommer frem. Hva sykepleieren «synser og mener».

Av de informantene som hadde papirkurve eller førte direkte i journalen, var erfaringen at det var ulik praksis blant dem selv og kollegaer om resultatene av kartleggingen ble dokumentert eller ikke.

Flere informanter hadde erfaring i at de var normal praksis å ikke dokumentere hvis pasienten var negativ på CAM-ICU. Når de var usikre på hva resultatet av kartleggingen var, enten fordi pasienten «sover» eller fordi han ikke samarbeider, var det enklere å føre «Umulig å vurdere» (UÅV) på kurven fremfor å faktisk utføre kartleggingen. En informant sa at hun trodde det ville det være lettere å oppdage om pasientene hadde fluktuerende delir hvis alle dokumenterte. Videre sa hun at det var viktig å «*dokumentere at man ikke har noe å dokumentere*». Dette begrunnet hun med at man kanskje lettere ville se om pasienten utviklet intensivdelir.

Flere informanter nevnte at det var vanskelig å se trender ved bruk av pasientjournal og papirkurve. Informantene som hadde elektronisk kurve erfarte at de tydelig kunne se en trend på om pasienten er i ferd med å utvikle intensivdelir ved at de får opp en lineærkurve. Dette kunne nok og henge sammen med at alle med elektronisk kurve dokumenterte sine funn konsekvent en gang per vakt. Alle informantene var prinsipielt enige i at man burde dokumentere hva en hadde kartlagt minst en gang pr vakt.

5.3.3 Samarbeid i kartleggingen

Informantene var enige om at bruk av kartleggingsverktøyet kan bidra til å gjøre sykepleiervurderingene likere. Dette ble begrunnet med at man trekkes vekk fra synsing og mening. Videre hevdet flere av informantene at dokumentering ville bli lettere å utføre og at det ville bli lettere å gi rapport når alle «*snakket samme språk*». En av informantene sa at ved å kartlegge med samme verktøy ville man kunne vite at alle hadde gjort jobben sin og at det ville bli lettere å stole på andres vurderinger. Samtidig som hun mente at tjenestene vi yter over for pasienten vil økes, ved bedre kvalitet og sikkerhet. Hun sa:

«Jeg tenker tiden er moden for at alle skal vite hva alle gjør og hvorfor. Det fører til at man får bedre kontroll på hva som er gjort og ikke. Ved at alle utfører kartleggingen på samme måte, blir det en bedre sikkerhet for pasienten og en får bedre kvalitet på tjenesten vi yter ovenfor pasientene».

Samarbeid med legene ble trukket frem blant intensivsykepleierne. Informantene gjenspeilet et godt samarbeid hvor de opplevde å ha stor påvirkningskraft når det gjelder behandling av pasienten. Likevel sa de at det er at de kunne være uenighet mellom sykepleier og lege om oppstart av behandlingen og hvilken behandling som skulle velges eller prioriteres. En informant sa at ikke alle legene «synes det er status» å behandle denne pasientgruppen, da man ikke driver «livreddende behandling», men «brannslukking». Flere av informantene sa at de syndes det var et problem at ikke den samme legen hadde ansvar for å følge opp pasienten hver dag. Dette begrunnet de med at «alle» legene hadde forskjellige behandlingsstrategier, og at de som intensivsykepleiere skulle følge opp de behandlingstiltak og forordninger som kommer fra den aktuelle legen som har pasientansvar den aktuelle dagen. Dermed opplevde de at det ikke ble kontinuitet i behandlingen og at pasienten ble en «kasteball». En informant sa:

«Legene forordner medikamenter, men de følger ikke opp om behandlingen virker. Det er det vi sykepleiere som gjør».

Flere av informantene fortalte at legene hørte på dem når de fortalte om resultater fra kartleggingen. De opplevde at legene var interessert i å få vite resultatet. Ved tre av avdelingene intervjuene ble utført fortalte informantene at de hadde startet med «tavlemøte» på starten av hver vakt og at ved disse møtene ønsket legene å vite om pasienten var CAM-ICU kartlagt og resultatene fra kartleggingen. Dette opplevde informantene som positivt da de opplevde at deres observasjoner ble tatt på alvor. De sa også at de opplevde at større fokus på intensivdelir og kartlegging førte til at flere pasienter ble kartlagt, og flere tiltak som forebygging og behandling ble iverksatt. Informantene fortalte også at etter at innføring av CAM-ICU, var at det var enklere å formidle observasjoner, slik at legene forsto at pasienten hadde delir. Dette opplevde de som positivt da man ikke alltid må argumentere for egne observasjoner.

Flere av informantene fortalte at de opplevde at det tverrfaglige samarbeidet var viktig for å kunne behandle pasienten på best mulig måte. En av informantene sa at ved å bruke kartleggingsverktøyet og dokumentere resultatene på kurven får man en større troverdighet i samtale med kollegaer og leger.

«Det som er bra med kartleggingsverktøyet, er at hvis det forstås riktig og brukes likt av alle, er det jo et ypperlig kommunikasjonsverktøy mellom oss og legene. På samme måte som NRS for eksempel».

6.0 DRØFTING

Det som var utgangspunktet, og hensikten med prosjektet, er å få større innsikt i hvilke erfaringer intensivsykepleierne har med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å identifisere og/eller forebygge intensivdelir.

Drøftingen tar utgangspunkt i funnene og det drøftes opp mot tidligere forskning, aktuelt lovverk og teori omkring intensivdelir, kartleggingsverktøy og kvalitet innen denne tematikken – på intensivavdelinger.

Metodekritikk, forforståelse, validitet og reliabilitet – er beskrevet i kapittel 3.0.

I innledningen ble det også beskrevet et ønske om å få svar på om bruken av kartleggingsverktøyet CAM-ICU kan føre til økt kvalitet i sykepleietjenesten.

Følgende hovedpunkter vil lede drøftingen.

- Får man den opplæringen man trenger – eller trenger man opplæring?
- Kan CAM-ICU føre til økt identifikasjon og dermed mulighet for å kunne iverksette forebyggende tiltak og tidlige intervensjoner?
- Hva er holdningene til sykepleierne omkring kartleggingsverktøy?

Dette er spørsmål som man ønsker å få svar på. Jeg ønsker å drøfte hovedfunnene etter analyseringen av intervjuene. Dette for å få et nyansert og godt drøftet materiale – før jeg kommer med en konklusjon.

Det er noen tema informantene kommer tilbake til i intervjuene. De vil fortelle om sine erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet, samt opplæring, samhandling og holdninger.

6.1 Har god opplæring noe å si for hvordan man kartlegger pasienten på en måte som kan kvalitetssikre behandlingen?

I denne hovedkategorien drøftes opplæring, vedlikehold av kunnskap og klinisk kompetanse.

Et hovedinntrykk fra informantene er at opplæring og undervisning har en viktig funksjon til hvordan kartleggingsskjemaet CAM-ICU brukes for å kartlegge pasienter. En erfaring informantene delte var at mangelfull opplæring og undervisning omkring

bruk av kartleggingsverktøyet, var en utfordring i forhold til deres tillit og tiltro til at man kunne få riktige resultater ved å bare bruke kartleggingsverktøyet. De var heller ikke komfortable med å utføre den praktiske kartleggingen, da de opplevde å ikke ha fått god nok opplæring i hvorfor de skulle stille spørsmålene - og hvordan de skulle tolke resultatene. I følge Gulbrandsen og Stubberud (2015) kan mangelfull opplæring og undervisning føre til at systemer og tiltak gjøres feil. Dette støttes av flere kilder (Boot, 2012; Flagg et al., 2010; Randen, Lerdal, & Bjørk, 2013) som sier at helsepersonell generelt, har for liten kunnskap til å forstå hvilke konsekvenser intensivdelir kan ha for pasienten, men at god opplæring vil gi en forståelse for hvorfor og hvordan man skal bruke CAM-ICU. Dette kan føre til reduksjon av potensielle komplikasjoner (Ely et al., 2001).

En annen studie rapporterte at en tredel av sykepleierne ikke mottok opplæring (J. W. Devlin et al., 2008) Dette kunne ha sammenheng med at avdelingene ikke forsto hvor kritisk det kunne være for pasientene at de utviklet intensivdelir. Også avdelingens holdning til at det ikke var en alvorlig diagnose ble nevnt. Studien konkluderte med at, ved å øke den pedagogiske innsatsen, ville pasientens utfall kunne forbedres (J. W. Devlin et al., 2008). Informantene opplevde å ikke har fått god nok opplæring, noe som fører til at de ikke gjennomfører kartleggingen, noe som igjen kan føre til at intensivdelir ikke blir identifisert. Dermed kan det føre til komplikasjoner, i verstefall dødsfall hos pasientene (Boot, 2012; Chen & Lim, 2015; Elliott, 2014; Flagg et al., 2010; Girard et al., 2008; Sjøbø et al., 2012; Speed, 2015). Siden sykepleiere har problemer med å identifisere delir uten å bruke en systematisk framgangsmåte (Mistarz et al., 2011; Spronk et al., 2009) bør avdelingene ta ansvar for at intensivsykepleierne og annet helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen får den opplæringen og undervisningen de trenger (Forsgren & Eriksson, 2010). For å få dette til, sier Arntzen (2007) at avdelingen burde utføre en systematisk opplæring av alt personalet. Det vil resultere i at alle får den samme opplæringen, og at man dermed ville kunne forvente at alt personell vil kunne utføre kartleggingen på en trygg og hensiktsmessig måte på. Man ville forhåpentligvis også oppnå en større tillit til sykepleieren og få en økt opplevelse av trygghet da alle observasjoner og vurderinger ville blir utført på samme måte, hver gang. Ved å ha en systematisk opplæring, vil dette kunne føre til at intensivsykepleierne kjenner seg tryggere og bedre forberedt. Dermed kan de utføre kartleggingen i tråd med god

praksis, noe som vil føre til at kvaliteten på kartleggingen vi utfører øker (Arntzen, 2007).

De fleste informantene fortalte at deres avdeling ikke hadde noe systematisk opplæring i bruken av kartleggingsverktøyet. Intensivsykepleierne fortalte at deres avdelinger hadde opplæring om intensivdelir både i forbindelse med fagdager og fagkvelder. Noen informanter forteller også at tematikken rundt intensivdelir ble undervist i som månedens tema. Deres erfaring var at ikke alle fikk den undervisningen de trengte, da man jobber turnus, er på kurs eller i permisjon. Opplæringen oppleves som tilfeldig.

Avdelingene kompenserte for tapt eller mangelfull undervisning ved å legge link til undervisningen på avdelingens nettside, eller ved å ta utskrift av forelesingen og legge i perm på avdelingen. Informantenes erfaring med dette var at det var stor fare for at man gikk glipp av mye god undervisning ved at avdelingene gjorde det på denne måten fremfor å ha egen undervisning til dem som ikke hadde vært gjennom den obligatoriske undervisningen da de hadde vært borte på undervisningsdagene.

I følge Gulbrandsen og Stubberud (2015) er ikke tilfeldig opplæring tilfredsstillende da intensivsykepleie er et komplekst fag og at all kompetanse må læres og verifiseres.

Dette viser at både informantene og litteraturen mener at systematisk og obligatorisk opplæring er viktig for å lære og forstå systemet.

6.1.1 Vedlikehold av kunnskap

Avdelingene ønsket at informantene skulle ta ansvar for egen læring og at de skulle holde seg oppdatert i faget, forteller de. Avdelingene støtter seg til Helsepersonelloven §4, som sier at **«alt helsepersonell har en lovpålagt plikt til å holde seg oppdatert slik at yrket utføres faglig forsvarlig»**(Lovdata, 1999). I §4-1 c presiseres det at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenesten skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og inneha tilstrekkelig fagkompetanse som sikrer tjenestene(Lovdata, 1999). Likevel forteller flere av informantene at det er vanskelig å holde seg faglig oppdatert i en hektisk hverdag.

En annen erfaring var at informantene ønsket at avdelingen skulle hjelpe dem å vedlikeholde kunnskap, samt gi dem ny og oppdatert kunnskap.

Dette kan være vanskelig da alle som jobber i en avdeling har ulik erfaring og grunnkunnskap. Hvis man skulle forholde seg til denne informantens ønske, ville avdelingen få en fordel med at alle fikk den samme reopplæringen. En ulempe ville være at det ikke ble lagt til rette for at alle har ulikt erfaringsnivå og ulik interesse til å videreutdanne seg innenfor enkelt temaer. Slik ville det, satt på spissen, ikke legges til rette for at noen fikk spesialkunnskap på området.

For avdelingen ville det være en fordel at personell med spesialinteresse innen fagfeltet, vil holde seg oppdatert på ny kunnskap, nye behandlingsretningslinjer, samtidig som de ville være med å opprettholde og videreformidle kunnskapen i avdelingen. Dette støttes av intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse som i §6.1a sier at «**intensivsykepleieren selv har ansvar for å holde seg faglig oppdatert og ta ansvar for etterutdanning**». § 6.1 b sier at man skal stimulere til, delta i - og selv arbeide med fagutvikling og forskning for å utvikle og vedlikeholde intensivsykepleiefaglig kvalitet. Dette taler imot at avdelingen skal trenge å ta alt ansvar for å holde personellet faglig.

Noen av avdelingene hvor informantene arbeider har valgt å utdanne enkeltpersoner med spesiell interesse for intensivdelir. De har fått i oppdrag å holde seg oppdatert på det nyeste innen forskning, for deretter å ta ansvar for opplæring av kollegaene. Disse sykepleierne hadde også ansvar for å re-opplære sine kollegaer, både nye og erfarne, om hvordan og hvorfor man skulle bruke kartleggingsverktøyet, i arbeidet med å identifisere intensivdelir. Fordeler med å opprette en ressursgruppe er at avdelingen får oppfylt ønsket til de som ønsker å holde seg faglig oppdatert på temaet. Samtidig oppfyller de ønsket til dem som ønsker at avdelingen skulle ha hele ansvaret for tilrettelegging av reopplæring.

En av informantene sa at ulempen med å ha en ressursgruppe, var at man lett kunne gå i fella og tenke at det bare var medlemmene i den gruppen som trengte å holde seg oppdatert. Sykepleierne kunne dermed bli enda mindre engasjerte og droppe den faglige oppdateringen.

Spronk (2009) anbefaler at det utdannes sykepleiere i fagposisjoner. Disse skal gi undervisning og skal fungere som ressurspersoner. De sier at ved god opplæring vil både sykepleiere og leger kunne bruke CAM-ICU verktøyet noe som vil føre til at flere intensivdelir blir oppdaget.

Scott (2013) anbefaler implementering og reopplæring av CAM-ICU ved for eksempel å bruke skriftlig materiale og video/film som forklarer intensivsykepleierne om bruken. De sier at dette vil sikre at alle får samme opplæring på en standardisert måte som vil føre til økt kvalitet.

En informant forteller at opplæringen hun fikk var ved at hun fikk utdelt skriftlig materiale men og at hun fikk se en film på Youtube som viste hvordan kartleggingen skulle utføres praktisk. Dette opplevde hun som bra, da hun følte hun fikk «bedside» undervisning.

En informant fortalte at i hennes avdeling brukte avdelingen E-læringskurs for at de ansatte skulle klare å holde seg oppdatert i faget, dette opplevdes som positivt. Hun etterlyste dog at man kanskje kunne ha intensivdelir og praktisk bruk av kartleggingsverktøy som et tema på E-læringen. De ansatte burde gjennomføre dette årlig, på lik linje med eksempelvis brannvern og organdonasjon.

Devlins (2008) studie viste at sykepleierne hadde et høyt kunnskapsnivå selv om de hadde fått lite opplæring. Informantene beretter at verktøyet er selvforklarende, og at man egentlig ikke trenger opplæring. Gulbrandsen & Stubberud (2010) skriver at utdannede spesialsykepleiere skal kunne mestre de vanligste oppgaver som de settes til etter endt utdanning og opplæring. Som intensivsykepleier skal ha evne til å tilpasse seg, og møte de krav som settes fra sine omgivelser på en kreativ og forpliktende måte. Når CAM-ICU presenteres på en avdeling og sykepleierne skal ta det i bruk, trenger man ikke ha systematisk opplæring – dersom systemet er selvforklarende. Dette støttes av noen av informantene.

