



Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Pilestredet

Master i intensivsykepleie

Kull 2020

Mai 2022

**Intensivsykepleieres erfaring med bruk av Confusion Assessment Method-Intensive
Care Unit**

-En kvalitativ undersøkelse

Emnekode: MINT5900

Antall ord: 15 542

Kandidat: Anette Valdar

Forord

Veien til å bli intensivsykepleier ble ikke som jeg hadde forutsett. Søknaden til masterløpet ble sendt inn i god tro om å tilbringe timevis på lesesal på OsloMet, spise lunsj med medstudenter i kantinen og ta toget til forelesninger hver dag, slik ble det ikke. Med studieoppstart i januar 2020, kort tid før landet stengte ned på grunn av Covid-19, ble studietiden preget i stor grad. Likevel anser jeg det som en veldig fin tid. Jeg har funnet stor glede i å ta et steg inn i forskernes verden. Å møte nye mennesker og å få innblikk i deres tanker og erfaringer har økt lysten på å utforske verden ytterligere. Støtten og engasjementet til veileder og professor Kristin Halvorsen har gjort at motivasjonen har vært på topp hele veien, dette takker jeg deg for. Videre vil jeg takke sykehusavdelingene og deltakerne for å stille opp. En stor takk går ut til venner og familie som har heiet på meg og særlig til de som har lest oppgaven og kommet med kommentarer og innspill.

Til sist vil jeg takke min store inspirasjon i livet. Det mest positive mennesket jeg kjenner, min kjære farmor og intensivsykepleier Reidun Evy Vinje. Jeg absorberer alle tips og triks jeg får av deg. Din kliniske kompetanse og din evne til å snakke med mennesker på er beundringsverdig og jeg håper jeg tar litt etter deg.

Drammen, mai 2022

Anette Valdar

Sammendrag

Bakgrunn: Verktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) brukes for å oppdage delir, og det er forsket mye på hvordan det implementeres i klinisk praksis. Det er derimot mindre forskning på intensivsykepleieres erfaring ved bruk av verktøyet i norske intensivavdelinger.

Hensikt: Hensikten med prosjektet var å få kunnskap om intensivsykepleieres erfaring med bruk av CAM-ICU på norske intensivavdelinger. Videre var hensikten å undersøke om det er forbedringspotensialer i bruk av verktøyet og om intensivsykepleiere bruker andre metoder for å oppdage delir.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit?

Metode: Denne studien har benyttet kvalitativ metode og brukte fokusgruppeintervju som data-samlingsmetode og tematisk analyse.

Resultat: Funnene fra studien viste at intensivsykepleierne i liten grad brukte CAM-ICU i klinisk praksis. De møtte flere utfordringer med verktøyet og anså at andre metoder var mer hensiktsmessig for å oppdage delir, selv om de erfarte at det var viktig å ha et standardisert verktøy.

Konklusjon: Intensivsykepleiere opplevde flere utfordringer med CAM-ICU og brukte derfor verktøyet lite i daglig praksis. De fant egne løsninger for å vurdere om pasienten hadde delir.

Nøkkelord: CAM-ICU, erfaringer, intensivsykepleie, delir, skåringsverktøy.

Abstract

Background: The tool Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) is used to detect delirium, and there is extensive research on how it is implemented in clinical practice. However, there is a lack of research on the experiences of intensive care nurses' using this tool in Norwegian intensive care units.

Purpose: The purpose of this project was to gain knowledge about intensive care nurses' experiences using CAM-ICU in Norwegian intensive care units. Furthermore, it was important to explore if the tool has potential for improvement when used and if the intensive care nurses use other methods for detecting delirium.

Problem statement: What are the intensive care nurses' experiences with the use of Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit?

Method: This study has a qualitative design using focus group interviews for data collection. The data was analysed using thematic analysis.

Results: The study showed that the intensive care nurses used CAM-ICU to a small degree in their clinical practice. They met several challenges with the tool and preferred other methods for detecting delirium. However, they believed it was important to have a standardised tool.

Conclusion: The intensive care nurses experienced several challenges with CAM-ICU. The use of CAM-ICU is therefore low in daily practice, and they found other methods for screening patients for delirium.

Keywords: CAM-ICU, experiences, intensive care nursing, delirium, screening tools

Innhold

1.0 Introduksjon	8
1.1 Presentasjon av valgt tema	8
1.2 Bakgrunn for valg av tema	8
1.3 Hensikt og problemstilling	9
1.4 Oppbygning og avgrensing.....	9
2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk	10
2.1 Kunnskapssøk.....	11
2.1.1 PICO og MeSH	11
Tabell 1- PICO-skjema.....	11
2.2 Søkehistorikk.....	12
Figur 1 - Kunnskapspyramiden	12
Tabell 2- Oversikt over inkludert litteratur fra de ulike databasene	13
2.2.1 Presentasjon av artikler	14
Tabell 3 - Presentasjon av artikler	14
2.3 Kildekritikk	17
Tabell 4- Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
Tabell 5- Sjekkliste for vurdering av kvalitative- og blandingsstudier	18
Tabell 6- Sjekkliste for vurdering av prevalensstudier	19
2.4 Styrker og svakheter.....	21
2.4.1 Funn i kunnskapssøket	23
3.0 Bakgrunn/ Teoretisk grunnlag.....	23
3.1 Delir.....	23
3.2 CAM- ICU.....	25
Figur 2- CAM-ICU flytskjema.....	26
3.2.1 Positive erfaringer ved bruk av CAM-ICU	26
3.2.2 Negative erfaringer ved bruk av CAM-ICU.....	27
3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde	28
4.0 Metode.....	30
4.1 Design og metode.....	30
4.2 Kandidatens rolle og forforståelse.....	30
4.3 Fokusgruppeintervju.....	31
4.3.1 Utvalg av deltakere.....	32

Tabell 7- Inklusjon- og eksklusjonskriterier	32
Tabell 8- Deltakernes alder og erfaring fra intensiv	33
4.3.2 Intervjuguide	34
Tabell 9- Forskningsspørsmål og intervjuguide.....	35
4.3.3 Innsamling av data	36
4.3.4 Transkripsjon.....	37
4.4 Analyse.....	37
Figur 3- Kodekart hovedtema: utfordringer ved bruk av CAM-ICU	39
Figur 4- Kodekart hovedtema: Intensivsykepleiernes delirvurdering.....	39
4.5 Forskningsetiske vurderinger	39
4.5.1 Nødvendige tillatelser og informert samtykke	40
4.5.2 Sikring av data og anonymisering	41
5.0 Presentasjon av funn.....	41
Tabell 10- Presentasjon av tema.....	41
5.1 utfordringer med bruk av CAM-ICU	42
5.1.1 CAM-ICU nedprioriteres	43
5.1.2 «CAM-ICU fungerer ikke»	44
5.1.3 «De rare spørsmålene»	46
5.2 Intensivsykepleiernes delirvurdering	47
5.2.1 «Du ser det»	47
5.2.2 Egne spørsmål	49
6.0 Diskusjon.....	49
6.1 utfordringer i klinisk praksis	50
6.1.1 Tidspress.....	50
6.1.2 Manglende kunnskap og opplæring	50
6.1.3 Sedasjon som barriere	51
6.1.4 Følelsesmessige barrierer- «De rare spørsmålene»	52
6.1.5 Lite bruk av strukturerte verktøy	53
6.1.6 Mangel på faglig oppdatering hos intensivsykepleierne	54
6.2 Intensivsykepleiernes delirvurdering	55
6.3 Konsekvenser for pasienten.....	56
6.4 Metoderefleksjon og -kritikk.....	57
6.4.1 Reliabilitet	60

6.4.2 Validitet	61
6.4.3 Overførbarhet	61
7.0 Konklusjon	62
7.1 Implikasjoner for praksis.....	62
7.2 Forslag til videre forskning	63
Referanseliste	64
Vedlegg 1- NSD bekreftelse.....	69
Vedlegg 2- Bekreftelse fra PVO og enhetsleder ved sykehus #1.....	70
Vedlegg 3- Bekreftelse fra PVO og enhetsleder ved sykehus #2.....	71
Vedlegg 4- Informasjonsskriv til avdelingene og deltakerne.....	73
Vedlegg 5- COREQ sjekklister	78

1.0 Introduksjon

Dette er en masteroppgave hvor målet er å forske på erfaringer intensivsykepleiere innehar med bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU).

1.1 Presentasjon av valgt tema

Delir er en akutt og reversibel tilstand som reaksjon på akutt og kritisk sykdom. Tilstanden utvikler seg ofte hos intensivpasientene og forekommer hos opp til 70 % av pasientene som blir respiratorbehandlet (Francis & Young, 2020). Delir er en forvirringstilstand, som kjennetegnes med akutt endring i mental status, uoppmerksomhet og uorganisert tankegang. I noen tilfeller kan pasientene oppleve hallusinasjoner, vrangforestillinger eller de kan bli apatiske. Delir gir økt mortalitet, lengre sykehusopphold og økte behandlingstkostnader (Francis & Young, 2020; Pisani, 2020).

For å forebygge delir og tidlig igangsette adekvate intervensjoner, anbefales det å vurdere pasientens tilstand med strukturerte og validerte kartleggingsverktøy, slik som CAM-ICU (Francis, 2019; Francis & Young, 2020). Temaet i denne oppgaven er intensivsykepleierens erfaringer med bruk av CAM-ICU.

Stubberud (2020a, s 46) sier at «*intensivsykepleieres funksjon og ansvarsområder omfatter rehabilitering, forebygging, behandling, lindring, palliasjon, undervisning, veiledning, forskning, kvalitetsarbeid, administrasjon og ledelse*». Å bruke verktøy som CAM-ICU for å vurdere pasientens fysiske og psykiske tilstand omfatter intensivsykepleierens forebyggende og behandlende funksjon og ansvar. Intensivsykepleieren skal «*vurdere kontinuerlig pasientens ressurser*» (NSFLIS, 2017, s.2). Intensivsykepleiere har dermed en sentral rolle for intensivpasienten i et komplekst behandlingssystem. Det stiller krav til kunnskap og intensivsykepleiere har ansvar for å kvalitetsvurdere eget arbeid (Stubberud, 2020a, s.41- 74).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

I klinisk praksis oppleves det at CAM-ICU ikke brukes systematisk og at vurdering av pasientens mentale status kommer lavt ned på prioriteringslisten. Det er gjort en del forskning på intensivsykepleierens erfaringer med å bruke CAM-ICU (Jung et al., 2013; Oxenbøll- Collet et al., 2016; Steinseth et al., 2018; Wøien & Bjørk, 2012; Zamoscik et al., 2016). Kun to av

studiene er utført i Norge (Steinseth et al., 2018; Wøien & Bjørk, 2012), og bare en av studiene hadde intensivsykepleiernes erfaring som hovedtema, hvor det ble brukt spørreskjema (Steinseth et al., 2018). Studien til Wøien & Bjørk (2012) tok for seg implementering av flere ulike skåringsverktøy knyttet til delir og hadde lite fokus på CAM-ICU.

CAM-ICU har i flere år vært brukt som vurderingsverktøy for å identifisere delir ved mange intensivavdelinger i Norge. Da det er forsket lite på intensivsykepleieres erfaringer om verktøyet fra norske intensivavdelinger, er det viktig å få mer kunnskap om hvordan intensivsykepleiere erfarer bruk av CAM-ICU i sin daglige praksis her i landet.

1.3 Hensikt og problemstilling

Den overordnede hensikten med studien er å belyse hvilke erfaringer intensivsykepleierne har med bruken av skåringsverktøyet CAM-ICU. Videre vil studien utforske hvordan intensivsykepleierne forholder seg til vurdering av delir i klinisk praksis. Ved å identifisere barrierer og hva som bidrar til bruk, kan resultatene kunne brukes i et forbedringsarbeid. Det kan blant annet bidra til å påvirke hvordan intensivsykepleiere lærer opp i bruken av CAM-ICU. På denne måten kan man øke intensivsykepleiernes mestring i bruk av skåringsverktøyet CAM-ICU, med mål om tidligere identifisering og behandling av intensivdelir.

Tidligere forskning viser at intensivsykepleierne opplever barrierer med bruk av CAM-ICU og lar være å gjennomføre delirvurdering eller gjør det på andre måter (Jung et al., 2013; Oxenbøll- Collet et al., 2016; Steinseth et al., 2018). Denne masterstudien kan belyse om tilsvarende barrierer finnes i Norge og starte diskusjon om CAM-ICU er et godt nok verktøy for å oppdage delir.

For å oppnå dette er problemstillingen i studien derfor:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU)?

1.4 Oppbygning og avgrensning

I denne oppgaven skal leser få en gjennomgang av hvordan studien tok form og ble gjennomført. Det starter med hvordan tidligere forskning ble samlet inn og en presentasjon av funn fra litteratursøket i kapittel to og tre. Videre beskrives metode i kapittel fire og resultatene fra studien presenteres i kapittel fem. Deretter diskuteres funnene opp mot tidligere forskning i

kapittel seks. Her vil det også være en metodediskusjon. I besvarelsenes konklusjon, i kapittel syv, angis det forslag til videre forskning og hvilke implikasjoner funnene har for praksis.

Videre i oppgaven vil forfatter av oppgaven refereres til som kandidat. Når det er skrives om delir, viser dette til intensivdelir og alle som deltok i intervjuene vil benevnes som intensivsykepleiere eller deltakere.

2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk

Målet med kunnskapssøket var å finne utdypende kunnskap om delir, vurdering av delir generelt og forskning om intensivsykepleierens erfaringer med bruk av CAM-ICU. Etersom det var erfaringsaspektet som var relevant, ble det mest naturlig å søke etter kvalitative forskningsartikler som kunne gi inngående kunnskap (Malterud, 2017, s.30-40). Likevel ble ikke kvantitative artikler ekskludert, da disse kunne gi oversikt over blant annet forekomst og statistikk for både delir og bruk av CAM-ICU (Johannessen et al., 2021, s.273-289).

Det var av interesse å finne ut om lignende studier var utført i Norge, da det var ønskelig og hensiktsmessig å utføre et forskningsprosjekt som tilfører ny kunnskap til forskningsfeltet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.20-39). Steinseth et al. (2018) gjorde en norsk studie som tar for seg intensivsykepleieres erfaring med CAM-ICU. I denne studien ble det brukt en mixed-method, der den kvalitative delen foretok syv individuelle intervju. Studien ble utført på kun et sykehus på Østlandet. Det anses at det er av nytteverdi å kunne supplere kunnskapen fra denne studien med en studie hvor det brukes fokusgruppeintervju og dermed flere deltakere, for å se om funnene i studien av Steinseth et al. (2018) er overførbare til andre avdelinger og sykehus i Norge.

Det er trolig lite forskjell mellom forholdene i Skandinavia. Oxenbøll-Collet et al. (2016) har for eksempel utført en studie i Danmark om helsepersonell sine erfaringer med bruk av CAM-ICU. Studien tok for seg leger og sykepleiere. Det vil være relevant å se hvordan resultater fra den danske studien eventuelt samsvarer, eller skiller seg fra resultater i denne studien, samt hvordan resultatene kan utfylle hverandre. Om denne studien finner sammenlignbare resultater med studien utført av Oxenbøll-Collet et al. (2016), vil det være nyttig kunnskap som kan styrke kunnskapen om temaet.

2.1 Kunnskapssøk

I søket etter relevant forskning ble verktøyene PICO, MeSH og kunnskapspyramiden anvendt. Verktøyene blir presentert i dette kapittelet. Videre legges det frem en systematisk oversikt over hvor de utvalgte artiklene ble innhentet fra (tabell 2), og det gis en kort presentasjon av de aktuelle artiklene (kapittel 2.2.1).

2.1.1 PICO og MeSH

PICO ble brukt for å komme frem til relevante søkeord. PICO er en systematisk måte å sette opp søkeord slik at en kan søke strukturert og kombinere søkeord med å bruke bindeord som “OR” eller “AND” når man søker. Ved å sette “OR” mellom to ord vil resultatet vise forskning som inneholder begge ordene det står mellom, enkeltvis eller hver for seg. Ved å sette “AND” viser resultatet kun forskning som inneholder begge ordene sammen. PICO er en forkortelse for “Patient- Intervention- Comparison- Outcome” (Nortvedt et al., 2021, s.37- 38). I søket kan “Patient” byttes ut med “People” eller “Problem” da det i dette søket ikke er relevant å se på pasientene, men intensivsykepleiernes erfaringer rundt CAM-ICU. Problemstillingen ble delt opp for å finne søkeord som passer inn i henholdsvis P-I-C og O. De søkeordene som gav flest resultater er uthevet i tabell 1. Videre ble Medical Subject Headings (MeSH) brukt til å finne medisinske termer og søkeord for å forbedre søkeprosessen. MeSH er et verktøy som inneholder tusenvis av helsefaglige ord og begreper som kan gjøre søket mer presist. Å bruke MeSH forenkler prosessen med å finne engelske søkeord. I tillegg kan artikler være “tagget” med en MeSH-kode. Dette gjør at disse artiklene lett kan finnes igjen ved å søke med en “tagg” eller MeSH-søkeord (Helsebiblioteket, 2020).

Tabell 1- PICO-skjema

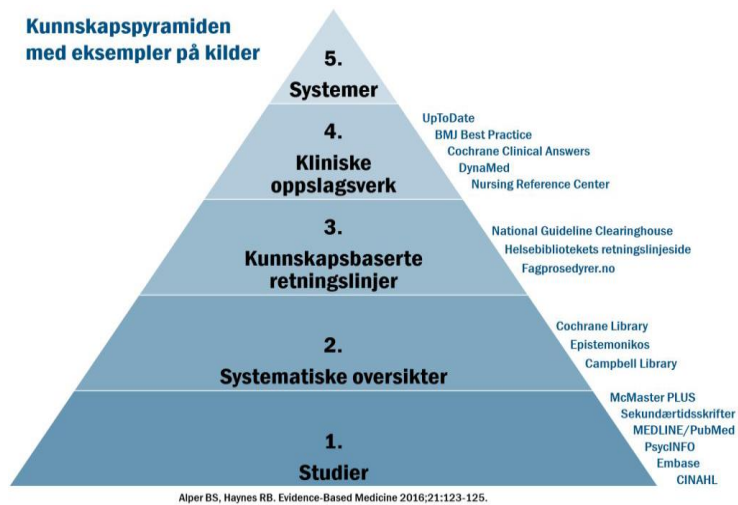
PICO	Patient / People/ Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Beskrivelse	Intensivsykepleiere Intensive care nurses Delirium Delir Akutt forvirringstilstand	Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit CAM-ICU Screening tool Skåringsverktøy		Experience Erfaringer Opplevelser Persepsjon Perceptions

	Intensive care unit Intensivavdeling			
--	---	--	--	--

2.2 Søkehistorikk

I og med at det var ønskelig å finne forskningskunnskap om temaet generelt, i tillegg til forskning som omhandlet selve problemstillingen, ble kunnskapspyramiden brukt (figur 1). Kunnskapspyramiden er en hierarkisk inndeling for søk etter forskningskunnskap. Pyramiden er delt inn i fem nivåer. Det øverste nivået er per i dag ikke ferdig utviklet. På nivå fire til to ligger det forskningskunnskap som er oppsummert og kvalitetsvurdert. På nivå en ligger det enkeltstudier, som må kvalitetsvurderes før bruk. Ved et kunnskapssøk starter man på nivå fire og jobber seg nedover på trinnene (Helsebiblioteket, 2016a; Nortvedt et al., 2021, s.48).

