



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Intensivvårdssjuksköterskors arbete med intensivvårdsdelirium

-En kvantitativ enkätstudie

Författare: Anna Knutsson, Hanna Mattsson

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Våren 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Intensivvårdssjuksköterskors arbete med intensivvårdsdelirium

-En kvantitativ enkätstudie

Författare: Anna Knutsson, Hanna Mattsson

Handledare: Connie Lethin

Magisteruppsats

Våren 2019

Abstrakt

Bakgrund: Tidigare studier har visat att intensivvårdsdelirium (IVA-delirium) drabbar upp till 80 % av alla intensivvårdspatienter, tillståndet är svårt att förutse och att vårda. Detta kan leda till stora konsekvenser för patient, anhörig och vårdpersonal. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans bedömning och arbete med intensivvårdsdelirium hos intensivvårdspatienter. **Metod:** En kvantitativ enkätstudie genomfördes där enkäter delats ut till intensivvårdssjuksköterskor på fyra av de större sjukhusen i södra Sverige. **Resultat:** Resultatet visade att majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna inte använde någon bedömningskala. De önskade tydligare riktlinjer för åtgärder samt mer stöd från läkarna, både i bedömningen och insättning av åtgärder. **Konklusion:** Även om IVA-delirium är ett komplext tillstånd att vårda kan tydliga riktlinjer, samarbete och utbildning underlätta för personalen samt gagna patienten. Mer forskning krävs om intensivvårdssjuksköterskors arbete kring IVA-delirium.

Nyckelord

Bedömningsskalor, intensivvård, intensivvårdssjuksköterskor, intensivvårdsdelirium, konfusion, omvårdnad, utbildning.

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Intensivvårdsdelirium	5
Bedömningsskalor	7
Intensivvårdssjuksköterskans roll	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Validitet	12
Datainsamling	12
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	13
Användning av bedömningsinstrument	14
Utbildning	15
Bedömning av patient	16
Riktlinjer för åtgärder	17
Patienter i riskgrupper	17
Läkarens roll	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer	27
Referenser	28

Problemområde

Intensivvårdsdelirium (IVA-delirium) definieras som en akut uppkommande och varierande störning i patientens kognitiva eller motoriska funktioner (Elliott, 2014). Det är ett allvarligt tillstånd som är förknippat med hög dödlighet och bidrar till en rad vårdkomplikationer, så som förlängd respiratortid med förlängd vårdtid. Det finns tre typer av IVA-delirium; hyperaktivt, hypoaktivt samt ett mixat tillstånd (Berggren, 2012). Hyperaktivt delirium kännetecknas av att patienten uppvisar tecken på agitation, ångest samt motorisk oro. Är patienten däremot somnolent och har nedsatt reaktion på stimuli pekar det på att patienten har drabbats av hypoaktivt IVA-delirium. Fluktuerar patienten mellan dessa två tillstånd är det en mixad typ av delirium (Kotfis, Marra & Ely, 2018)

Vårdmiljön på en intensivvårdsavdelning (IVA) kan uppfattas som skadlig, skrämmande och stressig för en kritiskt sjuk patient vilket ökar risken för delirium. Av patienterna som vårdas på en intensivvårdsavdelning i ventilator drabbas 60-80% någon gång under vårdtiden av IVA-delirium och 20-50% av patienterna som vårdas på IVA utan ventilator (Brummel & Girard, 2013). Detta kan medföra längre vårdtider och ett stort lidande för såväl patienter som anhöriga. Lidande räknas som en vårdskada enligt Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659). Att förkorta vårdtiden ligger inte bara i patientens intresse, det kostar stora summor pengar varje vårddygn en patient är kvar på en intensivvårdsavdelning. Weinrebe, Karaman och Füsgen (2016) menar att tydliga rutiner för att upptäcka delirium tidigt kan leda till kortare vårdtider och minskade kostnader för sjukvården. Majoriteten av intensivvårdspatienter som drabbas av IVA-delirium med förlängd respiratortid och vårdtid som leder till lidande för patienten (Berggren, 2012).

Ett flertal studier har visat att bedömningsskalor är mer exakta jämfört med intensivvårdssjuksköterskors kliniska erfarenhet för att göra bedömningar kring IVA-delirium. Leonard och Rahaman (2017) menar att upp till 65 % av patienterna med IVA-delirium kan missas när bedömningsskalor inte används. Aktuell forskning om hur bedömningsskalor används samt om de bidrar till att etablera ett mer preventivt arbete på avdelningen är till vår kännedom sparsam. Detta gör att det är viktigt att undersöka om intensivvårdssjuksköterskor använder bedömningsskalor i sitt dagliga arbete på

intensivvårdsavdelningar avseende IVA-delirium för att minska patienternas lidande samt om det finns ett samband mellan att använda skalor och att arbeta preventivt.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Levines (1967) bevarandemodell handlar om fyra olika principer: principer om bevarande av energi;- strukturell integritet; personlig integritet samt social integritet. Grunden i Levines modell baseras på att människans reaktion på sjukdom är individuell och omvårdnadsåtgärder måste baseras på hur individen reagerar. Det finns inga skolboksexempel utan olika människor kan reagera olika på samma sjukdom. Människans inre balans påverkas av yttre krafter, och vårdtid på en intensivvårdsavdelning kan rubba den balansen. Sjuksköterskan behöver balansera mellan omvårdnadsåtgärder och samtidigt stötta patientens egen förmåga till adaptation av den nya situationen. Bevarandemodellen (Levines, 1967) kan vara en hjälp för att förstå varför det är svårt att upptäcka IVA-delirium. Olika individer reagerar olika på sjukdom och det är viktigt att tidigt bedöma en patient för att kunna fånga tecken på IVA-delirium och arbeta preventivt.

Evidensbaserad vård innebär att patienten skall få vård enligt tillgängliga kunskaper och garantera att hälso-och sjukvårdens resurser används effektivt (Svensk Sjuksköterskeförening, SSF, 2016). Sjuksköterskor har ett stort ansvar för att vården ska baseras på vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Vetenskapligt underlag ger tillsammans med den samlade erfarenheten en god grund för hur vården ska genomföras. Kunskapsutvecklingen inom omvårdnad och medicin går snabbt framåt och det krävs att sjuksköterskan håller sig uppdaterad inom sitt område för att arbeta evidensbaserat.

Intensivvårdsdelirium

IVA-delirium innebär att patientens kognitiva förmåga påverkas vilket medför en fluktuerande försämring av förmågan att fokusera, samt medvetandestörningar som uppkommer under en relativ kort tidsperiod. Ett delirium kan även påverka motoriska

funktioner som kan uttrycka sig i form av oroligt kroppsspråk (Olson, 2012). Utifrån de symtom patienten uppvisar kan delirium delas in i tre olika typer; hyperaktivt, hypoaktivt samt en blandning av dessa två. Den hyperaktiva formen medför symtom i form av akuta förändringar i patientens mentala status med osammanhängande tankemönster, förvirring, medvetandepåverkan, motorisk oro och agitation som följd. Den hypoaktiva formen innebär att patienten visar få symtom utåt och istället visas tecken på avskärmning och depressionssymtom. Symtom uppkommer ofta efter andra vård dygnet och varar i genomsnitt fyra dygn (Berggren, 2012) Även om IVA-delirium är ett reversibelt tillstånd kan förekomsten hos intensivvårdspatienter associeras med långvarig kognitiv dysfunktion (Arumugam, El-Menyar, Al-Hasani, Strandvik, Assim, Mekkodithal, Mudali, Al-Thani, 2017). Tillståndet är förknippat med ökad varaktighet av respiratorbehandling, förlängd sjukhusvistelse och ökat mortalitet (Arumugam et al, 2017).

