

MASTEROPPGAVE I INTENSIVSYKEPLEIE

MINT5900

15 november 2017

Arbeider intensivsykepleiere kunnskapsbasert?

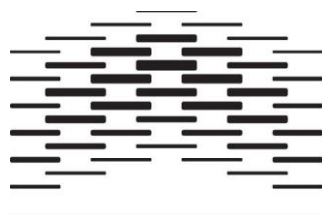
En klinisk audit av intensivsykepleiernes funksjon og ansvar ved daglig sedasjonsstopp.

Christine Hardie Arstad Bjerke

Kari Haaland Sygnestveit

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

I forbindelse med vår videreutdanning i intensivsykepleie opplevde vi i praksis at retningslinjen for DSS ikke ble konsekvent brukt i daglig arbeid. Vi undret oss over hvor mange som faktisk benyttet seg av retningslinjen, og på bakgrunn av vår erfaring ønsket vi å gjøre en klinisk audit for å kontrollere om retningslinje for DSS ble brukt.

Det har vært en lærerik og krevende prosess å skrive denne masteroppgaven. Vi ønsker å takke vår veileder Anne Eikeland for å ha støttet oss underveis, vært vår klippe når vi har følt at alt har rast sammen, og for å motivere oss videre på veien. Tusen takk for at du har tatt deg tid til å veilede oss og gi oss tilbakemeldinger.

En takk rettes også til Anestesiavdelingen ved Akershus Universitetssykehus ledet av Vegard Dahl, og seksjonsleder Jon Sverre Holten ved Postoperativ og seksjonsleder Karin Bakken ved Intensiv som respektive arbeidsgivere med tilrettelegging av våre arbeidsforhold.

Vi er to gode kollegaer, venner og medstudenter som har gjennomført denne masteroppgaven. Vi har lært hverandre å kjenne på nye måter og vi føler vi er på et helt annet nivå i dag. Vi står sterkt sammen og gir hverandre skryt og et klapp på skulderen for arbeidet vi har gjennomført. Det er krevende å jobbe 100% som nyutdannet intensivsykepleier i tredelt turnus, være småbarnsmor, kjæreste, kone, student, venninne, nabo og medmenneske. Vi har ikke klart noe av dette fullt ut det siste året, og gleder oss til å komme tilbake i ny versjon nå.

Tusen takk til våre bedre halvdeler Andreas Beck og André Haaland for å tålmodig ha stilt opp, hørt på all vår frustrasjon og sittet lørdagskvelder alene foran tv-en mens vi har sittet foran pc-en, mumlende om klinisk audit. Tusen takk til våre tålmodige barn som har holdt ut med det langvarige og omfattende skolearbeidet til mor. Vi gleder oss til å være fullt tilstede ved deres skolearbeid fra nå av.

Vi vil også rette en takk til øvrig familie og venner for å være tålmodige med oss, gjøre korrekturlesing og for støtten vi har fått. Dere har gitt oss motivasjon til å nå målet om å fullføre mastergraden.

Sammendrag

Bakgrunn: Gjennomføring av daglig sedasjonsstopp (DSS) er en del av intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Ved bruk av retningslinje for DSS sikrer man likt og best faglig grunnlag for behandling av alle pasienter som er aktuelle for DSS. Konsekvensen ved å ikke bruke retningslinjen for DSS kan være forlenget respiratorbehandling, liggetid i intensivavdeling og risiko for komplikasjoner hos pasienten. (Kress et.al, 2000)

Hensikt: Hensikten med masteroppgaven er gjennom kvalitetskontroll å undersøke om retningslinjen for DSS blir brukt. « Klinisk retningslinje for daglig sedasjonsstopp» angår intensivsykepleierens funksjon og ansvar gjennom behandling og rehabilitering av intensivpasienten for å forebygge komplikasjoner og forbedre pasientens funksjonsnivå. Denne kliniske audit er kunnskapsbasert og bygger på forsknings-, erfarings-, og pasientkunnskap.

Problemstilling: Arbeider intensivsykepleiere kunnskapsbasert? En klinisk audit av intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved daglig sedasjonsstopp.

Metode: Det er brukt klinisk audit som metode, med en kvantitativ datainnsamling. Oppgaven er fundamentert på modell for kvalitetsutvikling på overordnet nivå (makronivå) og klinisk audit som metode for evaluering av praksis (på mikronivå).

Resultater: Data fra januar 2016 og desember 2016 viser at DSS er gjennomført på 11 av 59 inkluderte pasienter, og tilsvarer kun 18,64 % av definert standard på 100%.

Konklusjon: Konklusjonen er at DSS i de fleste tilfeller ikke har blitt gjennomført, noe som strider imot retningslinjen. Dette er heller ikke i tråd med anbefalingene fra forskningslitteraturen og kan medføre svekket kvalitet i behandling og pasientsikkerhet.

Nøkkelord: Daglig sedasjonsstopp, klinisk audit, kvalitetsforbedring, kvalitetskontroll, intensivsykepleier.

Abstract

Background: Implementation of daily sedation interruption (DSI) is part of the Intensive Care Nurse's function and responsibility. The DSI Guideline ensures the equal and best scientific basis for treatment of all patients who benefit from DSI. The consequences of not applying the DSI Guideline could be: prolonged respiratory treatment; prolonged length of stay in the intensive care unit; and risk of complications for the patient. (Kress et.al, 2000)

Aim: The aim of this master's thesis is to verify the application of the DSI Guideline through quality control. The study of the "Clinical Guideline for Daily Sedation Interruption" encompasses the Intensive Care Nurse's direct function and responsibility towards the patient through their treatment and rehabilitation, in order to prevent complications and improve the patient's functional level. This clinical audit is evidence-based and draws from academic and empirical research, as well as patient knowledge.

Research Question: Is the work of Intensive Care Nurses evidence-based? A Clinical Audit of Intensive Care Nurses' function and responsibility for daily sedation interruption.

Methodology: The methodology is comprised of a Clinical Audit with quantitative data collection. The Thesis is based on the model for quality development at the general (macro) level, and uses clinical audit as a method for evaluating the practice (at micro level).

Results: Data from January 2016 and December 2016 shows that DSI was completed on 11 of the enrolled 59 patients, which is equivalent to only 18,64%, out of the defined standard of 100%.

Conclusion: The conclusion is that intensive care nurses haven't done what they should do. DSI is not conducted according to the guideline. This is not in line with the recommendations from the research literature. This could lead to impaired quality of care and patient safety

Keywords: Daily sedation interruption, clinical audit, quality improvement, quality control, intensive care nurse.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
1.0 Innledning	6
1.1 Hensikt og problemstilling	8
1.2 Avgrensning.....	8
1.3 Oppgavens oppbygning	9
2.0 Sedasjonsstopp	10
2.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for DSS.....	12
3.0 Kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll	14
3.1 Modell for kvalitetsforbedring	17
3.2 Klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode.....	18
3.2.1 Identifiser forbedringsområde.....	21
3.2.2 Sett kriterier og standard	22
3.2.3 Kartlegg praksis	24
3.2.4 Sammenlign praksis mot kriterier og standard	26
3.2.5 Iverksett tiltak og gjør ny kartlegging	27
3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid	28
4.0 Identifisere forbedringsområde	30
4.1 Kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon	30
4.1.1 Forskningskunnskap	30
4.1.2 Erfaringskunnskap	41
4.1.3 Pasientkunnskap	42
4.1.4 Kildekritikk.....	43
5.0 Sett kriterier og standard	45
5.1 Kvalitetsindikatorer	45
6.0 Kartlegg praksis	47
6.1 Utvalg	47
6.1.1 Inklusjonskriterier	48
6.1.2 Eksklusjonskriterier	48
6.2 Datainnsamlingsmetode og variable	48
6.3 Analyse av data.....	50
6.4 Resultat.....	50
7.0 Sammenlign praksis mot kriterier og standard.....	55

7.1 Iverksett tiltak og gjør ny kartlegging.....	58
7.2 Styrker og svakheter ved studien	60
7.3 Etiske overveielser	62
7.3.1 Intensivsykepleiernes holdning til kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll	66
7.3.2 Ikke skade - velgjørenhetsprinsippet.....	68
7.3.3 Rettferdighetsprinsippet	69
8.0 Konklusjon	71
Litteraturliste.....	72
Vedlegg 1	87
Vedlegg 2	91
Vedlegg 3	92
Vedlegg 4	94
Vedlegg 5	97
Vedlegg 6	98
Vedlegg 7	102

1.0 Innledning

Helsedepartementet sier i Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013, s.9) at det er behov for mer kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten, og regjeringen har i Stortingsmeldingen lagt føringer for at det skal legges større vekt på arbeid med kvalitetsforbedring på alle nivåer i helse og omsorgstjenesten. Kvalitetsarbeid er å sikre god kvalitet på helsetjenestene og omfatter forbedring og fagutvikling i kontinuerlig prosess hvor man jevnlig vurderer kvalitet på helsehjelpen.

Kvalitetssikring er alle nødvendige planlagte og systematiske tiltak for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste tilfredsstiller angitte krav til kvalitet. (Stubberud, 2015).

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar innebærer å jobbe kunnskapsbasert og utføre kvalitetsarbeid. Det er viktig å benytte de retningslinjer og prosedyrer som eksisterer i praksis så alle pasienter får lik behandling. (Stubberud, 2015).

Intensivsykepleieren skal gi korrekt og kompetent behandling av pasienten, samt unngå komplikasjoner og eventuelt feilbehandling basert på manglende kunnskap. Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) og funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002) sier at intensivsykepleiere er forpliktet til å utføre kvalitetsarbeid. Dette innebærer også å gjøre kvalitetskontroll av de retningslinjer som ligger til grunn for utøvelse av praksis.

Arbeidet med daglig sedasjonsstopp (DSS) angår intensivsykepleierens direkte pasientrettede funksjon og ansvar gjennom behandling, lindring og rehabilitering av pasienten for å forebygge komplikasjoner og forbedre pasientens funksjonsnivå. Intensivsykepleierens sekundærforebyggende funksjon innebærer bruk av DSS, mens tertiærforebyggende funksjon innebærer for eksempel forebygging av ventilator assistert pneumoni (VAP) ved redusert varighet av respiratorbehandling. DSS innebærer å avbryte sedasjonen en kort stund, forutsatt at det benyttes sedativa med kort halveringstid. Hensikt med DSS er å muliggjøre kommunikasjon med pasienten, undersøke bevissthetsnivå, øke egeninnsats ved respirasjon, mobilisering av slim og mentalt at pasienten husker mer (Stubberud, 2015).

Sosial og Helsedirektoratets veileder (2005-2015) ”...Og bedre skal det bli”, beskriver at målet for helsetjenesten er å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen og undersøke om det som gjøres faktisk bidrar til å nå fastsatte mål.

Forfatterens observasjoner i praksis medvirket til at denne masteroppgaven ble igangsatt. “Retningslinjer for analgesi, sedasjon og antideliriumterapi til respiratorpasienter (voksen)” (Vedlegg 1) gjelder for alle leger og sykepleiere i avdelingen. Det eksisterer en god retningslinje for gjennomføring av DSS i avdelingen. Intensivsykepleierne er pålagt å følge denne, men det ble erfart i praksis at den ikke er konsekvent i bruk og det var varierende holdninger til bruk av retningslinjen. Enkelte intensivsykepleiere tilstrebet å følge retningslinjen daglig, men fortalte at det kunne være vanskelig å få til i praksis på grunn av prosedyrer, lite personale, tidspress, eller ubehag hos pasienten. Dette førte til nysgjerrighet fra forfatterens side om å kartlegge bruk av retningslinjen i avdelingen. Pasienter som er aktuelle for DSS er i henhold til retningslinjen pasienter som respiratorbehandles og får sedasjon, med en RASS score på -2 til -5. DSS skal vurderes av pasientansvarlig lege. DSS er i henhold til retningslinjen kontraindisert ved kramper / alkoholabstinens, økte doser sedasjon pga uro siste 12 timer, tegn til myocardiischemi i løpet av siste døgn og legeordinasjon. Avdelingen hadde i 2016 et forbedringsarbeid på utvalgte risikoparametre. (Vedlegg 7) Risikoparametrene var DSS, spontaneous breathing trial (SBT) og sentrale katetere, som ble registrert hver vakt. I denne auditen er det ikke fokusert videre på avdelingens arbeid.

Gjennomføring av DSS er en del av intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Bruk av retningslinje for DSS sikrer likt og best faglig grunnlag for behandling av alle pasienter aktuelle for DSS. Konsekvensen ved å ikke følge retningslinjen for DSS kan være forlenget respiratorbehandling, liggetid i intensivavdeling og risiko for komplikasjoner som for eksempel VAP hos pasienten og i verste fall dødelig utfall (Kress et .al, 2000). Dette kan medføre forringet kvalitet på helsetjenesten. Metha et.al (2012) sier at kritisk syke avvennes fra respirator raskere og har mindre risiko for utvikling av delirium ved systematisk bruk av DSS. Videre viser Fuchs, Bellamy, Parsons, Avidan, & Finlay (2016) til kortere tid på respirator, redusert opphold i intensivavdeling og kortere liggetid.

Masteroppgaven er strukturert på makronivå gjennom kvalitetsarbeid i form av kvalitetskontroll, og på mikronivå er metoden klinisk audit benyttet. Det er benyttet

kvantitativ datainnsamlingsmetode, gjort retrospektivt. Klinisk audit brukes internasjonalt som evaluerings- og kvalitetsforbedringsmetode. Hensikten er å måle kvalitet i praksis systematisk og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre praksis. (Nortvedt et.al 2013, s.178) I “...Og bedre skal det bli” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) kommer det frem at det er viktig med fokus på kunnskap og kompetanse i forbedringsarbeid i utdanningsinstitusjonene, og evaluering av tjenestene i form av å måle, vurdere og følge opp.

Som masterstudenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus har forfatterne tilegnet seg kompetanse til å vite hvordan en kan bidra til å gjøre kvaliteten i yrkesutførelsen bedre. Denne masteroppgaven skal ved kvalitetskontroll forsøke å gi svar på hvorvidt intensivsykepleiere i en valgt intensivavdeling benytter retningslinje for daglig sedasjonsstopp. Dersom data viser diskrepans mellom praksis og standard vil det foreslås tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Intensivsykepleiere er i NSF’s funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere pålagt å sikre at pasientens behandling foregår innenfor gitte faglige, etiske og juridiske retningslinjer (NSFLIS, 2002). Det er med på å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med prosjektet er å kvalitetssikre praksis i avdelingen som er valgt for prosjektet slik at intensivpasienter kan få redusert liggetid, færre respiratordøgn og redusert bruk av kontinuerlig sedasjon. Definerert problemstilling er;

Arbeider intensivsykepleiere kunnskapsbasert? Klinisk audit av intensivsykepleiernes funksjon og ansvar ved daglig sedasjonsstopp.

Gjennom klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode er følgende kartlagt;

Bli retningslinje for DSS fulgt?

1.2 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang er oppgaven avgrenset til å fokusere på daglig sedasjonsstopp. Pasientgruppen er intensivpasienter aktuelle for DSS i henhold til retningslinjen. På grunn av

oppgavens rammer, er det ikke gått i dybden i forhold til analgesi, sedasjon og antideliriumterapi.

Fokuset er intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved bruk av retningslinje for DSS. Det er samlet data retrospektivt da dette er anbefalt ved kvalitetskontroll. (National Institute for Health and care Excellence, 2002) Det er benyttet et kvantitativt forskningsdesign for innsamling av data, ved hjelp av tall hentet av avdeling for datafangst, fra Metavision - elektronisk kurve. Gjennomføring av datainnsamling omtales i kapittel 6.

Ved dette prosjektet gjennomføres de fire første trinnene i en klinisk audit sirkel, siste trinn blir ikke gjennomført da dette er begrenset i masteroppgavens omfang. Dette er et kvalitetsarbeid i form av kvalitetskontroll, hvor det er benyttet deskriptiv statistikk for å få tallfestet hvorvidt retningslinjen benyttes. Resultatet presenteres i kapittel 6.4. Hensikten er å gjøre et kvalitetsarbeid og kontrollere om retningslinjen brukes, ikke endre retningslinjen.

1.3 Oppgavens oppbygning

Dette er en masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og det følges gitte retningslinjer for oppgaven. Prosjektet er strukturert på makronivå gjennom kvalitetsarbeid i form av kvalitetskontroll, og på mikronivå er metoden klinisk audit benyttet. Ifølge Nortvedt et.al (2013, s.178) er klinisk audit og modell for kvalitetsforbedring en god metode for å måle kvalitet i praksis og derfor en egnet modell å bruke for å få svar på om retningslinje for DSS blir brukt. Det presenteres relevant teori om temaet daglig sedasjonsstopp, klinisk audit, litteratursøk og funn, begrunnet utifra forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar danner grunnlaget sammen med ovennevnte for oppgaven. Deretter presenteres benyttet metode og datainnsamling. Til sist er det drøftet og konkludert i henhold til funn.

2.0 Sedasjonsstopp

Dette kapitlet omtaler sedasjonsstopp og RASS for å gi et innblikk i hva det innebærer. DSS innebærer å avbryte sedasjonen en kort stund, forutsatt at det benyttes sedativa med kort halveringstid. Hensikten er å muliggjøre kommunikasjon med pasienten, undersøke bevissthetsnivå, øke egeninnsats ved respirasjon, mobilisering av slim og at pasienten husker mer (Stubberud, 2015). “Sedasjon er en medikamentelt fremkalt tilstand som spenner fra døsighet / lett søvn til relativt dyp søvn.” (Stubberud, 2015. s.203). Sedasjon betyr å gi medikamenter som fremkaller søvn, og redusere irritabilitet og angst hos pasienten. Formålet med å gi sedasjon er at pasienten skal tolerere intensivbehandlingen (Storsveen, 2010).

Retningslinjen (vedlegg 1) det er tatt utgangspunkt i er gjeldende for leger og sykepleiere i intensivavdelingen. Det skal sikres god smertelindring før man supplerer med ønsket sedasjon. For å hindre oversedering skal det utføres DSS. Sedasjonsstopp avtales daglig med pasientansvarlig lege, da det er legens oppgave å ordinere om det skal utføres DSS eller ikke. Intensivsykepleieren skal utføre DSS og gjøre observasjoner knyttet til prosedyren. Infusjon av sedering skal stoppes klokken 07:00, inntil pasienten er våken (RASS - 2), blir agitert eller viser tydelig tegn på ubehag som tubeirritasjon og lite samarbeid med respirator. I praksis blir ikke DSS konsekvent gjennomført klokken 07:00, da dette er ugunstig tidspunkt rett før vaktskiftet, og det er ikke gjennomført legevisitt så tidlig. Ofte blir DSS gjort i løpet av dagvakt. Deretter startes sedering ved behov i halvert hastighet, eller etter legeordinasjon. DSS er kontraindisert ved; sedasjon pga kramper/alkoholabstinenser, økende doser sedasjon pga uro i løpet av siste 12 timer, tegn til myocardischemi i løpet av siste døgn og legeordinasjon.

Utfordringene for intensivsykepleieren ved å gjennomføre DSS kan være mer tilstedeværelse ved pasientsengen og tidkrevende arbeid (Sneyers et.al, 2017). En våken, eventuelt døs pasient kan kreve mer tilstedeværelse for å unngå fare for autoseponering av endotrakealtube eller invasivt utstyr i forhold til en dypt sedert pasient, hvor faren er mindre. Miller et.al (2012) undersøkte barrierene for å benytte DSS. De fant bred enighet blant personalgruppene de intervjuet at DSS var viktig. Miller et. al (2012) fant at grunner for å utføre DSS var blant annet; å redusere medikamentdosen, gjøre nevrologiske undersøkelser, starte respiratoravvenning, vurdere smertenivå og redusere varigheten av intensivoppholdet. Miller

et.al (2012) kom frem til at det er nødvendig med god kunnskap om DSS for å forstå hensikten med prosedyren. I følge Hughes, Pandharipande & Girard (2015) vil kritisk syke pasienter jevnlig oppleve smerte, agitasjon og delirium. Dette kan raskt håndteres med sederende og analgetiske medikamenter. Intensivpasienter kan i forbindelse med akutt sykdom bli oversedert utilsiktet på grunn av bivirkninger av andre nødvendige medikamenter, væsketilskudd eller generelle oppfatninger om at pasientens velvære krever dypere sedasjonsnivå (Hughes et. al, 2015). Det påpekes videre av Hughes et. al (2015) at det er etterhvert godt dokumentert at dyp sedering er skadelig og øker risiko for infeksjon, delirium, død og forlenger respiratortid og opphold i intensivavdelingen. Det underliggende prinsippet for sedasjon er at den beste kilden til vurdering av sedasjonsnivå er pasienten selv. Ved gjennomføring av DSS blir pasienten observert for symptomer som indikerer hvorvidt pasienten trenger sedering eller ikke. Alternativt er det et mål å tilstrebe at pasienten i hovedsak er lett sedert. Bruk av validerte sedasjonsverktøy, som for eksempel Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) kan bidra til å oppnå det. Nøkkelen til suksess med DSS er å unngå dyp sedering ved å redusere mengden sedasjon. (Hughes et. al, 2015). Det er i hovedsak enighet om at leger og sykepleiere trenger felles redskaper for bedømming av sedasjonsnivå. (Gulbrandsen, 2015)

I avdelingen retningslinjen gjelder, benyttes RASS for vurdering av sedasjonsnivå. Dette gjøres ved hjelp av en 10 punkts skala, med fire nivåer av angst eller agitasjon +1 til +4. Et nivå for å beskrive tilstanden rolig og våken, og 5 nivåer av sedasjon. -1 som er ikke helt våken, men klarer å holde seg våken på tiltale i mer enn 10 sekunder, til -5 som er umulig å vekke (Sessler et. al, 2002).

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	Hyppe bevegelser uten formål, slåss mot respirator
+1	Rastløs	Engstelig eller urolig, men bevegelsene ikke aggressive
0	Våken og rolig	
-1	Døsig	Ikke helt våken, men kan holde seg våken (åpner øynene/øyekontakt) på tiltale (≥ 10 sekunder)
-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
-5	Ikke vekkbare	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering

Figur 1. (Helsebiblioteket, 2013)

Det ligger i intensivsykepleierens funksjon og ansvar å gjennomføre DSS i henhold til retningslinjen. Det skal utføres DSS på alle pasienter med RASS -2 til -5, så lenge det ikke er kontraindisert. Konsekvens for pasientene ved manglende utført DSS er oversedering, forlenget respiratorbehandling og lenger opphold på intensiv. (Kress et.al, 2000)

2.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for DSS

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar styres av faglige, etiske og juridiske retningslinjer som lov om helsepersonell, lov om spesialisthelsetjenesten, lov om pasient- og brukerrettigheter, yrkesetiske retningslinjer og funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar innebærer å yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter i alle aldre. (Stubberud, 2015).

Å utføre DSS hos intensivpasienten innebærer sekundærforebyggende og tertiærforebyggende intervensjon. Intensivsykepleieren skal observere, vurdere og identifisere pasientens vitale funksjoner og grunnleggende behov, overvåke pasientens tilstand kontinuerlig, planlegge og prioritere intervensjoner, handle kompetent i akutte og problematiske situasjoner og sikre kontinuitet i pasientens behandling. Videre innebærer sekundærforebyggende intervensjon for intensivsykepleieren å forhindre komplikasjoner relatert til pasientens sykdom eller skade,

ved undersøkelser og behandling og forhindre at det oppstår nye helseproblemer. (Stubberud, 2015). Dette innebærer å redusere faren for komplikasjoner ved langvarig respiratorbehandling som for eksempel å utføre munnstell for å hindre utvikling av VAP.

Intensivsykepleieren må i samarbeid med behandlende lege avgjøre om pasienten er kandidat for DSS. Dette bestemmes vanligvis under legevisitt og vurderes utifra pasientens tilstand, forventet varighet av respiratorbehandling, og eventuelle planlagte prosedyrer eller undersøkelser. Intensivsykepleieren skal administrere DSS etter legens ordinasjon og retningslinje for DSS, i dette ligger vurdering av bevissthetsnivå og å muliggjøre kommunikasjon med pasienten.

I tertiærforebygging ligger et ansvar hos intensivsykepleieren for å unngå komplikasjoner som oversedasjon. Dette krever kunnskap om hvilke komplikasjoner som kan oppstå, nøye vurdering og overvåking av pasienten og kontroll av utstyr og legemidler. Alt dette henger sammen med rehabiliterende funksjon, som innebærer at intensivsykepleieren tenker helhetlig i behandlingen og ser alle behovene til pasienten.

