



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag

Delirium og intensivsykepleie: erfaringer og utfordringer

Haaksvold, Anna Runedatter & Krüger, Amalie

SYP-3902 Masteroppgave i sykepleie, studieretning intensiv. Juni 2024.

Antall ord: 19204

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1	Studiens hensikt.....	2
1.2	Utarbeidelse av forskningsspørsmål.....	2
1.2.1	Avgrensninger og presisering av forskningsspørsmål	3
2	Teori og tidligere forskning.....	5
2.1	Intensivsykepleierens funksjon, rolle og ansvarsområde.....	5
2.2	Delirium hos intensivpasienter	6
2.3	Screeningsverktøy for delirium.....	8
2.4	Kunnskapsbasert praksis	11
2.4.1	Implementering av kunnskapsbasert praksis.....	12
2.5	«Fra novise til ekspert»	13
2.6	Organisasjonskultur.....	15
3	Metode.....	17
3.1	Litteraturstudie med systematisk tilnærming.....	18
3.1.1	Utvikling av forskningsspørsmål	18
3.2	Beskrivelse av søkeprosessen.....	19
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	19
3.2.2	Databaser, søkeord og innledende søk	20
3.2.3	Gjennomføring av de endelige litteratursøkene og utvelgelsesprosess.....	23
3.3	Kvalitetsvurdering.....	24
3.4	Dataekstraksjon	26
4	Analyse.....	27
4.1.1	Analyseprosessen	27
4.2	Forforståelse	29
4.3	Forskningsetiske overveielser	30

5	Funn.....	31
5.1	Presentasjon av inkluderte artikler	31
5.2	Presentasjon av tema	33
5.3	Screeningsverktøy for å oppdage delirium.....	34
5.3.1	Erfaringer med å bruke screeningsverktøyet CAM-ICU	34
5.4	Holdninger og praksis til vurdering av symptomer på delirium	36
5.4.1	Erfaringer med å vurdere symptomer på delirium	36
5.4.2	Behov for økt kompetanse om delirium.....	37
5.5	Tverrfaglig samarbeid og erfaringsdeling	39
5.5.1	Manglende støtte fra andre yrkesgrupper og behovet for tverrfaglig samarbeid 39	
5.5.2	Erfaringsbaserte vurderinger foran bruk av retningslinjer	40
6	Diskusjon.....	43
6.1	Oppsummering av funn.....	43
6.2	Diskusjon av hovedfunn.....	44
6.2.1	Forbedring av pasientutfall gjennom bedre tverrfaglig samarbeid og fokus på delirium 44	
6.2.2	Implementering av kunnskapsbasert praksis for vurdering av delirium	46
6.2.3	Er CAM-ICU et egnet screeningsverktøy for vurdering av symptomer på delirium? 52	
6.3	Metodediskusjon	56
6.3.1	Valg av metode.....	56
6.3.2	Styrker og svakheter med studien	57
7	Avslutning med implikasjoner for praksis og videre forskning.....	60
7.1	Videre forskning.....	60
	Referanseliste	63
	Vedlegg	71
	Vedlegg 2 – Endelige søk i PubMed.....	75

Vedlegg 3 - JBI sjekkliste	76
Vedlegg 4 - Kvalitetsvurdering av artikler.....	77
Vedlegg 5 - Dataekstraksjonsskjema	89
Vedlegg 6 – Eksempler på markeringer med tusj i analyseprosessen.....	95
Vedlegg 7 - Litteraturmatrise	1

Tabelliste

Tabell 1 – PICOT-skjema	18
Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier	19
Tabell 3 – Oversikt over prøvesøk	22
Tabell 4 – Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene basert på JBI sin sjekkliste for kvalitative studier	25
Tabell 5 – Oversikt over innledende tema og hvilke artikler de finnes i	28
Tabell 6 – Presentasjon av litteraturmatrise	32
Tabell 7 – Presentasjon av hovedtema og tilhørende undertema	33

Figurliste

Figur 1 Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) flytskjema (Rikshospitalet, 2008, E-håndbok)	9
Figur 2 Intensive Care Delirium Screening Checklist - ICDSC (Bergeron et al., 2001)	10
Figur 3 Kunnskapspyramiden basert på Polit og Becks (2021, s. 29) pyramide	11
Figur 4 PRISMA-flytskjema	24

Forord

Høsten 2023 skrev vi en prosjektskisse som til slutt resulterte i denne masteroppgaven som vi nå skal levere. Det har vært en lang og utfordrende prosess som har krevd mange timers arbeid og dype dykk i ulike databaser for å finne relevant litteratur. Når vi for fullt startet arbeidet med masteroppgaven i januar 2024, stod vi også ovenfor en ny utfordring: vi begynte begge i vår første jobb som nyutdannede intensivsykepleiere. Denne doble utfordringen har tidvis vært krevende, men også svært lærerik.

Å kombinere jobben som intensivsykepleiere med skriving av en omfattende masteroppgave har lært oss mye om tidsstyring og prioritering. Det har vært perioder denne våren hvor vi har måttet prioritere jobb over studier, og omvendt, noe som har vært en balansegang vi etter hvert har mestret. Erfaringene vi har fått av jobben som intensivsykepleiere har gitt oss en dypere forståelse for temaet vi har valgt å skrive om, nemlig intensivsykepleierens erfaringer med å oppdage delirium hos voksne intensivpasienter. Gjennom denne prosessen har vi blitt mer oppmerksomme på egne holdninger og handlinger, spesielt i møte med pasienter som opplever delirium. Dette har ikke bare beriket vår faglige kunnskap, men også gjort oss mer reflekterte og bevisste på vår kliniske praksis. Det å jobbe kunnskapsbasert har gitt oss trygghet i våre vurderinger og holdninger til diagnosen, og vi har fått erfare hvor viktig det er å bruke evidensbaserte verktøy og metoder i pasientbehandlingen.