6.1.2 Opplæring og undervisning - fordeler og ulemper ved bruk av kartleggingsverktøyet

En av informantene sa at hun ikke hadde fått god nok opplæring i hensikten og fordelene med å bruke kartleggingsverktøyet og hvorfor man skulle bruke dette fremfor å bruke det kliniske blikk. Hennes erfaring var at ved å bruke det kliniske blikket ville man kunne oppdage viktige endringer i pasientens tilstand. Her støttes hun av Boge og Martinsen (2006) som er kritiske til at alle pasienter skal kartlegges ved hjelp av objektive målinger, da de mener at ved å bruke et kartleggingsverktøy vil man ikke se hele pasienten. Informanten forklarte at hun opplevde at pasientbehandlingen var blitt for teknifisert, dette støttes også av Boge og Martinsen (2006) som mener at ved å bruke kartleggingsverktøy blir sykepleietjenesten for

instrumentalisert. Hennes opplevelse var at det var for stort fokus på dokumentasjon og observasjon både ved hjelp av tekniske hjelpemidler og skjemaer med avkryssing.

Gulbrandsen og Stubberud (2015) og Benner (2008) støtter informanten i bruken av det kliniske blikk. De sier at intensivsykepleieren må ha kompetanse til å bruke sitt kliniske blikk i overvåkning av pasientene, da det er fare for at teknisk utstyr kan svikte.

Deltakerne i Devlins (2008) studie er enige med denne informant som sier at kartleggingsverktøyet er nok mer nyttig for dem som ikke har opparbeidet seg et klinisk blikk. Halvparten av de spurte i Devlins (2008) studie brukte ikke kartleggingsverktøy, da de heller stolte på sitt kliniske blikk. I den studien mente informantene at ved å se etter om pasienten var agitert eller hadde manglende evne til å følge kommandoer ville man kunne oppdage intensivdelir. Studiene til Forsgren (2010), Helle (2015) og Sjøbø (2012) viser at det fremdeles i Norden blir brukt usystematiske metoder som observasjon og klinikk for å oppdage intensivdelir fremfor systematisk kartlegging som anbefales for å identifisere intensivdelir (Boot, 2012; Larsson et al., 2007; NICE, 2015; Wøyen, 2008).

De fleste informantene i dette prosjektet, sa at det ikke var godt nok å bruke det kliniske blikk for å identifisere intensivdelir. For en systematisk observasjon, vurdering og identifisering av pasientens funksjon, anbefales bruk av kartleggingsverktøy (Gulbrandsen & Stubberud, 2010; Pun et al., 2005; Scott, McIlveney, & Mallice, 2012). Det er lettere å identifisere om pasienten har intensivdelir ved bruk av kartleggingsverktøy siden observasjonene utføres likt hver gang. Da vet man hva man skal observere, hvordan man skal observere og hvordan man skal tolke observasjonene, når man gjør det likt hver gang (Arntzen, 2007). Det i vesentlig grad på bakgrunn av intensivsykepleierens observasjoner og vurderinger medisinske behandlinger blir forordnet og iverksatt og da bør man være sikker på egne erfaringer, kompetanse, observasjoner og tolkninger (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Ved å bare bruke det kliniske blikk vil man ikke oppdage de hypoaktive delirene, slik man oppdager de hyperaktive delirene hvor pasienten hallusinerer eller er agitert (Elliott, 2014). Informantene sier at det kliniske blikket henger sammen med god opplæring og at man derfor kan observere om pasienten har delir. De sier videre at det er vanskelig å oppdage de hypoaktive delirene, selv ut fra erfaring og kunnskap og at man derfor velger å bruke kartleggingsverktøyet som

vil gi et objektivt svar på om pasienten har intensivdelir eller ikke. En studie viser at flere hypoaktive delir blir oversett og at to tredjedeler av intensivdelirene ikke vil bli oppdaget dersom man ikke bruker et kartleggingsverktøy (Elliott, 2014).

Informantene sa at hyperaktivt delir vil man ofte kunne oppdage med det kliniske blikk, men at man likevel velger å kartlegge for å være sikker på at ikke pasienten bare er sint og urolig fordi han har kommunikasjonsproblemer.

6.2 CAM-ICU – bruk og samhandling – fører bruken til økt identifisering?

Hovedargumentet for å bruke CAM-ICU er at man kan identifisere intensivdelir tidligere og dermed starte intervensjoner som forebygging og behandling tidligere. Dette kan føre til at pasienten blir forttere frisk og at man dermed unngår komplikasjoner og øke overlevelse (Wøyen, 2008). I følge Arntzen (2007) er hovedmålet med å bruke beslutningsstøtteverktøy at det skal være forebyggende. Ikke bare får man identifisert om pasienten har utviklet intensivdelir men man husker også å starte forebyggende tiltak.

Stubberud (2015) anbefaler å bruke et kartleggingsverktøy da intensivdelir ofte er undervurdert (J. W. Devlin et al., 2008). Fordeler med å bruke et kartleggingsverktøy er ifølge helsebiblioteket (2016) man får en enklere kommunikasjon med annet helsepersonell, samt at fremgang eller tilbakegang i tilstanden kan dokumenteres objektivt. Kunnskapsenteret (2016), sier at ved å bruke et validert kartleggingsverktøy, samtidig som man baserer behandlingen på systematisk innhentet kunnskap, vil man drive kunnskapsbasert praksis. Dette vil føre til at man kan unngå å feilbehandle pasienten. Dette henger sammen med at sykepleiere kan ha problemer med å identifisere pasientens problemer og behov på grunn av manglende kunnskaper om pasienten. Ved å bruke standardiserte kartleggingsverktøy og kunnskapsbaserte protokoller kan man få utført en systematisk observasjon og vurdering av pasientens vitale funksjoner og kanskje feil behandling (Gulbrandsen & Stubberud, 2015; kunnskapssenteret, 2016).

Ulemper med bruk av kartleggingsverktøyet kan være at man stoler helt og fullt på at resultatet skal gi svar på om pasienten har intensivdelir eller ikke. Dette var ifølge en av informantene vanskelig da hun opplevde at de på hennes avdeling aldri kom gjennom hele testen og at hun derfor ikke var sikker på om hun kunne stole på

resultatene. En annen informant sa at hun ikke var sikker på om testen kunne være riktig når pasienten ikke klarte å gjennomføre KATAMAARAN testen, fordi han er for syk, medtatt eller lite samarbeidsvillig til å utføre testen. Flere av informantene fortalte at de ofte skrev UÅV når de skulle dokumentere fordi de synes det kunne være vanskelig å vurdere pasienten. Dette på grunn av at de ikke kunne finne et passende tidspunkt å ta frem flytskjemaet for å spørre pasienten. Også fordi de opplevde at det var ubehagelig å stille spørsmålene. Ifølge Wøien (2008) sin treningsmanual, kan alle pasienter kartlegges hvis de har en RASS på over – 3. Hun forklarer i treningsmanualen hvordan man skal gjennomføre vurderingen og hun svarer på det mest stilte spørsmålene. Gulbrandsen og Stubberud (2015) sier at man skal bruke det kliniske blikk i kombinasjon med kartleggingsverktøyet for å få det hele fulle bildet av om pasienten har intensivdelir. Opplevelsen av at kartleggingsverktøyet har sine begrensninger henger sannsynligvis sammen med opplæring og undervisning.

En studie av Flagg (2010) viste at 92% av deltakerne mente intensivdelir var et alvorlig problem, men at bare 10% rapporterte at de brukte kartleggingsverktøy for å oppdage intensivdelir.

6.2.1 Samhandling – pasient – sykepleier – doktor

Samhandling med pasienten kan ha noe å si for at man som intensivsykepleier skal kunne bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å oppdage og identifisere intensivdelir.

Flere av informantene sa at det er en utfordring å kommunisere med pasienter som er kritisk syke eller skadde. De sa at for å bruke CAM-ICU måtte pasienten kunne svare på spørsmål enten verbalt eller non-verbalt. Noe som kunne være en utfordring når pasientens orale, kognitive og motoriske mulighet for kommunikasjon ofte var svekket som følge av respiratorbehandling, kontinuerlig tilførsel av analgesi og sedasjon eller ved at pasienten var for muskelsvakt til å gjennomføre KATAMAARAN testen. Disse observasjonene støttes teoretisk av Gulbrandsen og Stubberud (2015) og Scott (2012). Når man har kritisk syke eller skadde pasienter er ofte kommunikasjon den største utfordringen. I en travel hverdag er sykepleierne ofte flinkere til å snakke enn å lytte til pasienten, noe som kan føre til at man kan gå glipp

av viktig informasjon. Eksempler på dette er at pasienten har endret kognitiv status eller bevissthet (Hjort, 2007).

For å unngå at pasient og sykepleier skal få en dårlig samhandling på grunn av vanskelige kommunikasjonsforhold er det viktig at kartleggingen utføres på en enkel og identisk måte av alle sykepleierne. Slik vet pasienten hva som kommer til å skje og hva man skal forholde seg til. Spørsmålene som stilles bør kunne besvares kort, gjerne med ja eller nei. Pasienten kan også nikke eller riste på hodet. Fordelene med å bruke kartleggingsverktøy er derfor at man kan lette kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Wøien, 2008).

Ved å bruke et kartleggingsverktøy med standardiserte spørsmål og svar, utfordres den naturlige kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Pasienten kan oppleve å bli «tingifisert», da han kan oppleve at det bare er enda en prosedyre som skal gjennomføres. Ifølge informantene kan pasienten oppleve at det bare stilles masse rare spørsmål og at han vil få en opplevelse av at noen driver «gjøn» med han.

Flere av informantenes innstilling er at pasienten bør få vite på forhånd hvorfor og hvordan vi kartlegger han. Dette støttes av Gulbrandsen og Stubberud (2015) som sier at ved å få informasjon på forhånd kan pasienten oppleve å ha kontroll noe som kan hjelpe til mestringsfølelse hos pasienten (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). En av respondentene sier at de har endret navn på kartleggingsverktøyet til oppmerksomhetstest. Slik kan de informere pasienten på forhånd, noe som fører til at intensivsykepleieren opplever at pasienten får bedre kontroll og autonomi over egen situasjon. Noe som er i samsvar med sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (ICN; "NSFLIS," 2002). Denne fremhever sykepleierens plikt til å ivareta den enkelte pasients integritet og autonomi (Gulbrandsen & Stubberud, 2015)

En annen utfordring informantene møter, er sedasjon og agitasjon hos pasienten. Flere av informantene forteller at de synes det er vanskelig å utføre kartlegging og å identifisere intensivdelir hos pasienter med RASS på -2/-3 og +2. Wøien (2008) støtter at det kan være vanskelig å vurdere pasienter med RASS på -3, men hun mener konsekvent at alle andre pasienter kan kartlegges. Girard (2008) sier at paranoide forestillinger, hallusinasjoner og utagerende atferd, kan gjøre kartleggingen vanskelig. Det er allikevel viktig å gjennomføre den slik at man kan

starte forebyggende og behandlende tiltak. Slik kan man unngå avbrutt behandling som fører til forlenget liggetid og at langsiktige utfall kan bli dårligere. Dette kan i verste fall føre til økt dødelighet, også etter 6 måneder (Boot, 2012; Chen & Lim, 2015; Elliott, 2014; Flagg et al., 2010; Girard et al., 2008; Sjøbø et al., 2012; Speed, 2015).

Hjort sier at er forebygging viktig. Å forebygge krever at alle hendelser blir dokumentert, rapportert og analysert for som han sier;

«you can't fix what you don't know about» (Hjort, 2007).

Forebyggende tiltak dreier seg om å observere, vurdere og identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium. Deretter sette inn intervensjoner for å hindre videreutvikling. Intensivsykepleieren må kunne tolke pasientenes verbale og nonverbale signaler ved å bruke sine sanser, samt være åpne for de inntrykk som møte med pasienten gir. Informantene sier at det er viktig å kartlegge pasientens mentale status for å unngå overbehandling. Med dette mener de at man ikke skal medisinerer for enhver pris. De henviser til at pasientene kan være agiterte fordi de synes det er vanskelig å kommunisere, fordi de synes det er frustrerende å være i en situasjon hvor de ikke har kontroll over egen situasjon. Det kan også vise seg at pasienten er stille og tilbaketrukket fordi han er lei seg eller da han er «*en mann av få ord*». Eller at han er sliten av situasjonen eller har smerter. Hvis man ikke finner ut hvorfor pasienten reagerer som han gjør kan man starte behandling uten at det er nødvendig. Det kan være enkelt å gi pasienten ekstra sedasjon for at de skal sove mer, noe som kan føre til komplikasjoner (Boot, 2012; Chen & Lim, 2015; Elliott, 2014; Flagg et al., 2010; Girard et al., 2008; Sjøbø et al., 2012; Speed, 2015). Eller at man gir ekstra analgesi fordi man tror pasienten har smerter. Ifølge Peitz (Peitz, Balas, Olsen, Pun, & Ely, 2013) skal man ikke at medisinerer pasienten for at sykepleierne skal få ro, men ved at man søker å optimalisere behandlingen slik at pasienten får en best mulig behandling. Med behandling mener man medikamenter som antipsykotika som reduserer pasientens psykomotoriske symptomer, roer pasienten og regulere søvnrytmen, eller en liten dose sedativa for å fremme hvile og søvn, slik at pasienten kan «sove av seg» tilstanden. Informantene sier at den beste måten å behandle pasienten er å hjelpe pasienten å gjenvinne kontroll ved å skape ro, struktur, trygghet og tydelighet rund pasienten. Dette gjør man ved å gi pasienten en opplevelse av å bli forstått i situasjonen (Gulbrandsen & Stubberud, 2015), dette

forstås som samhandling mellom intensivsykepleier og pasient. Informantene opplever at det kan være vanskelig å skille mellom hypoaktivt delir og depresjon. En av informantene sier at flere av pasientene som legges inn på en intensivavdeling har medisinlister som lange som «*et vondt år*». Hun reagerer på at veldig ofte blir alle medisinene seponert og at man ikke alltid får dem tilbake i løpet av oppholdet. Hun synes dette er en negativ trend, da flere av pasientene står på psykofarmaka som det ofte har tatt lang tid å dosere riktig.

En informantens oppfordring er at legene tar seg en ekstra runde og ser om de faste medisinene interagerer med behandlingen eller om man kan gi dem tilbake faste medikamenter som kan hjelpe dem å unngå at pasienten kommer «*i psykisk i ubalanse*». Ely (2001) og Boot (2012) sier i sine studier at sykepleierne er i en posisjon til å kunne identifisere om pasienten trenger medikamentell behandling eller ikke for å behandle intensivdelir. Boot (2012) mener at sykepleieren kan anbefale for legene å ta en gjennomgang av den farmakologiske behandlingen slik at man igjen kan starte opp den behandlingen pasientene hadde før de ble innlagt i intensivavdeling.

6.3 Holdninger og kultur til bruk av kartleggingsverktøy.

Det finnes holdninger og kultur i sykehus. Dette er med på å sette en standard for hvordan systemer utvikles, systematikk anvendes, opplæring gis, «lydighet» til bruk av prosedyrer og kommunikasjon er - og utføres i sykehusavdelinger. Kjennetegn på kultur i en organisasjon beskrives av Torodd Strand (2007) som beskriver noen felles kjennetegn på kultur. To av kjennetegnene er *felles oppfatninger* og *dyptliggende antakelser* (Strand, 2007, p. 185). Dette er elementer man ser og hører fra informantene.

Alle informantene var enige i at det var deres oppgave å kartlegge pasienten, det er beskrevet som en av rutinene som skal gjøres. Elliot (2014) sier at det er viktig med en tverrfaglig tilnærming, men at det skal være en sykepleieroppgave å kartlegge.

Informantenes opplevelse av at de synes det er ubehagelig å bruke kartleggingsverktøyet til å identifisere intensivdelir, førte til at flere utsatte eller droppet kartlegging. En informant forteller at etter at verktøyet fikk navnet; oppmerksomhetstest, har hun og hennes kollegaer begynt å bruke verktøyet oftere.

De opplever økt forståelse hos pasientene for hvorfor de bruker det, ved at hun/de kan forklare pasienten verdien av å bruke det. Dette var en gjengs oppfatning – og en faktor til at holdningen rundt bruken av verktøyet ble endret. I likhet med en av faktorene som Strand (2007) beskriver – felles oppfatning i personalgruppen ble endret – sammen med navnet. Da endret også holdningene til bruken av verktøyet seg.