Ifølge Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (2002) skal intensivsykepleieren anvende og beherske avansert medisinsk utstyr og sikre at utstyret brukes forsvarlig og hensiktsmessig for pasienten. Videre skal intensivsykepleieren handle forsvarlig innenfor eget kompetanseområde. Dette innebærer at intensivsykepleieren har tilfredsstillende kunnskap om DSS, både hvordan man utfører DSS, håndtering av utstyr som sprøytepumper som benyttes til å gi sedasjonsmedikamenter, bruke respirator i forhold til observasjon av pasientens eventuelle egenrespirasjon og utføring av sugesykepleie i endotrakeal tube eller tracheostomi ved mobilisering av ekspektorat. Intensivsykepleieren må også ha kunnskap om hva som skal observeres som for eksempel pasientens bevissthetsnivå, tegn til smerte eller ubehag, endringer på respirator og endringer i fysiologiske parametre som overvåkes, eksempelvis hjerterytme og blodtrykk.

3.0 Kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll

I dette kapittelet presenteres kvalitetsarbeid, kvalitetskontroll og klinisk audit som metode. Klinisk audit er definert som et kvalitetsarbeid, herunder kvalitetskontroll. Formålet er å finne ut om intensivsykepleiere benytter retningslinjen for DSS.

Kvalitetsarbeid er å sikre god kvalitet på helsetjenestene og omfatter forbedring og fagutvikling i kontinuerlig prosess hvor man jevnlig vurderer kvalitet på helsehjelpen. Kvalitetssikring er alle nødvendige planlagte og systematiske tiltak for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste tilfredsstillende angitte krav til kvalitet. (Stubberud, 2015).

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005- 2015) "... Og bedre skal det bli, defineres kvalitet slik: Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav. (s. 11). Videre står det at for sosial- og helsetjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene er blant annet virkningsfulle - at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Dette innebærer at faglige avveininger og beslutninger skal bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Retningslinje for DSS er utformet på relevant og oppdatert forskningskunnskap, og om den ikke benyttes vet man ikke om behandlingen er av tilfredsstillende kvalitet. Dette kan påvirke kvalitet i intensivbehandlingen og medføre flere liggedøgn, gi økt fare for komplikasjoner, og få økonomiske konsekvenser. (Dotsson, 2010).

Kvalitetskontroll innebærer å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. Dette skjer ved hjelp av kvalitetsindikatorer - målbare størrelser for å sammenligne den faglige standard i helsetjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn på kvalitet og sier noe om kvaliteten på området som måles. (Helsedirektoratet, 2014). For at kvalitetsindikatorer skal være troverdige og nyttige for målgruppene, må de være gyldige, pålitelige, anvendbare og gjennomførbare. (Kunnskapssenteret.no, 2008). Kvalitetsindikatorer må være gjennomgående slik at nasjonale indikatorer kan benyttes på lokalt nivå. I Norge eksisterer det flere definerte nasjonale kvalitetsindikatorer utarbeidet av Helsedirektoratet. Disse omhandler ikke intensivbehandling direkte, men det finnes flere kvalitetsindikatorer innenfor somatiske helsetjenester, som postoperative sårkomplikasjoner, og kreftbehandling. Kvalitetsindikatorer er nødvendig for å kunne måle om en retningslinje fører til ønsket

endring i praksis. (Stortingsmelding nr. 10, s.98. 2012-2013). Kvalitetsindikatorer for dette prosjektet er nærmere belyst i kapittel 4.

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. (Helse - og omsorgstjenesteloven, 2011). Intensivsykepleierne er i lovverk og funksjonsbeskrivelse pålagt å tilstrebe best mulig behandling for intensivpasienten. Kunnskap fra forskning og praksis må benyttes slik at den er til støtte for alle beslutningsprosesser i tjenesten. For at slik kunnskap skal brukes, må den være basert på åpne og lett tilgjengelige kunnskapsbaser bygd på pålitelige og gyldige forskningsresultater. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) For eksempel i retningslinjer og fagprosedyrer som er lette å finne.

Forbedring eller fagutvikling er en kontinuerlig prosess der man hele tiden vurderer de aktivitetene som påvirker kvaliteten av helsehjelp, for å heve kvaliteten. Man skal ikke utvikle nye teoretiske kunnskaper, men omsette eksisterende kunnskap til praksis. Det innebærer å innføre nye eller forbedrede prosesser, systemer og tjenester, basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap. (Stubberud, 2015). Dette kalles kunnskapsbasert praksis.

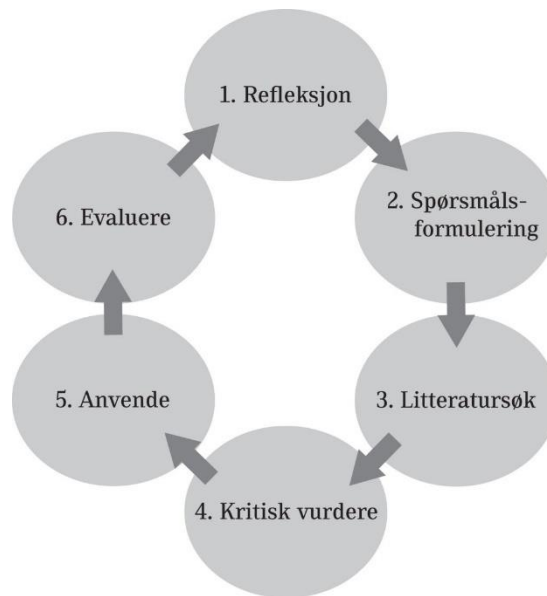


Figur 2. Kunnskapsbasert praksis. (Helsebiblioteket.no, 2016)

For å styrke valg av forbedringsområde er det gjort flere litteratursøk og søkt etter forskning om DSS, fordeler og ulemper med DSS. Erfaringskunnskap i dette prosjektet omhandler observasjon av varierende etterfølgelse av retningslinje for DSS. Bruerkunnskap, også kalt pasientkunnskap, innebærer i dette prosjektet hvilke konsekvenser bruk av DSS har for

intensivpasienten. Prosjektets grunnlag fra forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap utdypes i kapittel 4.1.

Formålet med kunnskapsbasert praksis (KBP) er å styrke beslutningsgrunnlaget og bevisstgjøre hvor man henter kunnskap fra. (Helsebiblioteket.no, 2017) KBP er en prosess i seks trinn. De seks trinnene i KBP er en prosess fra refleksjon over egen praksis og formulering av spørsmål, til velinformerte beslutninger basert på relevant kunnskap. Dette innebærer å være bevisst hvor man henter kunnskapen fra samt kritisk vurdere kildene.



Figur 3. Trinnene i KBP. (Helsebiblioteket.no, 2017)

Disse trinnene kan sammenlignes med hvert trinn i klinisk audit, og modell for kvalitetsforbedring. Systematisk dokumentasjon av erfaringer og resultat er påkrevd for å ivareta systematisk kvalitetsvurdering og forbedring. (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). For å få en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste er det blant annet nødvendig med utdanning, kompetanseutvikling og forskning (Stortingsmelding nr. 16, 2011-2015).

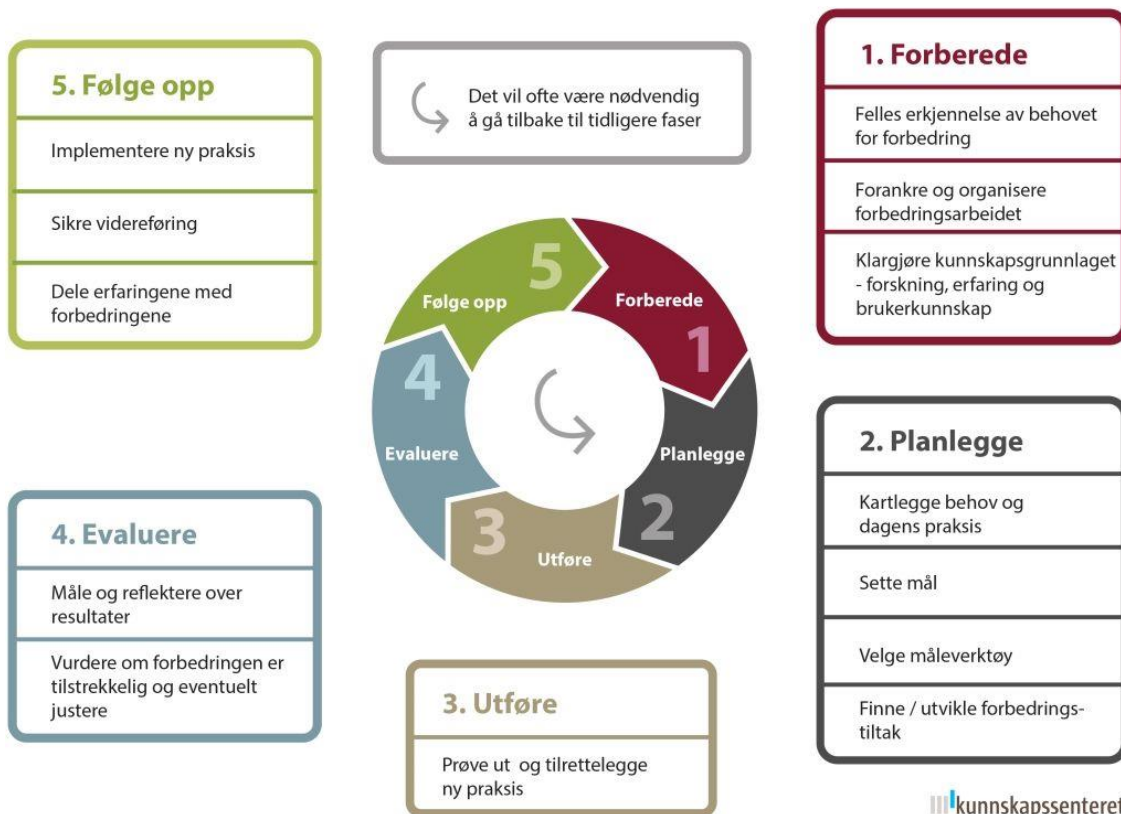
Under videreutdanning i intensivsykepleie har forfatterne opparbeidet kunnskap om relevant forskning og kvalitetsarbeid, herunder kvalitetskontroll knyttet til intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder, denne kunnskapen inngår som en del av erfaringskunnskapen benyttet i masteroppgaven. (Programplan for Mastergradsstudium i intensivsykepleie, 2015). Videre står det i Stortingsmelding nr. 16 (2011-2015) at kvalitetsforbedringsarbeid skal være integrert i ordinær virksomhet. Ledelsen må ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhetsnivå

i virksomheten, og bruke resultatene til iverksetting av tiltak og følge opp dette for å oppnå systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. (Stortingsmelding nr. 16 2011-2015). Det poengteres også i litteraturen som er funnet at forankring hos ledelsen er sterkt anbefalt. I dette prosjektet har det ikke vært aktuelt med forankring hos ledelsen sett i lys av oppgavens omfang, men ved en eventuell gjennomføring av trinn 5 i klinisk audit knyttet til dette prosjektet vil det være nødvendig med forankring hos ledelsen.

3.1 Modell for kvalitetsforbedring

Ved utføring av kvalitetsarbeid vil prosjektet på makronivå være overordnet organisert av modell for kvalitetsforbedring. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har utviklet Modell for kvalitetsforbedring, basert på Demings sirkel. Modell for kvalitetsforbedring deles i fem faser, hvor hver består av ulike trinn. (Helsebiblioteket, 2016).

Sirkelen på bildet illustrerer forbedringsarbeidet som en kontinuerlig prosess. Selv om pilene peker fremover fra fase til fase er det ofte nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen. Pilen i midten av av figuren illustrerer dette. (Helsebiblioteket, 2016)



Figur 4. Modell for kvalitetsforbedringsarbeid (Helsebiblioteket, 2016).

Etter modell for kvalitetsforbedring er det i dette prosjektet utført fase 1 og 2. I første fase i dette prosjektet er det erkjent et behov for å kontrollere om retningslinje for DSS blir brukt. Prosjektet er understøttet av forskning som viser til fordeler ved bruk av DSS. Eksempelvis påpekes det kortere respiratorbehandling, færre intensivdøgn og reduserte kostnader. (Dotsson, 2010 og Kress et.al 2000). Pasientkunnskap i dette prosjektet innebærer hva forskning viser til som positivt for pasientene ved bruk av DSS, som kortere respiratortid og færre komplikasjoner som følge av det.

I andre fase vil en gjennomgang av trinnene i en klinisk audit vise til hvordan forfatterne skal gjennomføre planlegging av kvalitetskontrollarbeidet. Det er i dette prosjektet valgt å benytte data uthentet fra Metavision - elektronisk kurve. Fase 3 er ikke gjennomført, da det ikke er prøvd ut ny praksis. Fase 4 er gjennomført ved å måle og reflektere over eksisterende praksis, men ikke ny praksis. Fase 5 er heller ikke gjennomført i dette prosjektet, forfatterne belyser mulige årsaker som kan forklare resultatene i prosjektet og forslag til hvordan implementere ny praksis i kapittel 6. Det erkjennes at det er flere fellestrekk mellom modell for kvalitetsforbedring og klinisk audit.

3.2 Klinisk audit som kvalitetsforbedringsmetode

I dette kapitlet blir litteraturfunn om klinisk audit beskrevet. Prosjektet er på mikronivå strukturert etter metoden klinisk audit. Hensikten med en klinisk audit er å måle kvalitet i praksis systematisk og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre den. (Nortvedt et.al, 2013). National Institute for Clinical Excellence (NICE) definerer klinisk audit slik:

“Clinical audit is a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change.” (NICE, 2002, s. 1)

Klinisk audit brukes internasjonalt som evaluerings- og kvalitetsforbedringsmetode. Målet er å sette fokus på pasientbehandlingen og eventuelt finne forbedringspotensiale i en prosedyre eller et behandlingsforløp. Formålet med klinisk audit er å vurdere om praksis er forenlig med kunnskapsbaserte anbefalinger innen et område (Nortvedt, et.al, 2013)

I praksisfeltet finnes det mange gode prosedyrer og retningslinjer, men bruken av dem varierer. (Johansen, 2012). Flottorp, Jamtvedt, Gibis, & McKee (2010) viser til at til tross for at man intuitivt vil tro at helsepersonell benytter seg av de retningslinjer som foreligger i praksis, viser flere undersøkelser at dette ikke stemmer. De påpeker et tydelig gap mellom helsetjenesten pasientene får og anbefalte praksis. Da forfatterne ble nysgjerrige på om DSS ble utført i henhold til retningslinjen ble klinisk audit aktuelt som metode for å finne svaret.

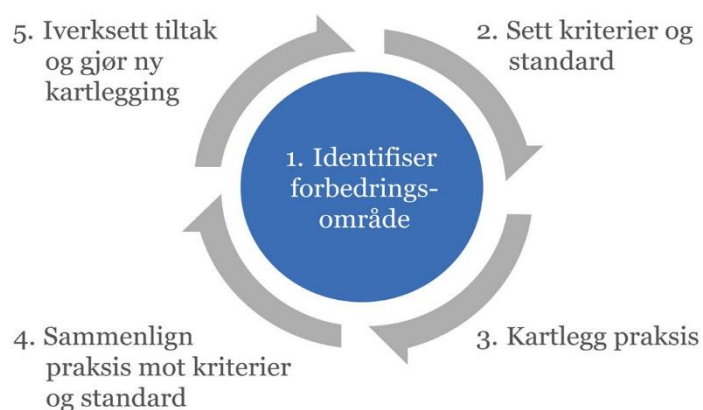
Bekkevold, Kvåle, & Brattebø (2015) fant i sin studie at DSS var ikke rutinemessig i bruk. Sett i lys av dette prosjektet er det et gap mellom anbefalt praksis og hvilken behandling pasientene får. Andre eksempler på slike gap er blant annet mangel på informasjon, eller manglende kunnskap som i verste tilfelle medfører fare eller skade for pasienten. For å redusere gapet mellom tilbud og kvalitetsstandard anbefales det å måle kvalitet på helsetjenesten. Dette kan gjøres ved hjelp av klinisk audit. En klinisk audit og tilbakemelding til personalet som behandler pasientene kan bidra til økt fokus og endring av praksis. Ifølge Ivers et.al (2012) blir intensivsykepleiernes praksis først målt og deretter sammenlignet til standarder og mål. Resultatet av denne sammenligningen blir det gitt tilbakemelding om til intensivsykepleierne, og formålet med prosessen er å motivere intensivsykepleierne til å følge kunnskapsbaserte standarder. Ved å gi tilbakemelding til intensivsykepleierne kan man lettere få et lokalt engasjement rundt kvalitetsforbedringsområdet.

Ifølge Bowling (2014) og Flottorp et. al (2010) kan datainnsamling til klinisk audit gjøres på flere måter, som for eksempel ved fokusgruppeintervjuer, spørreskjema eller innhenting av data retrospektivt. Klinisk audit gjennomføres primært ved kvantitative metoder, slik dette prosjektet er gjennomført, men kan med fordel også gjøres med innslag av kvalitativ metode. Dette bekreftes av Ammentorp, Blomhøj & Mainz (2011) som sier at kvalitativ og kvantitativ audit ofte kan supplere hverandre, ved å belyse ulike sider av problemstillingen. I dette prosjektet vurderes det dithen at kvalitativ audit kan være aktuelt ved en videreføring av dette prosjektet for å finne årsaker til resultatet. Dette kan eksempelvis gjøres ved hjelp av fokusgruppeintervjuer for å få avdekket flere sider av temaet.

Klinisk audit kan gjennomføres på flere måter, i store team med ulike profesjoner eller i mindre grupper innen et fagfelt eller avdeling. (Flottorp et. al, 2010). Eksempelvis som et stort forbedringsarbeid for et sykehus hvor flere profesjoner er deltakere, alternativt lokalt i en

avdeling som valgt i dette prosjektet. Jamtvedt et al. (2012) gjorde en analyse av 140 randomiserte studier om klinisk audit, og kom frem til at å gjøre klinisk audit fører til små men potensielt veldig viktige forbedringer i utøvelse. Flottorp et. al (2010) og Ivers et. al (2012) skriver at fordelene med audit og tilbakemelding sannsynligvis oppstår hvor eksisterende praksis er lengst unna ønsket praksis, og hvor tilbakemeldingene er mer direkte. De kan ikke anbefale en “gullstandard” for hvordan gjennomføre audit, men det kan være mest gjennomførbart å gjøre en audit hvor kostnaden med datasamling er lav, rutinemessig innsamlede data er pålitelige og passende for bruk i audit, og små eventuelt moderate forbedringer i kvalitet er verdt det. I dette prosjektet er dette forsøkt etterlevd ved å benytte avdeling for datafangst til uthenting av data, i en avgrenset periode. Dette bidrar til pålitelige data.

Audit måler praksis mot standard. (Benjamin A., 2008). Dette gjennomføres i en kvalitetsforbedringssyklus, som involverer å måle effektiviteten av helsetjenester opp mot godkjente standarder for kvalitet, gjennomføre tiltak som bringer praksis på linje med standardene og slik oppnår bedre kvalitet i pleie og helsetjenesten. Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP, 2015). En klinisk audit fremstilles ofte som en trinnvis prosess fra 1 til 5 illustrert i figuren under.



Figur 5. Klinisk audit. (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2016)

Modell for klinisk audit beskrives punktvis senere i kapittel 3.2. Ved å gå gjennom sirkelen flere ganger vil man for hver gang oppnå et høyere kvalitetsnivå. (Benjamin A. 2008).

Benjamin A. (2008) anbefaler for mest mulig effektiv gjennomføring av klinisk audit å vurdere struktur, prosess eller resultater av behandling. Videre anbefales det å la auditen være en del av et strukturert program eller ha lokal ledelse. Det bør involvere pasienter, sette standard utfra retningslinjer med høy kvalitet, bruke tema som baseres på risiko, kostnader eller basert på nasjonale auditer. Til sist anbefales det å gjenta auditen for å kontrollere om forbedringer har blitt implementert. Ved dette prosjektet er det vurdert om behandlingen er av god kvalitet gjennom å se om retningslinjen brukes konsekvent. Det gjennomføres ikke trinn 5 i sirkelen grunnet oppgavens begrensning.

3.2.1 Identifiser forbedringsområde

Det første steget i klinisk audit er å identifisere forbedringsområde. Ifølge NICE er god forberedelse avgjørende for en suksessfull audit. (2002, s 10) Callanan et.al, (2013) beskriver steg 1 av klinisk audit i tre deler for best mulig planlegging. Man bør involvere interessentene, bestemme tema og planlegge leveringen av arbeidet. Slik kan alle som har interesser innen temaet bidra. En god forankring i partene som er involvert vil sikre god kontinuitet og lettere implementering av eventuelle endringer man finner nødvendig. Det anbefales fra Callanan et.al (2013) og NICE (2002) å bruke god tid til å finne tema og vurdere bruk av kontrollspørsmål for valg av tema, i og med gjennomføring av audit vil kreve ressurser av de involverte. Slik kan man også sikre bedre tilknytning til praksis.

Alle kliniske audits bør ha en tydelig målsetning, og måle utøvelse mot prosess og resultater basert på evidensbasert kunnskap med tydelige referanser. (HQIP, 2016). Det anbefales også å ha tydelig ledelse av auditen, følge gjeldende lovverk og datasikkerhet. (HQIP, 2016). Dette sammenfaller med Callanan et.al (2013) sin anbefaling om at de involverte i auditen må være innforstått med målet, om ikke vil man ikke oppnå forbedring på kvalitet eller effektivitet i helsetjenesten. Det anbefales også å vurdere hvilke egenskaper de involverte i auditen skal ha og hvilke oppgaver som skal gjøres, og hvordan strukturere disse. Dette sikrer tydelig forankring av auditen.

I dette prosjektets tilfelle begynte planleggingen under videreutdanningen tilknyttet erfaringen med varierende bruk av retningslinjen, og gjennom forberedelser til masteroppgaven med prosjektbeskrivelse fant forfatterne at dette var et aktuelt tema å gå nærmere inn på.

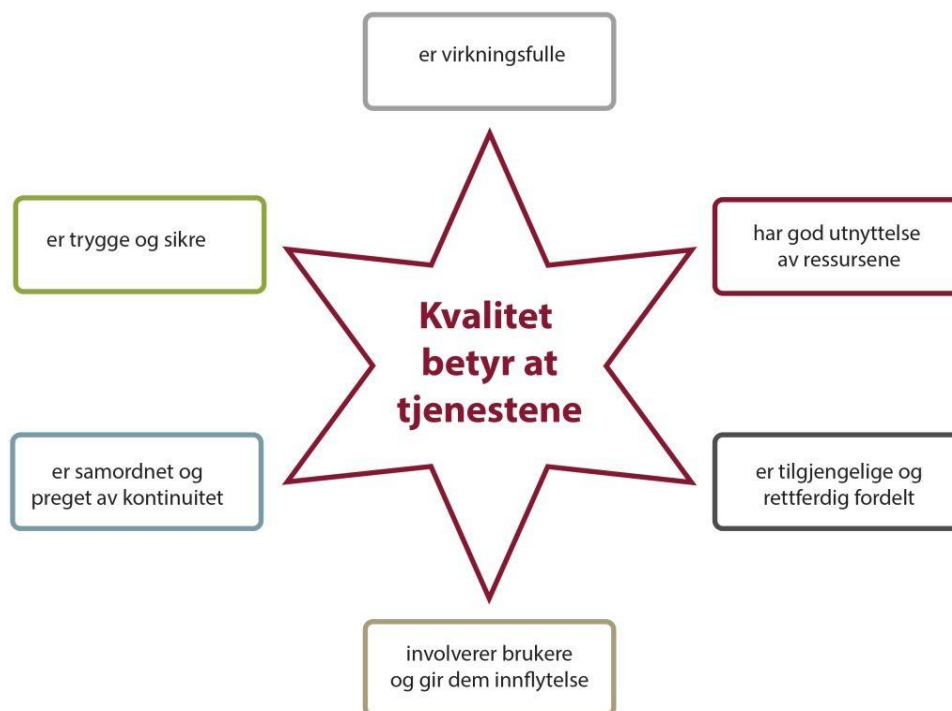
3.2.2 Sett kriterier og standard

Det skal i trinn 2 av audit - sirkelen fastsettes hva som er beste praksis. (s.179 Nortvedt et.al, 2013). I trinn to fastsettes eksplisitte kriterier med anbefalinger for hvordan praksis skal være. Kriterier skal understøttes av forskning og være målbare i praksis. (NICE, 2002, s. 21)

Et formål med klinisk audit er i følge Callanan et.al (2013) å formulere eksplisitte og realistiske standarder og kriterier som et uttrykk for kvaliteten man ønsker å oppnå. Benjamin A. (2008) sier at dette gjøres vanligvis i prosent. En standard beskriver og definerer kvaliteten på behandlingen som skal oppnås. Standard kriterier bør være målbare, oppnåelige, relevante og teoretisk tilknyttet. (Callanan et.al 2013). Nyttige kilder for å sette standard er lokale standarder i form av evidensbaserte retningslinjer, nasjonale retningslinjer, standarder og kliniske retningslinjer fra sikkerhetsprogram og organisasjoner som NICE. (Callanan et. al 2013). Data som skal samles inn bør defineres med referanse til standard for auditen. (HQIP, 2016). Dette prosjektet er basert på to internasjonale retningslinjer (Barr et.al, 2013 og Baron et.al 2015), da det ikke fantes nasjonale. Standard er utviklet etter disse. Dette belyses nærmere i kapittel 5.0.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestens veileder “...Og bedre skal det bli!” (2005-2015) er det definert seks dimensjoner ved kvalitet, som sier at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse. Tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettferdig fordelt. (s. 11, Stortingsmelding nr.10, 2012-2013). For dette prosjektet innebærer det at alle intensivpasienter som er kandidat for DSS skal få det utført. Slik sikrer man lik og rettferdig behandling.

