

Intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om IVA-delirium och CAM-ICU

FÖRFATTARE Catherine Ramsden
Paula Arthur Örngård

PROGRAM/KURS Specialistsjuksköterskeprogrammet/
Examensarbete Magisternivå, OM5330/VT
2011

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Mona Ringdal

EXAMINATOR Eva Brink

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av intensivvårdsdelirium och CAM-ICU
Titel (engelsk):	Intensive Care Unit Nurses' perceptions of ICU-delirium and CAM-ICU
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng/Examensarbete i Omvårdnad med inriktning mot intensivvård/OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	41 sidor
Författare:	Catherine Ramsden Paula Arthur Örngård
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Eva Brink

SAMMANFATTNING

Introduktion

Intensivvårdsdelirium är en vanlig och allvarlig komplikation av intensivvård och det är viktigt att det upptäcks och behandlas tidigt. Trots att detta är välkänt är det sällsynt att intensivvårdsavdelningar arbetar aktivt för att screena patienter för intensivvårdsdelirium, och få studier har gjorts för att klargöra hur intensivvårdssjuksköterskor uppfattar intensivvårdsdelirium. Det screeningsinstrumentet som vi valt att undersöka uppfattningen om är Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM- ICU).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskornas uppfattning om intensivvårdsdelirium, och det enda till svenska översatta och validerade screeningsinstrumentet CAM-ICU.

Metod

Vi har gjort en fördjupad forskningsplan och en pilotstudie. Data insamlades genom semistrukturerade intervjuer med fyra intensivvårdssjuksköterskor och analyserades sedan med fenomenografisk metod.

Resultat

Analysen av intervjuerna resulterade i en text som efter bearbetning kunde delas upp i sex olika beskrivningskategorier med underrubriker i vissa fall. Beskrivningskategorierna var *Tecken på delirium*, *Orsaker till delirium*, *Bedömning av delirium*, *Förebyggande av delirium*, *Konsekvenser av delirium* och slutligen *Uppfattningar om CAM-ICU*.

Diskussion

Intensivvårdsdelirium är ett mångfasetterat tillstånd och intensivvårdssjuksköterskornas uppfattningar om det var delade. Intensivvårdsdelirium uppfattades som ett hyperaktivt tillstånd. Sjuksköterskorna bedömde patienterna själva, vilket tidigare forskning har visat leder till att patienter med intensivvårdsdelirium underdiagnostiseras. Sjuksköterskorna uppfattade CAM-ICU som ohanterlig och krånglig, vilket tidigare studier också har visat. Dock tyckte de ändå att det var viktigt att använda ett screeningsinstrument.

Slutsats

Intensivvårdssjuksköterskornas uppfattning om intensivvårdsdelirium gällande alla fem beskrivningskategorier skilde sig åt.

- Intensivvårdsdelirium uppfattades som ett hyperaktivt tillstånd
- Intensivvårdsdelirium orsakades av farmakologiska och intensivvårdsmiljömässiga faktorer, samt vårdtid på IVA
- Intensivvårdsdelirium bedömdes intuitivt och kognitivt utan screeningsinstrument
- Majoriteten av respondenterna uppfattade CAM-ICU som ohanterlig

Key words: Caring, ICU-delirium, nurses' attitudes, screening tools.

ABSTRACT

Introduction

Intensive Care Delirium is a common and serious complication of intensive care and it is important that it is detected and treated early. Although this is well known, it is rare that ICUs are working actively to screen patients for ICU delirium and few studies have been done to clarify the critical care nurses perception the intensive care delirium. The screening instrument that we have chosen to investigate the perception of is the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).

Purpose

The purpose of this study was to examine critical care nurses' perceptions of the intensive care delirium, and the only translated into Swedish and validated screening instrument CAM-ICU.

Method

We have carried out a detailed research plan and a pilot study. Data were collected through semi-structured interviews with four intensive care nurses and then analyzed with a phenomenographic approach.

Results

The analysis of the interviews resulted in a text that after processing were divided into six different description categories with subtitles in certain cases. The description categories were *Signs of delirium*, *Causes of delirium*, *Assessment of delirium*, *Prevention of delirium*, *Impact of delirium* and finally *Perceptions of CAM-ICU*.

Discussion

Intensive care delirium is a multifaceted condition and critical care nurses' perceptions of it were divided. Intensive care delirium was perceived as a hyperactive state. The nurses assessed the patients themselves, and as previous research have shown this result in underdiagnosis of patients with ICU delirium. The nurses perceived CAM-ICU as cumbersome and complicated, as shown in previous studies. However, they still thought the usage of a screening tool was important.

Conclusion

Intensive care nurses' perceptions of intensive care delirium on all categories of description were divided.

- Intensive Care Delirium was perceived as a hyper-active state
- Intensive Care Delirium was caused by pharmacological and intensive care environmental factors, as well as the length of stay in the ICU
- Intensive Care Delirium was assessed intuitively and cognitively without screening tools
- The majority of respondents perceived the CAM-ICU as unworkable

Key words: Caring, ICU-delirium, nurses' attitudes, screening tools.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INTRODUKTION	6
Inledning	6
Teoretiskt perspektiv	7
Humanism	7
Lidande – vårdlidande	8
Sjuksköterskans professionella förhållningssätt	9
Tidigare forskning	10
Intensivvårdsdelirium	11
Intensivvårdsdelirium ur ett historiskt perspektiv	12
Miljön på en intensivvårdsavdelning	13
Inre stressorer	13
Screeningsinstrument	14
SYFTE	16
METOD	16
Fenomenografin som metodisk och teoretisk ansats	16
Design	17
Urval	17
Datainsamling	18
Pilotstudien	18
Forskningsetiska överväganden	18
Etisk prövning	20
Risk/nytta analys	20
RESULTAT	20
Tecken på delirium	21
Orsaker till delirium	23
Bedömning av delirium	25
Förebyggande av IVA-delirium	26
Konsekvenser av IVA-delirium	27
Uppfattningar om CAM-ICU	28
DISKUSSION	29
Resultatdiskussion	29
Metoddiskussion	32
Slutsats	34
Arbetsfördelning	34
REFERENSER	35
BILAGOR	39
1. Forskningspersonsinformation	
2. Intervjuguide	

INTRODUKTION

Intensivvårdsdelirium är ett allvarligt tillstånd som drabbar upp till 50 % av alla patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning (IVA) längre än 48 timmar. Studien inkluderade både respiratorbehandlade och icke-respiratorbehandlade patienter (1). I en svensk avhandling gjord ur ett patientperspektiv nämns siffror om förekomst mellan 20-60% hos respiratorbehandlade patienter med en vårdtid över 36 timmar på IVA (2). Då intensivvårdsdelirium drabbar många patienter som vårdas på IVA vill vi undersöka sjuksköterskors uppfattning om detta tillstånd.

Intensivvårdssjuksköterskan arbetar nära patienten och kan se förändringar i patientens tillstånd snabbt. Utvecklandet av ett intensivvårdsdelirium ger ett vårdlidande och kan komma att påverka patienten långt efter habitualtillstånd uppnåtts fysiskt (3, 4).

Intensivvårdsdelirium beskrivs som ett akut förvirringstillstånd som har ett skiftande förlopp. Tillståndet karaktäriseras som förlust av uppmärksamhet och koncentration. Andra symtom på delirium är sänkt kognitiv förmåga, oorganiserat tänkande och en förändrad dygnsrytm (5, 6). Orsaken bakom intensivvårdsdelirium är inte klarlagd, men det leder till allvarliga konsekvenser för patienten. Patienter som drabbas av intensivvårdsdelirium löper ökad risk för oavsiktlig extubation, oavsiktligt avlägsnande av urinkateter och intravenösa- och arteriella infarter (7). Även förlängd vårdtid (1, 3, 5), minskat välbefinnande efter utskrivning från sjukhuset (3), försämrad kognitiv förmåga(3, 7) och ökad mortalitet är associerat med intensivvårdsdelirium (7).

Intensivvårdsdelirium är välkänt och väl beforskat. Många som arbetar inom intensivvården är överens om att det är ett allvarligt problem (8), men i Sverige det är fortfarande få avdelningar som aktivt arbetar med att screena patienterna för intensivvårdsdelirium och den forskning som finns publicerad om intensivvårdsdelirium har ännu inte implementerats på många intensivvårdsavdelningar (9). Det finns ett screeningsinstrument validerat och översatt till svenska som heter Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM- ICU). För att säkerställa god omvårdnad vill vi belysa användandet av denna befintliga skattningsskala. Med vetskap om de problem som intensivvårdsdelirium medför, kan detta vara avgörande för patienternas framtida välbefinnande. En sökning på Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds hemsida gav ingen träff på CAM-ICU alternativt andra mät/screeningsinstrument. Det fanns heller inte något skrivet om riktlinjer vid intensivvårdsdelirium.