Vi vil rette en stor takk til vår masterveileder, Kjersti Sunde Mæhre, som har vært en uvurderlig støtte gjennom hele prosessen. Masterveilederens innsikt, tålmodighet og konstruktive tilbakemeldinger har hjulpet oss å holde fokus og fremdrift i arbeidet. Vi vil også takke våre kolleger på intensivavdelingen som har delt sine erfaringer og gitt oss verdifulle innspill underveis. Til slutt vil vi takke våre familier og venner for deres støtte og forståelse i denne hektiske perioden. Deres oppmuntring og tro på oss har vært en viktig drivkraft og motivasjon.

Vi er stolte av det arbeidet vi har lagt ned i denne oppgaven og håper at våre funn kan bidra til en bedre forståelse og håndtering av delirium i intensivavdelingen. Vi ser frem til å anvende denne kunnskapen i vår daglige praksis som intensivsykepleiere.

Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold, juni 2024.

Sammendrag

Bakgrunn: Delirium er en akutt, ofte fluktuerende nevrologisk diagnose som rammer opp mot 87% av alle intensivpasienter. Diagnosen manifesterer seg som en akutt forvirring, kognitive forstyrrelser og endringer i bevissthetsnivå, og krever nøye overvåkning og tilpasning av behandlingsstrategier.

Hensikt: Denne litteraturstudien har som mål å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter, for å forbedre pasientutfall og redusere varigheten av et intensivopphold.

Metode: En litteraturstudie med systematisk tilnærming ble gjennomført ved hjelp av databaser som CINAHL og PubMed. Studier inkludert i analysen er kvalitative og fokuserer på intensivsykepleierens erfaringer med å identifisere og håndtere delirium på intensivavdelingen.

Funn: Studien identifiserte flere barrierer for effektiv deliriumvurdering, inkludert mangel på opplæring, varierende bruk av screeningsverktøy som CAM-ICU og utfordringer knyttet til organisatorisk støtte og kultur.

Konklusjon: Forbedring av opplæring og implementering av standardiserte screeningsverktøy for delirium i intensivavdelingen kan styrke intensivsykepleieres sykepleiere i intensivavdelingen evne til å identifisere og håndtere delirium, og dermed forbedre pasientutfall.

Nøkkelord: Delirium, intensivsykepleie, screeningsverktøy, CAM-ICU, intensivavdeling.

Abstract

Background: Delirium is an acute, often fluctuating neurological condition affecting up to 87% of ICU patients. It manifests as acute confusion, cognitive disturbances, and changes in consciousness levels, requiring careful monitoring and adaptation of treatment strategies.

Aim: This literature study aims to explore ICU nurses' experiences in assessing delirium in adult ICU patients to improve patient outcomes and reduce ICU stay duration.

Methods: A systematic literature review was conducted using databases such as CINAHL and PubMed. The included studies are qualitative, focusing on ICU nurses' experiences in identifying and managing delirium.

Results: The study identified several barriers to effective delirium assessment, including lack of training, varying use of assessment tools like CAM-ICU, and challenges related to organizational support and culture.

Conclusion: Improving training and implementing standardized assessment tools can enhance ICU nurses' ability to identify and manage delirium, thereby improving patient outcomes.

Key words: Delirium, ICU nursing, assessment tools, CAM-ICU, intensive care unit

1 Innledning

I masteroppgaven har vi valgt å skrive om delirium og hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å vurdere symptomer på diagnosen hos den voksne intensivpasienten. Høsten 2023 leverte vi og fikk godkjent en prosjektskisse som har vært forarbeidet til denne masteroppgaven, hvorpå deler av oppgaven er basert på innholdet i denne skissen (Eget arbeid, Haaksvold & Krüger, 2023). Gjennom å utføre en litteraturstudie med systematisk tilnærming har vi forsøkt å forstå de vurderingene intensivsykepleieren gjør før pasienten går inn i et delirium, noe som kan være avgjørende for å forbedre pasientutfallene og forkorte varigheten av et intensivopphold.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I litteraturstudien har vi valgt å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å vurdere symptomer på delirium hos den voksne intensivpasienten. Temaet er motivert av vår faglige interesse for intensivfeltet samt en opplevd mangel på klare retningslinjer for systematisk vurdering av symptomer på delirium i intensivavdelingen. Delirium er en akutt og ofte fluktuerende nevrologisk diagnose som rammer opp til 87% av alle intensivpasienter og manifesterer seg i form av en akutt forvirring, kognitive forstyrrelser og endringer i bevissthetsnivå (Kotfis et al. 2018; Rowley-Conwy, 2017). Delirium deles inn i hypo- og hyperaktivt, men kan også oppstå som en kombinasjon av disse to formene. De ulike formene for delirium krever ulik form for håndtering, men felles for de ulike typene er at de krever nøye overvåkning (Kotfis et al., 2018).

De siste tiårene har intensivmedisin vært gjennom et paradigmeskifte hvor pasientene har gått fra å være tungt sedert, til nå å være lettere sedert eller helt uten sedasjon (Gitti et al., 2022). Dette har vist seg å være en positiv utvikling i form av økt overlevelse, færre dager på ventilator og færre intensivdøgn. På den andre siden har dette ført til at pasientene er mer våkne, og derfor i større grad kan ta skade av intensivmiljøet da de blir mer oppmerksomme på hva som skjer rundt dem (Hanifa et al., 2023). Intensivbehandling innebærer en kontinuerlig overvåkning og behandling av pasienter som har en truende eller akutt svikt i ett eller flere vitale organer (Stubberud, 2021). Intensivmiljøet bærer preg av støy fra medisinskteknisk utstyr, kontinuerlige gjøremål rundt pasientsengen og personell som er til stede på pasientrommet døgnet rundt (Klepstad, 2010).