Retningslinje for DSS er fundamentert på valid forskningslitteratur som sikrer en trygg og virkningsfull behandling så lenge retningslinjen er i bruk. Ved at retningslinjen brukes sikres også rettferdig behandling preget av kontinuitet. Illustrert i figuren under.



Figur 6. Kvalitetsstjerne basert på de seks dimensjonene i Kvalitetsstrategien (Helsebiblioteket.no, 2015)

Kvalitet i intensivsykepleierens arbeid bør være fundamentert på forskning og oppdaterte retningslinjer. For å sikre kvalitet må også disse brukes i praksis.

3.2.2.1 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer kan sammenlignes med fastsettelse av standard og kriterier for en klinisk audit. "Kvalitetsindikatorer kan defineres som indirekte mål på kvalitet innen et område". (Kunnskapssenteret.no, 2008).

I helsetjenesten finner man eksterne, målbare variabler som brukes for registrering av tjenestens kvalitet, og interne, målbare variabler som brukes i praksis for å registrere om det tilfredsstillende egendefinerte kvalitetsmål. (Kunnskapssenteret.no, 2008).

Ifølge Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) og Callanan et.al (2013) kan kriterier klassifiseres i struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Strukturindikatorer innebærer hva som er nødvendig for gjennomføring av helsetjenester som antall personale, kunnskap, evner og

medisiner. I dette prosjektet innebærer det intensivsykepleiernes kunnskap om hvordan bruke retningslinje for DSS, kunnskap til å håndtere medisinsk-teknisk utstyr som sprøytepumper eller respirator. Prosessindikatorer innebærer hva som er gjort i forhold til handlinger og avgjørelser av helsepersonell av vurderinger, kommunikasjon og anbefalinger. I dette prosjektet tas det utgangspunkt i prosessindikatorer, om intensivsykepleierne bruker retningslinje for DSS. Resultatindikatorer er i dette prosjektet hva bruk av DSS kan bidra til, som lavere kostnader i følge av kortere respiratorbehandling. Det poengteres at kun prosessindikator er benyttet i prosjektet videre og omtales i kapittel 5.1.

3.2.3 Kartlegg praksis

I trinn tre er det viktig å samle inn data for gjennomføring av audit. Dette anbefales å gjøre punktvis og systematisk. Callanan et.al (2013) oppsummerer kartlegging av praksis i fire steg, datainnsamling, dataanalyse, trekke konklusjoner og kontrollere resultater. Meningen med klinisk audit er å forbedre kvalitet på helsetjenester ved å kontrollere nåværende praksis mot den beste praksisen (Callanan et.al, 2013). Det poengteres videre at innsamlede data må være presise og relevante. Datainnsamlingen bør struktureres godt for å få en effektiv og nøyaktig datainnsamling. Hvilke data avhenger av målsetningen med auditen (Callanan et.al, 2013). Antall data som innsamles er avhengig av to faktorer; graden av relevans ønsket i funnene, og ressursbegrensninger som tid, tilgang til data og kostnader (NICE, 2002, s. 36).

I dette prosjektet innebærer det at ressursbegrensning i tid har påvirket mengden med data som ble valgt å hente ut. For å sikre relevante data var det nødvendig å få bistand til arbeidet med uthenting fra Metavision, gjort av avdeling for datafangst. Datainnsamling kan gjøres retrospektivt, som i dette prosjektet. Det gir fordeler i form av eksisterende data og man kan få tak i alle data som møter kriterier satt i inklusjonskriteriene. Likevel er det viktig å huske at disse data kan gå ut på dato. En prospektiv datainnsamling samler data om fremtidig behandling. Slik datainnsamling kan påvirkes av at man for eksempel kjenner til at en klinisk audit pågår og man risikerer feilkilder i form av påvirkede data (Callanan et.al, 2013 og NICE, 2002).

Før datainnsamling må det defineres et relevant utvalg. Tilfeldig og bekvemmelighetsutvalg er det vanligste ifølge Callanan et.al (2013). Man kan også benytte intervaller innen en tidsramme. Et lite utvalg vil ofte være tilstrekkelig, dersom det ikke er et omstridt tema man

skal gjøre audit av (Callanan et.al, 2013). Datainnsamling ved klinisk audit kan samles inn elektronisk og manuelt. Avhengig av utvalgets størrelse, inklusjon og eksklusjonskriterier og tidspunkt for ferdigstilling av audit kan man sette en tidsramme for datainnsamlingen. Det må avklares hvem som gjennomfører datainnsamling, data må være tydelig definert for å unngå misforståelser (Callanan et.al, 2013). For dette prosjektet innebærer dette valg av en retrospektiv datainnsamling og et bekvemmelighetsutvalg. Dette utdypes i kapittel 6.0.

Å analysere data er en del av å kartlegge praksis. Her er det nødvendig med anonymiserte data, som kodes og gjøres om til variabler man kan sammenligne og gjøre om til prosent. Det er sjelden nødvendig med komplisert statistisk analysing av data (Callanan et.al, 2013). Enkel deskriptiv statistikk kan benyttes til klinisk audit, ved å få informasjon om distribuering av data, gjennomsnitt, median og mål i forhold til standardavvik. Best mulig fremvisning av resultatene gjøres på enkleste måte så det kommer tydelig frem for leseren (Callanan et.al, 2013).

For å sikre at innsamlede data er presise, og kun de nødvendige og essensielle data er innsamlet, må tre faktorer være fastsatt, disse er pasientgruppen, helsepersonellet involvert i pasientenes omsorg og tidsperioden kriteriene gjelder for. Inklusjonskriteriene bidrar til å begrense mengden data som må samles inn (NICE, 2002, s.34) I dette prosjektet er intensivpasienter, intensivsykepleiere og tidsperioden januar og desember 2016 de tre aktuelle faktorene.

Hvilken analyse som skal benyttes bør identifiseres ved et tidlig stadiet da den påvirker både type og mengde av data som må innsamles. Enkle metoder er å foretrekke, og hvis resultatet stimulerer til en endring må analysen være lett for alle å forstå. Akkurat som analysen skal være enkel å forstå må funnene bli presentert enkelt og tydelig. Stolpediagram har blitt en av de mest vanlige format å vise resultater med, som også er benyttet i dette prosjektet. Mer avanserte statistiske verktøy kan brukes til å analysere data, men da bør man søke ekspertråd mens auditen utarbeides hvis slik analyse antas å være nødvendig. (NICE, 2002, s. 41.) Både kvalitative og kvantitative data kan brukes i en audit. Kvalitative data kan gi verdifull informasjon man ikke kan finne med en kvantitativ datainnsamlingsmetode, og omvendt. Kvantitative analyser omhandler numeriske data, og er en mer vanlig form av data i en audit enn hva kvalitative analyser er. (NICE, 2002, s. 43) HQIP (2016) anbefaler ved uthenting av

data fra elektronisk journal å teste data for å sikre korrekt datakilde og at korrekt utvalg og data hentes ut. Det har ikke blitt gjennomført en testing av dette prosjektets data ettersom uthenting av data har vært gjennomført av avdeling for datafangst til dette arbeidet.

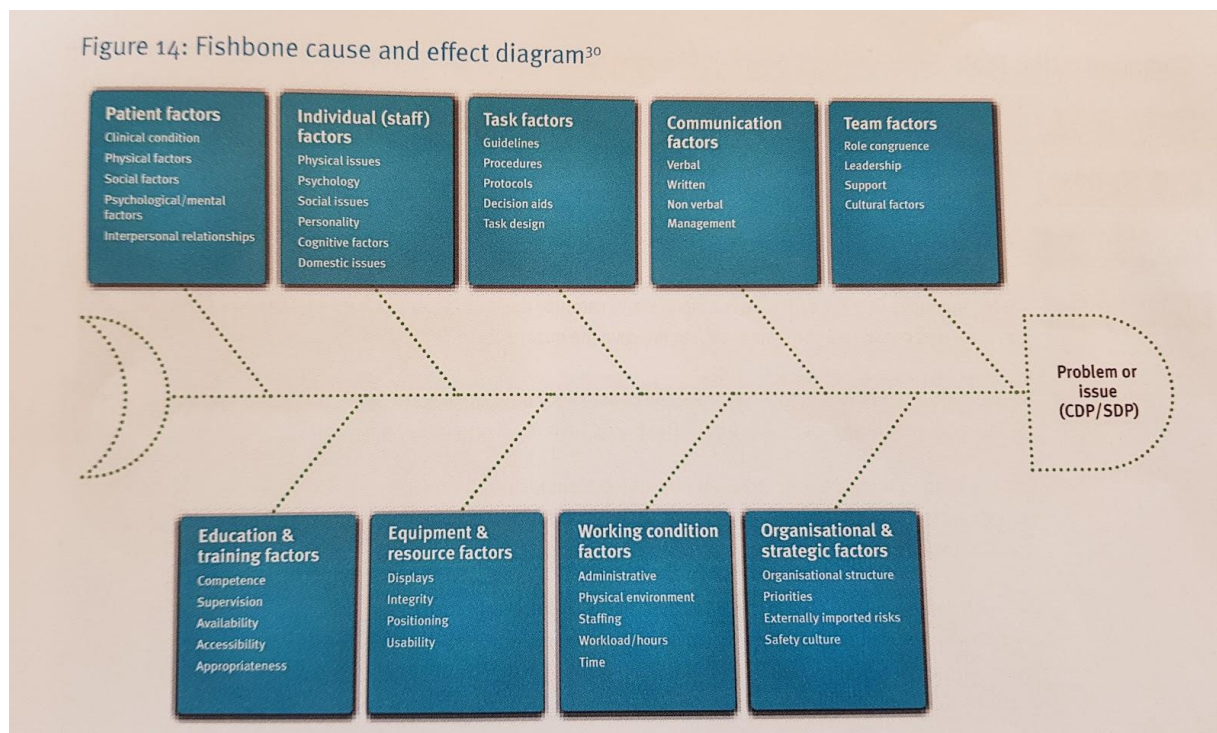
3.2.4 Sammenlign praksis mot kriterier og standard

“I hvilken grad er praksis i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger?” (Nortvedt et. al 2013, s. 179). For å gjennomføre klinisk audit skal data samles inn, man skal analysere resultatene opp mot standard og komme til en konklusjon (Callanan et.al, 2013). Dette bekreftes av Benjamin (2008) som sier at dette er analysestadiet. Dataene som er samlet skal sammenlignes med kriterier og standard. Det skal også konkluderes hvor godt standardene ble møtt og hvis de ikke er møtt, identifisere årsaken til dette.

Benjamin (2008) poengterer at hvis resultatene ikke ble møtt med 100% av standarden som er satt, er det potensiale for forbedring i utøvelsen.

En detaljert rapport av resultat etter kartlegging av praksis kan vise til hvilke områder som har behov for forbedring, eventuelle årsaker til at standard ikke ble møtt og forklaring på hvorfor enkelte standarder ikke blir nådd.

Her kan man benytte seg av fiskebensmetoden - årsak vs. effekt eller prosesskartlegging. (Callanan et.al, 2013). Fiskebeinsdiagram er omtalt i Helsebiblioteket under kvalitetsforbedring for å kartlegge mulige sammenhenger mellom årsaker og virkning, og er også understøttet av HQIP (2015).



Figur 7. Fiskebensdiagram (HQIP, 2015, s.27)

I dette prosjektet er fiskebensdiagrammet benyttet for å finne mulige forklaringer til resultatet som presenteres i kapittel 6.

Meningen med klinisk audit er å vurdere i hvilken grad helsetjenestene som tilbys samsvarer med kunnskapsbasert praksis og standard. Det er nødvendig å sammenligne praksis mot standard for å finne de områder hvor det er nødvendig å bedre kvaliteten av helsetjenesten. Dette kan være den vanskeligste delen av en audit, da det innebærer å gjennomføre en endring i praksis. Etter å ha definert forbedringsområder må det avgjøres hvordan disse skal implementeres i praksis. Dersom det er flere forbedringsområder må disse prioriteres. Dette kan gjøres ved å benytte kvalitetsforbedringsplaner, som er tidsbegrenset med klare målsetninger og oppgavene tydelig fordelt. (Callanan et. al, 2013).

3.2.5 Iverksett tiltak og gjør ny kartlegging

Det skal iverksettes tiltak i praksis dersom det er nødvendig, slik at praksis blir i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger på området. Det benyttes feedback for å gi helsepersonell tilbakemelding om egen praksis, for at de skal justere egen praksis. (Nortvedt et.al, 2013, s. 179).

Ifølge NICE er det fem hovedtrinn som sier hvordan man kan oppnå forandring. Først må den nødvendige forandringen være klart definert, basert på resultater, og presenteres på en måte som ansatte lett kan forstå. Det andre trinnet er å identifisere barrierene for endring. Det tredje trinnet er at implementeringsmetoder som velges må passe til omstendighetene, forandringen i seg selv, og hindringene som kan oppstå. Det fjerde trinnet sier at det må være en integrert plan for tiltakene. Planen skal beskrive hva som skal gjøres, de ansatte og ressursene som kreves for å gjøre dem, og målgruppene. Siste trinnet er at planen utføres, og fremdriften vurderes. (NICE, 2002, s.50)

Resultatet må deles med de som er evaluert. Hvis resultatet viser manglende overholdelse av standard må den underliggende årsaken kartlegges. (HQIP, 2016) Ved bruk av kvalitetskontroll, bør dette følges opp for å forsikre god implementering innen gitte tidsrammer. (Callanan et.al, 2013). Der kvalitetsforbedringsplaner er iverksatt bør de overvåkes for å sikre god implementering og aksept innen avtalt tidsramme. Tiltakene må forankres hos ledelsen og de som skal gjennomføre implementering av nye rutiner. Slik vil man lettere kunne gjennomføre hyppige kontroller av hvorvidt nye tiltak iverksettes og slik sikre fremdrift. Dersom tiltakene ikke implementeres kan en re-audit være anbefalt for å forsikre at endringer har forbedret praksis, og fastslå om videre audit er nødvendig på kort sikt. (Callanan et.al, 2013).

En vellykket audit innen et fagområde kan være overførbart til andre deler av helsetjenesten, og fullførte audits bør deles lokalt. Klinisk audit er en kontinuerlig sirkel. Etter å ha definert hvorvidt standard og kriterier samsvarer, kan nye tiltak iverksettes. Avslutningsvis er det nødvendig å gjennomføre en ny audit for å kontrollere effekt av endringene. Sirkelen gjentas inntil ønsket prestasjonsnivå er oppnådd. (Callanan et.al, 2013) og (HQIP, 2016). Det blir presentert forslag til tiltak relatert til prosjektets resultat i kapittel 7.

3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

«Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes» (Yrkesetiske retningslinjer, NSF, 2011, s.7) For å klare dette er forskning og kvalitetskontroll viktig for å sikre kvalitetssikring- og

utvikling i intensivfaget. (Stubberud, 2015). Intensivsykepleierens indirekte pasientrettede funksjon og ansvar omhandler forskning og kvalitetsarbeid. (Stubberud, 2015). For å arbeide kunnskapsbasert er intensivsykepleierne avhengige av å søke etter og benytte oppdatert forskningslitteratur som grunnlag for sitt arbeid. Kvalitetskontroll er en del av dette ved å kontrollere kvalitet på eksisterende prosedyrer og retningslinjer, og i dette prosjektets tilfelle om de benyttes.

For å gjøre kvalitetskontroll av intensivsykepleierens arbeid er det nødvendig å regelmessig gjennomgå fungerende retningslinjer og prosedyrer, oppdatere dem og gjennomføre veiledning av personalet i avdelingen. Kvaliteten i arbeidet forringes om intensivsykepleieren ikke benytter faglig dokumentert retningslinje i arbeidet. Det kan medføre komplikasjoner for pasienten, som oversedering og forlenget respirortid. Å styrke pasientsikkerheten gjennom sikring og kontroll av kvalitet i intensivsykepleie er nødvendig for god kvalitet. Dette er en kontinuerlig prosess i henhold til modell for kvalitetsforbedring. Ved at intensivsykepleierne jevnlig vurderer og kontrollerer om oppdatert kunnskap foreligger og benytter seg av dette i arbeidet kan de sikre god kvalitet og pasientsikkerhet i intensivbehandling.

Den forebyggende funksjon i sykepleien deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende intervensjoner. (Stubberud, s.51, 2015) Arbeid med kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll inngår i intensivsykepleierens tertiærforebyggende intervensjoner, i denne oppgaven i form av et kunnskapsgrunnlag basert på oppdatert forskning om bruk og komplikasjoner av DSS. Det bidrar til å sikre lik og rettferdig behandling, og intensivpasientene unngår ytterligere komplikasjoner som kan oppstå ved for eksempel langvarig respiratorbehandling.

I følge yrkesetiske retningslinjer (2011) og funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (2002) er intensivsykepleieren forpliktet til å utøve kvalitetsarbeid, hvor målet er et best mulig behandlingsresultat. I dette ligger å gjøre kvalitetskontroll, samt sikre lik, faglig dokumentert behandling til pasienter som er aktuelle for DSS. Forfatterne ønsker med masteroppgaven å bidra til økt fokus på retningslinje for DSS, da det kommer frem gjennom forskningskunnskap at oversedering er ugunstig for intensivpasienten.

4.0 Identifisere forbedringsområde

DSS er utpekt som forbedringsområde. Dette er basert på erfaring i praksis under videreutdanning der retningslinje for DSS ikke alltid var fulgt, hos de pasientene der det var indikasjon for å utføre DSS. Forbedringsområdet er relatert til en intensivavdeling hvor det skal kontrolleres om retningslinje for DSS brukes i praksis. Litteraturen som er funnet etter systematisk søk, beskrives i kapittel 4.1.1.1. og 4.1.1.2.

Litteraturen som omhandler DSS, sier at en konsekvens av å ikke bruke retningslinjen for DSS er forlenget respiratortid, lengre liggetid, flere komplikasjoner av respiratorbehandling og dypere sedasjonsnivå. Dette kan videre gi økte kostnader relatert til drift, legemiddelbruk eller personale. (Fuchs et.al. 2016) Målet for valg av forbedringsområde er å få rede på om retningslinjen for DSS brukes. Da dette er et prosjekt i en masteroppgave er det ikke dratt inn et tverrfaglig samarbeid og team eller ledelse i utføring av klinisk audit. Ledelsen ved aktuell avdeling og seksjon har gitt tillatelse til utførelsen av prosjektet. (Vedlegg 2)

Bakgrunnen for å velge DSS som forbedringsområde vil som nevnt innledningsvis begrunnes ut fra forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap, som utdypes i kapittel 4.1.1, 4.1.2 og 4.1.3, samt redegjørelse for inklusjon og eksklusjonskriterier til prosjektets/oppgavens kunnskapssøk.

4.1 Kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon

Herunder presenteres prosjektets kunnskapsgrunnlag utfra forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap, samt litteratursøk og kildekritikk.

4.1.1 Forskningskunnskap

For å styrke valg av forbedringsområde er det gjort flere litteratursøk og søkt etter forskning om DSS, samt fordeler og ulemper med DSS. Det er primært funnet at det kan gi kortere liggetid på respirator og som følge av dette kortere liggetid i intensivavdeling som kan medføre lavere kostnader. Prosjektets litteraturfunn beskrives i kapittel 4.1.1.2. Formålet har

vært å skaffe kunnskap som kunne støtte opp om problemstillingen, vise anbefalt praksis for bruk av DSS og riktig behandling av pasienter aktuelle for DSS.

4.1.1.1 Litteratursøk DSS

PICO representerer en måte å definere et spørsmål på slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. (Nortvedt et.al, 2013). I prosjektet er PICO brukt som hjelpemiddel i avgrensning av hva som skal søkes etter, for å lage gode søkeord.

Fokus for bruk av PICO er å finne kunnskap om DSS.

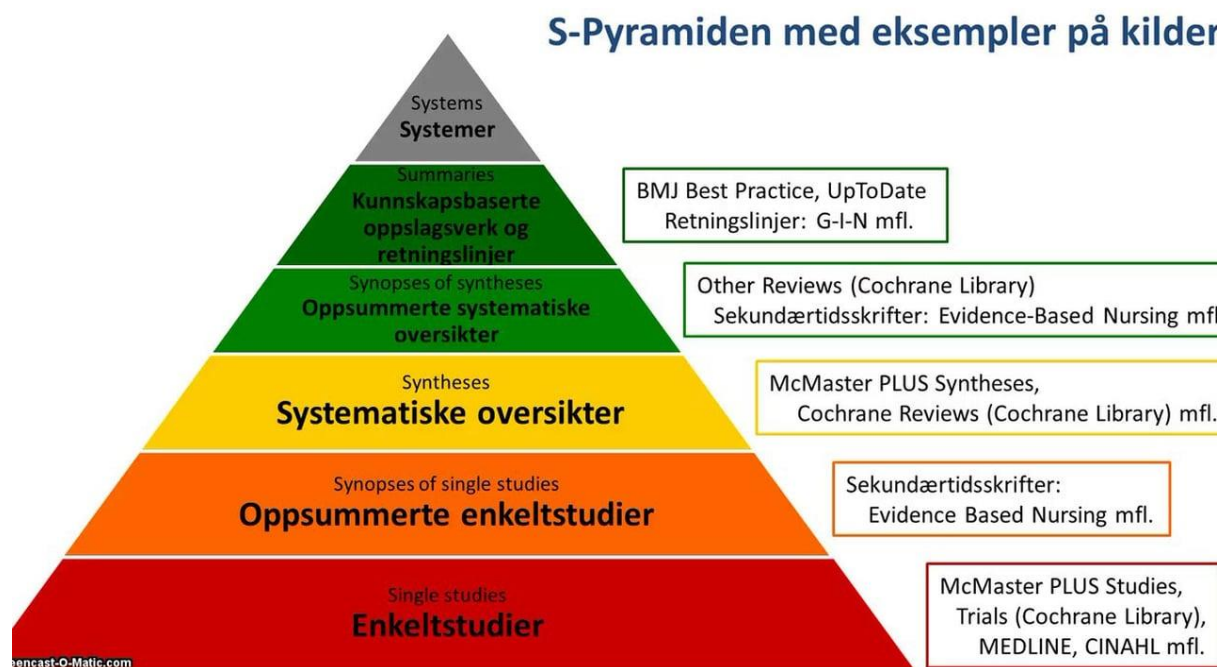
DSS:

	Norske ord	MeSH
P (Patient/problem)	Intensivpasient, intensivsykepleier	ICU patient, Intensive care nurse
I (Intervention)	Daglig sedasjonsstopp, bruker intensivsykepleierne daglig sedasjonsstopp	Daily sedation interruption, Do intensive care nurses perform DSI
C (Comparison)		
O (Outcome)		

Det er benyttet PICO skjema for å innhente kunnskap om klinisk audit:

	Norske ord	MeSH
P (Patient/problem)		
I (Intervention)	Klinisk audit	Clinical audit Feedback
C (Comparison)		
O (Outcome)		

Det er ikke samme behov for kunnskap øverst i pyramiden som ved utarbeidelse av fagprosedyre (Helsebiblioteket.no, 2015), men i prosjektet benyttes S-pyramiden for å systematisere litteraturen som ble funnet om DSS, og avgrense mengden.



Figur 8. S-pyramiden (Vimeo.com).

Kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer er nest øverst i S-pyramiden og er ifølge Nortvedt et.al (2013) systematisert utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsepersonell og pasienter til å velge hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling.

Det er innhentet to retningslinjer, den ene gjennom G-I-N. Oppsummerte systematiske oversikter og systematiske oversikter er de to neste nivå og beskriver oversiktsartikler som er tydelig og systematisk kvalitetsvurdert og oppsummert. (Nortvedt et.al 2013). Det er benyttet flere systematiske oversikter i ulike databaser som beskrives under i tabell. De siste trinnene i S - pyramiden er oppsummerte enkeltstudier og nederst enkeltstudier, dette er publiserte originalresultater fra forskningsprosjekter. (Nortvedt et.al, 2013). Her ble det funnet 5 enkeltstudier.

Det er mye tilgjengelig litteratur på temaet DSS, men noe er av eldre dato. Av litteratur innen klinisk audit er det mye og av nyere dato, men noe av litteraturen om klinisk audit er rettet mot større organisasjoner for å gjøre audit i stor skala og ikke på nivå med en masteroppgave. Prosjektet er også fundamentert på kunnskap fra lærebøker for å få kunnskap om deskriptiv statistikk, kvantitativ metode, klinisk audit, intensivsykepleiernes funksjon og ansvar, sedasjon og DSS.