Inledning

Teoretiskt perspektiv

Humanism

Den här studien utgår ifrån ett humanistiskt perspektiv. Humanismen som teori sätter den individuella människan i centrum och precis som människan är den till sin natur mångtydig. Den kan betraktas som en livsåskådning med eftertanke, en icke-dömande attityd och respekt för olika tolkningar som ledstjärnor. En sjukvård som har en humanistisk utgångspunkt, sätter den sjuka personen i centrum och har en tro på individualiteten. Den strävar efter att bevara vördnaden för den enskilda personen trots att det kan finnas förnedrande omständigheter och försöker också att se varje individs möjligheter och begränsningar. Den humanistiska vården har ett holistiskt synsätt och strävar efter att se hela människan i sitt sammanhang. Det är centralt att bekräfta den sjuke individen som en person och ett misslyckande i detta avseende leder till risk för kränkning (10). I den miljö som en intensivvårdsavdelning innebär med all övervakningsutrustning och sjukvårdspersonal som arbetar med att rädda liv, kan det vara svårt att behålla helhetssynen på personen i sängen och komma i håg att hon eller han ska fortsätta leva efter sin sjukhusvistelse och få ett så bra liv som möjligt. Då är det viktigt att komma i håg det humanistiska förhållningssättet och tänka på att även patientens psykologiska status är betydelsefullt för hans/hennes framtid (11, 12).

Enligt Watson (13) är omvårdnaden som vetenskap humanistisk till sin natur, eftersom omvårdnaden innebär den högsta formen av etiskt antagande gentemot patienten, närstående, samhället och till sist även civilisationen. Vårdvetenskapen har sin utgångspunkt från mänskliga relationer som innefattar mellanmänskliga relationer, men också relationen mellan människa och miljö. Vårdvetenskapen framhåller djupet, ödmjukheten, medmänskligheten och ansvaret som sker i mötet mellan två människor och som är drivkraften i den mänskliga utvecklingen. Enligt denna vårdvetenskapliga teori tas både likheter och skillnader tillvara och genom detta skapas en gemenskap i mötet mellan vårdaren och den vårdade.

Att rent praktiskt implementera humanismen och ett humanistiskt förhållningssätt i vården innebär att sätta människan i fokus genom att:

- respektera den andres integritet och fria val
- försöka vara rättvis
- försöka utöva godhet (12)

Vikten ligger vid att kunna se hela människan och vårda alla hennes delar och utmaningen inom intensivvården blir för sjuksköterskan att identifiera och sträva efter att tillgodose den sjuka medmänniskans behov (12).

Lidande - vårdlidande

Katie Eriksson (14) skriver att det är människan som lider och det är människan som åstadkommer lidande. Det är även människan som kan lindra den andres lidande och göra det uthärdligt.

Vårdlidande är en utveckling av lidande som man direkt kan applicera på vården. Detta tar sig olika uttryck, men varje människa som utsätts för ett lidande orsakat av vård eller utebliven vård upplever det på sitt sätt.

Inom intensivvården kan patienten utsättas för kränkningar och smärta i form av undersökningar och behandlingar som är nödvändiga för att deras liv ska kunna räddas.

Intensivvårdssjuksköterskorna har stor möjlighet att lindra detta lidande genom att skapa en helande miljö runt patienten och därmed påskynda deras läkningsprocess (15).

Teorin om lidande sammanfattas i övergripande kategorier:

- Kränkning av patientens värdighet – vilket i detta sammanhang syftar till att bekräfta människans värdighet i vården och ge varje patient individuell vård.
- Fördömelse och straff - kan ta sig uttryck i att man nonchalerar patienten för att man själv har en föreställning om hur idealpatienten borde vara eller att man inte orkar samtala för att patienten är svår eller besvärlig.
- Maktutövning – detta ses ofta då vårdare vill hålla fast vid rådande rutiner och har svårt att gå med i patientens tankevärld.
- Utebliven vård eller icke vård - syftar på en bristande förmåga att se och bedöma vad patienten behöver (14).

Om inte intensivvårdssjuksköterskor uppmärksammar dessa patienter eller tidiga symtom på IVA delirium kan detta leda till icke vård och därmed ett ökat vårdlidande. Flertalet studier belyser vikten av att skatta patienter på intensivvårdsavdelningar för delirium då dessa patienter lätt kan missas annars, de påtalar också vikten av att utbilda intensivvårdspersonal i hur dessa skattningsskalor används (1, 9, 16, 17). En annan aspekt på lidande är livslidandet – det kan innebära allt från ett hot mot patientens hela existens till en förlust av möjligheten att fullfölja ett socialt uppdrag. Att förintas – förintelsehotet, känslan av att man skall dö men inte veta när, är ett oerhört lidande. Detta kan också jämföras med att inte bli sedd eller att känna sig kärlekslös (14).

Lidande kan också uppkomma som en följd av kontrollförlust, hjälplöshetskänsla och av en rädsla för att dö. Det är viktigt att intensivvårdssjuksköterskorna fångar upp patientens lidande, men det är stor en utmaning då patienterna ofta är kritiskt sjuka och har svårt att kommunicera på grund av exempelvis sederer eller respiratorvård (15).

Sjuksköterskans professionella förhållningssätt

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (18) ska sjuksköterskans arbete präglas av ett etiskt förhållningssätt och grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska också utföras i enlighet med gällande lagar och författningar. Det kan vara en utmaning att behålla det etiska förhållningssättet i vården av en patient som drabbats av delirium, eftersom denne kan vara både hyperaktiv, agiterad och utåtagerande. Det är dock essentiellt att sjuksköterskan kan fortsätta att ge god omvårdnad till en patient som drabbats av delirium utan att kränka honom/henne och samtidigt aktivt arbeta för att bevara den enskilda personens integritet (19).

Det är sjuksköterskans ansvar att självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen i vilken följande punkter ingår:

- Samla in relevant patientdata
- Analysera insamlad data för att ställa omvårdnadsdiagnoser
- Identifiera individuella och förväntade resultat hos patienten och planera vården därefter.
- Utveckla en vårdplan som beskriver interventioner för att uppnå väntat resultat av vården
- Genomföra identifierade interventioner enligt den utvecklade vårdplanen
- Utvärdera patientens framsteg till att uppnå förväntat resultat av vården (18).

Eftersom det är intensivvårdssjuksköterskan som samlar in uppgifter om patienten och vanligen gör den första bedömningen när patienten kommer till intensivvårdsavdelningen, är det ofta intensivvårdssjuksköterskan som först upptäcker förändringar i patientens beteende och kognitiva status. Intensivvårdssjuksköterskor har numera ofta mycket kunskap om akut förvirring, men många är ändå oförberedda på att identifiera och hantera olika grader av delirium hos patienter (9, 20). Enligt Truman och Ely (5) är det positivt för svårt sjuka intensivvårdspatienter när intensivvårdssjuksköterskorna har utbildning och kunskap om riskfaktorer för att utveckla delirium och även tidiga tecken på utveckling av delirium. Patienter som vårdas av dessa sjuksköterskor drabbas också mer sällan av delirium.

Tidigare forskning

Ämnet intensivvårdsdelirium är relativt väl beforskat, men vi saknar implementering av aktuell forskning och ett perspektiv som beskriver sjuksköterskors uppfattning om intensivvårdsdelirium och även sjuksköterskors uppfattning om att använda ett standardiserat instrument för att screena patienter för intensivvårdsdelirium. En sökning i databaserna Pubmed och Cinahl gav följande träffar. Sökningen i Cinahl är genomförd med ”Peer-reviewed” som begränsning. En sökning med sökorden ”ICU-delirium + perception”, vilket vi antog var den mest korrekta översättningen av ordet ”uppfattning”, resulterade inte i några träffar. Därför ändrade vi sökordet till ”attitudes”, vilket resulterade i de träffar som redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Artikelsökning

Sökord	Antal träffar i Pubmed	Antal träffar i Cinahl
ICU-delirium	305	44
ICU-delirium + nurs*	78	18
ICU-delirium + attitudes	17	3
ICU-delirium + nurs* + attitudes	11	2
ICU-delirium + nurs* + attitudes + screening tools	2	0

Vi började med att läsa artiklarnas rubriker och gick sedan vidare med att läsa abstracten på de artiklar som svarade an mot vårt syfte. Vi använde oss av vetenskapliga artiklar med inriktning mot både medicin och vårdvetenskap för att få en heltäckande beskrivning av intensivvårdsdelirium. De artiklar som valdes bort hade andra inriktningar på intensivvårdsdelirium än de vi var intresserade av eller var beskrivningar av hur CAM-ICU hade implementerats på vissa intensivvårdsavdelningar. Vi har även inkluderat en artikel från 1956 eftersom det är det första som skrivits om intensivvårdsdelirium och således är viktig ur historisk synvinkel. Förutom dessa artiklar har vi också använt oss av vetenskaplig litteratur utifrån referenslistor ur avhandlingar.

Intensivvårdsdelirium

Intensivvårdsdelirium inget ovanligt fenomen bland intensivvårdspatienter och kan betraktas som en komplikation till intensivvårdsbehandlingen. Prevalensen av intensivvårdsdelirium varierar i olika studier mellan 20-80 %. Den stora variation beror på många olika faktorer såsom sjukdomstillstånd, vårdtid på IVA i respirator och även på vilket screeningsinstrument som har använts för diagnostik (7). Enligt en studie utvecklar så många som åtta av tio patienter på intensivvårdsavdelningar någon form för intensivvårdsdelirium, men många av fallen förblir odiagnostiserade och/eller obehandlade (4).

Intensivvårdsdelirium beskrivs också som ett akut förvirringstillstånd med ett skiftande förlopp. Tillståndet karaktäriseras som förlust av uppmärksamhet och koncentration. Andra symtom på delirium är sänkt kognitiv förmåga, oorganiserat tänkande och en förändrad dygnsrytm (5, 6).