Den økte våkenheten hos intensivpasienten har synliggjort utfordringer relatert til kognitiv svikt og delirium (Hanifa et al., 2023). Vår egen erfaring som intensivsykepleiere er at møtet med pasienten i et delirium kan være utfordrende, spesielt når det kommer til håndteringen av uro, plukking på utstyr og agitasjon. I følge Hanifa et al. (2023) er dette faktorer som kan redusere pasientens compliance og derav gi dårligere pasientutfall.

Vår erfaring er at det er et større fokus på hyperaktivt delirium. Hyperaktivt delirium er en tilstand som ofte krever mer av pleierne, mens hypoaktivt delirium har mer diffuse symptomer og kan derfor forbli uoppdaget. Vi er ikke kjent med noen tydelige retningslinjer på vår arbeidsplass for rutinemessig bruk av screeningsverktøy som CAM-ICU. CAM-ICU er et screeningsverktøy som potensielt kan avdekke et hypoaktivt delirium, også hos pasienter som er mekanisk ventilert (Ely et al., 2001).

Den opplevde mangelen på klare retningslinjer og rutinemessig bruk av screeningsverktøy som CAM-ICU, gjør at vi ønsker å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium mer inngående. På denne måten håper vi å kunne identifisere mulige forbedringsområder for videre vurdering av delirium i intensivavdelingen.

1.1 Studiens hensikt

I vår litteraturstudie ønsker vi å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium hos den voksne intensivpasienten. Med tanke på deliriums høye forekomst hos intensivpasienten, anser vi delirium som en betydelig utfordring innen intensivmedisinfeltet. Gjennom å utforske forskningslitteratur rundt intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter ønsker vi å identifisere områder for forbedring og potensielle tiltak for å styrke den kliniske praksisen knyttet til diagnosen. Vi ønsker å se nærmere på hva forskning sier om intensivsykepleierens perspektiver, erfaringer og praksis når det gjelder vurdering av symptomer på delirium.

1.2 Utarbeidelse av forskningsspørsmål

Intensivpasienten har mange risikofaktorer som gjør at det er høy forekomst av delirium på intensivavdelingen (Bannon et al., 2016). Disse risikofaktorene kommer vi til å utdype i kapittel 2 om teori og forskning, se side 10. Enkelte av disse risikofaktorene kan forebygges av intensivpersonell, mens faktorer som pasientens alder, alvorlighetsgrad på sykdom eller allerede eksisterende kognitiv svikt, er faktorer man ikke kan gjøre noe med (Bryczkowski et

al., 2014). Dersom intensivpasienten utvikler delirium er det en stor belastning for både pasienten, pårørende og helsepersonell (Chróinín et al., 2023; Stollings et al., 2021). Som en konsekvens av diagnosen kan pasienten tilbringe mer tid sedert og mekanisk ventilert, noe som kan føre til et lengre intensivopphold. Dette kan igjen gi høyere mortalitet (Ali & Casella, 2022).

Det er viktig at man oppdager symptomer på delirium tidlig, slik at man raskt får satt i gang tiltak og dermed kan forebygge videre utvikling. Vi mener at intensivsykepleieren har en sentral rolle i å forebygge og vurdere symptomer på delirium. Til tross for at delirium gir økt mortalitet og forskning viser til lengre tid på intensivavdelingen, er delirium hos intensivpasienten underdiagnostisert og vurderingen av symptomer på delirium blir nedprioritert (Stolling et al., 2021).

James Lind Alliance (2022) er en britisk organisasjon etablert for å forene pasienter, omsorgspersoner og klinikere. De har satt delirium som ett av topp tre tema som bør forskes mer på innen intensivmedisin. Organisasjonen ønsker mer forskning rundt hvordan man på mest mulig effektiv måte kan identifisere pasienter som er i risikozonen for utvikling av delirium, og hvordan man kan overvåke og behandle diagnosen.

Basert på det vi finner av tidligere forskning (se kapittel 2) og oppfordringen fra James Lind Alliance (2022) anser vi vurdering av symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter som et kunnskapshull. Det savnes en litteraturoversikt som sammenfatter intensivsykepleierens erfaring med å vurdere symptomene på delirium. Hensikten med denne studien er derfor å granske og sammenfatte forskningslitteratur som gir innsikt i intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere delirium hos voksne intensivpasienter. På bakgrunn av dette har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter?»

1.2.1 Avgrensninger og presisering av forskningsspørsmål

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å fokusere spesifikt på de vurderingene og observasjonene intensivsykepleieren utfører før pasienten utvikler et delirium. Vi ønsker å se på erfaringer med å identifisere tidlige tegn og risikofaktorer. Dette innebærer å undersøke

intensivsykepleierens praksis med hensyn til å overvåke intensivpasientens kognitive tilstand, oppdage potensielle risikofaktorer og implementere forebyggende tiltak. Vi ønsker også å se på intensivsykepleierens erfaring med å bruke screeningsverktøy, da vi mener det er en sentral del av vurderingen av symptomer på delirium. Vi avgrensner dermed studien fra å omfatte håndtering og behandling av pasienter i et allerede etablert delirium, til å se på hvilke observasjoner intensivsykepleieren gjør for å vurdere om intensivpasienten er i risikozonen for å havne i et delirium.

Vi har valgt å gjøre denne avgrensningen da vi anser intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium som et betydelig gap i forskningen. Det er et behov for fokus på tidlig intervensjon og forebygging av delirium da det vil ha innvirkning på pasientutfall og varighet på intensivopphold.