For å kaste lys over prosjektet har det vært nødvendig å finne kunnskap som sier noe om DSS og anbefalinger. Under presenteres litteratursøk med hensyn til søkestrategi, datakilder, inklusjons- og eksklusjonskriterier og en presentasjon av forskning som er valgt å benytte. Det er benyttet databaser, søkeord og antall treff illustrert i en tabell (vedlegg 4). Det ble først søkt på enkeltord, deretter i kombinasjon for å begrense søket og få det relevant. Funnene var mange i enkelte databaser, eksempelvis Cochrane og Medline, men ble begrenset ved å søke med ord i kombinasjon med “and” og “or”. Det ble også funnet aktuell litteratur i referanselistene til de aktuelle artiklene, som kunne søkes opp via Oria. Antall funn benyttet gjentar seg i de ulike databasene.

Totalt ble 12 artikler benyttet som tilfredsstilte inklusjonskriteriene som var av interesse og relevans. Alle artikler er gjennomgått med sjekklister (Nordtvedt et.al, 2013) og nøye valgt ut. Det ble gjort svært mange treff på de enkleste søkeordene. For å gjøre det oversiktlig for leseren, er det laget tabell med søkeord og funn. Ulike søkeord ga samme funn på enkelte artikler (vedlegg 4). Første søk ble gjort høsten 2016, deretter ble det gjort et nytt litteratursøk vår og sommer 2017.

Artiklene som er valgt ut sorteres systematisk etter s-pyramiden.

Årstall	Forfatter	Tittel	Kategori
2015	Baron, R. et.al	Evidence and concensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine	Internasjonal Retningslinje

2013	Barr, J. et al	Clinical Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit	Internasjonal Retningslinje
2011	Augustes R., Ho K.M	Meta-analysis of randomised controlled trials on daily sedation interruption for critically ill adult patients.	Oppsummert systematisk oversikt
2016	Fuchs,B ,Bellamy, C, Parsons, PE, Avidan,M and Finlay,G	Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal	Systematisk oversikt
2014	Burry L, Rose L, McCullagh I, Fergusson D A, Ferguson N, Mehta S	Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation	Systematisk oversikt
2012	Berry E., Zecca H	Daily interruptions of sedation: A clinical approach to improve outcomes in critically ill patients	Systematisk oversikt
2010	Dotson B.	Daily interruption of sedation in patients treated with mechanical ventilation	Oppppsummerte enkeltstudier
2014	Nassar A.P., Park M	Daily sedative interruption versus intermittent sedation in mechanically ventilated critically ill patients: a randomized trial	Enkeltstudie

2012	Miller M.A., Bosk E.A., Iwashyna T.J., Krein S.L	Implementation challenges in the intensive care unit: The why, who and how of daily interruption of sedation	Enkeltstudie
2000	Kress, John P, Pohlman, Anne S, O'Connor, Michael F, Hall, Jesse B	Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation	Enkelt studie
2015	Bekkevold M., Kvåle R. & Brattebø	Relation of reported sedation and ventilator weaning practices to ventilator time in Norwegian intensive care units.	Enkelt studie
2010	Randen I. & Bjørk T.	Sedation practice in three Norwegian ICUs: A survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice.	Enkelt studie

Det er valgt følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for å selektere forskningskunnskap:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Litteratur fra 2010 - dags dato	Artikler eldre enn 2010, foruten Kress (2000)
Litteratur fra Europa/Nord-Amerika	Artikler utenfor Europa og Nord-Amerika
Voksne	Barn
DSS	
Intensivpasienter	
Sedasjon	

Følgende bøker er benyttet for å finne kunnskap innen kvantitativ metode, statistikk, sedasjon, DSS og klinisk audit:

Forfatter	Årstall	Tittel	Kategori
Bowling A.	2014	Research Methods In Health : Investigating Health And Health Services	E-bok
Brinchmann B.S. (Red.)	2016	Etikk i sykepleien	Bok
Gulbrandsen T. & Stubberud D-G.	2015	Intensivsykepleie	Bok
Johannessen A., Tufte P.A, og Christoffersen L.	2015	Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode	Bok
Johannessen A.	2008	Introduksjon til SPSS. Fjerde utgave.	Bok
Landoni G.,Mucchetti M., Zangrillo A. & Bellomo R.	2015	Reducing Mortality in Critically Ill Patients	E- bok
Malterud K.	2013	Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring	Bok
Polit D. & Beck C.T.	2017	Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice. Tenth edition.	Bok

4.1.1.2 Litteraturrefunn DSS

I forskningsartiklene valgt ut etter systematisk søk til prosjektet kommer det frem at DSS er aktuelt, da det kan øke pasientkomforten og redusere komplikasjoner hos pasienten. Videre kan det medføre lavere kostnader.

Barr et.al (2013) og Baron et.al (2015) viser til kortere behandlingstid som en av fordelene ved lett sedasjonsnivå. De anbefaler et lett sedasjonsnivå for å unngå oversedering og holde pasienten så våken og orientert som mulig, såfremt dette ikke er kontraindisert.

I 2000 publiserte Kress et.al en studie med evaluering av DSS, studien skulle finne svar på hvorvidt DSS hos kritisk syke ville redusere varigheten av mekanisk ventilasjon og lengden på opphold i intensivavdeling og sykehus. Konklusjonen var at DSS reduserte varighet av respiratorbehandling, opphold i intensivavdeling og reduserte mengden benzodiazepiner brukt. Miller et.al (2012) undersøkte barrierene for å benytte DSS. De fant ulike grunner til å benytte DSS; å redusere medikamentdosen, gjøre nevrologiske undersøkelser, starte respiratoravvenning, vurdere smertenivå og redusere varigheten av intensivoppholdet. Burry et.al (2014) og Augustes et.al (2011) refererer til at DSS reduserte behovet for tracheostomi, men kan ikke sikkert konkludere med kortere behandlingstid i intensivavdeling, respiratortid eller liggetid på sykehus. Dotson (2010) påpeker fordelene ved DSS; forkortet behandlingstid på respirator, redusert liggetid, mindre fare for oversedering og redusert forekomst av komplikasjoner ved kritisk sykdom, eksempelvis VAP.

Det fremheves også økonomiske fordeler ved kortere behandlingstid ved intensivavdeling og mindre medikamentbruk. Dotson (2010) har vurdert hvorfor DSS ikke benyttes regelmessig. Her fremheves det grunner som manglende aksept blant helsepersonell for DSS, hvor tidkrevende det er å gjennomføre og bekymring for at pasienten skulle autoseponere intravenøse tilganger, tube eller annet utstyr. DSS er anbefalt fra flere forfattere, likevel kommer det tydelig frem at man trenger mer forskning for å si sikkert at DSS anbefales. Det er flere fordeler ved bruk av DSS, men utfordrende å implementere i praksis. Dette kan skyldes frykt for at pasienten skal bli skadet eller at intensivsykepleierne mangler kunnskap om DSS. Sneyers et.al (2017) undersøkte manglende bruk av DSS og fant at manglende

kjennskap til DSS var en årsak til lite bruk hos intensivsykepleierne. I Bekkevold et.al's artikkel fra 2015 som omhandler praksis for rapportert sedasjon og respiratoravvenning opp mot respiratortid i norske intensivavdelinger kommer det frem at DSS var sjelden brukt, nærmere bestemt i 11 av 33 undersøkte avdelinger. Retningslinjer for respiratoravvenning var mer vanlig enn retningslinjer for sedasjon. De skriver i sin konklusjon at DSS er ikke vanlig praksis, og avdelingene som har retningslinjer for sedasjon og respiratoravvenning syntes å ha lengre liggetid og respiratortid (Bekkevold et.al, 2015).

En studie av intensivsykepleieres sedasjonspraksis ved behandling av respiratorpasienter fant at DSS ikke var vanlig praksis. De konkluderer med at det er sammenheng mellom avdelingens kultur for sedasjon og intensivsykepleiernes praksis for sedering. (Randen & Bjørk, 2010). Også Fuchs et.al (2016), påpeker at bruk av DSS vil bidra til kortere tid på respirator, redusert opphold i intensivavdeling og kortere liggetid. Berry & Zecca (2012) sammenlignet resultater fra 7 studier innen temaet DSS, de konkluderer med at det er usikkert hvorvidt man kan slå fast at DSS er den beste behandlingen. Dette bekreftes av Nassar et.al (2014). Det anbefales fra flere forfattere, blant annet Nassar et.al (2014) å gjøre videre forskning på temaet.

4.1.1.3 Litteratursøk klinisk audit

Litteraturfunn på klinisk audit beskrives i kapittel 3.2. Under blir litteratursøk på klinisk audit og litteratursøk av tidligere gjennomførte kliniske audit presentert.

Det er søkt etter kunnskap om klinisk audit for å få kunnskap om metoden. Under presenteres litteratursøk på klinisk audit med hensyn til søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier og en presentasjon av forskning som er benyttet. Det er lite norsk litteratur om klinisk audit, og det er benyttet utenlandsk litteratur som er relevant.

Databaser, søkeord og nettsider som er benyttet er illustrert i en tabell (vedlegg 5). Her er søkeord brukt enkeltvis eller i kombinasjon med hverandre. Det ble søkt etter litteratur om kliniske audit med opphav i Norge og internasjonalt, men lite norsk litteratur ble funnet.

Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier er valgt:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Litteratur om klinisk audit fra 2000 til dags dato	Litteratur om klinisk audit før 2000
Litteratur av utført kliniske audit fra 2010 til dags dato	Litteratur av utført klinisk audit før 2010
Kliniske audit som er sykepleierelevante	Kliniske audit som ikke er sykepleierelevante.

For å få økt kunnskap om metoden klinisk audit er det benyttet litteratur illustrert i tabellen under. Litteratur fra søk er satt systematisk etter s-pyramiden og bøker nederst. Denne litteraturen er benyttet i kapittel 3 for å legge et teoretisk grunnlag for prosjektets metode, klinisk audit.

Forfatter	Årstall	Tittel	Kategori
Callanan et. al	2013	A Practical Guide to Clinical Audit	Retningslinje
NICE	2002	Principles for Best Practice in Clinical Audit	Retningslinje
Health Quality Improvement Partnership (HQIP)	2016 2015 2011 2016 2015	Best Practice in Clinical audit A guide to quality improvement methods Guide to Ensuring Data Quality in Clinical Audits Documenting local clinical audit: A guide to reporting and recording	Retningslinjer

		An introduction to statistics for local clinical audit and improvement	
Ivers et.al	2012	Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes	Systematisk oversikt
Wong & Masterson	2015	Improving quality in intensive care unit practice through clinical audit.	Oppsummert enkeltstudier
Mainz, J et. al	2013	Kvalitetsudvikling i praksis	Bok, kapittel 10: Klinisk audit
Bowling, A	2014	Research Methods in health. Investigating health and health services	E-bok. Kapittel 1 om Audit.
Flottorp et.al	2010	Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care.	Bok

Det er brukt følgende nettsider:

Nettsider:
Helsedirektoratet.no
Nsfforskning.no
Kunnskapssenteret.no
Kunnskapsbasertpraksis.no

hqip.org.uk
lovdata.no
Helsebiblioteket.no
g-i-n.net
etikkom.no

Som en del av forarbeidet for masteroppgaven er det søkt etter tidligere kliniske audits gjort i Norge. Disse er benyttet for å få en forståelse for hvordan klinisk audit gjennomføres på best mulig måte og en oversikt over hvor utbredt metoden er. Det presenteres en tabell (vedlegg 6) med noen tidligere gjennomførte kliniske audits, for å gi et inntrykk av hva det er. Det er ikke funnet tidligere gjennomførte kliniske audit relevante for vår problemstilling.

4.1.2 Erfaringskunnskap

Prosjektet bygger også på erfaringskunnskap. I praksis under videreutdanning i intensivsykepleie erfarte forfatterne at utførelse og registrering av DSS var et fokus i den aktuelle intensivavdelingen. DSS skulle vurderes daglig, og dokumenteres av lege og sykepleier. Det skulle også dokumenteres om det fantes kontraindikasjoner for gjennomføring av DSS og om man kunne redusere sedering hos intensivpasienten.

Forfatterne fikk ved hjelp av praksisveiledere ved den aktuelle intensivavdelingen et innblikk i hvordan DSS ble gjennomført. Samtidig var det et inntrykk av at det ikke alltid ble gjennomført. Det kunne være intensivsykepleieren eller legen glemte å ta det opp under visitt, det kunne være planlagt ulike prosedyrer og undersøkelser som gjorde det vanskelig og ukomfortabelt for pasienten å være uten sedering, eller at man forventet en urolig pasient basert på tidligere erfaringer med lettere sedering hvor pasienten ikke tolererte respiratoren. Avdelingen hadde en oversiktlig og god retningslinje for DSS, men forfatterne savnet konsekvent bruk av denne.

Forfatternes erfaring med kvalitetsarbeid begrenses til kunnskap tilegnet under videreutdanning i intensivsykepleie og tidligere erfaring som sykepleiere. Forfatterne har ikke tidligere vært involvert direkte i noen form for kvalitetsarbeid. Metoden klinisk audit var derfor ukjent for både forfatterne og veileder ved Høgskolen ved begynnelsen av prosjektet og det er benyttet mye tid på å tilegne seg kunnskapen. Det er erfart at klinisk audit er en metode som kan gjøre kvalitetsarbeid på en tydelig og hensiktsmessig måte. I praksis eksisterer mange gode retningslinjer og prosedyrer, men man vet ikke sikkert hvorvidt alle benyttes regelmessig ifølge Johansen (2012). Det er tidkrevende å lage nye prosedyrer og retningslinjer, og det bør derfor også være et fokus innen kvalitetsarbeid for å undersøke om de brukes, dette kvalitetsarbeidet kan da gjerne utføres gjennom klinisk audit.

4.1.3 Pasientkunnskap

Nortvedt et. al (2013) beskriver pasientkunnskap som brukerkunnskap. I dette ligger at brukerne i større grad skal høres og ha en mening om behandling og gjøre aktive valg på egne vegne. Sederte intensivpasienter klarer ikke gi uttrykk for egne ønsker eller behov. Først og fremst på grunn av sedering, men dersom de skulle være mer våkne etter DSS kan for eksempel endotrakeal tube, analgetika eller generell utmattelse hindre pasienten i å uttrykke egne behov. Intensivsykepleierne tilstreber å møte pasientenes behov i forhold til velvære, smertelindring og behandling. Kortere tid på respirator gjør pasienten tidligere i stand til å uttrykke egne behov og ønsker. Derfor kan økt fokus på DSS være i pasientens interesse.

Litteraturen viste at DSS ville innebære lavere risiko for komplikasjoner som VAP og delirium for intensivpasienten, som følge av lang respiratortid og døgn i intensivavdeling. (Kress et.al, 2000). For å få frem relevant pasientkunnskap er det benyttet ovennevnte erfaringskunnskap og forskningskunnskap.

Det er søkt etter litteratur om intensivpasienters erfaringer med få funn. Litteratursøket gav et resultat i en artikkel av Guttormson, Lindstrom & Bremer (2015) hvor det er undersøkt hvordan pasienter opplevde og hvorvidt de husker intensivoppholdet. Nesten 30% av deltakerne ga uttrykk for at de ikke klarte å formidle sine behov når de var tilkoblet respirator. 35% husket heller ikke informasjon som ble gitt. I pasientens perspektiv sier dette at intensivpasientene er i en særstilling i forhold til bruk av pasientkunnskap. Guttormson et. al

(2015) anbefaler at det legges mer vekt på kommunikasjonsverktøy med intensivpasientene og at det legges vekt på å gjenta informasjon hyppig.

4.1.4 Kildekritikk

I all forskning og kvalitetsarbeid må det sørges for utvalgsstrategier der materialet både inneholder data om fenomenet som skal utforskes, og grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde. (Malterud, 2013).

Gjennom litteratursøket ble det funnet det mange artikler. På bakgrunn av oppgavens begrensning og for å sikre mest mulig oppdatert og gyldig informasjon ble det satt en avgrensning på årstall for publisering. Det var flere artikler av eldre dato som ga gode opplysninger om DSS og de fordeler og ulemper det gir ved bruk. For å være sikre på at forskningen var oppdatert, og for å begrense mengden litteratur, var det nødvendig å velge bort noen. Artikkelen til Kress et.al (2000) ble likevel benyttet. Den er etter forfatterens mening for gammel, men refereres jevnlig til i annen litteratur. Artikkelen til Kress et. al (2000) og flere av de andre funnene er enkeltstudier basert på små utvalg. Dette kan gi et lite representativt utvalg i forhold til resultat. For eksempel er hoveddelen av studier gjennomført i forhold til bruk av DSS gjennomført på medisinske pasienter. En årsak kan være at kirurgiske og traumepasienter vil ha økt behov for analgesi og vanskeligere tolerere DSS.

Noen artikler fokuserer på hvorfor DSS ikke benyttes til tross for fordelene det gir, som for eksempel Miller et.al (2012) som fant at god kunnskap om DSS var nødvendig for å forstå hensikten med prosedyren. Dette er et eksempel på kvalitativ forskning innen temaet DSS. Ellers har store deler av litteraturen et kvantitativt utgangspunkt, der man har samlet tall på respiratordøgn eller døgn innlagt i intensivavdeling, og muligheten for mindre medikamentbruk. Dette kan forklares ved at mye forskning er gjort av leger, og resultatene er preget av at DSS er en behandling som ordineres av lege. Det er etter forfatterens mening behov for mer forskning med sykepleierfokus for å belyse bruk av DSS, hvilken funksjon og ansvar intensivsykepleierne har og hvilke hindringer som eksisterer for bruk av DSS.

Forskningsartiklene har et pasientfokus i form av effekten DSS har for pasientene, eksempelvis hevdes det at DSS kan redusere risikoen for komplikasjoner ved

respiratorbehandling, intensivdøgn, unngå oversedasjon, ventilatorassistert pneumoni (VAP) og posttraumatisk stressyndrom. Det er benyttet en nasjonal retningslinje fra Irland / United Kingdom (Callanan et.al, 2013), som ga konkret og god informasjon om hvordan man gjennomfører punktene i en klinisk audit. Det er også benyttet en nasjonal retningslinje fra NICE (2002). HQIP (Healthcare Quality Improvement Partnership) har flere retningslinjer for klinisk audit som metode som er benyttet. Bøkene som er benyttet ga god informasjon om klinisk audit metode. All litteratur er beskrevet i kapittel 3.

Litteraturen om klinisk audit som metode har vært av nyere dato og forholdsvis entydig i hvordan man gjør klinisk audit. Dette har hjulpet for å “holde tråden” i denne auditen. Det forfatterne savnet i litteraturen er litteratur om audit i noe mindre skala. Mye av litteraturen viser til store team, og noe av litteraturen viser til egne retningslinjer for store sykehus, men ikke mindre grupper. Det hadde vært ønskelig å sett noe mer litteratur på klinisk audit i norsk helsevesen, og evaluering av hvordan metoden fungerer i praksis. Litteraturen nevner mange fordeler ved bruk av klinisk audit, men det fremkommer lite om eventuelle ulemper. Det kunne også være interessant med mer kunnskap om hvorvidt tiltak man igangsetter i trinn fem benyttes, da hele meningen med klinisk audit er å implementere endring hvis nødvendig og kartlegge på ny. Om tiltakene ikke benyttes er audit ikke vellykket og dette bør også fremkomme om det er tilfellet.

5.0 Sett kriterier og standard

Forskning presentert i kapittel 4.1.1.2, understøtter viktigheten av utførelse av DSS. Kriteriene og standard understøttes av Barr et.al (2013) og Baron et.al (2015). Ved å legge internasjonale retningslinjer til grunn for masteroppgavens kriterier, kunne resultatet på hva som gjøres i praksis, måles mot hva som anbefales internasjonalt.

Det er benyttet AGREE - instrumentet, et internasjonalt anerkjent og utprøvd verktøy for å vurdere retningslinjer. (Nortvedt et.al, 2013). Retningslinjen fra Barr et.al (2013) oppfyller de krav som stilles i AGREEs 23 punkter. Det kommer tydelig frem hvem retningslinjens målgruppe er, relevante faggrupper har deltatt i arbeidet og litteraturen de har basert retningslinjen på viser til at det er tiltak som er utprøvd på pasienter. Pasienters synspunkter og ønsker er ikke inkludert, noe som kan forklares i at intensivpasienter på grunn av sedering, endotrakealtube, smerter og andre faktorer, ikke like lett kan formidle egne ønsker eller behov. Litteraturen de har benyttet viser til forskning hvor pasienter er involvert. Retningslinjen til Barr et.al (2013) ble sist revidert i 2013. Det er ikke dokumentert at det er satt en frist for oppdatering av retningslinjen. Retningslinjen fra Baron et.al (2015) vurderes ved hjelp av AGREE til å være av tilsvarende kvalitet som Barr et.al (2013). Denne er imidlertid av nyere dato. På nettsidene til G-I-N kommer det tydelig frem at den skal revideres.

Det er på bakgrunn av retningslinjene til Barr et.al (2013) og Baron et.al (2015) utviklet følgende standard for prosjektet: Alle intensivsykepleiere skal benytte retningslinje for DSS til de respiratorpasienter som er aktuelle for bruk av retningslinjen. Standard er satt til 100% bruk av retningslinjen.

5.1 Kvalitetsindikatorer

Ved gjennomføring av klinisk audit i dette prosjektet er det benyttet kvalitetsindikatorer på prosessnivå - informasjon om aktiviteter i pasientforløpet som diagnostikk og behandling. Dette prosjektets formål er informasjon om intensivsykepleierne jobber i henhold til retningslinjen DSS, altså hva intensivsykepleierne gjør (Stubberud 2015). Strukturindikator i masteroppgaven er om intensivsykepleierne har kompetansen som kreves for å utføre DSS,

som innebærer intensivsykepleiernes kunnskap om retningslinjen, og kunnskap om hvordan å bruke retningslinjen for DSS, samt evner til å håndtere medisinsk teknisk utstyr som sprøytepumper eller respirator. Prosessindikator er at alle intensivsykepleierne skal utføre DSS etter retningslinjen. Resultatindikatorer i dette prosjektet innebærer færre respiratordøgn og forebygging av over/under sedasjon, som beskriver hva bruk av DSS kan bidra til.

6.0 Kartlegg praksis

Stortingsmelding nr.16, (2011-2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan sier at kvalitet skal måles og gjøres tilgjengelig for alle. God kvalitet på tjenestene innebærer at de er virkningsfulle, trygge, sikre, samordnet og preget av kontinuitet og de involverer brukere og utnytter ressursene på en god måte. (s. 95).

For å kartlegge dagens praksis er det benyttet kvantitativ metode for datainnsamling for å lettere tallfeste resultatene. Det er hentet inn data retrospektivt da det er anbefalt ifølge NICE (2002) ved utførelse av klinisk audit. Det er gjort en deskriptiv fremstilling av de innsamlede data for utvalget. Ifølge Polit & Beck (2017 s. 373) anvendes deskriptiv design ved å oppsummere og beskrive kvantitative data. Resultatene viser om intensivsykepleiere ved aktuell intensivavdeling bruker retningslinje for daglig sedasjonsstopp.

6.1 Utvalg

På grunn av masteroppgavens omfang er utvalget begrenset. For å klare å gå gjennom data på den tiden som har vært til rådighet og ikke få for store mengder data er det valgt å hente ut resultater for to måneder, ved hjelp av avdeling for datafangst med uthenting av data fra Metavision - elektronisk kurve. Det har vært et internt fokus på registrering av DSS i 2016 i den aktuelle intensivavdelingen, derfor ble det valgt å hente ut data for januar 2016 og desember 2016 for å sammenligne starten og slutten av året.

Utvalget består av intensivpasienter innlagt i den aktuelle intensivavdelingen i januar 2016 og desember 2016. Pasientene som ikke var respiratorbehandlet er ekskludert, ettersom respiratorbehandling er en forutsetning for gjennomføring av DSS. Forfatterne anser dette som et representativt utvalg for å besvare problemstillingen.

Det er benyttet et bekvemmelighetsutvalg for å gjøre prosessen i forhold til søknader og omfang på data til analyse enklest mulig. (Johannessen et.al, 2015). Hvilke utvalgsriterier som benyttes er avhengig av hva som er problemstillingen, hva som er praktisk og hensiktsmessig å gjennomføre (Johannessen et.al, 2015). Callanan et.al (2013) bekrefter også at et bekvemmelighetsutvalg er vanlig å benytte ved klinisk audit.

I dette prosjektet var det i planleggingen et ønske om å hente ut informasjon om sedasjonsmedikamenter, men dette viste seg å være vanskelig å gjennomføre etter samtale med avdeling for datafangst. Det ble valgt å bruke RASS som variabel for å beskrive sedasjonsnivået til pasientene i utvalget. For å finne riktig utvalg for måling er det nødvendig å benytte inklusjon og eksklusjonskriterier. (Callanan et.al, 2013).

