



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2021-HØST1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	17-11-2021 09:00	Termin:	2021 HØST1
Sluttdato:	01-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2021 HØST1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	424
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	18212
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å utføre sykepleie til pasienter i intensivavdeling som har, eller står i fare for å utvikle intensivdelirium?

What experiences do intensive care nurses have with performing nursing care for patients in the intensive care unit who have, or are at risk of developing intensive care delirium?

Kandidatnummer: 424

MKS591 Master i klinisk sykepleie, intensivsykepleie

Fakultet for helse -og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 01.12.2021

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn for prosjektet	3
1.2	Prosjektets relevans for intensivsykepleiere	3
2	Prosjektets teoretiske forankring	4
2.1	Intensivsykepleiers funksjon og ansvarsområde	4
2.2	Delirium.....	4
2.3	Kommunikasjonsutfordringer.....	5
2.4	Observasjoner, tiltak og behandling ved mistanke om eller oppstått intensivdelirium.....	5
2.5	Hva viser forskning om intensivdelirium og sykepleie til pasienter som står i fare for eller har utviklet intensivdelirium	6
3	Formål og problemstilling	9
3.1	Problemstilling.....	9
4	Materiale og metode.....	10
4.1	Design.....	10
4.2	Utvalg og rekruttering	10
4.3	Innsamling av data.....	11
4.4	Transkribering og analyse	13
5	Etiske vurderinger	17
6	Resultatkapittel.....	18
6.1	Kommunikasjon og relasjonsbygging som sentral del av sykepleie	18
6.1.1	Personlige egenskaper	18
6.1.2	Viktigheten med gjentagende informasjon til den akutt kritisk syke pasienten.....	19
6.1.3	Veilede	20
6.1.4	Pasientens språk/å forstå/tolke pasienten	20
6.2	Medikamentell behandling av delirium. Fordeler og ulemper som kan påvirke behandlingsforløpet.....	21
6.2.1	Behandling, smertelindring og sedering av pasienter med intensivdelir.....	21
6.2.2	Kontraindikasjoner ved bruk av benzodiazepiner og smertestillende.....	22
6.3	Iverksette tiltak ved pasienter med intensivdelirium, hvordan kartlegger man delir? 23	
6.3.1	Intensivpasienten, kunnskapen om delir, og hva det kan medføre.....	23
6.3.2	Det er viktig med en positiv døgnrytme for pasienten og begrense stimuli.....	24
6.3.3	Pårørende og relasjon, verktøy og resurs	24
6.3.4	Kartlegging og forebygging av delir	25
6.4	Intensivdelirium en ressurskrevende tilstand	28
6.4.1	Delir, tidkrevende med tanke på behandling og mål for behandling	28

6.4.2	Energikrevende og belastende for personalet.....	29
6.5	Bruk av tvang, for pasientens beste?	30
7	Diskusjon.....	33
7.1	Kommunikasjon og relasjonsbygging som sentral del av sykepleie	33
7.1.1	Personlige egenskaper	33
7.1.2	Viktigheten med gjentagende informasjon til den akutt kritisk syke pasienten.	34
7.1.3	Veilede	35
7.1.4	Pasientens språk/å forstå/tolke pasienten	36
7.2	Medikamentell behandling av delirium. Fordeler og ulemper som kan påvirke behandlingsforløpet.....	37
7.2.1	Behandling, smertelindring og sedering av pasienter med intensivdelir.....	37
7.2.2	Kontraindikasjoner ved bruk av benzodiazepiner og smertestillende.....	38
7.3	Iverksette tiltak ved pasienter med intensivdelirium, hvordan kartlegger man delir? 39	
7.3.1	Intensivpasienten, kunnskapen om delir, og hva det kan medføre.....	39
7.3.2	Det er viktig med en positiv døgnrytme for pasienten og begrense stimuli.....	40
7.3.3	Pårørende og relasjon, verktøy og resurs	41
7.3.4	Kartlegging og forebygging av delir	41
7.4	Intensivdelirium en resurskrevende tilstand	43
7.4.1	Delir, tidkrevende med tanke på behandling og mål for behandling	43
7.4.2	Energikrevende og belastende for personalet.....	44
7.5	Bruk av tvang, for pasientens beste?	45
8	Metodediskusjon	48
8.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	48
8.2	Konklusjon.....	48
9	Litteraturliste	50
10	Vedlegg 1	52
11	Vedlegg 2	53

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Intensivdelirium er en alvorlig tilstand som kan forekomme i alle aldersgrupper (Bryczkowski, Lopreiato, Yonclas, Sacca, & Mosenthal, 2014). Delirium kan endre pasientens bevissthet, virkelighetsoppfatning, tidsorientering og gi hallusinasjoner. Intensivdelirium kan føre til at pasienten motsetter seg livsviktig behandling, er motorisk urolig, eller selv seponerer nødvendig overvåkningsutstyr eller drar ut slanger og kateter (Stubberud, 2020a).

Intensivpasienter er som følge av akutt kritisk sykdom eller som følge av kirurgiske inngrep ofte sengeliggende. Pasienten er oftest ikke i stand til å ivareta sine elementære behov som følge av sykdom, og de kan ha vært skjermet for omverdenen over en lengre periode ifra dager til måneder. Tid og sted kan være vanskelig å få med seg for pasienten dersom de er sengeliggende inne på et rom fullt av teknisk utstyr som forankrer pasienten til sengen, og personal som går ut og inn til alle tider på døgnet. Intensivpasienter er utsatt for fysiske og psykiske belastninger som følge av akutt eller kritisk sykdom (Stubberud, 2020c). Mangel på kontroll over egen kropp, fysiske faktorer som sykdomsforløp, akutte situasjoner og kirurgi kan være en utløsende faktor for delirium (Stubberud, 2020a). Intensivdelirium kan være med på å øke liggetid på intensivavdeling, morbiditet og mortalitet (Sole, Klein, & Moseley, 2013, pp. 58-59).

1.2 Prosjektets relevans for intensivsykepleiere

Delirium er en tilstand og ikke en diagnose, tilstanden kan være vanskelig å oppdage (Stubberud, 2020a). Intensivsykepleieren må vise kunnskap rundt delirium, iverksette tiltak, og ta i bruk verktøy som er viktig for å fange opp intensivdelirium. Tiltakene som intensivsykepleieren iverksetter er for å skåne pasienten for denne ubehagelige tilstanden så langt det lar seg gjøre. En viktig del av intensivsykepleierens funksjon er også å ivareta pasientens pårørende og vise forståelse rundt pasientens nåværende situasjon som følge av akutt/kritisk sykdom (Larsson & Rubertsson, 2012, pp. 712-713). Intensivdelirium kan være med på å forverre den akutt kritisk syke sin tilstand, og det viktig at intensivsykepleieren fanger det opp og iverksetter tiltak for å hjelpe pasienten (Stubberud, 2020a).

I mitt søk etter forskning har jeg funnet få studier som har undersøkt intensivsykepleieres erfaringer med å gi sykepleie til pasienter som har eller står i fare for å få intensivdelirium. Det er viktig å få mer kunnskap på dette området som grunnlag for å forbedre sykepleien til disse pasientene.

2 Prosjektets teoretiske forankring

2.1 Intensivsykepleiers funksjon og ansvarsområde

Intensivsykepleie er et spesialfelt innen sykepleiefaget hvor det utøves avansert behandling, undervisning, samhandling og fagutvikling. Intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar og skal opptre forsvarlig, ivareta pårørende samt sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter (Stubberud, 2020b). Intensivfaget er kunnskapsbasert og helsefremmende, og intensivsykepleieren har en forebyggende, behandlende, rehabiliterende og palliativ funksjon. En viktig del av intensivsykepleierens daglige funksjon er å sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter samt å forebygge tilstander som kan være med å forverre pasientens sykdomsbilde (Lykke, 2017).

2.2 Delirium

Delirium kommer av en forstyrrelse av hjernens funksjon, og kalles for akutt hjernesvikt. Sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon er vitale symptomer sammen med nedsatt kognitiv funksjon. Pasienten kan få nedsatt korttidshukommelse og kan oppleves som forvirret og desorientert. Delirium kan oppstå tidlig i intensivpasientens behandlingsforløp eller utvikle seg over tid, alt ifra timer, dager eller uker (Stubberud, 2020a).

Delirium ligner på demens og er lett å forveksle, men tilstanden skiller seg ut ved at oppmerksomheten til pasienten er svekket (Ranhoff, 2014a). Intensivdelirium oppstår akutt, og ofte i kombinasjon med sykdom eller skade/smerter (Gulbrandsen & Olsen, 2020, pp. 150-153). Delirium har et svingende forløp og er reversibelt i de aller fleste tilfeller. Delirium kan forlenge liggetiden til pasienten på sykehus som følge av funksjonssvikt og kan gi økte kostnader. Intensivsykepleieren må ha god kunnskap om delirium for å vite hvilke pasientgrupper som har økt fare for å utvikle tilstanden (Stubberud, 2020a). Målrettede tiltak er avgjørende for å kunne forebygge, gi livreddende behandling og bedre prognosen for intensivpasienten (Ranhoff, 2014a). Intensivpasienter har høy risiko for å utvikle delirium, på grunn av at pasientens sykdom er så alvorlig at det må iverksettes avansert behandling. Tilstanden karakteriseres av at pasienten får forstyrrelser i sin bevissthet og endrer seg kognitivt. Pasienter over 65 år er særlig utsatt for å utvikle delirium. Hukommelsessvikt, desorientering, språkforstyrrelser, samt utvikling av persepsjonsforstyrrelser i form av hallusinasjoner kan forekomme, spesielt hos pasienter med kognitiv svikt (Francis, 2019).

Tilstanden kan variere fra dag til dag og kan gå ut over behandlingsforløpet. Delirium kan variere i fra hyper, hypo og en blanding av disse to altså mix delirium. Ved hyperaktivt delirium kan pasienten være aggressiv, motorisk urolig, og ikke ta imot informasjon. Den mest vanlige er hypoaktivt delirium,

altså stille delirium som kan være utfordrende å oppdage. Pasienten kan virke innesluttet, apatisk og tiltaksløs ved hypo- delirium, og tilstanden kan forveksles med depresjon (Stubberud, 2020a).

2.3 Kommunikasjonsutfordringer

Kommunikasjon med akutt kritisk syke intensivpasienter kan være utfordrende. Syns- og hørselshemming er svært vanlig, og i en akuttsituasjon hender det fort at briller og høreapparater ikke blir med pasienten ved innleggelse på intensivavdeling. Nedsatt sanseapparat, som for eksempel syn- og hørselshemming kombinert med nedsatt allmenntilstand, kan gjøre det vanskelig for intensivpasienten å motta informasjon om hvorfor han/hun er innlagt på intensivavdeling, og om hva som foregår rundt vedkommende (Stubberud, 2020a). Komparentopplysninger som kognitiv status og om pasienten er samtykkekompetent kan være vanskelig å innhente uten tidligere sykdomshistorikk eller pasientjournal. Pasientmedvirkning og samtykke er grunnpilarer for utredning og behandling. Vurdering av samtykkekompetanse er utfordrende hos pasient med kognitiv svikt, og ytterligere komplisert ved intensivdelirium (Ranhoff, 2014b).

2.4 Observasjoner, tiltak og behandling ved mistanke om eller oppstått intensivdelirium

Helsepersonell benytter en rekke verktøy for å kartlegge denne tilstanden (Svenningsen, 2009). Innenfor intensivmedisin har man utviklet flere kartleggingsverktøy for å oppdage intensivdelirium. Gjennom en deliriumskala fastslår man tilstanden ut ifra bedømming av pasientens symptomer. Den mest brukte skalaen heter Confusion Assessment Method for the Intensive Care unit (CAM-ICU) hvor man monitorerer pasienten kontinuerlig med tanke på akutt debut, psykisk status, variasjon i kognitiv status, oppmerksomhet og usammenhengende talemønstre (Larsson & Rubertsson, 2012, pp. 712-713).

Behandling av delirium krever at intensivsykepleieren legger til rette for pasienten. Døgnrytme er viktig slik at pasienten sover når det er natt og ikke på dagen. Det er også viktig å mobilisere pasienten opp fra seng så langt det lar seg gjøre, for å forebygge komplikasjoner som f.eks. trykksår, pneumoni og rastløshet. Det å mobilisere pasienten opp fra seng vil også forebygge obstipasjon og pasienten vil kunne få mulighet til dostol/toalett. Seponering av overvåkningsutstyr og slanger som kan skape irritasjon for pasienten er også viktig for å forebygge delirium. Delirium er ofte assosiert med risiko for selvskaade, dårlig prognose og økt morbiditet. Pasienten kan føle seg truet av personalet, det er altså viktig med fast personal slik at man skaper en relasjon mellom pasient og de som er involvert i behandling. Et godt verktøy kan være å ta i bruk pårørende og gjenstander fra hjemmet. Ved natt er det viktig å skåne samt skjerme pasienten for unødvendig støy fra overvåknings

scoop og ute fra avdelingen. Det er også viktig å unngå unødvendig flytting av pasienten, som å bytte pasientrom. Seponering av medisiner som kan være med på å trigge delirium er også viktig (Sole et al., 2013, pp. 58-59).

2.5 Hva viser forskning om intensivdelirium og sykepleie til pasienter som står i fare for eller har utviklet intensivdelirium

For å finne forskning relatert til problemstillingen har jeg har søkt i databasene PubMed, Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE. Jeg vil videre presentere forskning som tar for seg forekomst, risikofaktorer og sykepleie til pasienter med intensivdelirium. Videre vil det bli presentert forskning som viser hvordan pasienter og deres pårørende opplever denne tilstanden, og jeg avslutter med å belyse sykepleieperspektivet på intensivdelirium.

Ved lengre opphold på intensivavdeling utsettes pasienten for flere risikofaktorer. Økning av behandlingstiltak kan oppstå som følge av sykehusrelaterte infeksjoner og utvikling av langvarige funksjonshemninger som kognitiv svikt. Intensivdelirium er uavhengig risikofaktor for økt mortalitet. En prospektiv kohortstudie som viste at opp til 87 % av pasientene som var innlagt på intensivavdeling utviklet intensivdelirium (Bryczkowski, Lopreiato, Yonclas, Sacca, & Mosenthal, 2014). Pasientens sykdomsbilde forverres gradvis i takt med at delirium får utvikle seg. I denne studien ble det avdekket flere risikofaktorer som ikke lar seg kontrollere som alvorlighetsgrad av sykdom/traume for innleggelse på intensivavdeling, økt alder og allerede eksisterende kognitiv svikt. Det kommer fram at korreksjon av mulige tiltak kan forbedre forebygging av delirium. Straktiltak som hjelper pasienten ut av et delirium er viktig å iverksette så snart pasientens sykdomsbilde tillater det. Disse tiltakene er tidlig mobilisering, identifisering og korreksjon av sensoriske svekkelser i bevegelses- og sanseapparatet. Det er viktig at man unngår å utsette pasienten for fysiske og sensoriske begrensninger samt for eksempel seponere slanger, overvåkningsutstyr og blærekateter som kan forankre pasienten til sengen. Forebyggende tiltak kan være stedsorientering, dagslys, skjerming for støy, smertelindring, god søvnrutine og ikke minst samvær med kjente. Disse tiltakene kan ikke bare være med å hjelpe pasienten ut av delirium, men de kan også være svært forebyggende. Det kom fram at det foretrukne verktøyet for å oppdage/kartlegge delirium var kartleggingsverktøyet CAM-ICU (Bryczkowski et al., 2014).

Forskning viser videre at intensivsykepleiere kan ha vansker med å fange opp delirium (Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes, 2009). Intensivdelirium er en vanlig tilstand som forekommer på intensivavdelinger. Man har stilt spørsmål om miljøet på intensivenheter påvirker pasienten til å utvikle delirium. Det ble gjort sammenligning mellom pasienter på enkeltrom med tilgang til

forbedret eksponering av dagslys, og pasienter som var på en ordinær intensivsenhet der pasientene her hadde mindre muligheter for tilrettelegging med tanke på at det var flere pasienter på samme rom. Kartleggingen ble gjort daglig med CAM-ICU for å indikere pasientens kognitive status med tanke på delirium. Studien viste at det er positivt om man opprettholder kontinuitet ved bruk av fast personale som igjen er med på å skape en relasjon mellom pasient og behandlende intensivsykepleier. Forbyggende tiltak kan hjelpe pasienten ut av et delirium og her er gode søvnrutiner et viktig tiltak på lik linje med orientering av tid på døgnet. Forstyrrelser av bevissthet, oppmerksomhet og svingende endringer i pasientens kognitive status er assosiert med komplikasjoner med tanke på behandling, bivirkninger, forlenget sykehusopphold, økt morbiditet og mortalitet (Zaal et al., 2013).