Flere av informantene har en forståelse til at bruken av kartleggingsverktøyet vil øke kvaliteten. Sykepleierne sier som litteraturen at dersom man utfører kartleggingen likt, vil kvaliteten på vurderingene bli bedre. Dette bekreftes av Arntzen (2007).

§ 4-2 I Helsepersonelloven sier: **”Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.”** (Lovdata, 1999; NSF, 2013), dette innebærer sikring av rutiner og dokumentasjon som ifølge Helsepersonelloven §16 skal til for at man skal utøve forsvarlig virksomhet (Lovdata, 1999; NSF, 2013). Dette utfordres av informanten som forteller at de har ulik holdning til hvordan de dokumenterer funn etter kartleggingen. Hjort (2007) sier at dokumentasjon er avgjørende for at man ikke skal skade pasienten. Noe som utfordres ved at informantene forteller at de ikke alltid dokumenterer sine observasjoner. En av farene med dette kan være at man ikke oppdager om pasienten har intensivdelir. Den eneste måten man kan oppdage om pasienten har endret bevissthet de siste 24 timer er å kartlegges hver 4-8 time og dokumentere dette (Chen & Lim, 2015; Elliott, 2014; Larsson et al., 2007; Wells, 2012).

Det er og den eneste måten en kan oppdage om pasienten har fluktuerende delir. Dermed vil man se om symptomene har utviklet seg over lang eller kort tid (J. W. Devlin et al., 2008). Dårlig eller mangelfull rapportering gjør det vanskelig å se om behandlingen har vært vellykket. Hvis en dokumenterer, vil en lettere kommunisere med behandlende lege, da man kan henvise til hvilken mental tilstand pasienten har og hva hans normale mentale tilstand er. Dette støttes av Norsk Sykepleierforbunds Forum for IKT og Dokumentasjon (Sykepleiernes forum for, 2007) som sier at ved å dokumentere i pasientens journal har man et kvalitativt godt kommunikasjonsverktøy mellom helsepersonell. Dermed kan man overta og fortsette observasjon og behandling av pasienten selv om man aldri har hatt pasienten før, eller ved at man ikke har hatt pasienten på lenge (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Ved å kartlegge

og dokumentere vil man, ifølge Devlin (2008), oppnå en betydelig reduksjon av sykehuskomplikasjoner, kortere liggetid og lavere kostnad.

For at bruken av kartleggingsverktøyet skal ha noen nytte, mener informantene at det må et bedre samarbeid med legene til. De forteller at de opplever at legene er interessert i få vite resultatet av kartleggingen men ikke alle opplever at det er nødvendig å utføre kartleggingen da de sier at legene likevel ikke har noen behandlingsstrategi hvis pasienten har utviklet intensivdelir.

Man kan tolke utfra hva informantene sier at legene på avdelingen ofte ikke har kultur og/eller kompetanse for å behandle intensivdelir. Dog er de interessert i å høre om kartleggingen – og resultatet. Dette utfordrer sykepleiernes motivasjon til å utføre kartleggingen på riktig måte og med korrekt intervall.

Fordelene med å ha et godt samarbeid er ifølge flere av informantene, at man legger til rette for at pasienten får en mest mulig strukturert hverdag, med en kontaktperson som kan koordinere behandlingen. Legene som starter medikamentell behandling bør lytte til den ansvarlige sykepleieren som observerer og kartlegger pasienten, og som kan se om iverksatt behandling har effekt. De synes at ved teamsamarbeid kan man oppleve at pasienten ikke bare blir en «kasteball» i systemet. I de avdelingene det er kultur for teamsamarbeid – kan det virke til at de har økt fokus på bruk av CAM-ICU. Der det er større avstand mellom sykepleier og behandlende lege – kan det se ut til at man ikke kartlegger så ofte som man burde.

Flere av informantene sier at de opplever at legene har denne pasientgruppen nederst på «rangstigen» da man ikke «redder liv» med behandling av intensivdelir.

Informantene opplever at det er et større fokus på å kartlegge pasientene enn å prøve å behandle dem. Der det er en dårlig eller fraværende kultur for behandling av delir på intensivavdelingene – ser man tendenser til at man kartlegger mindre. Igjen fordi felles forståelse i avdelingen blir at tiltakene og observasjonene ikke fører til behandling.

7.0 OPPSUMMERING OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Ved hjelp av et kvalitativt intervju har intensivsykepleiernes gitt svar på hvilke erfaringer de hadde med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å identifisere og forebygge intensivdelir. Målet med studien var å øke egen kompetanse for dermed å kunne ta dette med ut i praksisfeltet og dermed øke kollegaers kompetanse, samt synliggjøre fordelene med å bruke kartleggingsverktøyet CAM-ICU for å kunne kvalitetssikre sykepleiertjenesten. Dette er i tråd med etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden ("SSN," 2003) som sier at forskning skal ha potensiell nytte for den gruppen forskningen retter seg mot, og at disse skal ha nytte av resultatene.

Intensivsykepleiernes erfaringer henger i denne oppgaven sammen i tre hovedpunkter: opplæring/undervisning, samhandling og holdninger.

7.1 Oppsummering av studien

Intensivsykepleierne var enige i at man måtte få en grundig opplæring i bruken av kartleggingsverktøyet, for på en objektiv måte å kunne identifisere om pasienten hadde symptomer på intensivdelir. Deres erfaring var at bare bruke det kliniske blikk ikke var godt nok. Ved å kombinere det kliniske blikk med bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU, ville man kunne identifisere flere tilfeller av intensivdelir. Ikke bare de hyperaktive- men også de hypoaktive delirene. Intensivsykepleiernes erfaring var at ved å bruke et kartleggingsverktøy med standardiserte spørsmål og oppgaver som skulle utføres i en bestemt rekkefølge, ville man gjennom opplæring og trening oppnå en felles forståelse for hvordan- og hvorfor gjennomføre, samt en forståelse for hvordan tolke resultatene av kartleggingen. Noe som ifølge informantene ville føre til kvalitetssikring av sykepleiertjenesten. Majoriteten av litteraturen jeg har funnet taler for å drive systematisk opplæring og implementering av verktøyet.

Intensivsykepleiernes erfaring med samhandling, var at det var en utfordring å kartlegge de non-verbale pasientene, og de erfarte at de ofte måtte «gjette» om pasientene hadde intensivdelir. En annen erfaring var at pasienter med en RASS på -3, ikke kunne kartlegges. Dette støttes ikke av litteraturen som sier at det er

skjønnsmessig om pasienten kan kartlegges, men stort sett kan alle pasienter med RASS – 3 kartlegges (Wøyen, 2008).

Informantene var entydige i at det var en utfordring å oppdage pasienter med hypoaktivt delir, selv ved bruk av kartleggingsverktøyet. Deres erfaring var at man måtte kombinere klinisk blikk, erfaring og kartlegging for å kunne oppdage denne formen for delir.

Informantene var unisont enige om at det var deres oppgave å kartlegge pasienten. Samtidig som de hadde en viktig oppgave i å videreformidle sine observasjoner til sine samarbeidspartnere, spesielt legene. De erfarte at kartlegging og dokumentasjon hang sammen, og at man ved god kartlegging og dokumentasjon kunne videreformidle sine observasjoner på en objektiv måte til legene, som dermed ville kunne igangsette medikamentelle tiltak ved behov. Eller de kunne videreformidle sine observasjoner til kollegaer som kunne igangsette ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge videreutvikling av tilstanden. Videre erfarte intensivsykepleierne at hvis alle utførte kartleggingen likt, ville man kunne dokumentere og presentere funn, til aktuelle samarbeidspartnere, på en objektiv måte. Dermed ville man oppnå større troverdighet i samhandlingen/teamsamarbeidet med legene og andre kollegaer. Ved at funnene fra kartleggingen ble presentert likt av alle intensivsykepleierne var erfaringene at man raskere fikk iverksatt forebyggende tiltak for å forhindre videreutvikling av tilstanden intensivdelir

Informantenes erfaring til kartleggingsverktøyet var at de er et omstendelig verktøy som de synes var vanskelig å bruke, spesielt på grunn av negative opplevelser omkring den praktiske bruken. Blant annet opplevelse av ubehag, redsel, usikkerhet og bekymring. Disse opplevelsene er tett knyttet til opplæring, da man ved god opplæring ville kunne sluppet disse bekymringene ved at man visste hvorfor og hvordan og når man skulle kartlegge pasienten. Og at man da heller ville opplevd trygghet i å bruke kartleggingsverktøyet.

7. 2 Videre forskning

Etter å ha ledd etter kvalitativ forskning om intensivsykepleieres erfaringer med bruk av CAM-ICU uten å ha funnet noe, mener jeg det bør gjøres flere kvalitative studier hvor erfaringer kommer frem.

Det kunne være interessant å være med i et prosjekt hvor man implementerte CAM-ICU i en avdeling, hvor en kunne på en kvalitativ måte måle funn av intensivdelir før og etter implementering av CAM-ICU.

Det kunne være interessant å være med på en å være med på en reimplementering av CAM-ICU på en avdeling, hvor en gjorde tiltak omkring undervisning og opplæring om henholdsvis intensivdelir og bruken av CAM-ICU og gjort en retrospektiv studie hvor man kunne måle funn og sykepleiernes opplevelse med bruk av kartleggingsverktøyet, før og etter reimplementering.

Denne studien ble avgrenset til intensivsykepleiernes erfaringer. En annen vinkling kunne vær å intervju pasient eller pårørende om deres opplevelser omkring den deliriske pasienten og hvordan de opplever at det blir utført systematisk kartlegging for å observere og identifisere intensivdelir. For dermed å kanskje få svar på om det opplever kvalitet eller om de opplever ubehag og misnøye når de kartlegges.

8.0 Konklusjon

Felles konklusjon for alle tre emnene er at opplæring/undervisning, samhandling og holdninger er tett knyttet sammen. Når intensivsykepleierne får god opplæring og undervisning om intensivdelir, samt bruk av kartleggingsverktøyet, samhandler man bedre med annet helsepersonell og pasienten. Man kartlegger og dokumenterer objektivt, noe som fører til bedre samhandling. Holdningene til bruken av kartleggingsverktøyet blir bedre, dersom man kjenner godt til hvordan kartleggingen skal gjennomføres, samt hvordan man skal tolke resultatene. Dette ville føre til trygghet i kartleggingssituasjonen, som igjen ville føre til økt kvalitet i pasientobservasjonen ved at ingen intensivdelir ble oversett.

Kildeliste

- APA. (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. *The American Journal Of Psychiatry*, 156(5 Suppl), 1-20.
- Arntzen, E. (2007). *En forutsigbar helsetjeneste : kvalitet og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). *Advances in Patient Safety*
- Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Boge, J., & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden (trykt utg.)*.
- Boot, R. (2012). Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(3), 185-189. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.004
- Chen, L., & Lim, F. A. (2015). Stuck Inside a Cloud. *Critical Care Nursing Quarterly*, 38(3), 245-252. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000067
- 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), 555-566.
- 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 : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 17(6), 555.
- 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. doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.004
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, 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.
- . Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. (2003).
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J. M., & Buelow, J. M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 24(5), 260-266. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Forsgren, L. M., & Eriksson, M. (2010). Delirium--awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 26(5), 296. doi: 10.1016/j.iccn.2010.07.003
- Gesin, G., Russell, B. B., Lin, A. P., Norton, H. J., Evans, S. L., & Devlin, J. W. (2012). IMPACT OF A DELIRIUM SCREENING TOOL AND MULTIFACETED EDUCATION ON NURSES' KNOWLEDGE OF DELIRIUM AND ABILITY TO EVALUATE IT CORRECTLY. *American Journal of Critical Care*, 21(1), e1-e11. doi: 10.4037/ajcc2012605
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* ([3. prøveutg.]. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Girard, T. D., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(3), 1-9. doi: 10.1186/cc6149
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2010). *Intensivsykepleie*. [Oslo]: Akribe.
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helle, S. (2015). På vej til et fælles sprog: Fælles redskaber vinder frem til bevidstheds- og deliriumvurdering af kritisk syge. *Klinisk Sygepleje*, 29(02), 50-62.

- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser from <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.1-definisjon-av-utredning>
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- ICNs etiske regler.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- kunnskapssenteret. (2016). kunnskapsbasert praksis. Retrieved 0105, 2016, from <http://www.kunnskapssenteret.no/kunnskapsbasert-helsetjeneste/kunnskapsbasert-helsetjeneste>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsson, C., Axell, A. G., & Ersson, A. (2007). Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(7), 888-892. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01340.x
- Lov om helsepersonell (1999).
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mistarz, R., Elliott, S., Whitfield, A., & Ernest, D. (2011). Bedside nurse–patient interactions do not reliably detect delirium: An observational study. *Australian Critical Care*, 24(2), 126-132. doi: 10.1016/j.aucc.2011.01.002
- NICE. (2015). National institute for Health and Clinical Excellence. from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- NSF, N. s. (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NSFLIS. (2002). from https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_2_.pdf
- NSFLIS. (2002). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. from https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_2_.pdf
- Peitz, J. G., Balas, C. M., Olsen, M. K., Pun, T. B., & Ely, W. E. (2013). Top 10 Myths Regarding Sedation and Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 41(9 Suppl 1), S46-S56. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a168f5
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014a). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8th ed., International ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014b). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pun, B. T., Gordon, S. M., Peterson, J. F., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Foss, J., . . . Ely, E. W. (2005). Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers. *Critical care medicine*, 33(6), 1199.
- Randen, I., Lerdal, A., & Bjørk, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 176-186. doi: 10.1111/nicc.12012
- Regjeringen. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf.
- Regjeringen. (2012). *Meld. St. 10 (2012–2013)*

- God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1&q>.
- Rippe, J. M., & Irwin, R. S. (2008). *Irwin and Rippe's intensive care medicine* (6th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Willis, J., Snow, P., & Kugler, J. (2012). The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay, and Hospital Costs. *Evaluation & the Health Professions, 35*(1), 3-27. doi: 10.1177/0163278711407313
- Scott, P., McIlveney, F., & Mallice, M. (2012). Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive & Critical Care Nursing*. doi: 10.1016/j.iccn.2012.09.001
- Scott, P., McIlveney, F., & Mallice, M. (2013). Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses, 29*(2), 96. doi: 10.1016/j.iccn.2012.09.001
- Sjøbbø, B., Graverholt, B., & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien forskning*.
- Speed, G. (2015). The Impact of a Delirium Educational Intervention With Intensive Care Unit Nurses. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 29*(2), 89-94. doi: 10.1097/NUR.000000000000106
- Spronk, P., Riekerk, B., Hofhuis, J., & Rommes, J. (2009). Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Medicine, 35*(7), 1276-1280. doi: 10.1007/s00134-009-1466-8
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sykepleiernes forum for, I. K. T. o. d. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (3. utg. ed.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Wells, L. G. (2012). Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Australian Critical Care, 25*(3), 157-161. doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.002
- Wøyen, H. (2008). CAM-ICU treningsmanual. 15.

VEDLEGG 1

Søkestreng

	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S19	delirium screening tools	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S18	delirium screening tools	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (85) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S17	delirium screening tools	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (85) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S16	Intensive* AND delir* AND nurse* AND CAM ICU	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (57) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S15	Intensive* AND delir* AND nurse* AND CAM ICU AND expirience	Search modes - SmartText Searching	View Results (18) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S14	Intensive* AND delir* AND nurse* AND CAM ICU AND expirience	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (0) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S13	ICU AND delir* AND nurse* AND CAM ICU AND expirience	Search modes - SmartText Searching	View Results (29) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S12	ICU AND delir* AND nurse* AND CAM ICU AND expirience	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (0) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S11	ICU AND delir* AND nurse* AND CAM ICU	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (63) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S10	ICU AND delir* AND nurse* AND CAM ICU	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	View Results (21) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S9	ICU AND delir* AND nurse* AND CAM ICU	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (63) View Details Edit

<input type="checkbox"/>	S8	intensive* OR ICU AND delir* AND nurse* AND CAM ICU	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (329,257) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S7	intensive* OR ICU AND delir* AND nurse*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (329,279) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S6	intensive* OR ICU AND delir*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (329,475) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S5	intensive* OR ICU	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (342,826) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S4	intensive* AND delir* And decision making tools	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S3	intensive* AND delir* AND decision making tools	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S2	intensive* AND delir*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,597) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S1	intensive*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (329,251) View Details Edit

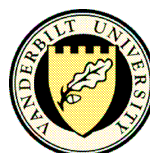
Vurdering av forvirring hos intensivpasienter

The Confusion Assessment Method for the ICU

(CAM-ICU)

Treningsmanual

Dette er en treningsmanual for leger, sykepleiere og annet helsepersonell som ønsker å bruke ”Metoden for vurdering av forvirring hos intensivpasienter”, - The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). CAM-ICU er et verktøy for monitorering av delirium hos intensivpasienter. Denne treningsmanualen gir en detaljert forklaring på hvordan man bruker CAM-ICU, i tillegg til svar på hyppig stilte spørsmål.