2 Teori og tidligere forskning

I dette kapittelet kommer vi til å presentere tidligere forskning og knytte det opp mot ulike teoretiske perspektiver som vil hjelpe oss å belyse og diskutere forskningsspørsmålet vårt. Dette innebærer teori og forskning om intensivsykepleierens funksjon, rolle og ansvarsområde, delirium hos intensivpasienter, screeningsverktøy for delirium, kunnskapsbasert praksis, Benners sykepleieteori «fra novise til ekspert» og Kari Ingstads teori om organisasjonskultur. Ved å gå gjennom tidligere forskning og knytte dette opp mot relevant teori, har vi kunnet avdekke kunnskapshull. Dette har bidratt til å formulere forskningsspørsmålet vårt som ble presentert i kapittel 1.3.

2.1 Intensivsykepleierens funksjon, rolle og ansvarsområde

Vi kommer først til å presentere teori om intensivsykepleierens funksjon, rolle og ansvarsområde. Dette er for å avklare intensivsykepleierens funksjon i intensivavdelingen, og for å få en forståelse av hvorfor intensivsykepleieren er essensiell når man skal vurdere symptomer på delirium hos intensivpasienten.

Intensivsykepleieren må ha avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie til den akutt og/eller kritisk syke pasienten (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2022, § 2). For å forstå intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium er det relevant å se på intensivsykepleierens funksjon, rolle og ansvar i sin helhet. Dette inkluderer hvordan de bruker sin kompetanse, samarbeider med andre, reflekterer over egen praksis og ivaretar pasientsikkerhet. Denne teorien gir en ramme for å kunne analysere erfaringer.

Lov om spesialisthelsetjenesten §2-2 (2011) sier at helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient mottar et helhetlig og koordinert helsetilbud. Delirium er en alvorlig diagnose som bør forebygges (Kotfis et al., 2018). Intensivsykepleieren må handle i henhold til kravene om forsvarlig yrkesutøvelse og er derfor nødt til å iverksette tiltak som er helsefremmende for intensivpasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

For å kunne utøve helsehjelp til en pasient med nedsatt kognitiv funksjon, med liten vilje til samarbeid og som er uklar, motorisk aggressiv og utagerende kreves det gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos intensivsykepleieren. Å ivareta velgjørhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet og likebehandlingsprinsippet i slike situasjoner er en utfordrende, men viktig oppgave (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Velgjørhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet og likebehandlingsprinsippet beskrives av Nortvedt (2012) som de viktigste etiske prinsippene innenfor sykepleien. Velgjørhetsprinsippet er tanken om å ville og etter beste evne utføre den beste pleien for pasienten, mens ikke skade-prinsippet går ut på å utføre behandlinger skånsomt og med omtanke, og påføre pasienten minst mulig ubehag. Autonomiprinsippet går ut på at pasienten selv skal kunne ta egne valg i egen behandling å pleie, så lenge pasienten er kompetent til det. Pasienten har også rett til å nekte hjelp. Likebehandlingsprinsippet beskriver prinsippet om at alle pasienter har lik rett til omsorg og pleie, uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosialt nettverk (Nordtvedt, 2012).

2.2 Delirium hos intensivpasienter

For å få en bedre forståelse av hvorfor det er viktig at intensivsykepleieren kan vurdere om en intensivpasient er i risiko for å utvikle delirium, er det viktig å ha grunnleggende kunnskap hva delirium er og hvordan det kan utartes i intensivavdelingen. Delirium er en kompleks diagnose med stor variasjon. Diagnosen kan potensielt få alvorlige konsekvenser for pasientens videre behandling og rehabilitering. Som nevnt innledningsvis har intensivmedisin vært gjennom et paradigmeskifte, hvorpå synet på diagnosen har endret seg betraktelig, noe vi kommer til å gå kort inn på videre i dette kapittelet.

Hippokrates beskrev delirium allerede for 2500 år siden som en tilstand hos alvorlig syke pasienter. Han delte delirium inn i to kategorier; "phrenitis" og "lethargic". Disse ble beskrevet som akutte tilstander. "Phrenitis" ble assosiert med rastløshet, insomni og hallusinasjoner, mens "lethargic" var det motsatte og ble assosiert med at pasienten ble mer innesluttet og søvning (Lipowski, 1991). Siden den gang har forskningen gått fra å oppfatte delirium som en sykdom, til å betrakte det som en akutt og forbigående diagnose hos alvorlig syke pasienter (Lipowski, 1991).

Delirium er den vanligste formen for hjernedysfunksjon hos kritisk syke pasienter og defineres som en oppmerksomhetsforstyrrelse som utvikler seg over en kort periode (Kotfis et al., 2018). En pasient i et delirium har svekket evne til å motta, behandle, lagre og huske informasjon. Basert på hvilke symptomer pasienten har, deles delirium inn i tre underkategorier; hypoaktivt, hyperaktivt og en kombinasjon av disse to. Hyperaktivt delirium kan manifestere seg som en lite samarbeidsvillig pasient som motsetter seg behandlingen, mens hypoaktivt delirium kan opptre som en døsig pasient som kan oppfattes uengasjert og uoppmerksom. Delirium kan være et tidlig symptom på en forstyrret homeostase og tidlige tegn på infeksjon eller hypoksi (Kotfis et al., 2022). De fleste pasientene har et blandingsdelirium og svinger mellom hyper- og hypoaktivitet (Kotfis et al., 2018).