Delirium har ofta ett dynamiskt förlopp över dygnet. Patienten är adekvat och orienterad dagtid, men blir förvirrad och desorienterad på kvällen. Intensivvårdsdelirium resulterar i sämre prognos, ökad dödlighet, längre sjukhusvistelse och längre vårdtid i respirator. Tillståndet kan också försvåra möjligheterna till att ge medicinsk vård, i synnerhet i de fall när patienten är agiterad och utåtagerande (1, 21).

Det finns olika tre typer av delirium – hypoaktivt delirium, hyperaktivt delirium och det blandade, där en mix av de båda kan ses. På en intensivvårdsavdelning är det hypoaktiva ”tysta” deliriumet vanligast och det är den typen som inte uppmärksammas på grund av de diskreta symtomen.

De patienter som drabbas av hyperaktivt delirium är ofta utåtagerande och de uppmärksammas också på ett helt annat sätt, medan de hypoaktiva patienterna är svåra att upptäcka utan ett diagnostiskt instrument (22).

Intensivvårdsdelirium ur ett historiskt perspektiv

Att vårdas på intensivvårdsavdelning är en subjektiv upplevelse och olika människor upplever olika saker som stressande. Redan vid intensivvårdens födelse på 1950-talet beskrevs akuta kognitiva störningar hos de patienter som vårdades på de respirator- och övervakningsenheter som fanns då. Gemensamt för dessa patienter var att de alla behandlades i respirator under en längre eller kortare period (23). När detta upptäcktes bedömdes det till en början att förvirringen orsakades av depressiva reaktioner på behandlingen, akuta psykologiska försvarsmekanismer eller psykotiska reaktioner (23). Det har bedrivits mycket forskning om intensivvårdsdelirium och nu beskrivs orsaken till delirium som en kombination av inre stressorer och yttre miljö än som psykisk sjukdom (15).

Intensivvårdsavdelningen har sina rötter i 1950-talet då patienter som drabbats av polio eller tuberkulos vårdades i respirator på speciella avdelningar. Där reagerade man på att patienter efter 2-7 dygns vistelse i respirator blev desorienterade i tid och rum samt person. De plågades också av överkliga upplevelser som efteråt när de pratade om upplevelserna fick dem att inse att de inte var verkliga. Patienterna led av syn och hörselhallucinationer och alla försämrades nattetid. Ingen av de observerade patienterna hade felaktig syrgaskoncentration, vätske – alternativt elektrolytbalans. Ingen patient behandlades med några läkemedel och ingen var alkoholist (24).

På 1960-talet etablerades postoperativa enheter och hjärtvårdsenheter för patienter med olika typer av hjärtsjukdomar. Dessa mer specialiserade vårdenheter innebar en ökad överlevnad för de patienter som vårdades där. På 70- talet började man vårda patienterna i mindre rum men fortfarande med en övervakningsstation så att chansen att ha patientnära vård var liten. Patienterna kunde nu i större utsträckning ha lite mer privat utrymme och individualiserat ljud och ljus runt sig. Dock fanns det fönsterlösa rum vilket visade på ökad risk att utveckla intensivvårdsdelirium. Den tredje generationens intensivvårdsrum som utvecklades från 80- talet hade stora skjutdörrar i glas vilket ökade övervakningsmöjligheterna men återigen minskade patienternas möjlighet till avskildhet och ökade risken för inre stress (15).

Miljön på en intensivvårdsavdelning

Från 1960-talet har forskningen utvecklats och flera studier visar att intensivvårdsdelirium orsakas av en kombination av miljöfaktorer och fysiologiska faktorer (4, 23). Miljön på en intensivvårdsavdelning är högteknologisk och kan vara både högljudd och upplevas som obehaglig för patienten. På vissa avdelningar vårdas flera patienter på samma rum och sängarna skiljs åt av en skärm eller ett draperi. Dagtid kan det vara hektiskt inne på patientrummet med mycket folk, till exempel familjemedlemmar, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som besöker, vårdar, undersöker och behandlar patienten. Detta leder till ständig stimuli för patienten och denna speciella och högljudda miljö är en starkt bidragande orsak till intensivvårdsdelirium (2, 15).

Vissa perioder under dagen kan vara väldigt intensiva då det pågår patientnära vård i form av kontroller av vitalparametrar, provtagningar, läkemedelsadministration och basal omvårdnad av patienten. Dessutom pågår behandlingar och undersökningar dygnet runt, och dessa procedurer kan vara både obekväma och obehagliga för patienten. Patienten vårdas ofta i en intensivvårdssäng och är uppkopplad till en mängd olika teknisk apparatur så som respirator med endotracheal tub eller tracheostomi. De är också ofta invasivt övervakade genom artärkateter och central venkateter (CVK). Annan utrustning som ofta behövs inom intensivvården är ventrikelsond, urinkateter och elektroder för EKG-övervakning. Många patienter upplever den tekniska utrustningen som något skrämmande och obekvämt. En del patienter beskriver också att de upplever att inte kan röra sig, eftersom de sitter fast i flera olika slangar och infarter. Patienter har efter utskrivningen från IVA berättat om upplevelser av att vara fastbunden och att de inte kände igen sin egen kropp under sin tid på intensivvårdsavdelningen. De har också berättat om minnen av smärta och överkliga upplevelser som är relaterade till den extensiva övervakningen (2, 15, 19, 20).

Inre stressorer

Att vara patient på intensivvårdsavdelningen kan upplevas som väldigt stressande för den enskilde patienten av fler orsaker än miljön. Patienten utsätts också för en mängd inre stressorer. Den biologiska sjukdomen eller traumat som patienten har utsatts för innan inläggningen på intensivvårdsavdelningen är en stressor i sig (6, 25). Patienten kan också känna hjälplöshet och kontrollförlust som ett resultat av intensivvården och den situation som han/hon befinner sig.

Förlust av självkänsla, isolering och rädsla för att dö är också bidragande orsaker till att patienter känner sig stressade och oroade inom intensivvården (15).

I Granberg et als (26) studie fick patienter som vårdats på en intensivvårdsavdelning skatta vad de hade upplevt som de största stressorerna. De faktorer som patienterna beskrev som mest stressande var att vara fysiskt sjuk och rädslan för att dö. Vidare skattades av upplevelse av smärta, upplevelse av att inte kunna kommunicera ordentligt på grund av respiratorbehandling samt ovisshet om hur lång vårdtiden på intensivvårdsavdelningen kunde bli som starka stressorer. Nyare forskning visar att många patienter har minnen från tiden på intensivvårdsavdelningen och att många minns känslor av smärta och rädsla (15, 22, 27). En del patienter upplever också överkliga minnen, vilket är något som kan plåga patienterna långt efter utskrivningen från IVA (27).

Screeningsinstrument

Det finns flera skalor för att bedöma och utvärdera delirium. En av de första var CRS (Confusion Rating Scale) och utvecklades under slutet av 1980-talet. En av anledningarna till att instrumentet utvecklades var att sjuksköterskorna ansågs vara de som spenderade mest tid med patienterna och snabbast kunde upptäcka de förändringar i patienternas beteende som kunde tyda på delirium. Sjuksköterskorna saknade dock kunskap om och redskap för att kunna bedöma en sådan utveckling. Instrumentet ansågs dock vara otillräckligt för patienter som uppvisade symtom på hypoaktivitet. Utifrån CRS utvecklades fler skalor som också var mer specifika för delirium inom intensivvården (28).

I Sverige använder man idag diagnossystemet DSM IV som ett komplement till ICD 10 som är WHO:s klassifikationssystem för sjukdomar. (29).

1990 presenterade Inouye et al. (30) screeningsinstrumentet Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Den har sin grund i diagnossystemet DSM IV och består av nio frågor för att bedöma om patienten har drabbats av delirium. CAM-ICU inkluderar fyra kriterier:

1. Förvirringen är akut insättande och/eller uppvisar ett fluktuerande förlopp över dygnet
2. Patienten uppvisar förändring i sin förmåga till uppmärksamhet
3. Patienten uppvisar symtom på osammanhängande eller ostrukturerade tankar
4. Patientens medvetandegrad är förändrad

För att få diagnosen delirium enligt CAM-ICU ska patienten uppvisa förändringar inom antingen område 1 och 2 eller område 3 och 4 (30).

Enligt Riekerk, et al (31) upplevde sjuksköterskorna på en intensivvårdsavdelning CAM-ICU som krånglig och tidskrävande, men efter implementation av den ökade deras medvetande om intensivvårdsdelirium markant och de arbetade mer strukturerat för att förhindra det.

Cognitive test for delirium (CTD) utvecklades som en alternativ skattningsmetod för intensivvårdsdelirium enbart på basis av kognitiv förmåga. Den har sin grund i diagnossystemet DSM-III och designades utifrån förhållandena på en intensivvårdsavdelning. Svaren kräver inte att patienten kan svara verbalt, det räcker att nicka eller röra ena handen. Metoden består av fem frågor som berör områdena orientering, uppmärksamhetsförmåga, minne, förståelse och vakenhet (32).

NEECHAM Confusion Scale utvecklades som ett instrument för att göra det möjligt att bedöma patientens förmåga att förstå och bearbeta normal information samt att tidigt upptäcka mindre tydliga manifestationer av att denna förmåga var störd. Instrumentet kunde också användas för att dokumentera akuta förvirrade beteenden och delirium liknande symtom (33).

Ett av de nyare instrumenten är The Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC). Det är ett screening instrument som används för att bedöma delirium under 24 timmar och har sin grund i diagnossystemet DSM-IV. Instrumentet består av en femgradig skala, där varje steg är ett essentiellt symtom för delirium enligt DSM-IV. Stegen är:

1. Desorientering
2. Onormalt uppträdande
3. Onormal kommunikation
4. Illusioner/hallucinationer
5. Psykomotorisk hämning

NUDESC är en enkel skala att använda för att upptäcka delirium, då det tar ungefär en minut per patient att göra klart bedömningen (34).