Figur 1 - Kunnskapspyramiden



Bildet hentet fra Helsebiblioteket, (2016a), Kunnskapspyramiden (22.04.22).

Kunnskapssøket ble delt opp i tre deler som overlappet hverandre. Første del av søket gikk ut på å få omfattende kunnskap om temaet. Til dette anbefales det å søke i de øvre delene av kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016a). På nivå fire i kunnskapspyramiden finnes databasene BMJ Best Practice og UpToDate som innehar oppdatert forskning på delir, diagnostikk, forebygging, utløsende årsaker, behandling og prognose.

Del to av søket ble utført i de nederste delene av kunnskapspyramiden. Dette for å finne enkeltstudier og systematiske oversikter om erfaringene intensivsykepleiere har ved bruk av CAM-ICU og annen relevant forskning knyttet til delir og bruk av CAM-ICU. I disse databasene, hovedsakelig McMaster Plus, Cinahl og PubMed var det utallige studier om delir og CAM-ICU. Det ble utført en lang utvelgelsesprosess for å inkludere artikler som omhandlet erfaringene intensivsykepleierne har.

Del tre av søkeprosessen gikk ut på å se over referanselistene i forskningen som var funnet. I denne delen ble det funnet ytterligere en artikkel som ble inkludert i studien. Etter ferdig søk og gjennomgang ble 13 forskningsartikler inkludert. Henholdsvis fire fra UpToDate og BMJ Best Practice og ni enkeltstudier fra de øvrige databasene og referanselister. De utvalgte enkeltstudiene presenteres i tabell 3.

Tabell 2- Oversikt over inkludert litteratur fra de ulike databasene

Databaser	Antall relevante funn	Inkludert litteratur
Kliniske oppslagsverk	4	
UpToDate	2	Francis (2019). Francis & Young (2020).
BMJ Best Practice	2	Blanchard (2020). Pisani (2020).
Kunnskapsbaserte retningslinjer	0	
Systematiske oversikter	0	
Enkeltstudier	9	
McMaster Plus	1	Van Eijk et al. (2009).

PubMed	7	Jung et al. (2013). Oxenbøll-Collet et al. (2016). Sinvani et al. (2021) Steinseth et al. (2018). Zamoscik et al. (2016). Eastwood et al. (2012) Wøien et al. (2012)
Cinahl	0	
Forskning hentet fra referanse- lister	1	Wøien & Bjørk (2012).

2.2.1 Presentasjon av artikler

Det ble valgt ut totalt ni enkeltstudier. Presentasjon av disse med metode og design av artiklene finnes i tabell 3. Videre er funnene delt inn i to kategorier, henholdsvis positive og negative erfaringer med bruk av CAM-ICU.

Tabell 3 - Presentasjon av artikler

Forfatter, år og land	Metode	Design	Kvalitets- vurdert med sjekklister fra Helsebiblioteket (2016b).	Presentasjon
Eastwood et al. (2012). Australia	Kvantitativ	Spørreundersøkelse.	Ja	Implementeringsstudien hevder at tross barrierer så ønsker sykepleierne å bruke CAM-ICU, selv om de mener det er et vanskelig verktøy å bruke. Studien viser også at ved å bruke strukturerte verktøy får tilstanden et fokus som øker bruken av medikamenter for å behandle

				delir.
Jung et al. (2013). Koreansk	Kvalitativ	Fokusgruppe- intervju.	Ja	Resultatet viste at de fleste var positive til verktøyet etter noe øvelse, da de i starten opplevde det som noe vanskelig å utføre vurdering med CAM-ICU. De mente verktøyet var mangelfullt, men fremhevet likevel viktigheten av verktøyet da det økte fokus og kunnskap rundt delir og CAM-ICU.
Oxenbøll-Collet et al. (2016). Dansk	Kvalitativ	Fokusgruppe- intervju.	Ja	I denne studien ble tre temaer trukket ut: rollekonflikter, verktøyets validitet og klinisk konsekvens. Sykepleierne stilte spørsmål ved verktøyet og de ønsket revurdering av verktøyets validitet, da pasientene er mer våkne i dagens behandling. Det konkluderte med at sykepleierne trenger mer trening i bruk av CAM-ICU.
Sinvani et al. (2021). Amerikansk	Kvantitativ	Implementeringsstudie.	Ja	Dette var en implementeringsstudie som viser viktigheten av adekvat og opplæring og trening, som fører til økt fokus på delir og delirforebygging. Studien identifiserer manglende kunnskap som den største barrieren til korrekt og adekvat delirvurdering. Det fremkommer også at sykepleiere ønsker opplæring og trening og ser viktigheten av skåringsverktøy.

Steinseth et al. (2018). Norsk	Mixed-Method	Spørreskjema og intervju.	Ja	Denne studien delte deltakerne inn i tre grupper, henholdsvis “ikke forpliktet”, “de usikre” og “de ansvarlige”. Det var store variasjoner som viste behovet for å identifisere barrierer innad i behandlingsteamet. Det viste også at sykepleierne trengte mer kunnskap om delir og CAM-ICU og oppfordret sykepleierne selv til å ta ansvar for å tilegne seg denne kunnskapen.
Van Eijk et al. (2009). Nederlandsk	Kvantitativ	Blindet studie.	Ja	CAM-ICU vurdering utført av sykepleiere ble sammenlignet med ekspertenes kognitive vurdering “gullstandard”. Spesifisitet av CAM-ICU utført i klinisk praksis antydte å være høy, mens sensitivitet var lav. Dette påvirker tidlig diagnostisering av delir.
Wøien & Bjørk (2012). Norsk	Kvalitativ	Fokusgruppe-intervju	Ja	Studien vurderte implementering av flere vurderingsverktøy hvorav CAM-ICU var et av dem. Studien konkluderte med at standardiserte verktøy kunne støtte opp under de kliniske vurderingene.
Wøien et al. (2012). Norsk	Kvantitativ	Deskriptiv	Ja	Studien ble utført på to sykehus på Østlandet i Norge hvor prevalensen av delir ble undersøkt. Det ble brukt NRS og RASS til grunn for å kunne vurdere om pasienten kunne vurderes med CAM-ICU. Studien viser at sedasjon og andre situasjonsbetingelser hos intensivpasienten kan

				påvirke resultatet av CAM-ICU skåringen. Studien stiller seg kritisk til CAM-ICU sin nytteverdi for komplekse intensivpasienter.
Zamoscik et al. (2016). Engelsk	Kvalitativ	Fokusgruppe- intervju	Ja	Studien trakk frem syv temaer: delir som en nedprioritert sak, ubehagelig, skepsis til vurdering av delir, mistro til behandling av delir, verdi av kommunikasjon, ikke- farmakologisk behandling, behov for delir protokoll. Sykepleierne så et behov for psykologisk hjelp til de ansatte for å kunne håndtere den deliriske pasienten.

2.3 Kildekritikk

Kandidaten har vurdert forskningen ved å bruke inklusjon- og eksklusjonskriterier (tabell 4), og vurdert artiklene opp mot hverandre. Alle artiklene er fagfellevurdert, i tillegg ble det brukt sjekklister fra Helsebiblioteket for å vurdere artiklenes kvalitet, se tabell 5 og 6 (Helsebiblioteket, 2016b).

Tabell 4- Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon	Eksklusjon
Sykepleiere/ spesialsykepleiere.	Leger og andre helsearbeidere.
Nordisk eller engelsk språklig.	Andre språk forfatterne ikke er kjent med.
Kvalitativ og kvantitativ forskning.	Artikler som omhandler barn.
Fagfellevurdert forskning.	Artikler som omhandler post-operative pasienter og nevrontensive pasienter.
Forskning som ikke er eldre enn 15 år.	Artikler som omhandler ICDSO eller andre verktøy.
	Artikler som omhandle andre avdelinger enn intensiv.

Tabell 5- Sjekkliste for vurdering av kvalitative- og blandingsstudier

	Jung et al. (2013).	Oxenbøll-Collet et al. (2016).	Wøien & Bjørk (2012).	Zamoscik et al. (2016).	Steinseth et al. (2018).
Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er metoden (e) hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kunne påvirket fortolkningen av data?	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja
Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Går det klart frem hvor analysen er gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Basert på svarene dine på punkt 1-8, mener du at resultatene i studien er til å stole på?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er funnene klart presentert?	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4
Hvor nyttige er funnene fra denne studien? (Litt nyttig, nyttig, svært nyttig).	Litt nyttig	Svært nyttig	Nyttig	Nyttig	Svært nyttig

Tabell 6- Sjekkliste for vurdering av prevalensstudier

	Eastwood et al. (2012).	Sinvani et al. (2021).	Van Eijk et al. (2009).	Wøien et al. (2012).
Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja

Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja
Er populasjonen som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja	Ja	Ja	Ja
Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja	Ja	Ja	Ja
Er svarprosenten høy nok?	Ja	Ja	Ja	Ja
Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle?	Ja	Ja	Ja	Ja
Er datainnsamlingen standardisert?	Ja	Ja	Ja	Ja

Er dataanalysen standardisert?	Ja	Ja	Ja	Ja
Hva er resultatet i denne studien?	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4	Se kapittel 2.4
Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis
Kan resultatene overføres til praksis?	Delvis	Ja	Nei	Ja
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	Ja	Ja	Uklart	Ja

(Helsebiblioteket, 2016b).

2.4 Styrker og svakheter

I Van Eijk (2009) sin kvantitative studie ble pasientene vurdert av eksperter og av sykepleiere og resultatet ble sammenlignet. I denne studien kunne tidsrommet mellom vurderingene ha påvirkning på resultatet siden delir er fluktuerende i løpet av døgnet. Styrker ved studien var at den var stor sammenlignet med lignende forskning, med 181 pasienter fra ti ulike intensivavdelinger. Denne studien ble utført i klinisk praksis som kan gi et bilde av hvordan verktøyet faktisk brukes. En svakhet ved denne artikkelen er at den er eldre, den er likevel inkludert da de sier mye om underdiagnostisering av delir og viktigheten av å bruke strukturerte verktøy, noe som også understøttes av oppsummert forskning (Francis & Young, 2020; Pisani, 2020). Wøien et al. (2012) er en liten studie og inkluderte kun to sykehus. Studien viser, i motsetning til studiene presentert over, at flere svakheter ved CAM-ICU kan føre til overdiagnostisering

av delir og fremhever feilkilder slik som sedasjon og feilvurderinger av umulig å vurdere (UÅV). Selv om studien er liten, ble den tatt med da den kan gi et godt inntrykk av hvordan CAM-ICU brukes i praksis på norske sykehus og hvilke barrierer som eksisterer i klinisk praksis.

Oxenbøll-Collet et al. (2016) sin studie inkluderte både leger og sykepleiere, men de ble delt i separate grupper, slik at dette ikke bør ha påvirkning for funnene som beskriver sykepleiernes erfaringer. Deltakerne i gruppene kjente hverandre fra før, som kan gi en trygg atmosfære, men kan også begrense funnene og minimere nye innfallsvinkler (Malterud, 2017, s.133-140). Moderatoren i intervjuet sikret at alle deltakerne kom til ordet og funnene ble analysert og triangulert for å sikre resultatene. Deltakerne hadde også ulik erfaring med CAM-ICU, noe som kan gi et bilde av virkeligheten. Funnene kan muligens ha overføringsverdi til lignende settinger da den var nokså stor, med henholdsvis 20 sykepleiere fra fire forskjellige avdelinger (Oxenbøll-Collet et al., 2016). Det samme gjelder Steinseth et al. (2018) og Zamoscik et al. (2016) sine studier som intervjuet henholdsvis 7 og 12 deltakere. Disse studiene var mindre, men gav personlige persepsjoner fra deltakerne på enkelte intensivavdelinger.

En annen studie som brukte fokusgruppe intervju var den koreanske studien av Jung et al. (2013). I denne studien kan kulturelle forskjeller gjøre at studien har lite overføringsverdi til norsk kontekst. Det var kun inkludert deltakere fra én intensivavdeling, som også kan begrense resultatet. Studien vurderte implementeringen av CAM-ICU. Sykepleierne var ikke kjent med CAM-ICU fra før, noe som kan ha påvirket resultatet. Wøien & Bjørk (2012) tok også for seg implementering av CAM-ICU, men i tillegg tre andre skåringsverktøy, henholdsvis et for smerte og to for sedering. Siden fokuset var på flere skåringsverktøy gav ikke studien inngående kunnskap, men en indikasjon av hvordan CAM-ICU mottas av intensivsykepleierne i implementeringsfasen.

En tredje implementeringsstudie var av Eastwood et al. (2012). Denne studien viser at økt kunnskap om CAM-ICU øker bruken av verktøyet. Studien er liten og har lav svarprosent og kan dermed ikke ha sikker overføringsverdi, men kan brukes som supplement til lignende funn i andre studier. Implementeringsstudien av Sinvani et al. (2021) har tilsvarende resultater, men i motsetning til Eastwood et al. (2012) er studien vesentlig større. Den innehar likevel noen svakheter, slik som manglende informasjon om pre- implementering, noe som vanskeliggjør sammenligningen med post- implementering av CAM-ICU. I Steinseth et al. (2018) sin mixed-method studie ble 30 sykepleiere inkludert i studien, men bare syv av disse ble

intervjuet. For å få bredde i resultatene var det fokus på å inkludere deltakere med ulik erfaring med CAM-ICU, alder og utdanning.

De utvalgte artiklene er fra ulike land, hvorav en var fra Korea som kulturelt sett ligger langt fra Norge. Artikler fra vestlige land, særlig de nordiske anses å være mer sammenlignbar med norsk kontekst med tanke på kulturelle forskjeller. Samlet sett supplerte forskningsresultatet hverandre og gav relevant kunnskap til denne studien.

2.4.1 Funn i kunnskapssøket

I den første delen av kunnskapssøket var som nevnt målet å få inngående kunnskap om temaet generelt. Her var det interessant å finne ut hvilke verktøy intensivsykepleierne bruker i dag. Det kommer frem at CAM-ICU er det validerte skåringsverktøyet som anbefales å bruke. Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) nevnes også som et validert verktøy på linje med CAM-ICU (Francis & Young, 2020). I søket utført lengre ned i kunnskapspyramiden ble det funnet artikler og enkeltstudier om delirvurdering og intensivsykepleiers erfaringer rundt CAM-ICU. Disse beskrives videre i kapittel 3.

Disse funnene var med å forme studien videre. Ved å se på tidligere forskning og vurdere hva det trengs mer kunnskap om ble problemstillingen og intervjuguiden formulert og omformulert flere ganger.

3.0 Bakgrunn/ Teoretisk grunnlag

I denne delen blir hovedtrekk ved delir presentert. Samt en kort presentasjon av funn fra kunnskapssøket fordelt som positive- og negative erfaringer med bruk av CAM-ICU.

3.1 Delir

Delir er som nevnt en tilstand karakterisert av akutt forvirring og endring i pasientens mentale status og fører til uoppmerksomhet og/- eller uorganisert tankegang eller endret bevissthetsnivå (Francis & Young, 2020; Pisani, 2020). Ifølge *The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, femte utgave (DSM-5) er det fem tegn og symptomer som er karakteristisk ved delir. For det første må det være en forstyrrelse i oppmerksomhet. For det andre at det oppstår akutt (innen timer eller et fåtall dager). For det tredje en forstyrrelse i kognisjon. For det fjerde at disse forstyrrelsene ikke kan forklares av preeksisterende nevrologiske tilstander, og til sist at det er bevis for at tilstanden er en

konsekvens av pasientens sykdom, intoksikasjon eller lignende. Det skal sikres at deliriutviklingen kommer av en medisinsk tilstand, intoksikasjon eller abstinens, eller som en medikamentell bivirkning (Francis & Young, 2020). Disse kriteriene er også grunnlaget for utviklingen av den norske versjonen av CAM-ICU (Wøien et al., 2008).

Akutt innsettende delir vil si at tilstanden utvikles i løpet av timer eller dager, og her er det viktig å huske at forløpet ofte er fluktuerende i løpet av døgnet. Pasienten kan ha vanskelig for å fokusere på én ting eller skifte oppmerksomheten. Pasienten kan ha svikt i hukommelsen, være desorientert for tid og sted og ha endret oppfatning av virkeligheten. Dette kan manifestere seg som syns og/eller hørselshallusinasjoner, men ikke nødvendigvis (Francis & Young, 2020).

Tilstanden fører til negative konsekvenser for pasientens behandlingsresultat. Delir kan deles inn i en hyperaktiv og hypoaktiv tilstand, og blandingsformer forekommer også (Francis, 2019; Francis & Young, 2020). Tilstanden er potensielt livstruende og har høy morbiditet og mortalitet. Det er derfor viktig å vurdere risiko, forebygge, identifisere og behandle delir (Blanchard, 2020).

Delir har en særlig hyppig prevalens på intensivavdelinger, opptil 70% av pasientene får det som i denne settingen kalles intensivdelir (Francis & Young, 2020). Spesielt er pasienter som behandles med respirator utsatt for å utvikle tilstanden. Intensivsykepleiere har spesialkompetanse tilegnet under videreutdanning, og de bruker både slik teoretisk kompetanse sammen med erfaringsbasert kompetanse for å vurdere pasientens fysiske og psykiske tilstand. Erfaringsbasert kunnskap kan også kalles «klinisk blikk» hvor en bruker de ulike sansene; hørsel, syn, lukt og berøring for å gjøre observasjoner av pasienten (Kristoffersen et al., 2005). Erfaringsbasert kunnskap sammen med observasjonskompetanse, som i klinisk praksis består av ulike verktøy, slik som Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) gir intensivsykepleieren mulighet til å oppdage endringer i pasientens tilstand på et tidligere tidspunkt enn ved klinisk blikk alene (Francis, 2019; Francis & Young, 2020; Hichkin et al., 2017; Stubberud, 2020a, s.41-74).