Tidligere forskning viser at opptil 87 % av inneliggende intensivpasienter går gjennom et delirium. En intensivpasient blir utsatt for en rekke faktorer som øker risikoen for å utvikle delirium, noe som har nær relasjon til den høye forekomsten (Bannon et al., 2016). Kotfis et al. (2018) viser i sin forskning til 25 ulike faktorer som øker sannsynligheten for at intensivpasienten utvikler delirium. Blant disse inkluderes respiratoriske sykdommer, elektrolyttforstyrrelser, behov for vasopressorer, behandling med opioider og metabolske acidoser. Bryczkowski et al. (2014) skriver i sin forskning at flere av risikofaktorene ikke lar seg kontrollere. Dette kan være alder, alvorlighetsgrad av sykdom og allerede eksisterende kognitiv svikt. Forskerne viser til at man må tidlig inn med forebyggende tiltak som for eksempel mobilisering eller korreksjon av sensoriske svekkelser i bevegelses- og sanseapparatet for å eliminere risikofaktorer som kan bidra til utvikling av delirium (Bryczkowski et al., 2014).

Delirium er en tilleggsbelastning for pasienten, pårørende og omsorgspersonell (Chróinín et al., 2023; Stollings et al., 2021). Diagnosen gir høyere mortalitet og risiko for komplikasjoner, eksempelvis er det høyere insidens for autoseponering av medisinsk utstyr som endotrakealtube eller urinkateter. Som en konsekvens kan pasienten tilbringe mer tid sedert og mekanisk ventilert, noe som kan medføre lengre intensivopphold og hyppigere reinnleggelser på intensiv etter utskrivelse (Ali & Casella, 2022). Delirium assosieres også med en større emosjonell belastning for pasientene og Ringdal et al. (2006) påpeker at pasienter som har hatt delirium i større grad opplever vrangforestillinger etter et intensivopphold.

Intensivsykepleieren har en sentral rolle når det kommer til å vurdere om pasienten er i risiko for å utvikle delirium. Dette er fordi det alltid er en sykepleier eller intensivsykepleier inne hos pasienten gjennom hele døgnet og dermed kan fange opp endringer som kan være symptomer på delirium. Allikevel viser forskning at intensivsykepleierens observasjoner av symptomer på delirium ikke er strukturerte og detaljerte nok til at diagnosen kan stilles. Dette blir et spesielt stort problem på en intensivavdeling hvor pasientene har redusert eller manglende evne til å kommunisere verbalt (Sjøbø et al., 2012).

Under COVID-19-pandemien ble det en stor reduksjon i deliriumsovervåkning, forebygging og pasientbehandling grunnet organisatoriske problemer, mangel på personell, økt bruk av benzodiazepiner og begrenset med besøk av familie (Kotfis et al., 2022). Resultatet av dette ble en intensivavdeling full av dypt sederte, lett overvåkede pasienter som ble ivaretatt på utilstrekkelig bemannede intensivavdelinger hvor overvåkning og forebygging av delirium var lavt prioritert. Dette har resultert i en økning av forekomsten av delirium (Kotfis et al., 2022).

2.3 Screeningsverktøy for delirium

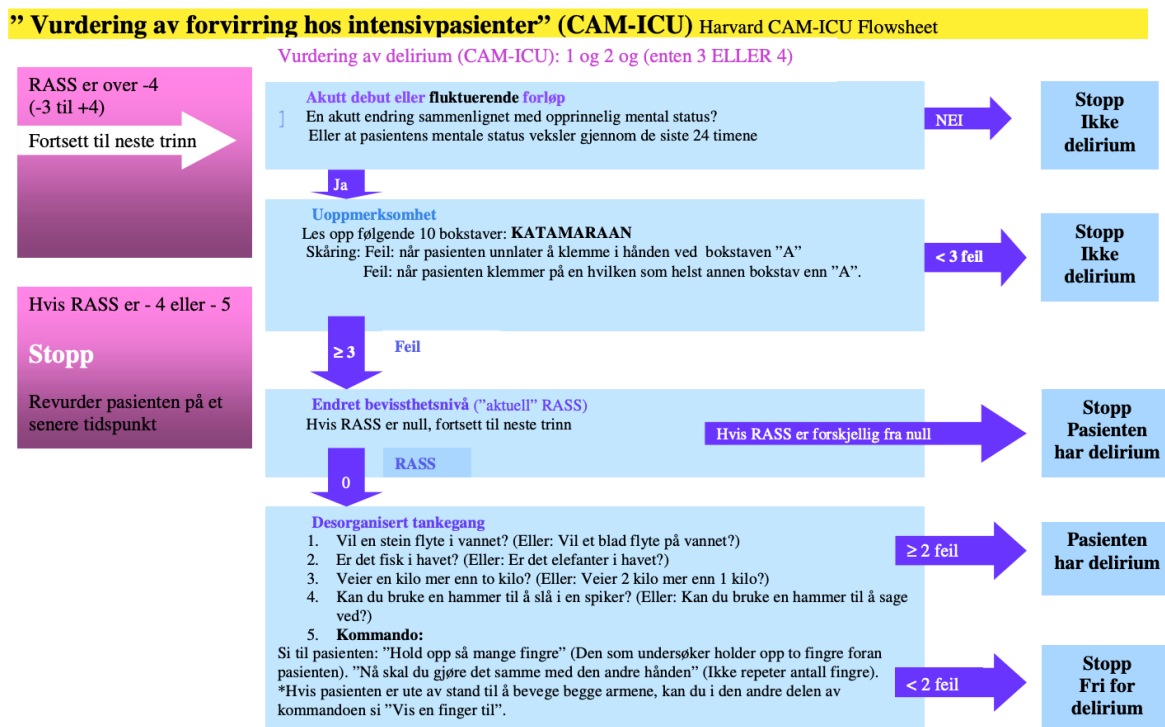
Screeningsverktøy for delirium er utviklet for å standardisere identifisering og vurdering. De mest kjente verktøyene inkluderer Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) og Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (Gusmao-Flores et al., 2012).