Trots årtionde av forskning är den exakta patologiska processen som leder till IVA-delirium inte fastställd. Forskningen har visat att det mest troligt beror på obalans av neurotransmittorer i hjärnan så som dopamin, serotonin, acetylkolin, eller av inflammatoriska processer som vid sepsis eller om man utsätts för extrem stress (Olson, 2012). Det har även påvisats att olika droger kan utlösa delirium, t.ex. bensodiazepiner, som har visats sig vara en stor riskfaktor för att en patient ska övergå i ett delirium tillstånd. Även andra läkemedel som opioider och propofol kan vara associerade med en högre risk, dock utan statistisk signifikans (Pandharipande, Shintani, Peterson, Truman, Wilkinson, Dittus, Bernard, Weasly Ely, 2006). Faktorer som hög ålder, tidigare psykisk sjukdom eller en organisk psykisk störning som orsakats av fysisk sjukdom har visats sig vara associerade med utveckling av IVA-delirium (Pandharipande et al., 2006). En studie har visat att sjukvårdspersonal förknippat IVA-delirium med enbart hög ålder varför mest uppmärksamhet och förebyggande åtgärder ägnades äldre intensivvårdspatienter (Palacios-Ceña, Cachón-Pérez, Martínez-Piedrola, Gueita-Rodriguez, Perez-de-Heredia, Fernández-de-las-Peñas, 2015).

Enligt Allen och Alexander (2012) kan riskfaktorerna för att få IVA-delirium delas in i två olika typer. Den första typen är riskfaktorer som redan finns vid ankomst till IVA och är ett resultat av patientens sjukdomshistoria. Det kan vara faktorer som patientens ålder, kronisk sjukdom, alkoholkonsumtion eller kognitiv svikt. Den andra typen av riskfaktorer är de som kan uppstå under vårdtiden på IVA. Vilket kan vara sömnbrist, lång vårdtid på IVA eller

läkemedel som bensodiazepiner och opioider. Andra riskfaktorer är brist på mobilisering samt variation i sederingsdjup (Allen & Alexander, 2012)

Både preventivt arbete och behandling av IVA-delirium bör enligt Olsen (2012) vara inriktat på att eliminera eller minska de tidigare nämnda riskfaktorerna. Att tidigt använda sig av preventiva åtgärder som mobilisering och främja normal sömn är av vikt för att undvika att patienten utvecklar delirium (Olsen, 2012). Är patienten lätt sederad eller vaken är det viktigt att främja kognitiva intryck, vilket kan göras via lättare åtgärder så som att sätta på glasögon, hörapparat eller höja/sänka belysningen (Allen & Alexander, 2012). Det uppskattas att en tredjedel av äldre patienter med hög risk kan förhindras utveckla delirium genom preventiva åtgärder (Arumugam et al, 2017). Devlin et al. (2018) föreslår icke-farmakologiska interventioner som fokuserar på att förebygga risker för att utveckla IVA-delirium, förbättra kognitionen och optimera patienten sömn, syn, hörsel och mobiliseringsgrad för att förebygga IVA-delirium. Om patienten utvecklar IVA-delirium bör fokuset ligga på att minska symtomen och förkorta sjukdomsförloppet. Åtgärder som inriktar sig på detta är hjälpa patienten vara orienterad till tid och rum, förbättra sömnen genom att minska ljus och ljud under natten samt ökad vakenhet genom att minska dosen sederande läkemedel. Andra åtgärder som kan minska eller förkorta IVA-delirium är att minska immobiliseringen genom mobilisering och rehabilitering. Det är även viktigt att patienter med hörsel- eller synnedläggning får hjälp med att sätta in hörapparaterna eller sätta på sig glasögonen (Devlin, 2018). På många IVA avdelningar idag används läkemedel som haloperidol och antipsykotika för att hantera deliriumpatienter. Dock visar forskning på att detta kan försämra den kognitiva förmågan och förvärra symtomen (Olsen, 2012). Inte förens de icke-farmakologiska interventionerna har testats och försök till att hitta en behandlingsbar orsak till varför patienten har drabbats av IVA-delirium ska farmakologisk behandling påbörjas (Brummel & Girard, 2013).

Bedömningsskalor

Bedömningsskalor för delirium är ett screeningverktyg för att identifiera deliriumsymtom. Bedömningsskalorna är anpassade för intensivvård för att intensivvårdspersonal snabbt och enkelt ska identifiera patienter som uppvisar symtom på IVA-delirium. Det finns olika bedömningsinstrument för att mäta delirium. För vuxna patienter finns två olika skalor som

visats vara validerade och effektiva gällande att bedöma om patienten har symtom som stämmer överens med IVA-delirium eller inte; Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU) och Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (Leonard och Rahaman, 2017). Flera studier har visat att CAM-ICU och ICDSC har liknande sensitivitet för att upptäcka IVA-delirium dock har CAM-ICU visats sig vara bättre på att förutspå uppkomsten av IVA-delirium (Van Eijk, Van Marum, Klijn, Witt, Kesecioglu, Slooter, 2009;- Tomasi, Grandi, Sallyh, Soares, Giombelli, Cascaes, Mecedo, Biff, Ritter, Constantino, Dal Pizzoel, 2012).

CAM-ICU har fyra kriterier för att upptäcka symtom. De två första ska uppfyllas samt ett av de två sista för att personalen ska misstänka att patienten drabbats av IVA-delirium. I kriterierna ingår symtom som akut debut av förändrat psykiskt status eller varierande inadekvat beteende;- ouppmärksamhet;- osammanhängande tankemönster; samt medvetandepåverkan. Patienten måste vara vaken till måttligt sederad för att kunna bedömas enligt CAM-ICU skalan- då patienten ska svara på frågor och kunna medverka under bedömningen (Leonard & Rahaman, 2017). CAM-ICU är högst värderat gällande validitet och reliabilitet enligt ett flertal studier (Luetz, Haymann, Radtke, Chenitir, Neuhouse, Nachtigall, Spies 2010; Boot, 2011; Fan, Guo, Li, Zhu 2012). Då symtomen kan fluktuera över tid och CAM-ICU ger en ögonblicksbild av patientens tillstånd krävs upprepad bedömning under passets gång för att få en rättvis bild av patientens symtom.

ICDSC har åtta kriterier, där minst fyra ska uppfyllas vilka är förändrad medvetandegrad; - ouppmärksamhet; - desorientering; - hallucinationer/psykos; - störd sömn-/vakenhetscykel; - fluktuerande symtom; - olämpligt språk eller humör; samt psykomotorisk oro eller apati. Kriterierna ger poäng, 1-8, vid fyra poäng eller mer ska personalen misstänka att patienten lider av IVA-delirium. Bedömningen speglar hela passet, görs en gång per pass.

Då delirium är ett tillstånd där symtomen kan fluktuera över tid bör bedömning genomföras med hjälp av skalor ett flertal gånger per dag, t.ex. en gång per arbetspass, för att få en trovärdig bedömning av symtomen (Kotfis, Marra & Ely, 2018). Det framkommer även att intensivvårdssjuksköterskor som bedömde sina patienter regelbundet ansåg att deras bedömning ofta stämde bättre överens med patientens tillstånd än den som utfördes av

läkare, då sjuksköterskorna gjorde fler bedömningar kontinuerligt under vårdtiden (Palacios-Ceña et al 2015).

Intensivvårdssjuksköterskans roll

Intensivvårdssjuksköterskor har en särskilt relevant roll när det gäller att tidigt upptäcka symtom på IVA-delirium samt att hantera och ge rätt vård för att förhindra uppkomst av IVA-delirium (Cerejeira & Mukaetova-Ladinska, 2011). Kommunikation, information, stöd och närvaro från intensivvårdssjuksköterskan kan hjälpa patienten att hantera situationen både under vårdtiden samt i efterförloppet (Whitethorn, Gaudine, Meadus, Solberg, 2015).