En barriere som er identifisert i vurderingen av delir, er manglende kunnskap hos helsepersonell (Jung et al., 2013; Oxenbøll-Collet et al., 2016; Sinvani et al., 2021; Steinseth et al., 2018; Wøien & Bjørk, 2012; Zamoscik et al., 2016). For å forebygge, oppdage og behandle delir er

det avgjørende at intensivsykepleieren har kunnskap om risikofaktorer, symptomer, kartleggingsverktøy og symptomdempende tiltak (Hichkin et al., 2017).

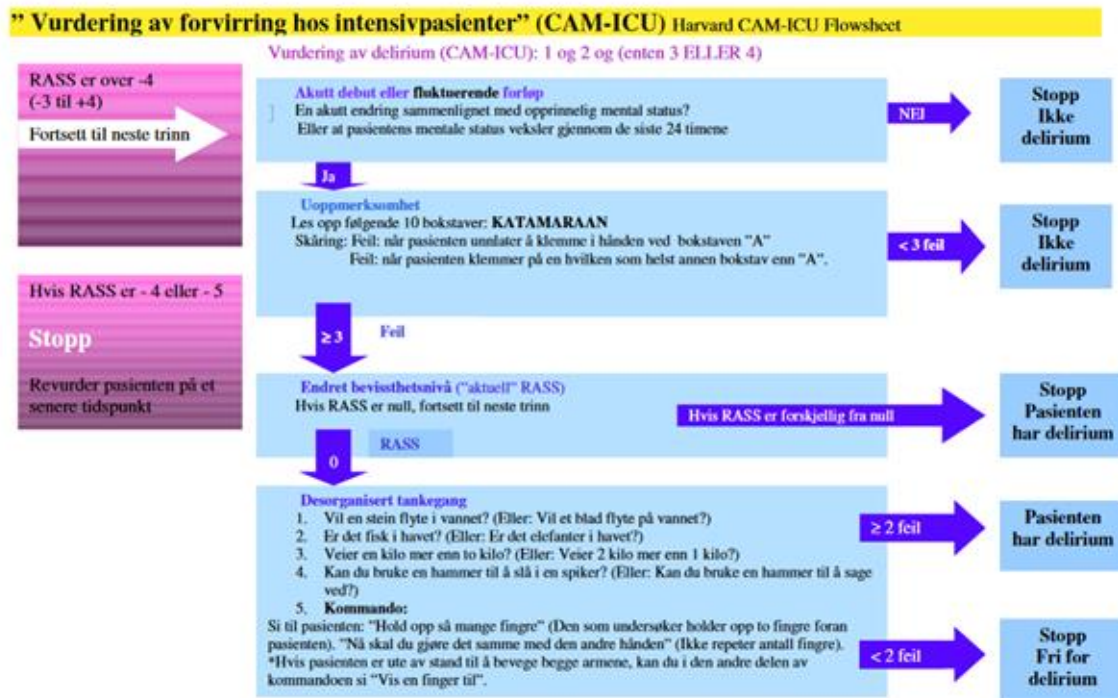
En vanlig oppfatning er at pasienter med delir har hallusinasjoner eller vrangforestillinger, men det er ikke alene et grunnlag for å stille diagnosen (Blanchard, 2020). Opptil 90% har hypoaktivt- eller blandingsdelir, noe som vanskeliggjør diagnostikken uten systematiske verktøy (Wøien et al., 2012). Delir kan diagnostiseres ut ifra ulike tegn og symptomer pasienten har, men det anbefales å bruke validerte kartleggingsverktøy, for å gjøre vurderingen systematisk (Francis, 2019; Francis & Young, 2020).

3.2 CAM- ICU

I Norge er skåringsverktøyet CAM-ICU (figur 2) oversatt, validert og mest brukt (Neerland et al., 2013; Wøien et al., 2008). Verktøyet har høy sensitivitet og spesifisitet, henholdsvis 94% og 89%, men dette gjelder når det utføres av «delir eksperter», trente intensivsykepleiere, sykepleiere og annet trent helsepersonell. Når CAM-ICU utføres av utrent helsepersonell synker sensitiviteten til 47% (Sinvani et al., 2021). Med CAM-ICU vurderes pasienten ut ifra fire kjennetegn (Stubberud, 2020b, s.212-222):

1. Akutt debut eller fluktuerende forløp
2. Uoppmerksomhet
3. Desorganisert tankegang
4. Endret bevissthetsnivå

Figur 2- CAM-ICU flytskjema.



(Wøien et al., 2008). Hentet fra: [CAM-ICU Flytskjema](#) (08.02.21).

3.2.1 Positive erfaringer ved bruk av CAM-ICU

Sykepleiere fra den koreanske studien av Jung et al. (2013) sa at med øvelse gikk gjennomføringen av CAM-ICU fort og gav raske resultater. De presenterer også at bruk av verktøyet gav større fokus og forståelse av delir og forbedret kommunikasjonen med både pasient og andre helsearbeidere. Forebyggende intervensjoner ble raskere iverksatt og håndteringen av delir ble bedret. Særlig ble diagnostikken av hypoaktivt delir satt i fokus, da denne typen var lite kjent fra før, og de så verdien i skåringsverktøy som kunne oppdage dette. Tilsvarende resultater fant Eastwood et al. (2012) og Wøien & Bjørk (2012) hvor de oppdaget skiftende nivå av pasientens tilstand tidlig og identifiserte individuelle behov. Disse deltakerne følte seg også mer ansvarlige når de brukte et systematisk verktøy og de diagnostiserte mer presist. I studien av Eastwood et al. (2012) så man også en klar korrelasjon mellom fokus på diagnostikk og økt bruk av medikamentell behandling.

Sykepleiere hadde positive holdninger både før og etter implementering av CAM-ICU (Steinseth et al., 2018). Deltakerne ble delt inn i grupper hvorav deltakerne i den ene gruppen, beskrevet som ansvarlige, mente at CAM-ICU var et verdifullt verktøy selv om de syntes det hadde mangler. De mente også at verktøyet gav en objektiv vurdering av pasientens kognitive

situasjon. Tilsvarende resultater ses i studien av Sinvani et al. (2021). Etter implementering av CAM-ICU opplevde sykepleierne at de hadde et større fokus på delir og dokumentert vurdering av delir økte markant.

3.2.2 Negative erfaringer ved bruk av CAM-ICU

I den kvantitative studien Van Eijk et al. (2009) diskuterte de at underdiagnostisering av delir kunne komme av manglende motivasjon hos intensivsykepleierne til å utføre CAM-ICU. Studien viste at intensivsykepleierne kun oppdaget 35 av 75 tilfeller av delir. Deltakerne glemte å vurdere for delir da det ikke var en del av deres daglige rutine i den norske studien utført av Steinseth et al. (2018).

Oxenbøll-Collet et al. (2016) trakk frem tre ulike aspekter som kunne påvirke vurderingen med CAM-ICU. Utfordringer med å tolke delir hos intuberte pasienter, vanskeligheter med å gjennomføre vurderingen for eksempel på grunn av sedering og mangelfull dokumentert intervensjon uavhengig av resultatet. Det samme kom frem i studien til Jung et al. (2013), hvor de i tillegg behandlet deliriske pasienter med fysiske begrensninger. Deltakere hevdet det var viktig å kjenne pasienten i forkant av en slik vurdering (Steinseth et al., 2018). I studien av Wøien et al. (2012) stilte de seg kritiske til om sedering i seg selv kunne påvirke vurderingen med CAM-ICU og ytrer behov for å modifisere verktøyet ytterligere for å passe intensivpasientenes kompleksitet. Deltakerne i Wøien & Bjørk (2012) sin studie var motiverte til CAM-ICU vurderingen, likevel mente de at det var et vanskelig verktøy å bruke. Tilsvarende ses i studien til Steinseth et al. (2018) der de mente at de hadde fått for lite og for dårlig trening i bruk av verktøyet, og at dette i seg selv var en barriere. Utførelsen viste store variasjoner selv ved vurdering av samme pasient. Dette er gjennomgående også i studiene av Zamoscic et al. (2016) og Wøien & Bjørk (2012), hvor deltakerne beskrev lav selvtillit og lite erfaring i bruken av verktøyet.

I studien av Oxenbøll-Collet et al. (2016, s.18) mente sykepleierne at vurderingen påvirket samspillet mellom helsepersonell og pasient og endret sykepleiernes støttende rolle til å bli mer konfronterende, da vurderingen kunne *“føles mer som et avhør enn omsorg”*. I den norske studien utført av Steinseth et al. (2018) sa noen deltakere at det kunne oppleves krenkende både for pasient og intensivsykepleiere å bruke CAM-ICU.

Deltakerne i tre studier stolte mest på egen klinisk vurdering (Oxenbøll-Collet et al., 2016; Steinseth et al., 2018; Zamoscic et al., 2016). Deltakerne var usikre på verktøyets validitet,

særlig hos ikke- sederte pasienter og kritisk syke pasienter som ifølge deltakerne kunne få feil diagnose om de ikke klarte å gjennomføre vurderingen som følge av for eksempel at pasienten hadde fatigue. De beskrev også en usikkerhet ved at falskt positivt svar ville føre til unødvendig behandling med medikamenter. Det var frustrerende å ikke ha noen dokumentert og effektiv behandling mot tilstanden, som gjorde at vurderingen ble nedprioritert (Oxenbøll-Collet et al., 2016; Steinseth et al., 2018; Zamoscic et al., 2016). Deltakerne i den norske studien av Wøien & Bjørk (2012) mente det ikke var tilstrekkelig å vurdere pasienten kun med CAM-ICU, men at kombinert med klinisk vurdering kunne det være verdifullt.

Vurdering med CAM-ICU ble beskrevet å ha lavere prioritet enn andre sykepleieroppgaver, særlig på grunn av manglende samarbeid med legene (Jung et al., 2013; Zamoscic et al., 2016). Noen sa også at de ikke vurderte med CAM-ICU før legene ba om det (Steinseth et al., 2018). Deltakere beskrev at selv om de vurderte pasienten og fikk positivt resultat endret det ikke behandlingen (Steinseth et al., 2018; Zamoscic et al., 2016). Behandling av fysiske plager ble prioritert over psykologiske behov og intensivsykepleierne beskrev dårlig samvittighet om de brukte tid på delirvurdering hvis de så at kollegaene sine hadde mye å gjøre (Zamoscic et al., 2016).

3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde

Stubberud (2020a, s.47) sier at «*intensivsykepleierens direkte pasientrettede funksjon omfatter forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. Intensivsykepleierens indirekte pasientrettede funksjon omfatter undervisning og veiledning, forskning og utvikling og administrasjon og ledelse*».

Å vurdere pasientens tilstand er en viktig del av intensivsykepleierens forebyggende funksjon og ansvar. Forebyggende tiltak kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Intensivsykepleieren skal ifølge NSFLIS (2017, s.2) «*anvende systematisk observasjon og vurdering for å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium*». Å utføre systematiske observasjoner og vurderinger av pasienten omfatter bruk av kartleggingsverktøy slik som CAM-ICU, og kan beskrives som et sekundærforebyggende tiltak (Stubberud, 2020a, s.41-74).

Tertiærforebyggende tiltak handler om å unngå komplikasjoner til behandlingen pasienter i intensivavdeling mottar. Ved for eksempel å skjerme, tilstrebe riktig døgnmønster og realitetsorientere intensivpasienten, jobber intensivsykepleieren med tertiærforebyggende tiltak mot

intensivdelir. Siden pasienter på intensiv er særlig utsatt for intensivdelir på grunn av sin akutt og/- eller kritiske sykdom flyter nivåene over i hverandre og intensivsykepleieren må jobbe på tvers av nivåer samtidig (Stubberud, 2020a, s.41-74).

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (1986) har utarbeidet sykepleieteorier som i stor grad omhandler å hjelpe pasienten i å sikre pasientens grunnleggende behov, og å hjelpe pasienten til å gjenvinne egenomsorg. Henderson (1986) definerte sykepleierens spesielle funksjon slik;

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig» (Henderson, 1986, s.9).

I denne definisjonen spesifiserer Henderson (1986, s.9) at sykepleien skal bidra til helsegevinst så fort som mulig. For å oppnå dette er det avgjørende at intensivsykepleierne observerer pasientene og bruker strukturerte verktøy for å oppdage delir og iverksette tiltak tidlig i forløpet (Francis, 2019; Francis & Young, 2020; Hichkin et al., 2017). Henderson (1986) sier at sykepleieren skal hjelpe pasienten med det pasienten ikke klarer selv, som en utfyllende del, og beskriver en helhetlig pleie som omfatter både fysiske og psykiske aspekter. Hun beskriver at delir kan påvirke den generelle sykepleiebehandlingen og at det må tas hensyn til dette når sykepleieren skal vurdere hvilke behov pasienten har for hjelp (Henderson, 1986).

Videre må intensivsykepleiere forholde seg til yrkesetiske retningslinjer på lik linje med andre profesjoner innenfor medisinsk behandling. NSF (2019c) sine yrkesetiske retningslinjer sier at *«sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten» (NSF, 2019c)*. I tillegg finnes det innen helsefagene fire etiske grunnprinsipper; *å gjøre godt, å respektere selvbestemmelse, å ikke skade, og å være rettferdig* (Ursin, 2021). Helsepersonell har en særlig forpliktelse til å følge disse prinsippene. Prinsippet for «å gjøre godt» handler om å forebygge, hele, lindre og gi omsorg. For å utøve denne plikten stiller det krav til intensivsykepleieren om å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (NSF, 2019b). Helsepersonell- og lov om pasient- og brukerrettigheter bestemmer at helsepersonell plikter å utføre faglig forsvarlig helsehjelp og at pasienten har krav på tjenester av god kvalitet (Helsepersonelloven, 1999a; Pasient- og

brugerrettighetsloven, 2001). Kritisk syke pasienter har også ofte lengre sykehusopphold og morbiditet som øker risikoen for å utvikle delir og dermed øker også mortaliteten (Blanchard, 2020). Intensivsykepleierens overvåking, kliniske vurdering og identifisering av tilstanden, er derfor av stor betydning (Francis & Young, 2020; Stubberud, 2020b, s.212-222).

4.0 Metode

I dette kapittelet belyses studiens design og metode, utvalg og rekruttering av deltakere, data-innsamling, transkripsjon og analyse. Det gis en presentasjon av kandidatens forforståelse, og forskningsetiske hensyn og vurderinger som er gjort gjennom studien. Denne delen skal gi leseren en forståelse av planleggingen og gjennomføringen av studien.

4.1 Design og metode

Denne studien er en kvalitativ studie, en eksplorativ og beskrivende undersøkelse med bruk av fokusgruppeintervju. Kvalitativ metode brukes når det er ønskelig å finne kunnskap om menneskelige erfaringer presentert i tekst og ikke i statistikk (Malterud, 2017, s.30-40). Kvalitativ metode er *«en forskningsstrategi for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres»* (Malterud, 2017, s.30). Kvalitativ metode kan bidra til å vise bredt mangfold, ulike nyanser og subjektive erfaringer, som denne studien var ute etter. Det kan gjøres ved å beskrive, analysere eller tolke egenskaper ved det som studeres (Johannessen et al., 2021, s.51-56, 105-123; Malterud, 2017, s.30-40). Kvalitative metoder kan brukes til å få mer kunnskap om menneskelige opplevelser, holdninger, erfaringer, tanker, motiver og forventninger. Det er en måte å lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng (Malterud, 2017, s.30-40).

Intervjuene hadde et semistrukturert eksplorativt design som åpnet for å følge deltakernes beskrivelser og dermed kunne utforske ny informasjon (Polit & Beck, 2018, s.153-174). Data fra intervjuene ble så analysert med tematisk analyse som har en fleksibel tilnærming for å analysere data og som anbefales for noviser innen kvalitativ forskning (Braun et al., 2019).

4.2 Kandidatens rolle og forforståelse

Kandidaten hadde lite erfaring med forskningsarbeid fra tidligere. Det kan vanskeliggjøre å kunne garantere for transkriptet og dataanalysens validitet eller gyldighet (se kapittel 6.3). Malterud (2017, s.41-50) påpeker at vi forskere setter spor i all nærkontakt vi har med

innsamlet data. Å fortolke data gjennom forskningsprosessen, uten å farges av egen forforståelse, er krevende nok for en erfaren forsker, og er da enda mer krevende for noviser (Malterud, 2017, s.41-50). For å sikre transparent rapportering av data, ble data og analyse diskutert med veileder og gjennomgått ved hjelp av Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (vedlegg 5).

Kandidatens forforståelse er opparbeidet fra arbeidslivet som sykepleier og praksis perioder i løpet av videreutdanning. Kandidaten hadde erfaring som sykepleier i fem år før videreutdanningen startet, med erfaring fra medisinsk sengepost og akuttmottak. Kandidaten var kjent med delir fra tidligere arbeidserfaring, men merket fort forskjeller og andre utfordringer med intensivdelir da videreutdanningen ble påbegynt. På grunn av Covid-19 pandemien ble arbeidsmengden økt betraktelig ved siden av studiet og kandidaten fikk raskt arbeidserfaring fra intensivavdeling og kjennskap til delir og delirvurdering i klinisk praksis.

Kombinasjonen av å arbeide i intensivavdeling og praksis på ulike helseforetak gav kandidaten et innblikk i forskjellige intensivavdelingers praksis når det gjelder delir og delirvurdering. Samtlige avdelinger kandidaten var innom i løpet av studietiden hadde CAM-ICU som valgte strukturerte verktøy for delirvurdering, men inntrykket kandidaten satt igjen med var at det er et lite brukt verktøy i de fleste intensivavdelinger. Da delir rammer mange pasienter og har store konsekvenser både for pasient, behandlingsteamet og helseforetakene som helhet (Francis & Young, 2020), anså kandidaten dette som et svært spennende tema å skrive om. Forforståelsen har påvirket valg av tema, men kan også ha påvirket hva det ble satt søkelys på under studien, hvordan datamaterialet fra deltakerne ble tolket og analysert. Gjennom diskusjoner om analyse med veileder mener kandidaten likevel at resultatene reflekterer deltakernes erfaringer.