Spørsmål rettes til:
E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCP
Brenda Truman Pun, RN, MSN, ACNP
Vanderbilt University, Medical Center
Center for Health Services Research
6th Floor MCE, 6109
Nashville, TN 37232
Phone: 615-936-3702
Fax: 615-936-1269
brenda.truman@vanderbilt.edu
wes.ely@vanderbilt.edu

Grant Support: The CAM-ICU was developed through funds from Dr Ely's Paul Beeson Faculty Scholar Award from the Alliance for Aging Research, a K23 from the National Institute of Health (AG01023-01A1), and support from the VA Tennessee Valley Healthcare System Geriatric Research, Education, and Clinical Center (GRECC). Dr Ely is now the Associate Director of Research for the GRECC.

Angående den norske versjonen av CAM-ICU kan spørsmål rettes til:
Hilde Wøien, Anestesi- og intensivklinikken, Rikshospitalet HF, 0027 Oslo, Norge
hilde.woien@rikshospitalet.no

Hilde Wøien, cand.san., Hanne B. Alfheim, MN, Anne Kathrine Langerud, cand.san., og Audun Stubhaug, dr.med., alle ved Rikshospitalet HF, oversatte CAM-ICU fra engelsk til norsk. Floyd Nilsen, profesjonell oversetter, Norsk Tolkeservice AS, tilbakeoversatte fra norsk til engelsk. Hilde Wøien, Hanne Alfheim, Anne Kathrine Langerud og Audun Stubhaug kontrollerte frem-og tilbakeoversettelsen. Dr Wes Ely's group verifiserte den engelske oversettelsen med den originale engelske CAM-ICU. Anestesi- og intensivklinikken, Rikshospitalet HF finansierte arbeidet med oversettelsen. Oversettelsen av CAM-ICU var fullført 10. desember 2008.

Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved

Innledende kommentarer til CAM-ICU Treningsmanual

Våre tidligere studier på respiratorbehandlede pasienter (f.eks Ely, *N Engl J Med* 1996), og spesielt de to relatert til eldre pasienter med respirasjonssvikt (Ely, *Ann Intern Med* 1999 and 2002), fikk oss til å rette oppmerksomheten på delirium / akutt kognitiv dysfunksjon som et viktig område for forbedringer i pasientomsorgen. Forekomsten av respirasjonssvikt tidobles når pasientens alder øker fra 55 til 85 år (Behrendt, *Chest* 2000). I 2001 ble det rapportert at pasienter over 65 år utgjør nesten 2/3 av alle intensivdøgn (Angus, *JAMA* 2001). Blant spesielle problemer for eldre pasienter på respirator, fremstår delirium og annen form for kognitiv svikt for oss som svært viktig. Det amerikanske forskningsråd har uttalt; "for mange mennesker i god fysisk form som rammes av akutt sykdom, utgjør kognitiv svikt hovedtrusselen mot deres evne til å bli friske og få glede av sine yndlingsaktiviteter; for de som allerede hadde begrensinger i sine fysiske aktiviteter, er kognitiv svikt en stor tilleggstrussel mot deres livskvalitet." (*The Aging Mind*, National Academy Press 2000).

Vi begynte å bygge opp et Intensiv-delirium forskningsprogram for å studere forekomsten og den prognostiske betydningen av delirium blant respiratorpasienter i alle aldre. Etter å ha lett i litteraturen etter et vel validert instrument beregnet på respiratorpasienter, ble vi overrasket over å finne følgende setning i nesten alle metodeavsnitt i delirium studier: "Respirator behandlede pasienter ble ekskludert." Som et resultat av dette, startet vi et internasjonalt tverrfaglig samarbeid med delirium eksperter i et forsøk på å utvikle et egnet instrument for intensivpasienter både på- og uten respirator. Det mest brukte instrumentet for vurdering av delirium blant ikke-psykiatere var Confusion Assessment Method eller CAM (Inoye, *Ann Intern Med* 1990). Vi valgte derfor å omarbeide dette instrumentet og samarbeidet med Dr. Sharon Inouye fra Yale for å tilpasse og validere CAM-ICU.

Denne treningsmanualen er et resultat av arbeid utført mellom 1998 og 2003. **Vi har inkludert en side med referanser**, som inneholder to delirium oversiktsartikler, en artikkel som beskriver følgevirkninger forbundet med intensiv delirium, de to originale valideringsstudier av CAM-ICU, de to originale valideringsstudiene av Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), og Clinical Practice of Guidelines (2002) of the Society of Critical Care Medicine for Analgesia and Sedation.

I overensstemmelse med våre validerings studier, tror vi at dette verktøyet vil gi deg vel-validerte nevrologiske monitoreringsinstrumenter som kan implementeres av sykepleiere, leger, eller annet helsepersonell i ditt tverrfaglige intensivmiljø. CAM-ICU brukes regelmessig i et økende antall intensivavdelinger som en del av rutinemessig klinisk vurdering, og har blitt valgt brukt i en rekke pågående prospektive studier i flere enn syv land. Det er vårt håp at gjennom anvendelse av CAM-ICU i klinisk praksis og i disse pågående studiene, å forbedre pasientresultatene, - det ultimate mål!

Vårt team besvarer med glede ethvert spørsmål og er behjelpelig ved problemer i implementeringen av CAM-ICU. Alt materiale er tilgjengelig elektronisk ved forespørsel. Vi oppdaterer vår treningsmanual regelmessig, og vi setter pris på alle former for tilbakemeldinger. Send gjerne en e-post eller ring oss angående feil eller konstruktive kommentarer vedrørende CAM-ICU eller denne treningsmanualen.

Vennlig hilsen

E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCP
Brenda Truman Pun, RN, MSN, ACNP

Vanderbilt University Medical Center

Bakgrunnsreferanser som er benyttet i arbeidet til denne Treningmanualen

Delirium oversiktsartikler

Ely, E.W., Siegel, M.D., Inouye, S.K. Delirium in the intensive care unit: An under-recognized syndrome of organ dysfunction. *Semin Respir Crit Care Med*; 22:115-126, 2001.

Truman B., Ely E.W. Monitoring delirium in critically ill patients. *Crit Care Nurse*; 23:25-36, 2003.

Ely, E.W., Gautam, S., Margolin, R., Francis, J., May, L., Speroff, T., Truman, B., Dittus, R., Bernard, G.R., Inouye, SK. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med*; 27:1892-1900, 2001.

CAM-ICU valideringsstudier

Ely, E.W., Inouye, S., Bernard G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R, Dittus, R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*; 286: 2703-2710, 2001.

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*; 29:1370-1379, 2001.

RASS valideringsstudier

Sessler, C.N., Gosnell, M., Grap, M.J., Brophy, G.T., O'Neal, P.V., Keane, K.A., Tesoro, E.P., Elswick, R.K.. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med*; 166:1338-1344, 2002.

Ely, E.W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J.W.W., Wheeler, A.P., Gordon, S., Francis, J., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Dittus, R., Bernard, G., Sessler, C.N.. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA*; 289:2983-2991, 2003.

Kliniske retningslinjer for praksis

Jacobi, J., Fraser, G.L., Coursin, D.B., Riker, R., Fontaine, D., Wittbrodt, E.T., Chalfin, D.B., Masica, M.F., Bjerke, S., Coplin, W.M., Crippen, D.W., Fuchs, B.D., Kelleher, R.M., Marik, P.E., Nasraway, S.A., Murray, M.J., Peruzzi, W.T., Lumb, P.D.. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med*; 30:119-141, 2002.

**Forbindelsen mellom sedasjon og delirium-monitorering:
En to trinns tilnærming for å vurdere bevissthet**

Trinn en: Sedasjonsvurdering

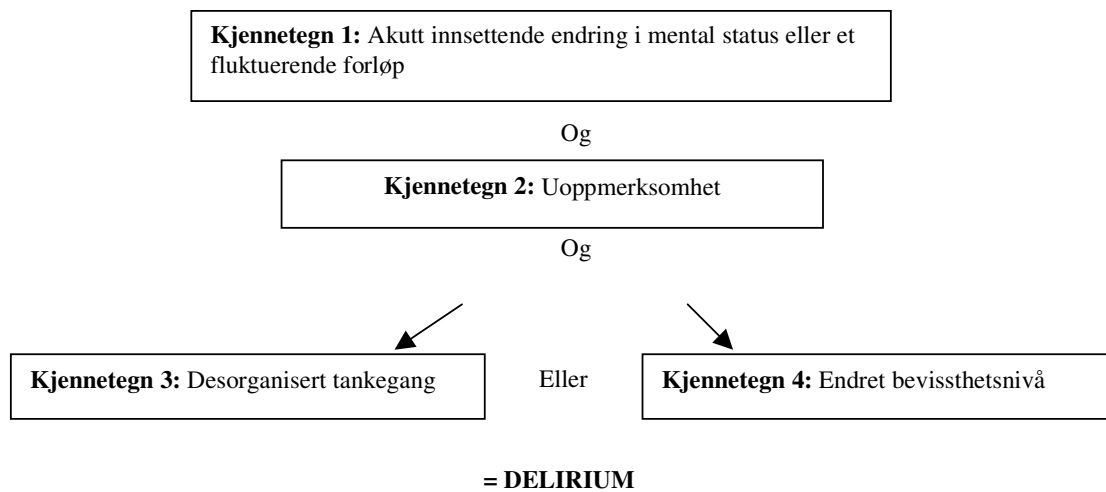
The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS

Skår	Uttrykk	Beskrivelse	
+4	Aggressiv	Åpenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbart til fare for personalet	
+3	Meget agitert	Drar i eller fjerner tube(r) eller kateter(e); aggressiv	
+2	Agitert	Hyppige bevegelser uten formål, slåss mot respirator	
+1	Rastløs	Engstelig eller urolig, men bevegelsene ikke aggressive	
0	Våken og rolig		
-1	Døsigg	Ikke helt våken, men kan holde seg våken (åpner øynene/ øyekontakt) på tiltale (≥10 sekunder)	} Verbal stimulering
-2	Lett sedert	Lar seg vekke kortvarig med øyekontakt på tiltale (<10 sekunder)	
-3	Moderat sedert	Bevegelse eller åpner øynene på tiltale (men ingen øyekontakt)	
-4	Dypt sedert	Ingen respons på verbal oppfordring, men bevegelse eller åpner øynene ved fysisk stimulering	} Fysisk stimulering
-5	Ikke vekkbare	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering	

Hvis RASS er -4 eller -5, **stopp** og **revurder** pasienten på et senere tidspunkt
Hvis RASS er over -4 (-3 til +4) **fortsett** til trinn 2

*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1344.
*Ely, et al. JAMA 2003; 289: 2983-2991.

Trinn 2: Vurdering av delirium



CAM-ICU Arbeidsskjema

Kjennetegn 1: Akutt debut eller fluktuierende forløp? Positiv hvis du svarer "ja" på enten 1A eller 1B	Positiv	Negativ
<p>1A: Er pasientens mentale status endret fra hennes/hans utgangspunkt? Eller</p> <p>1B: Har pasienten hatt noen form for svingninger i mental status de siste 24 timer dokumentert på en sedasjonsskala (f.eks RASS), GCS eller tidligere delirium vurdering?</p>	Ja	Nei
Kjennetegn 2: Uoppmerksomhet Positiv hvis enten skår for 2A eller 2B er mindre enn 8. Forsøk med auditiv oppmerksomhetstest først. Hvis pasienten er i stand til å utføre testen og skåren er klar, dokumenter denne skåren og gå videre til <i>Kjennetegn 3</i> . Hvis pasienten ikke er i stand til å utføre denne testen eller skåren er usikker, så utføres visuell oppmerksomhetstest. Hvis du utfører begge testene, bruk resultatene fra visuell oppmerksomhetstest som skår.	Positiv	Negativ
<p>2A: Auditiv oppmerksomhetstest: Noter skår (skriv IT for "ikke testet") Instruksjon: Si til pasienten: "Jeg kommer til å lese opp 10 bokstaver. Hver gang du hører bokstaven "A" skal du klemme meg i hånden." Les bokstavene fra følgende liste i et normalt toneleie. <b style="text-align: center;">K A T A M A R A A N Skåring: Feil telles når pasienten ikke klemmer i hånden ved bokstaven "A" og når pasienten klemmer på en hvilken som helst annen bokstav enn "A".</p> <p>2B: Visuell oppmerksomhetstest: noter skår (skriv IT for "ikke testet"). Instruksjon er inkludert i bildepakken.</p>	Skår (av totalt 10): _____	Skår (av totalt 10): _____
Kjennetegn 3: Desorganisert tankegang Positiv hvis kombinert skår er mindre enn 4	Positiv	Negativ
<p>3A: Ja/Nei spørsmål (Bruk enten Sett A eller Sett B, alternér på påfølgende dager hvis nødvendig):</p> <p style="text-align: center;">Sett A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vil en stein flyte i vann? 2. Er det fisk i havet? 3. Veier en kilo mer enn to kilo? 4. Kan du bruke en hammer til å slå i en spiker? <p style="text-align: center;">Sett B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vil et blad flyte på vann? 2. Er det elefanter i havet? 3. Veier to kilo mer enn en kilo? 4. Kan du bruke en hammer til å sage ved? <p>Skår _____ (Pasienten får ett poeng for hvert korrekt svar ut av fire)</p> <p>3B:Kommando Si til pasienten: "Hold opp så mange fingre" (Den som undersøker holder opp to fingre foran pasienten). "Nå skal du gjøre det samme med den andre hånden" (ikke hold opp 2 fingre foran pasienten denne gangen). *Hvis pasienten er ute av stand til å bevege begge armene, kan du i den andre delen av kommandoen si "Vis en finger til".</p> <p>Skår _____ (Pasienten får ett poeng hvis hun/han er i stand til å utføre hele kommandoen)</p>	Kombinert skår (3A+3B): _____ (av totalt 5)	
Kjennetegn 4: Endret bevissthetsnivå Positiv hvis aktuell RASS skår er alt annet enn "0" (null)	Positiv	Negativ
Samlet CAM-ICU (<i>Kjennetegn 1 og 2 og enten Kjennetegn 3 eller 4</i>)	Positiv	Negativ

Oppmerksomhetstest
The Attention Screening Examination
Auditiv og visuell

A. Auditiv (bokstaver) oppmerksomhetstest

Instruksjoner: Si til pasienten, ”Jeg kommer til å lese opp 10 bokstaver. Hver gang du hører bokstaven ”A” skal du klemme meg i hånden.” Les bokstavene fra følgende liste i et normalt toneleie (høyt nok til å overdøve støyen i intensivavdelingen) med en hastighet på en bokstav per sekund.

K A T A M A R A A N

Skåring: Feil telles når pasienten ikke klemmer i hånden ved bokstaven ”A” og når pasienten klemmer på en hvilken som helst annen bokstav enn ”A”. Merk: Hvis du foretrekker det, kan du de påfølgende dager bruke alternative bokstavrekker på 10 bokstaver som inneholder 4-5 A-er.

B. Visuell (bilde) oppmerksomhetstest

**** Se følgende Bildepakke (A og B)****

Trinn 1: 5 bilder

Instruksjoner: Si til pasienten, ”Herr eller fru _____, jeg vil nå vise deg bilder av noen vanlige gjenstander. Se nøye og forsøk å huske hvert bilde, fordi jeg vil spørre deg etterpå hvilke bilder du har sett”. Vis deretter Trinn 1 bildepakke A eller B, alternér hvis skåringene repeteres. Vis de første 5 bildene i 3 sekunder hver.

Trinn 2: 10 bilder

Instruksjoner: Si til pasienten, ”Nå vil jeg vise deg noen flere bilder. Noen av disse har du allerede sett og noen er nye. Fortell meg om du har sett bildet ved å nikke på hodet ja (demonstrer) og nei (demonstrer).” Vis deretter 10 bilder (5 nye, 5 gjentagelser) i 3 sekunder hver (Trinn 2 av Bildepakke A eller B, avhengig av hvilken som ble brukt i Trinn 1 ovenfor).