En kvalitativ studie som undersøkte intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser med hvilke behandlende tiltak som ble iverksatt rundt voksne pasienter med intensivdelirium, viste at intensivsykepleierens hovedoppgave var å hjelpe pasienten å komme gjennom et intensivdelirium, og at det å bygge en relasjon var vesentlig. Behandlende tiltak var individualiserte og personsentrerte for hver enkelt pasient og pårørende. Det å tilby pårørende å være delaktig rundt pasienten opplevde intensivsykepleierne at hadde positiv effekt. Informantene beskrev at intensivsykepleierens hovedoppgave var å hjelpe pasientene å komme gjennom et intensivdelirium, og at det å bygge en relasjon med pasienten ble opplevd som vesentlig. Dette understrekes fra informantene at de opplevde at pasienter med delirium var krevende med tanke på pasientsikkerheten. Dette som følge av arbeidsmengde og teamarbeid, og at tidligere erfaring med slike pasienter var avgjørende for behandlingen (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018). Pårørendes betydning støttes av Smithburger (2017) som hevder at bruk av familiemedlemmer kan ha en helbredende effekt og være et deliriumforebyggende tiltak (Smithburger, Korenoski, Alexander, & Kane-Gill, 2017).

Det ble gjort en systematisk litteraturgjennomgang med fokus på voksne intensivpasienter, bruk av CAM-ICU, og intensivsykepleierens forhold til delirium (Leonardsen, 2014). Gjennomgangen viste at forekomsten av intensivdelirium kan være så høy som 87 %. Flere av de inkluderte studiene viser at intensivsykepleierne har vansker med å oppdage delirium uten å ha tilgang til et screening verktøy. CAM-ICU er et godt verktøy som er lett å sette seg inn i, men som kan by på utfordringer. CAM-ICU er utviklet spesifikk for intensivfaget, men i artikkelen kommer det fram at intensivsykepleiere er åpne for andre metoder da de ved enkelte tilfeller oppdaget delirium uten å bruke CAM-ICU (Leonardsen, 2014).

En studie fra Montreal beskriver hvordan pasientene selv erfarer et intensivdelirium. Pasientene opplevde til tider en følelse av å ikke bli forstått samt forskjellige følelser av ubehag som å være fanget mellom virkelighet og en fantasiverden, med blanding av frykt, nåtid, fortid, og forvirring. Dette fikk pasientene til å oppleve en avstand mellom dem selv og personene rundt dem. Kommunikasjon var vanskelig, det var vanskelig å få fram ord og å ikke ha kontroll på hva som foregikk rundt dem i rommet. Det at intensivsykepleier viste forståelse og medfølelse, og tilstedeværelse av pårørende var med på å hjelpe pasienten. Det å snakke om episoder var med på å guide pasienten gjennom den tøffe tiden (Bélanger & Ducharme, 2011).

En studie undersøkte pårørendes involvering og erfaring av intensivdelirium, og hvordan de opplever denne tilstanden. Pårørende ble intervjuet om sine meninger om delaktighet samt holdninger til deltagelse rundt sine nærmeste innlagt på intensivavdeling. Av de ti pårørende som ble intervjuet kommer det fram at pårørende gjerne vil være delaktig i omsorg og deliriumsforebyggende tiltak for sine kjære. Pårørende er avhengig av en åpen dialog, veiledning, og informasjon fra involverende intensivsykepleiere, da de ikke vet hva de skal gjøre. Veiledning og informasjon er viktig da pårørende er i en sårbar livssituasjon. Private eiendeler/gjenstander fra hjemmet kan være med på å snu deliriet, og pårørendes sosiale tilstedeværelse og realitetspåminning kan skape en trygghet for den akutt kritisk syke (Smithburger et al., 2017).

En dansk litteraturstudie ser på intensivsykepleiernes erfaring med hypoaktivt delirium på intensivavdeling. Studiet tar for seg hypo, hyper og mix delirium. Studiet inneholder flere caser fra virkeligheten hvor intensivsykepleierne deler sine erfaringer fra klinikken. De forteller om bruken av CAM og bruken av CAM-ICU. Å skape en relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig, samt å tilrettelegge for hver enkelt pasient basert på behov og behandling. Det presiseres i artikkelen at det mangler videre forskning om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med intensivdelirium, noe som er en viktig brobygger for videre behandling (Svenningsen, 2009).

3 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere hadde med forebygging av intensivdelirium, og å gi intensivsykepleie til pasienter som hadde utviklet intensivdelirium i en intensivavdeling. Denne studien søker dermed å kunne frembringe og belyse kunnskap om hvilke ferdigheter, tiltak og holdninger intensivsykepleier mener er viktige og utfordrende i denne sammenhengen.

3.1 Problemstilling

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å utføre sykepleie til pasienter i intensivavdeling som har, eller står i fare for å utvikle intensivdelirium?»

4 Materiale og metode

4.1 Design

Når det gjelder valg av metode så er denne styrt av valgt problemstilling og forskningsspørsmål (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, pp. 18-19). Jeg har valgt å benytte meg av en kvalitativ metode for å finne svar på min problemstilling. En kvalitativ metode egner seg når en skal studere meninger, opplevelser, holdninger og erfaringer ifølge Malterud (2011).

4.2 Utvalg og rekruttering

Inklusjonskriteriene for å delta i studiet er:

- Sykepleiere/intensivsykepleiere med minst 3 års yrkeserfaring.
- Intensivsykepleiere som har erfaring med intensivdelirium.

Grunnen til at informantene måtte ha tre års yrkeserfaring innen intensivdelirium eller mer, var ønsket om at de gjennom sin arbeidserfaring ville kunne belyse sine kunnskaper og erfaring med tematikken for denne studien.

Jeg ønsket å rekruttere både kvinner og menn, og informanter med ulik alder. Studien bygger empirien på et strategisk utvalg, med målsetning om at det materialet jeg innhenter har best mulig potensiale til å belyse problemstillingen (Polit & Beck, 2012, p. 493). Informantene skal ha de egenskapene eller kvalifikasjonene som er strategisk i forhold til studiets problemstilling ifølge Malterud (2011).

I denne studien ble det inkludert fem informanter fra en generell intensivavdeling på et sentralsykehus, tre kvinner og to menn i alderen 31-65 år.

Ifølge Malterud (2011) kan utvalget komme med nyanser og variasjoner som representerer ulike perspektiver med tanke på intensivdelirium. Strategisk utvalg bidrar til å styrke påliteligheten på resultatnivå (Malterud, 2011, pp. 55-58). For å rekruttere informanter sendte jeg en henvendelse til seksjonslederen for den aktuelle avdelingen. Seksjonslederen håndplukket på forhånd informanter til min studie.

Jeg har valgt å gjøre en kvalitativ studie utenfor min ordinære arbeidsplass, men har kjennskap til avdelingen og de ansatte gjennom studietiden og senere jobboppdrag.

Malterud (2011) understreker at det å forske på egen arbeidsplass kan gi et negativt utfall for datafangsten. Hvis forskeren velger informanter etter eget ønske kan det påvirke funn og i verste fall lede studiet bort ifra problemstillingen forskeren ønsker å finne svar på (Malterud, 2011, pp. 210-215).

4.3 Innsamling av data

Data i studien er samlet inn gjennom semistrukturerte individuelle intervju. Det tillater at forskeren har en større grad av spontanitet som igjen kan føre til en god tilpasning i interaksjoner mellom forsker og informantene i studien (Malterud, 2011, pp. 26-34). Semistrukturert intervju betyr at forskeren vil stille informantene spørsmål som ikke er nøyaktig nedtegnet, men spørsmål som er beskrevet i form av stikkord/beskrivelser som kan belyse problemstillingen, og som forskerne skal ta utgangspunkt i når man skal formulere spørsmålene (Polit & Beck, 2012, p. 510). I forkant ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) som skulle være til hjelp til å holde meg innenfor valgt tema, og problemstillingens rammer. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene og data fra intervjuene vil da forekomme i form av lydopptak og tekst som følge av notering underveis i intervjuet.

Som forsker var det viktig å være godt forberedt til de aktuelle intervjuene. I hvert enkelt intervju møtte jeg et nytt individ med egne oppfatninger, meninger, erfaringer og tanker. I forkant sendte jeg ut en intervjuguide (vedlegg 1) slik at hver informant var forberedt på hva jeg som forsker og intervjuer vil spørre om (Christoffersen et al., 2015, pp. 15-20). Det ble i forkant gjennomført to ulike prøveintervju av kollegaer på egen arbeidsplass, hvor begge var sykepleiere med spesialisering innen intensivsykepleie.

Det ville gi meg en pekepinn om innholdet i intervjuguiden var relevant i tillegg til å styrke meg til senere intervju (Malterud, 2012, pp. 29-35).

Det ble gitt konstruktiv tilbakemelding etter prøveintervjuene i form av hvordan intervjuobjektene/informantene opplevde samtalen. På bakgrunn av tilbakemelding ble det gjort små justeringer og endringer i form av ordlyd, spørsmålsformuleringer og stikkord.

Hvor jeg velger å holde intervjuet kan ha innvirkning på selve resultatet. Det skal være stille og rolig, uten støy og forstyrrelser. Slik at både jeg som intervjuer og informant er avslappet og fokusert, men jeg må ta forbehold på at uventet støy kan oppstå (Polit & Beck, 2012, pp. 506-524).

Hvert intervju er tidkrevende, og tidsperspektiv avhenger av hver informants betenkning før besvarelse. Forskeren må være våken og observant, da informanten kan hoppe mellom temaer, samt gi besvarelse på flere spørsmål samtidig (Polit & Beck, 2012, p. 516).

De fem intervjuene ble gjennomført høst og vinter 2020. Informantene av studiet valgte selv når det passet for dem å delta på intervjuene. Det første intervjuet ble gjort noen måneder før de fire siste, dette som følge av SARS-Covid 19. De resterende intervjuene ble planlagt slik at de ble utført i

informantenes arbeidstid, dette på bakgrunn av at jeg som forsker ikke ønsket å la min oppgave gå utover informantenes fritid. Det ble på forhånd avtalt med avdelingsleder og de nevnte informantene at de ble tatt ut fra avdelingen det aktuelle tidsrommet, med forbehold om eventuelle akutt situasjoner. Ved en slik situasjon skulle nytt intervju tidspunkt fastsettes. Ingen av intervjuene måtte avbrytes på grunn av drift. Det første intervjuet ble gjennomført på en av høyskolens grupperom, intervjuet ble utført uten forstyrrelser eller hindringer utenfra.

To intervjuer ble gjennomført på et rom for pårørende, uten form for forstyrrelser. De to siste ble gjennomført på et personalrom med noen forstyrrelser der andre fra personalet banket på for å viderefordre beskjeder. Ved de to siste tilfellene ble opptak stoppet i tilfelle sensitiv informasjon ble formidlet. Ingen av disse hendelsene virket til å gå ut over intervjusituasjonen.

De fire resterende intervjuene ble utført med to dagers mellomrom, hvor jeg utførte to intervjuer samme dag. De to første intervjuene ble utført på pårørende rom, da det var tilgjengelig. Her ble begge de aktuelle intervjuene utført uten forstyrrelser. Intervju nummer fire og fem ble utført på et av personalrommene hvor det var noen tilfeller av forstyrrelser. Dette i form av at personalet banket på for å viderefordre beskjeder. Ved disse tilfellene ble opptakene stoppet i tilfelle sensitive opplysninger ble formidlet, før man startet opp igjen. Ingen av disse hendelsene virket til å gå utover intervjusituasjonen.

Det å tre inn i rollen som intervjuer for første gang var en opplevelse som brakte med seg spenning og nervøsitet. Samtlige intervju åpnet med litt småprat om alt og ingenting, noe som føltes naturlig både for meg som intervjuer og for informantene. Etter hvert som praten fløt skiftet vi gradvis tema over til det sykepleierfaglige og delte ulike erfaringer. Denne framgangsmåten var med på å dempe nervøsiteten og etter hvert ble det naturlig å starte med intervju. Det ble gitt beskjed når lydopptakeren ble slått på.

Som nevnt tidligere hadde hver informant fått utlevert intervjuguide i forkant slik at de kunne være litt forberedt på hva de skulle bli spurt om. Det første intervjuet bar preg av at både intervjuer og informant fulgte intervjuguiden systematisk. Dette førte til at det ble lite rom for spontanitet. Det ble også gjort notater underveis. Ved gjennomgang og lytting etter første intervju ble det gjort endringer på ordlyden av spørsmålene i intervjuguiden. Endringen var på bakgrunn av at noen spørsmål gikk i hverandre. Videre valgte jeg å ikke ta notater underveis i intervjuet da dette tok mye oppmerksomhet fra intervjusituasjonen. De fire siste intervjuene opplevdes mer avslappende og informantene gav gode refleksjoner og mer spontanitet. Jeg opplevde at informantene

kommuniserte mer fritt slik at jeg fikk muligheten til å komme med naturlige og oppfølgende spørsmål. Hvert av intervjuene hadde en varighet mellom 45 – 60 minutter.

4.4 Transkribering og analyse

Transkripsjonen er et tidkrevende og møysommelig arbeid, men samtidig spennende og jobbe med etter hvert som prosessen gikk fremover. Når man skal analysere kvalitative data består arbeidet i å bearbeide tekst og lyd systematisk (Christoffersen et al., 2015, pp. 18-19). Som forsker har man et ansvar for å sikre empiriske data (Malterud, 2012, p. 95).

Transkripsjon av lydopptak er tidkrevende, og det kan føre til et massivt skriftlig materiale (Malterud, 2011, pp. 75-79), noe som kom tydelig fram under transkriberingen.

I første omgang ble samtlige intervju transkribert ordrett, men lengre ut i transkriberingen ble store deler omgjort til bokmål. Dette for på best mulig måte å bevare anonymiteten til informantene av studiet. Ord eller setninger som informantene la mer vekt på og som kunne være fruktbare i henhold til oppgavens problemstilling ble uthevet med fet skrift. Forskerens ord som «mm-mmm», «eeeh», og «ja-a» var noe som gjentatte ganger dukket opp kronologisk. Disse ordlydene ble fjernet for å få bedre flyt og helhetlig tekst. Allerede under transkriberingen kunne man se momenter i teksten som vekket interesse. Lydopptakene fra intervjuene ble lyttet til flere ganger samtidig som jeg leste gjennom transkriberte materialet. Dette ble gjort konsekvent setning for setning, for å forsikre meg om at noe kunne være oversett fra tidligere. Alle fem intervjuene hadde god lyd kvalitet og man hørte alt som ble sagt godt. Fem intervjuer ble til slutt 54 sider med transkribert materiale med skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand.

Målet med kvalitative metoden er at analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultatet ved at materialet blir systematisk organisert, fortolket og senere sammenfattet. Med utgangspunkt i valgt problemstilling stiller forskeren spørsmål til innhentet materiale. De svarene som forskeren innhenter er de mønstrene og termene som gjennom kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Det er store mengder data i form av tekst etter transkriberingen. For å kunne få en god oversikt samt ikke overse viktige elementer i datamaterialet er det i denne studien brukt systematisk tekstkondensering. I lys av dette skal forskeren gjenfortelle svarene på en systematisk, forståelig og relevant måte for å belyse oppgavens mål (Malterud, 2011, pp. 91-92). Systematisk tekstkondensering er et verktøy for tverrgående analyse som denne studien bygger på (Malterud, 2011, p. 94).

I følge Malterud (2011) deles systematisk tekstkondensering inn i fire trinn hvor man gjennom første trinnet er å danne seg et helhetsinntrykk. Jeg vil trinnvis gå i gang med å analysere materialet jeg har innhentet gjennom mine intervjuer på følgende måte.

Trinn en: Helhetsinntrykk-fra kaos til tema.

Alt transkribert materiale ble lest igjennom gjentatte ganger, og det var allerede gjort en del gjennomlesninger under transkripsjonen, samtidig som man lyttet til lydopptakene systematisk. Dette for å danne et helhetsinntrykk og for å bli kjent med materialet. Deler av teksten som fanger min oppmerksomhet og som virket interessant ble uthevet og markert med fet skrift. Flere gjennomlesninger gav derfor større muligheter til å kunne stille spørsmål til det materialet som ikke var markert og uthevet for å drøfte opp mot om noe var blitt oversett. En forutsetning for å stille seg åpent for de kunnskaper materialet kan formidle og belyse er det betydningsfullt å sette forståelsen og referanserammen i parentes (Malterud, 2011, pp. 91-92).