4.3 Fokusgruppeintervju

For å få økt kunnskap om intensivsykepleierens erfaringer, ble det valgt å bruke fokusgruppeintervju som metode for datainnsamlingen. Ifølge (Malterud, 2017, s.133-140) kan fokusgruppe gi deltakerne større frihet til å snakke, mulighet til å kunne skape diskusjon og refleksjon om deres tanker, følelser og meninger. I tillegg kan samhandlingen i gruppen bidra til å synliggjøre flere erfaringer enn individuelle intervjuer kan, noe som var ønskelig å utnytte i denne studien. Kunnskap utvikles i samspill mellom deltakere og mellom deltakere og forsker, med forskeren som instrument (Johannessen et al., 2021, s.125-147). Et slikt samspill gir

økt innsikt og forståelse for egne og andres erfaringer, i denne studien økt forståelse om deltakernes erfaringer med bruk av CAM-ICU. Kvale & Brinkmann (2015, s.69-94) skriver at forskeren er det viktigste redskapet for å innhente kunnskap og betydningen av forskernes integritet øker med intervju som metode. Med det forstås det som at kandidatens rolle er avgjørende for den kunnskap og de etiske beslutninger som kommer frem under en kvalitativ studie. Kandidaten må videre være forsiktig med å identifisere for sterkt med deltakerne og holde en profesjonell avstand. Det er viktig for at fortolkningen skal skje ut fra deltakernes perspektiver og ikke kandidatens (Kvale & Brinkmann, 2015, s.95-113). Fokusgruppeintervju er en kostnad- og tidsbesparende metode, siden det krever mindre ressursinnsats enn hva individuelle intervju gjør, da man får samlet flere deltagere ved hvert intervju (Malterud, 2017, s.133-140). Dette var også en fordel ved denne studien, siden masterperioden er avgrenset i tid.

Malterud (2017, s.133-140) beskriver at to til tre fokusgruppeintervjuer gir relevante og innholdsrike data til å gjennomføre en forsvarlig analyse under forutsetning om en god dialog og samhandling i fokusgruppene. I denne studien ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer, med en tidsramme på 60-90 minutter.

4.3.1 Utvalg av deltakere

For å få mest mulig dybdekunnskap i datainnsamlingen, ble det valgt ut informanter etter prinsippet for strategisk utvalg. Strategisk utvelgelse brukes når forsker i kvalitative studier har klare målgrupper som er ønsket, med mål om å få samlet mest mulig fyldige beskrivelser for å belyse problemstillingen (Johannessen et al., 2021, s.57-78). Målet i denne studien var å rekruttere 3-5 deltakere per fokusgruppe som anbefales av Johannessen et al. (2021, s.57-78). Utvalget ble avgrenset ved å anvende inklusjon- og eksklusjonskriterier (Polit & Beck, 2018, s.207-225).

Tabell 7- Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Har arbeidet i mer enn ett år på en intensivavdeling.	Ledelse eller administrative stillinger.
Er skandinavisk talende	Barneintensivavdeling
Har erfaring med CAM-ICU	Nevrointensivavdeling

Intensivsykepleiere med mindre enn ett års erfaring fra intensivavdeling ble ekskludert på bakgrunn av at de antagelig har mindre erfaring med å bruke CAM-ICU.

Det viste seg å være vanskelig å rekruttere deltakere på grunn av Covid-19 pandemien og dermed stor belastning på avdelingene. Totalt 18 intensivavdelinger i Norge ble invitert til å delta i prosjektet. Fire avdelinger ønsket å delta, men på grunn av høy aktivitet trakk to avdelinger seg eller de fikk problemer med rekruttering i avdelinger slik at det ikke var gjennomførbart å utføre intervjuene innenfor tidsrammene og kriteriene på oppgaven.

Det ble inkludert intensivsykepleiere fra to generelle intensivavdelinger med medisinske og kirurgiske voksne pasienter, dette representerte et relativt homogent utvalg både med tanke på pasientgrunnlaget og på deltagerens erfaringer med delirutvikling. I studien ble intensivsykepleiere fra barneintensiv og nevrintensiv ekskludert.

Det var ikke aktuelt å rekruttere deltakere fra andre profesjoner da det ble vurdert at det er hovedsakelig intensivsykepleierne som står ved pasienten og utfører CAM-ICU- vurderingen på norske sykehus. Det ble dermed et homogent utvalg. Det var videre ønskelig å rekruttere deltakere fra samme avdeling for hvert intervju, da en kollegial tillit kan åpne for diskusjon og samhandling. Samtidig kan det tvinges frem en gruppenorm som forskeren må være bevist på når vi fortolker dataene (King & Horrocks, 2010, s.7-78). Tabell 8 viser deltakernes alder og erfaring fra intensivavdeling.

Tabell 8- Deltakernes alder og erfaring fra intensiv

Deltakere	
Alder	Antall
20- 30 år	1
31- 40 år	2
41- 50 år	
51- 60 år	3
Over 60 år	3

Erfaring fra intensivavdelinger	
1-5 år	4
6- 10 år	
11- 15 år	
Mer enn 15 år	5

I det ene intervjuet ble det inkludert en sykepleier med en annen spesialisering enn intensiv, da det på grunn av langvarige rekrutteringsproblemer var ønskelig å få gjennomført intervju. Det ble ansett som mer hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet og vurderte spesialiseringen og erfaringen vedkommende hadde med seg som adekvat for å kunne delta i studien, da deltakeren oppfylte inklusjonskriteriene.

4.3.2 Intervjuguide

Det overordnede forskningsspørsmålet var: *Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit?*

Utarbeidelsen av intervjuguiden (tabell 9) var ment å skjerpe forskningsfokuset og utfordre kandidatens forforståelse i møte med andre menneskers erfaringer (Malterud, 2012, s.29-36). Det ble valgt å utføre et semistrukturert intervju hvor det anbefales å ha forberedt diverse spørsmål som kan lede intervjuet i den retningen som anses som resultatgivende, samtidig er det ikke ment å være et spørreskjema i tråd med hva som anbefales av Johannessen et al. (2021, s.105-123).

Temaene til intervjuguiden ble trukket ut og systematisert da eksisterende litteratur ble gjennomlest. Seks temaer ble videre slått sammen til tre overordnede temaer, som ble formulert til forskningsspørsmål (tabell 9). Dette for å lage struktur til intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.134-155, 156-171; Malterud, 2017, s.133-140). Videre ble det formulert underspørsmål, som kunne være med på å lede deltakerne mot de temaene kandidaten ønsket å belyse (Malterud, 2017, s.133-140).

«Vi skal ikke møte deltakerne med blanke ark, uten å ha tenkt gjennom samtalen på forhånd, men vi skal heller ikke legge for høy grad av forhåndsregi på det som blir sagt» (Malterud, 2012, s.33).

Dermed ble det først utarbeidet en tentativ intervjuguide som ble etterprøvd og bearbeidet før pilotintervju ble utført. Målet var å sikre at spørsmålene kunne oppnå så mye og rik informasjon som mulig om temaet innenfor gitte tidsrammer.

Pilotintervjuet ble gjennomført med én intensivsykepleier. Dette intervjuet bidro til en bevissthet rundt egen fremtoning, spørsmålene i intervjuguiden ble justert, i tillegg gav det trening i intervjuteknikk og transkribering og det ble sikret av adekvat utstyr. Øvelsen kan ha bidratt til å styrke studiens reliabilitet. Den ferdigstilte intervjuguiden presenteres i tabell 9.

Tabell 9- Forskningsspørsmål og intervjuguide

Problemstilling:
- <i>Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit?</i>
Forskningsspørsmål:
- Hvilke erfaringer har dere med bruk av CAM-ICU i daglig praksis på din avdeling? - Hvordan vurderer du pasienten for delir? - Hvordan lærte du å bruke CAM-ICU?
Intervjuguide:
1. Hvordan vurderer du pasienten for delir? 2. Kan du fortelle om en situasjon hvor du brukte CAM-ICU? 3. Er det andre måter å vurdere pasienten for delir? - Hva/ hvilke? 4. Hva gjør dere hvis pasienten skårer positivt på CAM-ICU? 5. Har dere andre tanker om det å bruke CAM-ICU i klinisk praksis? 6. Hvordan lærte du å bruke CAM-ICU? 7. Har dere andre tanker om opplæringen i CAM-ICU? 8. Kan du fortelle om hvordan presenterer CAM-ICU for pasient/ pårørende? 9. Hvordan føles det å stille spørsmålene i CAM-ICU foran kollegaer eller pårørende? 10. Hvordan avslutter dere CAM-ICU- vurderingen ovenfor pasienten? 11. Har dere andre tanker/følelser om hvordan å presentere CAM-ICU for pasient/pårørende? 12. Når i løpet av arbeidsdagen vurderer du pasienten med CAM-ICU? Hva kan påvirke når du vurderer pasienten? 13. På hvilken måte kunne verktøyet vært bedre? 14. Er det noe annet dere ønsker å si om deres erfaringer med CAM-ICU?

Spørsmålene i intervjuguiden ble brukt til å sette i gang deltakerne og som en guide gjennom intervjuet. Kandidaten opplevde at deltakerne hadde belyst mange av spørsmålene i intervjuguiden uten at kandidaten måtte lede dem dit.

4.3.3 Innsamling av data

Intervjuene ble gjennomført i januar 2022 ved to sykehus i Norge. De ble utført på deltakerens sin arbeidsplass og innenfor deres arbeidstid. Kandidaten utførte intervjuene alene, men forsøkte likevel å ta notater for å dokumentere stemningen under intervjuet og sikre oversikt over hvem som sa hva.

Intervjuene ble gjennomført under Covid-19 pandemien som gjorde at kandidaten hadde på munnbind under intervju. Deltakerne, som var i kohort, kunne sitte uten munnbind så lenge de satt én meter fra hverandre. Kandidaten hadde derfor med tre lydopptakere som ble plassert rundt i rommene for å sikre å kunne høre alle deltakerne under transkripsjonen. Deltakerne satt i sirkel med god avstand under begge intervjuene på fristilte rom i avdelingen for å unngå forstyrrelser.

Før intervju informerte kandidaten deltakerne om hensikten til studien og de fikk informasjon om samtykkereglementet. De ble oppmuntret til fri diskusjon og informasjon om at det de sa ikke ville få negative konsekvenser i etterkant. Deltakerne opplevdes avslappet og trygge i situasjonen. I starten av begge intervjuene brukte deltakerne tid på å finne ut hvem som skulle starte å svare på spørsmålene som ble stilt, men etter hvert løsnet det.

I det andre intervjuet lagde deltakerne, i samarbeid med kandidaten, tegn for å markere at de ønsket å prate, dette for å unngå å snakke i munn på hverandre. Det var bedre flyt i samtalen under det andre intervjuet. Deltakerne i begge intervjuene var ivrige i å dele sine erfaringer. Likevel var det annerledes stemning i det første intervjuet, hvor en årsak kan være at denne gruppen hadde mindre kjennskap til CAM-ICU og samtalen fløt dermed dårligere og kandidaten måtte da stille flere spørsmål som kanskje brøyt den naturlige flyten noe.

Det ene intervjuet ble også noe presset for tid da en deltaker kom litt sent, og intervjuet måtte avsluttes innen en satt tid. Intervjuet i den andre gruppen ble avsluttet av kandidaten da det ble

vurdert å ikke få mer relevant data ut av deltakerne. Hvert intervju ble avsluttet med åpent spørsmål om deltakerne hadde noe mer de ville dele om temaet.

4.3.4 Transkripsjon

Transkriberingen ble utført av kandidaten. Det ble anset som fordelaktig å transkribere selv da dette gir dyp innsikt i datamaterialet. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s.204-214) konstrueres dataen fra tale til skriftspråk og forskeren må aktivt ta beslutninger i prosessen. Dette betyr at kandidaten vil påvirke datamaterialet med sin personlige tolkning. Som en generalprøve ble pilotintervjuet transkribert før den aktuelle datasamlingen. Kandidaten forsøkte å identifisere sine antakelser og være bevisst på egen forforståelse før og under transkriberingen. Transkripsjonen ble lest gjennom flere ganger med alle tre lydfiler for å sikre at det som ble sagt ble nedfelt i transkripsjonen. Aktive handlinger av kandidaten var blant annet å tolke dialekt. Som anbefalt av OsloMet, av forskningsetiske hensyn, ble transkripsjonen renskrevet for dialekt, dette kan ha påvirket meningsbærende utsagn. Det anses likevel som lite sannsynlig at denne handlingen kan ha påvirket resultatene i stor grad da ord og utsagn som ble tolket var like på bokmål. Likevel var dette noe kandidaten var bevisst på under transkriberingsprosessen.

4.4 Analyse

Forsvarlig analyse er avgjørende for at et fokusgruppeintervju kan ende i en vitenskapelig publikasjon (Malterud, 2017, s.91-96). Før analysen ble Braun & Clark (2006) og Braun et al. (2019) lest omfattende etter råd fra veileder om å bruke sistnevnte sin tematiske analyse med en refleksiv tilnærming, noe som også synes som en relevant analysemetode for denne studien. Med denne metoden identifiseres temaer og den finner mønster i meningene som er organisert rundt en kjerne ide. Det vil si at forskeren ser etter de underliggende budskapene i det som blir sagt og finner samsvarende meninger i datasamlingen (Braun et al., 2019). Det er et åpent og eksplorativt design med en refleksiv tilnærming. Den vektlegger mening som kontekstuell, det vil si situasjonsbetinget. Videre at det kan være mange realiteter og metoden ser på kandidatens subjektivitet, ikke bare som valid, men også som en ressurs. I tillegg anbefales tilnærmingen for noviser, da det ikke stilles like store krav til teoretiske eller teknologiske kunnskaper som ved eksempelvis Grounded Theory (Braun & Clarke, 2006).

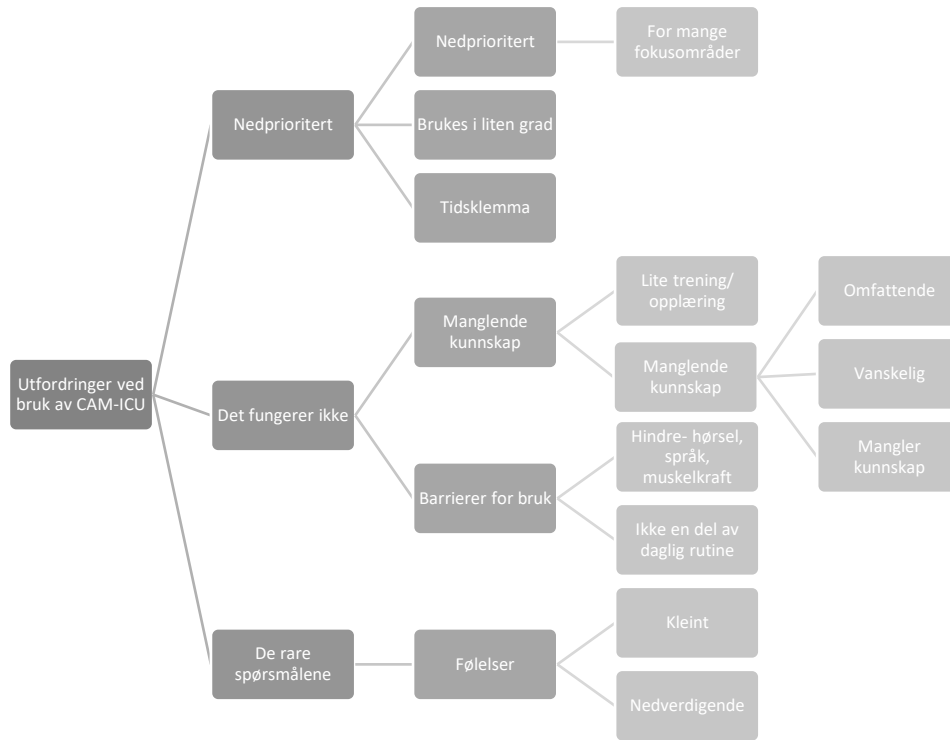
Braun et al. (2019) presenterer tilnærmingen i seks trinn, men presiserer at analysen foregår på tvers av trinnene og beveger seg frem og tilbake gjennom hele analyseprosessen.

Tilnærmingen i tematisk analyse presentert av Braun og kolleger (2019) er fulgt så nøye som mulig og beskrives her.

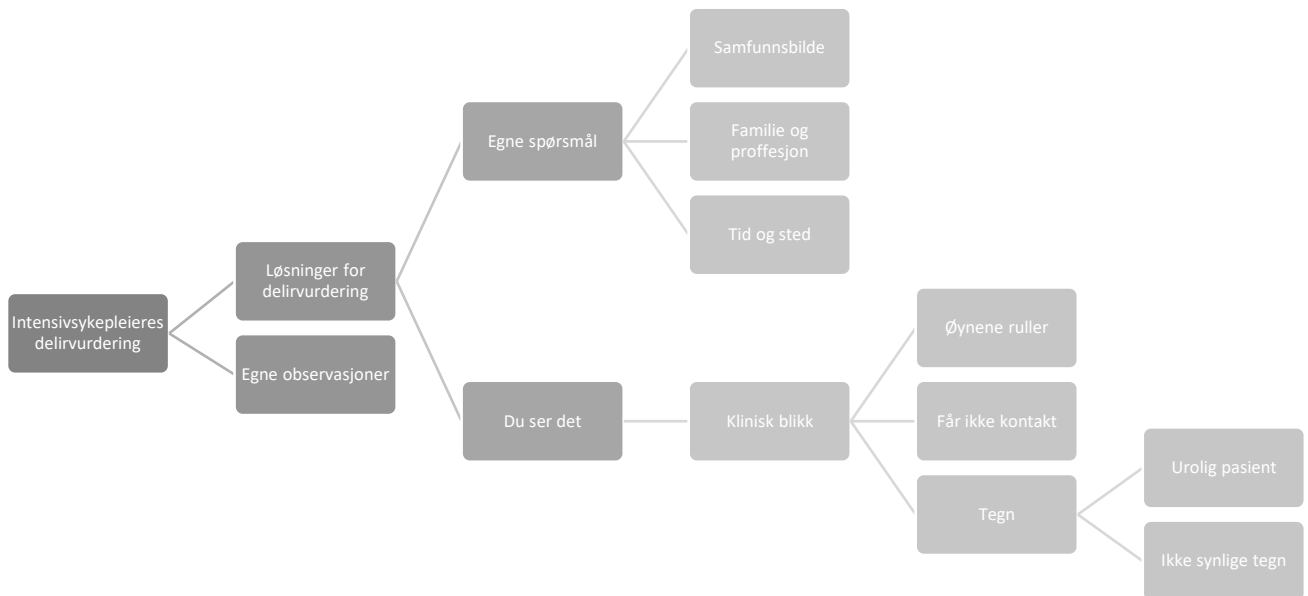
Trinn en startet med at kandidaten gjorde seg kjent med den innsamlede dataen. Dette ble gjort ved å transkribere dataen, lese materialet om og om igjen og notere ideer som dukket opp underveis. I trinn to ble de første kodene generert. Kandidaten fant i denne delen interessante koder i dataen og materialet måtte gjennomgå på en systematisk måte for å finne all relevant data til hver kode og trekke ut utdrag fra disse. Trinn tre handlet om å aktivt se etter temaer som var gjennomgående i kodene, med andre ord, å samle kodene som handlet om det samme, til de potensielle temaene. I denne delen var det viktig å ikke miste betydningsfull data, selv om dataen tilsynelatende ikke passet inn i de skapte temaene. I trinn fire måtte kandidaten gjennomgå de potensielle temaene fra trinn tre og se om de passet til kodene og utdragene fra trinn to. Det ble også laget et tematisk kart av analysen (se figur 3 og 4). Trinn fem handlet om å avgrense og finne navn til hvert tema. Til sist, trinn seks, i analysen handlet om å koble analysen sammen med forskningsspørsmålet og litteraturen og produsere rapport av analysen som var gjort, som i dette tilfelle er denne masteroppgaven.