I studien til Stollings et al. (2021) viser de til at både CAM-ICU og ICDSC gir verdifull informasjon om pasientens kognitive status, men har sine begrensninger. De begrensningene som trekkes frem er blant annet at sensitiviteten og spesifisiteten av verktøyene avhenger av hvem som utfører vurderingen. Det er utført studier som viser til at vurderingen har lavere sensitivitet når den utføres av pleiepersonell, sammenlignet med forskere. Noe som understreker viktigheten av god opplæring. Videre har begge verktøyene innebygde begrensninger når det gjelder å vurdere delirium hos pasienter med nevrologiske skader (Stollings et al., 2021).

Verktøyet CAM-ICU ble validert og publisert av Ely et al. i 2001. Verktøyet er spesielt nyttig fordi det kan brukes hos intuberte pasienter som ikke kan kommunisere verbalt (Ely et al., 2001). I norske intensivavdelinger brukes CAM-ICU til både intuberte og ikke-intuberte

pasienter, det er altså ikke et krav at pasienten må kunne kommunisere verbalt (Sjøbø et al., 2012). CAM-ICU fokuserer på fire hovedområder: akutt endring eller fluktuering i mental status, uoppmerksomhet, uorganisert tenkning og endret bevissthetsnivå. Verktøyet har vist seg å ha høy sensitivitet og spesifisitet for delirium når det brukes av trent personell. Det er oversatt til flere språk og benyttes over hele verden (Ely et al., 2001). I figur 1 har vi lagt med CAM-ICU for å demonstrere fremgangsmåten i screeningen.

Figur 1 Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) flytskjema (Rikshospitalet, 2008, E-håndbok)



Oversatt til norsk desember 2008 av Hilde Wøien cand. san., Hanne Alfheim MN, Anne Kathrine Langerud cand.san., Audun Stubhaug dr.med., Anestesi- og intensivklinikken, Rikshospitalet HF, Oslo, Norge

Siden introduksjonen av CAM-ICU har flere studier vurdert bruken av verktøyet i klinisk praksis. Blant annet ble det gjort en systematisk gjennomgang av Gusmao-Flores et al. (2012) hvor de fant ut at CAM-ICU er et nyttig verktøy, men understreket behovet for ytterligere opplæring av helsepersonell for å maksimere dets effektivitet, da utrent helsepersonell ikke nødvendigvis vil kunne bruke verktøyet optimalt. En annen studie av Van den Boogaard et al. (2012) viste at implementering av CAM-ICU i daglig praksis kan bidra til å redusere forekomsten av delirium på intensivavdelingen.

ICDSC er et klinisk verktøy som ble utviklet for å oppdage delirium hos intensivpasienter. Det er designet for å være enkelt å bruke og skal gi en systematisk tilnærming til vurderingen

av delirium. Dette innebærer at helsepersonell observerer og registrerer relevant informasjon om pasientens atferd og mentale status gjennom vekten (Patel et al., 2009). Vi har lagt til sjekklisten for ICDSC i figur 2, for at man skal få en bedre forståelse av verktøyet. Verktøyet består av åtte kriterier som speiler de vanligste manifestasjonene av delirium: endret bevissthetsnivå, uoppmerksomhet, uorganisert tenkning, hallusinasjoner eller vrangforestillinger, psykomotorisk uro, emosjonell ustabilitet, søvnforstyrrelser og fluktusjon i symptomene. Kriteriene blir scoret med en eller null, avhengig av om det er til stede eller ikke. Deretter sitter man igjen med en totalscore som indikerer graden av delirium. En score på fire eller høyere indikerer sannsynligvis delirium (Bergeron et al., 2001). En systematisk gjennomgang av ICDSCs effektivitet og pålitelighet konkluderte med at den er et verdifullt screeningsinstrument som kan fremme tidlig oppdagelse av delirium (Pun et al., 2007). Samtidig viser Patel et al. (2009) til at verktøyet sjeldent brukes i praksis, til tross for at det er godt validert. Det er kun en liten prosentandel av helsepersonell som rapporterer at de bruker ICDSC regelmessig.

Figur 2 Intensive Care Delirium Screening Checklist - ICDSC (Bergeron et al., 2001)

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)		
Give a score of "1" to each of the 8 items below if the patient clearly meets the criteria defined in the scoring instructions. Give a score of "0" if there is no manifestation or unable to score. If the patient scores ≥ 4 , notify the physician. The diagnosis of delirium is made following clinical assessment; document in the Assessment and Intervention record (RN) and progress note (MD).		
Assessment	Scoring Instructions	Score
1. Altered Level of Consciousness*	<ul style="list-style-type: none"> If MAAS portion of VAMAAS is 0 (no response) or 1 (response to noxious stimulus only), record "U/A" (unable to score) and do not complete remainder of screening tool. Score "0" if MAAS score is 3 (calm, cooperative, interacts with environment without prompting) Score "1" if MAAS score is 2, 4, 5 or 6 (MAAS score of 2 is a patient who only interacts or responds when stimulated by light touch or voice – no spontaneous interaction or movement; 4, 5 and 6 are exaggerated responses). 	
If MAAS \neq 0 or 1, screen items 2-8 and complete a total score of all 8 items.		
2. Inattention	<ul style="list-style-type: none"> "1" for any of the following: <ul style="list-style-type: none"> Difficulty following conversation or instructions Easily distracted by external stimuli Difficulty in shifting focuses 	
3. Disorientation	<ul style="list-style-type: none"> "1" for any obvious mistake in person, place or time "1" for any one of the following: 	
4. Hallucination/delusions/psychosis	<ul style="list-style-type: none"> Unequivocal manifestation of hallucinations or of behaviour probably due to hallucinations (e.g. catching non-existent object) Delusions Gross impairment in reality testing 	
5. Psychomotor agitation or retardation	<ul style="list-style-type: none"> "1" for any of the following: Hyperactivity requiring additional sedatives or restraints in order to control potential dangerousness (e.g. pulling out IV lines, hitting staff) Hypoactivity or clinically noticeable psychomotor slowing. Differs from depression by fluctuation in consciousness and inattention. 	
6. Inappropriate speech or mood	<ul style="list-style-type: none"> "1" for any of the following (score 0 if unable to assess): Inappropriate, disorganized or incoherent speech. Inappropriate display of emotion related to events or situation. 	
7. Sleep wake/cycle disturbance	<ul style="list-style-type: none"> "1" for any of the following: Sleeping less than 4 hours or waking frequently at night (do not consider wakefulness initiated by medical staff or loud environment). Sleeping during most of day. 	
8. Symptom fluctuation	<ul style="list-style-type: none"> "1" for fluctuation of the manifestation of any item or symptom over 24 hours (e.g., from one shift to another). 	
TOTAL SCORE (0-8/8):	A score ≥ 4 suggests delirium. A score > 4 is not indicative of the severity of the delirium.	