Det ble også i denne delen jobbet videre med forståelsen av det å kunne legge vekk egen kunnskap og erfaringer fra feltet. I følge Malterud (2011) er det betydningsfullt å være oppmerksom for nye mønstre og forsøke å gjøre en kreativ analyse slik at ikke de foreløpige temaene gjenspeiler for mye med hovedtemaet i intervjuguiden. Etter å ha gått gjennom materialet ble det dannet et bilde i form av tekst som gav et helhetsinntrykk. Resultatet ble til fem foreløpige temaer med tilhørende sub-kategorier.

Trinn to: Fra tema til koder.

I dette trinnet identifiserer og sorteres meningsbærende enheter i teksten og utvikles deretter til koder fra forrige trinns foreløpige temaer. Relevant tekst skal nå systematisk gjennomgå linje for linje for å få identifisert tekst som er av betydning for oppgaven, den teksten som er irrelevant skilles ut. Dette er basert på tekst som bærer med seg kunnskap om et eller flere av temaene fra trinn en. Noen av tekstene kan være korte eller lange, med betraktning på språkelementer som faguttrykk som ikke lar seg begrense eller endre. Jeg begynner å systematisere og identifisere dem, dette kalles for koding (Malterud, 2011, pp. 100-104).

Dette arbeidet ble gjort ved datamaskinen, og jeg startet med å gi hver informant i studien en fargekode. Dette for å ha en bedre oversikt, og for å få en ryddigere prosess. Det ble benyttet av to PC skjermer under hele prosessen, da det hjalp til med å ha en ryddigere prosess. Skjerm nummer en

hadde alt av transkribert materiale og skjerm to en oversikt over de foreløpige tema, med tilhørende subtema fra trinn en av analysen.

All transkribert tekst ble gjennomgått systematisk, hvor temaene fra trinn en ble pekepinner for videre leting etter meningsbærende enheter. Ord, setninger og avsnitt ble markert med fet uthevet skift og gul skriftbakgrunn. Dette ble så kopiert og limt inn i et separat arbeidsdokument som inneholdt de foreløpige temaene fra trinn en av analysen. Det ble utført en dekontekstualisering av materialet. I følge Malterud (2011) så gir dekontekstualisering forskeren muligheten for å løfte ut deler av materialet for så å se nærmere på det sammen med elementer av materialet som nevner noe av det samme eller som har en sammenheng med. Deler av teksten som sa noe av det samme eller som hadde en rød tråd, ble satt under et av de foreløpige temaene som tekstelementer hadde forbindelse med. For å ha en oversikt over de aktuelle tekstelementene som sa eller hadde sammenheng i innholdet, ble de kodet med hjelp av et tall som var tilknyttet en av de foreløpige subkategoriene. Dette for å kunne spore tilbake til opphavet i teksten hvis det skulle være aktuelt.

Jeg erfarte flere overveielser og hoppet mye fram og tilbake i analysens andre trinn. Det ble en god del inkludering samt ekskludering av tekstmateriale, temaer og koder. Deler ble satt i sammenheng med helheten for å se om det kunne innhentes ny forståelse. Dette var en prosess som ble gjort gjentatte ganger for å søke ny informasjon og innsikt, og det virket som man gikk i sirkel og ikke fant fram.

Ved hjelp av den hermeneutiske sirkel kan man hele tiden veie opp imot fordommene og forutforståelsen som er deler av den hermeneutiske sirkel. Disse fordommene fremstiller en helhet hvor man hele tiden kan ha elementer av disse opp til revidering og forandring basert av de erfaringer vi gjør oss med tekster og andre meningsfulle objekter. Man kan sammenligne det med den hermeneutiske sirkel som Gadamer (2012) beskriver slik:

«sirkelen har ingen formal natur. Den er verken subjektiv eller objektiv, men beskriver forståelsen som et samspill mellom overleveringens bevegelse og fortolkerens bevegelse» (Gadamer, 2010, pp. 331).

I følge Gadamer blir den hermeneutiske sirkel heller en sirkelbevegelse i en fortolkningsprosess hvor blikket blir festet mot selve teksten og forståelsen av teksten. Men også mot leserens egen historiske tradisjon. Det med å forstå sin historiske posisjon og sin begrensede forståelseshorisont er noe man må forstå. Når vi leser en tekst, vil vi hele tiden oppsøke og tilegne oss ny kunnskap. Når en leser videre i teksten vil man kanskje endre syn på det aktuelle man har lest og kanskje endre tolkningen på det man leste tidligere. Fordommene er vårt erfaringsgrunnlag, og fordommene er en del av forutsetningen for at vi som individ skal forstå noe. Ved å ha med seg en mengde fordommer, er de historisk plassert da hver enkelt leser en tekst subjektivt. Man kan altså ikke tilnærme seg teksten

objektivt da en har både med seg legitime fordommer som har den hensikten til å øke forståelse og de legitime fordommer som kan være med på å avgrense leserens forståelse (Gadamer, 2010, pp. 331).

Trinn tre: Kondensering-fra kode til mening.

Hver kode blir abstrahert og gjort om til kunstig sitat, et kondensat, til hver av subgruppene som beskriver temaet. I følge Malterud (2011) skal kondensatet bære med seg det bestemte innholdet fra de meningsbærende enhetene, hvor man videre i prosessen omsetter dem til en mere generell form. For å gjøre arbeidet mest mulig systematisert, ble subkategoriene gjennomgått en etter en. Noe som gav et oversiktlig overblikk over de aktuelle subkategoriene på best mulig måte. Det ble tilstrebet slik at informantens stemmer kom tydelig fram i kondensatene. Dette for å gi forskeren en påminning på hvordan informantene av studiet omentrent utrykte seg i de aktuelle intervjuene. Det ble besluttet å benytte seg av «jeg-form» i kondensatene (Malterud, 2011, pp. 104-107).

Trinn fire. Sammenfatning-fra kondensering til beskrivelser og begreper.

I analysens fjerde trinn er det forskerens arbeid å pusle sammen de aktuelle bitene, rekontekstualisere materialet. Under rekontekstualiseringen var veien tilbake for å finne opphavet til hver informant en enkel prosess. Da hver informant var tildelt en egen fargekode og tall som oppgav hvor den transkriberte teksten/materialet var hentet ifra. Denne analytiske teksten representerer resultatene i studien (Malterud, 2011, pp. 107-110). Analysen er ikke ferdig, det hører til at forskeren vurderer sine funn, og veier det opp imot foreliggende empiri og teori. (Malterud, 2011, pp. 98-110).

5 Etiske vurderinger

For å lede fram til vitenskapelig kunnskap må jeg som forsker forholde meg til de forskningsetiske forpliktelser som medfølger ved en slik studie. Som forsker har jeg blitt gitt andres tid og tillit, dette må jeg respektere og de nevnte punktene må ivaretas. I følge Malterud (2011) må forskeren sikre kvaliteten av prosjektet og resultatene av studiet.

Med hensyn til sykepleiernes anonymitet ble det bestemt at alle fem som deltok i studiet skulle kalles «*informant*». Dette på bakgrunn av å gjøre det så anonymt som mulig. Det ble heller ikke oppgitt geografisk beliggenhet bortsett fra hvilken høyskole jeg som forsker tilhører. Det er ikke oppgitt demografiske opplysninger, dette av hensyn til å ivareta informantenes anonymitet.

Det er viktig at informantene får vite om sine rettigheter (Polit & Beck, 2012, pp. 506-510). Studiet har fått godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata), dette for at informantenes personvern ble ivaretatt. Det ble også sendt ut et informasjonsskriv (Vedlegg 2) som ble tildelt hver informant samt avdelingsleder på den aktuelle intensivavdelingen. Informasjonsskrivet inneholdt alle opplysninger rundt informantenes rettigheter/lovverk, og om eventuell tilbaketreking på sin deltagelse hvis dette skulle være aktuelt. Det ble i forkant av hvert intervju gjort en gjennomgang av informasjonsskrivet, på denne måten ble det kvalitetssikret at informantene hadde fått tilstrekkelig informasjon. Informantene skal informeres om at de når som helst kan trekke seg fra studiet, og at alle data skal ha sikker lagring og bli anonymisert før publisering (Malterud, 2012, pp. 60-61). Samtlige av informantene ga sitt samtykke skriftlig etter å ha blitt kjent med formålet av studiet. Lydopptakene ble oppbevart i henhold til HVL sine retningslinjer og vil bli destruert ved ferdigstilling av studien. Vedlegg 2 er anonymisert i henhold til eksamen.

6 Resultatkapittel

I dette kapittelet blir studiens resultater presentert.

Det ble under transkriberingen utarbeidet syv kategorier som var aktuelt for studien. Alle kategoriene hadde tilhørende subkategorier. Det ble redusert til fem temaer med tilhørende subkategorier. Gjennom analysen av intervjuene kom følgende fem kategorier fram:

- Kommunikasjon og relasjonsbygging som sentral del av sykepleie.
- Medikamentell behandling av delirium. Fordeler og ulemper som kan påvirke behandlingsforløpet.
- Iverksette tiltak ved pasienter med intensivdelirium, hvordan kartlegger man delir?
- Intensivdelirium en resurskrevende tilstand
- Bruk av tvang, for pasientens beste?

6.1 Kommunikasjon og relasjonsbygging som sentral del av sykepleie

Denne kategorien omhandler intensivsykepleierens erfaringer når det kommer til kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med delir. Informantene i studien vektla at man må ha med seg kunnskap om at alle individer er forskjellig. Veiledning og klart og tydelig ordforråd er avgjørende for å sikre at pasienten forstår hva som blir formidlet. Gjentakende informasjon er viktig for å bygge en relasjon. Det å tolke at pasienten forstår den informasjonen som blir gitt og hva man ønsker å oppnå med tanke på behandling er viktig. Det vektlegges at man må forstå at en akutt kritisk syk pasient med delir kan ha vansker med å forstå hva som blir sagt og hvorfor man ønsker å gjøre de aktuelle tiltakene for å kunne gi behandling.

6.1.1 Personlige egenskaper

Flere av informantene utdyper at en god terapeutisk relasjon med pasient er basert på personlige egenskaper hos begge parter. Det understrekes også at sykepleiere, på lik linje med pasienter, er forskjellige. Med andre ord, alle individer er unike og ingen er lik. Det kommer fram fra informantene at noen pasienter kan være vant til støy og høyt toneleie. Andre kan være vant til et roligere miljø, og er kanskje ikke vant til flere mennesker i sin omkrets. Tålmodighet og valg av metode når en møter og skal samhandle med en pasient med delir er viktig. En informant beskriver det slik:

«For vi er jo forskjellige og pasientene liker ting forskjellig presentert. Av og til klaffer min metode, av og til klaffer andre sin».

Informantene forteller at det er koordinator/ansvarsvakt ved hver vaktstart som delegerer pasienter. Det kommer da fram at man prøver så langt det lar seg gjøre å plassere sykepleiere til pasienter med delir basert på vurdering av personlige egenskaper etter å ha vurdert pasientens sykdomsbilde med tanke på casus ved innleggelse.

6.1.2 Viktigheten med gjentagende informasjon til den akutt kritisk syke pasienten.

Flere av informantene nevner at det å kunne kommunikasjon og ulike kommunikasjonsmodeller er avgjørende for å nå inn til pasienten. Det å opptre rolig og ærlig er viktige momenter for å bygge tillit mellom sykepleier og pasient. Informasjonen må være tydelig. En av informantene forklarer det slik: *«Det å være tydelig, det å være kort, og det og å få svar på det du, (betenkingstid) det du ønsker svar på og! Og det er jo litt dette med det du snakker om med pasienter som har delir? Det er egentlig å styre samtalen og at det ikke er så mye utenomsnakk».*

Informantene forklarer at gjentagende informasjon er viktig. Det kommer fram at det kan være utfordrende å gi pasienter, som allerede er akutt kritisk syk, informasjon da sykdomsbildet kan påvirke pasientens kognitive status, som igjen kan gi pasienten virkelighetsbrist. En av informantene tar opp at man ved hjelp av gjentagende informasjon, kontrollspørsmål som hvor pasienten er og hvorfor han/hun er der, dato og tid kan hjelpe pasienten med realitetsorientering. Det å være tydelig i sin tale, gi korte setninger til pasienten, fører ofte til at pasienten får med seg det man ønsker å formidle med tanke på behandling.

En av informantene tar opp at man i enkelte tilfeller er redd for å fornærme pasienten ved å gjenta informasjon og kontrollspørsmål hele tiden. Dersom pasienten har virkelighetsbrist er det viktig å realitetsorientere på en skånsom måte, og at ikke pasienten opplever at gjentakelsene er noe alle burde vite.

Informantene mener at det er flere avgjørende faktorer som nevnt over som sammen kan være med på å hjelpe pasienten til å forstå hva sykepleierens hensikt er, så langt det lar seg gjøre ut ifra pasientens aktuelle sykdomsbilde og kognitive status. Kommunikasjon er grunnpilaren når det kommer til å bygge relasjoner mellom sykepleier og pasient.

Man må sette seg inn i pasientens nåværende situasjon og anerkjenne det han/hun opplever da det er viktig at man realitetsorienterer og veileder pasienten. Det å kjenne til pasientens livshistorie er et godt verktøy. Hva har pasienten eksempelvis jobbet med tidligere? Har vedkommende noen hobbyer? Det å kunne prate om kjente og trygge ting kan gjøre det lettere å veilede pasienten. En av informantene understreker at man ikke skal ta opp ømfintlige temaer da dette kan ha et negativt

innvirkning på videre relasjon under selve innleggelsen. Informanten refererer til inntak og tidligere historikk som omfatter blant annet rus og psykiatri. Dette kan være faktorer som allerede gjør det vanskelig for pasienten å skulle motta veiledning eller forstå sykepleierens egentlige intensjon. For eksempel kan pasienten ha mistillit til helsevesenet fra tidligere møter som følge av rus. Andre eksempler ifølge informanten kan være en psykiatrisk historikk hvor man i det aktuelle tidsrommet ikke når fram til pasienten på bakgrunn av sin daværende tilstand så som en psykose.

6.1.3 Veilede

En av informantene utdyper at innen sykepleie må man ikke bare forholde seg til pasienten, men også pasientens pårørende. Som sykepleier må veiledning skje til både pasienten og dens pårørende. Her blir det derfor ekstra viktig å reflektere over det aller første møtet.

Hvordan tilnærme seg pasienten som kan være i en alvorlig akutt sykdomsdebut? Har pasienten kjent underliggende sykdom fra tidligere som har ført til innleggelse på intensivavdeling? Pasientens pårørende kan sammen med pasienten være i en ny oppstått situasjon som påvirker situasjonen følelsesmessig. Beskjeder kan være vanskelig å forstå med tanke på at de befinner seg i en livskrise. Informanten understreker at det å veilede de pårørende gjennom en samtale hvor man i forkant forklarer hvordan pasienten er akkurat nå, og hvorfor, er viktig før man går inn til pasienten.

Informanten beskriver det slik:

«Vi må jo informere dem før vi går inn, sant? Og gjenta informasjon og være med dem når de er der inne. At de ikke... går inn i en sånn situasjon og er der alene».

Sitatet gir en god beskrivelse på hvordan informanten gjennom veiledning og god informasjon i forkant kan hjelpe både pasienten og dens pårørende i en allerede krevende situasjon.

En annen informant beskriver tilfeller når pasienten hallusinerer hvor man prøver å forklare pasienten at det ikke er slik, at det er innbilning. At man prøver da å veilede pasienten bort ifra det, ved å snakke litt rundt det. Sånn at de forstår at det er innbilning. Informanten forklarer at noen ganger forstår de at det er innbilning, noen ganger ikke og da er det virkelig for dem. Da er det viktig å vise forståelse og iverksette tiltak som kan lede pasienten bort ifra de paranoide tankene så langt det lar seg gjøre. Eksempler kan være å prate om pasientens yrkesliv, hobbyer og tidligere ferier, samt skjerme fra unødvendig støy av alarmer.