Intensivvårdsdelirium är ett vanligt och allvarligt syndrom som drabbar många patienter och som kan vara svårt att upptäcka. Det finns ett instrument, CAM-ICU som är översatt och validerat för svensk användning för att screena för intensivvårdsdelirium, men bara en intensivvårdsavdelning i Sverige använder detta instrument (9). Intensivvårdsdelirium är relativt väl beforskat. Resultatet av de sökningar som vi har gjort uppvisade få studier om intensivvårdssjuksköterskornas uppfattning om intensivvårdsdelirium. Ingen studie om sjuksköterskornas uppfattning om screeningsinstrument för intensivvårdsdelirium fanns.

SYFTE

Syftet är därför att undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om intensivvårdsdelirium, och det enda till svenska översatta och validerade screeningsinstrumentet CAM-ICU.

METOD

Fenomenografin som metodisk och teoretisk ansats

Fenomenografin som forskningsansats är tänkt att återge den uppfattade verkligheten. Fokuset inom denna metod ligger i att upptäcka skillnader i respondenternas uppfattningar. Detta innebär i förlängningen att man är ute efter att beskriva hur fenomen, företeelser eller objekt i omvärlden uppfattas av människor inte ”tinget i sig” (35).

Denna forskningsansats arbetades fram på den pedagogiska institutionen i Göteborg under 70-talet och riktades då mot inlärningsprocessen om vad som lärs in istället för hur mycket som lärs in. Termen fenomenografi introducerades av Ference Marton (36). Relationen mellan människa och värld förändras och denna förändring är inläring menar Marton och relationen är intentional. Detta innebär att relationen både bestäms av och är beroende av människans tänkande och dess handlande riktas mot något i omvärlden. Detta synsätt liknar på många sätt den tyska filosofen Husserls livsvärldsbegrepp som berör människans förhållningssätt till världen. Man kan också tro att den har sitt ursprung i fenomenologin men där beskriver forskaren uppfattningar och tolkningar av fenomenet till skillnad från fenomenografin där man utgår från hur någon annan, i detta fall intensivvårdssjuksköterskan, uppfattar intensivvårdsdelirium (35).

Det mest betydelsefulla begreppet inom denna ansats är uppfattningsbegreppet. När då uppfattningen beskrivs som en relation (relation mellan människa och omvärld) blir den dynamisk – den förändras i takt med att sammanhang och situation förändras.

Ju mer kunskap desto annorlunda ser vi världen, man ser den med andra ögon, man har fått kunskap om den. På senare år har även begreppet erfarenhet tillkommit, då i betydelsen av att förnimma/få kunskap om (35).

Fenomenografin är inte en renodlad forskningsmetod utan en ansats. Inom fenomenografin är intervjun den vanligaste metoden men de kan vara både öppna och semistrukturerade eller välstrukturerade. Inom denna ansats finns det aldrig ett rätt eller ett lämpligt svar. En annan viktig sak att tänka på är att intervjuaren skall hitta innebörder och inte förutbestämda uppfattningar. Sammantaget så går den fenomenografiska metoden ut på att olika aspekter av en uppfattning väljs ut. Ett urval av personer intervjuas, dessa intervjuer spelas in och transkriberas och analyseras. Skilda uppfattningar identifieras, kategoriseras och delas in i så kallade beskrivningskategorier (35).

Design

En kvalitativ ansats används med intervju som metod för att söka svar på forskningsfrågan. Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att erhålla kvalitativa beskrivningar av respondentens uppfattning och erfarenheter av en företeelse som är intressant för intervjun (37). I den kvalitativa intervjun uppmanar forskaren respondenten att själv definiera det som är viktigt med avseende på ett visst fenomen och ger möjlighet för respondenten att utveckla vad som är essentiellt för honom/henne snarare än att styra denne åt ett visst håll (38).

Urval

Respondenterna, som i den här studien skall vara intensivvårdssjuksköterskor, skall tillfrågas genom att kontakt tas med den kliniska läraren på en intensivvårdsavdelning i Göteborg. Vårdenhetschefen och den kliniska läraren kommer att informeras om studien av oss. Vår förhoppning är att de kan ge förslag på lämpliga personer som motsvarar inklusionskriterierna. Inklusionskriterierna för den här studien är att sjuksköterskorna har en specialistutbildning med inriktning mot intensivvård och har arbetat på en intensivvårdsavdelning i minst två år och att hälften av dem medverkar i avdelningens dagboksgrupp. Dessa sjuksköterskor kommer sedan att kontaktas av oss och får lämna sitt samtycke till deltagande i studien. I pilotstudien intervjuas fyra intensivvårdssjuksköterskor.

I den fullskaliga studien kommer 15-20 intensivvårdssjuksköterskor att intervjuas. Intervjuerna kommer att fortgå till dess att fler skilda uppfattningar inte går att få fram.

Datainsamling

Data samlas in med semistrukturerade intervjuer som sedan analyseras med fenomenografisk metod. Vid en intervju med semistrukturerade frågor använder forskaren en intervjuguide med de frågor som ska finnas med i intervjun och som forskaren vill ha besvarade. Forskarens funktion under intervjun är att uppmuntra respondenten att tala fritt kring alla frågorna i intervjuguiden och följa upp med följdfrågor vid behov. Respondenterna får då möjlighet att berätta mer på ett djupare plan och kan även göra förtydliganden med hjälp av forskarens följdfrågor (35, 36).

Pilotstudien

För att pröva metoden inför en fullskalig studie, genomfördes en pilotstudie med fyra intervjuer. Pilotstudien ligger till grund för resultatet och diskussionen. Intervjuerna ägde rum innan eller efter respondenternas arbetstid i avdelningens konferensrum. Dessa tog mellan 30-60 minuter i anspråk och spelades in med hjälp av en diktafon. Intervjuerna transkriberades, kodades och lästes igenom av författarna var för sig.

Vårt tillvägagångssätt var att vi letade efter uttalanden som beskrev intensivvårdssjuksköterskornas uppfattningar om IVA-delirium och CAM-ICU. Detta var en tidskrävande process. Alla intervjuerna sammanfattades sedan av båda författarna för att verkligen få fram kärnan i intervjuerna innan analys. Efter detta testades beskrivningskategorier fram och skillnader och likheter i intervjusvaren analyserades. Vi fick fram nio olika beskrivningskategorier, som efter att texten analyserats och omformulerats minskade till de sex som redovisas i resultatet. Anledningen till att vissa beskrivningskategorier förkastades berodde till stor del på att de hade gemensamma beröringspunkter.

Forskningsetiska överväganden

Det finns fyra särskilda etiska krav som alla forskare måste följa oavsett vilken forskning som ska bedrivas (39).

Informationskravet

Forskaren måste ge saklig och tydlig information till deltagaren om den övergripande planen för forskningen och vad som är syftet med forskningen.

Deltagaren ska också informeras om vilka metoder som kommer att användas, vilka risker som forskningen kan medföra, vem som är huvudman för forskningen och vem som kan kontaktas om deltagaren önskar kontakt.

Deltagaren ska också informeras om att deltagandet är frivilligt och att hon/han när som helst kan avbryta sin medverkan. Den här informationen skall ges både muntligt och skriftligt. Till den här studien fick alla deltagare en forskningspersonsinformation och även muntlig information av de ansvariga för studien. De ska få möjlighet att ställa frågor och den ansvariga ska känna sig säker på att deltagaren är väl informerad om studiens syfte och metod (39).

Samtyckeskravet

Forskning får utföras bara om forskaren har inhämtat informerat och frivilligt samtycke, helst skriftligen, från deltagare i ett forskningsprojekt. Alla deltagare ska få skriva på ett intyg att de samtycker till studien och är införstådda med att de kan avbryta sin medverkan när som helst (39).

Krav på konfidentialitet

Forskaren ska garantera full konfidentialitet angående de upplysningar som har lämnats och ska användas i forskningsprojektet. Forskaren ska också säkerställa att informationen förvaras oåtkomligt för obehöriga, samt att eventuella kodlistor och motsvarande datamaterial förvaras åtskilt på ett säkert sätt. Deltagarna till den här studien kommer att informeras om att allt material förvaras på ett säkert sätt och att de bandupptagningar som görs kommer att förstöras när materialet har transkriberats. Alla intervjuer är konfidentiella och anonyma (39).

Krav på deltagarens säkerhet

Forskaren ansvarar för att vid behov skjuta upp eller avbryta forskningsprojektet om deltagaren upplever oförutsedda biverkningar eller obehag. Författarna till den här studien kommer att vara noggranna med att deltagarna ska känna sig bekväma med sin medverkan och att frågorna inte ska kännas obehagliga på något sätt (37).

Etisk prövning

Forskning som behandlar personuppgifter ska alltid etikprövas. Detta behöver dock inte göras för pilotstudier på avancerad nivå enligt Lagen om etikprövning 2003:460 med ändring i SFS 2008:192. (40).