Til denne studien startet analysen under intervjuene hvor kandidaten allerede fikk tanker og ideer om enkelte koder som kunne være aktuelle. Disse ble skrevet ned og vurdert under og etter transkriberingen. Den trinnvise fremgangsmåten, som beskrevet over, ble som Braun et al. (2019) presenterte en dynamisk prosess hvor kandidaten måtte jobbe i de ulike trinnene på kryss og tvers. De initiale kodene ble koblet sammen og delt etter hvert som datamaterialet ble lest om og om igjen. Målet var å finne mening i datamaterialet og etter en omfattende og tidkrevende prosess endte analysen med to hovedtemaer med fem under-temaer (se kapittel 5).

Figur 3- Kodekart hovedtema: utfordringer ved bruk av CAM-ICU



Figur 4- Kodekart hovedtema: Intensivsykepleiernes delirvurdering.



4.5 Forskningsetiske vurderinger

Ved forskning har vi både etiske prinsipper og juridiske retningslinjer å forholde oss til. Forskningsarbeid reguleres av norske lover og forskrifter (Malterud, 2017, s.211-218). Faktorer som anonymitet, autonomi og samtykke er særlig viktig i medisinsk og helsefaglig forskning for å

unngå skade (Johannessen et al., 2021, s.45-50). Forskningsetiske prinsipper som må ivaretas er ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s.95-113) informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og kandidatens rolle (se kapittel 4.2). Studiens implikasjon for praksis diskuteres under kapittel 6.

4.5.1 Nødvendige tillatelser og informert samtykke

For å få adgang til forskningsfeltet ble det først innhentet godkjenning av prosjektet fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD), referanse nummer 139687 (vedlegg 1). Dette fordi alle forskningsprosjekter som inneholder personopplysninger skal meldes inn der. Det ble også gjennomført en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) av prosjektet, som er lastet opp i Office 360 sitt arkiv ved OsloMet. Da intensivsykepleierne som ble intervjuet ikke anses som en sårbar gruppe av de nasjonale forskningsetiske komiteene og siden temaet i oppgaven ikke er spesielt sensitivt, var det ikke nødvendig å få prosjektet godkjent fra Regional Etisk Komite (REK) (Malterud, 2017, s.211-218).

Da det var innhentet godkjenning fra NSD, ble det opprettet kontakt med klinikkledere og personvernombud (PVO) ved de respektive sykehusene deltakerne skulle rekrutteres fra. Godkjenninger måtte foreligge før intervjuprosessen og rekruttering av deltakere kunne starte (Malterud, 2017, s.211-218). Forespørselen til sykehusene ble sendt skriftlig, med informasjon om prosjektets formål og gjennomføring, det ble brukt NSD (vedlegg 1) sitt standard skjema for å være sikker på å få med all informasjon (Johannessen et al., 2021, s.45-50).

Etter innhentet godkjenning fra PVO og klinikkledere (vedlegg 2 og 3), ble ledelsen ved de aktuelle avdelingene kontaktet. I henhold til helseforskningsloven (2008), § 13, er det viktig å sikre at deltakerne ikke skal føle seg presset til å delta, dette er særlig relevant om deltakere har et avhengighetsforhold til den som rekrutterer. Kandidaten hadde ikke relasjon til deltakerne før intervjuene. Likevel var det ønskelig at det ble opprettet en nøytral kontaktperson i avdelingen, som rekrutterte deltakere etter definerte kriterier, beskrevet i kapittel 4.3.1. Etter en omfattende rekrutteringsperiode ble det gjennomført intervju ved to intensivavdelinger i Norge.

Alle deltakerne deltok frivillig, ble informert skriftlig og muntlig om prosjektets intensjon og hvordan dataen som kom frem ble håndtert videre. Deltakerne ble informert om mulighet for å trekke seg når som helst i studiens produksjonsfase. Data fra dem ville i så tilfelle blitt

makulert hvis det ikke allerede var gått inn i analyse av data. Deltakere gav skriftlig be-
kreftelse på at opplysningene som kom frem kunne brukes videre i studien.

4.5.2 Sikring av data og anonymisering

Til intervjuene ble det brukt tre lydopptak. To var diktafon-app på mobil og på Ipad som sender lydfilen kryptert direkte til nettskjema.no og tjenester for sensitive data (TSD), som anbefales benyttet ved OsloMet. Denne nettsiden er passord beskyttet, krever feideinnlogging og det er kun kandidaten som har tilgang til dataen. Den siste var en manuell digital diktafon som ble oppbevart etter retningslinjene for sikker datalagring ved OsloMet. Etter prosjektet slettes all data som kan identifisere deltakerne. Det vil si alle lydfilet. Samtykkeskjema ble levert til veileder for sikker oppbevaring ved OsloMet. Deltagere i et forskningsprosjekt har krav på anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.95-113). Deltakerne må informeres om dette slik at de trygt kan uttrykke sine tanker og meninger uten å være bekymret for å bli identifisert (Malterud, 2017, s.211-218). Navn på sykehus, avdeling og deltakere ble anonymisert og av hensyn til personvernet fikk alle deltakerne et pseudonym (Malterud, 2017, s.211-218).

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funnene fra studien. De presenteres i tabellen under som inneholder temaer og undertemaer og utdypes i underkapitlene tilhørende temaene.

Tabell 10- Presentasjon av tema

Hovedtema	
Utfordringer med bruk av CAM-ICU	Intensivsykepleiernes delirvurdering.
Undertemaer	
CAM- ICU nedprioriteres	«Du ser det»
«CAM- ICU fungerer ikke»	Egne spørsmål
«De rare spørsmålene»	

Funnene fra studien viste at deltakerne brukte CAM-ICU i liten grad, de opplevde ulike utfordringer med verktøyet og gjennomføringen i klinisk praksis. Deltakerne stolte heller på egne observasjoner enn bruken av standardiserte verktøy i vurderingen av delir. Kun én av ni deltakere fortalte at de åpnet vurderingsskjemaet i den elektroniske pasientkurven Metavision regelmessig, og deltakeren sa at vedkommende aldri hadde gjennomført alle spørsmålene i CAM-ICU. Det var en gjennomgående opplevelse at de hadde fokus på delir i avdelingene og at de vurderte pasientene for dette, men de mente at egne observasjoner var tilstrekkelig for å oppdage delir. De erkjente likevel at pasienter som hadde hypoaktivt delir led lengre på grunn av manglende synlige tegn som intensivsykepleieren kunne observere. Et annet funn var at selv om deltakerne sa at de ikke brukte CAM-ICU, mente de likevel at det var viktig å ha et verktøy, da det kunne øke fokuset på delir. Ved spørsmål om de kunne tenke seg en alternativ metode for å vurdere delir, mente de at måten CAM-ICU er laget på var en god metode for å oppdage det på, men at de kunne ønske seg andre typer spørsmål.

For å belyse deltakernes stemme og gi leseren mulighet til egen tolkning av datamaterialet har kandidaten valgt å presentere rikelig med sitater.

5.1 utfordringer med bruk av CAM-ICU

Funnene i studien viste at CAM-ICU bruktes lite i daglig praksis. Deltakerne fortalte at de opplevde forskjellige utfordringer ved CAM-ICU. For det første at de hadde for liten tid og for mange andre områder å fokusere på. Tidsklemma gjorde at de ikke satte i gang CAM-ICU vurdering, da de opplevde det som omfattende og lang. For det andre stilte de seg kritisk til verktøyet i seg selv, og om begrensninger hos pasienten kunne påvirke resultatene. Til sist fortalte flere om vegring for å utføre CAM-ICU, da de opplevde det som krenkende ovenfor pasienten. Disse utfordringene var felles for begge avdelingene, med enkelte unntak. Noen deltakere erkjente å ikke ha brukt verktøyet siden studietiden og en sa at vedkommende aldri hadde vurdert en pasient med CAM-ICU.

«... Det må jeg ærlig innrømme, jeg har jo gått igjennom det i teorien, men jeg har aldri gjort det i praksis og nå vet jeg ikke lenger ...» (S2D4).

«Det kommer nok ikke sånn kjempehøyt på lista, for å si det sånn ...» (SID1).

5.1.1 CAM-ICU nedprioriteres

Nesten alle deltakerne var enige i at de utførte en systematisk gjennomgang av pasienten minst en gang per vakt, hvor de også vurderte pasientens kognitive og mentale funksjon. Likevel uttrykte flere av deltakerne at de nedprioriterte å bruke CAM-ICU til fordel for andre arbeidsoppgaver. Flere av deltakerne opplevde tidspress i arbeidsdagen og fortalte om at de måtte prioritere tiden sin nøye. Deltakerne forklarte det slik;

«... Det er ikke noe fokus på CAM-ICU, når det er så mye å ha fokus på andre ting ...»
(S1D4).

«CAM-ICU tar liksom tid og det er ofte du liksom må gjøre så mye annet først»
(S2D4).

En deltaker fortalte at vedkommende ofte planla å vurdere med CAM-ICU, men så oppstod det hendelser slik som avføring og dermed stell, legevisitt, blodprøver eller andre undersøkelser og prosedyrer som utsatte vurderingen. Dermed glemte vedkommende det eller det ble ikke tid. Andre opplevde vanskeligheter med å planlegge når en vurdering skulle skje, for de var usikre på om pasienten var våken nok på morgenen, eller hadde nok energi etter morgentstell og andre prosedyrer til å kunne gjennomføre en CAM-ICU vurdering. En deltaker sa;

«... som regel er det et bankende kjøør på morgenen frem til litt godt utpå dagen, så er pasienten helt utslitt og så skal du gå i gang med og ta CAM-ICU da ...?» (S1D1).

Flere intensivsykepleiere fortalte at de syntes CAM-ICU var veldig omfattende og lang. De opplevde at det tok lang tid å gjennomføre og brukte beskrivelser som tidkrevende, vanskelig å memorere og utføre. Deltakerne nevnte andre verktøy med enklere struktur slik som The Critical-care Pain Observation Tool (CPOT), Numeric Rating Scale (NRS), Glasgow Coma Scale (GCS) og Richmond Agitation- Sedation Scale (RASS), hvor sistnevnte er en del av CAM-ICU og samtlige bruktes regelmessig av deltakerne. De fleste beskrev resten av CAM-ICU som vanskelig og omstendelig.

«Jeg synes det der KATAMARAAN er veldig langt» (S1D5).

«Det er vanskelig å huske, jeg klarer ikke å memorere det i hodet liksom, fordi jeg ikke bruker det nok da sikkert, men det er jo fordi jeg ikke kommer noe videre» (S2D4).

Her var det likevel ikke like mye samsvar i gruppene, da noen beskriver CAM-ICU slik;

«... det er jo egentlig kjempeenkelt» (S1D1).

«Det er kortere enn jeg trodde det var ...» (S1D4).

«Det er jo ikke så omfattende som jeg tror vi føler at det er, bare det å ta oss tid ...» (S2D1).

Deltakerne opplevde utfordringer med verktøyet på grunn av mangel på kjennskap til CAM-ICU og noen ble til og med overrasket over hvor enkelt det var da de så på CAM-ICU flyt-skjema.

5.1.2 «CAM-ICU fungerer ikke»

Deltakerne i begge gruppene erkjente at de brukte verktøyet lite og som tidligere nevnt var det kun én deltaker som åpnet opp CAM-ICU regelmessig. De fortalte om manglende erfaring og opplæring i CAM-ICU. En deltaker ønsket også en diskusjon i avdelingen om hva CAM-ICU var godt for. Vedkommende mente at det kunne øke fokuset på å bruke systematiske verktøy, særlig for å kunne oppdage de som hadde hypoaktivt delir. Begge gruppene beskrev at det var flere år siden det ble gjennomført opplæring eller fagdag med CAM-ICU som tema. Da fire av ni deltakere hadde mindre enn to års erfaring fra intensivavdelingen hadde ingen av disse fått organisert opplæring i avdelingene. Noe de også bekreftet og sa de gikk gjennom det på videreutdanningen, men kun i teorien. En beskriver vurdering med CAM-ICU slik;

«Det er jo et lykkespill. Kan være positiv den ene gangen og så negativ, og så ti minutter etterpå så er du klinkende delirisk igjen, jeg føler jo at det er sånn pasientene kan være» (S1D4).

Deltakeren beskrev et fluktuerende forløp, som delir kan ha, som et lykkespill. Om de var «heldig» vurderte intensivsykepleierne pasienten med CAM-ICU i det øyeblikket pasienten var delirisk og fikk dokumentert det. De beskrev også at det var vanskelig å vurdere pasienter som var tungt sedert.

«... for du kommer ikke så himla langt med en RASS -4 ...» (S1D1).

Den første gruppen hadde med CAM-ICU flytskjema som de kunne se på, og begge gruppene ytret manglende kjennskap til verktøyet. En deltaker sa det slik;

«... men det er jo vanskelig å vurdere og hvis de er på respirator og de kanskje ikke er helt våkne, at de ikke helt klemmer eller de ikke helt er våkne nok til å kunne samarbeide» (S1D5).

Andre ytret usikkerhet i forhold til pasientens evne til å forstå hva vedkommende skulle gjøre under en CAM-ICU vurdering. Deltakerne beskrev usikkerhet hvis pasienten hadde redusert hørsel og dermed ikke fikk med seg hva det ble spurt om. Muskelkraft og latens hos pasienten ble også nevnt som usikkerheter, hvor intensivsykepleierne ikke var sikre på om pasienten faktisk evnet å klemme i hånda, eller at de brukte for lang tid på det og at resultatet da kunne tolkes feil av intensivsykepleieren.

«Det er jo ofte at vi har eldre pasienter som kanskje hører dårlig, at sånne ting virker og inn på hvor vellykket det blir egentlig ...» (S1D4).

Usikkerhetene rettet seg både mot intensivsykepleierne og pasienten sine evner til å gjennomføre CAM-ICU vurderingen. En deltaker mente dette kunne være en løsning;

«Men hvis vi bare hadde begynt å gjøre det hver eneste dag, så hadde vi jo blitt flinkere til det ...» (S1D3).

Flere av deltakerne sa at de rett og slett glemte CAM-ICU da det ikke hadde fått fotfeste som en del av den systematiske gjennomgangen de utførte hver vakt.

«Jeg tror at vi kunne klart å få brukt den litt mer hvis det hadde blitt enda bedre implementert i avdelingen og at man løftet det litt opp da ...» (S2D1).

Begge gruppene foreslo å legge CAM-ICU inn som en arbeidsoppgave i den elektroniske kurveløsningen Metavision, og begrunnet dette med at de da ville få et varsel om at det var en arbeidsoppgave de måtte gjøre, og dermed øke bruken av CAM-ICU. Flere ytret usikkerhet ved CAM-ICU og ønske om en ytterligere implementering og felles fokus i avdelingen. Den ene deltakeren som brukte deler av CAM-ICU regelmessig sa det slik;

«Jeg tenker at det er som alt annet du ikke kan. Det har gjort det veldig mye mindre farlig for meg å bare ta den opp og så se på den. For selv om at jeg kanskje av og til avbryter fordi at jeg skjønner ikke helt hva jeg skal gjøre, så har jeg i alle fall tatt den opp, så kan jeg si at jeg prøvde å gjøre en CAM-ICU, men jeg kom liksom ikke helt videre» (S2D3).

En deltaker mente at intensivsykepleierne kanskje ikke forsto konsekvensene av tilstanden fullt ut siden de ikke så pasienten i ettertid av intensivoppholdet.

«... hadde vi visst hvordan det gikk med dem, så hadde vi kanskje hatt det mer fremme i panna ...» (S2D2).

Funnene fra studien viste at intensivsykepleierne opplevde en rekke ulike utfordringer med verktøyet i seg selv, med gjennomføringen av CAM-ICU og med å vurdere pasientens evne til å bli vurdert. Disse utfordringene baserte seg i stor grad på manglende kunnskap om CAM-ICU og som nevnt tidligere handlet det om at de ikke brukte CAM-ICU ofte nok til å bli trygge på det.

5.1.3 «De rare spørsmålene»

Dette undertema engasjerte deltakerne i begge gruppene. De fortalte flere historier om pasienter som hadde reagert kraftig på spørsmålene i CAM-ICU, de brukte ord som; nedverdiggende, invaderende, å henge ut og lure-spørsmål. De beskrev ubalanse i maktforholdet mellom intensivsykepleier og pasient og stilte spørsmål ved pasientens følelser og evne til å forstå hva som kreves av dem under en CAM-ICU vurdering.

«Det er vel det at det er voksne folk ligger der og vi er på en måte, i en, en rolle ovenfor de da, vi har jo litt sånn maktforhold ovenfor pasientene» (S1D3).

Deltakerne hadde mangfoldige beskrivelser av spørsmålene i CAM-ICU og var gjerne opprømt og hadde forakt i stemmen om dette under temaet. Deltakerne beskrev det som;

«... kleine spørsmål ...» og «... tåpelige spørsmål ...» (S1D4).

«... idiotiske spørsmål ...» (S2D3).

«... rare spørsmål ... det er unaturlig ...» (S2D1).

Spørsmålene vekke følelser hos deltakerne. De beskrev det som ubehagelig å stille dem. De beskrev ubehag for seg selv, men også for pasienten. De fortalte at de var usikre på om pasienten kunne bli fornærmet når de ble spurt spørsmålene i CAM-ICU.

«... jeg tror jeg kanskje har følelsen av at de føler det er lure spørsmål ... fordi det er sånt rart spørsmål ...» (S1D3).

I begge gruppene ble språk nevnt som en usikkerhet. Intensivsykepleierne var usikre på om den flerkulturelle pasienten forsto nok norsk til å kunne svare på «de rare» spørsmålene og forstå at det ikke var lure-spørsmål.

Deltakerne brukte ord og uttrykk som invaderende, å håne dem, nedverdiggende, krenkende, å kle av og å blottlegge pasientene. Det ble diskusjon om hvorvidt spørsmålene i CAM-ICU var verre enn andre invasive prosedyrer som utføres på intensivavdelinger og hvorfor CAM-ICU føltet invaderende, mens så mye annet invasivt utføres av intensivsykepleierne uten ettertanke. En deltaker sa at det kanskje bunner i at;

«... det handler om at vi synes det er litt ille hvis pasienten skal tro av vi tror at de er forvirret ... hva gjør det egentlig ... jeg tror vi må bare si det rett ut» (S1D3).