Adapted with permission (Skrobik, Y)
Bergeron, et al, 2001, Intensive Care Medicine

Last reviewed January 29, 2020

2.4 Kunnskapsbasert praksis

Helt siden 1970-tallet har helsevesenet gradvis implementert mer forskning i det kliniske arbeidet. Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer å identifisere et praktisk spørsmål, før man søker og evaluerer forskning som kan svare på spørsmålet (Aveyard, 2023). Ifølge Helsepersonelloven (2001) §4 plikter helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet. Helsepersonell er pliktige til å holde seg faglig oppdatert og til å gi kunnskapsbaserte råd og tjenester i møte med pasienten (Helsepersonelloven, 2001, §4).

Vi anser kunnskapsbasert praksis som relevant teori til denne masteroppgaven da man ved å jobbe kunnskapsbasert i større grad vil kunne sikre at alle pasienter mottar behandling som er i tråd med de siste og mest effektive praksisene. Dette er spesielt viktig for diagnoser som delirium, hvor tidlig oppdagelse og håndtering kan være avgjørende for pasientens videre sykdomsutvikling, behandling og rekonvalesens. Polit og Beck (2021) har utarbeidet en kunnskapspyramide hvor de har plassert ulike typer studier i en pyramide basert på studiens troverdighet. Toppen av pyramiden ansees som den «beste» formen for forskning med minst sannsynlighet for bias, og motsatt. Se figur 3.

Figur 3 Kunnskapspyramiden basert på Polit og Becks (2021, s. 29) pyramide



Gullstandarden for kunnskapsbasert forskning er systematiske oversikter av randomiserte kontrollerte studier, og ettersom man beveger seg ned på kunnskapspyramiden er det høyere sannsynlighet for skjevhet i besvarelsen av et forsknings spørsmål (Polit & Beck, 2021). Denne masteroppgaven er en litteraturstudie med systematisk tilnærming av kvalitative studier, og plasserer seg derfor på nivå 6 i den presenterte kunnskapspyramiden. Vi anser likevel funnene i denne studien som solide da studiens hensikt er å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleieren har med å vurdere symptomer på delirium hos intensivpasienten. Målet for studien er å belyse et behov for mer forskning på emnet.

2.4.1 Implementering av kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis innebærer en kontinuerlig satsning på faglig utvikling og evidensbasert rådgivning og tjenester i pasientbehandlingen. Kunnskapsbasert praksis er en prosess som involverer integrering av beste tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise og pasientens verdier og preferanser (Nordtvet et al., 2021).

Kunnskapsbasert praksis har bidratt til å kvalitetssikre sykepleie, og flere studier viser til at pasienter som får behandling basert på moderne forskning har bedre utfall og færre komplikasjoner som er knyttet til behandlingen de får (Fineout-Overholt et al., 2010; Stevens, 2013; Melnyk et al., 2014). Melnyk og Fineout-Overholt (2019) beskriver seks steg som må følges i kunnskapsbasert praksis: 1) refleksjon over egen praksis, 2) still et velformulert klinisk spørsmål ut ifra pasientcasen, 3) let etter forskningsbasert kunnskap (litteratursøk), 4) kritisk vurderer forskningen, 5) anvend forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap, 6) evaluere egen praksis.

Det første trinnet i Melnyk og Fineout-Overholt (2019) seks steg innebærer at man må være bevisst og kritisk vurdere egen praksis for å kunne identifisere områder som kan forbedres eller oppdateres. Som intensivsykepleier innebærer dette å stille spørsmål ved eksisterende rutiner og behandlinger og vurdere hvor godt disse samsvarer med den nyeste forskningen og beste praksis. Det andre steget krever at intensivsykepleieren stiller et nøyaktig og velformulert spørsmål ut ifra en pasientcase. Spørsmålet bør struktureres ved hjelp av verktøyet PICOT (**p**atient, **i**ntervention, **c**ontext, **o**utcome og **t**ype of study), dette er et verktøy vi kommer til å utdype mer i kapittel 3.1.1 (se side 21). PICOT brukes for å sikre at spørsmålet er spesifikt nok til å veilede søket etter relevant forskning (Melnyk & Fineout-