Risk/nytta analys

Denna analys har gjorts efter noga överväganden av oss båda och med bakgrund av etikprövningsnämndens hemsida där man kan hämta all nödvändig information rörande detta ämne (40). Riskerna med denna studie ser vi som små. Det som kan ske är eventuellt att informanterna känner sig trängda eller obekväma med oss som intervjuar alternativt ser det som ett sorts kunskapsförhör och känner sig osäkra. Vi kommer innan intervjun startar att informera dem väl om likväl syfte med intervjun som att det är frivilligt att delta och att man när som helst kan avbryta sin medverkan. Ytterligare en risk är att vi som intervjuar styr eller färgar intervjun utefter vår egen förförståelse. Nyttan ser vi i att vi belyser ett viktigt område inom intensivvården som leder till stort lidande för den drabbade. Vår förhoppning är att denna studie skall berika respondenternas uppfattning om fenomenet och kanske till och med leda till att problemet fångas i ett tidigare skede och på sikt minskar lidandet för de drabbade individerna. Lyckas vi med detta anser vi att nyttan överväger de eventuella riskerna med denna studie.

RESULTAT

Efter att materialet analyserats, identifierades flera olika uppfattningar hos respondenterna. Uppfattningarna kategoriserades och delades in i olika beskrivningskategorier, som svarar på hur intensivvårdssjuksköterskor uppfattar intensivvårdsdelirium och på hur de uppfattar screeningsinstrumentet CAM-ICU. Det finns tydliga gemensamma uppfattningar hos alla intervjuade om vad ett intensivvårdsdelirium är men också tydliga skillnader. Vi har valt att presentera dem som sex beskrivningskategorier med två eller tre underrubriker i fyra av dem. Beskrivningskategorierna har ingen rangordning utan vi har valt ordningen på dessa underrubriker. En sammanställning av intensivvårdssjuksköterskornas olika uppfattningar presenteras ihop med beskrivningskategorierna nedan. De sex beskrivningskategorierna utgör vårt utfallsrum. I fyra fall analyserades ett flertal olika uppfattningar med liknande innehåll fram och dessa har kategoriserats i underrubriker enligt figur 1.

Beskrivningskategori	Underrubrik
Tecken på delirium	<i>Fysiologiska tecken</i> <i>Hyperaktivitet</i> <i>Overkliga sinnesintryck</i>
Orsaker till delirium	<i>Farmakologiska orsaker</i> <i>Förlorad dygnsrytm</i> <i>Vårdtid på IVA</i>
Bedömning av delirium	<i>Bedömning av kognitiv förmåga</i> <i>Intuitiv bedömning</i>
Förebyggande av IVA-delirium	<i>Knyta an till verkligheten</i> <i>Befrämja dygnsrytm</i> <i>Optimera miljön</i>
Konsekvenser av IVA-delirium	
Uppfattningar om CAM-ICU	

Figur 1. Beskrivningskategorier

Tecken på delirium

I den här beskrivningskategorin går det att urskilja de olika underkategorierna: *Fysiologiska tecken*, *Hyperaktivitet* och *Overkliga sinnesintryck*. Att dessa kategorier inte särskiljs i olika beskrivningskategorier beror på att de är så nära sammankopplade med hur delirium uppfattas i beskrivningskategorin *Tecken på delirium*.

Fysiologiska tecken

Delirium innebär en tydlig förändring och försämring hos patienten och kan innefatta många olika typer av symtom. Alla respondenterna beskrev att patienterna uppvisade fysiska tecken på att de hade drabbats av delirium. Tre av dem beskrev patienterna som att de var psykomotoriskt oroliga vilket kunde innebära stora säkerhetsrisker för patienterna.

”Det är ju jättestor risk att de gör sig illa, man märker ju ofta att händerna går upp mot slangar och sånt, ja... även tuben kan ju åka ut om man inte är uppmärksam.”

En respondent beskrev tecken på delirium som en förändring av vitalparametrarna.

”Jaaha alltså det kan ju man se på parametrarna liksom att de blir väldigt tackykarda, tackykardin...å oroliga å liksom oro, tackykardi...trycket kan ju stiga många gånger..”

Hyperaktivitet

Alla respondenter uppfattade IVA delirium som något som gjorde patienten orolig, plockig och i vissa fall utåtagerande.

”Att dom ofta e oroliga också framförallt på natten. ..jag gick fram till honom å då låtsades han sova och helt plötsligt så bara han tog tag i min arm jättehårt så att jag fick ett rivsår på armen..”

”Jag tänker på en patient som är orolig, plockig...”

Overkliga sinnesintryck

Respondenterna beskrev att patienterna uppvisade tecken på hallucinationer. De rörde sig som om de plockade efter saker som inte fanns och befann sig i något ingenmansland där dröm och verklighet flöt ihop - en förvrängd verklighet. Patienterna berättade för sina närstående att de uppfattade personal som hotfulla personer och beskrev också fasansfulla vanföreställningar för dem.

”... han försökte förmedla detta till sin fru, sina barn å sagt att ni måste hjälpa mig att åka ner på stan å köpa en pistol, för jag måste kunna försvara mig för hon kommer att ta livet av mig”

Respondenterna beskrev att patienterna trodde sig vara på någon annan plats, att de pratade osammanhängande och kändes avskärmade. Det som framkom om patienternas nedsatta kapacitet att kommunicera både via fysiska hinder såsom tub eller trach alternativt oförmåga att svara adekvat på frågor och hålla en ”röd tråd”, ser vi som en nedsatt kognitiv förmåga hos dessa patienter.

”..trodde att vi skurit av honom huvudet å tappat bort det å sen sytt på det igen några dagar senare för det var därför han hade trachbandet.. e lite avskärmad på nåt sätt å inte lyssnar på en å man får ingen kontakt riktigt liksom..”

”..de kan vara väldigt osammanhängande och man märker att de pratar om sånt som inte stämmer..”

Patienter som hade delirium uppfattades som att de hade sinnesupplevelser som inte stämde överens med det som egentligen kan förnimmas i verkligheten.

”Ibland kan man se att de tittar på sånt som inte finns och du vet... de rör med armarna och försöker fösa bort sånt där som de ser... plockiga och så...”

”..det är ju hallucinationer i form av... ljud, röster... synhallucinationer...”

Orsaker till delirium

I den här beskrivningskategorin kunde vi urskilja de olika underkategorierna: *Farmakologiska orsaker; Förlorad dygnsrytm och Vårdtid på IVA.*

Farmakologiska orsaker

Det framkommer tydligt att läkemedel uppfattades som en orsak till IVA-delirium. Respondenterna tog upp saker som doser, läkemedelssort och behandlingstid. Patienter som vårdas på IVA är ofta svårt sjuka eller skadade och deras komplexa situation kräver ofta extensiv behandling med potenta läkemedel, av både sederande och inotrop karaktär och deras biverkningar kan påverka patienterna negativt.

”..han hade haft Midazolam...men så längre fram så blev han lite mer aktiv, misstänksam mot oss personal..”

”.. lägg till sjukdom och läkemedel och så på det så är det inte konstigt att det blir galet ibland! ”

Vidare framkom också uppfattningen att IVA-delirium kunde vara en form av abstinens, eller som en respondent uttryckte det ” snedtändning” på läkemedel.

”.. många gånger sätter man in Catapresan för att ja för att lugna för att den där stressen... drogerna ja just precis det e ju oftast just då det kommer..”

.. det är kanske i och för sig de som snedtänt på mediciner..”

Förlorad dygnsrytm

När personer blir kritiskt sjuka kan det inte tas hänsyn till tidpunkt på dygnet för konsultbesök, provtagningar och undersökningar. Det faktum att minst två patienter ligger på samma sal gör att även den icke berörda patienten störs. Dessutom befinner sig alltid någon personal inne på vårdrummet så patienterna är ständigt under uppsikt/iakttagna.

”.. att dom ofta e oroliga också framförallt på natten.. ”

”Det är ju en intensivvårdsavdelning och rätt som det är så händer det något akut och då är det väldigt svårt att göra många saker samtidigt med en massa folk på ett tyst sätt för att inte störa grannen...sömnen är viktig för de här patienterna tycker jag... det vet man ju själv hur man mår när man inte får sova på ett par nätter... fast det kan vara tvärtom också att en del patienter är med om hur mycket som helst och man vårdar dem nätterna igenom och man tänker att nu kommer de att bli helt förstörda, men det blir de inte...det är märkligt..ibland undrar man vad som gör vad egentligen..”

Tre av fyra respondenter angav brist på lugn och ro eller sömnbrist som orsak till IVA –delirium.

Vårdtid på IVA

Det rådde delade uppfattningar om och på vilket sätt vårdtiden spelade in. Olikheterna gällde framförallt om det rörde sig om en lång vistelse nedsövd, om patienterna respiratorvårdats eller om orsaken till IVA vistelsen exempelvis var omfattande kirurgi.

Skillnaderna i uppfattningarna låg framförallt i om patienten respiratorvårdats, då gick det ganska fort att utveckla delirium och låg man nedsövd länge berodde deliriumet kanske på förlorade minnen från en längre period. Åldern ansågs spela in, men på två skilda sätt. En respondent uppfattade att man hade större risk om man var ung medan en annan respondent uppfattade att det var de äldre patienterna som drabbades.

”..alltså dom som e äldre, mycket äldre och genomgått kanske stor kirurgi då som såklart att dom kan också ha det ganska fort det påverkar dom om dom har legat i respirator med massa droger å så då men det e ju dom som e äldre då ju framförallt som kan va förvirrade ganska snabbt då efter kort förlopp då också ju...”

”...åå yngre patienter... de har ju mer intakt hjärna asså...om det har med det å göra...”

Bedömning av delirium

Här gick det att urskilja underkategorierna: *Bedömning av kognitiv förmåga* och *Intuitiv bedömning*.