6.1.4 Pasientens språk/å forstå/tolke pasienten

Informantene beskriver at tydelig kroppsspråk i form av ansiktsuttrykk og bevegelser er lett for en sykepleier å forstå, og det understrekes at det er veldig varierende og svingende ut ifra pasientens

helhetlige bilde. En av informantene tar opp det med å være redd, når pasienten ikke forstår eller klarer og uttrykke seg verbalt kan det få fatale konsekvenser.

«Når du ikke får formidlet hva du vil, da blir du redd. Og blir du redd over lengre tid så begynner du å tro at folk kanskje skal begynne og skade deg eller begynne å ødelegge deg eller... Så lager de (pasientene) seg en egen virkelighet».

Flere av informantene forklarer at de ved flere tilfeller har erfart at pasienter i etterkant av deliret unnskylder seg, og ofte er litt ute av seg. De husker situasjoner fra selve deliret, og de ikke helt vet hvordan de skal håndtere situasjonen. Alle informantene understreker at da er det viktig som sykepleier å veilede dem selv om det er utfordrende.

6.2 Medikamentell behandling av delirium. Fordeler og ulemper som kan påvirke behandlingsforløpet

Denne kategorien tar for seg intensivsykepleierens erfaring og bruk av medikamentell behandling av intensivt delirium. Informantene utdyper hvilke medikamenter som er første valg i behandling av delir, og valg av det aktuelle medikamentet. Hva konsekvensen er av medikamentell behandling med tanke på bivirkninger og halveringstid og hvordan dette kan påvirke pasienten i negativ retning. Hvilke observasjoner som gjøres med tanke på smertelindring.

6.2.1 Behandling, smertelindring og sedering av pasienter med intensivdelir.

En av informantene beskriver et tilfelle hvor en pasient var lett sedert, men at ubehaget som følge av tuben var med på å som informanten ordla det:

«Tippe pasienten over i et delir».

Informanten understreker at han kanskje i etterkant skulle ha trappet opp på sederingen eller kanskje gitt en bolus ved behov, eventuelt annen smertelindring. En annen informant forklarer at delir er komplisert, at man ofte sedere ned pasienten bare for at man tenker at her er det et delir uten at man tenker på grunnsykdommen. Informanten utdyper i enkelte tilfeller medisineres det raskt, og at det ikke bestandig har ønsket effekt.

En annen informant forklarer at det kan være vanskelig å fange opp delir når pasienten er intubert da de ofte er sedert, men understreker at pasienten gjerne etter ekstubasjon kan gå inn i et delir.

Informanten forklarer at denne pasienten gruppen på respirator får man ikke mobilisert opp på samme måte som pasienter som ikke er intubert. Dette som følge av at pasienten har visse medikamenter man benytter tar tid å trappe ut, har lang halveringstid, og man må ha kunnskap om de aktuelle medikamentene.

Smertelindring er viktig, dette for å kunne gi pasienten ro og søvn. En av informantene beskriver det med smertelindring slik:

«Kan jo ha effekt, roe ned og... Ja feber nedsettende, at de ikke har smerter er veldig viktig».

En annen informant tar opp bruken av benzodiazepiner intravenøst og bruken av opiater. At man da har mere kontroll og at man da ikke utsetter pasienten for unødvendig smerter som ved intramuskulær injeksjon eller traumer som følge av det. Informanten nevner febernedsettende, og igjen nevnes det at pasienten ikke skal ha smerter. Informanten understreker at vedkommende ikke har veldig god kjennskap til utvalget av medisiner mot delirium.

6.2.2 Kontraindikasjoner ved bruk av benzodiazepiner og smertestillende.

Konsekvensen ved bruk av sederende og beroligende medikamenter kan medvirke til at pasienten ikke forstår eller feiltolker intensivsykepleierens intensjon. En av informantene, med lang erfaring innen intensivfaget, understreker at hva som blir ordinert av medisiner mot delirium er basert på hva hver enkelt lege foretrekker. Det kan altså variere ut ifra hva hver lege foretrekker eller bruker å gi på bakgrunn av erfaring med delir. Informanten utdyper videre at det kan være vanskelig med tanke på medisiner mot delir, hva gir man? Hva skal man gi?

En informant forklarer at som følge av visse medisiner som gis mot delir, kan påvirke pasienten i den grad at man ikke får gitt de medikamentene som pasienten trenger. Med det mener informanten at noen medisiner sløver ned pasienten og pasienten kan få det en kaller for nedsatt compliance på intensivfaget. Det betyr at pasienten kan få nedsatt evne til å samarbeide og motta informasjon, som igjen kan påvirke liggedøgn. Informanten beskriver det slik:

«Du kan risikere å ikke kunne gi den medisinen de trenger (pasienten), og det kan hende du må gi medisiner som gjør til at deres (pasienten) opphold blir forlenget».

Flere informanter forklarer videre at konsekvensen av de aktuelle medisinene som gis mot delir, gjerne hyperaktivt delir, kan skape utfordringer med tanke på behandling, at man hele tiden må tenke på mulige komplikasjoner.

«Hva er de komplikasjonene som kan skje som følge hvis du gir de medikamentene».

En annen informant forklarer bruken av Stesolid og Midazolam som begge har lang halveringstid, som igjen kan gå utover pasientens metabolisme. Intensivpasienter har oftest svikt i et eller flere vitale organer, som igjen vil påvirke kroppens metabolisme i en negativ retning. Et eksempel kan

være nyresvikt hos den akutt kritisk syke pasienten som igjen kan forsterke et delir. Informanten forklarer det slik:

«Overdosering av en viss type medisin kan gå utover metabolismen i kroppen. Som og da vil føre til et delir».

6.3 Iverksette tiltak ved pasienter med intensivdelirium, hvordan kartlegger man delir?

Informantene av studiet vil vektlegge intensivsykepleierens kunnskap om delirium punktvis i denne kategorien. Det kommer fram fra informantene at det inngår flere aspekter som er vesentlig for intensivsykepleieren å ha med seg i møte med denne pasienten gruppen. Hva er delir? Hva kan det medføre over tid?

Døgnrytme og faste rammer er en viktig del av behandlingen. Det vil også komme fram hvordan intensivsykepleieren ivaretar pasientens pårørende i en kritisk og sårbar situasjon, hvor relasjonsbygging kan være en avgjørende faktor med tanke på videre samarbeid. Da pårørende kan være en resurs, men som også i enkelte tilfeller må begrenses/skjermes. Hvordan kartlegger man delir? Og hvilket tiltak iverksetter man for å forebygge intensivdelirium?

6.3.1 Intensivpasienten, kunnskapen om delir, og hva det kan medføre.

En av informantene forklarer at pasienter med delir er noe man ofte har i avdelingen eller har pasienter som er innom intensivavdelingen hvor pasienten har hatt eller er i en fase med delir. Det kommer fram fra flere av informantene at delir er en problemstilling som ikke alltid får tildelt den ressursbruken som tilstanden kan kreve, noe som kommer tydelig frem på en travel avdeling. Når det kommer til faglig utvikling rundt pasienter med intensiv delir, kommer det fram at det er delte meninger mellom informantene om det var aktuelt å sette av fagdager rundt denne problemstillingen.

Rett stimuli er viktig, mener en informant da intensivavdeling har mye støy fra alarmer og maskiner. Informanten forklarer at det er mye bråk og støy, at det kan gi pasienten vansker med å skille på dag og natt.

En av informantene tar opp at deliret over tid kan forverre pasientens sykdomsbilde, og i verste fall død. Tre av informantene tar opp veiledning, gjentagende informasjon og de understreker at de kjenner til hva delir over tid kan føre til med tanke på økt sykdomsforløp/forverring av grunnsykdommen og økt morbiditet.

6.3.2 Det er viktig med en positiv døgnrytme for pasienten og begrense stimuli.

Alle informanter nevner at ro, hvile og søvn er viktig for pasienter med delirium. En av informantene forklarer at faste rammer er elementært, og da kan planlegge eventuelle undersøkelser og behandlingstiltak. Er pasienten tydelig sliten og kan ha behov for fred, utsettes mindre viktige gjøremål som for eksempel stell. Informanten nevner da at man må da ha mest mulig hands off tid.

«Stell nu pasienten klokken to på dagen hvis det er det som passer bedre, så får di kvilt. Men da er det en del av aktiviteten, og den er og kjempeviktig å få med seg».

En av informantene tar opp stimuli, og den positive og negative form for dette. Informanten forklarer at man må skjerme pasienten for støy, andre pasienter og eventuelt ta bort overvåkingen, i den grad det er trykt med tanke på pasientens sykdomsbilde. Dette støttes av en annen informant som understreker at det å begrense antall personale samt seponere slanger, ledninger og kateter så langt det lar seg gjøre er viktig for å fremme positiv stimuli, da det ofte medfører at pasienten er forankret i sengen. På denne måten kan pasienten oppleve å frigjøres. En av de andre informantene tar opp viktigheten av mobilisering og fysisk aktivitet og bruk av andre fagpersoner som for eksempel fysioterapeuter. Dette kan føre til god døgn- og søvnrytme. En av informantene tar opp bruk av radio som positiv stimuli. Informanten forklarer:

«Radio kan være en god ting. Mange hører på radio hjemme, de hører ni timen. De hører, der er faste sånne anker i livet».

En annen av informantene tar opp at en ser tydelig mønster mellom aktivitet, hvile, og søvn. En balanse mellom disse tre faktorene er elementære for oss mennesker, særlig under akutt alvorlig sykdom.

En informant begrunner at det på intensivavdelinger er, og kan være utfordrende for pasienter med delir, da de oftest utsettes for støy, personale som går ut og inn, alarmer, og at tempoet kan være høyt. Disse stimuliene kan gi negative konsekvenser. Informanten forklarer at det er viktig å sette begrensninger for å skjerme pasienten så langt det lar seg gjøre, begrense negativ stimuli og heller fremme positiv stimuli.

6.3.3 Pårørende og relasjon, verktøy og resurs

Flere av informantene tar opp at pårørende kan være en ressurs med tanke på at de kan være med på å realitets orientere pasienten så langt det lar seg gjøre.

Informanten forklarer at pårørende kan ha en positiv effekt på pasienter med delir, da man ser at pasienten roer seg ved å se kjente fjes og høre kjente stemmer. Informanten understreker at

pårørende kan være med på å skape en trygghet for pasienten, at de kan være med på å forebygge redsel. Informanten forklarer det slik:

«Vise at hær er det kjentfolk, hær er faktisk noen og stole på, hær er det kjente stemmer, hær er det en eller anna fast anker i verden som vi kan hekte på».

Ikke la pårørende gå inn alene, nevnes av flere informantene. En av informantene nevner at å være i forkant med pårørende er viktig. Med dette understreker informanten at tydelig informasjon om pasientens mentale status kan være endret som følge av deliret, men forklarer at dette er en vanlig tilstand som kan oppstå og at den er reversibel.

Informanten understreker at pårørende ofte virker usikker på om det har skjedd noe celebralt med pasienten. Informanten beskriver en case hvor informanten møter på pårørende, og pårørende har vært engstelig med tanke på pasientens mentale og kognitive status:

«Så det var det en dame hær no som sa på telefon at mannen var så rar på telefon. Så sa jeg at dette er ganske vanlig det hær sa jeg. At folk blir forandret, de får et delir sa jeg».

Informanten understreker han observerte at pårørende da ble lettet, at pårørende kunne senke skuldrene og slappe av etter at de hadde hatt en samtale.

«Når han friskner til og får tiden på seg og få normalisert de fleste funksjoner. Så vil han sannsynligvis bli som han var før, og da bare (hooof), ja hun lettet veldig ja!».

En informant tar også opp at pårørende kan ha en negativ effekt på pasienten. Det begrunnes med at pårørende kan stresse opp pasienten som følge av at pårørende selv er i en fase som følge av omstendighetene rundt pasienten. Informanten forklarer at de kan forstyrre pasientens nattesøvn, som eksempel at de sitter ved siden av sengen og stryker på pasienten. En annen informant tar opp at pårørende må begrenses, men at de på andre måter kan gjøre intensivoppholdet lettere for pasienten med for eksempel å ta med personlige gjenstander på sykerommet.

6.3.4 Kartlegging og forebygging av delir

En av informantene forklarer at når en pasient ankommer intensivavdelingen så har pasienten en grunnlidelse som skal behandles. Hypoksi er en kjent problemstilling for flere intensivpasienter, som følge av grunnlidelsen kan pasienten gå inn i et delir understreker informanten. En av de andre informantene forklarer at det med og ikke kunne utrykke seg, eller at pasienten har nedsatte sanser som nedsatt hørsel eller nedsatt kognitiv status som demens, ofte kan oppfattes som et hypoaktivt delir.

«De kan være tunghørte!»

Informanten forklarer at man i flere tilfeller kan ha feildokumentert i rapporten at pasienten er innesluttet som følge av en depresjon. Med andre ord at det dokumenteres pasienten har et hypoaktivt delir. En av de andre informantene tar for seg at hvis man mistenker delir ut ifra observasjoner, må man sikre alle sentrale og venøse tilganger. Informanten understreker at man må være mere på, og det nevnes at bruken av CAM-ICU bør brukes hyppigere. En av informantene utdyper at det kan være vanskelig for enkelte pasienter å forstå de aktuelle spørsmålene ved bruk av CAM-ICU, og at man derav lar være å benytte seg av dette verktøyet. Bruken av CAM-ICU er noe alle fem informantene understreker at man burde være flinkere å benytte. En av informantene nevner at det kanskje finnes andre verktøy som er mer brukervennlig for både sykepleier og pasient. Informanten tar opp verktøy for kartlegging av delir, informanten synes at CAM-ICU er vanskelig og tungvint, det er lett og legge det fra seg. Informanten forklarer med en humoristisk tone:

«Selv noen stopper tidlig i prosessen (bruken av CAM-ICU), men mange synes den er litt ugunstig, eller kunstig med og spørre om «stein som flyter» og det der».

Informanten utdyper at det kanskje skulle opprettes en faggruppe? Bestående av et tverrfaglig team. Da det finnes flere typer av delir og sykepleiere må vite forskjellen. Informanten beskriver at man ofte har følelsen av at man ikke når inn til pasienten. Det støttes av en annen av informantene som forklarer at de hypoaktive delirene er vanskelig å fange opp da pasienten ofte er innesluttet, og at det er forskjellig hvordan folk reagerer. Men informanten poengterer at på en intensivavdeling har en mer fokus på delir, vet at det kan oppstå, er flinkere å se etter kliniske tegn, men at man skulle vært flinkere å benytte seg av de verktøyene som finnes. Informanten nevner at en ser de hyperaktive delirene, mens de hypo er noe vanskeligere å oppdage. Hypo glipper ofte forbi og en trenger økt kunnskap på feltet. Det kan være nyttig med et tverrfaglig team bestående av geriater, nevrolog og psykologer som sammen med sykepleier kan gjøre en faglig vurdering. Det legges også frem at delir ikke er noen eksklusiv vitenskap, da det er syke mennesker med nedsatt kognitiv funksjon som følge av akutt kritisk sykdom.

En av informantene forklarer at de som står i fare for å utvikle intensivt delirium er de som blir liggende lenge på intensiven, og at tilstanden ofte oppstår mellom 7 – 9 dager. Ofte som følge av en metabolsk sammenheng en ikke da har kontroll over. Informanten vektlegger viktigheten med å være observant på langvarige intensivpasienter, og å være i forkant da det er flere faktorer som kan være utløsende. Informanten forklarer det med å bli fratatt en del elementære og viktige funksjoner, hvor man tar styringen kan tippe pasienten over i et delir.

En informant forklarer at ansatte kan bli flinkere å fange opp de hypoaktive delirene og kartleggingen rundt dette. Delir er vanlig og har ofte en sammenheng med andre diagnoser og øker morbiditeten til pasienten. Informant understreker at arbeidet foregår i grenseland. Tiltak blir ikke alltid iverksatt før det er for sent. En annen informant overleger i geriatri en burde benyttet seg oftere av. Informanten understreker da på pasienter med mistenkt hypoaktiv delir, at det gjerne oppfattes som depresjon da de ofte er innesluttet. Disse pasientene sklir ofte forbi uten at man fanger det opp, gjerne hvis de er på post opp. Det kognitive påvirkers også av de aktuelle medikamentene man benytter seg av eks under narkose.