På en intensivvårdsavdelning vårdas kritiskt sjuka patienter med svikt i ett eller flera organ och det ställs stora krav på intensivvårdssjuksköterskan som ska arbeta för en patientsäker, personcentrerad omvårdnad där psykiska, fysiska, existentiella och sociala behov tillmötesgår. Att arbeta på IVA handlar inte bara om att behandla patientens svikt utan även att arbeta preventivt och ha en handlingsberedskap för förändringar i patientens tillstånd (SFAIS/SIS, 2015). Enligt författarnas kännedom finns inga nationellt övergripande riktlinjer för intensivvårdssjuksköterskor för att förebygga IVA-delirium i Sverige, orsaken till detta kan bero på att delirium inte upplevs som ett problem eller att det fortfarande är underdiagnostiserat. Det finns i andra länder, bla USA. De amerikanska riktlinjerna tar upp bedömning, prevention och behandling. Enligt deras riktlinjer ska vuxna intensivvårdspatienter bedömas minst en gång per pass med hjälp av CAM-ICU eller ICDSC (Devlin et al. 2018). █

Intensivvårdssjuksköterskor är oftast de som först upptäcker att patientens beteende eller mentala status förändrats under vårdtiden (Allen & Alexander, 2012). Åtgärder från intensivvårdssjuksköterskan kan leda till att svårighetsgrad, duration samt att kort- och långsiktiga konsekvenser påverkas hos patienten med IVA-delirium (Olsen, 2012). Palacios-Ceña et al. (2015) menar att intensivvårdssjuksköterskan upplever patienter som drabbats av IVA-delirium som problematiska då de upplever att andra yrkesgrupper inom intensivvården lägger ansvaret för dessa patienter på sjuksköterskan.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans bedömning och arbete med intensivvårdsdelirium hos intensivvårdspatienter.

Metod

Denna studie är en deskriptiv enkätstudie med kvantitativ ansats. Inom kvantitativ forskning är validitet och reliabilitet centrala begrepp. Validitet handlar om giltighet, vilket är viktigt för att visa i studien att det som tänks undersökas verkligen har undersökts. Reliabilitet handlar om studiens mätinstrument och dess pålitlighet. Detta visas genom att kontrollera att samma resultat kan uppnås om och om igen (Billhult & Gunnarsson, 2014).

För att kunna förmedla en beskrivande statistik över de svar som inkommit i studien sammanfattas och komprimeras grunddata för att ge en samlad bild av materialet. En enkätstudie (Billhult & Gunnarsson, 2014) genomförs genom att samla in fakta under en viss tidpunkt eller under ett kort tidsintervall för att kunna testa en teori. Det passar denna empiriska studie som samlar information från deltagarnas egna erfarenheter och tankar kring IVA-delirium samt användningen av bedömningsskalorna. Svaren som insamlas ska kunna generaliseras och peka på ett resultat för den population som valts att undersökas.

Urval

Studiedeltagarna valdes genom ett ändamålsenligt urval, vilket innebär att de deltagare som valdes ut har erfarenhet av det som ska undersökas (Hartman, 1998). Urvalet var slumpmässigt, då varje medlem ur en bestämd population hade samma möjlighet att delta (Polit & Beck, 2006). Enkäten lämnades till specialistsjuksköterskor inom intensivvård som jobbade inom Region Skåne på sex olika intensivvårdsavdelningar. För att få ett så brett urval som möjligt för att få större chans till ett generaliserbart resultat lämnades enkäten ut till flera olika sjukhus samt till intensivvårdsavdelningar med olika inriktningar (Billhult & Gunnarsson, 2014). Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna skulle ha specialistutbildning inom intensivvård samt arbeta aktivt inom intensivvård. För att få en bred spridning på studiedeltagarna fanns inga inklusionskriterier avseende kön, ålder eller

arbetslivserfarenhet. Total studiepopulation var ca 300, dock delades bara 250 enkäter ut i samråd med varje avdelnings enhetschef som försökte uppskatta hur många som aktivt jobbade samt kunde tänkas hinna fylla i enkäten under tiden datainsamlingen pågick. Förväntad svarsfrekvens var 100 st (33%).

Instrument

Att formulera en egen enkät tar lång tid och är arbetskrävande, då den måste valideras och reliabilitetstestas för att den ska vara meningsfull att använda (Billhult och Gunnarsson, 2014). Det var därför en stor fördel att använda ett formulär som redan var testat, vilket ger möjlighet att jämföra resultatet med andra studier som använt samma enkät. Billhult & Gunnarsson (2014) menar vidare att det går att kombinera en färdig enkät med egenhändigt skrivna frågor som är anpassade till det specifika ämnet som undersöks. Det var dock viktigt att frågorna formulerades på ett sådant sätt att författarnas egna åsikter inte påverkade svaret eller att deras egna åsikter kring ämnet avspeglas i frågan.

Frågorna i denna studie utgår från en färdig enkät och tillstånd har erhållits av författaren till enkäten (Forsgren, 2017). Originalenkäten består av 19 frågor och de frågor som inte passade syftet till denna studien exkluderades. Forsgrens (2017) enkät var utformad för att besvaras av enhetschefer kring olika avdelningars rutiner. Frågorna formulerades därför om för denna studie för att ges en mer individuell utgångspunkt då studien ämnade undersöka hur intensivvårdssjuksköterskor använder sig av bedömningsinstrumenten. Fråga om ålder och kön fanns inte med på Forsgren (2017) enkät utan det valde författarna att lägga till. Frågan om något standardiserat bedömningsinstrument används vid bedömning av delirium/konfusion ändrades genom att bara behålla svarsalternativ CAM-ICU, ICDSC samt annat, isåfall vilket. Följdfrågan förtydligades genom att delirium/konfusion lades till i frågan (se fråga 4 bilaga 1). En fråga där deltagarna fick skriva övriga kommentarer kring intensivvårdsdelirium eller enkäten lades till (se fråga 13, bilaga 1). Svarsalternativen till frågorna var i kvot-, nominal- ordinalsкала. Frågorna med nominalskala var flervalsalternativ för att begränsa mängden svar, där deltagarna fick kryssa i det alternativet som stämde in på deras upplevelse. I frågan med ordinalsкала fick deltagarna sätta ett kryss i den rutan som motsvarade deras svar. Deltagarna fick skriva en siffra som överensstämde med deras ålder och erfarenhet i frågorna med kvotsкала.

Validitet

Enkäten testades på fyra intensivvårdssjuksköterskor innan den skickades eller placerades ut till studiepopulationen. Deltagarna besvarade enkäten och gav sina synpunkter på frågorna. Synpunkterna samlades sedan in och användes för att förtydliga en del frågor i enkäten som upplevdes som otydliga, inga stora förändringar med enkätens uppbyggnad gjordes sedan. Författarna efterfrågade intensivvårdssjuksköterskans individuella upplevelse genom enkäten, vilket förtydligades något genom att förändra frågornas meningsuppbyggnad då det framkom av synpunkterna att det var otydligt om frågorna gällde verksamhetens riktlinjer eller var på individnivå. Även studiens handledare gav synpunkter på enkäten och frågor kring studiedeltagarnas kön och ålder lades till.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes på sex intensivvårdsavdelningar runt om i Skåne. Författarna kontaktade avdelningschefer via mejl, för att ansöka om tillstånd samt boka tid för genomförandet. Författarna besökte personligen samtliga avdelningar där studien genomfördes, utom en avdelning där enhetschefen själv ville distribuera ut enkäterna. På en avdelning medverkade vi på ett möte och informerade om vår studie. På resten av avdelningarna fanns det inte möjlighet till detta. Där valdes en plats där enkäterna skulle placeras alternativt delas ut i personliga fack, samt en text som skulle skickas ut i avdelningens veckobrev. Samtliga deltagare fick tillsammans med enkäten det bifogade informationsbrevet. Enkäterna samlades in på ett bestämt datum av författarna.