Bedömning av kognitiv förmåga

Bedömningen av IVA delirium gjordes inte generellt utan var och en hade sin egen metod för att upptäcka detta. Två respondenter berättade att de ställde liknande frågor till patienten vid olika tidpunkter på samma arbetspass, för att se om de fick likvärdiga svar.

”Jag brukar ställa enkla frågor till dem och gärna upprepa samma frågor för att se om det blir någon förändring... Det tycker jag e ett bra sätt för ofta kan man märka både på det dom säger och liksom hur det säger det om det stämmer för dem eller... Det kan man ofta se att det kan vara adekvata svar en gång och en stund senare kan man få ett helt annat svar på samma fråga. ”

Intuitiv bedömning

Under detta valde vi att lägga in en respondents svar. Det kändes viktigt att få med trots att det inte omnämndes av någon annan respondent.

Denna respondent pratade upprepade gånger om patienternas blickar. Något förändrades, patienten blev misstänksam och respondenten sa vid ett tillfälle att blicken blev elak.

”.. så att jag märker det att jag ser att dom e misstänksamma i blicken att dom inte litar på mig å... som jag säger blicken förändras asså att man ser att patienten tittar misstänksamt på en å ser inte riktigt snäll ut.. ”

Förebyggande av IVA-delirium

Efter analys av texten framkom i den här beskrivningskategorin dessa tre underkategorier: *Knyta an till verkligheten*, *Befrämja dygnsrytm* och *Optimera miljön*.

Knyta an till verkligheten

Delirium innebär att patienterna förlorar kontakten och förankringen med verkligheten. Det är viktigt att försöka hjälpa dem tillbaka till den verkliga världen igen och en av respondenterna arbetade aktivt med att försöka hålla kvar patienterna i nuet genom att berätta om väder och datum. Hennes uppfattning var också att de närstående hade stor betydelse för patientens trygghet och verklighetsförankring.

”....det har diskuterats ibland att de skulle behöva lugn och ro patienterna ibland på salarna och att man skulle begränsa besökstider och så, men det de är jag inte för. För jag tror att för patienterna så är ju anhöriga tryggheten, det är ju verkligheten...”

Befrämja dygnsrytm

På en intensivvårdsavdelning pågår akut vård dygnet runt och det kan vara svårt att tillgodose patienternas behov av sömn och vila, även nattetid. Alla respondenter delade uppfattningen att det inte fanns någon gemensam linje på avdelningen för att säkerställa vila. En sjuksköterska beskrev att hon försökte arbeta aktivt för att patienterna skulle få sömn och ro, men att hon upplevde det som svårt att genomföra.

”Men vi försöker ha det så lugnt och tyst som möjligt och att patienterna kan få sova på nätterna, det tycker jag man märker att dom blir förvirrade när dom inte får sova.”

En respondent berättade om helt andra erfarenheter - att en del vårdpersonal genomförde extensiva omvårdnadsåtgärder även nattetid.

”... det är ju tyvärr så att ibland i och för sig att patienterna tvättas och vägs klockan säg klockan 12 eller 1 på natten, mitt i natten va och du vet det vet alla om att så gör man va, och det är inte okej för att.... då får de inte ens få lugn och ro på natten och det är ju.. ja man kan ju undra varför?”

Optimera miljön

Sjuksköterskorna var överens om att det var viktigt med en lugn och tyst miljö på salarna, men på avdelningen fanns ingen gemensam policy eller strategi för hur en sådan miljö skulle uppnås. En respondent försökte behålla lugnet på salarna även dagtid för att patienterna skulle få ro då också.

”... och så se till att det är lugnt och tyst så mycket som det går. Vi brukar sätta upp lappar att det ska vara vila och så, men det är svårt...”

Konsekvenser av IVA-delirium

Uppfattningen att intensivvårdsdelirium leder till allvarliga konsekvenser för patienterna framkom hos alla respondenter. Två sjuksköterskor delade uppfattningen att det ledde till konsekvenser på både kort och lång sikt. Dessa respondenter framhöll att intensivvårdsdelirium innebar hemska upplevelser för patienterna här och nu, men också djupare och långvarigare följder. En respondent tog upp risken för ökad mortalitet hos de drabbade patienterna.

”Eller så måste man ge jättemycket lugnande och då kan vissa patienter inte klara sin andning och måste intuberas och läggas i resp och det är inte alla som klarar det.... särskilt äldre personer, jag menar det är inte säkert att de överlever något sånt..”

De upplevda vanföreställningarna kan finnas kvar länge efter utskrivningen från intensivvårdsavdelningen och följa patienten genom livet, vilket kan leda till ett ökat och förlängt lidande för patienten.

”... han visste att det var minnen eller liksom att det var nånting så och... men han var rädd för det ändå, liksom så han hade när han hade blivit utskriven från sjukhuset så hade han inte vågat sova i sin säng. Han vågade inte somna på natten och han sov i soffan med ljuset tänd.. Tydligt så försvinner dessa minnen aldrig...”

En sjuksköterska beskrev också att ett intensivvårdsdelirium inte bara drabbar patienten och innebär ett förlängt lidande för den personen, utan att hela familjen blir drabbad av dessa upplevelser och minnen.

”... de som kommer på återbesök, de kan ju berätta om hemska upplevelser och minnen de har och de har båda hemska drömmar och mardrömmar. Ja... vissa människor blir ju aldrig sig lika igen, det kan ju sitta kvar jättelänge och det påverkar hela familjen och så... det känns jättetråkigt när det blir så...”

Uppfattningar om CAM-ICU

Alla respondenter fick titta på skattningsskalan CAM-ICU och berätta om hur de uppfattade skalan. Ingen av sjuksköterskorna hade någon erfarenhet av att arbeta med instrumentet, utan beskrev hur de uppfattade den under tiden de läste och bekantade sig med den. Två av respondenterna fick också titta på skattningsskalan NUDESC och dessa sjuksköterskor var mer negativa till CAM-ICU än de som inte fick se NUDESC-skalan, eftersom de uppfattade NUDESC som enklare.

Det framkom att sjuksköterskorna hade olika uppfattningar om skalan, men att tre av fyra uppfattade den som ohanterlig. De beskrev CAM-ICU som krånglig och att det var mycket text i den och en av dessa kände att den var för komplicerad och att man inte skulle orka med den.

” Det ska ju vara enkelt inte för komplicerade uppgifter för det är ju ingen som orkar med det då blir det inte gjort, hinner inte med det....tror jag.”

En respondent uppfattade frågorna på skalan som relevanta, och att de redan arbetade på det här sättet utan skala och den struktur som en skattningsskala skulle innebära.

”Det är ju som vi gör innan vi extuberar patienter, man kan följa uppmaningar och så här. Det verkar vara som... lite luriga frågor för dem... Men... Nej men jag tror säkert och för att liksom kunna... man behöver ju instrument för att kunna diagnostisera... helt klart... så är det ju.. Så det tror jag säkert att det kan vara... vara användbart... Absolut..”

En respondent kände att CAM-ICU skulle vara svår att använda på de svårt sjuka intensivvårdspatienter som vårdades på den avdelning där hon arbetade.

”Den där CAM – ICU känner jag faktiskt att den passar inte våra patienter i alla fall eh de e väldigt svårt...nä jag tycker det verkar för svårt, svårt ja både ur patient och personal synpunkt, tycker det ser krångligt ut men det e klart att om en psykolog hade suttit å gjort detta så hade han ju bara det å göra så. Men jag tycker det verkar svårt..”

Det var bara en respondent som var odelat positiv till CAM-ICU och uppfattade den som enkel och användbar.

”Det känns ju som om det är lätta och vettiga frågor, man kan få en bild om det är delirium eller inte om man misstänker att en patient är på väg att bli förvirrad..”

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Att intensivvårdsdelirium är ett komplext och mångfacetterat tillstånd visste vi sedan tidigare (2, 5-7) och det visade sig också i vår pilotstudie genom de många olika uppfattningarna som respondenterna gav uttryck för. Ingen av respondenterna hade någon erfarenhet av att arbeta med CAM-ICU, det var ingenting som användes på den intensivvårdsavdelning där de arbetade. Det fanns inget vårdprogram på avdelningen för att upptäcka eller behandla intensivvårdsdelirium och heller ingen gemensam policy för omhändertagande av dessa patienter.

Alla sjuksköterskorna bedömde delirium utifrån olika former av fysiska symtom. Två av dem gjorde bedömningar av patienterna genom verbal kommunikation och en använde ett mer intuitivt sätt att bedöma patienterna.

Alla gjorde individuella bedömningar. Enligt Spronk et al. (1) underskattas förekomsten av delirium av de intensivvårdssjuksköterskor som arbetar bedside med patienterna, endast 35 % av de fall som kunde konstateras med CAM-ICU upptäcktes av sjuksköterskor som gjorde egna bedömningar.

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (18) ingår det att identifiera patientens behov och utforma en vårdplan och planera interventioner utefter dem. Applicerat på vår pilotstudie skulle detta innefatta att sjuksköterskan tidigt upptäcker symtom på IVA-delirium. Sedan utformar sjuksköterskan en omvårdnadsplan med åtgärder för att förhindra utvecklandet av ett fulminant delirium. Slutligen utvärderas omvårdnadsåtgärderna utifrån det förväntade resultatet av vården.