En av informantene forklarer at ut ifra pasientens sykdomsbilde, kan se at det er en pasient som lett kan gå inn i et delir, og at et delir kan skape problemer med tanke på behandling. Informanten tar opp det med infeksjon, at pasienten kan være nyoperert, psykiatrisk historikk, hjertesykdom? Har pasienten nedsatt kognitiv funksjon? Det er mange aspekter man må ta stilling til:

«Det har med infeksjon pasienter, hoftepasienter, du har en psykisk historie. Du har og altså type hjerteinfarkt, lite kapasitet på hjertet. Altså det er mange faktorer man må se etter».

Informanten begrunner at de elementære spektrene med tanke det fysiologiske som mat og drikke, underernæring, dehydrering, en overfylt urinblære, obstipasjon, angst og smerter kan utløse et delir. Det biokjemiske som blodprøver og medisinske tilstander er avgjørende. Informanten begrunner at det er mange aspekter man må ha i bakhodet med tanke på delir:

«Det med å tenke på tømme blære, avføring. Altså har du overfylt blære så kan det være en irritasjon som pasienten ikke kjenner helt hva er for noe? Men gir seg utslag i uro, angst».

Informanten utdyper at logisk sett kan det meste føre til et delir, om det er hypo, hyper eller mix delir. Det nevnes også at overdosering av medisiner, nedsatt respirasjon og sirkulasjon vil påvirke pasienten sammen med sykdomsforløpet.

En av informantene uttrykker at det skal skje ting hele tiden, ulike prosedyrer som innleggelse av CVK, stell, mobilisering osv. Informanten har flere ganger fundert i etterkant at i det aktuelle tidspunktet kanskje skulle droppet de aktuelle prosedyrene/tiltakene og latt pasienten får hvilt seg. En av de andre informantene forklarer at søvn og hvile er viktig, at smerter og ubehag kan fremprovosere et delir. Gjennom ulik avdekking av faktorer og i større grad bruk av CAM-ICU som ofte blir nedprioritert, kunne pasienten vært skånet for ubehaget som delir medfører. En av informantene utdyper at delir over tid er farlig, like farlig som selve grunnsykdommen som pasienten kommer inn på intensiven for.

6.4 Intensivdelirium en ressurskrevende tilstand

Hvilke konsekvensen kan oppstå når deliret påfører pasienten et lengre intensivt opphold? Dette som følge av at behandlende målsetninger og tiltak ikke når fram? Informantene i studien vil belyse intensivsykepleierens opplevelser og erfaringer når det kommer til hva intensivdelirium over tid kan påføre personalet med tanke på stress og økt arbeidsbelastning.

6.4.1 Delir, tidkrevende med tanke på behandling og mål for behandling

En av informantene nevner at delir er en økonomisk utgiftspost både for sykehus og samfunnet.

Informanten utdyper at denne tilstanden koster mye penger som ikke blir godt nok dokumentert.

Informanten forklarer at en nyoperert hoftepasient ikke skal ta sånn tid post opp, men som følge av delir kan det eskalere, og pasienten blir liggende på intensivavdelingen. Fokuset endrer seg bort fra hoften som ble operert, som står på papiret, over til deliret.

Informanten utdyper:

«Jeg håper det kommer fram i en eller annen kalkyle så det kan se hvor mye tid det tar å stå med en delir pasient, og det er jo der vi e».

En annen informant tar opp hvor mye tid en pasient med delir krever. Her kommer også bemanningsproblemer inn. Informanten forklarer:

«At den får et eget rom hvis det er mulig, men av og til er det bemannings problem på intensivavdelinger som gjør det til en utfordring».

Deliret er krevende uttyper en av informantene, og må skåne pasienten for å ikke skade seg selv eller eventuelt andre. Utfordringen er når pasienten går over i en psykoselignende tilstand. Pasienten kan misopfatte gitt informasjon eller hvilken intensjon man har med tanke på å yte behandling i den grad at situasjonen kan eskalere til en uønsket hendelse. Dette kan også medføre lengre tidsbruk før iverksetting av behandlende tiltak som eksempelvis intravenøs behandling.

«Utfordringer er når du ikke når inn. I det hele tatt, og de er veldige, på en måte nesten psykotiske i sitt delir».

Informanten utdyper at man må ta stilling til den behandlingen/overvåkingen som er fastsatt.

«Arteriekran? Hva er konsekvensen om pasienten drar den ut? Jo pasienten kan forblø, det er farlig».

En annen informant tar opp tunge, multimorbide intensivpasienter som krever flere personale som følge av alvorlig sykdom, tung vekt og hypping endring av leie. Ved utførelses av ulike prosedyrer og undersøkelser er det krevende og belastende med slike pasienter da de kan ha et lengre intensivopphold over flere dager/uker. Informanten synes at delir er utfordrende med tanke på uro og det kan framstå på mange ulike måter. Informanten utdyper at pasienter med delir kan være stille, apatisk og utagerende, forsøke å klatre ut av sengen.

«Det kan jo.... Fremstå på veldig mange forskjellige måter egentlig».

Informanten understreker at det å få et enerom, hvis det er mulig, hjelper på med tanke på skjerming. Men som nevnt tidligere så begrunner informanten at det enkelte ganger er bemanningsproblem, som gjør det ekstra utfordrende for personalet. En av informantene forklarer at pasienter med delir er utfordrende og krever mye, mye tid og ressurser. Informanten håper at det kommer fram hvor mye det krever slik at økt bemanning kan være et alternativ.

6.4.2 Energikrevende og belastende for personalet.

Flere av informantene understreker at det er vanskelig med delirium, at intensivpasienter som har hatt et lengre intensiv opphold går eller flykter ut og inn av et delir, at pasienten er plukkete eller motorisk urolig. En av informantene understreker at dette er noe som ofte utarter seg på aften/nattevakter.

Alle informantene utdyper at delirium er utfordrende da det krever mye fra alle involverte parter for å kunne gi helhetlig sykepleie. Med andre ord, deliret er utfordrende for intensivsykepleieren og det er utfordrende for pasienten som har det. En av informantene nevner at atferdsmønsteret brått kan endre seg, fra at pasienten samarbeider til å snu helt om og motsette seg behandling. Informanten sier at det er svært utfordrende og at det tar mye energi. En av informantene forklarer at ved delir kan pasientens atferd endre seg til å bli verbal ufin, aggressiv, forsøke og klippe/slå og utdyper:

«Man må bare stå i det, vi kan jo stå sånn ti timer på en nattevakt».

Informanten tar opp en tidligere pasient case:

«Han var ufin og kalte oss mye rart i løpet av natten, og om morgenen unnskyldte han seg. Han husker jo hva som var skjedd og han husker jo situasjonen, og han måtte si unnskyld for at han var som han var. Ja han hadde ikke kontroll der og da».

En av informantene utdyper:

«Man blir litt lei, at man fort blir mett av slike pasienter når alt man gjør ikke er bra nok, hvis man for lov å si det slik?».

Informanten forklarer at det er fint å kjenne pasientens historikk, at det er bra å få følge dem opp over tid, men at det krever mye. Informanten presiserer at kollegaer er flinke til å avløse når det trengs, men det kommer også om kapasiteten i avdelingen tillater det. Det er lov og si at man er sliten og lei.

En av de andre informantene forklarer at ved de hypermotoriske delirene så må man passe på hele tiden, ikke snu ryggen til da tilganger, slanger og overvåkning kan bli autoseponert av pasienten. Informanten utdypet at man må være tålmodig, at det er en tålmodighetsprøve. Ved spørsmål om informant hadde vært redd noen ganger så benekter informant for det. Men informant utdypet med en humoristisk tone at vedkommende har gledet seg til at vekten skal gå mot slutten. En annen informant forklarer at pasienter med hyperaktiv delir/mix delir kan tære på motivasjonen over tid, og kjenner det på tålmodigheten. Informanten utdypet at vi mennesker er ulike, vi er positive i hver vår situasjon, men kanskje lurt styre rett person inn til en pasient med delir, gjerne de som har god tålmodighet.

«Det er, det er mange typer (mennesker) som er positive i hver sin type situasjon»

Informanten understreker at det er viktig for alle parter.

6.5 Bruk av tvang, for pasientens beste?

Denne kategorien omhandler et tema innen helsevesenet og som kan drøftes og motargumenteres på hvorfor man gjør akkurat de aktuelle tiltakene ovenfor pasienten. Hva som er bruken av tvang, kan variere ut ifra hver enkelt situasjon. Informantene beskrev flere ulike situasjoner der etikk og lovverk går over i hverandre.

En av informantene utdypet at det jobbes i grenseland når det kommer til delir pasienter på intensivavdelinger. Informanten tar opp situasjoner hvor tvang har blitt benyttet, og hvor lovverket ikke alltid er på plass med tanke på tvangsvedtak. Informanten utdypet at særlig når det kommer til intox pasienter benytter man seg av tvang.

Informanten presiserer at med bruken av tvang, er det med å holde pasienten fast som er det vanskeligste, særlig med delir da lovverk og etikk spiller inn.

Informanten tar også opp tilfeller som har oppstått ved vaktskifte, hvor man kanskje skulle prioritert andre løsninger med tanke på tiltak når det kommer til vedtak.

«Du har tilfeller der vakta før deg praktiserer tvang, for å holde pasienten fysisk i avdeling. Så da overtar du pasienten, og da praktiserer du det samme for å avløse dem (kollegaer). Der kunne man tatt seg tiden ved vaktskifte/rapport og finne ut hvilke vedtak som er på plass. Uavhengig om det er delir, psykiatri eller intox».

Når det kommer til situasjoner hvor pasienten er motorisk urolig, og det er fare for at pasienten skader seg selv eller auto seponerer livsviktig medisinsk overvåkningsutstyr. Er terskelen for bruk av tvang nærstående da det kan være fare for liv og helse. En av informantene forklarer:

«Da kan det jo være et krav, krav der også, at vi tar styringen og får hjelpe han med de grunnleggende fysiologiske først».

Dette støttes av flere av informantene, da man er pliktig til å avverge situasjoner hvor pasienten kan skade seg selv eller andre, så langt det ikke går utover egen helse. En av informantene forklarer at man utfører daglig ubevisst tvang med den intensjonen og hjelpe pasienten.

En av informantene beskriver en pasient case:

«Det er helt forferdelig! Lot seg ikke korrigere, og vi måtte holde pasienten for å kunne administrere medikament. Men vi bruker ikke ordet tvang, men ordet korrigere. Når vi skriver rapport bruker vi ikke ordet tvang, men vi skriver at vi måtte korrigere pasienten. Gi medisin til de blir rolig».

Informanten sier videre viktigheten med å dokumentere de strakstiltakene som iverksettes og hvorfor:

«Skriv i journalen at vi måtte holde, så jeg dokumenterte det».

Flere av Informantene er enige i at man daglig utfører ubevisst/bevisst tvang. En informantene belyser en prosedyre som daglig utføres på intensivavdelinger:

«Jeg tror ikke vi tenker på det som tvang. Det er ofte man må hjelpe legen, holde hånden, for eksempel legge inn arteriekran. Det er litt av hverdagen vår».

Informanten tar opp at pasienter kan ha en sykdomshistorikk utenfor somatikken som kan være med på å skape situasjoner. Informanten utdyper:

«En pasient som er dårlig, kan ha mye i bagasjen psykisk. De kan reagere på det vi gjør, som de kan oppleve som tvang».

Informanten vektlegger at man er flinke til å forklare intensivsykepleierens intensjon til pasienten. Hvorfor gjøres eller utføres de aktuelle tiltakene? Samt prosedyrene. Videre tar informanten opp et tema som blir nevnt tidligere av en annen informant.

«Å jobbe i grenseland er et interessant tema. Som jeg ikke tenker over i hverdagen».

Informanten tar opp hvordan sykepleiere, ulikt basert på sine spesialiteter, jobber med utagerende pasienter. Pasienter som flykter mellom ulike stadier av delir eller som følge av nedsatt compliance basert på sykdomsbilde.

«Du ser forskjellen på hvordan en intensivsykepleier jobber med pasienter i forhold til utagering. Enn en psykiatrisk sykepleier på hvordan de håndterer (utagerende pasient). Vi tar fort tak i hånden og legger den på plass! Psykiatriske sykepleiere er flinkere å håndtere de uten å berøre pasienten. Men vi har kanskje ikke så mange valg».

Informanten begrunner med følgende:

«Jeg tenker at jeg må redde pasienten».

I takt med intensivsykepleierens intensjon når det kommer til å yte livsviktig behandling av den akutt kritisk syke, kan pasienten motsette seg behandling som følge av delirium eller andre alvorlige tilstander som kan påvirke pasientens kognitive status.

Informanten vektlegger at man på intensiv må få behandle den akutt kritisk syke pasienten. Det kommer fram fra flere av informantene at man iverksetter tiltakene for å redde pasienten, pasienten er i fokus. Flere av informantene gir uttrykk for at de ved flere anledninger har holdt fast en hånd som følge av utførelse av prosedyrer. Når det kommer til dokumentasjon er det delte meninger på hva som blir sett på som tvang og ikke tvang. En av informantene forklarer det slik:

«Jeg dokumenterer med mindre der er noe som går over grensen. Ikke hvis jeg må holde hånden hvis pasienten må ha en PVK».

Informanten avslutter med og si:

«Det er ganske vanlig at vi må holde hånden».

7 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å gi sykepleie til intensivpasienter som stod i fare for å utvikle eller som hadde utviklet tilstanden intensivdelirium. En tilstand som kan gi flere utfordringer parallelt med annen akutt kritisk sykdom. Resultatet fra denne studien vil diskuteres med utgangspunktet i studiens problemstilling, teoretisk utgangspunkt og tidligere forskning/litteratur som er relevant opp imot resultatene fra denne studien. I diskusjonskapitelet vil hver av hovedkategoriene belyse studiets funn.

7.1 Kommunikasjon og relasjonsbygging som sentral del av sykepleie

Resultatet fra denne studien viser at samtlige informanter understreker at personlig erfaring er viktig når det kommer til kommunikasjon mellom intensivsykepleier og den akutt kritisk syke. Kunnskap om relasjonsbygging og at alle individer er og reagerer ulikt er viktig. Veiledning, et klart og tydelig ordforråd samt gjentagende informasjon understrekes fra flere informanter er viktig for å bygge en relasjon. Det underbygges fra flere informanter at det er viktig å ha forståelse for at den akutt kritisk syke med delirium kan ha vansker med å oppfatte hva intensivsykepleieren forsøker å formidle og hvilke intensjoner vedkommende har med tanke på behandling.

7.1.1 Personlige egenskaper

Studiens resultater viser at personlige egenskaper er viktig i møte med den akutt kritisk syke, hvor flere av informantene utyper at stemningsleie kan være avgjørende for å oppnå en god terapeutisk relasjon mellom de involverte partene. Det blir nevnt flere ganger at å være pasient er ulik, på lik linje som at sykepleiere er ulike, alle individer er unike. Det støttes av Stubberud (2020b), som utdyper at intensivsykepleier har et selvstendig ansvar når det kommer til å skape en relasjon mellom pasient og den pårørende på en trygg måte. Dette ved å ta i bruk kunnskapsbasert erfaring fra tidligere. Intensivsykepleieren skal opptre forsvarlig for de involverte rundt pasienten.

Det er ikke alltid at sykepleieren kjenner pasientens personlighet. Dette som følge av at pasienten kan ha hatt andre sykepleiere tidligere for å opprettholde kontinuiteten i behandlingen. Når det kommer til kontinuitet så kan det være slik at den sykepleieren som kanskje egner seg best for en pasient med intensivdelirium med tanke på personlighet og væremåte, er opptatt med en pasient som får respiratorbehandling hvor man igjen følger kontinuiteten rundt behandling og pasientens pårørende.

Tålmodighet er en egenskap som utdypes av flere informanter parallelt med personlige egenskaper ved samhandling med en pasient som befinner seg i et delir. Det kommer fram i studiet at det er koordinator (ansvarsvakt) på den aktuelle vekten som fordeler pasientene til de ulike sykepleierne på

vakt. Det belyses da at man forsøker å plassere sykepleierne på bakgrunn av personlige egenskaper, samt pasientens sykdomsbilde. Det begrunnes også at det ikke alltid er anledning til det, men forsøker så langt det lar seg gjøre, dette nevnes fra flere informanter av studiet. Personlige egenskaper er noe som er personlig for mennesker og som igjen påvirker hvordan vi mennesker oppfører oss blant andre mennesker. I møte med pasienter med intensivdelirium kommer det fram at personlighet til sykepleieren er avgjørende i møte med denne pasientgruppen (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018).