De besvarade enkäterna förvarades oåtkomligt för obehöriga, för att värna om studiedeltagarnas integritet (Olsson & Sörensen, 2001). Enkäterna kommer förstöras när studien är genomförd.

Analys av data

All data analyserades genom IBM SPSS statistics version 24. Textsvar kodades till numeriska värden. Skillnaden i frekvenser mellan variabler (utbildning och användandet av mätinstrument) analyserades med hjälp av Chi-två test. En signifikansnivå på 0,05 användes där p-värden $<0,05$ var signifikanta då det är värden som inte kan förklaras av slumpen

(Pallant, 2013). Deltagarnas svar på de öppna enkätfrågorna redovisas skriftligt i resultatdelen och utvalda citat används för att styrka resultatet.

Forskningsetiska avvägningar

När studier genomförs som involverar människor innebär den etiska utmaningen att undvika att studiedeltagarna blir utnyttjade, skadade eller känner sig sårade (Sandman & Kjellström, 2013). För att minimera risken för detta menar Sandman och Kjellström (2013) att man kan ta hjälp av etiska principer, för att kunna garantera säkerhet och välbefinnande hos studiedeltagarna. Författarna har gjort etiska övervägande inför arbetet samt kontinuerligt under arbetets gång. Reflektioner har av författarna skett både tillsammans och enskilt kring etik och egna värderingar.

Innan enkäterna delades ut till respektive avdelning prövades studien av vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) med positivt yttrande. Enhetschefer kontaktades på de olika intensivvårdsavdelningarna för klartecken att kontakta eventuella deltagare. Studiedeltagarna blev informerade om att undersökningen var konfidentiell, att deras svar var anonyma samt att materialet som samlats in endast kommer att användas till denna studien och inte för andra icke-vetenskapliga ändamål. De blev informerade skriftligt om att deras deltagande är frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång.

Resultat

Den totala studiepopulationen bestod av 300 intensivvårdssjuksköterskor, 250 enkäter delades ut. Antal besvarade enkäter var 88 (svarsfrekvens 29%), varav 73 (84%) var kvinnor och 14 var män (16%). Medelåldern på deltagarna var 46 år med ett spridningsmått på 10 år. Externt bortfall var 212 personer. Internt bortfall var 3 personer och berodde på att enkäterna var ofullständigt ifyllda. Antalet studiedeltagare från de olika avdelningarna visas i tabell 1.

Tabell 1. Visar fördelningen av antal studiedeltagare från varje avdelning

Avdelning	Antal studiedeltagare
Avd 1	14 (16%)

Avd 2	5 (6%)
Avd 3	17 (20%)
Avd 4	7 (8%)
Avd 5	33 (39%)
Avd 6	9 (11%)

Användning av bedömningsinstrument

Av studiedeltagarna svarade 54% nej på frågan om de använde någon typ av mätinstrument i sin bedömning av patienten. På en av de totalt sex avdelningarna som deltog använde all personal på avdelningen mätinstrument. På en avdelning använde 24 av totalt 32 intensivvårdssjuksköterskor mätinstrument. Övriga avdelning använde sig av andra metoder som "klinisk blick" eller arbetslivserfarenhet för att bedöma patienten. Av deltagarna gjorde 11% ingen bedömning (Se tabell 2). En enkätfråga gällde hur studiedeltagarna genomförde sin bedömning. Resultatet visade att CAM-ICU användes av 39% medan ICDSC bara användes av 9% (se tabell 4).

“Alltså vi har CAM-ICU men då det är ett trubbigt och dåligt system använder jag min kliniska blick och erfarenhet”

Tabell 2. Visar vilket mätinstrument som studiedeltagarna använder.

Bedömningsinstrument	Antal användare
Bedömning utan skala	39 (46%)
CAM-ICU	27 (32%)
Gör ingen bedömning	9 (11%)
ICDSC	8 (9%)
Annat instrument	2 (2%)

Ett flertal deltagare poängterade att IVA-delirium var en viktig fråga inom intensivvården och att de önskar en skala för att underlätta bedömningen. Några av studiedeltagarna menade på att det borde användas ett instrument och vissa angav att det är på väg att införas på deras avdelning. Vissa tyckte att det var krångligt att använda ett instrument och att det är svårt att implementera som en rutin på avdelningen, och att det är bättre att använda sin erfarenhet för att bedöma patienter.

Utbildning

Totalt har 26% av studiedeltagarna deltagit på någon form av utbildning om IVA-delirium under senaste året (Se tabell 3). Resultatet visade att det fanns en skillnad mellan olika avdelningar. En avdelning utmärkte sig genom att nästan hälften av studiedeltagarna genomgått utbildning om IVA-delirium. Några studiedeltagare skrev egna kommentarer på enkäten, att de önskade ökad kunskap kring IVA-delirium för att få en bättre rutin på användningen av mätinstrumenten.

Tabell 3. Användandet av bedömningsinstrument samt medverkan på någon utbildning.

Medverkat på en utbildning	Använder mätinstrument		
	Ja	Nej	Totalt
Ja	16 (36,4 %)	6 (13,6%)	22 (100%)

Nej	23 (36,5%)	40 (63,5%)	63 (100%)
Totalt	39 (45,9%)	46 (54,1%)	85 (100%)

Det fanns ett signifikant samband (p -värde $<0,05$) mellan att ha medverkat på en utbildning och att använda någon typ av mätinstrument. De som medverkat på en utbildning använder i högre grad bedömningsinstrument (Ja= 36,4% mot Nej= 13,6%) jämfört med de som inte medverkat på en utbildning (Ja=36,5% mot Nej=63,5%).

Bedömning av patient

På frågan hur ofta deltagarna gjorde en bedömning av patienten så gjorde 51st (60%) av studiedeltagarna en bedömning 2–4 gånger per dygn (se tabell 4). I kommentarsfältet på enkäten skrev vissa att klinisk bedömning utan mätinstrument gjordes vid varje timmes kontroll eller varje gång någon personal var hos patienten. Några deltagare skrev att hur ofta bedömningen med mätinstrument skulle ske var en läkarordination, och att det inte var upp till intensivvårdssjuksköterskan att ta ställning till detta.

Tabell 4. Visar hur ofta personalen på olika IVA-avdelningar bedömer sina patienter. för att kunna upptäcka tecken på IVA-delirium.

	Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4	Avd 5	Avd 6	Totalt
Hur ofta sker bedömningen?							
<1 g/vecka	1	0	0	0	1	0	2 (2%)
2-4 ggr/vecka	2	0	0	0	3	0	5 (6%)
5-7 ggr/vecka	0	0	1	0	0	0	1 (1%)
2-4 ggr/dygn	7	4	8	5	20	7	51 (60%)
8-10 ggr/dygn	1	1	3	1	1	0	7 (8%)
Varannan timme	0	0	1	0	0	0	1 (1%)

1 gång/h	1	0	1	0	6	0	8 (10%)
>1 g/timme	0	0	1	1	2	0	4 (5%)
Bedömer aldrig	2	0	2	0	0	2	6 (7%)
Totalt	14	5	17	7	33	9	85 (100%)

Riktlinjer för åtgärder

Resultatet visade att 65% av deltagarna inte var medvetna om att deras avdelning hade riktlinjer för farmakologiska eller icke-farmakologiska åtgärder att vidta när en patient uppvisade tecken på intensivvårdsdelirium. Vidare visade resultatet att personal på samma avdelning svarade olika på frågan om de fanns eller inte fanns tydliga riktlinjer för åtgärder (se tabell 5).