6.1.1 Inklusjonskriterier

Valg av inklusjonskriterier er basert på oppgavens omfang og hvor realistisk det er å gjennomføre. Da hensikten er å finne svar på hvorvidt retningslinjen brukes eller ikke på pasientene som er aktuelle for DSS, er det ikke behov for mange variabler å sammenligne med.

Inklusjonskriterier for utvalget er pasienter som mottar respiratorbehandling med RASS -2 til - 5.

6.1.2 Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriteriene er basert på nøye utvelgelse av relevante variabler for datasamling og hva som var relevant for å besvare problemstillingen.

Eksklusjonskriterier er pasienter som ikke har respiratorbehandling. Pasienter med kontraindikasjoner for DSS som kramper/alkoholabstinens, økende doser sedasjon siste 12 timer, tegn til myokardischemi siste døgn, RASS score høyere enn - 2 og legeordinasjon er også ekskludert.

6.2 Datainnsamlingsmetode og variabler

Det er søkt og fått tillatelse til innhenting av data fra avdelingsledelsen og personvern avdelingen ved valgte sykehus (Vedlegg 2 og 3).

Data innhentet fra Metavision ga informasjon på følgende variabler; *antall respiratorpasienter*, *DSS utført*, *antall respiratordøgn*, og *RASS*. De to første variablene gir svar på problemstillingen, siste variabelen RASS gir et inntrykk av pasientens bevissthetsnivå, og er derfor et supplement for å forstå registreringen i de andre variablene. Antall respiratorpasienter, antall respiratordøgn og RASS er numeriske variabler. Variabelen antall respiratorpasient har blitt tildelt et eget nummer for hver pasient, mens variablene antall respiratordøgn og RASS er ført opp som tallet som er innhentet. DSS gjennomført er en kategorisk variabel, og er gitt i tallverdi.

Variabler	Verdier	Kilde
Antall respiratorpasienter	1 til 22 for januar, 1 til 37 for desember	Metavision
Antall respiratordøgn	0,2-29,4	Metavision
DSS gjennomført	1 = Ja, 2= nei	Metavision
RASS	- 5 til -2	Metavision

For å sikre valide og reliable data og unngå feilkilder er det benyttet hjelp til uthenting av data fra Avdeling for datafangst. I forskningslitteraturen brukes begrepet validitet som en betegnelse på gyldighet, som kommer fra det engelske ordet validity (Johannessen et.al, 2015).

Ved å innhente tall fra Metavision - elektronisk kurve retrospektivt er det funnet tall på i hvilken grad DSS utføres. Tallene er registrert videre manuelt i et enkelt tallskjema, dag for dag for hver pasient i en forenklet form for tidsserie for å sikre at alle registreringer var med. Den manuelle registreringen var tidkrevende. Forfatterne anser dette som gyldige og reliable data. Ved å innhente demografiske data som sedasjonsnivå gjennom RASS og respiratorbehandling kan de ulike registreringene av DSS og hvorvidt de samsvarer vurderes.

I dette prosjektet er det ønsket resultater målbare i tall, for å kontrollere om retningslinjen blir brukt eller ikke. Kvantitativ tilnærming defineres som mengdebeskrivelse for

operasjonaliserte variabler som er egnet til ulike opptellinger og statistiske analyser. (Johannessen et.al, 2015).

6.3 Analyse av data

For å analysere data er det benyttet SPSS IBM versjon 24. (Statistical Package for Social Science) for å gjennomføre kvantitative analyser. Deskriptiv statistikk er benyttet, og det oppsummeres og beskrives kvantitative data fra utvalget (Polit & Beck, 2017, s 373).

Beskrivende statistikk analyserer hvordan enheter fordeler seg på variablene i et konkret datamateriale (Johannessen et.al, 2015). Det er gjort bivariat analyse med beskrivelse av gjennomsnitt (mean) på variablene respiratordøgn og RASS. Det er gjort egne analyser for hver av månedene, deretter er dette summert.

Det er benyttet Excel for fremstilling av data i stolpediagram basert på tallene fra SPSS for å fremlegge enkle diagrammer som er lett å forstå. Det er utregnet prosent av gjennomført DSS for en tydelig fremstilling av resultatet.

6.4 Resultat

Callanan et. al (2013), og Benjamin (2008) sier det er nødvendig å gjøre en grundig analyse og vurdere funn opp mot standard som er satt. I dette prosjektets tilfelle er standard 100% utførelse av retningslinje for DSS. Resultatene fra prosjektets dataanalyse presenteres her.

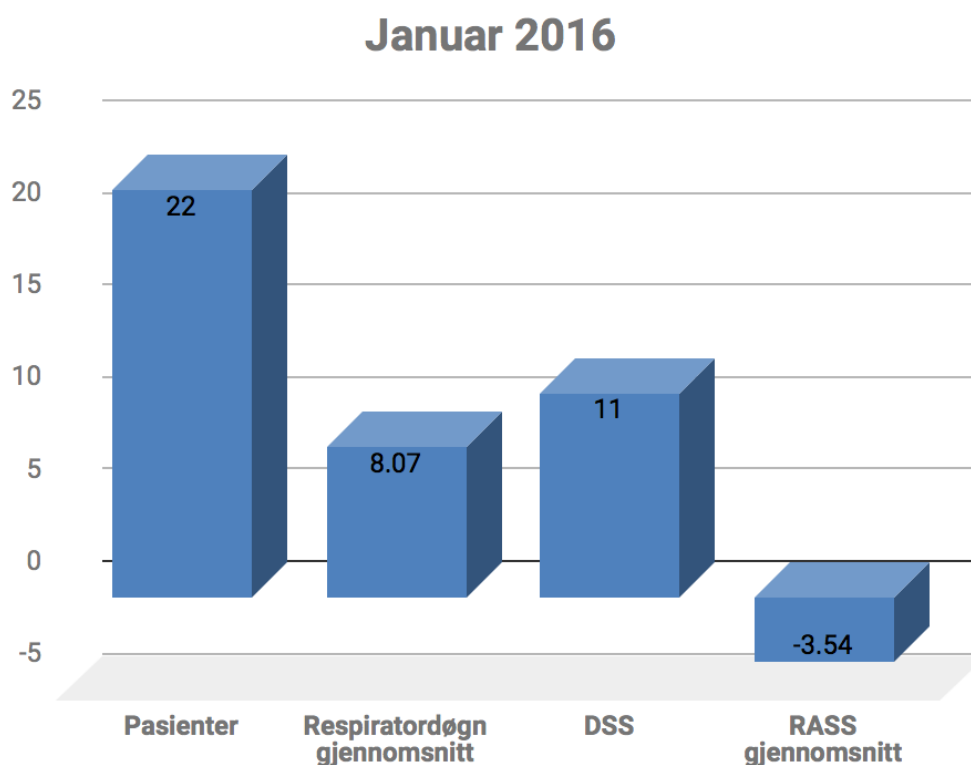
Etter å ha mottatt data fra datafangst hentet fra Metavision var antall data på totalt 329 pasienter. Etter å ha vurdert disse opp mot inklusjon og eksklusjonskriterier ble 270 pasienter ekskludert. 59 pasienter hadde vært respiratorbehandlet i lengre eller kortere tid i løpet av januar 2016 og desember 2016 og innfridde kriteriene. Variabelen DSS ble registrert på de 59 pasientene som hadde RASS -2 eller lavere.

For januar 2016 ble det observert at flere pasienter hadde RASS 0, selv om pasienten var på respirator. De pasientene ble i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene ekskludert, da dokumentert RASS ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene. Resultatene viste at i januar 2016

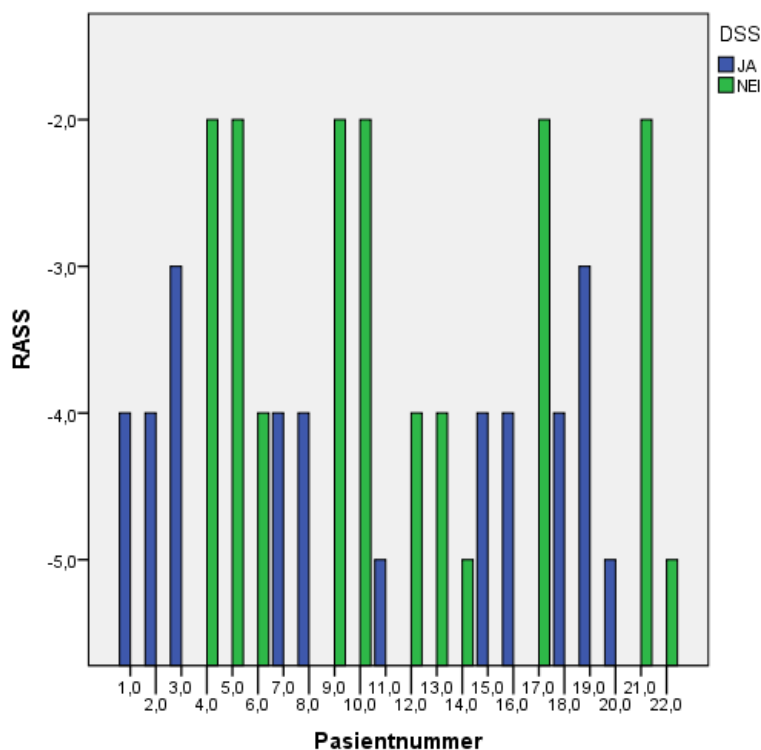
var det totalt 22 pasienter på respirator, men kun 11 av disse var det utført DSS på. Gjennomsnittlig RASS på pasienter i januar var -3,545. Pasientene ligger i gjennomsnitt mellom -3 og -4 i RASS, som innebærer moderat til dypt sedert. Dette indikerer at pasientene er aktuelle for DSS. Se tabell i kapittel 2 for forklaring av RASS.

Descriptive Statistics januar					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Respiratordøgn	22	,1	29,4	8,073	8.2326
RASS	22	-5	-2	-3,545	1,1010
Valid N (listwise)	22				

Resultatet viser at 11 av 22 pasienter fikk utført DSS, og DSS gjøres til en viss grad. I januar 2016 ble DSS gjennomført med 50%, men tilfredsstillende ikke standarden på 100% gjennomføring av DSS. Totalt respiratordøgn for januar var 177,6, og gjennomsnitt respiratordøgn på 8.



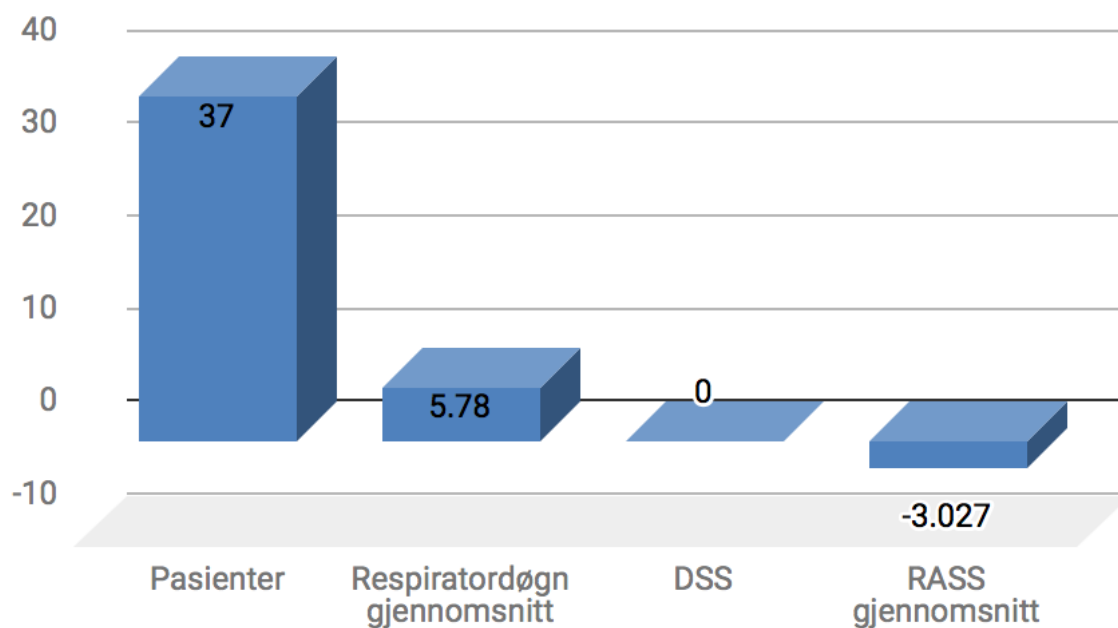
Der DSS ble utført ble det stort sett gjort på pasienter som var moderat til dypt sedert, illustrert i diagrammet under. De blå søylene illustrerer pasienter det ble gjennomført DSS på, grønn søyle viser pasienter det ikke ble utført DSS på. Det må poengteres at alle 22 pasientene i utvalget for januar 2016 var kandidater for DSS.



I desember 2016 var det 37 pasienter som var respiratorbehandlet. Ingen, altså 0 av disse pasientene var det dokumentert DSS på. I desember 2016 var det totalt 213,9 respiratordøgn. Respiratordøgn strakk seg fra 0,2 til 18,2 døgn. Likevel ble ikke DSS utført. RASS score var i gjennomsnitt - 3,027 som indikerer at pasientene var moderat sedert. Pasientene innfrir inklusjonskriteriene for DSS, men det er ikke gjennomført DSS.

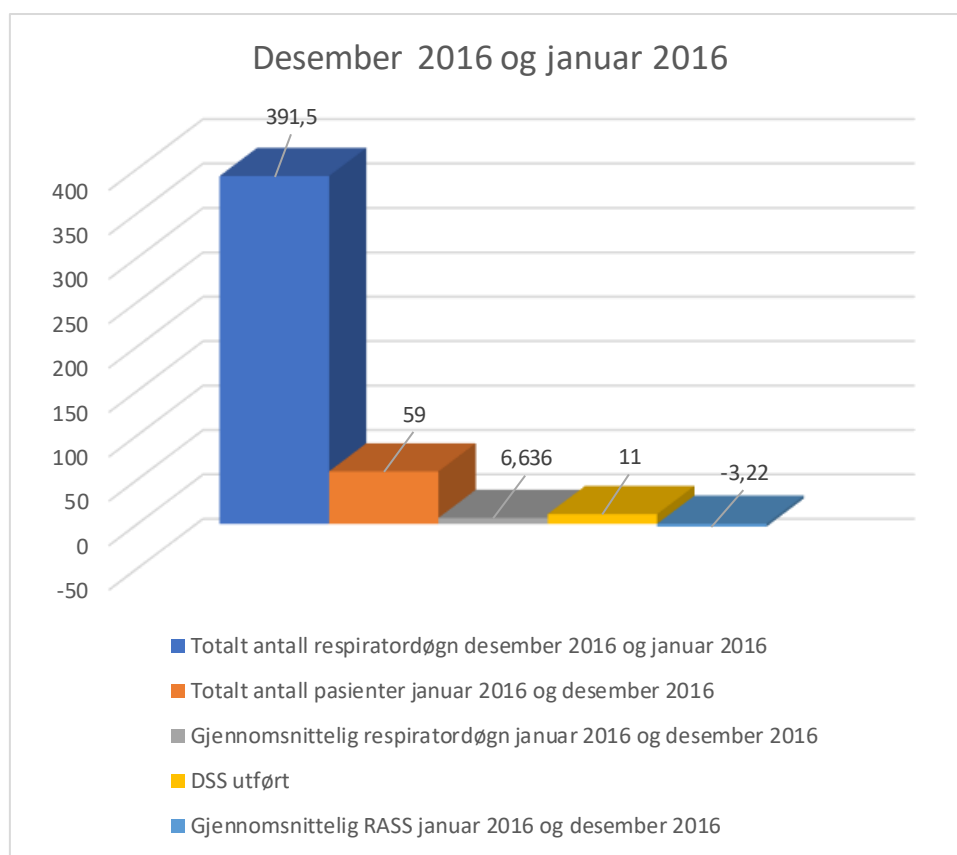
Descriptive Statistics desember					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Respiratordøgn	37	,2	18,2	5,781	5,0704
RASS	37	-5	-2	-3,027	1,0405
Valid N (listwise)	37				

Desember 2016



I tabellen under belyses gjennomsnitt respiratordøgn og gjennomsnittlig RASS for januar 2016 og desember 2016 summert. Av 59 pasienter var gjennomsnittlig tid på respirator 6,63 døgn, og gjennomsnittlig RASS er -3,22. Dette innebærer at de fleste pasientene har vært moderat sedert. Ifølge retningslinje for DSS innfrir pasientene kriteriene for DSS.

Descriptive Statistics januar og desember 2016					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
respiratordøgn	59	,10	29,40	6,636	6,4611
RASS	59	-5,00	-2,00	-3,220	1,0839
Valid N (listwise)	59				



Resultatet i diagrammet over viser totalt antall pasienter er 59 i januar 2016 og desember 2016. Disse har totalt 391,5 respirator døgn i januar 2016 og desember 2016. Gjennomsnittlig blir dette 6,63 respirator døgn på hver pasient. DSS er utført 11 ganger, og gjennomsnitt RASS er -3,22, som indikerer at pasientene er aktuelle for DSS. Av 59 pasienter ble kun 11 DSS utført. Det innebærer 18,64% utført DSS, som ikke tilfredsstillende standarden på 100% utførelse av DSS. Dette er ikke i tråd med retningslinje for DSS, ei heller litteraturen. Retningslinjene funnet ved litteratursøk anbefaler å tilstrebe et lett sedasjonsnivå (Barr et.al 2013 & Baron et.al 2015). Det drøftes nærmere eventuelle årsaker til mangelen på utført DSS i henhold til dette prosjektet i kapittel 7.

Det kan oppsummeres med at til tross for mer utført DSS i januar enn desember, er det ikke tilfredsstillende i henhold til standard på 100%. Sett i lys av regjeringens anbefaling om å måle kvalitet og gjøre resultatene tilgjengelig for alle (Stortingsmelding nr. 10, 2011-2015), er det forfatterens oppgave å opplyse om resultatet av auditen. Det er funnet at DSS ikke er utført i henhold til retningslinje for DSS i avdelingen.

7.0 Sammenlign praksis mot kriterier og standard

God kunnskapshåndtering bør ligge til grunn for faglige retningslinjer og innføring av nye metoder ifølge Stortingsmelding nr. 10 (2011-2015). Ved bruk av kvalitetskontroll bør dette følges opp for å forsikre god implementering innen gitte tidsrammer. (Callanan et.al, 2013). I dette kapitlet vil ulike sider ved metode, datasamling, analyse og funn drøftes. Videre vil det presenteres forslag til gjennomføring av trinn 5 i en klinisk audit, relatert til dette prosjektet.

Gjennomføringsraten på DSS var, som presentert i kapittel 6.4, på 18,64 % for januar 2016 og desember 2016. I januar alene var gjennomført registrering av DSS på 50%, i desember 0%. Dette viser at hverken registreringer i januar eller desember innfrir definert standard på 100% gjennomføring av DSS. Ifølge Benjamin (2008) skal resultatet samsvare med standard, hvis ikke er det potensiale for forbedring, noe som er tilfellet i dette prosjektet.

Totalt respiratordøgn for januar 2016 var 216,5, og gjennomsnitt respiratordøgn ligger på 8. Det er relativt mange respiratordøgn. I henhold til Norsk Intensivregister (2016) er antall respiratordøgn som resultatindikator satt til median på færre enn 2,5 respiratordøgn. Dette er basert på alle sykehus som rapporterer inn til Norsk Intensivregister. Sammenlignet med Norsk Intensivregisters median er 8 respiratordøgn for januar 2016 høyt. Pasienter med et langt intensivopphold trekker opp snittet i forhold til andre som ligger mellom 1 og 3 døgn på respirator. I desember var gjennomsnitt av respiratordøgn 5,7, altså nesten 6 døgn, som er høyere enn Norsk Intensivregisters mål. DSS kan ifølge Barr et.al (2013), Baron et.al (2015) og Kress et.al (2000) være med på å redusere antall respiratordøgn. Dette er gunstig for pasienten i form av lavere risiko for komplikasjoner som følge av respiratorbehandling og kortere liggetid. I dagens helsevesen er det også et økt fokus på økonomi, og færre døgn på intensivavdeling vil være kostnadsbesparende ifølge Dotsson (2010). På bakgrunn av dette ville det etter forfatterens syn vært gunstig med et høyere antall gjennomført DSS i perioden det er gjort kvalitetskontroll.

I januar 2016 var gjennomføring av DSS på 50%, som viser at det ikke ble gjort DSS i tilfredsstillende grad. Som nevnt innledningsvis hadde avdelingen satt egne mål for utvalgte risikoparametre (vedlegg 7), og forfatterne vet at i denne perioden var det kartlegging i avdelingen på risikoparametrene. Dette innebar at koordinator minnet ansatte daglig om å ta

opp DSS på visitt med lege, utføre DSS der det var aktuelt og registrere i Metavision om DSS ble utført. Dette kan innebære at det er en økt gjennomføring av DSS enn hva det vanligvis ville vært om intensivsykepleierne ikke fikk daglig påminnelse. I kapittel 6.4 er det også et diagram som viser antall pasienter, RASS og DSS utført. Diagrammet viser at de fleste DSS som ble utført i januar 2016 ble gjort på moderat til dypt sederte pasienter, som er positivt. Samtidig må risikoen for at gjennomføringen av DSS kan skyldes den daglige påminnelsen som nevnt over poengteres, samt faktumet at kun halvparten av pasientene fikk utført DSS. Alle 22 pasienter var kandidater for DSS i januar, men kun 11 DSS ble utført.

I desember 2016 ble ikke de ansatte i samme grad påminnet daglig om gjennomføring av DSS. Samtidig hadde intensivavdelingen flere pasienter i desember, sammenlignet med januar, og det er derfor etter forfatterens mening både oppsiktsvekkende og overraskende at det ikke ble utført DSS. I desember 2016 ble det ikke dokumentert DSS på noen av de 37 pasienter som ble inkludert. Desember måned trekker gjennomsnittet ned. Resultatet viser 0% gjennomføring av DSS, som ikke tilfredsstillter definert standard om 100% gjennomføring av DSS på de pasienter som er aktuelle. Årsakene til dette kan være tidspress, redusert bemanning eller mange vikarer uten kjennskap til retningslinjen. Det er kjent at desember var en hektisk måned på intensivavdelingen, dette kan være en forklaring på manglende dokumentasjon av DSS.

Det var ønskelig i planleggingen av datasamlingen å hente ut informasjon fra Metavision om respiratorbehandling, utført DSS, RASS, tid på respirator og hvilke sedasjonsmedikamenter som var gitt. Etter tilbakemelding fra datafangst kom det frem at det var teknisk umulig å hente ut informasjon om medikamenter. Dersom forfatterne skulle hatt denne informasjonen ville det medført en annen søknadsprosess. Innhenting av informasjon om medikamenter fra andre journalsystem, som DIPS ville medført utfordringer med krav om anonymiserte data. Dette ville medført behov for søknad til avdeling for personvern, REK og NSD. Det ville også tatt lenger tid slik at en gjennomføring av masteroppgaven ville blitt utsatt og oppgaven av betydelig større omfang. Det er derfor valgt å avstå fra data om medikamenter, men tatt med RASS score. Det kan ikke med sikkerhet sies at pasientene har vært sedert under tiden de har vært på respirator, men verdien av RASS forteller at de har enten vært sedert eller våkne.

Videre ble det dokumentert RASS 0 på noen respiratorpasienter. Retningslinje for DSS har tydelig definert hvilke pasienter som er aktuelle, og RASS 0 innebærer at pasienten ikke er aktuell for DSS. I innhentet data er det gjort DSS på pasienter med RASS 0. Dette kan innebære at intensivsykepleieren har manglende kunnskap om retningslinje for DSS, som kan medføre at intensivsykepleierens sekundærforebyggende funksjon for å bruke de retningslinjer som ligger til grunn for arbeidet ikke ivaretas, som i dette tilfellet er å utføre DSS på aktuelle pasienter.

I henhold til inklusjonskriteriene ble flere respiratordøgn ekskludert, da dokumentert RASS høyere enn -2 gjorde at det kunne tolkes at pasientene ikke hadde sedasjon eller at de var i en respiratoravvenningsfase hvor kun lett sedasjon var nødvendig. Dette medførte et lavere gjennomsnittlig tall for respiratordøgn.

Resultatet viste at det ikke ble utført DSS. En årsak kan være at intensivsykepleierne har glemt å registrere i Metavision. Dokumentasjon av sykepleieprosedyrer og gjennomførte retningslinjer er en del av daglig arbeid og intensivsykepleierens sekundærforebyggende funksjon. Hvis DSS er gjennomført, men ikke dokumentert, kan det antas at DSS ikke er utført. Å utføre DSS innebærer også å dokumentere det. I praksis under videreutdanning ble det observert ulik praksis rundt gjennomføring av DSS. Forfatterne opplevde selv at det enkelte dager ikke var mulig å gjennomføre DSS, da visitten ble hurtig gjennomgått og dagen var fylt opp med mange prosedyrer og undersøkelser. Det ville være lite hensiktsmessig å utføre DSS på morgenen hvis det var planlagt tracheostomering klokken 10, og pasienten nok en gang skulle legges i dyp sedasjon og smertelindres. I slike situasjoner er sykepleiedokumentasjon viktig å utføre. Da dette er en masteroppgave med tidsbegrensning søktes det ikke om tilgang i DIPS journalsystem. Dette kunne gitt utfyllende informasjon om pasientene som ble inkludert, og kanskje kunne sykepleiedokumentasjonen sagt noe om hvorvidt DSS var vurdert.