De ytret ønske om at spørsmålene skulle gjøres om til mer hverdags-tale som kanskje er rettet mot pasienten. Spørsmål om pasienten har barn eller barnebarn, eller om de har eller har hatt yrke ble nevnt som forslag.

«... tenke meg en forenklet utgave og at kanskje spørsmålene kunne vært endret til at det gikk an å svare logisk på en eller annen måte ...» (S1D5).

5.2 Intensivsykepleiernes delirvurdering

I kategorien over viste funnene problemene intensivsykepleierne opplevde med CAM-ICU og forklaringer på hvorfor deltakerne sjeldent bruker verktøyet. I det kommende tema forklarte deltakerne hvordan de fant andre måter identifisere delir på uten strukturerte verktøy.

5.2.1 «Du ser det»

Deltakerne fortalte at de gjorde ulike observasjoner hos pasienten for å oppdage delir. Flere deltakere forklarte at de kunne se tegn til delir hos pasienten, uten at de helt klarte å sette

fingeren på hva de så. Noen beskrev at de så det i form av at det skjedde noe med øynene, de rullet bakover eller at ansiktsuttrykket endret seg. De fleste deltakerne sa at de heller stolte på egne observasjoner enn CAM-ICU. En deltaker sier det slik;

«En kan jo stole på CAM-ICU, men jeg føler likevel at det du ser, det trumfer alt»
(S1D4).

Flere deltakere snakket om tegn som finnes ved hyperaktivt delir, hvor pasienten for eksempel kan rive av seg medisinsk overvåkingsutstyr eller slenge beina utenfor sengehesten.

«... så får du jo et bilde på om pasienten er veldig urolig og er agitert og drar i ledningene og ikke samarbeider, så er det jo et tegn på at her er det noe som ikke er helt som det skal være ...» (S2D2).

De fleste deltakerne brukte egne observasjoner for å vurdere pasienten for delir. Men det ble likevel diskusjon i gruppene om det var mulig å oppdage delir tidligere om man valgte å bruke strukturerte verktøy som CAM-ICU;

«... men kanskje vi kan oppdage det litt tidligere, før du ser alle disse her uro greiene»
(S1D3).

De presiserte at de vurderte pasienten for delir daglig og at de tenkte på delir hver dag, men at CAM-ICU ikke var en del av delir vurderingen.

«Det er bare CAM-ICU vi ikke bruker, men vi vurderer jo kognitiv og psykisk tilstand»
(S2D4).

De fleste deltakerne fortalte at de så verdien av å ha strukturerte verktøy. De sa at man fikk dokumentert tilstanden bedre med CAM-ICU og at hvis det var dokumentert så måtte intensivsykepleierne og resten av behandlingsteamet ta stilling til det. Noen mente at en vurdering med CAM-ICU kunne gi en større faglig forankring enn bare med egne observasjoner. En deltaker forteller;

«Men det som er bra med å ha en CAM-ICU, du får dokumentert i Metavision. Ja, han skårer positivt og det blir dokumentert der. Fremfor at det blir sånn muntlig synsing»
(S2D1).

5.2.2 Egne spørsmål

I stedet for å bruke CAM-ICU fortalte deltakerne som sagt at de så etter tegn og uttrykk hos pasienten som gav dem en idé om at delir kunne forekomme. I tillegg sa flere at de lagde egne spørsmål for å teste om pasientene svarte adekvat.

«... du spør hvor de er og sånn ... har du vondt noen steder, er du kvalm, og da hvis du får veldig tydelige klare beskjeder der, det holder på en måte for meg ...» (S2D4).

Flere brukte spørsmål som de anså som mer nøytrale, slik som å spørre hvem som er konge i Norge, mens noen rettet spørsmålene mot pasientens privatliv;

«Jeg pleier av og til, bare for å sjekke litt, har du barn og navngi barna, har du barnebarn og sånn» (S1D5).

Det ble diskusjon i begge gruppene om hvorfor de syntes spørsmålene var så håpløse at de valgte å bytte dem ut. Deltakerne ble i diskusjonen oppmerksomme på egen praksis og flere ytret at de innså at det ikke var så farlig å spørre om en stein flyter eller om det finnes fisk i havet. Samtidig ytret de fleste at de største barrierene for gjennomføring av CAM-ICU i klinisk praksis ligger i KATAMARAAN-delen og spørsmålene i CAM-ICU.

6.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å utforske norske intensivsykepleieres erfaring med bruk av CAM-ICU. Videre var det ønskelig å finne ut av hvordan intensivsykepleiere forholder seg til delirvurdering, hvilke utfordringer de møter rundt temaet og hvordan de løser disse i klinisk praksis. Problemstillingen *Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit?* ble utformet på bakgrunn av hensikt, teori og tidligere forskning. Hovedfunn fra studien var at intensivsykepleiere opplever flere utfordringer med CAM-ICU og bruker derfor verktøyet lite i daglig praksis og at de finner egne metoder for å vurdere om pasienten har delir. Funnene fra studien blir videre diskutert opp mot teori og tidligere forskning, samt lovverk, etiske retningslinjer og intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsområder.

6.1 utfordringer i klinisk praksis

Delir er en tilstand som rammer mange pasienter både innenfor og utenfor intensivavdelingene. Det er rapportert at opptil 70 % av tilfellene er underdiagnostisert og det anbefales derfor å bruke strukturerte verktøy i delir vurderingen (Francis & Young, 2020). Kunnskap om delir tilegnes i arbeidslivet, men er også et tema i videreutdanningen for intensivsykepleiere. Hvor deltakerne har ervervet sin kunnskap om delir og CAM-ICU kom ikke fullstendig frem i studien, men funnene viser at verktøyet har en mangelfull implementering i avdelingene. Ifølge NSF yrkesetiske retningslinjer (2019c) har sykepleieren et personlig ansvar for at egen praksis er faglig og etisk forsvarlig. Dette er også nedfelt i lovverket, og helsepersonelloven stiller krav til helsepersonell om å utøve faglig forsvarlighet og tilby omsorgsfull hjelp ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999a). I tillegg skal sykepleieren holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde (NSF, 2019c).

6.1.1 Tidspress

I intervjuene ble det redegjort at deltakerne opplevde tidspress og måtte nedprioritere visse arbeidsoppgaver, inkludert vurdering med CAM-ICU. De opplevde at de hadde uoverkommelig mange fokusområder og at pasientenes våken- og hviletid snevret inn tidsrommet hvor CAM-ICU kunne gjennomføres. Om det fantes ledig tidsrom var de gjerne opptatt med legevisitt, blodprøver, eller andre prosedyrer. Slike funn ble også beskrevet i studien av Wøien et al. (2008). I Helsepersonelloven (1999a) §16 står det «*virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*». Det stilles der krav til ledelsen om å organisere virksomheten på slik måte at sykepleierne får mulighet til å eksempelvis overholde de yrkesetiske retningslinjene (Helsepersonelloven, 1999a).

6.1.2 Manglende kunnskap og opplæring

En viktig barriere for deltakerne viste seg å være manglende kunnskap både om delir og CAM-ICU. En avdelingsleder har ansvar for at de ansatte får tilstrekkelig opplæring, slik at de kan praktisere kunnskapsbasert pleie til pasientene. De skal sikre faglige retningslinjer og sørge for fagutvikling (Molven, 2019, s.227-251). I spesialisthelsetjenesteloven §7-3 står det at «*Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, og som grunnlag for*

at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelige». I søk gjort på sidene til Helsedirektoratet finnes det retningslinjer som omhandler delir og som nevner Confusion Assessment Method (CAM) som et anbefalt kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2019).

Begge sykehusene hadde også lokale faglige retningslinjer, som gjald spesielt for intensivavdelinger og for intensivdelir, hvor det sto at CAM-ICU skal brukes rutinemessig. * Resultatene fra studien viste at deltakerne i all hovedsak ikke fulgte disse retningslinjene blant annet på grunn av opplevd tidspress, manglende kunnskap om CAM-ICU og for å unngå å påvirke pasientens verdighet og integritet.

6.1.3 Sedasjon som barriere

I den norske versjonen av CAM-ICU skal pasienter med RASS- vurdering mindre enn -4 ikke vurderes. Flere av deltakerne sa at de synes det er vanskelig når pasienten er i dyp sedasjon, noe som er tilsvarende det Wøien et al. (2012) fant i sin studie, hvor RASS -3 og RASS + 3 og mer vanskeliggjør gjennomføringen av CAM-ICU. I den danske versjonen vurderes kun pasienter med RASS skår mellom -3 og +4 (Smith et al., 2019). Dette kan tenkes å bidra til økt bruk av CAM-ICU. Wøien (2013) fant i sin doktorgrad at norske pasienter var dypere sedert enn det som praktiseres internasjonalt. Hun fant også at intensivsykepleierne i liten grad brukte standardiserte verktøy (Wøien, 2013).

Det er laget sedasjonsprotokoller og det anbefales å ha så lett sedasjon som mulig under intensivoppholdet for å fremme døgnrytme, mobilisering og redusere liggetid for å nevne noe (Haugland et al., 2020). I denne studien ble det ikke kartlagt hvilken sedasjonsprotokoll de praktiserte ved de respektive sykehusene. Deltakerne fortalte, som tidligere nevnt, at dyp sedasjon vanskeliggjør vurdering med CAM-ICU og inntrykket kandidaten satt igjen med var at dette gjaldt mange av pasientene. Dette kan på den ene siden forklares med at intervjuene ble utført i januar 2022, altså etter to år med pasienter med Covid-19, som erfaringsvis, ble dypere sedert enn «den normale» intensivpasienten. Dette på grunn av blant annet mye bruk av mageleie, for å bedre lungefunksjonen. På den andre siden er inntrykket kandidaten satt igjen med at deltakerne heller ikke har eller ville brukt CAM-ICU på «den normale» intensivpasienten. Pasienter med Covid-19 anses å ha like stor risiko for å utvikle delir som andre intensivpasienter. I tillegg vanskeliggjøres delir behandlingen for slike pasienter og

* Kilde er ikke oppgitt da det vil identifisere sykehusene som har deltatt.

arbeidssituasjonen for helsepersonell på grunn av smittevern som eksempelvis hindrer pårørendekontakt og vanskeliggjør skjerming av pasienten (Neerland et al., 2020). Dette øker nødvendigheten av å forebygge og behandle delir tidlig, også hos disse pasientene.

6.1.4 Følelsesmessige barrierer- «De rare spørsmålene»

Deltakerne i studien beskrev spørsmålene som rare og fortalte historier om at spørsmålene kunne oppleves som lurespørsmål. Deltakerne var på den ene siden redd for at en vurdering med CAM-ICU kunne endre forholdet mellom pasient og sykepleier om pasient for eksempel mistet tillitt til sykepleieren på grunn av spørsmålenes form og innhold. To intensivsykepleiere fortalte om pasienter som ble fornærmet av spørsmålene. Det skjedde med pasienter som ikke var deliriske og som stilte spørsmål om hvorfor sykepleieren skulle teste kognitiv funksjon i deres tilfelle. Tilsvarende resultater finner vi i studien til Oxenbøll-Collet et al. (2016), hvor intensivsykepleierne beskriver vurdering med CAM-ICU mer som et forhør heller enn pasientbehandling. Studien fant også at deltakerne kunne tenke at spørsmålene i CAM-ICU kunne oppfattes som lurespørsmål og at en vurdering med CAM-ICU opplevdes å påvirke verdigheten til pasienten.

Ifølge Stubberud (2020a, s.41-74) finnes det to dimensjoner i sykepleieprosessen, henholdsvis den problemløsende og den mellommenneskelige dimensjon. Den problemløsende dimensjon, omhandler de tiltakene sykepleieren gjør ovenfor pasienten, slik som å vurdere pasienten med CAM-ICU, mens den mellommenneskelige dimensjonen vektlegger blant annet det å ivareta pasientens integritet. Et annet viktig aspekt ved denne dimensjonen er relasjonsbygging med pasienten (Stubberud, 2020a, s.41-74).

Deltakerne i denne studien påpekte vanskeligheter med å balansere bruken av CAM-ICU samtidig som de skulle bevare den gode relasjonen og pasientens verdighet og integritet, nettopp fordi spørsmålene i verktøyet kunne virke krenkende. Noen kan mene at enkelte av spørsmålene kunne virke «fordummende» og deltakerne hadde opplevd å krenke pasienten ved å stille spørsmål om en stein kan flyte. De strevde med å finne balanse i den problemløsende og mellommenneskelige omsorgen. NSF (2019c) sine yrkesetiske retningslinjer sier at;

«Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene».

Elementer som kan være avgjørende i ubalansen deltakerne opplever er tidspress, manglende kunnskap og implementering i avdelingen. I tillegg beskriver deltakerne vegring for CAM-ICU på det mellommenneskelige plan.

Intensivsykepleierens holdninger til CAM-ICU vil mer eller mindre ubevisst virke inn på hvordan de eventuelt benytter verktøyet og hvordan de da stiller spørsmålene. Sensitivitet og bevissthet i møte med pasienten og bruk av slike verktøy vil være helt nødvendig (Nortvedt, 2021, s.92-120). Deltakerne ble på den andre siden bevisst på sine egne holdninger mot CAM-ICU under intervjuene og de diskuterte seg imellom at noen av de negative holdningene muligens var ubegrunnet. Særlig ble frykten for å fornærme pasienten diskutert, og at det handler om holdningen intensivsykepleieren går inn med og hvordan vedkommende presenterer vurderingen og spørsmålene ovenfor pasienten.

6.1.5 Lite bruk av strukturerte verktøy

NSF anbefaler bruk av strukturerte verktøy (NSF, 2019a). Det er vanlig å ha en strukturert gjennomgang av pasienten hver vakt, noe deltakerne i studien også bekrefter. Først og fremst gjennomgås A- B- C- D- E, som henholdsvis står for Airway, Breathing, Circulation, Disability og Exposure. Delirvurdering vil komme under D- disability. Videre er det utviklet enda et bokstavregulert verktøy ABCDEF- bundel som er et verktøy spesiallaget for kritisk syke pasienter for å optimalisere pasientforløpet. ABCDEF-bundelen sier blant annet at intensivpasientens smerte og delir skal vurderes, forebygges og behandles. I tillegg til å vurdere sedasjonsnivå og vekke pasienten regelmessig, spontane pusteforsøk, tidlig mobilisering og engasjere familien i forløpet (Marra et al., 2017).

Både ABCDE- prinsippene og ABCDEF- bundelen beskrives av Stubberud (2020a, s.41-74) som en del av funksjons- og ansvarsområdene. Elementene i disse verktøyene er også med i de lokale retningslinjene som deltakerne i denne studien skal forholde seg til. Deltakerne sa at de var opptatt av delir, forebygging og behandling. Det kom likevel frem i studien at de ikke brukte CAM-ICU i særlig grad, og at de ikke brukte andre verktøy som direkte er rettet mot delir. Derimot kom det ikke frem om de forholder seg til verktøy, slik som ABCDEF- bundelen, som kan være med på å forebygge og behandle delir. Om de forholder seg til slike verktøy kan en diskutere om mye er gjort, da forebygging og ikke- medikamentell behandlingen av delir i stor grad omhandler elementene i ABCDE- prinsippene og ABCDEF- bundelen.

Å oppdage endringer i pasientens tilstand, identifisere delir og behandle de underliggende årsakene er ifølge Francis (2019) de viktigste elementene i delirbehandlingen. Videre er det lite dokumentert behandling som retter seg direkte mot delir, det anbefales likevel symptomatisk behandling og forebyggende tiltak, slik som skjerming og realitetsorientering (Francis, 2019). Mangelen på dokumentert og effektiv behandling ble tatt opp som en barriere i studien utført av Oxenbøll-Collet et al. (2016), hvor deltakerne mente det ikke hadde noen klinisk konsekvens å utføre CAM-ICU.

CAM-ICU er et validert og anerkjent verktøy (Francis, 2019; Francis & Young, 2020). Likevel angir deltakerne i studien at de bruker det i liten grad, velger det bort og/- eller har manglende kunnskaper i hvordan å anvende verktøyet. Dette er tilfelle selv om de bruker andre standardiserte verktøy for å vurdere ulike tilstander, slik som smerte, NRS og CPOT og sedasjonsnivå, RASS. Felles for disse verktøyene er at de har et enklere design enn CAM-ICU, hvor pasienten får en skår ut fra beskrivende tegn eller tilstander, noe deltakerne beskriver som gjennomførbart. RASS, som er en del av CAM-ICU, bruker samtlige deltakere regelmessig, men det stopper der og de fleste beskriver resten av CAM-ICU som vanskelig og omstendelig å benytte.

6.1.6 Mangel på faglig oppdatering hos intensivsykepleierne

Steinseth et al. (2018) finner at deltakerne ønsket mer trening i bruk av CAM-ICU og deler deltakerne inn i usikker og sikker gruppe. Det ville ikke vært relevant i denne studien da samtlige deltakere var mer eller mindre usikker på hele eller deler av verktøyet. Dette kan være en av grunnene til at deltakerne lot være å bruke CAM-ICU. En deltaker sa at det tilkommer mye ny forskning på andre felt, men ikke på delir, noe som ikke er korrekt.

Det er mye ny forskning både på delir, CAM-ICU og andre verktøy og metoder som kan brukes for å identifisere delir. For å nevne noe er CAM-ICU 7 for eksempel en videreutviklet utgave av CAM-ICU som i tillegg til å identifisere delir også graderer symptomer på delir fra ingen til alvorlig (Krewulak et al., 2020). I tillegg har alternative metoder som EEG-undersøkelser vært brukt for å diagnostisere de pasientene der det er tvil om delir forekommer (Francis & Young, 2020). Dette feltet er også i utvikling hvor forskere blant annet forsøker å forenkle EEG målingene til å kunne tilpasses for eksempel å kunne brukes på intensivavdelinger (Wiegand et al., 2022).

I en studie utført av Oslo Universitetssykehus av Henjum et al. (2021) tok de prøver av cerebrospinalvæsken hos ulike pasienter og fant at de som utvikler delir ofte har lavere mengde adrenalin og noradrenalin i spinalvæsken. Det er med andre ord stor utvikling i forskningsfeltet om delir, diagnostisering og registrering og det er viktig at sykepleierne holder seg faglig oppdatert for å kunne gi pasienten god og faglig forankret pleie (NSF, 2019b). Intensivsykepleieren har også ansvar for fagutvikling og forskning, samt å holde seg oppdatert på nyeste kunnskap innenfor intensivsykepleierens fagfelt (Stubberud, 2020a, s.41-74).