På intensivavdelinger kan høyt tempo og økt arbeidspress tære på personalet over tid. Kanskje personen som er best egnet for å ha en hyperaktiv delirisk pasient må prioriteres til andre pasientgrupper som følge av at sykepleieren trenger en pause. Dette kan tenkes da personen kanskje har stått med en eller flere krevende pasient over tid.

7.1.2 Viktigheten med gjentagende informasjon til den akutt kritisk syke pasienten

Det kommer fram i studiets resultater at det er avgjørende å kunne kommunikasjon å kunne ta i bruk ulike kommunikasjonsferdigheter, dette for å fange oppmerksomheten til pasienten med intensivdelirium. Flere av informantene tar opp at personlig lynne, å opptre med et rolig kroppsspråk og rolig toneleie er viktige momenter for å kunne bygge tillit mellom sykepleier og pasienten med delir. Gjentagende informasjon til pasienten med delirium blir nevnt av samtlige informanter. Det understrekes at informasjonen må være tydelig, gi korte svar, korte setninger og gjenta informasjonen flere ganger. Dette som følge av at pasienter med intensivdelirium kan som følge av deliret få en virkelighetsbrist. Dette sekundært med at flere av intensivpasientene på forhånd har et komplekst sykdomsbilde som kan påvirke det kognitive hvor tid og sted kan være vanskelig å få med seg (Stubberud, 2020b).

Det belyses i studiet at det med og ta i bruk kontrollspørsmål hvor det eksempelvis nevnes dato, tid, hvor pasienten befinner seg og hvorfor pasienten er innlagt med tanke på behandling kan hjelpe å realitetsorientere pasienten, som støttes av flere informanter. Gjentagende informasjon kan være med på å hjelpe pasienten til å få med seg det man ønsker å formidle med tanke på behandlingsmål og videre plan. Pasienten kan som følge av deliriet ha svekket korttidshukommelse parallelt med nedsatt konsentrasjon (Stubberud, 2020b).

Det kommer fram i studien at en ved enkelte tilfeller kan bli redd for å fornærme pasienten med at man gjentatte ganger gjentar samme spørsmål, maser på pasienten, eller at pasienten føler at spørsmålene er noe alle burde kunne/vite det sykepleieren spør om.

Noen av informantene uttrykte i forhold til kontrollspørsmål at det kunne være utfordrende å tildele de til pasientene, da de kunne oppleves som kunstige. Spørsmålene kunne i visse sammenhenger virke veldig opplagt.

Det begrunnes at det er viktig å realitetsorientere pasienten på en skånsom måte dersom pasienten har virkelighetsbrist. Intensivsykepleier skal kunne jobbe kunnskapsbasert, ved siden av å iverksette helsefremmed tiltak. Som rehabilitering og forebygge arbeid for den akutt kritisk syke (Lykke, 2017). I studien belyses det at det er flere avgjørende faktorer som må tas i bruk for å kunne bygge og oppnå en relasjon. Eksempler som å prate om yrkesbakgrunn, interesser, har pasienten stor familie, det å skape en samtale ifra hverdagen kan være med på å bygge relasjon. Kommunikasjon er en byggestein mellom intensivsykepleier og den akutt kritisk syke pasienten (Zaal et al., 2013), det å bygge en relasjon vil ha økt betydning for videre i behandlingsforløpet (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018).

Det framkommer også i studien at intensivsykepleiere må sette seg inn i pasientens nåværende situasjon. Intensivsykepleieren må anerkjenne at det pasienten opplever som følge av deliret er reelt for pasienten, dette begrunnes av flere informanter. Viktigheten med å veilede og realitets orientere pasienten blir da en forsterket faktor for videre behandling. Dette er noe som presiseres av (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018), hvor det å bygge en relasjon gjennom ved å kjenne til pasientens livshistorie er et godt verktøy for å kunne utøve sykepleie. Hva har pasienten gjort i sin yrkeskarriere? Har pasienten vært på reise ut i den store verden? Det å kunne prate om kjente ting, kjente plasser kan være med på å gi en intensivsykepleieren en inngangsport når det kommer til tillit samt det å veilede pasienten (Svenningsen, 2009).

Det opplyses fra flere informanter at man skal unngå og ta opp ømfintlige temaer som rusmidler, familieforhold, økonomiske spørsmål, da det kan få negative konsekvenser med tanke på relasjon/samhandling under selve innleggelsen. Når det nevnes tidligere livshistorie framkommer det i studien tidligere sykdommer eller tidligere innleggelser. Innkøst er et verktøy som blir benyttet av alle de involverte partene i behandling av en pasient ifølge flere informanter. Faktorer som rus, psykiatri, funksjonshemninger og demens sykdom kan være elementer som kan påvirke pasientens evne eller at pasienten har vansker der og da til å ta imot veiledning eller å forstå intensjonen til den behandlende sykepleieren som følge av nedsatt samarbeids evne/sanseorganer (Stubberud, 2020a).

7.1.3 Veilede

Det kommer fram i studien at innen sykepleierfaget er det ikke bare pasienten man må forholde seg til, men også pasientens pårørende hvis det er opplyst. Det kan være situasjoner hvor den

behandlende sykepleieren må veilede pasienten og pasientens pårørende, og det understrekes at det første møtet er noe sykepleiere må ha i bakhodet. Hvordan man presenterer seg for pasienten og dens pårørende er avgjørende med tanke på videre relasjon i behandling forløpet. Er pasienten kjent fra før? Kjenner man pårørende? Flere av informantene begrunner at man i forkant under en samtale med pårørende forklarer hvilken tilstand pasienter er på det aktuelle tidspunktet. En viktig del av intensivsykepleiens funksjon er å ivareta pasienten og pasientens pårørende. Noen ganger strekker ikke tiden til, og man har ikke tid til å gi den informasjonen som pårørende kanskje skulle hatt i forkant, da situasjonen kan endre seg brått og det kan være fare for liv. Pårørende kan også ha en bakgrunn eller diagnoser som kan være avgjørende om de i det aktuelle tilfellet er mottakelig for den informasjonen som sykepleier ønsker å gi.

Dette i roligere omgivelser, og at det er viktig før man går inn til pasienten, at alle parter er forberedt, også pasienten. Da de berørte partene befinner seg i en krevende situasjon, og tiden framover ut ifra pasientens sykdomsbilde (Larsson & Rubertsson, 2012, pp. 712-713).

Det belyses i studien det med å veilede og samhandle med pasientene som hallusinerer, det med at man forsøker å forklare pasienten at det ikke er slik, men en innbilning som følge av sin tilstand. Det begrunnes at man ved slike situasjoner forsøker å veilede pasienten bort ifra det, at man forsøker å lede bort tankene med andre samtaleemner. Det belyses fra (Francis, 2019), at det ikke alltid er slik at man klarer å lede pasienten bort i fra de paranoide tankene. Da er viktigheten med forståelse og empati sentralt med tanke på å yte sykepleie.

Det med å skjerme pasienten fra alarmstøy ved å justere ned alarmgrensen så langt det lar seg gjøre kan hjelpe. Være i forkant på infusjoner før de går tom og pumpen piper er noen tiltak. Noen ganger ligger det flere pasienter på samme rom som kan by på utfordringer i form av støy fra medpasienter og fra personale (Francis, 2019). Intensivsykepleiere er avhengig av overvåkning for å kunne yte de observasjoner som er forordnet.

7.1.4 Pasientens språk/å forstå/tolke pasienten

I resultatene kommer det fram at et tydelig kroppsspråk, ansiktsuttrykk og hvordan pasienten beveger seg hjelper sykepleiere å danne seg et helhetlig bilde når det kommer til hva pasienten ønsker og ikke ønsker. Det understrekes at det kan framstå varierende og svingende ut fra hver enkelt pasient. Noen pasienter kan være redde, redde som følge av at de ikke klare å formidle eller utrykke seg som følge av svekket sanser (Ranhoff, 2014a). Slike situasjoner kan få fatale konsekvenser da pasienten kanskje ikke oppfatter intensivsykepleierens intensjon, da pasienten kan som følge av deliret og annen akutt sykdom ha dannet seg en egen virkelighet (Stubberud, 2020b). Flere av informantene tar opp at det er en naturlig reaksjon for oss mennesker når vi ikke klarer å

utrykke oss eller forstår hva som foregår. Pasienter kan tro at noen ønsker å skade dem utdyper en av informantene.

Det kommer fram i studiens resultater at man ved flere tilfeller har erfart at pasienten med intensivdelirium husker tilbake hvordan pasienten har oppført seg, verbalt og fysisk. Pasienten kan huske enkelte episoder fra deliret. Dette bekreftes av Bélanger & Ducharme (2011), som forklarer at det kan det føre til at pasienten ikke helt vet hvordan han/hun skal håndtere situasjonen i etterkant. Da er det viktig å guide pasienten og dens pårørende gjennom den tunge tiden, hvor det å snakke om enkelt episoder kan ha en styrkende effekt (Bélanger & Ducharme, 2011). Det begrunnes fra samtlige informanter at man må guide pasienten ut av de tankene og hjelpe med å avlaste eventuelle følelser selv om det kan være utfordrende. Det er også viktig å støtte pasienten og forklare at det pasienten har gjort skyldes av tilstanden (deliriet).

7.2 Medikamentell behandling av delirium. Fordeler og ulemper som kan påvirke behandlingsforløpet

Studios resultater viser til at medikamentell behandling av intensivdelirium er en behandlingsform som kan ha positiv og negativ effekt for den akutt kritisk syke med delir. Det utdypes fra flere informanter. Hvilket medikament og hvordan det gis er avhengig av hver enkelt pasient, da det ofte er flere momenter som påvirker pasienten med tanke på sykdomsforløp/bilde.

7.2.1 Behandling, smertelindring og sedering av pasienter med intensivdelir.

En av informantene tar opp det med ubehag hos en pasient som er var lett sedert, som følge av behov for respirator støtte. Informanten opplevde at ubehaget av tuben var med på å trigge fram delirium hos pasienten. I ettertid begrunner informanten at man skulle ha økt på sederingen sekundert med å se på andre former for smertelindring. En av informantene utdyper at delirium er komplisert, som følge av deliret økes sedasjonen. Videre forklarer informanten at ved enkelte tilfeller anvendes medisiner som ikke bestandig har ønsket effekt med tanke på grunnsykdommen i kombinasjon med deliret (Bryczkowski et al., 2014).

Det kommer fram i studiet at det kan være vanskelig for intensivsykepleieren å fange opp delir hos en intubert pasient, da man benytter seg av flere medikamenter som påvirker det sensoriske og det kognitive. Intuberte pasienter har ikke muligheten til å utrykke seg verbalt. Men kommunikasjon kan forsøkes gjennom eksempelvis IPAD, nonverbal kommunikasjon ved å peke eller bruke blikk. Ut ifra disse observasjoner kan man da kartlegge om pasienten er i et delir. Det opplyses at ved en ekstubasjon er det stor fare for at pasienten går inn i et delir. Dette som følge av flere faktorer som fore eksempel at pasienten er forankret i sengen og kan ha mistet en del muskelmasse. Langvarig

intensivbehandling tærer på pasienten, og det må jobbes målrettet før man kan mobilisere dem over i stol. Sekundært med ulike medikamenter som man gradvis trapper ut, og som kan ha lang halveringstid. Det utdypes at man må ha kunnskap om de ulike medikamentene som benyttes i behandlingen av den akutt kritisk syke.

Det belyses i studien at smertelindring er avgjørende for å kunne oppnå en helhetlig sykepleie med tanke på ro, hvile og søvn. Smerter kan forsterke delirium til intensivpasienten, og faren for at et hyperaktivt delir utvikler seg forsterkes. For å forebygge det er smertelindring i forkant avgjørende som igjen vil kunne skape ro og god søvnrutine (Bryczkowski et al., 2014)

Febernedsettende kan hjelpe som bunn, og det med at pasienten ikke skal ha smerter er viktig, framkommer det fra flere av informantene.

Bruken av intravenøs medikamentell behandling i form av benzodiazepiner og opiater kan medvirke til at pasienten misforstår sykepleierens intensjon. Dette som følge av at pasienten kan få nedsatte sanser og blir trøtt/sløv. Men det begrunnes at da har en mer kontroll med tanke på dosering og nedtrapping av ulike medikamenter. En av de positive sidene med bruken av intravenøs behandling er pasienten blir skånet for stikk i form av intramuskulære eller subkutan administrering, som kan være smertefullt. Pasienten kan da oppleve det som traumatisk som følge av smertene som påføres (Gulbransen & Olsen, 2020, pp. 150-153).

7.2.2 Kontraindikasjoner ved bruk av benzodiazepiner og smertestillende.

Det kommer fram i studiet at konsekvensen ved bruk av sederende og beroligende medikamenter kan ha en negativ ringvirkning for pasienten da det kan påvirke pasienten kognitivt og dempe for de ulike sansorganene. Hva som er første hånds medikament i behandling av delirium, kan variere fra hva hver enkelt lege foretrekker eller hva legen har kjennskap til på bakgrunn av erfaring med delirium.

En av informantene utdyper de negative konsekvensene ved bruken av sederende/beroligende medikamenter. Pasienten kan bli sløv, man får ikke gitt visse medikamenter per os som pasienten kanskje trenger. Nedsatt compliance er en bivirkning ved bruk av beroligende medikamenter, som igjen kan skape flere liggedøgn på intensiv. Som følge av at pasienten kanskje ikke evner å motta informasjon eller klarer å samarbeide. Det blir nevnt av flere informanter at det er gjerne de hyperaktive deliriene som kan være en utfordring med tanke på behandling og behandlingsmål. Det er viktig å tenke på mulige komplikasjoner samt videre plan for pasienten med bruken av medikamenter mot hyperaktivt delir.

Det kommer fram i studien at komplikasjoner som følge av ulike medikamenter kan være nærstående. Noen medikamenter har lang halveringstid som kan ramme pasientens metabolisme, som allerede kan være i ubalanse som følge av pasientens sykdomsbilde. Overdosering av ulike medikamenter parallelt med sykdom er faktorer som kan underbygge og forsterke et delir hos den akutt kritisk syke.

7.3 Iverksette tiltak ved pasienter med intensivdelirium, hvordan kartlegger man delir?

Det kommer fram i studien at intensivsykepleierens kunnskaper om tilstanden delirium er avgjørende i møte med denne pasientgruppen. Hvordan delir kan oppstå, hva det kan medføre for pasienten over tid, og pasientens pårørende. Det ble belyst flere aspekter som blir nevnt av samtlige informanter. Kartleggings verktøy og bruk av pårørende parallelt med behandlende tiltak var felles for alle informanter.

7.3.1 Intensivpasienten, kunnskapen om delir, og hva det kan medføre.

Det belyses i studien at delir er en tilstand som ofte forekommer på intensivavdelinger. Det kan være pasienter som er innom intensivavdelingen som følge av annen akutt kritisk sykdom. Som følge av sin grunnsykdom kan pasienten være i, eller ha hatt en fase med delir. Det støttes av (Leonardsen, 2014), som gjennom en systematisk litteraturgjennomgang viste at forekomsten av intensiv-delirium kan være så høy som 87 %. Det framkommer fra flere av informantene at delirium er en tilstand som skaper en problemstilling som ikke alltid får den bruk av ressurser som denne tilstanden kan krever, som igjen er en følge av en travel avdeling. Det var delte meninger blant informantene når det kom til spørsmål om fagdager med en dypere innføring av delirium og de ulike variantene av denne tilstanden. Noen informanter mente at det måtte forventes en slik tilstand på en intensivavdeling med alvorlig syke, og at tidligere erfaringer var gode å ha med seg i møtet med en delirisk pasient. Det kom fram at tre av informantene uttrykte et ønske om en dypere innføring når det kom til behandling av intensivdelirium, at fagdag kunne være nyttig for de ansatte.

Det kommer fram i studien at rett stimuli er viktig for pasienten med intensiv delir, da det er mye støy fra alarmer og maskiner på en intensivavdeling. Pasienten er ofte ikke i stand til å ivareta sine elementære behov, og kan ha vært skjermet fra omverdenen over en lengre periode. Det kan påvirke pasienten negativt, det kan skape vansker for pasienten med å skille på dag eller natt (Stubberud, 2020c). Det understrekes fra flere informanter at delir over tid kan medføre til økt sykdomsforløp

som følge av forverring av grunnsykdom. Over lengre tid med akutt kritisk sykdom sekundært med delir øker morbiditeten, over en lengre tid vil også mortaliteten øke (Zaal et al., 2013).