Skåring: Denne testen skåres ved antallet korrekte ”ja” eller ”nei” svar i løpet av trinn 2 (av totalt 10 mulige). For å gjøre bildene mest mulig visuelle for eldre pasienter, er de trykket på ubleket papir i A5 format og laminert matte.

Merk: Hvis en pasient bruker briller, forsikre deg om at hun/han har de på innen den visuelle oppmerksomhetstesten

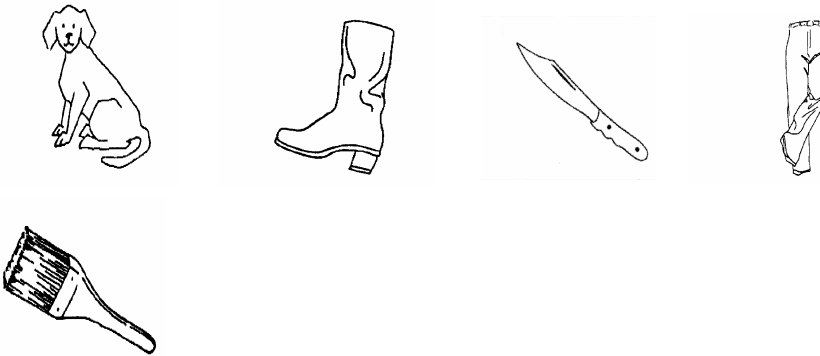
Referanser:

Ely, E.W., Inouye, S., Bernard G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Dittus, R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA; 286, 2703-2710, 2001.

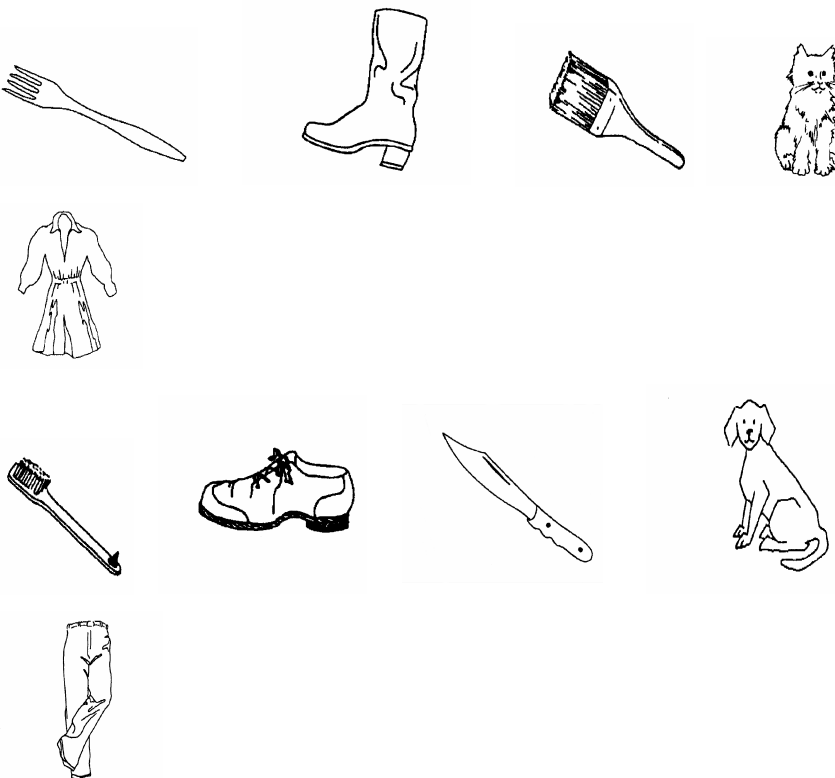
Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Critical Care Medicine. 29:1370-1379, 2001.

Visuell oppmerksomhetstest – Pakke A

Trinn 1

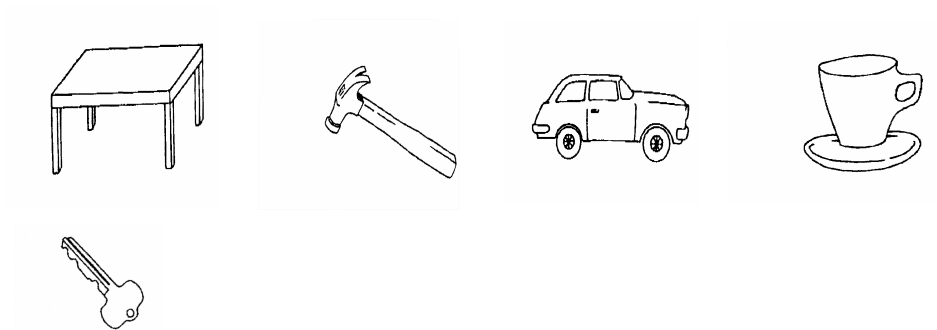


Trinn 2

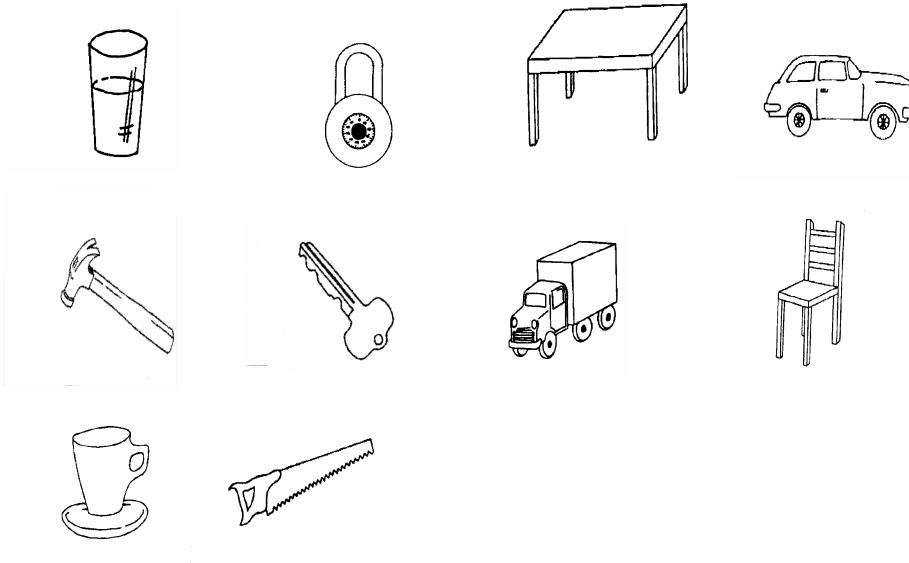


Visuell oppmerksomhetstest – Pakke B

Trinn 1



Trinn 2



OFTE STILTE SPØRSMÅL

GENERELT

1. Kan man utføre CAM-ICU vurderinger på demente pasienter?

Dine pasienter kan ha varierende grad av demens uten at dette er kjent på forhånd. Det kan være nyttig å vite at kjennetegn ved delirium kan diagnostiseres selv ved tilstedeværelse av demens (Trzepacz, *Journal of Neuropsychiatri* 1998). Faktisk gjennomførte vi subgruppevurderinger av CAM-ICU-resultater på pasienter med mulig demens i forbindelse med begge våre valideringsstudier (på samme måte som Dr. Inoye i hennes originale CAM validerings studie). CAM-ICU ble funnet reliabel og valid på pasienter både med og uten demens. Imidlertid er det vanskeligere å vurdere demente pasienter. Det er viktig å identifisere pasientens grunnleggende kognitive funksjon så nøyaktig som mulig, og å skille kronisk kognitiv svikt som skyldes demens fra akutte endringer i oppmerksomhet og tankesett som skyldes delirium. Vi kartlegger alle pasienter i våre studier med enkle vurderingsverktøy for demens (f.eks den modifiserte Blessed Dementia Rating Scale eller mBDRS (Blessed, *Brit.J.Psychiat* 1968) eller Informant Questionnaire on Cognitive Decline in Elderly or IQCODE (Jorm, *Psychological Medicine* 1989)).

De følgende definisjoner kan være en hjelp til å beskrive de største forskjellene mellom delirium og demens.

Delirium: En bevissthetsforstyrrelse karakterisert ved akutt debut og fluktuerende forløp av sviktende kognitiv funksjon, slik at pasientens evne til å motta, behandle, lagre og gjenkalle informasjon er markant redusert. Delirium utvikler seg over en kort periode (timer til dager), er vanligvis reversibelt, og er en direkte konsekvens av en medisinsk tilstand, stoff-forgiftning eller -abstinens, bruk av medikamenter, toksin eksponering eller en kombinasjon av disse faktorene. Tenk: rask debut, uoppmerksomhet, uklar bevissthet (desorientert), ofte forverring på natt, fluktuerende.

Demens: Utvikling av en tilstand med generell kognitiv svikt der det er en nedsettelse av tidligere ervervede intellektuelle evner, utvikles vanligvis over uker og måneder. Svikten innebærer redusert hukommelse og minst ett av følgende tegn: afasi (språkvansker), apraxi (vansker med koordinering av bevegelser), agnosi (vansker med tolking av sanseinntrykk) eller en forstyrrelse styrende kognitive kontrollfunksjoner. Pasienter med demens er vanligvis ikke uoppmerksomme før sent i forløpet av sykdommen. Den kognitive svikten må være så alvorlig at den forårsaker redusert yrkesmessig eller sosial funksjon, og den kan være progressiv, statisk eller reversibel, avhengig av patologi og tilgjengeligheten av effektiv behandling. Tenk: gradvis innsettende, intellektuell svikt, hukommelsesforstyrrelse, personlighetsendring / humørendring, ingen uklar bevissthet.

2. Er det nødvendig å undersøke for alle 4 kjennetegn ved CAM-ICU vurdering på hver pasient?

Nei. Hvis du bare skal dokumentere tilstedeværelse eller fravær av delirium (f.eks. positiv eller negativ), behøver du bare å utføre det antall kjennetegn (i tilfeldig rekkefølge) som du trenger for å få svaret ditt. Husk at en pasient kan vurderes til å ha delirium (CAM-ICU positiv) dersom kjennetegn 1 og 2 og enten kjennetegn 3 eller 4 er positive. For eksempel hvis kjennetegn 1,2 og 4 er positive, så er det ikke nødvendig å vurdere for kjennetegn 3. På samme måte, hvis enten kjennetegnene 1 eller 2 er fraværende/negativ, så trenger du ikke fortsette (fordi pasienten ikke kan være CAM-ICU positiv).

3. Behøver du å utføre de fire kjennetegnene i vurderingen i rekkefølge ved sengen?

Når man planlegger å implementere CAM-ICU i praksis - eller i forskningsøyemed, er det viktig å overveie at mange av dets komponenter ligner andre mindre formelle vurderingsmetoder ved sengen

som man allerede bruker i praksis (f.eks. uten at personalet er klar over det vurderer de vanligvis kjennetegn 1 via sedasjonsskalaer eller hyppige nevrologiske vurderinger). En grundig evaluering av den nåværende testingen av delkomponenter ved sengen kan hjelpe til å identifisere hvilke CAM-ICU kjennetegn som allerede blir vurdert.

En undersøkelse av din aktuelle intensivpraksis vil også hjelpe til å modifisere deler av den nåværende vurderingen slik at den helt presist identifiserer delirium. Vi anbefaler at man innarbeider CAM-ICU vurderingsverktøy i vurderinger ved sengen. Informasjonen (rådata) samles gjennom hele pasientvurderingen og settes deretter inn i CAM-ICU algoritmen for å skille mellom tilstedeværelse eller fravær av delirium.

4. Hvor ofte bør pasienten bli vurdert for delirium ved hjelp av CAM-ICU?

Vi anbefaler at kritisk syke pasienter vurderes for delirium med CAM-ICU minst hver 8. til 12. time (f.eks. en gang per sykepleier-skift).

5. Kan man noen gang ha en pasient som er "umulig å vurdere" (UÅV) med RASS på -3 eller høyere?

Kun i sjeldne tilfeller. De fleste av pasientene som er RASS -3 eller høyere kan gi nok data for å fullføre CAM-ICU. I de tilfeller der pasienten bare åpner øynene som en refleks på lyd og umiddelbart lukker de igjen, vil denne RASS -3 være CAM-ICU=UÅV. Disse pasientene reagerer kun refleksivt på lyd, og egentlig ikke på stemmen rettet mot dem. Derfor er det ikke engang et minimum av kommunikasjon tilstede for å vurdere CAM-ICU. Disse pasientene er i en nesten bevisstløs tilstand og vi kaller dem ikke deliriøse. Imidlertid, hvis en pasient åpner øynene på tiltale og ikke består oppmerksomhetstesten, fordi de ikke vil klemme i hånden i det hele tatt, eller ikke holder seg våken lenge nok for å klemme i hånden på mer enn en bokstav, da er denne pasienten uoppmerksom, og har delirium hvis hun/han oppfyller de andre kriteriene. CAM-ICU kan fullføres på disse pasientene.

En måte å tenke om dette er at hvis øynene åpnes på tiltale, "så er lyset på". For å se om "det er noen hjemme" så kan du vurdere for delirium ved å bruke CAM-ICU. Hvis øynene bare åpnes ved lyd (hvilken som helst høy lyd), så er dette kun flakkende lys, - "lyset kommer ikke på og du kan ikke sjekke om det er noen hjemme".

Det eneste andre tilfelle der pasienten kan være RASS -3 eller høyere og CAM-ICU=UÅV (umulig å vurdere) er når pasientens mentale utgangspunkt er totalt ukjent (f.eks. at det ikke er noen familie eller personale som kan gi informasjon om pasientens tidligere status og ingen antagelser kan foretaes vedrørende pasienten grunntilstand).

6. Hvordan identifiserer du delirium hos en pasient som har en følelsesmessig avflating som er sekundær til en stor depresjon?

Deprimerte pasienter vil fremdeles ha kjennetegn på delirium hvis de utvikler denne tilstanden, og kan vurderes ved hjelp av CAM-ICU. I sjeldne tilfeller kan depresjon manifestere seg på en måte som kan gi falsk positiv CAM-ICU. Denne formen for differensiering bør generelt sett vurderes av psykiatrisk ekspertise. I de fleste tilfeller vil en deprimert pasient som blir funnet CAM-ICU positiv, betraktes som deliriøs.

7. Hvordan dokumenterer du CAM-ICU?

Første trinn er å bestemme hvor resultatene av CAM-ICU vurderingene skal dokumenteres. Vi anbefaler å dokumentere CAM-ICU på observasjonsskjemaet (skjemaet der sykepleierne dokumenterer hver time). De fleste institusjoner dokumenterer den totale CAM-ICU skår og ikke de individuelle kjennetegnene. Hvis du har plass, så vil dokumentasjon av skår for de enkelte kjennetegnene gi best etterlevelse og nøyaktighet på den totale vurderingen og gi gode data for gjennomgang når man prøver å finne svakheter i vurderingen.

Når du har bestemt hvor du skal dokumentere data fra CAM-ICU, er det neste trinn å bestemme hvilket språk du ønsker å bruke. Som CAM-ICU arbeidsskjemaet indikerer, dokumenteres de fire kjennetegnene som "positiv" eller "negativ". Vi har funnet at ulike institusjoner velger å dokumentere den totale CAM-ICU skår som enten "positiv" eller "negativ" ELLER "Ja" eller "Nei" og "UÅV". Tabellen under viser de ulike terminologier som har blitt brukt. Vi anbefaler å velge et språk og termer som personalet finner lettest å forstå.

Total CAM-ICU skår			
Ja	Positiv	Tilstede	Delirium
Nei	Negativ	Fraværende	Ikke delirium
UÅV (umulig å vurdere)	UÅV	UÅV	UÅV

KJENNETEGN 1: Akutt debut eller fluktuerende forløp i mental status

1. Hvordan fastslår man hva som er pasientens mentale status til vanlig (pasient utgangspunkt)?

Når det er mulig er det viktig å få denne informasjonen fra pasientens familie og/eller venner og fra tidligere sykehistorie. Når man har fått denne informasjon, er det viktig å dokumentere den i pasientens journal for å sikre kommunikasjon blant personalet. Vi oppfordrer vårt personale til kritisk tenkning på dette kjennetegnet. Hvis pasienten er ung (<65) og blir innlagt direkte fra hjemmet sitt uten at noen form for nevro-kognitive forstyrrelser eller historie med cerebrovaskulær hendelse er dokumentert, går vi ut fra at pasientens utgangspunkt er en normal mental status, som i tilsvarende GCS=15 og RASS=0. Hvis pasienten er eldre enn 65 år eller det er dokumentert nevro-kognitive forstyrrelser eller cerebrovaskulær hendelse, oppfordrer vi personalet til å etterspørre mer bakgrunnsinformasjon fra familie eller institusjonen pasienten ble innlagt fra.