20% av deltagarna svarade "ja" på frågan om det fanns riktlinjer för farmakologiska åtgärder, motsvarande 15% för icke-farmakologiska åtgärder. En del deltagare skrev i kommentarsfältet att de inte fått någon information kring om riktlinjer fanns eller var de fanns och tyckte därför det var svårt att svara och valde därför att svara nej på frågan.

Tabell 5. Visar hur studiedeltagarna har besvarat frågor kring om riktlinjer för åtgärder finns.

Riktlinjer	Studiedeltagare
Känner inte till att det finns riktlinjer	65 %
Känner till farmakologiska riktlinjer	20 %
Känner till icke-farmakologiska riktlinjer	15 %

Patienter i riskgrupper

Den största riskgruppen som intensivvårdssjuksköterskorna riktade mest uppmärksamhet till var patienter med tidigare alkoholmissbruk. Patientgrupperna multisjuka, över 65 år, cerebrovaskulär sjukdom, psykiska problem och patienter med demenssjukdom gavs också

extra uppmärksamhet av intensivvårdssjuksköterskorna. Ett svarsalternativ som deltagarna kunde fylla i var “annat tillstånd”. Det som många av deltagarna nämnde var lång vårdtid samt respiratorbehandlade patienter. Några skrev i kommentaren att alla har en risk för att drabbas av IVA-delirium och gav därför ingen särskild uppmärksamhet till någon särskild patientgrupp.

Tabell 6. Riskgrupper studiedeltagarna själva identifierade.

Identifierade riskgrupper	Studiedeltagare
Alkoholmissbruk	42 (12%)
Multisjuka	33 (10%)
Psykiska besvär	33 (10%)
Över 65 år	32 (9%)
Cerebrovaskulär sjukdom	30 (9%)
Inte identifierat någon riskgrupp	28 (8%)
Demenssjukdom	27 (8%)
Leversjukdom	24 (7%)
Andra besvär	18 (5%)
Dehydrerade patienter	17 (5%)
Hjärt- och kärlsjukdom	13 (4%)
Nedsatt syn	11 (3%)
Nedsatt hörsel	11 (3%)
Nedsatt status	10 (3%)

Lungsjukdom	9 (3%)
Rökare	5 (1%)

Läkarens roll

Många deltagare skrev i kommentarsfältet att läkarnas roll kring behandling och förebyggande av IVA-delirium borde belysas. De upplevde att det var läkarens ansvar att bedöma patienter som visade tecken på akut konfusion eller IVA-delirium. En av enkätens frågor berörde hur ofta en konsult kontaktades när en patient uppvisade symtom på eller tillhör en riskgrupp för att utveckla IVA-delirium, även där upplevde deltagarna att det var läkarens ansvar att ta initiativ till en bedömning av psykiatriker eller geriatriker.

“Skulle önska ett större intresse från läkare om delirium. Inte aktuellt att bedöma en patient om ingen åtgärd görs eller intresse finns hos läkarsidan”

Diskussion

Metoddiskussion

Design

En deskriptiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats valdes för att författarna ville beskriva intensivvårdssjuksköterskors bedömning och arbete med intensivvårdsdelirium hos intensivvårdspatienter.

Urval

Ändamålsenligt urval användes då författarna har erfarenhet av sjukvård och ansågs sig ha tillräckligt med kunskap och erfarenhet kring området. Studiepopulationen valdes ut genom att de hade en specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård samt arbetade på den avdelning som krävdes för att inkluderas i studien (Polit & Beck, 2012). Författarna valde att exkludera sjuksköterskor som arbetade inom intensivvård som saknade specialistutbildning eller som hade en annan specialistutbildning än intensivvård, författarna ansåg att de inte hade tillräcklig erfarenhet kring intensivvårdsdelirium för att delta i studien. Den tidsram som fanns för studien gjorde det svårt för författarna att inkludera fler arbetsplatser än de som redan valts, fler arbetsplatser hade säkerligen genererat fler studiedeltagare och ett högre antal besvarade enkäter, vilket kunde stärkt studien genom att ha ytterligare data som bekräftade vårt resultat.

Datainsamling

Att genomföra en enkätstudie valdes av författarna för att kunna inhämta så mycket data som möjligt under en begränsad period samt nå ut till en stor studiepopulation. Då det var svårt att nå studiedeltagarna personligen placerades enkäterna i gemensamma utrymmen på vissa avdelningar, vilket kan ha bidragit till att svarsfrekvensen inte blev så hög som författarna önskat. På vissa avdelningar användes enhetscheferna som ett led i att nå ut till studiepopulationen. Några enhetschefer valde att medverka till att distribuera enkäter, vissa valde att avstå. Målet var att träffa studiepopulationen via personliga möten, dock gick inte detta att uppnå på grund av långa geografiska avstånd samt tidsbrist. De sex avdelningarna uppskattades tillsammans ha 300st anställd intensivvårdssköterskor. Mellan 50 och 60 st

enkäter delades ut på varje avdelning i samråd med varje enhetschef som uppskattade hur många som aktivt arbetade, totalt delades 250st ut. Enkäterna fanns tillgängliga en månad.

Författarna är medvetna om att svarsfrekvensen kunde ökat om fler enkäter delades ut eller om deltagarna hade fått längre tid på sig. Det externa bortfallet som uppskattades till 212 st kan bero på att många arbetar oregelbundet eller kan ha tillfälligt varit borta från arbetsplatsen under tiden enkäten delades ut, därmed finns risken att en del har missat enkäten. Författarna valde att inte ge mer än en månads tid på grund av tidsbrist. Fler enkäter, längre tid samt mer information till studiedeltagarna hade troligtvis ökat svarsfrekvensen. En del avdelningar hade väldigt låg svarsfrekvens, det innebär att resultatet möjligtvis inte blir representativt för den avdelningen som undersöks. En avdelning hade däremot väldigt hög svarsfrekvens vilket kan ha haft inverkan på studiens resultat. Ökad svarsfrekvens och jämnare fördelning av deltagande från avdelningarna hade kunnat stärka resultat vårt resultat eller möjligtvis förändra det något.

Mätinstrument

Tidigare validerade frågeformulär som motsvarade området som var menat att undersökas hittas, dock var de riktade mot verksamheten och inte enskilda intensivvårdssköterskor. Därför konstruerades en egen enkät tillsammans med de validerade frågorna från tidigare nämnd enkät.

När datan matades in i SPSS framkom det att enkätens utformning borde varit annorlunda för att dels förenkla inmatning men även för göra enkäten lättare att besvara för studiedeltagarna. Det upptäcktes genom att vissa deltagare satt kryss mellan två olika svarsalternativ samt att vissa deltagare gett kommentarer kring vissa frågor. Detta innebar att tre enkäter fick exkluderas ur studien på grund av ofullständiga svar. En del hade kommentarer på att de inte hade önskat behöva fylla i sin ålder då det teoretiskt sett kan leda till möjlighet att spåra individen. Svarsalternativ i tioårsklasser istället för exakt ålder hade kunnat leda till att anonymiteten ökades. (Troost, 2012).

Viss otydlighet i enkätens layout upptäcktes av författarna på grund av en otydlig sidbrytning. Detta ledde till att vissa gick tillbaka och ändrade sitt svarsalternativ när de såg hela frågan eller valde att inte svara på delar av frågan. Med en bättre följd av frågorna i enkäten hade

svarsfrekvensen eventuellt ökat. Ett flertal studiedeltagare tyckte att studien skulle genomföras i intervjuform istället då det är svårt att svara ja eller nej på vissa frågor då IVA-delirium varierar individuellt mellan varje patient. Vissa studiedeltagare önskade ett "vet ej" alternativ bland svarsalternativen. Författarna valde att inte ha med "vet ej" som ett alternativ då Trost (2012) menar att det alternativet kan användas slentrianmässigt när deltagarna vill undvika att ta ställning.