Det kan ikke med sikkerhet sies noe om hvorfor DSS ikke er gjort etter retningslinjen. Det kan være årsaker som følge av miljøet, som gjentatte telefoner som avbryter dagsplanen. Pårørende har en sentral rolle hos intensivpatienten, og noen pasienter har mange pårørende hos seg hver dag. Det er utfordrende å be pårørende forlate rommet fordi det skal utføres prosedyrer, som DSS, dette kan være med på å forklare hvorfor det ikke gjennomføres.

Kritisk syke pasienter med behov for kompleks behandling har ofte tilsyn av ulike spesialister, som igjen kan gjøre at DSS ikke gjennomføres. Som tidligere nevnt kan det også være nødvendig å utføre andre livsviktige prosedyrer som anses som viktigere enn DSS, og dermed blir det prioritert. Andre faktorer som kan påvirke er de ansatte, som vil bli utdypet mer i kapittel 7.3.1. Det kan være intensivsykepleieren har fått mangelfull opplæring. Det kan være en nyansatt, vikar eller nyutdannet intensivsykepleier som ikke er klar over retningslinjen. Det kan også skyldes uklare ansvarsforhold, eller intensivsykepleierens lojalitet til bruk av retningslinjen.

Berry et.al (2012) sier at noe av årsaken til mangelfull bruk av DSS skyldes uenighet om hvorfor DSS skal brukes. Dersom man ikke ser fordelene ved DSS ønsker man trolig ikke å utføre det. Dette samsvarer ikke med intensivsykepleierens funksjon og ansvar for å følge gitte retningslinjer. Dotson (2010) sier det kan skyldes manglende aksept blant helsepersonell for DSS, hvor tidkrevende det er å gjennomføre og bekymring for at pasienten skal autoseponere intravenøse tilganger, tube eller annet utstyr. Videre kan det være manglende aksept for retningslinjen.

Sneyers et. al (2017) så på manglende bruk av DSS og vurderingsverktøy. De fant at økt arbeidsbelastning reduserte bruk av sedasjonsskalaer. Manglende kunnskap hos sykepleiere og frykt for uheldige konsekvenser for pasientens komfort reduserte bruk av DSS. Forfatterens erfaring gir grunn til å si at dette høres troverdig ut. At merarbeid og hensyn til pasientens komfort gjør det lettere å gi mer sedering enn å vekke pasienten opp er en enkel, effektiv og mindre arbeidskrevende løsning, selv om dette ikke kan aksepteres. Forfatterne har selv erfart hvor krevende det er å ha våkne pasienter på respirator, og observert ubehaget hos pasienten ved å være våken med tube i halsen. En annen faktor som kan by på problemer kan være datasystemer, som dersom Metavision er nede, og registreringer ikke kan gjøres. Dokumentasjon skal foregå på papir ved slikt tilfelle, men det er ingen garanti for at alt dokumenteres.

7.1 Iverksett tiltak og gjør ny kartlegging

Det er ikke gjennomgått trinn fem, da dette er en masteroppgave i intensivsykepleierens funksjon og ansvar med begrensning i tid og omfang som gjør at besvarelsen begrenses til de

fire første trinnene i en audit syklus. Det blir videre belyst noen tanker omkring hvordan gjennomføre trinn 5 i klinisk audit.

I trinn fem ville det vært nødvendig å ha med ledelsen på avdelingen i prosjektet. Dette støttes av Callanan et.al (2013). Først ville det være nødvendig å presentere resultatene på en enkel og respektfull måte som er lett å forstå og akseptabel for både ledelsen og de ansatte i avdelingen. Dette kan gjennomføres ved internundervisning eller morgenmøter, hvor det kunne legges frem tabeller beskrevet i kapittel 6.4. Videre måtte det komme tydelig frem hva som skal være forandringen. I dette tilfellet vil det være å tilstrebe 100% gjennomføring av DSS på pasientene som er aktuelle for DSS. For å kunne vite hvorfor de ikke har gjennomført DSS på alle aktuelle pasienter måtte dette ha blitt kartlagt. Dette kan gjøres gjennom spørreskjemaer til de ansatte og supplert med fokusgruppeintervjuer. På denne måten kan man innhente data kvantitativt og kvalitativt, som kan gi en større forståelse for hvorfor DSS ikke blir gjennomført, og viktigst, hvordan endre dette.

Basert på resultatet kan det implementeres en endring. NICE (2002) og Callanan et. al (2013) anbefaler å dele resultatet av auditen med de ansatte for best mulig implementering av nye tiltak. Tiltakene som skal benyttes må komme frem i en plan som beskriver hva som skal gjøres og hva de ansatte må gjøre. I henhold til anbefalingene fra Stortingsmelding nr. 16 (2011-2015) bør forskning og faglig kunnskap ligge til grunn ved innføring av nye behandlingsmetoder og faglige retningslinjer.

Dersom resultatet av videre kartlegging ved gjennomføring av trinn 5 viser at det er for lite tid til å gjennomføre eller vurdere DSS under visitt, kan det vært aktuelt med et tverrfaglig arbeid for å sikre legenes og intensivsykepleiernes felles ansvar for DSS i henhold til retningslinjen. Det kan være en utfordring for intensivsykepleiere å tale pasientens sak, dersom intensivlegene ikke er enige, da det til sist er de som i henhold til retningslinjen avgjør behandlingen. For å sikre pasientens beste er det nødvendig at intensivsykepleierne gjennom sekundærforebyggende intervensjon taler pasientens sak. Riktig og konsekvent bruk av retningslinje for DSS vil sikre lik behandling, ikke tilfeldig praksis og dermed sikre kvalitet og pasientsikkerhet i avdelingen, i tråd med intensivsykepleierens funksjon og ansvar for DSS.

Det har i en lenger periode vært stor utskifting av personalet på den aktuelle avdelingen. Dersom det ble gjort en ny kartlegging og resultatet viser at det er manglende kunnskap rundt bruk av retningslinjen, kan det innebære at ikke alle har fått tilfredstillende opplæring. Da kan internundervisning på fagdager eller morgenmøter, gjennomgang av opplæringsplaner eller økt fokus på informasjon til nyansatte og vikarer være aktuelt. For å sikre utbytte av undervisningen kan dette innebære en gjennomgang av kunnskapen til den enkelte intensivsykepleier. Ved tidligere gjennomførte audits i Norge er trinn 5 for eksempel gjennomført ved undervisning etterfulgt av ny kartlegging for å vurdere effekt av undervisningen (Sjøbø, Graverholt & Jamtvedt, 2012).

Ved iverksetting av tiltak nevnt over vil det til slutt være nødvendig å gjøre en ny kartlegging for å vurdere om tiltakene som er iverksatt har medført endring. Ved å regelmessig gå gjennom alle trinnene for å tilstrebe best kvalitet, mener Callanan et. al (2013) at man oppfyller kravene til modell for kvalitetsforbedring og klinisk audit.

7.2 Styrker og svakheter ved studien

Forfatterne er masterstudenter og dette er første gang det gjennomføres et slikt prosjekt. Dette arbeidet har vært en læringsprosess på lik linje som klinisk audit og modell for kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess.

En svakhet er omfanget av vårt utvalg. Det er gjort en tidsserieanalyse over to måneder med data for å belyse problemstillingen. Forfatterne mener at det ikke er tilstrekkelig for å sikre et valid svar på om retningslinjen benyttes eller ikke. Likevel viser resultatet en tydelig indikasjon på at retningslinjen, i tidsperioden som er undersøkt, ikke brukes, da ingen av de 37 pasientene i desember 2016 som var respiratorbehandlet med RASS -2 eller lavere fikk utført DSS. Enkelte av disse hadde mange respiratordøgn. Det ble kun registrert om DSS var utført eller ikke, som ja eller nei på variabel. Det ble funnet at enkelte pasienter fikk utført DSS mer enn 1 gang. Det ble diskutert hvorvidt disse skulle inkluderes. I prosjektet ble det som beskrevet i 6.1.2 ekskludert pasienter på bakgrunn av RASS høyere enn -2. Da resultatet er fremstilt i diagrammer på antall pasienter og ikke per døgn, ble det usikkert om ekstra registrering av DSS ville gi et falskt forhøyet tall på registrert DSS. For å belyse problemstillingen og gjennomføre kontroll av hvorvidt retningslinjen brukes, mener

forfatterne at det ikke er relevant med antall DSS per pasient, men hvorvidt DSS er gjort etter indikasjon.

Fremstillingen av DSS ville blitt langt mer komplisert og vanskeligere å fremlegge på en forståelig måte dersom mer kompliserte diagrammer og statistikker ble benyttet. Da ville det vært nødvendig å lage flere diagrammer som illustrerer hver enkelt pasient med variablene hvert døgn. Tallene ville vise samme resultat, uavhengig av hvilken fremstilling som ble brukt. Resultatet viser at mindre enn 1 av 5 pasienter fikk utført DSS, og forfatterne ser det som overflødig å legge frem kompliserte statistikker og diagrammer. Resultatene som allerede er presentert er enkle, forståelige og får frem budskapet. NICE (2002) og Callanan (2013) bekrefter at det er viktig.

Prosjektet er ikke forankret i et team eller hatt en definert og tydelig leder, slik litteraturen anbefaler. Dette må sees i lys av at dette er en masteroppgave og ikke en audit av praksis i et større sykehus. For å få bedre lokal forankring ville det vært fordelaktig med tilknytning til fagsykepleiere og ledere i avdelingen som er undersøkt. Det har vært en dialog, men ikke et definert samarbeid. Det tenkes at det kunne vært en fordel med mer tilknytning til praksisfeltet, samtidig som dette ville gitt behov for mer tid og resultert i en mer omfattende besvarelse.

For å sikre valide og reliable data har det vært innhentet data gjennom avdeling for datafangst. For å ikke bruke for lang tid på uthenting av data var det nødvendig. Dersom forfatterne skulle brukt lang tid på å gå gjennom journalnotater og metavisionkurver hadde oppgaven fått et annet omfang. Det erkjennes etter å ha arbeidet med prosjektet over lengre tid at det kunne gitt andre resultater ved å gjennomføre datainnsamlingen annerledes. Uthenting av informasjon fra DIPS og sykepleiedokumentasjon kunne gitt et annet kunnskapsgrunnlag, blant annet om delirium, om DSS var vurdert, men ikke dokumentert i Metavision, eventuelt om pasienten hadde tracheostomi, som kan gjøre det lettere å være våken på respirator. Det ble på bakgrunn av kapasitet og oppgavens størrelse valgt å avstå fra dette. Det erkjennes at det kan være aktuelt å gjøre dersom man skal gå videre med problemstillingen, som ledd i et kvalitetsarbeid.

Kvalitetsarbeid er aktuelt i dagens helsevesen. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005-2015). Regjeringen har som tidligere nevnt i oppgaven, satt fokus på kvalitetsarbeid, kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhet. Det er også tidligere nevnt at det finnes mange gode prosedyrer og forfatterne registrerer at mange medmasterstudenter velger å lage forslag til fagprosedyrer. Som intensivsykepleiere mener forfatterne dette er viktig. Samtidig erkjennes det at mange prosedyrer og retningslinjer ligger tilgjengelig elektronisk eller i papirform, som ikke er i bruk, ikke bedrer kvaliteten i behandlingen eller pasientsikkerheten.

Målet for masteroppgaven var å finne svar på om retningslinje for DSS ble benyttet. Forfatterne mener problemstillingen er besvart, og definerer det som oppgavens styrke. Det ble også avdekket at observasjonene fra praksis stemte overens med resultatet. Det var antatt å finne manglende bruk av DSS men forfatterne trodde ikke resultatet ville avdekke så store avvik. At det ikke var gjennomført eller dokumentert på noen pasienter i desember 2016 var overraskende. Å sikre bruk av retningslinjen er aktuelt for en intensivsykepleiers funksjon og ansvar. Intensivsykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert og ivareta intensivpatienten. (Stubberud, 2015). Dersom de retningslinjer som ligger til grunn for intensivsykepleierens arbeid ikke benyttes, overholdes ikke intensivsykepleierens funksjon og ansvar. På den andre siden er det som belyst i kapittel 7.0, flere grunner for hvorfor DSS ikke gjennomføres. Årsakene kan ikke forsvares, men eventuelt forklare hvorfor retningslinjen ikke følges. Bekkevold et. al (2015) sier DSS ikke er regelmessig brukt i intensivavdelingene, og Dotsson (2010) bekrefter manglende bruk av DSS. For å tilstrebe økt bruk av DSS kan kanskje noen av forslagene til tiltak presentert i kapittel 7.1 benyttes.

7.3 Ethiske overveielser

Det ble søkt om utlevering av data gjennom helseforetakets personvernombud. (vedlegg 3) Med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, og personopplysningsloven § 31, ny pasientjournallov § 5, har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Personvernombudet vurderte dette prosjektet som et kvalitetssikringsprosjekt som faller inn under pasientjournalloven § 3 og helsepersonelloven § 26, som omfatter høsting, lagring og tilgjengeliggjøring samt behandling av person-/helseopplysninger. Det ble gitt tillatelse fra sykehusets personvernnavdeling under forutsetning av at alle data anonymiseres, og slettes etter at prosjektet er avsluttet (Vedlegg 3).

I henhold til Regionale komiteer for medisinsk helseforskning og forskningsetikk (REK)s retningslinjer for krav til søknad kommer det frem at kvalitetsarbeid ikke er søknadspliktig da det skilles mellom kvalitetsarbeid og forskning. (helseforskning.etikkom.no, 2017) Det ble konkludert med at søknad til REK ikke var nødvendig for videre arbeid. I prosjektet skal det kun benyttes anonymiserte dataopplysninger og det er derfor ikke søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD). Vurderingen er gjort sammen med prosjektets veileder fra Høgskolen i Oslo og Akershus og samtaler med avdeling for personvern på det aktuelle sykehuset.

I følge Helsinkideklarasjonen (2014) hviler det forskningsetiske ansvaret på forskeren. (Etikkom.no, 2014). Forfatterne er pålagt å følge forskningsetiske retningslinjer. Det er viktig å opprettholde konfidensialitet, og unngå skade. (Johannessen et.al, 2015) De nasjonale forskningskomiteene har satt ned følgende etiske prinsipper for forskning; Respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Dette innebærer at alle som deltar i forskning skal behandles med respekt uavhengig av sin rolle, det må tilstrebes å unngå uheldige konsekvenser av forskningsarbeidet. Alle forskningsprosjekt skal være rettferdig utformet og utført, og forskeren plikter å følge anerkjente normer, opptre ansvarlig, åpent og ærlig overfor kolleger og offentlighet. (Etikkom.no, 2014).

I dette prosjektet har det ikke vært behov for å skåne pasienter eller kolleger for gjennomføring da de ikke har vært involvert i prosjektets datainnsamling. Samtidig må resultatet presenteres for avdelingen, og dette må gjøres på en enkel måte uten å kritisere de ansattes arbeid eller person.

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, § 7 og §32 sier at det må forhindres at andre får adgang eller kjennskap til personopplysninger som blir behandlet, og at graden for personidentifikasjon for helseopplysninger ikke skal være større enn nødvendig for å nå formålene. Dette er ivare tatt ved at alle data mottatt fra datafangst er anonymisert og ikke gjenkjennbare. Dataene er oppbevart på sikker sone med personlig innlogging på sykehusets datanettverk, hvor avdeling for datafangst lagret dataene etter at søknad til personvern var godkjent. Egne papirer benyttet til bruk av tidsserieanalyse er holdt innelåst i skap slik at ingen andre enn forfatterne har tilgang til det. Det er innhentet bistand fra sykehusets datafangst avdeling til uthenting av data og forfatterne har dermed ikke hatt direkte innsyn i

pasientjournaler eller pasientregistre. På den andre siden kan forfatterne ikke være 100% sikre på at de data som ble søkt om er de som er tildelt. Det er risiko for feilkilder ved datafangststall. Dette basert på at avdeling for datafangst er en uavhengig avdeling med personale med annen bakgrunn enn forfatterne, og det kan ikke sies med 100% sikkerhet at datafangst ikke har misforstått søknaden i forhold til ønsket data. For å sikre at ønskede data ble uthentet ville forfatterne vært avhengige av å gjennomføre arbeidet med uthenting selv, som innebærer at forfatterne selv måtte ha anonymisert disse dataene. Dette ville vært mer tidkrevende i forhold til søknader, databearbeiding og analyse.

Forskningsmessig er ikke et bekvemmelighetsutvalg ideelt, men i dette prosjektet var det vanskelig å finne et bedre utvalg på annen måte. Johannessen et.al (2015) bekrefter at avhengig av problemstillingene, og hva som er praktisk å gjennomføre kan man velge sitt utvalg. (s.111). Forfatterne ser at det kunne vært et større utvalg ved å inkludere flere måneder, og slik oppnå et bedre vurderingsgrunnlag for problemstillingen. Det var i utgangspunktet et ønske om å samle data om sedasjonsmedikamenter, men da datafangst gjorde det klart at dette ikke var mulig, er forfatterne tilfreds med at det likevel lot seg gjøre å belyse hvorvidt DSS gjøres.

“Intensivsykepleieren skal med sin spesialkompetanse sikre at all pasientbehandling blir gjennomført på en faglig, etisk og juridisk forsvarlig måte”. (Stubberud, 2015 s.57).

Intensivsykepleieren har ved DSS et ansvar for å vurdere pasientens tilstand, gi faglige og etiske vurderinger og sammen med lege avgjøre om det skal utføres DSS. Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om en handling er rett eller gal. All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder. (Johannessen et.al, 2015). Gode etiske holdninger er en forutsetning for høy kvalitet i tjenesten. (Stortingsmelding nr. 16, 2011-2015, s. 96).

Habilitet er viktig å tenke på i forbindelse med kvalitetsarbeid, kvalitetskontroll og klinisk audit. Arbeidet må som NICE (2002) og HQIP påpeker forankres hos ledelsen. Som nevnt tidligere er ikke det gjort i dette prosjektet på grunn av oppgavens begrensning. Forankring hos ledelsen vil også være med å sikre en gjennomgang av interessentenes habilitet.

At en person er inhabil eller ugild innebærer at det foreligger omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til hans eller hennes upartiskhet. Hvis slike forhold foreligger, forutsetter reglene om habilitet at vedkommende ikke skal delta i behandlingen og i avgjørelsen av den konkrete sak. (Lovdata.no, 2016).

Forfatterne er selvstendige i prosjektets arbeid og resultatet vil ikke bli påvirket av andre interessenter. Forfatterne er studenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og har innhentet data retrospektivt slik at forfatternes nåværende status i avdelingen ikke skal ha innvirkning på resultatet. Det er ingen interessekonflikt og forfatterne får ingen betaling fra organisasjoner eller enkeltpersoner for å gjennomføre arbeidet. Dette sikrer habilitet i forbindelse med oppgaven. Det er løpende holdt ledelse og fagsykepleier informert om prosjektet. I og med en av forfatterne har vært tilknyttet avdelingen i forbindelse med bindingstid etter videreutdanning har det vært viktig at datainnsamlingen ble gjennomført av en uavhengig instans som datafangst. Ved å gjøre datainnsamlingen retrospektivt har ikke forfatternes tilknytning til avdelingen hatt innvirkning på data som er registrert. Dersom dette ikke var gjort ville det vært et etisk dilemma ved å undersøke hva kollegers praksis var ved bruk av retningslinjen, og kunne gitt feil resultat av registrering av DSS, ved for eksempel overregistrering for å bevise at det gjennomføres.

En annen etisk utfordring var valg av datasamling. Det ble lenge vurdert å benytte spørreskjemaer, da tidligere kliniske audits hadde benyttet det. Dette ville gitt utfordringer med nok besvarelser, og kanskje gjenkjennbarhet i forhold til kolleger. Dette ledet til at valg av intervjuer og spørreskjema ville bli for nært til forskningsområdet og medføre økt press på de ansatte, og trolig også lavere svarprosent. Imidlertid kunne det ha belyst noe mer om hvorfor DSS ikke gjøres. Det kan være aktuelt å undersøke dette nærmere ved gjennomføring av trinn 5.

Når forfatterne senere skal presentere resultatene for avdelingen kan det være utfordrende for intensivavdelingen å høre at de burde endre praksis. Forfatterne har ikke en sentral posisjon i avdelingen og vil være avhengige av støtte fra ledelsen for å få gjennomslag for en eventuell kartlegging av manglende gjennomføring av DSS og implementering av nye tiltak foreslått i kapittel 7.1. Dette understøttes av NICE (2002) og Callanan et.al (2013).

Å arbeide kunnskapsbasert kan være krevende som beskrevet i kapittel 7.3.1. Ved ny gjennomføring av kvalitetskontroll og klinisk audit kan det antas at de ansatte i intensivavdelingen kan oppleve dette som et overtramp på deres praksis og arbeidsplass. Ved bruk av spørreskjema, risikeres det at de ansatte diskuterer spørsmålene med hverandre og kan gjenkjenne kollegers besvarelse. Ved bruk av gruppeintervjuer vil det også være risiko for brudd på taushetsplikt omkring opplysningene som kommer frem. Dette kan bidra til å svekke tilknytning til auditen, ved at personalet vegrer seg for å delta i intervjuer, eller svare på spørreskjema av frykt for å bli uthengt eller anklaget for dårlig arbeid. Det er viktig å sikre anonymitet for de involverte. Intensivsykepleierne kan også mene at det ikke er nødvendig med gjennomføring av audit, og ikke ønske å delta, da det oppleves som ekstraarbeid. Dette vil kunne medføre liten tillit til prosjektets resultat og forfatterens arbeid. Tilstrekkelig informasjon i forkant, underveis og ved tilbakemelding av resultatet og før eventuelle nye tiltak er nødvendig for å unngå misforståelser og problemer for gjennomføringen. Slik kan også de ansatte få et eierskap til auditen, og unngå negativ innstilling av å bli kontrollert. Kombinert med god tilknytning til ledelsen vil det gjøre det lettere å implementere eventuelle tiltak i etterkant av kvalitetskontroll og klinisk audit slik det anbefales fra Callanan et.al (2013) og HQIP (2015).

7.3.1 Intensivsykepleiernes holdning til kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll

Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere pålegger intensivsykepleiere å arbeide med kvalitetsarbeid. Dette innebærer å være faglig oppdatert og følge siste nye forskningskunnskap (Nsf, 2015). Stubberud (2015) skriver at kvalitetsarbeid er å sikre god kvalitet på helsetjenester, kvalitetssikring og kvalitetskontroll. Også regjeringen påpeker at man må prioritere forskning som er relevant for tjenesten, bli bedre til å ta i bruk ny kunnskap og utnytte pasientnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedring (Stortingsmelding nr.10 2012-2013 s.15).

Intensivsykepleiere er forpliktet til å holde seg oppdatert i faget for å bidra til å kvalitetssikre pasientbehandlingen. Også gjennom kvalitetskontroll, for å vite at man jobber utfra nylig oppdaterte faglige prosedyrer og retningslinjer. Eksempelvis er det et krav til oppdatering av

eksisterende prosedyrer etter en gitt tid. Retningslinjen, som er grunnlaget for prosjektet, har frist for revisjon 03.11.2018.

Intensivsykepleie er et krevende yrke i forhold til pasientgruppe, arbeidstid, medisinteknisk utstyr og faglig kompleksitet og kan skape utfordringer i å gjennomføre kvalitetsarbeid, som mangel på tid, ressurser og behov for samarbeid med leger og andre yrkesgrupper. Manglende kvalitetsarbeid og kvalitetskontroll gir konsekvenser for pasientens behandling og overvåkning, når kvalitetsarbeid ikke benyttes. Manglende gjennomføring av DSS betyr at pasienten ikke vil få optimal og individuelt tilpasset behandling, og dermed øke risiko for tidligere beskrevne komplikasjoner ved langvarig respiratorbehandling. (Kress, 2000)

Klinisk audit er en dynamisk prosess som måler klinisk praksis med kunnskapsbasert, evidensbasert testing av beste praksis, lager strategier for forbedring og måler effekten av endringene (Wong & Masterson, 2013). Om det arbeides ut fra “gammel vane”, vil dette ramme pasienten i form av feilbehandling og risiko for komplikasjoner. I tillegg kommer økte kostnader og ressursbruk.