2. Bruker man samme "pasient utgangspunkt" ved påfølgende CAM-ICU vurderinger?

Ja.

3. Hva gjør du/ vil du gjøre hvis pasienten har hatt permanente endringer i sin mentale status i løpet av sykehusoppholdet,- for eksempel et slagtilfelle? Blir den nye mentale statusen et nytt utgangspunkt i forhold til CAM-ICU vurderingen?

Hvis pasienten har permanente endringer i sin grunnleggende mentale status (for eksempel et slagtilfelle), vil dette nye utgangspunktet bli det som benyttes i alle påfølgende CAM-ICU vurderinger. Det kan være vanskelig å bestemme et utgangspunkt for mental status fordi det hos disse pasientene er problematisk å skille delirium fra det nye utgangspunktet. I praksis er det i dette tilfelle enklest å imøtekomme kjennetegn 1 ved å dokumentere svingninger i mental status.

4. Kan man bruke CAM-ICU på pasienter i Nevrointensiv avdeling eller på pasienter med traumatisk hjerneskade?

Ja, mange kirurgiske intensivavdelinger har implementert delirium monitorering, og det er per i dag flere fullførte og pågående kohort studier fra disse avdelingene. Man skal være omhyggelig i bestemmelsen av pasientens mentale utgangspunkt i tillegg til å forsøke å bestemme om han/hun nå har strukturell nevrologisk endring forårsaket av traume, intrakraniell blødning, cerebrovaskulær hendelse med mer. Hvis slik skade er tilstede, så kan denne være årsaken til positiv CAM-ICU, istedenfor en reversibel årsak til delirium. Vi anbefaler at man bruker CAM-ICU til disse pasientene (ved å bruke

pasientens siste kjente mentale utgangspunkt), og at utgangspunktet justeres ettersom mer informasjon samles inn.

KJENNETEGN 2: Uoppmerksomhet

Årvåkenhet er en basal prosess, hvor den våkne pasient kan respondere på enhver stimulus fra omgivelsene. Den årvåkne, men uoppmerksomme pasient vil reagere på enhver form for lyd, bevegelse, eller hendelse som oppstår i nærheten, mens den oppmerksomme pasient kan filtrere vekk irrelevante stimuli. Oppmerksomhet forutsetter årvåkenhet, men årvåkenhet innebærer nødvendigvis ikke oppmerksomhet (**det betyr at alle oppmerksomme pasienter er årvåkne, men ikke alle årvåkne pasienter er oppmerksomme**) (Strub, The mental status examination in neurology, F.A.Davis Company, 1993).

1. Hvordan avgjør man om manglende evne til å følge instruksjoner skyldes uoppmerksomhet, desorganisert tankegang, eller manglende evne til å forstå instruksjonene?

I begynnelsen av vurderingen av uoppmerksomhet fastslår den som utfører vurderingen om pasienten kan følge enten den enkleste form for "ja og nei" ved å nikke/riste på hodet eller klemme i hånden. Hvis pasienten kan kommunisere på denne måten (selv kun en enkelt gang under vurderingen), konkluderer den som vurderer pasienten at det er en basal evne til å forstå instruksjoner og man kan fortsette med oppmerksomhetstest (visuell eller auditiv). I dette tilfelle avspeiler pasientens skår hans/hennes evner til oppmerksomhet. Hvis pasienten ikke er i stand til å utføre den mest basale kommando (for eksempel "nikk med hodet" eller "klem meg i hånden"), kan ikke den som utfører vurderingen skille mellom manglende evne til å forstå instruksjoner og uoppmerksomhet, og kan derfor ikke fortsette oppmerksomhetstesten. Det er korrekt at et element av desorganisert tankegang også kan være tilstede, noe som bør komme frem under *Kjennetegn 3*. (se også #5 i "Generell" del ovenfor).

2. Når pasienten er somnolent, soporøs eller komatøs, kan oppmerksomhetsvurderingen være umulig å utføre. Hvis du ikke kan fullføre testen, hva er da konklusjonen? Har pasienten delirium eller ikke?

To-trinns tilnærmingen til CAM-ICU sørger for et filter for majoriteten av de pasientene som ikke kan kommunisere med den som utfører vurderingen. De pasientene som ikke går videre til trinn 2 (for eksempel de som har sedasjonsnivå -4 eller -5 på RASS) skal ikke testes på resten av CAM-ICU vurderingene. Derfor, for de som kommer til trinn 2 og åpner øynene på verbal stimulering alene, vil manglende evne til å utføre og/eller fullføre oppmerksomhetstestene bli vurdert som uoppmerksomhet. Disse pasientene har ikke evne til å tenke klart (uavhengig av årsak).

RASS- skår på -3 ser ut til å være en gråson. Noen pasienter i denne tilstanden ser ut til å kunne kommunisere til en viss grad, mens andre bare åpner øynene med minimal ytterligere samhandling. Vi har satt skjæringspunktet for de to trinnene ved en RASS skår mellom -3 og -4, fordi noen pasienter med RASS -3 kan gjennomføre vurderingen.

3. Må du fullføre både visuell og auditiv oppmerksomhetstest på hver pasient?

Vi fant i våre valideringsstudier (upublisert data) at majoriteten av pasientene skåret likt på begge testene (visuell/bilder og auditiv /bokstaver). Som et resultat av dette behøver du ikke å bruke begge testene i hver vurdering. Forsøk auditiv oppmerksomhetstest først. Hvis pasienten er i stand til å utføre denne testen og skåren er klar i hver vurdering, dokumenter denne skåren og gå videre til *Kjennetegn 3*. Hvis pasienten ikke er i stand til å utføre denne testen, eller skåren er uklar, utfør visuell oppmerksomhetstest. Hvis du utfører begge testene, bruk visuell resultat fra oppmerksomhetstest som skår på dette kjennetegnet.

KJENNETEGN 3: Desorganisert tankegang

Det er helt klart det vanskeligste området å vurdere hos nonverbale pasienter. Det er det mest subjektive av de 4 kjennetegnene. Tanker uttrykkes via ord (verbalt eller i skriftlig form). Respiratorbehandling og tap av finmotorikk begrenser den ekspressive evnen hos de fleste intensivpasienter. Derfor bruker CAM-ICU enkle, direkte ja/nei spørsmål og enkle kommandoer for å vurdere tankegangen. Vi er åpne for forbedringer i metoden for vurderinger på dette kjennetegnet på delirium, og tar gjerne i mot tilbakemeldinger fra dere.

1. Hvis pasienten svarer korrekt på alle de fire spørsmålene, trenger du likevel å fortsette til kommandoene?

Vi oppfordrer alle som utfører CAM-ICU til å stille alle fire spørsmålene og utføre kommandoene. Vi fraråder å avslutte med spørsmålene (selv om pasienten har en skår på 100 %) på grunn av muligheten for at pasienten var heldig å gjette 4 ganger. Kombinasjonen av spørsmål og kommandoer gir klinikerne mer data for å bedømme om tankegangen er desorganisert eller ikke. Hvis pasienten svarer korrekt på alle spørsmål, men den som utfører vurderingen føler at det er tilfeldig om pasienten svarer ja eller nei men likevel får rett svar på spørsmålet, vil utførelsen av kommandoene hjelpe til med å bekrefte eller avkrefte klinikerens oppfatning.

NB: Kriteriet for dette kjennetegnet ble feilsitert i våre publikasjoner (Ely, et al. JAMA 2001;286: 2703-2710 and Truman, et al. CCN 2003;23:25-36). Organisert tankegang er bevist ved 3 eller flere **korrekte** svar på de fire spørsmålene. Derfor (som beskrevet på s.5 i denne manualen) skårer pasienten positivt på *Kjennetegn 3* (tilsvarende desorganisert tenkning) når de svarer feil på 2 eller flere av de 4 spørsmålene.

I løpet av de siste årene har vi lært mye om hvordan man tar i bruk CAM-ICU i praksis. Fra et praktisk perspektiv, anvender vi skår fra *Kjennetegn 3* testene som ble publisert i CCM og JAMA (jamfør 4 spørsmål og en kommando for å holde opp 2 fingre med hver hånd). Som ved de originale studiene er pasientens evne til å svare på og respondere korrekt på spørsmål/kommandoer som bestemmer om *Kjennetegn 3* er positiv. Pasienten kan få opp til 5 poeng for *Kjennetegn 3* vurderingen (1 for hvert korrekte svar og 1 for kommando). Hvis pasienten får mindre enn 4 poeng vurderes han/hun til å ha desorganisert tankegang og *Kjennetegn 3* er positiv.

1. Er det nødvendig å utføre både Sett A og Sett B av Kjennetegn 3 Ja/Nei spørsmål i løpet av en CAM-ICU vurdering?

Man behøver kun å utføre **enten** Sett A eller Sett B for dette kjennetegnet. To sett tilbys slik at dere kan veksle på spørsmålene ved gjentatt bruk.

KJENNETEGN 4: Endret bevissthetsnivå (på bedømmelsestidspunktet)

1. Er *Kjennetegn 4* positivt ved koma?

Selv om komatøse pasienter teknisk sett er "CAM +", så er ikke koma å betrakte som delirium. Uansett så kan en pasient med delirium nylig ha vært komatøs, noe som indikerer en vekslende mental status. Komatøse pasienter gjennomgår ofte, men ikke alltid, en periode med delirium før de gjenvinner sin opprinnelige mentale status. *Kjennetegn 4 er positiv for enhver pasient med RASS-nivå annet enn "0".*

2. Hva er forskjellen mellom *Kjennetegn 4* og *Kjennetegn 1*?

Kjennetegn 1 fokuserer på pasientens opprinnelige mentale utgangspunkt og svingninger de siste 24 timer. Når man vurderer dette kjennetegnet spør du egentlig "Om denne pasienten er ved hans/hennes opprinnelige mentale utgangspunkt og om han/hun har vært der de siste 24 timene". *Kjennetegn 4* fokuserer derimot på pasientens nåværende (på vurderingstidspunktet) bevissthetsnivå sammenlignet med "våken og rolig/RASS=0" uavhengig av pasientens utgangspunkt.

Implementering:

1. Hvordan får jeg copyright/ opphavsrett tillatelse

Vi har fått copyright for CAM-ICU og dets undervisningsmateriale og har bevisst tillatt den til fri benyttelse. Vi ber deg om å skrive copyright linjen nederst på lommekortene og på annet undervisningsmateriale, men krever ikke at du skal be om skriftlig tillatelse fra oss til implementering og klinisk bruk.

2. Hvordan skaffer jeg bildepakke til oppmerksomhetstesten og /eller lommekort?

Vi hjelper deg gjerne med å bestille materialet. Vær vennlig å kontakte oss på delirium@vanderbilt.edu. Vær vennlig å merke e-posten din med "Training manual order" i emnefeltet. Det sikrer at rett person mottar forespørselen.

3. Når en pasient har delirium og får behandling mot dette,- når skal man stoppe behandlingen?

Siden man per definisjon definerer delirium som en svingende forstyrrelse, er en pasient fri for delirium når han/hun har vært CAM-ICU negativ i 24 timer. Hvis en pasient er positiv på et skift og negativ på et annet, så fortsett å vurdere han/hun for delirium og fortsett behandlingen (ved farmakologisk behandling kan du selvfølgelig redusere dosene) inntil pasienten har vært negativ i 24 timer.

Eksempler

CAM-ICU Kjennetegn	Tilstede/Fraværende
Kjennetegn 1: Akutt debut eller et fluktuerende forløp	
Pasientens RASS er nå 0, men har vært -1,-3, og +2 innenfor de siste 24 timene.	Tilstede
En av pasientens RASS skåringer har vært -2 innenfor de siste 24 timer, men familien sier at dette er forskjellig fra hans mentale tilstand før innleggelse.	Tilstede
Kjennetegn 2: Uoppmerksomhet	
Pasienten har skåret 7 på visuell - og 5 på auditiv oppmerksomhetsvurdering	Tilstede
Pasienten er i stand til å få 10 korrekte svar på visuell - og auditiv oppmerksomhetsvurdering .	Fraværende
Pasienten er i stand til å kommunisere kortvarig ved å klemme intervjuerens hånd, men er ikke i stand til å fullføre visuell - og auditiv oppmerksomhetsvurdering.	Tilstede
Kjennetegn 3: Desorganisert tankegang	
Pasienten svarer korrekt bare på halvparten av spørsmålene	Tilstede
Pasienten svarer korrekt på alle spørsmål og kan identifisere antall fingre intervjuer holder opp.	Fraværende
Spørsmål til WES: Pasienten svarer korrekt på alle spørsmål men kan ikke utføre kommandoen med fingrene korrekt.	Tilstede, selv om skår =4
Kjennetegn 4: Endret bevissthetsnivå	
Pasienten har hyppige, ikke-hensiktmessige bevegelser og motarbeider respiratoren (RASS=+2).	Tilstede
Pasienten har hatt vekslende mental status, med en rekke forskjellige RASS skåringer innenfor de siste 24 timene, men er nå våken og rolig (RASS=0).	Fraværende

” Vurdering av forvirring hos intensivpasienter” (CAM-ICU) Harvard CAM-ICU Flowsheet

Vurdering av delirium (CAM-ICU): 1 og 2 og (enten 3 ELLER 4)

RASS er over -4
(-3 til +4)
Fortsett til neste trinn

Akutt debut eller fluktuerende forløp
] En akutt endring sammenlignet med opprinnelig mental status?
Eller at pasientens mentale status veksler gjennom de siste 24 timene

NEI →

**Stopp
Ikke
delirium**

Ja ↓

Uoppmerksomhet
Les opp følgende 10 bokstaver: **KATAMARAAN**
Skåring: Feil: når pasienten unnlater å klemme i hånden ved bokstaven ”A”
Feil: når pasienten klemmer på en hvilken som helst annen bokstav enn ”A”.

< 3 feil →

**Stopp
Ikke
delirium**

≥ 3 Feil ↓

Endret bevissthetsnivå (“aktuell” RASS)
Hvis RASS er null, fortsett til neste trinn

Hvis RASS er forskjellig fra null →

**Stopp
Pasienten
har delirium**

0 ↓

Desorganisert tankegang
1. Vil en stein flyte i vannet? (Eller: Vil et blad flyte på vannet?)
2. Er det fisk i havet? (Eller: Er det elefanter i havet?)
3. Veier en kilo mer enn to kilo? (Eller: Veier 2 kilo mer enn 1 kilo?)
4. Kan du bruke en hammer til å slå i en spiker? (Eller: Kan du bruke en hammer til å sage ved?)
5. **Kommando:**
Si til pasienten: ”Hold opp så mange fingre” (Den som undersøker holder opp to fingre foran pasienten). ”Nå skal du gjøre det samme med den andre hånden” (Ikke repeter antall fingre).
*Hvis pasienten er ute av stand til å bevege begge armene, kan du i den andre delen av kommandoen si ”Vis en finger til”.

≥ 2 feil →

**Pasienten
har delirium**

< 2 feil →

**Stopp
Fri for
delirium**

Hvis RASS er - 4 eller - 5
Stopp
Revurder pasienten på et senere tidspunkt

Intervjuguide, individuelt intervju

Intervjuguiden er under utarbeidelse og vil bli videre utviklet sammen med veileder.

Fase 1: Introduksjon og presentasjon (5 min)

Rammesetting

- Hvem er jeg, hvorfor gjør jeg dette intervjuet
- Hvem er du? Hvor jobber du? Bare for at jeg skal huske hvem du er når jeg transkriberer

Informasjon (5 min)

- Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål)
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og presentere rettigheter som informant i samsvar med informert samtykke
- Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål
- Informer om opptak og samtykke til dette
- Start opptak

Fase 2: Statistisk bakgrunnsinformasjon:

1. Alder
2. Kjønn
3. Hvor mange år i arbeid som intensivsykepleier?
4. Arbeidserfaring som intensivsykepleier – andre arbeidsplasser?