Databearbetning och analys

I planeringsfasen av studien diskuterade författarna sina förförståelser kring ämnet IVA-delirium. Författarna anser inte att deras förförståelse kring ämnet har påverkat studiens resultat då ingen av författarna tidigare har arbetat på en intensivvårdsavdelning eller med patienter som drabbats av IVA-delirium. Författarna hade därav ingen uppfattning kring vad som krävdes för att arbeta med denna typ av patienter. I förberedelsefasen när bakgrundsmaterialet samlades in fick författarna en djupare kunskap kring ämnet och förstod att det är ett komplicerat tillstånd för såväl patient som vårdare.

Databearbetningen och analysen gjordes tillsammans av båda författarna, vilket kan anses som en fördel då det ger båda författarna stor kännedom om den insamlade datan. Vid bearbetning av frågorna upptäcktes att viss data var felaktigt inmatad. Det var då enkelt att gå tillbaka till den enkäten vars id-nummer visades vara fel och korrigera felet till rätt svar som angivits eller fylla i om ett svar saknades. Då syftet förändrades under arbetets gång gav enkäterna i slutändan mer information än det som författarna senare valde att analysera och ta med i arbetet, vi valde att endast fokusera på den data som motsvarade vårt syfte.

Fördelen att göra ett Chi-2 test är att data kan analyseras gällande om det finns ett mönster i hur studiedeltagarna svarat eller om det anses vara slumpmässigt. Nackdelen med att använda sig av ett Chi-2 test är att det endast visar om det finns ett signifikant samband eller inte, det visar inte hur starkt sambandet är (Djurfeldt et al, 2010).

Intern och extern validitet

Författarna anser att denna studie har en låg intern validitet på grund av att deltagandet i studien var lågt, 29% av studiepopulationen. Den interna validiteten hade kunnat ökas om fler enkäter besvarats för att få möjlighet till högre statistisk signifikans. Den externa

validiteten anser författarna vara hög då enkäterna delats ut på flera intensivvårdsavdelningar med olika inriktning, resultat kan därför generaliseras på olika intensivvårdsavdelningar i Sverige.

Resultatdiskussion

Att intensivvårdsdelirium är ett komplext tillstånd var författarna redan medvetna om innan studien genomfördes. Det visade sig sedan även på deltagarnas kommentarer på enkäten där de önskade mer kunskap om tillståndet och kände sig osäkra på behandlingsalternativen som fanns. De uttryckte en saknad av konsensus kring hur de bör hantera patienter med IVA-delirium på avdelningen. Levines Bevarandemodell (1967) beskriver dock att varje sjukdomstillstånd är individuellt och därför bör omvårdnadsåtgärderna baseras på individens reaktion, det är därför svårt att skapa konsensus kring ett komplicerat sjukdomstillstånd som IVA-delirium.

Intensivvårdssjuksköterskan är omvårdnadsansvarig för sin patient, det ligger på intensivvårdssjuksköterskans ansvar att förebygga och vara vaksam på komplikationer som kan uppstå under vistelsen på intensivvårdsavdelningen. Att bedöma smärta genom smärtskattningsskalor eller sederingsdjup med hjälp av sederingssskalor är intensivvårdssjuksköterskan van vid men att skatta tecken på IVA-delirium med hjälp av en skala verkar inte ingå i intensivvårdssjuksköterskans dagliga arbete. En förklaring till att bedömningsinstrumenten för IVA-delirium inte används kan vara brist på kunskap och information.

Resultatet visade att majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna som deltog i studien inte använde sig av ett bedömningsinstrument. Enkätens kommentarer visar att bedömningsinstrumenten finns, men att de inte använder dem då de tycker att de är krångliga. Ett flertal av deltagarna angav att de istället för att använda någon bedömnings skala så använde de sin kliniska blick och erfarenhet. Leonard och Rahaman (2017) beskriver hur många studier har visat att användning av bedömningssskalor ger ett mer exakt resultat än att endast använda den kliniska erfarenheten. De deltagare som använde sin kliniska blick beskrev hur de istället för att använda bedömningsinstrument gjorde en kontinuerlig bedömning av patienten. Forskning har visat att genom att bara använda sig av den kliniska

blicken och inte använda bedömningsinstrument missas tecken på hypoaktivt IVA-delirium. Fokus läggs istället på tecken som tyder på att patienten har hyperaktivt IVA-delirium trots att det är det minst förekommande tillståndet (Elliot, 2014)

Tidigare forskning visar även att de flesta patienter som drabbas av IVA-delirium förblir odiagnostiserade (Mistarz, Eliott, Whittfield & Ernest, 2011, Leonard & Rahaman, 2017). Det framkommer även att till och med den mest erfarna sjukvårdspersonalen endast kan identifiera en tredjedel av de patienter som drabbas av delirium när de inte använder något mätinstrument som hjälpmedel (Kotfis et al, 2018).

Om intensivvårdssjuksköterskor inte har erhållit någon utbildning kring IVA-delirium är det lätt att missa symtom, då de fluktuerar över tid. Behovet av mer kunskap kring IVA-delirium visade sig i studien. I enkätens kommentarer önskade ett flertal mer information kring ämnet. Att det fanns ett signifikant samband mellan utbildning och användning av bedömningsinstrumenten framkom i studien. De avdelningar som hade högst antal deltagande på någon form av utbildning inom IVA-delirium hade högst antal studiedeltagare som använde sig utav ett bedömningsinstrument. Tidigare forskning visar på att både praktisk och teoretisk träning krävs för att kunna hantera bedömningsinstrumenten CAM-ICU och ICDSC. Att genomföra en bedömning med dessa instrument tar inte lång tid att utföra för någon som erhållit denna utbildning och bedömningsinstrumenten bör implementeras på alla sjukhus för att kunna upptäcka IVA-delirium (Kotfis et al, 2018).

En tredjedel av studiedeltagarna hade under det senaste året genomfört utbildning kring IVA-delirium. Några deltagare uppgav att de önskade mer kunskap om bedömningsinstrumenten. Elliot (2014) beskriver att många intensivvårdssjuksköterskor vet vad IVA-delirium är men att de inte har tillräckligt med kunskap för att kunna identifiera riskfaktorer och tecken på IVA-delirium. Speed (2015) menar på att det finns stora risker med att intensivvårdssköterskor inte har tillräckligt med utbildning. Då symtomen varierar över tid och presenteras på olika sätt kan man inte förvänta sig att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna identifiera IVA-delirium symtom utan rätt utbildning.

Författarna är medvetna om att riktlinjer för både farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder finns på flera av intensivvårdsavdelningar som är inkluderade i studien. Det är

intensivvårdssjuksköterskans uppgift att ta del av riktlinjerna och genomföra samt följa upp åtgärder. Utgår man från Levines bevarandemodell (1967) är det viktigt att arbeta preventivt och utföra omvårdnadsåtgärder ur individens perspektiv. En förklaring till att riktlinjer inte följs kan vara brist på information att de finns samt brist på kunskap kring IVA-delirium. Att införa utbildning kring IVA-delirium i kombination med tydligare rutiner kring användande av bedömningsinstrument kan leda till att fler åtgärder utförs utav intensivvårdssjuksköterskan och riktlinjer kan spela en stor roll för att förebygga IVA-delirium.