Snibsøer, Olsen, Espehaug & Nortvedt (2012) kartla holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis hos personer som hadde fullført videreutdanning i kunnskapsbasert praksis. De fant at deltakerne var positive til kunnskapsbasert praksis, men deltakerne som arbeidet i klinisk praksis utførte sjelden aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis. Det innebærer at kunnskapsbasert praksis ikke er i bruk, og pasientenes behandling er ikke basert på siste anbefalte forskning. På den andre siden kan det bety at det ikke settes av nok tid til å arbeide med kunnskapsbasert praksis, kvalitetsarbeid eller kvalitetskontroll. Dette kan skyldes flere ting, manglende ressurser, sykdom, lite tilgang til pc eller databaser for litteratursøk i avdelingen og til sist manglende aksept eller forståelse for arbeidet, eller dårlig forankring hos ledelsen. Dette kan vise at helsepersonell er positive til å arbeide kunnskapsbasert og holde seg faglig oppdatert, men at det er vanskelig å gjennomføre i praksis på grunn av ovennevnte. Som nevnt tidligere kan slike utfordringer også knyttes opp mot årsaker til at DSS ikke utføres. (Dotsson 2010 og Sneyers et.al 2016,). Dersom det er slik vil det også gi konsekvenser for pasientene. Manglende oppdatert kunnskap reduserer pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingen.

I en travel intensivavdeling er det ikke like forutsigbart når man kan sette seg ned og søke etter forskningslitteratur. Ofte er man avhengig av kollegers erfaringer og kunnskap, eventuelt prosedyrer som ikke alltid er oppdatert innen fristen. Om man er nyansatt i avdelingen, er man delvis avhengig av at kolleger eller andre ansvarlige informerer og opplyser om hvilke retningslinjer som ligger til grunn for arbeidet og hvor disse er. En intensivavdeling kan være travel, og kanskje får nyansatte ikke alltid fullført opplæringsperioden, med følgende mangler i den nyansattes kunnskapsgrunnlag. Noen ganger kan det skyldes at man ikke ser nytten av å benytte retningslinjen, og unngår å følge den på bakgrunn av egne vurderinger. (Dotsson, 2010 og Sneyers et.al 2017). Å bli kontrollert i måten man utfører sitt arbeid på kan være belastende og krevende. Dette avhenger av måten det gjennomføres på. Om noen skulle være tilstede i avdelingen daglig for å observere om DSS gjennomføres ville kvalitetskontrollen vært påtrengende for personalet. Det antas at dette også ville påvirket resultatet.

Kvalitetskontroll bør som Callanan et.al (2013), og regjeringen påpeker gjennom Stortingsmelding nr.10 (2011-2015) forankres i ledelsen. Forfatterne fant at avdelingen det er tatt utgangspunkt i har hatt et overordnet mål om å redusere respiratortid hos intensivpasientene og satt opp DSS, SBT og sentrale katetre som risikoparametre i avdelingen i 2016. Slik sett er det gjennomført en kvalitetskontroll med følgende resultatindikator; "At faktisk RASS samsvarer med forordnet RASS" (Vedlegg 7), som er med på å øke pasientsikkerheten og styrke intensivsykepleierens ansvar for kvalitetskontroll. Forfatterne er ikke kjent med resultatet av dette arbeidet, men erkjenner at avdelingen har hatt et internt kvalitetsarbeid i perioden prosjektets data er uthentet.

7.3.2 Ikke skade - velgjørhetsprinsippet

Ikke- skade og velgjørhetsprinsippet betyr plikten til å ikke skade andre og plikten til å gjøre godt mot andre. Disse to prinsippene hører tett sammen og betraktes av mange som samme sak. (Brinchmann, 2016). Dette innebærer å sikre at pasienten ikke skades av nytteløse undersøkelser og behandling, forebygge lidelse og ivareta en verdig død. (Stubberud, 2015). Det kan være krevende å ha en tilnærmet våken, men ikke samarbeidende eller orientert pasient på respirator, med tilhørende utstyr i en intensivavdeling. En pasient som drar i tuben eller i intravenøse tilganger krever at intensivsykepleieren er tilstede og påser at pasienten ikke skader seg selv, ødelegger utstyr eller skader andre.

Bruk av kvalitetsarbeid, i form av kvalitetskontroll kan bidra til ikke skade-velgjørhetsprinsippet ved å sette lys på hvorvidt retningslinjen for DSS benyttes. Mindre fokus på fag, retningslinjer og prosedyrer kan medføre potensiell fare for pasientene i form av feilbehandling, basert på manglende kunnskap. Om DSS benyttes etter retningslinjen, kan dette styrke prinsipper om ikke - skade og velgjørhet ved at pasienten får en kvalitetssikret og kontrollert behandling, unngår komplikasjoner og kan avvennes fra respirator tidligere. Benytter man ikke DSS, kan det øke risikoen for komplikasjoner og forlenget behandlingstid og bryte med ikke-skade, velgjørhetsprinsippet. Å ivareta pasientens interesser ved bruk av DSS, for eksempelvis raskere ekstubering og muligheter til å kommunisere for pasienten kan styrke velgjørhetsprinsippet. Også sekundær og tertiærforebyggende intervensjoner ved bruk av DSS kan styrke ikke-skade, velgjørhetsprinsippet ved å unngå komplikasjoner ved lang respiratortid, som fare for VAP, liggesår og muskelsvekkelse hos intensivpasienten.

7.3.3 Rettferdighetsprinsippet

“Like tilfeller skal behandles likt”. (Brinchmann, 2016 s. 92). “Uavhengig av sosial status, kjønn, rase og påtrykk fra familie har alle pasienter lik rett til medisinsk behandling og sykepleie”. (Stubberud, 2015. s. 59). Dette innebærer at alle pasienter har krav på lik behandling uavhengig av hvilket sykehus de er innlagt ved, hvilken intensivsykepleier og hvilken lege som er ansvarlig for behandlingen.

En tilfeldig praksis hvor det er opp til den enkelte intensivsykepleier og lege om retningslinje for DSS benyttes vil ikke oppfylle rettferdighetsprinsippet. Med lik praksis hvor alle pasienter som er kandidater for DSS behandles etter retningslinjen oppfyller kravet om rettferdighetsprinsippet med lik og beste faglige begrunnede behandling for alle som er aktuelle for DSS. Om det hadde blitt gjennomført klinisk audit ved flere intensivavdelinger og eventuelt endret praksis til å være lik ved alle avdelinger ville dette kunne bidra til økt ivaretagelse av rettferdighetsprinsippet. Å sikre at alle pasienter som faller inn under kriterier for DSS får dette utført vil øke pasientsikkerheten. En manglende gjennomføring av retningslinjen vil redusere pasientsikkerheten i avdelingen ettersom retningslinjen er laget for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i arbeidet. En tilfeldig måte å arbeide på, basert på den enkelte intensivsykepleiers erfaring, holdning og kunnskap om DSS vil medføre lite

kontinuitet for pasienten og økt fare for komplikasjoner, som for eksempel følger av lenger liggetid på respirator, som VAP (Kress et.al, 2000).

Ved en anonym og uavhengig retrospektiv datainnsamling sikres rettferdig og lik vurdering av data som er hentet til klinisk audit. Slik sikres en uavhengig kvalitetskontroll av hvorvidt DSS utføres eller ikke. I dette prosjektet er det ingen kjennskap til hvilke intensivsykepleiere som ikke følger retningslinje for DSS. En tilbakemelding om at avdelingens praksis må justeres, må være rettferdig ved at alle involveres og ingen enkeltpersoner blir uthengt.

8.0 Konklusjon

Etter nøye vurdering og analyse av data og funn, er konklusjonen at standard på 100% ikke ble tilfredsstilt. Kun 50% DSS var gjennomført i januar 2016 og ingen, altså 0% DSS var gjennomført i desember 2016. Sammenlagt for januar 2016 og desember 2016 var kun 18,64% DSS gjennomført.

Oppgaven konkluderer med at DSS i de fleste tilfeller ikke har blitt gjennomført, noe som strider imot retningslinjen. Dette er heller ikke i tråd med anbefalingene fra forskningslitteraturen.

Forfatterne mener kvalitetskontrollen gjennomført ved klinisk audit har avdekket et hull i avdelingens praksis, som kan medføre svekket kvalitet i behandling og pasientsikkerhet. Det kan være aktuelt å sette i verk tiltak for å forbedre dette, med en påfølgende ny kvalitetskontroll, i tråd med modell for kvalitetsforbedring og klinisk audit, hvor det bør benyttes et større datagrunnlag enn i dette prosjektet.

Litteraturliste

Artikler:

Arbeider jordmor kunnskapsbasert?

Aasekjær K., Jamtvedt G. & Graverholt B. 2012

Sykepleien Forskning nr.3. 2012. s. 214-222

DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0127

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/pdf/1060704.pdf>

Meta-analysis of randomised controlled trials on daily sedation interruption for critically ill adult patients.

Augustes R., Ho K.M.

Anaesthesia and Intensive Care, May, 2011, Vol.39, s.401

Hentet 26.08.16/10.11.17

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=47435f15-cd19-42e9-a0f9-7a716229866b%40sessionmgr4007>

Clinical Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit.

Barr, J. et al (2013). Critical Care Medicine. 41(1): 263-306.

DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72

http://ovidsp.tx.ovid.com.ezproxy.hioa.no/sp-3.27.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=CNBHFPPJLBDDKPNJNCFKPEOBIJAHAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00003246-201301000-00029%26S%3dCNBHFPPJLBDDKPNJNCFKPEOBIJAHAA00&directlink=http%3a%2f%2fovidsp.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCOBPENJLB00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00003246%2f00003246-201301000-00029.pdf&filename=Clinical+Practice+Guidelines+for+the+Management+of+Pain%2c+Agitation%2c+and+Delirium+in+Adult+Patients+in+the+Intensive+Care+Unit.&pdf_key=FPDDNCOBPENJLB00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv023/00003246/00003246-201301000-00029

Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine.

Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version.

Baron R., Binder A., Biniek R., Braune S., Buerkle H., Dall P., Demirakca D., Eckardt R., Eggers V., Echler I., Fietze I., Freys S., Fründ A., Garten L., Gohrbandt B., Harth I., Hartl W., Heppner H.J., Horter J., Huth R., Janssens U., Jungk C., Kaeuper K.M., Kessler P., Kleinschmidt S., Kochanek M., Kumpf M., Meiser A., Mueller A., Orth M., Putensen C., Roth B., Schaefer M., & Schaefer R.

German Medical Science 2015, Vol.13.

DOI [10.3205/000223](https://doi.org/10.3205/000223)

<http://www.egms.de/static/en/journals/gms/2015-13/000223.shtml>

Relation of reported sedation and ventilator weaning practices to ventilator time in Norwegian intensive care units.

Bekkevold. M, Kvåle. R & Brattebø. G

Journal of Critical Care Medicine Volume 2015.

<http://dx.doi.org/10.1155/2015/173985>

<https://www.hindawi.com/archive/2015/173985/>

Audit: how to do it in practice

Benjamin, A. 2008, BMJ .

<https://doi.org/10.1136/bmj.39527.628322.AD>

Daily interruptions of sedation: A clinical approach to improve outcomes in critically ill patients.

Berry E., Zecca H.

Critical Care Nurse Vol 32, No.1 Februar 2012. s. 43 - 51.

DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.4037/ccn2012599>

Hentet 26.08.16

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=d0ca5ad2-e298-4d82-bb55->

[eb1bba4b24a4%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4101&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104517086&db=c8h](http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=d0ca5ad2-e298-4d82-bb55-eb1bba4b24a4%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4101&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104517086&db=c8h)

APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. Dec 2010

doi: 10.1503/cmaj.090449

http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf

Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation

Burry L, Rose L, McCullagh I, Fergusson D A, Ferguson N, Mehta S.

First published: 9 July 2014

Editorial Group: Cochrane Anaesthesia, Critical and Emergency Care Group

DOI: 10.1002/14651858.CD009176.pub2

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009176.pub2/full>

A Practical Guide to Clinical Audit

Callanan I., Malone J., Lanigan A.M., Conion, B., Quigley C., Clarke J., McKenzie K., Reid L., Mayce N., Ryan R., Hughes S., O Connor S., O Halloran S., and Ryan W.

The Directorate of Quality and Patient Safety. United Kingdom & Ireland.2013.

Hentet 10.11.2017 fra

<http://www.kznhealth.gov.za/family/Practical-Guide-Clinical-Audit.pdf>

Daily interruption of sedation in patients treated with mechanical ventilation.

Dotson B.

American Journal of Health-System Pharmacy, 2010, Vol.67(12), p.1002-1006

DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.2146/ajhp090134>

Hentet 26.08.16

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=ac4d166c-109a-4973-a286-1adc1358cc74%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105030056&db=c8h>

Generelle forskningsetiske retningslinjer

De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Programplan for mastergradsstudium i intensivsykepleie

Fakultet for helsefag Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid (SHA)

Høgskolen i Oslo og Akershus, 2015

[https://fronter.com/hioa/links/files.phtml/1720286291\\$786785935\\$/Programplan/MA+Intensiv+MINT+Programplan+2015.pdf](https://fronter.com/hioa/links/files.phtml/1720286291$786785935$/Programplan/MA+Intensiv+MINT+Programplan+2015.pdf)

A guide to quality improvement methods

Fereday, S. 2015. Healthcare Quality Improvement Partnership Ltd.

<https://www.hqip.org.uk/public/cms/253/625/19/38/Guide-to-quality-improvement-methods-2015-7-1.pdf?realName=3hoUed.pdf&v=0>

Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care.

Flottorp S. A., Jamtvedt G., Gibis B., McKee M. 2010.

Hentet 04.09.2016 fra:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf

Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 6 - 2008.

Folkehelseinstituttet

<https://www.fhi.no/publ/eldre/utvikling-og-bruk-av-kvalitetsindikatorer-for-spesialisthelsetjenesten/>

Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal.

Fuchs,B.,Bellamy, C.,Parsons, PE, Avidan,M and Finlay,G. UpToDate, 2016

Hentet fra UpToDate 25.08.2016

<http://www.uptodate.com.ezproxy.hioa.no/contents/sedative-analgesic-medications-in->

[critically-ill-adults-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?source=search_result&search=sedation&selectedTitle=2%7E150](#)

Helsinkideklarasjonen

Førde R. De Nasjonale Forskningsetiske komiteene. 2014.

Hentet 19-09.2016.

<https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

“Not being able to talk was horrid”: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation

Guttormson J.L., Lindstrom K. & Bremer R.M.J.

Intensive and Critical Care Nursing Volume 31, Issue 3, June 2015, Pages 179-186

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.007>

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hioa.no/science/article/pii/S0964339714000949?via%3Dihub>

Klinisk audit for å kartlegge om rutiner for blodsukkerregulering hos personar med diabetes i norske sjukeheimar var i samsvar med anbefalingar frå forskning og kunnskapsbaserte retningslinjer.

Heimro L. S & Haugstvedt A. 2015

Sykepleien Forskning nr. 3, 2015.

https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/15fo3_art_heimro_3015.pdf

Best Practice in Clinical audit

Healthcare Quality Improvement Partnership Ltd, 2016.

<https://www.hqip.org.uk/public/cms/253/625/19/659/HQIP%20Guide%20for%20Best%20Practice%20in%20Clinical%20Audit.pdf?realName=wdpgPp.pdf&v=0>

Guide to Ensuring Data Quality in Clinical Audits

Healthcare Quality Improvement Partnership Ltd, 2011

<https://www.hqip.org.uk/resources/hqip-guide-to-ensuring-data-quality-in-clinical-audits/>

<https://www.hqip.org.uk/public/cms/253/625/19/191/HQIP-Guide-to-Ensuring-Data-Quality-in-CA-Reviewed%202011.pdf?realName=Zmh8bI.pdf&v=0>

Documenting local clinical audit: A guide to reporting and recording

Healthcare Quality Improvement Partnership Ltd, 2016

<https://www.hqip.org.uk/public/cms/253/625/19/622/HQIP%20Documenting%20local%20clinical%20audit%20a%20guide%20to%20reporting%20and%20recording.pdf?realName=5V2jzb.pdf&v=0>

An introduction to statistics for local clinical audit and improvement

Healthcare Quality Improvement Partnership Ltd, 2015

<https://www.hqip.org.uk/public/cms/253/625/19/432/07188%20HQIP%20An%20introduction%20to%20statistics%20FINAL%20Feb.16.pdf?realName=yjRtlm.pdf>

Meld. St. 10 God kvalitet - trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse - og omsorgstjenesten. 2012-2013.

Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>

Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2012-2015.

Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec1>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgsdepartementet

Lovdata.no

Hentet 05.09.2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)

Helse- og omsorgsdepartementet, 2008

Lovdata.no

Hentet 11.11.2017

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1

Viser vektene på helsestasjonene korrekt vekt?

Håpoldøy R., Espenes L. & Sollesnes R. 2016

Sykepleien Forskning nr. 10, 2016

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-59865.pdf>

Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes

Ivers N., Jamtvedt G., Flottorp S., Young J.M., Odgaard-Jensen J., French S. D., O'Brien M.A., Johansen M., Grimshaw J. & Oxman A.D. 2012

DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/abstract;jsessionid=26A205A4FD0E182744A23256AF9EFC3E.f03t02>

Vi trenger brukbare prosedyrer.

Johansen S. Sykepleien Forskning 4, 2012 s. 369.

<https://sykepleien.no/2012/12/vi-trenger-brukbare-prosedyrer>

Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit

Johnston G., Crombie I.K., Davies H.T.O., Alder E.M. & Millard A. 2000.

Quality in Health Care nr. 9 s.23-36

Hentet 26.10.2017

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743496/pdf/v009p00023.pdf>

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

Justis- og beredskapsdepartementet, 2008

Lovdata.no

Hentet 11.11.2017

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=lov%20om%20personopplysninger>

Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2001

Lovdata.no

Hentet 11.11.2017

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-15-1265?q=Personopplysningsforskrift>

Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation

Kress, John P, Pohlman, Anne S, O'Connor, Michael F, Hall, Jesse B

The New England Journal of Medicine 342.20 (May 18, 2000): 1471-1477.

<https://search-proquest-com.ezproxy.hioa.no/docview/223936021?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=26439>

Regler om habilitet.

Lovdata.no 2012.

Hentet 19.09.2016 https://lovdata.no/artikkel/regler_om_habilitet/55

Verdt å vite om kvalitetsindikatorer.

Mathisen L, Nordbø Ø. Sykepleien 2011/1 s. 32-34

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/pdf/583009.gen-ext.pdf>

Daily Sedation Interruption in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients Care for With a Sedation Protocol. A Randomized Controlled Trial.

Mehta S., Burry L., Cook D., Fergusson D., Steinberg M., Granton J., Herridge M., Ferguson, N., Devlin J., Tanios M., Dodek P., Fowler R., Burns K., Jacka M., Olafson K., Skrobik Y., Hébert P., Sabri E. & Meade M.

JAMA. 2012. s. 308. DOI:10.1001/jama.2012.13872.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1380160>

Implementation challenges in the intensive care unit: The why, who and how of daily interruption of sedation.

Miller M.A., Bosk E.A., Iwashyna T.J., Krein S.L.

Journal of Critical Care. 2012, Vol.27.

DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.jcrc.2011.11.007>

Hentet 26.08.16

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hioa.no/science/article/pii/S0883944111004904>

Daily sedative interruption versus intermittent sedation in mechanically ventilated critically ill patients: a randomized trial.

Nassar A.P., Park M.

Annals of Intensive Care, 2014, Vol.4(1), pp.1-12

DOI:10.1186/2110-5820-4-14

Hentet 26.08.16 <http://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/2110-5820-4-14>

National Institute for Clinical Excellence [NICE] Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002

http://www.nice.org.uk/media/796/23/bestpracticeclinicalaudit.pdf&ved=0ahUKEwjL7MWgmOnWAhVsAZoKHf_mD5MQFggcMAA&usg=AOvVaw3TdNkUodoaRwFKv6fxsvz4

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler.

Norsk Sykepleierforbund. 2011. Oslo. https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Funksjonsbeskrivelse for sykepleiere.

Vedtatt av generalforsamlingen i Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) 2002. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125359/270500/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>

Resultater publisert

Norsk Intensivregister 2016

Hentet 10.11.2017

<https://www.kvalitetsregistre.no/registers/551/resultater/837>

Sedation practice in three Norwegian ICUs: A survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice

Randen I. & Bjørk T. 2010.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.006>

[http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(10\)00060-1/fulltext](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(10)00060-1/fulltext)

Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten.

Rygh LH, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, Halvorsen M, Kittelsen SAC, Magnus T, Nguyen KN, Thesen J, Tjomsland O.

Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16 – 2010.

<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

The Richmond Agitation–Sedation Scale. Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients

Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O'Neal P. V., Keane K.A., Tesoro E., P., & Elswick R. K.

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Vol. 166, No. 10 | Nov 15, 2002

<https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>

<http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.2107138>

Predictors of clinician's underuse of daily sedation interruption and sedation scales

Sneyers B., Henrard S., Laterre P.F., Perreault M.M., Beguin C., Wouters D., Speybroeck N. & Spinewine A.

Journal of Critical Care 38. 2017 s.182-189

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.021>

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hioa.no/science/article/pii/S0883944116303276>

Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpatienten

Sjøbbø B., Graverholt B., og Jamtvedt G.

Forskning nr 4, 2012. s. 358-368

DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0155

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/1088965.pdf>

...Og bedre skal det bli!

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver.

Sosial- og helsedirektoratet. 2005-2015.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis.

Snibsøer A.K., Olsen N.R., Espehaug B. og Nortvedt W. M. 2012.

Sykepleien Forskning 3. S. 232-241.

doi:10.4220/sykepleienf.2012.0129.

<https://sykepleien.no/forskning/2012/10/holdning-og-atferd-knyttet-til-kunnskapsbasert-praksis>

Sedasjonsstopp til respiratorbehandlede intensivpasienter?

Storsveen A-M. Inspira. Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere. 2. 2010. S. 14-17.

<https://www.nsf.no/Content/460289/IINSPIRA%202:2010.pdf>

Manglende registrering av fall i sjukeheim

Øygard S.H, Andersen J. R, Sandsvoll A.M & Ytrehus S. 2017

Sykepleien Forskning, 2017

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-62446.pdf>

Improving quality in intensive care unit practice through clinical audit.

Wong A. and Masterson G. Journal of intensive Care Society 2015, vol. 16 s.5-8.

DOI: 10.1177/1751143714551252

<http://journals.sagepub.com.ezproxy.hioa.no/doi/abs/10.1177/1751143714551252>

Bøker.**Etikk i sykepleien. 4. Utgave.**

Brinchmann B.S. (Red.) 2016.

Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Intensivsykepleie

Kapittel 2 og 7.

Gulbrandsen T., Stubberud D-G,. 2015. Cappelen Damm Akademisk AS. Oslo.

Introduksjon til SPSS.

Johannessen A. 2009. (4.utg.) Oslo: Abstrakt Forlag.

Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. 2015. (4.utg.) Oslo: Abstrakt forlag.

Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring.

Malterud K. 2013. Universitetsforlaget. Oslo.

Kvalitetsudvikling i praksis.

Mainz J., Bartels P., Bek T., Pedersen K.M., Krøll V., Rhode P.

1 utgave, 3 opplag 2013, Munksgaard, København 2011.

Kapittel 10. Ammentorp J., Blomhøj G. & Mainz J.

Jobb kunnskapsbasert.

Nortvedt, M.W., Jamtvedt G., Graverholt B., Nordheim L.V. & Reinart L.M.

Akribe. Oslo. 2013

Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice. Tenth edition

Kapittel 16.

Polit D. og Beck C. T.

Wolters Kluwer 2017. Philadelphia.

E-bok:

Research Methods In Health : Investigating Health And Health Services

Ann Bowling 2014. McGraw-Hill Education

Hentet 20.10.17 fra

<https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.hioa.no/lib/hioa/reader.action?docID=1910222>

Reducing Mortality in Critically Ill Patients

Landoni G., Mucchetti M., Zangrillo A. & Bellomo R.

Kapittel 7. S 53-59

ISBN978-3-319-17515-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-319-17515-7

© Springer International Publishing Switzerland 2015

<https://link-springer-com.ezproxy.hioa.no/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-17515-7.pdf>

Bilder

Richmond Agitation and Sedation Scale norsk oversettelse.

Hentet 25.10.2017

Helsebiblioteket 2013.

www.helsebiblioteket.no

S-Pyramiden

Hentet 14.09.2016

<https://vimeo.com/169528268>

Kunnskapsbasert praksis modell.

Helsebiblioteket.no

Hentet 09.09.16.

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kunnskapsbasert-praksis/om-kunnskapsbasertpraksis-som-kvalitetsforbedring>

Trinnene i kunnskapsbasert praksis

Helsebiblioteket.no

Hentet 06.11.2017 på

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Modell for kvalitetsforbedring.

Helsebiblioteket.no 2016.

Hentet 01.09.2016 på <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Klinisk audit modell.

Hentet 14.09.2016

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/evaluere-praksis>

Kvalitetsstjerne basert på de seks dimensjonene i Kvalitetsstrategien

Hentet 26.10.2017 fra

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Fiskebeinsmetoden

HQIP 2015, A guide to quality improvement methods.