6.2 Intensivsykepleiernes delirvurdering

Deltakerne i studien fortalte at de stoler på CAM-ICU, men at deres egne observasjoner «*trumfer alt*». Noen av dem kalte det «*synsing*» andre «*klinisk blikk*». Noen deltakere spurte pasienten egne spørsmål for å vurdere kognitiv funksjon. Spørsmål om pasientens familiesituasjon, tidligere arbeidserfaring eller om hvem som er konge eller statsminister ble nevnt som eksempler. Spørsmål om dato og om pasienten viste hvor vedkommende var gikk også igjen i deltakernes fortellinger. CAM-ICU er bevist å identifisere delir bedre enn ustrukturerte vurderinger utført av helsepersonell (Eastwood et al., 2012). Derfor anbefales bruk av standardiserte verktøy (Francis, 2020; Pisani, 2020; Wøien et al., 2012).

Ifølge Stubberud (2020a) skal sykepleieren målbevisst og pågående samle inn, tolke og sammenfatte data for å fatte kliniske beslutninger om en pasient. Han poengterer blant annet at å oppdage og dokumentere viktige endringer i pasientens tilstand, og å forutse problemer og tenke fremover er en viktig del av intensivsykepleieres funksjon- og ansvarsområder (Stubberud, 2020a, s.41-74). Under intervjuene fortalte intensivsykepleierne at de vurderte pasienten regelmessig og så etter endringer i pasientens tilstand, både fysiologisk og kognitivt. Likevel var det enighet i at om en brukte CAM-ICU mer ville vurdering av pasientens kognitive funksjon dokumenteres slik at hele behandlingsteamet kunne se resultatet og dermed måtte ta stilling til funnene.

Deltakerne i studien diskuterte seg imellom om de oppdaget delir tidlig nok med egne observasjoner. Særlig hypoaktivt delir, som er vanskeligere å oppdage uten strukturerte verktøy og bekreftes av tidligere forskning (Eastwood et al., 2012; Francis & Young, 2020; Jung et al., 2013; Wøien & Bjørk, 2012). Under intervjuene kom det ikke frem hvordan deltakerne forholdt seg til underdiagnostisering av hypoaktivt delir, men de bekrefter å ha kjennskap til tilstanden og at de i mindre grad klarer å oppdage denne typen ved bruk av klinisk blikk. De sa

også at de forstår at pasienter med hypoaktivt delir lider lengre enn de med hyperaktivt delir, da sistnevnte er mer synlig og lettere å oppdage med bruk av klinisk blikk.

Å oppdage endringer og dokumentere disse er en del av CAM-ICU og skal ifølge både lokale retningslinjer og lovverk inneholde relevante og nødvendig informasjon, slik at hele behandlingsteamet lett kan få kjennskap til pasientens tilstand (Helsepersonelloven (2019)). *

Stubberud (2020a) sier også at å dokumentere relevant informasjon om pasientens helsetilstand er en del av intensivsykepleiere sine funksjon- og ansvarsområder (Stubberud, 2020a, s.41-74).

Intensivsykepleie utføres 24 timer i døgnet, i den perioden pasienten krever slik overvåking og behandling. Intensivsykepleiere må derfor jobbe i skift og er avhengig av god dokumentasjon fra avtroppende vaktlag for å kunne yte god helsehjelp (NSF, 2019a). Deltakerne i denne studien beskrev det fluktuerende forløpet som delir kan ha som «et lykkespill», slik at resultatene av en delirvurdering vil være tilfeldig da pasienten kan være negativ på dagvakt og positiv ved enden av kveldsvakten. Dette øker nødvendigheten av god dokumentasjon og regelmessig vurdering med strukturerte verktøy for at påtroppende intensivsykepleier skal kunne ha innsikt i og kunne vurdere endringer i pasientens tilstand (NSF, 2019a).

En deltaker i studien ytret fortvilelse om at det ofte ikke var dokumentert CAM-ICU vurdering selv om pasienten hadde vært på intensivavdelingen lenge. Dokumentasjon kunne fanget opp endringer i pasientens tilstand, særlig hos de med hypoaktivt delir. Konsekvensene av manglende dokumentasjon kan være at intensivdelir rett og slett overses på grunn av manglende vurdering og dokumentasjon med pasienten som den store taperen.

6.3 Konsekvenser for pasienten

Pasientens bevissthet og kognitive funksjon påvirkes ved delir, og pasienten kan blant annet oppleve hallusinasjoner, forvirring, desorientering og agitasjon for å nevne noe (Amble et al., 2016). Å unnlate å vurdere pasienten for delir med strukturerte verktøy vil kunne forlenge pasientens plager og strider mot Henderson (1986) sin definisjon av sykepleieres funksjon (se kapittel 3.3). I tillegg kan i verste fall også kravet om å utøve faglig forsvarlighet være truet

* Kilde for lokale retningslinjer er ikke oppgitt da det vil identifisere sykehusene som har deltatt.

ved å unnlate å vurdere pasienten med CAM-ICU. Plagene deliriske pasienter lider under kan være svært skremmende både for pasient og pårørende, i tillegg til å kunne påvirke pasientens verdighet og integritet, da pasienten kan oppføre seg på måter vedkommende i frisk tilstand ikke ville gjort. Likevel mente deltakerne at CAM-ICU påvirket verdigheten til pasienten ved å stille «fordummende spørsmål».

Pasientens evne til å samtykke til behandling kan falle bort på grunn av den kognitive påvirkningen delir medfører, i tillegg til at pasientene ofte er påvirket av sederende og analgetiske medikamenter. Intensivsykepleieren bør tilstrebe at pasienten får best mulig behandling for helsegevinst, for også å kunne ivareta pasientens rett til selvbestemmelse. Lov om pasient- og brukerrettigheter sier at det skal opprettes et tillitsforhold mellom pasient og helsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Pasienten skal ifølge denne loven kunne stole på at intensivsykepleierne ivaretar pasienten med en helhetlig omsorg, som også ivaretar pasientens verdighet og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsområder omfatter å forebygge tillegglidelser, slik som delir er, og vil ha stor betydning for behandlingsresultatet (Stubberud, 2020a, s.41-74). Delir vil for øvrig være en økt belastning for pårørende og helsepersonellet. Å la pasienten lide lengre fordi strukturerte verktøy ikke anvendes, vil derfor stride mot lovverket, yrkesetiske retningslinjer og intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsområder.

Konsekvensene av å ikke utføre CAM-ICU kan være at pasientene blir underdiagnostisert og at delir fører til økt mortalitet og morbiditet (Francis & Young, 2020; Pisani, 2020). Samtidig utøver deltakerne i studien muligens en tenkt omsorg ved ikke å utføre CAM-ICU, da de opplever at pasienten kan bli fornærmet. Velgjørhetsprinsippet «å gjøre godt» tar for seg elementene «å redde liv, behandle sykdom, gi omsorg, og fremme god helse». Dette skal helsepersonell oppnå ved blant annet å forebygge, hele og lindre pasienten (Ursin, 2021). Det er også en del av intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområder. Ved å bruke sin spesialkompetanse skal de sikre at pasienten får faglig, etisk og juridisk forsvarlig helsehjelp, noe pasienten også har krav på (Stubberud, 2020a, s.41-74).

6.4 Metoderefleksjon og -kritikk

I dette delkapittelet diskuteres fremgangsmåten og metoden i studien. I tillegg beskrives og diskuteres studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet. Det er valgt å bruke disse begrepene

da de er gjengående i litteratur som er brukt i oppgaven (Johannessen et al., 2021; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

Temaet i denne studien ble ikke ansett som sensitivt da det ikke innebar å dele følsom eller tabubelagt informasjon, og det ble ansett som en liten sannsynlighet at deltakere har tilbakeholdt kunnskap på grunn av gruppedynamikken (Kvale & Brinkmann, 2015, s.95-113). På en annen side kan man i gruppesamtaler risikere at noen deltakere ikke ønsker å samarbeide og dermed unnlate å svare eller være med i diskusjoner under intervjuet (Johannessen et al., 2021, s.125-147), slik at relevant kunnskap ikke kommer frem. Begge gruppene ble vurdert til å ha en trygg atmosfære hvor det var rom for å ha ulike meninger om temaet.

Kandidaten var ikke kjent med deltakernes relasjon fra tidligere, noe som anses som en styrke da tidligere relasjon kan skape en rollekonflikt mellom kandidat og deltaker. For å unngå å kjenne deltakerne før intervjuene ble ikke kollegaer ved egne arbeidsplasser forespurt om å delta i studien (Malterud, 2017, s.211-218). At deltakerne i studien ble utvalgt av nøytrale representanter anses som en fordel da det kan redusere muligheten for at deltakerne kunne føle seg presset til å delta i studien. På en annen side kan det være en ulempe om deltakerne er plukket ut på bakgrunn av særlig engasjement eller kunnskap rundt temaet, som kan redusere sannsynligheten for et representativt utvalg (Johannessen et al., 2021, s.57-78).

Deltakerne hadde ulik arbeidserfaring og alder, det kan være relevant for å belyse at fenomener presentert i studien omfatter deltakerne uavhengig av alder eller erfaring (Johannessen et al., 2021, s.57-78). Det var ønskelig å rekruttere fra to ulike sykehus for å forhindre at resultatet ikke var styrende av lokale kulturer og utforske variasjon mellom ulike sykehus (Johannessen et al., 2021, s.57-78).

Deltakerne ble rekruttert fra generelle intensivavdelingen hvor de behandler medisinske og kirurgiske pasienter. I tillegg hadde de fra tid til annen pasienter med nevrologiske utfordringer. Slike pasienter kan ha andre utfordringer som vanskeliggjør vurdering med CAM-ICU, slik som dyp sedasjon eller alvorlige hjerneskader. Det kan være en svakhet ved studien at pasientgruppen ikke er utforsket grundigere. Likevel anses medisinske og kirurgiske pasienter som det mest vanlige. Ingen av deltakerne nevnte at nevrologiske pasienter var en særlig utfordring og studien tar utgangspunkt i at det hovedsakelig var medisinske og kirurgiske pasienter det var snakk om.

Malterud (2017, s.57-68) sier at det utvalgets informasjonsstyrke som avgjør hvor mange fokusgruppeintervjuer man trenger, altså at den innsamlede dataen gir rik og relevant informasjon (Malterud, 2017, s.57-68). Ifølge Masterhåndboken fra OsloMet (2021) for Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid kan det være tilstrekkelig med et fokusgruppeintervju på grunn av tidsrammene som er gitt for et masterprosjekt. Det ble vurdert at to fokusgruppeintervju var tilstrekkelig og gjennomførbart for denne studien, da datamaterialet ble ansett å være innholdsrikt nok for forsvarlig analyse, og gav ny kunnskap om intensivsykepleieres erfaring med bruk av CAM-ICU i Norge (Malterud, 2017, s.133- 140).

Kandidaten deltok på alle masterseminarer i regi av OsloMet høsten 2021 og vår 2022. Det var svært nyttig å få tilbakemelding fra medstudenter og lærere på studiens problemstilling, fremgangsmåte og plan, i tillegg til å lære av medstudenters erfaringer. Dette var verdifullt da en svakhet ved studien er at kandidaten er novise i feltet og all hjelp, diskusjon og samspill med medstudenter og lærere var lærerikt.

For å motvirke svakhetene ved å være novise ble det som sagt utført pilotintervju, som også ble transkribert. Dette gav kandidaten en trening i intervjuteknikk og transkribering før studien startet. Det var en utfordring å følge med på, og dokumentere ikke-verbale tegn under intervjuene og samtidig virke som moderator. Kandidaten ble mer bevisst på egen fremtoning og hvordan å følge deltakernes tankerekke utover i intervjuprosessen, men som i en tidlig fase kan ha gjort at relevant kunnskap ikke er kommet frem.

At studien er utført alene kan påvirke hvilke funn som er presentert i studien og analysen skulle med fordel hatt flere sett med kritiske øyne for å utforske datamaterialet fra flere vinkler, som kan tenkes å kunne gi annen verdifull kunnskap. Det er, til tross for at kandidaten skriver alene, en styrke at funn og analysen er diskutert og gjennomlest med kommentarer og innspill fra veileder, som har gitt profesjonell støtte til novisens arbeid (Malterud, 2017, s.91-96).

Studien fulgte regelverk for medisinsk forskning, hvor kandidaten måtte vise respekt for deltakernes perspektiv, bestrebe å presentere informasjonen med minst mulig egen tolkning og gjøre etiske overveielser kontinuerlig (Malterud, 2017, s.41-50). Det var viktig å bestrebe at deltakerne, som brukte av sin tid og gav kandidaten tillit, ikke ville få noen negative konsekvenser av å delta i intervjuet (Malterud, 2017, s.211-218). Et eksempel kan være at deltakerne i studien synliggjør manglende kunnskap om CAM-ICU, som strider mot det NSF

(2019c) sine yrkesetiske retningslinjer sier om at sykepleieren har et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert og at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (2019c). I tillegg oppgir de å ikke følge lokale retningslinjer, som kan tenkes å kunne få konsekvenser for den enkelte deltaker.

6.4.1 Reliabilitet

Reliabiliteten i en studie sier noe om studiens pålitelighet og nøyaktighet. Om forskningen gjenspeiler det som er studert og forsket på. Reliabilitet i kvalitativ forskning viser til instrumentets pålitelighet og nøyaktighet. I denne studien er det kandidaten som er instrument og reliabiliteten handler om at kandidaten har forholdt seg tro til data som er samlet inn. Det handler altså om at resultatene er reproduserbare (Kvale & Brinkmann, 2015, s.204-214).

For å sikre reliabiliteten har kandidaten fremlagt alle aktive valg skriftlig i besvarelsen og drøftet disse med veileder. Fremgangsmåten i studien er beskrevet i detalj i kapittel 4- Metode og utvalg. Kandidatens forforståelse er også belyst. Studiens reliabilitet kan påvirkes fra start til slutt, fra utvelgelse av deltakere til siste del av analysen.

Det var utfordrende å tilstrebe en nøytral holdning under intervjuene og at fortolkningen ikke ble farget av kandidatens forforståelse, men tolket med åpenhet (King & Horrocks, 2010, s.7-78). Det var en fordel å ha utført pilotintervju, da kandidaten ble mer bevist på egen forforståelse. Kandidaten brukte denne bevisstgjøringen aktivt under intervjuene og forsøkte å være til stede, stille åpne spørsmål, lytte til deltakernes utsagt og følge deres tankekjeder (Malterud, 2017, s.41-50).

Forforståelsen kandidaten tok med seg inn i intervjuene kan også ha påvirket reliabiliteten og validiteten, på godt og vondt. Kandidaten i dette tilfellet kjente til intensivsykepleierens hverdag og kan på den måten bedre forstå erfaringene deltakerne delte under intervjuet. Likevel kan denne forforståelsen stå i veien for å utforske nyanser som er utenfor kandidatens tidligere erfaringer (Malterud, 2017, s.41-50).

Kandidaten transkriberte som nevnt intervjuene selv, alternativt kunne dette tidkrevende arbeidet bli satt bort, men det ble ansett å være verdifullt å utføre selv da det gav kandidaten en dyp innsikt i datamaterialet. Kandidaten sikret eget arbeid i transkripsjonsprosessen ved å gjentatte ganger gjennomgå alle lydfiler. Dette for å sikre at alle ord og uttrykk kom med i transkripsjonen.

Veiledning ble gjennomført under hele prosessen hvor mange veiledningstimer gikk til analysefasen, for å sikre at analysen ble utført forsvarlig og etter anbefalt metode (Malterud, 2017, s.91-96). Det anses som en fordel at kandidaten utførte intervju, transkribering og analysen selv og dermed har vært med på prosessen fra rådata til ferdig produkt som er denne masteroppgaven (Malterud, 2017, s.91-96). En annen styrke ved studien er at det ble brukt COREQ (vedlegg 5) for å gjøre veien og valgene gjort underveis så transparent som mulig for leseren.

6.4.2 Validitet

Validitet handler om at det er brukt en logisk måte for å komme frem til kunnskapen som presenteres. Kandidaten bør stille seg kritisk til om anvendt metode er den beste måten å komme frem til kunnskap for å kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2017, s.192-199). Fokusgruppeintervju ble valgt på bakgrunn av undervisning i metodefag, informasjon under masterseminarer og samtaler med veileder.

Kandidaten kunne alternativt valgt å bruke individuelle intervjuer eller gjort en kvantitativ undersøkelse med spørreskjemaer, hvor sistnevnte metode kunne gjort at enda flere kunne deltatt. Derimot er denne metoden begrenset, og dybdekunnskapen vil utebli da deltakerne ikke ville fått rom til å diskutere og utforske tankekjeder i samspill med andre, slik som ved gruppeintervju. I tillegg begrenses deltakerne av spørreskjemaets lengde og spørsmål (Johannessen et al., 2021, s.291-302).

Dette i motsetning til individuelle intervju som kunne ha gitt en dybdekunnskap om den enkelte deltakers erfaringer. Ved individuelle intervju derimot ville kunnskapen som kommer fra samspillet og diskusjonene mellom deltakerne uteblitt (Malterud, 2017, s.133-140).

Kandidaten anså derfor kvalitativ metode og fokusgruppeintervju som mest hensiktsmessig for å finne kunnskaper om intensivsykepleiernes erfaringer.

6.4.3 Overførbarhet

Kandidaten kan gi forslag om studiens overførbare verdi, se under, men det er i bunn og grunn leseren som avgjør om dette stemmer. Studiens validitet kan økes om leseren finner overførbarhet i funnene (Graneheim & Lundman, 2004).

Studien inkluderte kun intensivsykepleiere og temaet er rettet spesielt til intensivavdelinger da CAM-ICU er laget nettopp for pasienter på intensivavdelinger. Dermed er verktøyet som er

studert og kunnskapen om det lite overførbart til andre kontekster enn andre intensivavdelinger. Derimot handler noe av kunnskapen som kom frem om hvordan intensivsykepleiere kan velge å forholde seg til arbeidsoppgaver og verktøy avdelingene har bestemt seg for å bruke. Dette kan tenkes å ha overførbart til andre grupper eller kontekster. I tillegg finner deltakerne i studien alternative metoder for å løse et problem, kunnskap om slike handlinger kan også tenkes å ha en overføringsverdi.

Det ble utført intervjuer ved to ulike sykehus, dette for å unngå en styrende kultur. Dette er fordelaktig med tanke på å belyse at problemene intensivsykepleierne opplever med CAM-ICU og hvordan de løser dem kan være overførbare til andre intensivavdelinger.