Resultatet visade att majoriteten av studiedeltagarna inte var medvetna om det fanns riktlinjer för farmakologiska eller icke-farmakologiska åtgärder på avdelningen. Studiedeltagarna upplevde att det saknades riktlinjer för vilka åtgärder som kan vidtas om en patient drabbas av IVA-delirium. Personal från samma avdelning hade även besvarat frågan olika om det fanns eller inte fanns skriftliga riktlinjer för farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder. Om detta beror på brist på kunskap eller intresse visade inte studien.

Olsen (2012) menar att intensivvårdssjuksköterskan spelar en stor roll för att kunna implementera farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder på en intensivvårdsavdelning. Tidigare studier som undersökt samarbetet mellan läkare och sjuksköterska kring patienten med IVA-delirium pekar också på att osäkerheten kring vilka riktlinjer som finns är en faktor som påverkar patientens behandling på flera sätt. Både tid till start av behandling och effektiviteten påverkas. Läkare har beskrivit att de finns en osäkerhet kring vilket läkemedel som ska användas och i vilken dos. Det resulterade ofta i att patienterna blev underbehandlade vilket intensivvårdssjuksköterskorna märkte tydligast under nattpassen (Palacios-Ceña et al., 2015). En del av denna studiens deltagare tyckte att det borde vara en läkarordination hur ofta patienten ska bedömas samt vilka patienter som ska bedömas.

Att identifiera en specifik riskgrupp som drabbas av IVA-delirium är svårt, något som märktes i studien då deltagarna hade svårt att identifiera enskilda grupper utan kryssade i flertal av alternativen som potentiella riskgrupper (Se bilaga 1). Två tredjedelar av deltagarna kunde identifiera en eller flertal riskfaktorer för IVA-delirium. I resultatet framkom det att majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna identifierade tidigare alkoholmissbruk och lång vårdtid som riskfaktorer för att utveckla IVA-delirium. Flertal studier bekräftar att alkohol

tillsammans med andra faktorer som tung sedering och graden av sjukdom är stora riskfaktorer för att utveckla delirium (Ouimet, Kavanagh, Gottfried & Skrobik, 2007. Kotfis et al, 2018)

Intensivvårdssjuksköterskan har som tidigare nämnt det största ansvaret gällande att använda bedömningsinstrument samt följa gällande riktlinjer för åtgärder. Enligt Svenska sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning (2017) ansvarar intensivvårdssjuksköterskan för bedömning av patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ska genom individuellt anpassad vård arbeta för att motverka komplikationer som IVA-delirium. En förklaring till att bedömning och åtgärder inte utförs kan vara att parterna lägger över ansvaret på varandra samt brist av kommunikation, intensivvårdssjuksköterskan kan mena på att det är läkarens uppgift att identifiera och ordinera åtgärder för att förebygga IVA-delirium. Mer utbildning både till läkare och intensivvårdssjuksköterskan kring bedömningsinstrument och riktlinjer för åtgärder kan leda till att fler använder sig av i de instrument och åtgärder som finns, samt att samarbetet och kommunikationen mellan läkare och intensivvårdssjuksköterskan kan förbättras kring IVA-delirium.

Studien visade att en del av deltagarna uppgav att de önskade ett större intresse och stöd från läkarna, en del angav till och med brist av intresse från läkarna som en anledning till att de inte screenar patienterna efter tecken till IVA-delirium. De ansåg också att ingen åtgärd görs av läkarna även om mätinstrumenten visar att patienten har tecken till IVA-delirium. Studiedeltagarna tyckte även att det låg på läkarens ansvar att t.ex. kontakta en konsult för hjälp med förebyggande arbete och behandling.

Tidigare forskning styrker våra studiedeltagares upplevelse då det visat sig att vilken typ av behandling patienten fick varierade med vilken läkare som jobbade, samt att läkarna inte upplevde IVA-delirium som något brådskande problem att ta hand om (Palacios-Ceña et al., 2015). Leonard och Rahama (2017) belyser vikten av god kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor för att på ett framgångsrikt sätt kunna hantera sjukdomstillståndet. IVA delirium påverkar inte bara patienten utan drabbar även anhöriga, är förknippat med fler vårdkomplikationer, längre vårdtid och högre vårdkostnader för sjukvården (Devlin et al. 2018). Att arbeta med att förebygga IVA-delirium borde därför ligga i allas intresse, inte bara intensivvårdssjuksköterskan. Kotfis et al. (2018) menar att arbetet kring en patient som tillhör

en riskgrupp för att utveckla IVA-delirium kräver åtgärder från ett multidisciplinärt team. Där läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och även anhöriga måste samarbeta då symtomen fluktuerar över tid därför är det bra om bedömningen görs flera gånger per dygn för att få en korrekt helhetsbild av patientens symtom. En del av de mänskliga rättigheterna, svensk lag samt sjukvårdens etiska principer är att man ska få ett gott och jämlikt bemötande. Bemötandet ska vara professionellt oavsett vad man har för kön, ålder, funktionalitet, etnicitet, språk, sexualitet, religion eller trosuppfattning (PL, SFS 2014:821). Vården ska anpassas efter patientens medicinska behov och vårdpersonal ska använda sig av de resurser som finns att tillgå, och en sådan resurs är de bedömningsinstrument som är skapade för att upptäcka IVA-delirium.

Konklusion och implikationer

IVA delirium är idag ett komplext tillstånd för personal att hantera på en intensivvårdsavdelning, dock finns det utrymme för förbättring. Studien har påvisat ett signifikant samband mellan utbildning för intensivvårdssjuksköterskor och användning av mätinstrument för att identifiera symtom på IVA-delirium. Tecken till lägre upplevt läkarstöd kunde ses vid vårdande av patienter som drabbats av IVA-delirium.

Intensivvårdssjuksköterskor efterfrågade bättre samarbete med läkare samt respons på sin bedömning genom att åtgärder och behandling sätts in hos patienten. Ökad kommunikation i arbetsgruppen och kunskap om aktuella riktlinjer kring både bedömning samt åtgärder kan bidra till att patienter med IVA-delirium kan upptäckas och förebyggas i högre grad.

Mer forskning krävs om intensivvårdssjuksköterskors arbete kring IVA-delirium, gärna från andra perspektiv än sjuksköterskans. Det kan exempelvis vara läkarens perspektiv på att vårda patienter med IVA-delirium eller deras perspektiv på samarbetet med intensivvårdssjuksköterskan.

Referenser

- Allen, J. & Alexander, E. (2012). Prevention, recognition, and management of delirium in the intensive care unit. *American Association of Critical Care Nurses*, 23(1), 5-11. doi: 10.1097/NCI.0b013e31822c3633
- Arumugam, S. El-Menyar, A. Al-Hassani, A. Strandvik, G. Asim, M. Mekkodithal, A. Mudali, I. Al-Thani, H. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 10(1), 37-46.
- Berggren, L. (2012). Intensivvårdsboken (2:a uppl.). A. Larsson & S. Rubertsson (Red). *Analgesi och sedering* (s. 704- 713). Stockholm: Liber AB
- Billhult, A & Gunnarsson, R. (2014) Enkäter. Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Boot, R. (2011). Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 185-189. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.004
- Brummel, N. Girard, T. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*. 2013 January ; 29(1): 51–65. doi:10.1016/j.ccc.2012.10.007.
- Cerejeira J, Mukaetova-Ladinska EB. (2011) A clinical update on delirium: From early recognition to effective management. *Nursing Research and Practice*. 2011;2011:875196. 10.1155/2011/875196
- Devlin, J. Skrobik, Y. Gélinas, C. Needham, D. Slooter, A. Pandharipande, P. Watson, P. Weinhouse, G. Nunnally, M. Rochweg, B. Balas, M. Van den Boogaard, M. Bosma, K. Brummel, N. Chanques, G. Denehy, L. Drouot, X. Fraser, G. Harris, J. Joffe, H. Kho, M. Kress, J. Lanphere, J. McKinley, S. Neufeld, K. Pisani, M. Payen, J-F. Pun, B. Puntillo, K. Riker, R. Robinson, B. Shehabi, Y. Szumita, P. Winkelman, C. Centofanti, J. Price, C. Nikayin, S. Misak, C. Flood, P. Kiedrowski, K. Alhazzani, W. (2018) Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care Medicine Journal*. September 2018 Vol 46:9
- Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2010). Statistisk verktygslåda: 1. *Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början* (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Elliott, S. R. (2014). ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 30, 333-338. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.004>
- Fan, Y. Guo, Y. Li, Q. & Zhu, X. (2012). A Review: Nursing of Intensive Care Unit Delirium. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(6), 307-316. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182682f7f