En respondent uppfattade att det var större risk att drabbas av delirium om man var äldre, vilket är samma slutsats som Marshall och Soucy (21) kom fram till i sin artikel. En annan respondent uppfattade däremot att det var de yngre som drabbades i större utsträckning och detta överensstämmer med resultatet i Ringdal et als. (27) artikel.

Det faktum att dessa patienter blir oroliga, utåtagerande samt lider av någon form av hallucinationer var något som flertalet respondenter tog upp. Något som däremot inte berördes alls var de patienter som blir hypoaktiva, passiva och inte utåtagerande. Enligt flera artiklar är det just dessa patienter som inte upptäcks utan diagnostiska instrument såsom CAM-ICU (1, 9, 16, 17, 41). Det kan naturligtvis diskuteras varför de hypoaktiva patienterna utelämnades ur respondenternas berättelser. En anledning kan vara att den här typen av delirium ju är väldigt svårt att upptäcka utan screeninginstrument, och att de därför inte omnämndes. Det kan också tänkas att frågorna i intervjuguiden var utformade på ett sådant sätt att en undandragen och tyst patient inte var det som respondenterna kom att tänka på när de blev ombedda att beskriva en patient med delirium.

Säkerhetsaspekten och den ökade mortaliteten omnämndes av två sjuksköterskor. Oroliga och utåtagerande patienter kan försvåra vårdinsatserna (21), vilket också var samtliga respondenters uppfattning. En respondent tog upp att en orolig patient som sövs ner och åter hamnar i respirator får förlängd vårdtid. Detta orsakar onödigt lidande och i vissa fall leder det till en för tidig död då vissa patientgrupper är svåra att träna ur respiratorn.

Detta är en konsekvens som ihop med kvarvarande mardrömmar och skräckinjagande minnen från vårdtiden ger ett vårdlidande och även påverkar de närståendes liv långt efteråt (1, 5, 7). Dock var det ingen av respondenterna som berörde den mängd invasiv teknisk utrustning som patienterna är kopplade till, som tänkbar bidragande orsak till IVA- delirium. Tidigare studier har identifierat detta som ett skrämmande och rörelsebegränsande inslag i intensivvården, vilket kan bidra till utvecklandet av IVA-delirium (19, 20, 25).

Hur kan vi då lindra detta vårdlidande? Enligt respondenternas utsagor i denna pilotstudie talas det om punktinsatser som inte är gemensamma riktlinjer utan var och en gör på sitt sätt. Flera respondenter talade om vikten av en normal dygnsrytm och sömn, men deras uppfattning var att det inte gjordes så mycket för att optimera detta. En respondent beskrev att de ljudlarm som kunde sänkas och lampor som kunde släckas inte användes av alla, utan att det var upp till var och en. Det framkom också att patienter tvättades och vägdes mitt i natten. Det är intressant att endast en av respondenterna tog upp detta, eftersom alla sjuksköterskorna arbetade på samma avdelning och alla delade uppfattningen att det var viktigt att patienterna fick sova på nätterna, vilket också stämmer överens med aktuell forskning (9). Det kanske är så att arbetstygden inom intensivvården är sådan att omvårdnad kanske måste ske nattetid för att avdelningen ska fungera. En annan orsak till att upptäckandet av delirium kanske inte alltid prioriteras, kan vara att många patienter som vårdas inom intensivvården är så kritiskt sjuka och instabila att annat går i första hand.

Ett annat område som berördes av respondenterna var det faktum att när det är mycket folk hela tiden på salen så blir det ingen lugn och ro för patienterna. Tre av fyra respondenter uppgav just brist på lugn och ro som en bidragande orsak till IVA delirium. En respondent berättade att även de man vårdar som mest intensivt under de mest kritiska timmarna på natten inte behöver vara de som drabbas av IVA- delirium, och funderade själv på vad som skiljde dessa olika individer åt? Ely et al (4) Granberg et al (26) nämner i sina artiklar att det kan vara både den fysiska faktorn såväl som den miljömässiga som avgör om en patient drabbas av IVA- delirium. Andra författare beskriver vikten av att upptäcka oro och att göra interventioner för att skapa en läkande miljö. Detta går att skapa genom att vara noga med patienternas sömn vilket beskrivs som en av de viktigaste faktorerna (15).

En viktig åtgärd som två av respondenterna tog upp var att återanknyta patienterna till nuet genom att prata med dem om var de befinner sig och varför. De pratade med dem om vem sjuksköterskan var och vilken dag och vilket väder det var till exempel. Detta är viktigt för att bygga upp ett förtroende för personalen och även tillgodose patienternas behov av information. Att bygga upp ett förtroende kan göras genom att låta patienten återfå sin självkontroll genom att få vara delaktig i beslut som rör den egna personen så långt som det är möjligt men framförallt så krävs det en lyhördhet från personalen för att fånga upp tecknen på ökad oro eller stress (15). Detta är små, men viktiga saker som kan få stor betydelse för patienternas upplevelser av verkligheten (42).

Ytterligare saker som berördes av en respondent var att önskemål fanns hos flera på avdelningen om att begränsa besökstiderna. Hon motsatte sig detta, eftersom hennes uppfattning var att närstående utgjorde ett stöd och en trygghet men även att de hjälpte patienten att hålla sig kvar i verkligheten. Hennes uppfattning har också stöd i tidigare studier (42, 43) och även i kurslitteraturen framhålls det att närstående är mycket viktiga för patienternas välbefinnande och möjlighet till återhämtning (15).

Som tidigare nämnts hade ingen av respondenterna någon erfarenhet av att kliniskt arbeta med CAM-ICU eller något annat screeningsinstrument. Tre av dem uppfattade CAM-ICU som ohanterlig med mycket text och en var helt positiv till dess utformning. Det var tydligt att de sjuksköterskor som också fick titta på NUDESC var betydligt mer negativa till CAM-ICU än de som bara fick berätta om sina uppfattningar om den sistnämnda skalan. Detta påverkar naturligtvis resultatet och kan anses som en brist i studien. Intervjuerna kunde ha samordnats på ett bättre sätt av oss genom att antingen låtit alla eller ingen av respondenterna titta på båda skalorna. En intressant aspekt är att alla respondenter tyckte att det behövdes ett screeningsinstrument.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om IVA-delirium och skattningsskalan CAM-ICU. Uppfattningar är subjektiva och unika för varje individ och för att belysa detta valde vi som författare att använda oss av intervjuer.

Enligt Kvale (37) så kan kunskap förvärfvas genom samtal och en intervju är ett professionellt samtal och därmed en källa till ny kunskap. Kvale (37) menar vidare att man kan hitta centrala teman i respondentens livsvärld samt hur han/hon förhåller sig till livsvärlden.

Inom den kvalitativa forskningen används vissa begrepp för att fastställa säkerheten vid insamling och analys av data. De begrepp som används är tillämplighet, trovärdighet, överensstämmelse och noggrannhet (44).

Urvalet i den här pilotstudien gjordes med förhoppning om att få en så stor bredd bland respondenterna som möjligt, vilket speglar urvalsgruppens tillämplighet (44). Vi tog hjälp av den kliniska läraren på avdelningen för att få förslag på personer som svarade mot inklusionskriterierna. Inklusionskriterierna var varierande erfarenhet som intensivvårdssjuksköterska och medverkan i avdelningens dagboksgrupp. I vårt fall innebar detta två intensivvårdssjuksköterskor med kortare erfarenhet och två med längre erfarenhet som dessutom arbetade aktivt i avdelningens dagboksgrupp. Detta gjordes för att få en variationsrik data och förhoppningsvis ge en empirisk validitet till studien. Nackdelen med det här urvalssättet var att det blev den kliniska läraren som valde ut lämpliga respondenter och inte vi som författare. Inför den fullskaliga studien kommer vi själva att välja ut respondenterna och även välja respondenter från andra intensivvårdsavdelningar för att ytterligare bredda urvalet.

Studiens trovärdighet påverkas av frågorna som har använts under intervjuerna, hur vi har formulerat dem och hur de uppfattas av respondenterna. Frågorna som användes i denna studie var semistrukturerade, vilket innebar att det fanns möjlighet till följdfrågor under intervjuens gång för att bättre besvara vårt syfte. Risken med de semistrukturerade frågorna kan vara att i det samtal som utvecklas och formas kan den förförståelse som vi som intervjuare besitter färga och i viss mån styra svaren (44).

Vi valde att genomföra intervjuerna var för sig, vilket innebar att respondenterna fick olika följdfrågor och detta kan i sig leda till olika utsagor som kan påverka resultatet och därmed pilotstudiens trovärdighet. Två av sjuksköterskorna fick under intervjuerna titta på screeningsinstrumentet CAM-ICU och NUDESC och de resterande två tittade enbart på CAM-ICU. Detta påverkade resultatet, vilket vi tog upp i vår resultatdiskussion.

Till den fullskaliga studien kommer vi att genomföra intervjuerna tillsammans, samt visa båda screeningsinstrumenten för samtliga respondenter.

Respondenterna var informerade om syftet med pilotstudien, vilket ökade sannolikheten att deras svar var uppriktiga och överensstämde med deras faktiska uppfattningar. Överensstämmelsen fastställdes också genom de citat som återgavs för att påvisa beskrivningskategoriernas förankring i det ursprungliga materialet. Att kritiskt granska, tolka och ifrågasätta sitt insamlade material och sin metod är en viktig del i att säkerställa studiens noggrannhet (44). Genom att metodiskt analysera materialet som slutligen resulterade i våra beskrivningskategorier har pilotstudiens noggrannhet säkerställts.