7.3.2 Det er viktig med en positiv døgnrytme for pasienten og begrense stimuli.

Studiet belyser at pasienter med intensivdelirium har økt behov for ro, hvile og søvn. Faste rammer er elementært, og personalet kan planlegge dagen strategisk med tanke på undersøkelser og behandlende tiltak. Ha kjente fjes med tanke på personale, hvor kontinuiteten som følge av oppfølging kan hjelpe å betrygge og rolig gjøre pasienten over tid (Sole et al., 2013, pp. 58-59). Observerer man at pasienten er sliten, og kan ha behov for hvile, understreker samtlige informanter at man da tilpasser seg. Planlagte tiltak som kan forskyves til en senere anledning som eksempelvis morgenstell kan vente. Det nevnes da at man skal ha mest mulig hands off tid fra pasienten.

Som nevnt tidligere benytter flere informanter seg av ordet rett stimuli. Det framkommer da i studien at man har positiv og man har negativ stimuli. Det å skjerme pasienter fra støy, andre medpasienter, samt det og ta bort overvåkningsutstyr så langt det ikke går utover pasientsikkerheten med tanke på sykdomsbildet, kan være med på å gi pasienten en positiv stimuli i form av ro (Zaal et al., 2013). Det støttes fra flere av informantene at det å begrense antall personer på pasientrommet, å seponere slanger, ledninger, urin kateter så langt det er mulig, vil være med på å fremme positiv stimuli, da seponering er med på å gjøre pasienten mer mobil. Ved å ta bort flere av disse komponentene vil man da kunne frigjøre pasienten på en måte fra forankring i sengen (Bryczkowski et al., 2014). Mobilisering og fysisk aktivitet er viktig, det utdypes at fysioterapeuter er med på å skape positiv stimuli i form av aktivitet som igjen vil fremme en god døgn/søvn rytme for pasienten. En av informantene forklarer at positiv stimuli kan oppnås ved hjelp av radio, da pasienten kanskje har det som vane å lytte til radio.

Det belyses i studiet at man ser et tydelig mønster mellom aktivitet, hvile og søvn. Det å balansere disse tre faktorene, som er elementære behov for oss mennesker. Disse faktorene vil bli sårt trengende når man er i en situasjon der kroppen jobber mot akutt alvorlig sykdom (Stubberud, 2020a). Det å ligge på en intensivavdeling kan være utfordrende for pasienter med delirium, da de utsettes for støy av alarmer, maskiner, personale som går ut og inn, og det kan være høyt tempo ute i avdelingen (Stubberud, 2020b). Dette kan skape negativ stimuli som igjen kan skape negative konsekvenser for pasienten, og styrke utviklingen av et delir da pasienten allerede er avmagret av krefter og lite søvn (Bryczkowski, Lopreiato, Yonclas, Sacca, & Mosenthal, 2014). En av informantene forklarer at det kan være nødvendig å sette begrensinger, dette for å skjerme pasienten, skjerme pasienten for negativ stimuli og jobbe målbevisst mot positiv stimuli.

7.3.3 Pårørende og relasjon, verktøy og resurs

Det kommer fram i studie at pårørende kan være med på å skape en positiv effekt for pasienter med delirium. De kan være en ressurs med tanke på det og realitets orientere pasienten, se kjente fjes og høre kjente stemmer, men de kan også ha en negativ effekt på pasienten da de må begrenses (Bryczkowski et al., 2014). Det bekreftes fra flere informanter. Pårørende kan stresse opp pasienten, dette som følge av pårørende kan være i en sjokkfase som følge av de aktuelle omstendighetene med tanke på pasientens sykdomsbilde. Pårørende kan forstyrre pasientens nattesøvn da at de kan sitte og stryke på pasienten, selv om intensjonen er god og at de under rette omstendigheter kan være en resurs (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018). En av informantene utdyper at man må begrense de pårørende, men at de kan gjøre intensivoppholdet for pasienten lettere, det støttes av (Smithburger et al., 2017) som tar opp det at pårørende kan ha en helbredende effekt. Det med og ta med personlige eiendeler fra hjemmet og inn på rommet til pasienten kan ha en positiv effekt (Smithburger et al., 2017). Det begrunnes av flere informanter at man må være i forkant pårørende, det er viktig at man gir tydelig informasjon rundt pasientens mentale status som kan være endret som følge av deliret. Det er viktig å forklare pårørende hva denne tilstanden er, at det ikke er en sykdom, men en tilstand som kan forekomme på intensivavdelinger og at i de fleste tilfeller er reversibel. En av informantene nevner at flere pårørende har vært engstelig og trodd at det har skjedd noe celebralt, som følge av pasientens mentale oppførsel. Under slike situasjoner er det viktig å informere pårørende på en forståelig måte og vise forståelse under den aktuelle livskrisen de og pasienten befinner seg i (Smithburger et al., 2017).

7.3.4 Kartlegging og forebygging av delir

Når en pasient ankommer intensiv avdeling så har pasienten en grunnlidelse som skal behandles. Hypoksi er en problemstilling som er en kjent problemstilling, som følge av grunnlidelsen kan pasienten gå inn i et delir. Det understrekes av flere informanter i studien. Flertallet av pasienten som får delir er de over 65 år. Intensivdelirium er en vanelig tilstand som forekommer på intensivavdelinger (Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes, 2009), man har ved flere anledninger stilt spørsmål om det er det sammensatte miljøet på en intensivavdeling som kan påvirke denne tilstanden. Det med enerom, liten eksponering på dagslys kan spille inn. Intensivpasienter har mindre muligheter for bevegelse og sosialisering en andre pasienter på andre avdelinger (Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes, 2009). Det er flere faktorer som kan være med på å mistenkeliggjøre et delir hos en akutt kritisk syk pasient. Det å ikke kunne utrykke seg, pasienten kan ha nedsatte sanser som syn og hørsel, nedsatt kognitiv status som følge av demens eller en infeksjon. Disse faktorene kan oppfattes som et hypoaktivt delir (Svenningsen, 2009).

En av informantene tar opp de nevnte faktorene, informanten forklarer at man kan ved enkelte tilfeller feildokumentert i rapporten. Da man har oppfattet pasienten som innesluttet og apatisk, man mistenker da et hypoaktivt delir, men det riktige kan være depresjon. Det støttes av flere informanter. Dette bekreftes av (Svenningsen, 2009) som forklarer at pasienten kan opptre innesluttet, vise tendens til tiltaksløshet ved et hypo aktivt delir. Mange forveksler denne tilstanden med depresjon (Svenningsen, 2009).

Det finnes flere ulike kartleggings verktøy for å fange opp delirium, hvor en er spesifikk utarbeidet for å fange opp delirium på intensivavdelinger. Flere av informantene begrunner bruken av CAM-ICU og hvor bruker vennlig den er, både for pasienten og for intensivsykepleieren. Det framkommer i studien at flere av informantene synes CAM-ICU er ugunstig, at den oppleves som kunstig med tanke på spørsmål. Det nevnes også at man kanskje skulle vært flinkere å benytte seg av den, sette seg dypere inn i bruken. CAM-ICU er den mest brukte kartleggings modellen for intensiv delir, man monitorer er pasienten gjennom kyniske og verbale spørsmål (Larsson & Rubertsson, 2012, pp. 712-713). Forskning viser at det kan være utfordrende og fange opp delirium ut ifra pasientens sykdomsbilde som kan påvirke pasientens GCS (Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes, 2009).

Det framkommer i studie fra samtlige informanter at man må vite hva intensivdelirium er, hva kan det komme av, hvilke kliniske faktorer kan framskynde denne tilstanden. Dette styrket av (Stubberud, 2020a) som forklarer at delir er en tilstand som oftest oppstår som følge av skade, traume eller akutt kritisk sykdom. Det å vite de tre ulike typene delir som kan utspille seg, alle informanter utrykte at mix og hypoer aktive delir er lett igjen kjennelig, men at de hypoaktive deliriene ofte kan glippe forbi i en travel hverdag på intensiv/post opp. Det var delte meninger når det kom til forespørsel økt kunnskap på feltet hvor man etterlyser et tverrfaglig team bestående av geriater, nevrolog, og psykologer som kan sammen med sykepleier gjøre en faglig vurdering ut ifra det kliniske og kognitive.

En av informantene begrunner at de som står i fare for å utvikle intensivt delirium er de pasientene som har et lengre intensivt opphold. Denne tilstanden inntreffer ofte mellom 7 – 9 dager. Dette støttes av (Stubberud, 2020a) som forklarer at utviklingen av delir kan variere ifra timer, dager og til uker, og med fluktende variasjon. Man må vite at dette er en vanlig tilstand som oftest har en metabolsk sammenheng som man ikke har kontroll over utdyper en av informantene. Det bekreftes at langvarige intensivpasienter har ofte en sammensatt og komplisert sykdoms forløp (Francis, 2019). Samtlige informanter understreker at man må være i forkant for å forebygge delir. Hva som kan være utløsende faktorer kan være mange. Det og bli fratatt endel av sine elementære behov hvor man på

intensivavdelingen tar over styringen kan være en utløsende faktor hvor man som framskynder pasienten inn i et delir (Ranhoff, 2014a).

Det framkommer i studie at døgnrytme er kjempeviktig parallelt med søvn for å forebygge at pasienten skal havne i et delir (Sole et al., 2013, pp. 58-59). Det nevnes fra samtlige informanter at enkelte pasientgrupper ut ifra sykdomsbilde har økt sannsynlighet for å havne i en delirisk tilstand. Det å mangle kontroll over egen kropp og funksjoner som følge av akutt sykdom, traumer, eller akutt kirurgi øker sjansen for utvikling av delirium betraktelig, og man må iverksette tiltak for å forebygge denne tilstanden (Stubberud, 2020a). Deliret kan skape vansker med tanke på behandling. Det opplyses fra flere informanter at infeksjon kan være en utløsende årsak. Det oppgis flere ulike problemstillinger som nyoperert, psykiatrisk historikk og hjertesykdom, det er altså flere aspekter man må ta stilling til som kan skape et delir (Svenningsen, 2009). Det elementære spekteret med tanke på det fysiologiske som ernæring hvor mat og drikke er viktig. Er pasienten underernært? Det nevnes også det med obstipasjon, overfylt urinblære, smerter, angst. Det med en overfylt urinblære og ikke kunne utrykke ubehaget og den smerten som oppstår parallelt med motorisk uro kan gi utslag for et delir.

Det belyses fra flere av informantene at hvile er viktig for pasienter med intensivdelirium. På dagtid skal det skje ting hele tiden, det skal gjennomføres ulike prosedyrer og det skal utføres ulike undersøkelser. En av informantene tar opp at vedkommende har flere ganger fundert i etterkant om man skulle unnlatt å gjøre de aktuelle tiltakene/prosedyrene på det aktuelle tidspunktet. Informanten utdyper at man ikke skulle ha forstyrret roen og søvnen til pasienten. Det å omprioritere aktuelle tiltak fremme ro, hvile og søvn er viktig (Zaal et al., 2013). Det belyses av samtlige informanter, så langt det ikke går utover pasientens sikkerhet eller hemmer behandlingsmål da det kan forlenge sykehusoppholdet.

7.4 Intensivdelirium en resurskrevende tilstand

Resultatene fra denne studien viser deltagerens evner til å belyse hva et intensivdelir kan påføre pasienten, dens pårørende og de behandlende partene over tid. Hva konsekvensen kan bli hvis behandlende tiltak og målsetning ikke når fra, og hva intensivdelirium over tid kan påføre personalet med tanke på økt arbeidsbelastning og stress.

7.4.1 Delir, tidkrevende med tanke på behandling og mål for behandling

En av informantene utdyper at delir er en tilstand som kan belaste samfunnet økonomisk. Det støttes av (Sole, Klein, & Moseley, 2013, pp. 58-59) som belyser at deliriet kan øke liggedøgn på intensivavdelinger samt et økt sykdomsbilde. Informanter utdyper at denne tilstanden koster mye

penger og at det ikke blir godt nok dokumentert med tanke på utgifter og eventuelt styrking av personale. Dette støttes av samtlige informanter, da pasienten kan bli liggende lenge på intensivavdelingen. Et eksempel kan være en pasient som blir operert for et hoftebrudd, kommer til innessiven på oppvåking med et delir. Informanten understreker at da flyttes fokuset bort fra hoften og over på deliret. Men på sykehus papiret er det hofta som man behandler. Det belyses fra flere av informantene at det krever mye tid å stå med en delirisk pasient, og det nevnes at bemanningsproblem kan oppstå, som gjør det utfordrende. En av informantene understreker at delir tar mye tid, man må skåne pasienten fra å skade seg selv og eventuelt andre. Det er utfordrende når man ikke når inn til pasienten. Det er under slike situasjoner hvor pasienten er motorisk urolig, plukkete at man må ta sikre venøse tilganger (Stubberud, 2020a). Man må ta stilling til behandlingen som er forordnet samt overvåkning som er fastsatt. Konsekvensen kan bli fatale hvis pasienten skulle auto seponere en arteriekran, pasienten kan forblø.

En av informantene drøfter når det kommer til tunge intensivpasienter som er multimorbide, hvor alderdommen sammen med alvorlig sykdom gjør det mere komplekst. Informanten utdyper at delir er utfordrende, med tanke på motorisk uro, pasienten kan endre seg til å bli stille, bli utagerende for så å forsøke å klatre ut av sengen. Informanten tar opp det med enerom hvis det er mulig, med tanke på skjerming. Det og skjerme pasienten fra støy, slanger, ledninger kan ha en beroligende effekt (Bryczkowski et al., 2014). Igjen blir bemanningsproblem løftet fram som gjør det ekstra utfordrende for personalet. Det underbygges av flere informanter at delirium pasienter er utfordrende. Denne pasientgruppen krever mye, mye tid og ressurser (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018). En av informantene håper at denne problemstillingen blir løftet fram, slik at man kan se hvor mye en pasient med hyper/mix delir kan kreve, dette for å oppnå økt bemanning.

7.4.2 Energikrevende og belastende for personalet.

Det kommer fram i studie at samtlige informanter understreker at det er vanskelig med delirium. Intensivpasienter som har eller har hatt en lengre opphold på intensivavdeling flukter ut og inn av et delir. Det kommer fram at det er tungt når pasienten er motorisk urolig over en lengre periode, at de er plukkete, det opplyses at det er noe som ofte utarter på aften/nattevakter ifølge flere informanter.

Flere informanter utdyper at pasienter med delirium er utfordrende og krevende, da det krever mye fra de involverte partene for å kunne gi helhetlig sykepleie. Deliriet er utfordrende for intensivsykepleieren, men samtidig må man tenke på at det også er utfordrende for pasienten med intensivdelir. Det at atferdsmønsteret brått kan endre seg, fra å være rolig og samarbeide til så å

endre seg til det motsatt med utagerende atferd som igjen fører til at pasienten kan motsette seg den behandling som er ordinert (Stubberud, 2020a). Når pasienter med intensivdelir endrer atferdsmønster hvor pasienten er aggressiv verbal og fysisk over tid. Blir denne tilstanden belastning som krever mye ifra personalet som ønsker å utøve sykepleie (Francis, 2019).

Det kommer fram i studiet at over tid tapper denne tilstanden personalet for energi, og en av informantene utdyper at man kan fort bli lei når alle tiltak man gjør ikke når fram. Intensiv delir er en tilstand som over tid kan kreve økt bemanning, dette som følge av økt behov for tettere oppfølging da pasientsikkerhet kan bli truet av selve deliret (Leblanc, Bourbonnais, Harrison, & Tousignant, 2018). Det understrekes at man må ha god tålmodighet når man holder på med denne pasientgruppen. Det opplyses at det oftest er de pasientene som har et hyperaktivt delir eller en mix delir som krever alles oppmerksomhet. Studien viser man må forsøke å sette rett person til den aktuelle pasienten med delirium. Alle mennesker er ulike, og vi mennesker er positive i hver vår situasjon. Med det er det mest optimale å sette riktig person hos riktig pasient dersom bemanningen tilsier det. En informant forklarer at det er en tålmodighets prøve, man må passe på hele tiden.