Fase 3: **Nøkkelspørsmål: (30-35 min)**

Erfaringer

Kan du fortelle meg om en pasient du har hatt med intensivdelirium?

Oppfølgingsspørsmål:

- Hvordan oppdaget du at denne pasienten hadde delir eller var i ferd med å utvikle delir?
- Hvilke måleverktøy/protokoller/skjemaer/flyt-verktøy/prosedyrer bruker din avdeling for å oppdage intensivdelirium og for å iverksette tiltak når pasienten allerede har utviklet intensivdelir?
- Hva slags erfaringer har du med å bruke et målingsverktøy?
- Erfarer du at måleinstrumentene sier noe om hvordan du oppdager hva slags type delirium pasienten har?
- Det finnes 3 typer intensivdelirium, hyper-, hypo- og blandet delirium. Hjelper måleinstrument deg i å oppdage hvilken type delirium pasienten har?

Kan du fortelle om hvilken opplæring du har fått for å bruke kartleggingsverktøyet relatert til delir?

Oppfølgingsspørsmål:

- Undervisning i plenum for eksempel på fagdag?
- Praktisk individuell undervisning som for eksempel «bedside»?
- Materiell og fagstoff du selv har måtte lese?
- Materiell og fagstoff du selv har måtte lese i kombinasjon med praktisk undervisning?

- Hva mener du er årsaker til at det ikke er gitt opplæring?

Hvilken erfaring har du i å samarbeide med andre aktuelle yrkesgrupper i forbindelse med oppfølging av informasjon du kommer med etter å ha brukt måleverktøy til å score pasienten?

- Leger:
- Fysioterapeut:
- Ergoterapeut:
- Farmasøyt:

Eventuelle oppfølgingsspørsmål knyttet til informantens annen praksis:

- Hvis du har jobbet ved en annen avdeling tidligere som intensivsykepleier, hvilke måleinstrumenter brukte du da?
- Hvilke erfaringer har du med bruk av det/de måleinstrumentene kontra de måleinstrumentene du bruker nå?

Fase 4:

Oppsummering (ca. 5-10 min)

Tilbakeblikk

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Intensivsykepleieres erfaringer ved bruk av måleinstrument for å forebygge intensivdelirium/delir.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som vil undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har ved bruk av måleinstrumenter i forbindelse med forebygging av intensivdelirium.

Hva innebærer PROSJEKTET?

Studien innebærer at du deltar i et individuelt intervju. Intervjuet vil trolig vare 60 minutter. Jeg planlegger å intervju 6-8 intensivsykepleier med minst 2 års erfaring. Intensivsykepleierne vil være fra forskjellige sykehus i Sør-Norge. Sted for intervjuet vil avklares senere. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker.

I prosjektet vil jeg innhente og registrere opplysninger om deg. Kjønn, alder, hvor mange år du har jobbet som intensivsykepleier og om du har jobbet andre steder i landet som intensivsykepleier.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelsen vil ikke ha noen direkte fordeler eller ulemper for deg, men det vil bidra med ny kunnskap om dette temaet som forhåpentligvis kan bidra til at bruk av måleinstrumenter (CAM-ICU og RASS, evt andre) blir satt på dagsorden. Jeg håper og at eventuelle tiltak blir iverksatt som kan hjelpe intensivsykepleiere å forstå bruken og nytteverdien ved bruk av måleinstrumenter for å forebygge intensivdelirium.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

Prosjektleder / Masterstudent Hilde Torjussen Hauge tlf 950 42169

eller

Veileder Johannes Hovland Førstelektor tlf 38 14 18 77 el. 91 39 79 17

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet ved prosjektslutt, senest 31.12.2016.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av Fakultetets Etske komitè (FEK), UIA.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.



Johannes Hovland
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 18.09.2015

Vår ref: 44618 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>44618</i>	<i>Intensivsykepleieres erfaringer ved bruk av måleinstrument for å forebygge intensivdelirium</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Johannes Hovland</i>
<i>Student</i>	<i>Hilde Torjussen Hauge</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Knut Kalgraff Skjåk

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Torjussen Hauge hilde.hauge1980@gmail.com



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 44618

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men følgende må endres/tilføyes:

- setningen "...Norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD)" må endres til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

VEDLEGG 6

Hilde Torjussen Hauge

Samtykke til deltakelse i studien

**Intensivsykepleieres erfaring ved bruk av måleverktøy for å oppdage og forebygge
intensivdelirium**

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

ANALYSESKJEMA

Vedlegg 7

	Kodegruppe / meningsbærende enhet	Kategori / omskrivning	Subgruppe	Kondensat	Analytisk tekst
Opplæring / undervisning	<ol style="list-style-type: none"> 1. En må få teoretisk innføring, rom for misforståelser 2. Opplæring på skolen og fagdager 3. Opplæring inngår i sjekklisten til de nyansatte 4. Tilfeldig opplæring av nyansatte 5. Fokus på temaet 6. En må holde seg oppdatert selv 7. Ressurspersoner på området 8. God undervisning – bruk av verktøy og viktighetsgrad 9. Behandlingsretningslinjer 10. Skjemaet er fullforklarende, bruksanvisning på rommene 11. Youtube 12. God opplæring fører til at folk gjør jobben uten å stille spørsmål 	Intensivsykepleierne hadde ulike erfaringer med hvilken opplæring og undervisning de hadde fått i bruk av skåringsverktøy og delir undervisning. Intensivsykepleierne opplevde at de selv måtte ta initiativ til å holde seg oppdatert på temaet, men at ved bruk av ressurspersoner i avdelingen som var oppdatert på temaet og bruk av verktøyet var det lettere å holde fokus på temaet og bruke verktøyet på den måten som gir dem best svar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. God undervisning – om bruk av verktøy og hvorfor det er et viktig tema 2. Fokus på temaet 3. Holde seg oppdatert 4. Ressurspersoner på området 5. Behandlingsretningslinjer 	<p>Jeg mener at ved god undervisning og opplæring om hvorfor det er så farlig for pasienten å utvikle delir, vil gi oss større forståelse i hvorfor vi skal bruke et skåringsverktøy for å oppdage delir på et tidlig stadium. Ved hjelp av ressurspersoner med spesial kompetanse på området, vil vi kanskje oppdage at å bruke et kvalitetssskåringsverktøy som CAM-ICU gir et tidlig svar på om pasienten har utviklet delir eller ikke. Dermed vil vi lettere kunne forholde seg til behandlingsstrategier (medikamentelle og ikke medikamentelle), og behandlingsretningslinjer som FLYT-diagrammer, og dokumentere om disse har effekt eller ikke, ut fra et faglig perspektiv, en faglig forståelse.</p> <p>Gullsitat.</p> <p><i>«Det sitter ikke i ryggmargen, skal det gjøre det må en få en ordentlig opplæring på det».</i> Respondent nr.3</p> <p><i>«Men det er jo mitt ansvar og få med meg den kunnskapen om det og oppsøke de personene.» respondent nr. 1</i></p>	<p>Erfaringer gjort av mine respondenter, var at ved mangelfull opplæring omkring delir og bruk av skåringsverktøyet CAM-ICU kunne det være vanskelig å oppdage delir.</p> <p><i>«Det sitter ikke i ryggmargen, skal det gjøre det må en få en ordentlig opplæring på det».</i> Respondent nr.3</p> <p>Alle respondentene erfarte at de kunne kjenne igjen et hyperaktivt delir, uten å bruke skåringsinstrument. Dette begrunnet de ut fra tidligere erfaringer, taus kunnskap og teoretisk innføring, som ga dem noen knagger/tegn/kjennetegn på pasientens væremåte. Respondentenes erfaring med å oppdage hypoaktivt-delir (stille delir) viste seg å være begrenset, da diagnosen lett kan forveksles med at pasientene er deprimerede, stille og tilbaketrukkne, slitne og ikke ønsker å prate. Samtidig opplevde respondentene at de observerte flere stille-delir etter innføring av CAM-ICU, enn da de brukte MAS eller kun observasjon og dokumentasjon ut fra sykepleiers følelser og opplevelser.</p>

				<p><i>«I avdelingen har vi og en sånn 10 minutter hver måned med fag og det er jo for de ulike ressursgruppene. Så en gang i året skal en hvert fall få undervisning. For da skal liksom alle igjennom disse 10 minuttene med undervisning. Vi har en hel måned med samme tema så da skal liksom de fleste ha fått denne undervisningen». Respondent nr 7.</i></p>	<p>På spørsmål om de oppdager fluktuerende- delir (mixed delir) var erfaringene: at ved bedre og korrekt bruk av dokumentasjon etter skåring, vil det være lettere å oppdage denne formen for delir, da den kommer og går. Og ved å bruke dokumentasjon korrekt vil det etter hvert vise seg en trend. Sykepleiernes erfaringer viser til at de må bruke RASS- (sedasjons/agitasjon nivå (en mental tilstand av ekstrem følelsesmessig forstyrrelse)) og GCS- (bevissthetsgrad) skåre sammen med CAM-ICU for å finne ut om pasienten har ressurser til å bli skårt.</p> <p>Flere av intensivsykepleierne erfarte at det var vanskelig å skåre pasienten ved en RASS lavere enn -2, derfor var det ofte lettere å skrive UÅV (umulig å vurdere) eller droppe dokumentasjonen.</p> <p>I avdelingene der det var ressurspersoner/grupper som var aktive, erfarte intensivsykepleierne at det var stort fokus på diagnosen intensivdelir og skåring, men at fagdager med teoretisk undervisning, ikke var nok til at de følte de hadde spesialkompetanse på området. Flere trakk frem at de hadde et eget ansvar for å holde seg oppdater både faglig og på forskning, men at de ikke hadde ressurser eller interesse nok for temaet, og at de ønsket at noen skulle fortelle dem hva de skulle lese og</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>hvordan de skulle utføre skåringen.</p> <p><i>«Men det er jo mitt ansvar og få med meg den kunnskapen om det og oppsøke de personene.» respondent nr.1</i></p> <p><i>«I avdelingen har vi og en sånn 10 minutter hver måned med fag og det er jo for de ulike ressursgruppene. Så en gang i året skal en hvert fall få undervisning. For da skal liksom alle igjennom disse 10 minuttene med undervisning. Vi har en hel måned med samme tema så da skal liksom de fleste ha fått denne undervisningen».</i> <i>Respondent nr 7.</i></p> <p>Ved 3 av sykehusene var det innført tavlemøte før morgenvisitten, hvor legene ønsket å få vite om pasienten var delirisk eller ikke. Dette erfarte intensivsykepleierne at var bra for å få opp fokuset på temaet og for å øke interessen til å lære mer om temaet.</p>
Holdninger	<ol style="list-style-type: none"> 1. Varierende holdninger til om man bruker skåringsverktøyt eller ikke 2. Lett å droppe skåringen til fordel for annet arbeid 3. Få som dokumenterer – eller bare dokumenterer UÅV 4. Lett å droppe dokumenteringen ved papirkurve 5. De med elektronisk kurve dokumenterer 6. Vanskelig å se trender på papirkurve og dips. 7. Stille delir dokumenteres 	<p>Ulik holdning til bruken av skåringsverktøy for å oppdage intensivdelir. De opplever at det er mange som dropper å skåre pasienten til fordel for annet arbeid, og fordi de mener at det ikke er noen god setting eller god nok tid til å gjennomføre alle oppgavene som pålegges dem. Legene ønsker at pasientene skåres, men har ulik tilnæringsmetode når de får høre resultatet av skåringen.</p> <p>Dokumentasjon er en utfordring da mange av</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ulik holdning, noen er positive, noen er negative. 2. Lett å droppe eller utsette skåringen til fordel for hvile eller andre oppgaver. 3. Få som dokumenterer, feilkilder i forhold til dokumentasjon. 4. Trender – sammenhenger 	<p>Jeg opplever at vi som forholder oss til pasienter, som skal skåres for å oppdage om de har delir har ulik holdning til dette. Vi ønsker å kunne forebygge delir, men dropper likevel å dokumentere om vi har skårt pasienten eller ikke. Eller så tar vi letteste utvei og dokumenterer UÅV. Dette gjør det vanskelig for oss å kunne se trender om pasienten står i fare for å utvikle delir, har utviklet delir eller har et mixed delir som han går ut og inn av. Det gjør det og vanskelig for</p>	<p>Mine respondenters erfaring om holdning til bruk av skåringsverktøy for å oppdage intensivdelir er delte. Respondentene forteller at de ønsker å oppdage om pasienten har delir og behandle dem for dette. Men kan samtidig fortelle at de ikke bruker skåringsverktøyet da de mener det tar for lang tid, at det aldri passer ut fra hviletider og andre oppgaver som skal</p>

	<p>ikke da det er vanskelig å vite om det er delir eller depresjon.</p> <p>8. «Vi oppdager det jo alltid når pasienten begynner å sprelle»</p> <p>9. Skåringen og pasienten prioriteres langt nede på lista både hos legene og spl.</p> <p>10. Legene har kunnskap men de velger å prioritere andre pasienter først for å redde liv.</p> <p>11. Legene etterspør om vi har skort pasientene, men det vet ikke hvordan de skal behandle dem.</p> <p>12. Føles ubehagelig å stille rare/banale spørsmål.</p>	<p>respondentene opplever at det ikke alltid dokumenteres at pasienten er skort. En holdning er at «Vi oppdager det jo alltid når pasienten begynner å sprelle», eller at det dokumenteres UÅV (umulig å vurdere) selv om RASS ikke står i samsvar.</p> <p>De med elektronisk kurve dokumenterer om pas er CAM ICU positiv/negativ/UÅV da det kommer en påminnelse om hva som skal førers på kurven, mens dem med papirkurve ofte dropper å skrive. Dette kan ha sammenheng med at det er lettere å se trender på elektronisk kurve enn på papirkurve / dokumentasjon i dips.</p> <p>Intensivdelirpasienter ligger langt nede på prioriteringslisten hos yrkesgruppene som jobber med dem. Dette da det pasienten kan oppleves utfordrende med tanke på agitasjon eller depresjon – de stille pasientene.</p> <p>Pasientene har heller ikke den akutte fare for død/kritisk sykdomsproblematikken, som gjør at de blir prioritert. Så lenge de er våkne er de nedprioritert i forhold til pasienter som trenger en SVK (sentralt venekateter) for å gi inotrope medikamenter eller ligger på respirator.</p> <p>Intensivsykepleierne opplever at de synes det er ubehagelig å stille spørsmålene som skal stilles, da de kan oppfattes banale og som om man tuller med pasienten.</p>	<p>mellom dokumentasjon og behandling.</p>	<p>oss å se om pasienten har effekt av de tiltak vi setter i gang både medikamentelle og ikke medikamentelle.</p> <p>Gullsitat:</p> <p><i>«hvis ikke de er deliriske så skrive man ikke ned, at det bare skives ned hvis de er positive. Det er kanskje derfor at det ikke blir dokumentert. Men det er vel viktig å dokumentere det selv om de er negative, sånn at man på en måte kan se at faktisk så er det blitt skort, sånn at de ikke går under radaren med den der stille deliren».</i></p> <p><i>«Du er jo der for å løse problemer, så har du jo gått gjennom ei vakt uten å skrive, jeg føler vi må bli flinkere til å skrive».</i></p> <p>Jeg ser og at det er en oppgave som har lett for å bli valgt bort i en hektisk hverdag, hvor pasienten og skal få tid til å hvile. Det er vanskelig å finne et ideelt tidspunkt for å skåre pasienten, da prosedyrer skal utføres og hviletider skal overholdes.</p> <p><i>«Det er hver gang en henter frem CAM ICUen så skal liksom pasienten hvile, så må man liksom prøve å få hentet det inn. Det er liksom det å finne den rette timingen for når man skal få gjort det».</i></p> <p><i>«men det er vanskelig å bruke det fordi, man har veldig mange andre oppgaver og det er vanskelig å finne et riktig tidspunkt å skåre pasienten. Det blir en glemt oppgave og det er</i></p>	<p>gjennomføres.</p> <p>De forteller videre at det ofte dokumenteres UÅV, da dette er letteste utvei, og at kollegaer kan se at de hvertfall har tenkt på det. Flere av respondentene kan å fortelle at de ikke dokumenterer hvis pasienten er negativ på CAM ICU.</p> <p><i>«hvis ikke de er deliriske så skrive man ikke ned, at det bare skives ned hvis de er positive. Det er kanskje derfor at det ikke blir dokumentert. Men det er vel viktig å dokumentere det selv om de er negative, sånn at man på en måte kan se at faktisk så er det blitt skort, sånn at de ikke går under radaren med den der stille deliren».</i></p> <p>En av respondentene forteller at man er jo på jobb for at pasientene skal få best mulig pleie og behandling, og at man ofte glemmer å skåre pasienten og dokumentere hvis ikke det er tydelige tegn på delir. <i>«Du er jo der for å løse problemer, så har du jo gått gjennom ei vakt uten å skrive, jeg føler vi må bli flinkere til å skrive».</i></p> <p>Respondenten sier at de synes det er vanskelig å finne et ideelt tidspunkt å skåre pasienten, da de er redde for å</p>
--	--	---	--	--	---