Slutsats

Intensivvårdssjuksköterskornas uppfattning om intensivvårdsdelirium gällande alla beskrivningskategorierna skilde sig åt.

- Intensivvårdsdelirium uppfattades som ett hyperaktivt tillstånd
- Intensivvårdsdelirium orsakades av farmakologiska och intensivvårdsmiljömässiga faktorer, samt vårdtid på IVA.
- Intensivvårdsdelirium bedömdes intuitivt och kognitivt utan screeningsinstrument
- Majoriteten av respondenterna uppfattade CAM-ICU som ohanterlig

Arbetsfördelning

Vi har skrivit hela uppsatsen gemensamt, intervjufrågorna är planerade och skrivna tillsammans, men intervjuerna är dock genomförda var för sig. Vi intervjuade två respondenter var och transkriberade våra intervjuer individuellt.

REFERENSER

1. Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med.* 2009;35(7):1276-80.
2. Granberg-Axell A, Bergbom I, Lundberg D. Clinical signs of ICU syndrome/delirium: an observational study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17(2):72-93.
3. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijzen S, Elseviers M, Bossaert L. Long term outcome after delirium in the intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2009;18(23):3349-57.
4. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA.* 2001;286(21):2703-10.
5. Truman B, Ely EW. Monitoring delirium in critically ill patients. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Crit Care Nurse.* 2003;23(2):25-36; quiz 7-8.
6. Bruno JJ, Warren ML. Intensive care unit delirium. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2010;22(2):161-78.
7. Morandi A, Jackson JC, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Int Rev Psychiatry.* 2009;21(1):43-58.
8. Salluh JJ, Dal-Pizzol F, Mello PVC, Friedman G, Silva E, Teles JMM, et al. Delirium recognition and sedation practices in critically ill patients: a survey on the attitudes of 1015 Brazilian critical care physicians. *J of Crit Care.* 2009;24(4):556-62.
9. Forsgren LM, Eriksson M. Delirium--awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(5):296-303.
10. Stolt C-M. *Medicinen och det mänskliga : vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora.* Stockholm: Natur och kultur; 2003.
11. Christoffersen SA, Tunek V, Böök L. *Professionsetik.* Malmö: Gleerups; 2007.
12. Kaplow R, Relf M. *Critical care Nursing Practice: Promoting excellence through Caring, Competence and Commitment.* In: Morton PG, Fontaine D, editors. *Critical care nursing : a holistic approach / [edited by] Patricia Gonce Morton, Dorrie K Fontaine.* Philadelphia, Pa. : Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
13. Watson J. Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creat Nurs.* 2008;14(2):54-61.

14. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
15. Bizek KS, Fontaine DK. The Patient's Experience with Critical Illness. In: Morton PG, Fontaine D, editors. Critical care nursing : a holistic approach / [edited by] Patricia Gonce Morton, Dorrie K Fontaine. Philadelphia, Pa. : Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
16. Cadogan FL, Riekerk B, Vreeswijk R, Rommes JH, Toornvliet AC, Honing ML, et al. Current awareness of delirium in the intensive care unit: a postal survey in the Netherlands. *Neth J Med.* 2009;67(7):296-300.
17. Larsson C, Axell AG, Ersson A. Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007;51(7):888-92.
18. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. 2005 [cited 2011 31/5]; Available from:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-1051_20051052.pdf
19. Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998;14(6):294-307.
20. Litton KA. Delirium in the critical care patient: what the professional staff needs to know. *Crit Care Nurs Q.* 2003;26(3):208-13.
21. Marshall MC, Soucy MD. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.* 2003;26(3):172-8.
22. Girard TD, Ely EW. Delirium in the critically ill patient. *Handb Clin Neurol.* 2008;90:39-56.
23. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Intensive care syndrome: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs.* 1996;12(3):173-82.
24. Mendelson JH, Foley JM. An abnormality of mental function affecting patients with poliomyelitis in a tank-type respirator. *Trans Am Neurol Assoc.* 1956(81st Meeting):134-8.
25. Pang PS, Suen LK. Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *J Clin Nurs.* 2008;17(20):2681-9.
26. Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive Crit Care Nurs.* 1999;15(1):19-33.

27. Ringdal M, Plos K, Ortenwall P, Bergbom I. Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Crit Care Med.* 2010;38(1):38-44.
28. Williams MA, Ward SE, Campbell EB. Confusion: testing versus observation. *J Gerontol Nurs.* 1988;14(1):25-30.
29. American Psychiatric Publishing I. DSM-IV-TR®
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2000 [cited 2011 20/1]; Available from:
<http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=1>.
30. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-8.
31. Riekerk B, Pen EJ, Hofhuis JGM, Rommes JH, Schultz MJ, Spronk PE. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(5):242-9.
32. Hart RP, Levenson JL, Sessler CN, Best AM, Schwartz SM, Rutherford LE. Validation of a cognitive test for delirium in medical ICU patients. *Psychosomatics.* 1996;37(6):533-46.
33. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing. *Nurs Res.* 1996;45(6):324-30.
34. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Roy MA. Impact on delirium detection of using a sensitive instrument integrated into clinical practice. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(3):194-9.
35. Marton F. *Inläring och omvärldsuppfattning : en bok om den studerande människan.* Stockholm: AWE/Geber; 1977.
36. Alexandersson M. Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. In: Starrin B, Svensson P-G, editors. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund: Studentlitteratur; 1994.
37. Kvale S, Brinkmann S, Torhell S-E. *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur; 2009.
38. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice.* Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
39. Vetenskapsrådet. CODEX - Regler och riktlinjer för forskning. 2010 [updated 2010-11-27; cited 2010 27/12]; Available from: www.codex.vr.se/index.shtml.
40. Grönlund E. Etiska Prövningsnämnden. 2010 [cited 2011 12/1]; Available from: www.epn.se.

41. Patel RP, Gambrell M, Speroff T, Scott TA, Pun BT, Okahashi J, et al. Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Crit Care Med.* 2009;37(3):825-32.
42. Engstrom A, Soderberg S. Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *J Adv Nurs.* 2007;59(6):569-76.
43. Roberts BL, Rickard CM, Rajbhandari D, Reynolds P. Patients' dreams in ICU: recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission. A multicentre cohort study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(5):264-73.
44. Paulsson G. Fenomenografi. In: Granskär M, Höglund-Nielsen B, editors. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* / [edited by] Monica Granskär, Birgitta Höglund-Nielsen. Lund: Studentlitteratur; 2008.

BILAGOR

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Studiens syfte

Intensivvårdsdelirium är ett allvarligt tillstånd och drabbar ett stort antal av alla patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar och leder till allvarliga konsekvenser för patienten som drabbas. Tidigare forskning har inte belyst sjuksköterskans uppfattning om detta fenomen. Den forskning som finns om tillståndet IVA delirium påtalar vikten av att det upptäcks tidigt och då är skattningsskalan CAM-ICU ett bra instrument, men den implementeras inte inom IVA vården. Därför känns detta område viktigt att belysa. Vår studie syftar till att ta reda på Intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av IVA delirium och det enda till svenska översatta och validerade screeningsinstrumentet CAM-ICU. Vi vill därför fråga Dig om Du skulle vilja delta i denna studie, eftersom Du har erfarenhet av denna patientgrupp. Vi har tagit kontakt med Dig då utbildningsansvarig intensivvårdssköterska på Din avdelning har rekommenderat Dig som lämplig deltagare i studien.

Studiens genomförande

Väljer Du att delta i denna studie så kommer Du att intervjuas på din arbetsplats. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare/diktafon, uppskattningsvis tar en intervju 30 minuter. Därefter kommer intervjun att skrivas ut i textformat och innehållet kommer att analyseras. Det resultat som framkommer kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet. Uppsatsen kan utgöra en grund för eventuellt fortsatt arbete som kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Förhoppningsvis upplever Du inget obehag på grund av studien och eventuellt uppfattar Du intervjun som någonting positivt. Är du intresserad av resultatet eller undrar något om studien kan Du ta kontakt med nedan angivna personer. Materialet kommer att förvaras på ett sådant sätt att obehöriga personer ej har tillgång till det och personuppgifter kommer att vara avidentifierade. Deltagandet är frivilligt och Du kan avbryta Ditt deltagande i studien när Du vill utan att uppge orsaken. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien:

Paula Arthur Örngård
leg sjuksköterska leg
paula.arthur@home.se

Catherine Ramsden
sjuksköterska
catherine.ramsden@vgregion.se

Mona Ringdal
universitetslektor
mona.ringdal@gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg



**GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN**

SAMTYCKE

till deltagande i studien om Intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av IVA delirium och det enda till svenska översatta och validerade screeningsinstrumentet CAM-ICU.

Jag har tagit del av skriftlig och muntlig information och fått tillfälle att ställa frågor och fått dessa besvarade angående deltagande i studien: Intensivvårdssjuksköterskors uppfattning av IVA delirium och det enda till svenska översatta och validerade screeningsinstrumentet CAMICU. Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och att samtalet kommer att spelas in på band.

Datum:.....

Underskrift av deltagare

.....

Bilaga 2

Intervjuguide

Kan du beskriva vad ett IVA delirium är för dig?

Hur arbetar ni idag med IVA-delirium på din avdelning?

Berätta om dina erfarenheter av att möta patienter med IVA-delirium.

Hur bedömer du om en patient har drabbats av ett IVA-delirium?

Har du någon erfarenhet av att arbeta med screening-skalan CAM-ICU?

Berätta om dina erfarenheter/beskriv hur du uppfattar skalan.