Følelsene intensivsykepleiere beskriver kan tenkes å kunne overføre til andre kontekster, da ulike oppgaver og prosedyrer kan påvirke relasjonen mellom pasient og pleier og sykepleieren sin opplevelse av sin profesjonelle rolle.

7.0 Konklusjon

Funnene i studien viste at deltakerne i liten grad brukte CAM-ICU i delirvurdering. De opplevde ulike utfordringer både faglig og på det mellommenneskelige plan og brukte heller egne observasjoner for å oppdage delir hos intensivpatienten. De lokale retningslinjene, NSF og tidligere forskning anbefaler å bruke strukturerte verktøy i delirvurdering og CAM-ICU er det verktøyet som brukes mest i norske intensivavdelinger. Deltakerne mente likevel at egne observasjoner var å foretrekke, samtidig som de savner mer praktisk trening i å bruke verktøyet.

Delirvurderingen de utførte gikk ut på blant annet å spørre pasienten om familiesituasjon eller tidligere arbeidserfaring. Deltakerne mente de kunne se delir hos pasienten og påpekte særlig elementer som er til stede ved hyperaktivt delir. De diskuterte også at hypoaktivt delir kan være vanskeligere å oppdage og at pasienten kanskje lider lengre på grunn av manglende bruk av strukturerte verktøy.

7.1 Implikasjoner for praksis

Studien belyser hvilke erfaringer ni intensivsykepleierne har ved bruk av CAM-ICU på to norske intensivavdelinger. I tillegg viser den hvilke utfordringer de møter med bruk av verktøyet og hvordan de løser delirvurdering på andre måter. Denne kunnskapen kan gi inspirasjon til forbedring i praksis.

Det er viktig at det finnes både lokale og styrende retningslinjer og prosedyrer for delirvurdering og behandling. Studien viste at CAM-ICU var dårlig implementert og burde fått et løft i avdelingene. Samtidig som deltakerne med fordel kunne tilegnet seg mer kunnskap om delir og CAM-ICU for å kunne tilby helhetlig og forskningsbasert sykepleie til pasientene også på dette feltet.

Deltakerne ytret ønsker om mer praktisk trening og kom med forslag om å legge det inn som en arbeidsoppgave i den elektroniske pasientkurven Metavision, som vil gi varsel om at det er en oppgave som må gjøres på lik linje med alt det andre. Det ble belyst et behov for et felles fokus da delir kan være fluktuerende og må følges med på av hele behandlingsteamet. Et kunnskapsløft og felles fokus i avdelingene vil kunne tjene til pasientens beste.

7. 2 Forslag til videre forskning

Forslag til videre forskning er å gjøre tilsvarende studier som denne i en større kontekst. Det kan inkluderes andre helseforetak og flere deltakere for å få en større forståelse om temaet. Et annet forslag er å undersøke hvor og hvordan intensivsykepleierne lærer om CAM-ICU og hvordan å bruke verktøyet.

Det kan også være hensiktsmessig å utforske om bruk av sedasjonsprotokoll har endret eller økt bruken av CAM-ICU. Det kan også være av interesse å studere om bruk av CAM-ICU økte etter innføring av den elektroniske pasientkurven Metavision. Metavision kan for eksempel tenkes å forenkle en prevalensstudie for dokumentert bruk av CAM-ICU.

Funnene i denne studien kan vitne om at dagens praksis ikke fungerer, og det kunne vært hensiktsmessig å iverksette en studie hvor CAM-ICU ble implementert sammen med den systematiske ABCDE-gjennomgangen intensivsykepleierne utfører hver vakt eller sammen med ABCDEF- bundelen, som CAM-ICU er en del av, dette for å sikre bruk av verktøyet.

Referanseliste

- Braun & Clark. (2006).** Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77 / 101 Hentet fra: <https://folk.ntnu.no/bal-durk/skolearbeid/Kvalitative%20metoder%20PSYPR%20O4318/thematicanalysis.pdf>.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N & Terry, G. (2019).** Thematic Analysis. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Springer Nature Singapore Pte Ltd. P. Liamputtong (ed.). Hentet fra: https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Blanchard, G. (2020).** Assessment of altered mental status. *BMJ Best practice*. Hentet fra: <https://bestpractice-bmj-com.ezproxy.oslomet.no/topics/en-gb/843>
- Eastwood, G. M., Peck, L., Bellomo, R., Baldwin, I., Reade, M. C. (2012).** A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Aust Crit Care*. 2012 Aug;25(3):162-9. Hentet fra: doi: 10.1016/j.aucc.2012.01.005
- Fakultet for helsevitenskap (2021).** Masterhåndbok. *Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid*. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. OsloMet-storbyuniversitet.
- Francis, J. & Young B. (2020)** Diagnosis of delirium and confusional states. *UpToDate*. Hentet fra: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states>
- Francis, J. (2019)** Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. *UpToDate*. Hentet fra: https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?search=delirium&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Graneheim U.H. & Lundman, B. (2004).** Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24(2):105-12. Hentet fra: doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001. PMID: 14769454.
- Haugland, L. J., Reime, M. H. & Hegland, P. A. (2020).** Effekt av sedasjonsprotokoll til respiratorpasienter- en systematisk oversikt og metaanalyse. *Inspira- Tidsskrift for anestesi og intensivsykepleiere volum 01/20*. Hentet fra: <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/article/view/2773>
- Amble, K., Henriksen, K., Leknessund, T. L., Espeland, T., Solvåg, K., Naalsund, P. (2016).** Delirium- forebygging, diagnostikk og behandling. *Helsebiblioteket*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling#references>
- Helsebiblioteket (2016a).** Kildevalg. Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket (2020). Medisinske termer på norsk og engelsk. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket. (2016b). Sjekklistor. Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2019). Psykiske lidelser hos eldre. Nasjonale faglige råd.
Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/delirium#ved-symptomer-pa-delirium-skal-underliggende-arsaker-utredes-og-behandling-iverksettes>

Helsepersonelloven (1999a). Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell* (LOV-2021-06-18-116). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4

Helsepersonelloven (1999b). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsepersonelloven (2019). Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). *Lov om helsepersonell.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=pasientjournal>

Henderson, Virginia (1986). *Sykepleiens grunnprinsipper.* (4 utgave). International Council on Nurses. Genève, Switzerland. Norsk sykepleieforbund.

Henjum, K., Godang, K., Quist- Paulsen, E., Idland, A- V., Neerland, B. E., Sandvig, H., Brugård, A., Raeder, J., Frihagen, F., Wyller, T. W., Hassel, B., Bollerslev, J. og Watne, L. O. (2021). Cerebrospinal fluid catecholamines in delirium and dementia. *Brain Communications, Volume 3, Issue 3, 2021, fcab121.* Hentet fra: <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab121>

Hichkin, S.L., White, S., & Knoppa- Shihota, J. (2017). Delirium in the intensive care unit – A nursing refresher. *The Canadian Journal of critical Care Nursing volume 28, (2), 19-22.* Hentet fra: https://issuu.com/pappincommunications/docs/cjccn_-summer_2016

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsviten skapelig metode* (6. Utgave). Oslo: Abstrakt forlag.

Jung, J.H., Lim, J.H., Kim, E.J., An, H.C., Kang, M.K., Lee, J., Min, Y.K., Park, E.Z., Song, X.H., Kim, H.R. & Lee, S.M. (2013). The experience of delirium care and clinical feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU. *Clinical Nursing Research 22(1) 95–111.* Hentet fra: DOI: 10.1177/1054773812447187

King, N. & Horrocks, C. (2010). *Interviews in Qualitative Research* (1. utgave). London. Sage publications.

- Krewulak, K. D., Rosgen, B. K., Ely, E. W., Stelfox, H. T., & Fiest, K. M. (2020).** The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. *PloS one*, *15(11)*, e0242378. Hentet fra: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242378>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2005).** *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015).** *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, Kirsti. (2012).** *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, Kirsti. (2017).** *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave) Oslo: Universitetsforlaget.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017).** The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, *33(2)*, 225–243. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- Molven, O. (2019).** *Helse og jus*. (Utgave 9). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Neerland, B.E., Watne, L.O. & Krogseth, M. (2020).** Delirium hos pasienter med covid-19. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2020/04/debatt/delirium-hos-pasienter-med-covid-19>
- Neerland, B.E., Watne, L.O. & Wyller, T.B. (2013).** Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. *2013;133(15):1596-600*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2013/08/oversiktsartikkel/delirium-hos-eldre-pasienter>
- Nortvedt, P. (2021).** *Omtanke- innføring i sykepleietikk*. (3.utgave). Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W. J., Graverholt, G., Gundersen, B. & Wøhlk, M. (2021).** *Jobb kunnskaps basert* (3.utgave). Oslo, Cappelen Damm Akademisk
- Norsk sykepleieforbund (2019a).** *Dokumentasjon og planlegging av sykepleie*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/dokumentasjon-og-planlegging-av-sykepleie>
- Norsk sykepleieforbund (2019b).** *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Norsk sykepleieforbund (2019c).** *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe av intensivsykepleiere [NSFLIS] (2017).** *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier.* Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%2020september2017.pdf>
- Oxenbøll-Collet M., Egerod, I., Christensen, V., Jensen, J. & Thomsen, T. (2016).** Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study. *Nursing in critical care volume 23, issue 1.* Hentet fra: doi: 10.1111/nicc.12254
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001).** *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* LOV-1999-07-02-63. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Personopplysingsloven (2018).** *Lov om behandling av personopplysninger.* LOV-2018-06-15-38. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Pisani, M. (2020).** Assessment of delirium. *BMJ Best Practice.* Hentet fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/241/pdf/241/Assessment%20of%20delirium.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2018).** *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice.* (9th edition). Wolters Kluwer health: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sinvani, L., Site, C. D., Laymenede, T., Patel, V., Ardito, S., Ilyas, A., Hertz, C., Wolf Klein, G., Pekmezaris, R., Hajizadeh, N. & Thomas, L. (2021).** Improving delirium detection in intensive care units: Multicomponent education and training programe. *J Am Geriatr Soc.* 2021 Nov;69(11):3249-3257. Hentet fra: DOI: 10.1111/jgs.17419
- Smith, M. A., Jensen. H. I., Brøchner. A. C., Nielsen. L. S. & Haberlandt. T. (2019).** *Nu-DESC DK eller CAM-ICU?* Hentet fra: <https://draabenytt.dk/2019/12/10/nu-desc-dk-eller-cam-icu/>.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001).** *Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven).* LOV-1999-07-02-61. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Steinseth, E.B., Høye, S. & Hov, R. (2018).** Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses - A mixed-methods study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018 Aug;47:23-29. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.005>

- Stubberud, D-G. & Guldbrandsen, T (2020a).** *Intensivsykepleie. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar.* Side 41- 74. D.-G. Stubberud. Oslo, Cappelen Damm Akademisk
- Stubberud, D-G. & Guldbrandsen, T (2020b).** *Intensivsykepleie. Å forebygge og behandle delirium.* (4.utgave). Oslo, Cappelen Damm Akademisk
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J (2007).** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interwievs and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2008. Volume 19, Number 6: pp. 349-357. Hentet fra: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
- Ursin, L. (2021)** De fire prinsipper. *Store medisinske leksikon.no.* Hentet fra: https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper
- Van Eijk, M. M., van Marum, R. J., Klijn, I. A., de Wit, N., Kesecioglu, J. & Slooter, A. J. (2009).** Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. *Critical Care Medicine, 37(6), 1881-1885.* doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a00118.
- Wiegand, T.L.T., Rémi, J. & Dimitriadis, K. (2022).** Electroencephalography in delirium assessment: a scoping review. *BMC Neurol 22, 86 (2022).* Hentet fra: <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02557-w>
- Wøien, H. (2013).** *The significance of a systematic approach in intensive care pain treatment and sedation.* Universitetet i Oslo
- Wøien, H., Alfheim, H. B., Langerud, A. K. & Stubhaug, A. (2008).** Vurdering av forvirring hos intensivpasienter The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Treningsmanual. Hentet fra: <https://docplayer.me/3795868-Vurdering-av-forvirring-hos-intensivpasienter-the-confusion-assessment-method-for-the-icu-cam-icu-treningsmanual.html>
- Wøien, H., Balsliemke, S. & Stubhaug, A. (2012).** The incidence of delirium in Norwegian intensive care units; deep sedation makes assessment difficult. *Acta Anaesthesiol Scand. 2013 Mar;57(3):294-302.* Hentet fra: doi: 10.1111/j.1399-6576.2012.02793.x. Epub 2012 Oct 17. PMID: 23075027.
- Wøien, H. & Bjørk, I.T. (2012).** Intensive care pain treatment and sedation: Nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: An explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing. Volume 29, Issue 3, June 2013, Pages 128-136.* Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433971200122X?via%3Dihub>
- Zamoscik, K., Godbold, R., & Freeman, P. (2016).** *Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. Intensiv and critical care nursing 40 (2017) s.94-100.* Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>

Vedlegg 1- NSD bekreftelse

27.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.08.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022 LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål data-minimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/- eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2- Bekreftelse fra PVO og enhetsleder ved sykehus #1

Hei

Svar fra personvernombud.

Har vært igjennom dokumentasjonen og kan godkjenne prosjektet. Jeg oppfatter at de registrertes rettigheter og friheter er ivaretatt og studien baserer seg på samtykke.

Mvh

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Hei!

Beklager et seint svar, men det er i orden at du får gjøre intervjuer på intensiv.

For å få den formelle godkjenningen så må du sende all dokumentasjon til [Redacted] (har satt [Redacted] på kopi så har du [Redacted] mailadresse).

Når du har fått de formelle godkjenningen så kan du ta kontakt med meg på tlf. for nærmere avtale om tidspunkt.

Hilsen

[Redacted]

Enhetsleder intensiv [Redacted]

[Redacted]

Vedlegg 3- Bekreftelse fra PVO og enhetsleder ved sykehus #2

Hei!

Jeg viser til melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet; «Intensivsykepleieres erfaring med bruk av CAM-ICU», datert 11. oktober 2021. Studenten er Anette Valdar og veileder er professor Kristin Halvorsen. Saken er arkivert her på arkivnr. [REDACTED]

Det legges til grunn at Oslo Met er behandlingsansvarlig for personopplysningene som behandles i dette prosjektet. Videre skal det ikke behandles helseopplysninger om ansatte eller personopplysninger om pasienter. Prosjektet er samtykkebasert og NDS-godkjent og personopplysninger behandles for øvrig i samsvar med innsendt dokumentasjon og Oslo Met sine rutiner. Det forutsettes også at prosjektet er forankret hos aktuell avdelingsledelse i [REDACTED].

Personvernombudet i [REDACTED] har etter dette ingen merknader eller innvendinger til behandling av personopplysninger i dette prosjektet.

Lykke til!

Med hilsen

[REDACTED]

Personvernombud i [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Hei Anette!

Som avdelingssykepleier godkjenner jeg at studien kan gjennomføres hos oss med hjelp av fokusgruppe intervju.

Du er velkommen til å komme å intervjuer fokusgruppen, tidspunkt foreslås til fagutviklingssykepleierne og assisterende avdelingssykepleierne våre, men du kan holde kontakten videre med [REDACTED].

Med vennlig hilsen

[Redacted]

Avdelingssykepleier spesialavdeling

AIO | [Redacted] | Intensivseksjonen

[Redacted] | [Redacted]

Telefonnummer [Redacted] | Mobilnummer [Redacted]

Vil du delta i forskningsprosjektet

Intensivsykepleieres erfaringer med bruk av Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU).

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med bruken av verktøyet CAM-ICU. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å få inngående kunnskaper om hvilke erfaringer intensivsykepleierne har med bruk av CAM-ICU på norske sykehus.

Studien vil undersøke styrker og svakheter ved verktøyets oppbygging og utførelse. Hvordan brukes/ brukes ikke verktøyet i klinisk praksis? Videre undersøkes erfaringer rundt opplæring og trening i bruk av CAM-ICU.

Undersøkelsen utføres som del av en masteroppgave i intensivsykepleie ved OsloMet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Kristin Halvorsen veileder og professor ved OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er invitert til å delta i studien da du er intensivsykepleier med mer enn ett års erfaring og jobber ved en intensivavdeling på et norsk sykehus hvor CAM-ICU er implementert.

Du får invitasjon via en kontaktperson, avdelingsleder eller fagsykepleier, på avdelingen du jobber.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju. Intervjuet vil vare fra ca. 60- 90 minutter. Spørsmålene du vil være med å svare på omhandler dine erfaringer med bruk av skåringsverktøyet CAM-ICU. Informasjonen som fremkommer, vil kun brukes i dette prosjektet og slettes etter ferdigstilling.

Studien vil gjennomføres ved bruk av kvalitativ metode og bruk av fokusgruppeintervju med 5- 8 deltakere per intervju. Deltakerne i hvert gruppeintervju vil være fra samme avdeling. Intervjuet tas opp på digital diktafon. Personopplysninger slik som navn, alder, utdanning- og arbeidserfaring, og kontaktinformasjon samles og oppbevares sikkert i henhold til personvernregelverket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun student og veileder som vil ha tilgang på personopplysninger og lydfilene fra intervjuene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydfilene lagres kryptert og passord beskyttet på en innelåst forskningsserver.

Deltakerne skal ikke kunne gjenkjennes ved prosjektslutt. Navn på sykehus, avdeling og deltakere anonymiseres i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og lydopptakene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i utgangen av mai 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene, å få rettet personopplysninger om deg, å få slettet personopplysninger om deg, og å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Veileder:

Kristin Halvorsen

Mail: kristin.halvorsen@oslomet.no

Student:

Anette Valdar

Mail: anettevaldar@gmail.com

Telefon: 90294924

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, telefon: 993 02 316, mail: personvernombud@oslo-met.no.

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

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

Med vennlig hilsen

Kristin Halvorsen

(Professor/veileder)

Anette Valdar

Masterstudent i intensivsykepleie

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Intensivsykepleieres erfaringer med bruk av Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5- COREQ sjekkliste

Kilde: (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	s. 32, 36
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	s.31
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	s.31
Gender	4	Was the researcher male or female?	Forside
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	s.31
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	s.58
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	s. 37

Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	s. 9, 31-32
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	s.30- 31
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	s.33- 34
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	s.40- 41
Sample size	12	How many participants were in the study?	s.34
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	s.41
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	s. 36- 37
Presence of non participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	s. 36- 37
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	s. 33-34, 36-37
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	s. 34- 36

Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	Nei
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	s. 36- 37
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	s. 59
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	s. 32- 33
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	s.61 -62
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	Nei

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	s. 38- 40, 58- 59
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	s. 38- 40
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	s. 38- 40

Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Ingen
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Nei
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	s. 42- 50
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	s. 42- 50
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	s. 42- 50
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	s. 50- 62

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