Vedlegg 1

Intensiv - Retningslinjer for analgesi, sedasjon og antideliriumterapi til respiratorpasienter (voksen)

Intensiv - Retningslinjer for analgesi, sedasjon og antideliriumterapi til respiratorpasienter (voksen)

Kjeller, Mada, ... Elin Charlotte

Gyldig fra:
03.11.2016Revisjon:
1.4Revisjonsfrist:
03.11.2018

ID: 25296

1.0 Hensikt

Retningslinjen skal sikre best mulig sedasjon og smertebehandling av voksne respiratorpasienter.

2.0 OmfangRetningslinjen gjelder voksne pasienter ved intensivavdelingen ved [Intensiv](#).**3.0 Arbeidsbeskrivelse****3.1 Ansvar**

Retningslinjene gjelder for alle leger og sykepleiere som deltar i pasientbehandlingen.

3.2 Handling

Det er et viktig skille mellom pasienter som krever tyngre sedasjon (for eksempel pasienter med uttalt oksygeneringssvikt eller epilepsipasienter) og pasienter som i prinsippet kan være våkne, men som krever lett sedasjon og god smertelindring for å tolerere respiratorbehandling.

Uansett gjelder at en først skal sikre **god smertelindring**, og deretter supplere med ønsket sedasjon etter ett av følgende alternativer:

Alternativ 1: Pasienter med forventet respiratordøgn mer enn 5 dager:

Normalt brukes kombinasjonen:

fentanyl 50 mcg/ml

midazolam 1 mg/ml

Fentanyl.

Ved oppstart gis først bolusdose med fentanyl 50 – 200 mcg iv, deretter startes kontinuerlig infusjon med fentanyl 0,5 – 5 mcg/kg/t.

Fentanyl doseres ut fra forventet smerte. Høyere doser hos pasienter med kirurgi eller traume, enn hos medisinske pasienter uten annen smertestimulus enn tube/ventilasjon/prosedyrer.

Midazolam

Ved oppstart gis først bolusdose med midazolam 2 – 5 mg iv inntil ønsket RASS, deretter startes kontinuerlig infusjon med midazolam 0,02 – 0,07 mg/kg/t.

Husk at behov for sedasjon vurderes ikke bare ut fra RASS, men også i forhold til pasientens velvære. Det er stor variasjon i hvor våken pasienten tolererer å være under pågående intensivbehandling.

Alternativ 2: Pasienter med forventet respiratordøgn mindre enn 5 dager:

propofol 10 mg/ml, 1 – 4 mg/kg /t

remifentanyl 50 mcg/ml, 0,5 – 1 mcg/kg/min (infusjon) eller

fentanyl 50 mcg/ml (bolus eller/og infusjon)

Maksimal infusjonstid for propofol er normalt 2 døgn (men godkjent for lengre bruk) p.g.a. risiko for propofol infusjonssyndrom. Ved mistanke for det tas lipid- og leverstatus.

Alternativ 3: Pasienter som har behov for lett sedasjon

Adekvat smertebehandling (NRS <4) må først sikres. Alternativer: regional analgesi, paracetamol, opiat i ulike administrasjonsformer (plaster, per os, bolus eller infusjon).

Etter at smertelindring er oppnådd vurderer om pasienten har behov for sedasjon.

Unngå diazepam.

Alternativer:

Dexdor 100 mcg/ml (dexmedetomidine):

Vanlig startdose til NIV/ikke-intuberte pasienter er 0,4 mcg/kg/t.

Til intuberte pasienter er startdosen 0,7 mcg/kg/t. Det kan titreres til ønsket RASS-nivå hvert 20. minutt med 0,2 mcg/kg/t. Maxdose er 1,4 mcg/kg/t.

Hvis det ikke oppnås tilfredsstillende pasientvelvære med dexmedetomidine, skift til propofol. Ved uro vurder om pasienten har delirium som må behandles.

Anaconda

Indikasjon for sedasjon med AnaConDa:

- alvorlig luftveisobstruksjon
- behov for høye doser med standard-sedasjon uten at man kommer i mål
- super refraktær status epilepticus (som siste valg)

(Link til AnaConDa prosedyre kommer snart)

Daglig sedasjonsstopp

For å begrense oversedasjon utføres daglig sedasjonsstopp:

Sedasjonsstopp avtales daglig med pasientansvarlig lege. Analgesi beholdes, stopp kun sedasjon inntil pasienten våkner (RASS -2), blir agitert eller viser tydelig tegn på ubehag. Deretter startes sedasjon ved behov med halvert hastighet.

Er sedasjonsstopp kontraindisert, skriver legen dette i retningslinjer. I følgende tilfeller skal daglig sedasjonsstopp ikke utføres:

- sedasjon pga krampes/alkoholabstinens
- økende doser sedasjon pga uro i løpet av siste 12 timer
- tegn til myokardischemi i løpet av siste døgn
- legeordinasjon

Delirium

Hvis pasienten har RASS -3 eller høyre, gjør delirium-test ved hjelp av CAM-ICU.

Følg flytskjema for behandling, link her

4.0 Relaterte dokumenter

5.0 Vedlegg

6.0 Grunnlagsinformasjon

6.1 Grunnlagsdokumenter

Balas M, Vasilevskis E, Bruke W: Critical care nurses role in implementing the "ABCDE Bundle" into practice. Critical Care Nurse 2012;32:35-47

Barr J, Fraser GI, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine. 2013; 41 (1): 2631306.

Fellesskatalogen 2016

www.icudelirium.org

6.2 Definisjoner

7.0 Søkord

Sedasjon

Analgesi

Smertebehandling

Antideliriumterapi

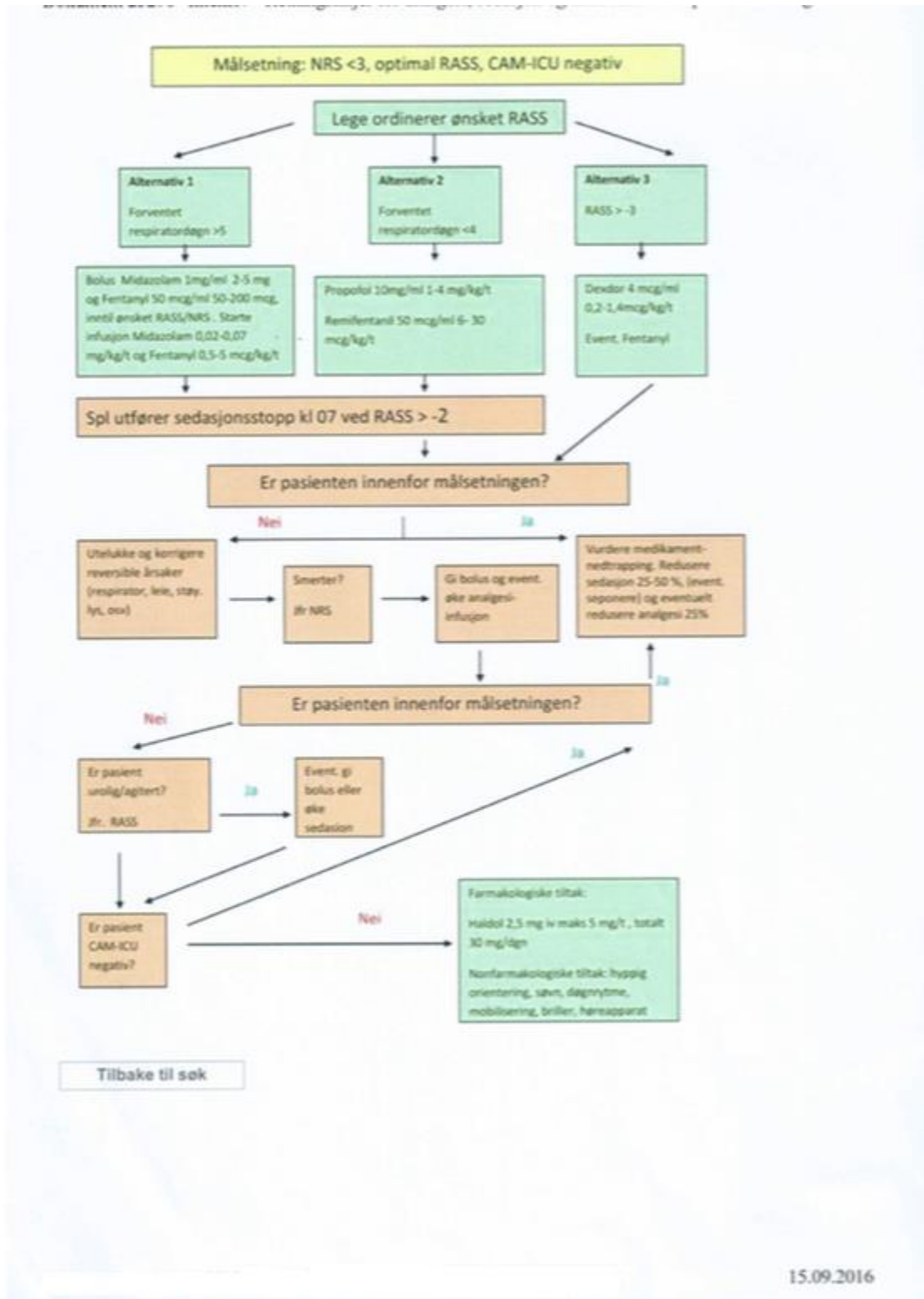
Respiratorpasient

Intensiv

Vedlegg

Flytskjema for delirium - behandling

OBJ



Vedlegg 2

Tillatelse fra avdelingsledelse

viderebetalt melding.

Fra: [redacted]
Dato: 9. mars 2017 kl. 12.05.26 CET

Til: [redacted]
Kopi: [redacted]
Emne: SV: Søknad om uthenting av data fra MetaVision i forbindelse med masteroppgave.

Herved får du tillatelse fra avdelingsledelsen, anesthesi til uthenting av data fra MetaVision. Det er selvfølgelig avhengig av tillatelse fra vårt personvernombud

Lykke til

Vedlegg 3

Tillatelse fra Personvernombudet



TILRÅDING TIL INTERN KVALITETSSIKRING

Til: _____

Kopi: Anestesiseksjonen, Kirurgisk divisjon.

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: _____

Dato: 12.05.2017

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger

Saksnummer/ Personvernnummer: 17_116

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for intern kvalitetssikring "Arbeider intensivsykepleiere kunnskapsbasert? Klinisk audit av praksis for daglig sedasjonsstopp"

Prosjektbeskrivelse:

Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) og funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002) sier at vi er forpliktet til å utføre kvalitetsarbeid. Dette innebærer også å gjøre kvalitetskontroll av de retningslinjer som ligger til grunn for vår praksis. Arbeidet med «Klinisk retningslinje for daglig sedasjonsstopp» (DSS) angår intensivsykepleierens direkte pasientrettede funksjon og ansvar gjennom behandling og rehabilitering av intensivpasienten for å forebygge komplikasjoner og forbedre pasientens funksjonsnivå. Administrering av DSS er en del av intensivsykepleierens delegerede medisinske funksjon og ansvar når hun har ansvar for en sedert respiratorpasient. Ved bruk av retningslinje for DSS sikrer man likt og best faglig grunnlag for behandling av alle pasienter som er aktuelle for DSS. Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet handler om kontinuerlig å identifisere forbedringsområder, sette i verk tiltak og sikre at tiltakene har effekt. (Meld. St. 10 2012-2013). Vi skal undersøke om retningslinjen for DSS anvendes på intensivavdelingen etter gjeldende prosedyre. Det vil vi gjøre gjennom kvalitetsarbeid i form av kvalitetskontroll, og metoden klinisk audit. Hensikten med en klinisk audit er å måle kvalitet i praksis systematisk og eventuelt iverksette tiltak for å forbedre praksis. (Nortvedt et al 2013).



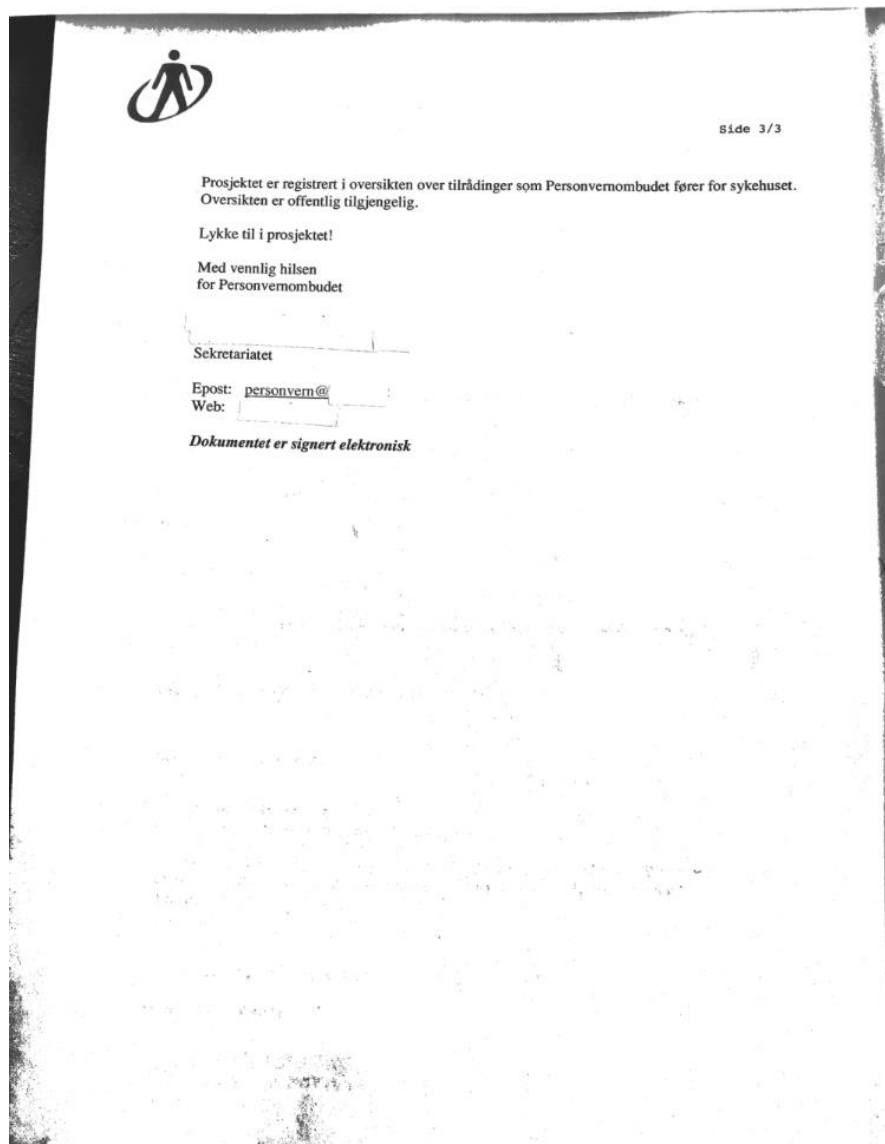
Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. personopplysningsloven § 31, ny pasientjournallov § 5, har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Kvalitetssikringsprosjekter, jf. pasientjournalloven § 3 jf. helsepersonelloven § 26, som omfatter høsting, lagring og tilgjengeliggjøring samt behandling av person-/helseopplysninger, meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonelloven § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

Personvernombudet tilrår at kvalitetsregisteret gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er ved adm. direktør.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
5. Datafangst benyttes som ærlig mellommann ved uttrekk.
6. Data anonymiseres etter at det er benyttet til analyse. Prosjektleder tak kontakt med personvernombudet dersom det skulle oppstå usikkerhet rundt grensedragningen mellom avidentifiserte og anonymiserte data.
7. Data lagres som oppgitt i meldingen, som separat fil på tilgangsstyrt prosjektområde på forskningsserver i sikker sone. Kontakt datafangstgruppen for opprettelse av prosjektområde på forskningsserver på datafangst. På papir lagres data separat i låsbart skap i adgangsbegrenset rom ved
8. Kodeliste som kobler avidentifiserte data (*indirekte identifiserbare helseopplysninger*) med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat nedlåst på adgangsbegrenset rom på sykehuset eller elektronisk som separat fil på tilgangsstyrt prosjektområde på forskningsserver i sikker sone.
9. Prosjektslutt er 15.12.2017. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 15.12.2022, da skal data slettes eller anonymiseres ved at kodelisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.
10. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet forhåndsinformeres skriftlig om dette, og tilråde endringen.
11. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål.
12. Resultatene kan publiseres, forutsatt at det er besluttet av leder, og at opplysningene fremstår som anonyme.



Vedlegg 4

Databasesøk DSS.

Databaser	Søkeord	Antall funn	Antall funn brukt

Medline Ovid/EBSCOHost	<ul style="list-style-type: none"> - Daily sedation interruption - Intensive care units - Daily sedation interruption+Intensive care units - Critical care - Daily sedation interruption+critical care - Critical illness - Daily sedation interruption+Critical illness - Protocols - Daily sedation interruption+protocols - Conscious Sedation - Daily sedation interruption+Conscious Sedation - Hypnotics and Sedatives - Daily sedation interruption+Hypnotics and Sedatives - daily interruption+hypnotics and sedatives - daily interruption + Intensive Care Units - Daily sedation interruption + Sedation 	<ul style="list-style-type: none"> 34 65640 29 49139 5 20915 11 237864 14 7580 9 26264 21 54 49 34 	<ul style="list-style-type: none"> 2 1 0 2 0 1 2 3 2 2
Cochrane Library	<ul style="list-style-type: none"> Sedation “Daily sedation interruption 	<ul style="list-style-type: none"> 10253 51 	<ul style="list-style-type: none"> 3 2

UpToDate	Sedation	150	0
	Daily sedation interruption	150	1
Oria	Sedation	35631	0
	Sedation ICU	5882	0
	Daily sedation interruption	887	3
	Daily sedation interruption ICU	344	3
McMaster plus	Daily sedation interruption, Sedation	72	3
		500	1
	Assessment of sedation	905	0
Guidelines International Network (G-I-N) (via helsebiblioteket.no-internasjonale retningslinjer)	Sedation	17	1

Vedlegg 5

Databasesøk Klinisk audit

Databaser	Søkeord	Antall funn	Antall funn brukt
Oria	Klinisk audit	246	2
	Clinical audit	207 923	0
	Clinical audit icu	12 034	0
	Clinical audit icu nurse	5999	0
Pubmed	Clinical audit	28294	1
	Clinical audit icu	1060	
	Clinical audit icu nurse	168	
UpToDate	Clinical audit	150	0
	Clinical feedback	149	0
	Clinical feedback ICU	146	0
Medline Ovid	Clinical Audit	20778	0
	Intensive care unit	68986	0
	Clinical audit + intensive care unit	561	0

Vedlegg 6

Tidligere gjennomførte kliniske audit

FORFATTER	ÅR	UTFØRT/METODE	RESULTAT
Katrine Aasekjær	2012	Klinisk audit av jordmødres praksis av avnavling i en større klinikk. 120 jordmødre deltok i studien. Spørreskjema om avnavlingstidpunkt, begrunnelse og plassering av barnet etter fødsel.	53 % av jordmødrene avnavlet det nyfødte barnet etter kunnskapsbasert standard. Resultatet viste variasjoner mellom jordmødrene for når avnavlingen ble utført.
Britt Sjøbø	2012	Klinisk audit på kunnskapsvurdering av delirium hos intensiv pasienter på en generell intensiv avdeling med 10 pasienter. De kartla og dokumenterte hvordan sykepleierene gjorde observasjoner av kognitiv status og om praksis gjenspeilet anbefalingene.	18 av 47 journalnotater viste usystematisk og utilfredstillende tilnærming til vurdering av delirium.

Heimro L. S & Haugstvedt A.	2015	Klinisk audit for å kartlegge om rutiner for blodsukkerregulering hos personar med diabetes i norske sjukeheimar var i samsvar med anbefalingar frå forskning og kunnskapsbaserteretningslinjer.	Kvalitetsmåling frå tre norske sjukeheimar viste stor diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalingar når det gjelder oppfølging av blodsukker hos beboere med diabetes.
-----------------------------------	------	--	---

<p>Håpoldøy R., Espenes L. & Sollesnes R.</p>	<p>2016</p>	<p>Klinisk audit ble brukt for å kartlegge vektene og rutinene ved 27 helsestasjoner. Til sammen ble 152 vekter kontrollert: 102 spedbarnsvekter og 50 personvekter. Hensikten var å finne svar på om vektene på helsestasjonene måler korrekt vekt, om det er forskjeller i nøyaktighet mellom medisinsk godkjente og ikke-medisinsk godkjente vekter, og om kontrollrutinene samsvarer med kunnskapsbaserte anbefalinger.</p>	<p>Ni av 102 (8,8 prosent) spedbarnsvekter og sju av 50 (14 prosent) personvekter var 100 prosent korrekte. Det var signifikante forskjeller i nøyaktighet mellom medisinsk godkjente og ikke-medisinsk godkjente vekter. Bare tre av 27 (11,1 prosent) helsestasjoner hadde gode kontrollrutiner for sine vekter. Resultatet viser at det er en diskrepans mellom praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger.</p>
---	-------------	---	--

Øygaard S.H, Andersen J. R, Sandsvoll A.M & Ytrehus S.	2017	Undersøke om dokumentasjonspraksis for fall i sykehjem er i samsvar med sykehjemmene sine egne kriterier til dokumentasjon og hvilke faktorer som var assosiert med riktig dokumentasjonspraksis.	Det var signifikante variasjoner i dokumentasjonspraksis mellom sykehjemmene og bruddskader var assosiert med utfylling av skaderegistreringsskjema. Resultatet viser at sykehjemmene ikke følger sine egne dokumentasjonskriterier ved fall, men at fall med bruddskader var assosiert med riktig dokumentasjonspraksis.
--	------	---	---

Vedlegg 7

Risikoparametre i intensivavdelingen

SEDASJONSSTOPP

Mål	Målinger
<ul style="list-style-type: none"> Sikre adekvat sedasjonsnivå 	<p>Resultatindikator At faktisk RASS samsvarer med forordnet RASS. <i>(flere indikatorer er under utarbeiding)</i></p>
Tiltak	
<ul style="list-style-type: none"> Daglig vurdering av sedasjonsstopp (lege/sykepleier). Forordning i retningslinje under daglig visitt (lege). Dokumentasjon i MV (Sykepleier) <ul style="list-style-type: none"> Dokumenteres under fanen «Sykepleie» og i feltet «Sedasjonsstopp dgl». 	<p>Prosessindikator Andel pasienter hvor daglig vurdering av sedasjonsnivå er utført.</p> <p><u>Vårt mål: 90% dokumentasjon innen uke 36</u></p>

RESPIRATORAVVENING

Mål	Målinger
<ul style="list-style-type: none"> Sikre optimal respiratorbehandling Redusere liggetid på respirator i vår avdeling 	<p>Resultatindikator Lavere median for respiratordøgn på intensiv.</p>
Tiltak	
<ul style="list-style-type: none"> Tidlig oppstart av respiratoravvenning. Daglig vurdering av mulighet for respiratoravvenning (lege/sykepleier). Forordning i retningslinje under daglig visitt (lege). Dokumentasjon i MV (Sykepleier) <ul style="list-style-type: none"> Dokumenteres under fanen «Sykepleie». «SBT» dokumenteres daglig. «Respiratoravvenning ikke utført» skal alltid føres for dokumentasjon av årsaken til at vi ikke har kommet ned på innstillinger. 	<p>Prosessindikator Andel pasienter hvor daglig vurdering av respiratoravvenning er utført.</p> <p><u>Vårt mål: 90% dokumentasjon som holder seg stabilt over 4 uker.</u></p>

SENTRALE KATETRE

Mål	Målinger
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at katetre ligger inne på riktig indikasjon 	<p>Resultatindikator Reduksjon av positiv dyrkning på kateterspisser.</p>
Tiltak	<p>Prosessindikator Andel pasienter hvor daglig indikasjon for sentrale katetre er vurdert.</p> <p><u>Vårt mål: 100% dokumentasjon innen uke 36</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Daglig vurdering av: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infeksjonsrisiko ○ Fortsatt indikasjon (seponeres?) • Forordning i retningslinje (lege) • Dokumentasjon i MV (Sykepleier) <ul style="list-style-type: none"> ○ Innlegelsesdato ○ Daglig inspeksjon av innstikksted 	

FORKLARING RISIKOVURDERING

Vurdering:

Foreligger det risiko for pasientskade?

Vi monitorerer risiko for følgende parametre:

SEDASJONSSTOPP

SPONTANEOUS BREATHING TRIAL (SBT)

SENTRALE KATETRE

Dersom en eller flere av disse parameterne er aktuell hos pasienten, er pasienten utsatt for risiko. Da markeres dette med RØD MAGNET.

Da gjøres en vurdering hos pasienten om håndtering av den risikoen pasienten er utsatt for er håndtert. Er svaret på dette ja, markeres dette med GRØNN MAGNET.

I de tilfellene hvor fokusområde og dermed risikovurdering ikke er aktuelt for pasienten, markerer vi det med en svart strek.

4. mai 2016