Forsgren, L (2007) Delirium - Uppmärksammande, Bedömning och Interventioner *Intensive & Critical Care Nursing*, ISSN 0964-3397, E-ISSN 1532-4036, Vol. 26, nr 5, s. 296-303. doi:10.1016/j.iccn.2010.07.003

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande – från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kotfis K, Marra A, Ely Wesley E. (2018). ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2018, vol. 50, no 2, 128–140 ISSN 1642–5758

Leonard A, Rahaman Z. (2017) Evaluating the Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU) Tool: A Comprehensive Literature Review. *Journal of Nursing and Health Studies*. Vol.2: No.2:14.

Levine E M, (1967). The four conservation principles of nursing. *Nursing forum* (6) 45-59

Luetz, A., Haymann, A., Radtke, F. M., Chenitir, C., Neuhaus, U., Nachtigall, I. Spies, C. D. (2010). Different assessment tools for intensive care unit delirium: Which score to use? *Critical Care Medicine*, 38(2), 409-418. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181cabb42

Mistarz R, Elliott S, Whitfield A, Ernest D (2011) Bedside nurse-patient interactions do not reliably detect delirium: an observational study. *Australian Critical Care* 24: 126-132

Olsen, T. (2012). Delirium in the intensive care unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics*, 23 (4), 32-36.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2001) *Forskningsprocessen: Kvalitativt och kvantitativt perspektiv*. Stockholm, Liber.

Ouimet, S., Riker, R., Bergeon, N. Cossette, M. Kavanagh, B. Skrobik, Y. Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Intensive Care Medicine* (2007) 33: 1007. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0618-y>

Palacios-Ceña D, Cachón-Pérez JM, Martínez-Piedrola R, Gueita-Rodríguez, J. Perez-de-Heredia, M. Fernández-de-las-Peñas, C (2016) How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open* 2016;6:e009678. doi:10.1136/bmjopen-2015-009678

Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (5. ed.) Maidenhead: McGraw-Hill.

Pandharipande, P. Shintani, A. Peterson, J. Truman Pun, B. Wilkinson, G R. Dittus, R S. Bernard, G R. Wesley Ely, E. (2006). Lorazepam Is an Independent Risk Factor for Transitioning to Delirium in Intensive Care Unit Patients. *Anesthesiology* 2006; 104:21–6s

Patientlagen (SFS 2014:821) Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 190605 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 181218 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Polit, D., & Beck, C. T. (2006). Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. *Nursing Research*. 2006 July 1;13(4):91-92

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken – etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Speed, G. (2015) The impact of a delirium educational intervention with intensive care unit nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 29(2):89-94. doi: 10.1097/NUR.000000000000106

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Evidensbaserad vård och omvårdnad. Hämtad 181230 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.vard_2016_2016_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning: Legitimerade sjuksköterska med en specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad 190603 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>

Tomasi, C D. Grandi, C. Salluh, J. Soares, M. Giombelli, V R. Cascaes, S. Macedo, R C. Souza Constantino, L. Biff, D. Ritter, C. Dal Pizzol, F. (2012). Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium and critically ill patients focusing on the relevant clinical outcomes. *Journal of critical care*, (2012) 27, 212-217

Trost, J. (2012). *Enkätboken* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

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) s. 1881–5

Weinrebe, W. Johannsdottir, E. Karaman, M. Füsgen, I. (2016). What does delirium cost - An economic evaluation of hyperactive delirium. *Z Gerontol Geriatrics*. 2016; 49: 52–58

Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R., & Solberg, S. (2015). Lived experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium. *American journal of Critical Care nurses*, 24 (6) doi.org/10.4037/ajcc2015435.

Bilaga 1 (1)



Enkät om delirium inom svensk intensivvård 2019

Enkäten avser vuxna patienter (> 18 år) med delirium/konfusion. Med delirium/konfusion menas här ett akut reversibelt förvirringstillstånd som utvecklas under kort tid och tenderar att variera över dygnet och där förvirringstillståndet anses vara till följd av somatisk sjukdom/skada.

Kön:

- Man
- Kvinna

Ålder: _____ år

Arbetsplats: _____

4. Använder du något standardiserat bedömningsinstrument vid bedömning av delirium/konfusion?

- Ja
- Nej

Om ja, vilket?

- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)
- Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Annat, i så fall vilket? _____

Om nej: Sker bedömningen på annat sätt?

- Ja. Om ja, hur bedömer du i så fall patienten avseende delirium/konfusion?
- Nej, vi gör ingen bedömning

5. Hur ofta bedömer du varje enskild patient?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> ≤1g/vecka. | <input type="radio"/> 2- 4 ggr/vecka | <input type="radio"/> 5- 7 ggr/vecka |
| <input type="radio"/> 2- 4 ggr/dygn | <input type="radio"/> 5- 7 ggr/dygn | <input type="radio"/> 8- 10 ggr/dygn |
| <input type="radio"/> Var annan timme | <input type="radio"/> 1 g/timme | <input type="radio"/> >1g/timme |

6. Riktar du särskild uppmärksamhet till någon/några patientgrupp/er beträffande bedömning av delirium/konfusion?

- Ja
- Nej

Om Ja, se alternativen nedan (Flera alternativ kan kryssas i)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Äldre (>65år) | <input type="radio"/> Patienter med nedsatt hörsel |
| <input type="radio"/> Patienter med alkoholmissbruk i anamnesen | <input type="radio"/> Rökare |
| <input type="radio"/> Patienter med flera allvarliga sjukdomar | <input type="radio"/> Patienter med lungsjukdom |
| <input type="radio"/> Patienter med cerebrovaskulär sjukdom | <input type="radio"/> Leverpåverkan |
| <input type="radio"/> Patienter med hjärt-kärlsjukdom | <input type="radio"/> Dehydrerade patienter |
| <input type="radio"/> Patienter med nedsatt funktionell status | <input type="radio"/> Demenssjukdom |
| <input type="radio"/> Patienter med psykiska problem | |
| <input type="radio"/> Patienter med nedsatt syn | |

Annat, i så fall vad? _____

7. Konsulterar du geriatriker/psykiatriker där syftet är att förebygga och/eller reducera delirium/akut konfusion om bedömningsskalan påvisar symtom på delirium?

- Ja
- Nej

8. Informerar du den patient som kan betecknas ha delirium/akut konfusion om syndromet (t ex orsak, reversibilitet)?

- Ja
- Nej

9. Informerar du närstående till patient med tecken på delirium/akut konfusion om syndromet?

- Ja
- Nej

10. Finns skriftliga riktlinjer för åtgärd av icke-farmakologisk karaktär vid delirium/akut konfusion på avdelningen?

- Ja
- Nej

11. Finns det skriftliga riktlinjer för åtgärder av farmakologiska karaktär vid delirium/akut konfusion på avdelningen?

- Ja
- Nej

12. Har du medverkat på personalutbildning om delirium/akut konfusion det senaste året?

- Ja
- Nej

13. Har du övriga kommentarer angående Intensivvårdsdelirium eller denna enkät?