7.5 Bruk av tvang, for pasientens beste?

Det kommer fram i studiens resultater fra flere informanter at det brukes tvang, da gjerne ubevisst fra pleiernes side. Dette som følge av at intensivsykepleier gjør daglige prosedyrer og tiltak som på andre avdelinger hadde blitt synliggjort annerledes med tanke på utførelse av aktuelle prosedyrer. Særlig innen intensivmedisinsk perspektiv hvor pasientens tilstand kan stå mellom liv og død er begrepet tvang sett på som et synonym om å redde liv. Det kan argumenteres og motargumenteres for hva som er bruk av tvang, men det kan variere ut fra hver enkelt pasient case og situasjon. En av informantene tar opp det med å jobbe i grenseland når man har pasienter med delir på intensivavdeling. At ikke alltid lovverket er på plass, hvor tvangsvedtak er vedtatt er noe som kan forekomme. Eksempler kan følge informanten være intox pasienter. Denne pasientgruppen kan som følge av intoksen ha nedsatt compliance, pasienten handler ut ifra nuet og kan ha problemer å forstå intensivsykepleierens intensjon. Den hender at man må holde de fysisk i avdeling da de forsøker å rømme. Det framkommer i studie at ved flere anledninger ved gjerne ved vaktskifte. At vakten før har praktisert tvang som følge av situasjonens karakter. Det kan da føre til at påtroppende sykepleier fortsetter denne praksisen. Informanten understreker at å be om avløsning kunne vært en løsning slik at de involverte partene sammen kunne sette seg ned og iverksette prosessen for et vedtak. Ved å ha et godkjent vedtak ved bruk av tvang kommer kapittel 4 A fram, som innebærer at man kan yte helsehjelp til pasienter som uten samtykkekompetanse motsetter seg livsnødvendig helsehjelp og da

har avklart det juridiske da situasjoner kan eskalere og bruk av tvang foreligger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2009).

Ved vaktskifte er man styrket med tanke på personalet, det kan da være en gylden mulighet og få til et tvangsvedtak på plass. Det presiseres uavhengig om pasienten har en psykiatrisk problemstilling, intox eller er fanget i et hyper/mix delir.

I de situasjonene hvor pasienten er motorisk urolig som følge av deliret kommer det fram i studien at intensivsykepleieren må passe på at pasienten ikke skader seg selv eller auto seponerer livsviktig medisinsk overvåkningsutstyr. Terskelen for å benytte tvang er da nærstående, da det kan gå ut over pasientens sikkerhet med tanke på liv og helse. En av informantene utdyper at det kan være et krav der og da, at man tar fysisk over styringen av pasienten slik at man får kontroll over situasjonen. Man må ivareta og hjelpe pasienten med de grunnleggende fysiologiske først.

Prosedyrer som innleggelse av arteriekran som vil skåne pasienten for stikk under blodprøvetaking, og samtidig kunne måle invasiv blodtrykk er daglige på intensivavdelinger. En av informantene tar opp det med ubevisst bruk av tvang der å hjelpe legen under selve prosedyren, holde hånden til arteriekranen er lagt inn. Det er litt av hverdagen på intensivavdelinger uttrykker informanten. Det presiseres at man alltid forklarer pasienten hvorfor man gjøre de aktuelle tiltakene og hva hensikten bak er.

Det framkommer i studien fra flere av informantene at bruken av tvang eller at man jobber i grenseland er noe man kanskje ikke tenker på der og da, da man må redde pasienten. Da pasienten som følge av akutt kritisk sykdom har nedsatt compliance og GCS som følge av sitt sykdomsforløp. En av informantene understreker at man ikke bruker ordet tvang, men korrigerer, alt skal dokumenteres og hvorfor man korrigerer pasienten ved å holde hånden eksempelvis. Eller at man måtte gi medisin for å få pasienten rolig.

Studien belyser at bruken av tvang, ubevisst tvang som følge av prosedyrer som innleggelse av venefflon eller arteriekran har sprikende synspunkter fra informantenes syn. Hva som dokumenteres er etter hva hver enkelt føler er nødvendig. En av informantene mener det å jobbe i grenseland er et interessant tema som informanten ikke tenker på i hverdagen utenfor jobb. Det blir tatt opp det med hvordan sykepleiere basert på sine spesialiteter har andre modeller/taktikker de benytter seg før eller ved utførelse av prosedyrer, særlig ved utagerende atferd, dette er noe som kom fram i studiet.

Psykiatriske sykepleiere er flinke å prate rundt pasienten, og roe ned uten å måtte legge hånd på vedkommende.

8 Metodediskusjon

8.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Å gjøre en kvalitativ studie betyr at forsker står nært det som skal studeres. Det å forske på eget fagfelt var utfordrende da egne erfaringer som intensivsykepleier kan ha hatt innvirkning på oppgavens problemstilling, intervjuguide, og hvordan datafangsten ble fortolket. Under hele prosessen av studien har forsker jobbet med å være sin egen forståelse bevisst.

Det å være kjent i eget spesialfelt kan ha vært med på å skape en trygghet rundt informantene ved at forsker kan gjenkjenne de beskrivelser og de situasjoner som har blitt gjengitt under intervjuene. En begrensning ved at forsker kjenner fagfeltet kan ha ført til at enkelte informanter har latt være eller kunne ha gått dypere i besvarelsene. Å kjenne til fagfeltet kan ha påvirket intervjuet da forsker kjente på eget engasjement og ville dele det med informantene. Dette ble jobbet mot å få gjennomført intervjuene på en slik måte at informantene ikke skulle føle at de var nødt til å prestere. Det forekom at noen av deltagerne spurte om svarene de ga var greie i henholdt til det forsker lurte på.

Studien består av fem informanter hvor tre er damer og to er menn. Kunne studien ha blitt annerledes med en økt populasjon hvor informantene består av likt antall kjønn?

I analysedelen andre trinn ble det benyttet mye tid på å få valgt ulike temaer med tilhørende subkategorier. Men selv etter å ha valgt tema dukket det opp nye temaer underveis som forsker fortsatte i analysens tredje trinn. Dette arbeidet blir beskrevet etter beste evne i studiens metodekapittel for å vise leserne hvilke veier forsker valgte for å oppnå sine resultater.

8.2 Konklusjon

Studiens hensikt var å framskaffe kunnskap hvordan intensivsykepleiere erfarer det å utøve sykepleie til en akutt kritisk syk pasient som stod i fare for eller som hadde utviklet tilstanden intensivdelirium.

Resultatene av studien viser at intensivsykepleiere fremhever grunnlaget i møte med pasienter med et komplekst sykdomsforløp hvor delirium er en sekundær tilstand som følge av akutt kritisk sykdom. Det å ha kjennskap til delirium, hvilke grader som finnes styrket intensivsykepleierne i møte med denne pasientgruppen.

Pasienter med intensivdelirium kan flukte mellom liv og død, sekundært med sykdom som kan påvirke sanseorganer og kognitiv status. Dette kan gjøre det ekstra utfordrende å formidle informasjon som behandlende tiltak. Under slike situasjoner må intensivsykepleieren benytte seg av

tidligere erfaringer samt ulike modeller for kommunikasjon for å sikre at pasienten forstår den behandlede partens intensjon. Det kommer fram at intensivsykepleier må ha kjennskap til forebyggende arbeid på lik linje med behandlende tiltak hvis pasienten har utviklet delirium. Hvilke verktøy som kan benyttes for å fange opp intensivt delirium og hvilke strategier for behandling som kan benyttes var noe som hver enkelt sykepleier veiet opp imot den aktuelle situasjonen.

Studiens resultater viser at intensivsykepleiere opplever denne pasientgruppen som krevende å møte på da situasjonen kan endre seg daglig som følge av deliret. Intensivsykepleieren kan stå i et langt pasientforløp over dager/uker hvor man gjennom et tverrfaglig team behandle den akutt-kritisk syke i en hverdag hvor bemanning kan være et problem. Det belyse at intensivsykepleieren er flinke til å avlaste væreandre i en hektisk hverdag. Det framkommer at de bruker gode refleksjoner under disse situasjonene og avlaster hverandre når det trengs i en situasjon som kan oppleves som utfordrende. Intensivsykepleierne jobber mot behandlende målsetning, ut ifra kunnskap – og erfaringsutveksling for å kunne yte, imøtekomme og ivareta pasientens autonomi, integritet, rettigheter, hvor også pårørende står sentralt.

9 Litteraturliste

- Bélanger, L., & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Bryczkowski, S. B., Lopreiato, M. C., Yonclas, P. P., Sacca, J. J., & Mosenthal, A. C. (2014). Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *Journal of Surgical Research*, 190(1), 280-288. doi:10.1016/j.jss.2014.02.044
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Joseph Francis, J., MD, MPH. (2019). Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. *UpToDate*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?search=delirium%20in%20icu&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode, grunntrekk I en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax forlag.
- Gulbrandsen, T. & Olsen, F. B. (2020). Smertelindring. I D-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (4 ed., pp. 150-153). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (1971). Norsk Senter For Forskningsdata. Retrieved from <https://nsd.no/>
- Larsson, A., & Rubertsson, S. (2012). *Intensivvård* (andra upplagan. ed.). Stockholm: Liber.
- Leblanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., & Tousignant, K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44, 92-98. doi:10.1016/j.iccn.2017.09.002
- Legeforening, D. N. (2012). Helsinkideklarasjonen. Retrieved from <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Leonardsen, A.-C. (2014). Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU)-barrierer ved implementering. *Inspira*, 8(1), 15-28. Retrieved from <https://www.alnsf.no/inspira/2014/24-inspira-2014-1/file>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven), (2008).
- Lovdata. (2009). *Kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.* (LOV-2021-11-30.-63). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#%C2%A74a-7

Lykke, P. M., E. (2017, 26.10.2021). FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER.

Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.

Ranhoff, A. H. (2014a). Delirium (akutt forvirring). In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2 ed., pp. 452-463). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2014b). Den akutt syke gamle. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2 ed., pp. 225-237). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A., & Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *Critical care nurse*, 37(6), e1. doi:10.4037/ccn2017485

Sole, M. L., Klein, D. G., & Moseley, M. J. (2013). *Introduction to critical care nursing* (6th ed. ed.). St. Louis, Mo: Saunders.

Spronk, P. E., Riekerk, B., Hofhuis, J., & Rommes, J. H. (2009). *Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care* (03424642). Retrieved from

Stubberud, D.-G. (2020a). Delirium. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (4 ed., pp. 212-232). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Stubberud, D.-G. (2020b). Intensivsykepleiernes funksjon og ansvar. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (4 ed., pp. 41-73). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Stubberud, D.-G. (2020c). Pasientens psykososiale behov. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (4 ed., pp. 79-110). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Svenningsen, H., & Bagger, C. (2009). Stille intensivdelirium er et overset fænomen i sygeplejen.

Sygeplejersken, 8(109), 42-47. Retrieved from [https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-](https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2009-8/stille-intensivdelirium-er-et-overset-faenomen-i-sygeplejen?fbclid=IwAR2Kfh1IkZbu_Qt991XAgke6XvBqLPENAWZf5jfThRWIRRUQtZD7JFJsuFc)

[2009-8/stille-intensivdelirium-er-et-overset-faenomen-i-sygeplejen?fbclid=IwAR2Kfh1IkZbu_Qt991XAgke6XvBqLPENAWZf5jfThRWIRRUQtZD7JFJsuFc](https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2009-8/stille-intensivdelirium-er-et-overset-faenomen-i-sygeplejen?fbclid=IwAR2Kfh1IkZbu_Qt991XAgke6XvBqLPENAWZf5jfThRWIRRUQtZD7JFJsuFc)

Zaal, I., Spruyt, C., Peelen, L., Eijk, M., Wientjes, R., Schneider, M., . . . Slooter, A. (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Medicine*, 39(3), 481-488. doi:10.1007/s00134-012-2726-6

10 Vedlegg 1

Informasjon før intervjuet:

Frivillig deltagelse og lovverk, min rolle som forsker, formålet med prosjektet og dets relevans innen intensivsykepleie, lydopptaker, transkribering, oppbevaring av data.

Drøfte om informanten har noen spørsmål før vi begynner intervjuet. Det vil også være anledning å stille spørsmål underveis under intervjuet.

1. Antall år innen intensiv medisin? Stikkord: Generell intensiv? Kir intensiv? MIO?
2. Tidligere arbeidserfaring? Stikkord: Sengepost? Hvilken? Kommune/spesialist helsetjenesten?
3. Kan du beskrive et møte/situasjon med en pasient med intensivdelirium? Stikkord: Det første møtet, utførte sykepleietiltak, utfordringer, annet du erfarte som viktig.
4. Kan du beskrive hva du mener er viktig i møte med pasienter som har eller står i fare for å utvikle intensivdelirium? Stikkord: monitorering, instrument, tidsorientering, døgnrytme, aktivisering, kommunikasjon, relasjon, pårørende,
5. Kan du beskrive hvilken kunnskap og kompetanse du mener er viktig når en skal gi sykepleie til pasienter som står i fare for eller har utviklet tilstanden intensivdelirium? Stikkord: kunnskap, praktiske ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter, teknikker og metoder, spesifikk sykepleiekompetanse, personlige egenskaper, annet.
6. Kan du beskrive hvilke utfordringer du har erfart i slike møte?

Til slutt en gjennomgang av intervjuet: Er det noe mere du vil si? Mere utfyllende svar?

11 Vedlegg 2



Vil du delta i forskningsprosjektet

«Intensivsykepleieres erfaringer med å utføre sykepleie til pasienter som har eller står i fare for å utvikle intensivdelirium»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å utføre sykepleie til pasienter som har eller står i fare for å utvikle intensivdelirium. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Gjennom dette prosjektet ønsker jeg å frembringe kunnskap om hvilke ferdigheter, tiltak og holdninger intensivsykepleiere mener er viktige og utfordrende i dette arbeidet. Forskningsprosjektet vil være utgangspunkt for arbeid med min masteroppgave i klinisk sykepleie, spesialisering intensivsykepleie.

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å utføre sykepleie til pasienter i intensivavdeling som har, eller står i fare for å utvikle intensivdelirium?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet (HVL), Institutt for helse og omsorgsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Årsaken til forespørselen om deltagelse i forskningsprosjektet er at du har klinisk erfaring med å forebygge og iverksette sykepleie for å hjelpe pasienter gjennom denne tilstanden som kan forverre pasientens sykdom. Seksjonsleder ved Intensiv avdeling, Helse Førde, vil velge ut deltakere, og jeg vil intervju 4-6 personer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg har valgt en kvalitativ metode, hvor jeg vil benytte personlige intervju for å innhente data til min oppgave. Jeg vil på forhånd sende ut en intervjuguide til deg, dersom du vil delta i studien, for at du som deltager skal være forberedt på de aktuelle spørsmålene. Intervjuguiden inneholder spørsmål/stikkord som er relevante til problemstillingen. Intervjuet vil registreres ved bruk av lydopptak under intervjuet. Jeg vil også ta notater i form av stikkord. Intervjuet vil ta deg ca. 45-60 minutter. Ditt intervju vil senere bli skrevet ut som anonymisert tekst og tolket. Jeg vil også be deg gi noen opplysninger om deg selv under intervjuet. Det vil være opplysninger om alder, antall år i yrket og tidligere yrkeserfaringer.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Behandlingsansvarlig institusjon er Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse og omsorgsvitenskap. Det er meg, masterstudent (anonymisert i henhold til eksamen 01.12.2021), og mine PhD stipendiat (anonymisert til eksamen 01.12.2021), ansatt ved HVL, som har tilgang til den informasjonen du gir. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og alt blir lagret på en forskningsserver ved HVL som er beskyttet med ekstra passord og kode. Materialet vil være utilgjengelig for andre enn meg selv og mine veiledere.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven som skal publisere resultatene fra studien eller i en artikkel dersom det blir aktuelt å skrive masteroppgaven om til artikkel.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved innlevering av masteroppgaven 01.12.2021. Opplysningene om deg vil bli oppbevart frem til 31.12.2021. Alle personopplysninger og eventuelle opptak vil da bli slettet og destruert ved prosjektslutt 31.12.2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskulen på Vestlandet ved anonymisert veileder (tlf. xxxxxxxx el. e-post: Xxx.Xxxx.Xxxxx@hvl.no)
eller kandidatnummer 424 (tlf.xxxxxx el. e-post: xxxxxx@stud.hvl.no)
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen, tlf 55 58 76 82 e-post
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Veileder (anonym)
Prosjektansvarlig
(forsker/veileder)

Kandidatnummer 424
Masterstudent



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Intensivsykepleieres erfaringer med utføre sykepleie til pasienter som har eller står i fare for å utvikle intensivdelir*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *personlig intervju med masterstudent*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. [31.12.2021]

Fullt navn i blokkbokstaver

Telefonnummer

(Signert av prosjektdeltaker, dato)