				<p><i>veldig lett å skyve unna oppgaven og selv om det er tid til det. Det er en oppgave som er veldig lett å skyve unna».</i></p> <p>Jeg opplever at en del av oss skyver oppgaven fremfor oss, da vi synes det er ubehagelig å stille disse spørsmålene. Vi synes selv det er noe underlige spørsmål som kan oppfattes som helt ulogiske å forholde seg til.</p> <p><i>«Det blir liksom litt for banale spørsmål, altså så jeg skjønner at man må ha noen spørsmål som er riv ruskende gale men så føles det så rart å stå der og si det til et menneske som er adekvat da. Det er jo ikke noe problem å stille spørsmål til en som er riv ruskende gal. Det å stille spørsmål til en som er adekvat føles feil og det byr meg rett og slett litt imot å gjøre det når man tror de er adekvate».</i></p> <p><i>«Men når man har gjort det noen ganger så går det gjerne av seg selv».</i></p> <p>Men noen av oss har gode rutiner på skåring og dokumentering og da opplever jeg at holdningen blir bedre.</p> <p><i>«..... man oppdager disse stille delirene som man ikke oppdaget tidligere. Fordi man ikke tok de tegnene.»</i></p> <p><i>«En har jo på kurven vår en rubrikk som gjør at en skal ta det hver time, men det er jo ei rute da, men du ser jo ikke så tydelig på en graf pasientens delir utvikling – ikke sant».</i></p>	<p>forstyrre pasienten iom at alle har lært at hvile og søvn er med på å forebygge utvikling og behandle delir.</p> <p>De fleste resoondentene opplever at bruken av kartleggingsverktøyet er ubehagelig, da de opplever at spørsmålene er for banale å stille og at de er redd for at pasienten skal bli støtt. En av respondenten sier at hun er glad verktøyet har fått et annet navn, en oppmerksomhetstest for da føler hun det blir tatt bedre imot av pasienten.</p> <p><i>«Det blir liksom litt for banale spørsmål, altså så jeg skjønner at man må ha noen spørsmål som er riv ruskende gale men så føles det så rart å stå der og si det til et menneske som er adekvat da. Det er jo ikke noe problem å stille spørsmål til en som er riv ruskende gal. Det å stille spørsmål til en som er adekvat føles feil og det byr meg rett og slett litt imot å gjøre det når man tror de er adekvate».</i></p> <p>Gullsitater</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Erfaringer</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Husker å bruke det når pasienten blir plukkete. 2. En ikke husker alltid å skåre pasienten før man oppdager at de er på vei inn i et delir. 3. Å finne rett tidspunkt. 4. Viktig å kartlegge om pasienten er smertepåvirket, oversedert, deprimert eller delirisk for å ikke overbehandle. 5. Vanskelig å oppdage om pasienten er delirisk når han ligger på respirator og ikke kan prate 6. Vanskelig å gjennomføre tidsmessig – passer aldri. 7. Vanskelig å bruke verktøyet når pasienten er agitert. 8. Man må ha pasientene våkner for å skåre dem. 9. Vanskelig å skåre pasienter som er RASS - 2/-3. 10. Mange av pasientene er for syke til at de klarer å svare deg på spørsmål eller klemme deg i hånden. 11. Dersom pasienten oppleves adekvat skåres han ikke. Dette kan være en feilvurdering. 12. Vanskelig å bruke når pasienten skal skjermes/ha ro. 13. Man oppdager at pasienten har delir når man prater med dem i forbindelse med skåringen. 14. Man forventer at pasientene skal gå inn i en uklar form / forvirringstilstand. 15. Vi forebygger delir automatisk ut fra gammel kunnskap. 16. Når man oppdager at pasienten har delir forsøker man å behandle bakenforliggende 	<p>Ulik erfaring med bruk av skåringsverktøyet.</p> <p>Utfordring med å bruke instrumentet er at pasientene er svært syke og at de er påvirket av medikamenter eller ligger på respirator.</p> <p>Kommunikasjonen blir vanskelig da de er smerte-lindret, sederte og ved at sykdommen påvirker dem til at de ikke kan gi adekvate tilbakemeldinger verken verbalt eller nonverbalt. Pasientene må være våkne og kunne gjøre rede for seg verbalt eller nonverbalt. RASS verdien står ikke i samsvar til om pasienten kan skåres, da brukerveiledningen sier at alle pasienter med en RASS på over -3 kan skåres.</p> <p>Sykepleierne opplever at når pasientene har en RASS skår på -2/-3 er det vanskelig å få dem til å samarbeide og det er usikkert om en kan stole på resultatet. Hvis pasienten er agitert +1/+3 er det også en utfordring å få pasienten til å samarbeide om oppgaven.</p> <p>Men alle respondentene synes at det er viktig å kartlegge om pasienten er delirisk, smertepåvirket, sedert for dypt eller deprimert for å ikke overbehandle.</p> <p>Sykepleierne trekker frem opplevelsen av at spørsmålene er dumme, og at de synes det er vanskelig å finne rett fremgangsmåte og rett tidspunkt for å skåre pasienten. Når man opplever at pasienten er adekvat i samtale skårer man dem ikke, da det kan oppleves ubehagelig både for pasient og intensivsykepleier. Dersom pasienten er forvirret og uklar i samtale, noe vi forventer, forsøker man ut fra erfaringer og tillært kunnskap å skjerme pasienten og gi han ro, samt behandle bakenforliggende årsaker.</p> <p>Bruken av verktøyet har sine svakheter, og</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikasjon med pasienten – en utfordring. 2. Viktig å kartlegge pasientens mentale status for å unngå overbehandling. 3. Sykepleiers opplevelse av å virke uerfaren og ufordragelig, ved å stille spørsmål som kan virke meningsløse og fornærme pasienten. 4. Gjennomføring av testen, er den god nok? 5. Bra å ha et verktøy, som kvalitetsskåring. 	<p>«Jeg opplever at det er bra å ha et verktøy, for hvordan skulle jeg ellers finne det ut....».</p> <p>«Jeg tenker at det bare er sånn i tiden, så er det jo mere og mere kontroll på en måte på hvordan ting gjøres og det går jo og på sikkerhet for pasienten tenker jeg. At alle skal gjøre likt. Så jeg tenker at det er bra. Da er det ikke sånn at du bestemmer selv hva du vil gjøre og ikke i forhold til en pasient da er det en standard du må følge da, og det tror jeg er bra. Kvalitetssikring.»</p> <p>«Det er jo kvalitetssikringsverktøy og andre som VAS og NRS, dokumenterer man jo helt automatisk».</p> <p>Det å kunne kommunisere med pasienten gjør det lettere å avdekke om pasienten har tegn til delir. Utfordringer med at pasientene er alvorlig syke, og kanskje respiratortrengende gjør at kartleggingen kan bli vanskelig, eller til og med umulig. Jeg opplever at RASS ikke automatisk henger sammen med at jeg kan skåre pasienten, da han kan være påvirket av sedasjon og smertestillende. Pasienten kan sågar ha en underliggende demens eller depresjon som er viktig å kartlegge i forbindelse med delirutredningen.</p> <p>«Men jeg har opplevd at det virker som pasienten er delirisk da han er motorisk urolig, men så svarer han adekvat på spørsmål».</p> <p>Min erfaring med kartleggingen er at det kan føles ubehagelig å utføre testen, da man er redd for å fornærme pasienten ved å virke ufordragelig eller uerfaren siden spørsmålene kan virke meningsløse. Når pasienten er</p>	<p>Mine respondenters erfaringer med bruk av skåringsverktøy er at det er vanskelig å avdekke delir hos en pasient som er kritisk syke eller skadde. Respondentene er usikre på om pasienter som får sedasjon og analgetika er reliable når man CAM skårer dem. De erfarer at RASS skår ikke henger sammen med om man kan forvente svar av pasienten eller ikke. Og enda vanskeligere erfarer respondentene det er når pasienten er respiratortrengende, å ikke kan kommunisere verbalt.</p> <p>Respondentene erfarer at det er godt å ha et verktøy å støtte seg til når de skal vurdere pasienten, slik at det ikke blir for mye synsing og mening fra sykepleiers side.</p> <p>Respondentene erfarer at legene tar dem mer seriøst når de kan fortelle at de har skåret pasienten i forkant av visitten.</p>
-------------------	---	--	---	--	---

	<p>årsaker.</p> <p>17. Pasienten kan godt klare KATAMAARAN testen, men det samsvarer ikke alltid med at de ikke har delir.</p> <p>18. Man oppdager at svarene ikke henger sammen med spørsmålene.</p> <p>19. Sykepleierne opplever spørsmålene som dumme.</p> <p>20. Sykepleierne opplever at de synes det er vanskelig å finne en fremgangsmåte.</p> <p>21. Instrumentet ikke alltid er korrekt. Pasienten kan ha delir selv om instrumentet sier noe annet.</p> <p>22. UVÅ brukes ofte.</p> <p>23. Lettere å skrive UÅV enn å gjennomføre testen.</p> <p>24. RASS verdien står ikke i samsvar til om pasienten kan skåres.</p> <p>25. Å stille spørsmålene når pasienten oppleves adekvat er en utfordring da den kan oppleves ubehagelig.</p> <p>26. At det er veldig lett å skyve unna oppgaven, når man ikke har lyst å gjøre den.</p> <p>27. Når testen er positiv ved et punkt en skal man gå videre, der svikter det. Ofte kommer vi ikke til pnkt 4-5.</p> <p>28. Instrumentet sier ingenting om hvilken type delir det er.</p> <p>29. Ingen leger eller intensivsykepleiere er opptatt av hvilken type delir pasienten har.</p> <p>30. Mixed delir er underdiagnostisert, da de kan virke negative på CAM ICU i det ene minuttet og positive ila den neste halvtimen.</p> <p>31. Det er en lett test som</p>	<p>det er ikke alltid respondentene opplever at utfallet er korrekt. Ved å spørre pasienten om han kan klemme i hånden hver gang han hører A i KATAMAARAN, gir ikke det et automatisk korrekt bilde av at han har delir dersom han ikke klarer dette. Dermed går man videre til test nummer 3 (spørsmål) og en opplever da at svarene ikke henger sammen med spørsmålene som blir stilt. Når testen er positiv rapporterer respondentene at sjeldent går videre i testen, til punkt 4 og 5 (visuelt).</p> <p>Hverken legene eller sykepleierne er opptatt av hvilken type delir pasienten har og instrumentet sier ikke noe om det. Det rapporteres om at hyperaktivt delir oppdages lett, hypoaktivt delir (stille delir) oppdages i sjeldne tilfeller og at mixed-delir (blandingsdelir) er underdiagnostisert da en må se på dokumentasjon for å se trender om pasientene går ut og inn av delir. Dette kan være vanskelig da mange tar letteste utvei og bare dokumenterer UÅV (umulig å vurdere) fremfor å reelt skåre pasienten, selv om RASS tilsier at pasienten kunne vært skårt.</p> <p>Respondentene erfarer at det er bra å ha et verktøy da de mener det er kvalitetssikring. Og etter innføring av et skåringssystem, er det flere av delirene som blir oppdaget, også de stille delirene som før gikk under radaren. Testen koster ikke å bruke, og når man har gjort det noen ganger, går testingen av seg selv.</p>		<p>sedert og/eller smerte lindret slik at de sover, er erfaringene mine at det kan være lettere å dokumentere UÅV i kurven enn å forstyrre pasienten. På bakgrunn av tidligere erfaring og kunnskap om at pasienter trenger ro og hvile for å ikke utvikle delir eller et ønske om å ikke forstyrre pasienten da vi likevel ikke har noen dokumentert behandlingsstrategi.</p> <p><i>«Det er ikke noe klar behandlingslinje, medisinerer på hva man gir dem»</i></p> <p><i>«Hvis de ligger i grenseland mellom søvning og det ser ut som de sover og de er liksom rolige og samtidig kan de ligge og alt er heilt kaos.....»</i></p> <p>Når testen skal gjennomføre opplever jeg at vi aldri kommer gjennom den, vi dropper gjerne å undersøke noen punkter og likevel kommer vi frem til at pasienten har en positiv eller negativ skår.</p> <p><i>«Jeg har jo forstått at vi bare bruker en del av cam icu, det er jo noen bilder som kan brukes, men de bruker ikke vi, vi har jo på en ,måte tilpasset det til avdelingen».</i></p> <p>Jeg opplever ikke at vi eller legene har fokus på hvilken form for delir pasienten har, men jeg erfarer at vi oppdager flere delir som gikk under radaren da vi ikke hadde et verktøy som kunne hjelpe oss.</p> <p><i>«En må ha grunnkunnskap om de andre sykdommene, det er ikke et verktøy som sier ja eller nei til hvilken type delir pasienten har».</i></p> <p><i>«Da pårørende kom opplevde de at han vippet litt over, at det kan ha blitt for mye for han. Det</i></p>	
--	--	--	--	--	--

	<p>ikke koster å bruke.</p> <p>32. Godt å ha et verktøy, hvordan skal man ellers finne ut av det?</p> <p>33. Får tak på de deliriske pasientene med bruk av verktøyet.</p> <p>34. Når man har gjort det noen ganger, går det av seg selv.</p> <p>35. Man opplever flere delir nå enn tidligere, når skåringen er satt i system.</p> <p>36. En kvalitetssikring på at pasienten får den behandlingen han trenger.</p>			<p><i>opplevde jeg at han ble såpass agitert at det var vanskelig å gå videre med å bruke scoringsverktøyet».</i></p> <p><i>«Det er det som er med verktøy at hvis det kan brukes riktig og forstås riktig så er jo det et bra utgangspunkt».</i></p> <p><i>«Hvis alle bruker det og alle bruker det likt vil det jo være veldig anvendelig».</i></p> <p><i>«Det er jo ikke noe problem å stille spørsmål til en som er riv ruskende gal. Det å stille spørsmål til en som er adekvat føles feil og det byr meg rett og slett litt imot å gjøre det når man tror de er adekvate».</i></p> <p>Gullsitater</p> <p><i>«Jeg opplever at det er bra, men jeg opplever at det er mer nyttige for dem som er nye og ikke har det kliniske blikket og det man automatisk, men for det at når man kommer dit har vi allerede tatt en vurdering før du kommer til det skjemaet»</i></p> <p><i>«Men disse stille, det er litt vanskelig og bedømmer om pasienten bare er deprimert, eller slapp og medtatt fordi kroppen ikke orker mer».</i></p> <p><i>«du trenger kanskje nødvendigvis ikke være delirisk for å bli litt aggressiv litt sånn utålmodig og frustrert»</i></p> <p><i>«Men vi forventer oss på en måte at pasienten kan få delir og det er bare sånn livet er (ler), så vi tenker ikke så mye på følgene tror jeg».</i></p>	
--	--	--	--	--	--

				<p><i>«Hvis det ikke er observert noe endring så behøver man ikke gjøre noe. Hvis ikke det er fluktuerende bevissthet eller endring i bevissthetsnivået behøver man ikke ta testen. Det er jo kun hvis det er noe endring jeg tar KATAMARAAN da».</i></p> <p><i>«Men nå har vi begynt å bruke mere sånn oppmerksomhetstest, at vi sier det. At nå skal vi prøve en sånn oppmerksomhetstest og det er egentlig litt greit synes jeg».</i></p> <p><i>«God undervisning er viktig tror jeg, at man på en måte skjønner nytten av det og så noen følger opp også på en måte at du blir tvunget til det. At det holdes på dagsorden, at det fokuseres på, om vi er flinke til å gjøre det eller ikke. Fokus egentlig».</i></p>	
--	--	--	--	---	--