Overholt, 2019). Steg tre innebærer at intensivsykepleieren må utføre et omfattende og systematisk litteratursøk for å finne forskningsartikler, kliniske retningslinjer og andre ressurser som kan belyse det kliniske spørsmålet. Deretter starter analyseringen av den innsamlede forskningen for å kritisk vurdere dens kvalitet, relevans og anvendbarhet i forhold til et spesifikt scenario. Dette inkluderer å vurdere studiens design, resultatene, og styrken på evidensen som presenteres. Det femte steget innebærer å veve sammen den forskningsbaserte kunnskapen med intensivsykepleierens egen erfaring og kliniske skjønn. Det sikrer at behandlingen ikke bare er basert på teori, men også tilpasset den individuelle pasientens kontekst og behov. Til slutt, etter implementering av intervensjonen, må intensivsykepleierne kontinuerlig evaluere og justere deres praksis basert på pasientutfallene, for å sikre kontinuerlig forbedring og læring (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

Implementering av kunnskapsbasert praksis er en kompleks prosess som krever engasjement og dedikasjon. Melnyk og Fineout-Overholt (2019) understreker viktigheten av at hver enkelt helsearbeider tar ansvar for å oppdatere egen praksis og bidrar til en felles kultur hvor beste praksiser deles og anvendes. Å arbeide kunnskapsbasert er sentralt for å kunne utøve best mulig intensivsykepleie.

2.5 «Fra novise til ekspert»

Benner er en anerkjent sykepleieforsker som introduserte sykepleieteorien «fra novise til ekspert» i 1984 gjennom boken «From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice». Teorien beskriver hvordan sykepleiere utvikler ferdigheter og forståelse av pasientomsorg over tid gjennom utdanning og erfaring (Benner, 1984).

Benner bygger teorien på arbeidet til Hubert og Dreyfus, som utviklet en modell for tilegnelse av ferdigheter gjennom praktisk erfaring innen ulike områder (Benner, 1984). Ifølge Benner (1984), går sykepleiere gjennom fem ulike utviklingsstadier:

1. **Novise:** På dette stadiet har sykepleieren ingen erfaring med de situasjonene de er forventet å utføre. De er svært avhengige av eksterne regler og forventninger, og har liten situasjonsforståelse.

2. **Avansert begynner:** På dette stadiet begynner sykepleieren å anerkjenne meningsfulle aspekter i faktiske situasjoner som de har erfart. De begynner å bruke grunnleggende prinsipper fremfor rigide regler for å veilede sine handlinger.
3. **Kompetent:** Etter ca. 2-3 år i praksis, hvor sykepleieren kan håndtere kompleksitet og planlegge sine handlinger basert på langtidsmål eller prosjektplaner. De føler seg mer engasjerte og ansvarlige for resultatene.
4. **Dyktig:** Sykepleiere som når dette stadiet utvikler en intuitiv forståelse av helhetlige situasjoner, noe som i større grad kan guide deres beslutninger. De begynner å oppfatte situasjoner som helheter i stedet for deler.
5. **Ekspert:** På dette nivået har sykepleieren en dyp forståelse som tillater dem å identifisere både de eksisterende og potensielle aspektene ved en situasjon. Beslutningstakingen er intuitiv og ofte umiddelbart effektiv.

Benners (1984) teori vektlegger at kunnskap bygges opp fra praktisk erfaring og at det er en kontinuerlig utvikling fra novise til ekspert. Modellen har vært svært innflytelsesrik i sykepleieutdanning og praksis, ettersom den understreker viktigheten av erfaring og kontinuerlig profesjonell utvikling.

Inkludering av Benners teori i vår masteroppgave kan gi en dypere forståelse av hvordan intensivsykepleierens ferdigheter og vurderingsevner utvikles over tid, og hvordan dette påvirker deres evne til å identifisere delirium hos intensivpasienter. Ved å bruke Benners utviklingsmodell kan vi bedre forstå de utfordringene og behovene intensivsykepleiere står ovenfor på de ulike stadiene i deres karriere, og hvordan man kan støtte deres kontinuerlige profesjonelle utvikling for å forbedre pasientbehandlingen. Noviser og avanserte nybegynnere kan ha vanskeligheter med å gjenkjenne subtile tegn på delirium, mens intensivsykepleiere som faller innenfor kategorien dyktige og ekspert kan gjøre dette mer intuitivt og effektivt. Benners modell fremhever betydningen av praktisk erfaring i utviklingen av sykepleieferdigheter, og understøtter ideen om kontinuerlig læring og utvikling (Benner, 1984). Dette er kritisk i vurderingen av delirium, hvor erfaring og klinisk intuisjon spiller en stor rolle i tidlig identifisering og intervensjon.

2.6 Organisasjonskultur

Ifølge Ingstad (2019) eksisterer det i alle organisasjoner en kultur som definerer felles virkelighetsoppfatninger om hvordan man skal opptre, kommunisere og organisere handlinger. Denne kulturen dannes av normer, verdier, oppfatninger og handlingsmønstre som kjennetegner samspillet mellom ulike grupper og individer, og hvordan de fungerer sammen for å få ting utført.

Ifølge Ingstad (2019) er det fire sentrale elementer som anvendes for å definere hva en kultur består av:

- 1) Grunnleggende antakelser er etablerte sannheter innad i en gruppe som er så selvfølgelig at ingen stiller spørsmål ved dem, ofte er hverken individet eller gruppen bevisst på dette.
- 2) Verdier handler om karakteristikkene av hva organisasjonen står for, og er det som skaper identitetsfølelse.
- 3) Normer handler om hva som anses som akseptabel eller uakseptabel oppførsel i ulike sosiale miljøer, med andre ord, retningslinjer for atferd. I helse og omsorgssektoren handler dette blant annet om å behandle pasienter med respekt, samt pasientens autonomi.
- 4) Artefakter referer til de konkrete uttrykkene av kultur som kan ses gjennom fysiske objekter, språk, kommunikasjon og handlinger. Disse artefaktene fungerer som symbolske representasjoner av organisasjonskulturen og gir informasjon om dens karakteristika.

Alle disse fire elementene påvirker hvordan organisasjonsmedlemmene tenker og handler på. Elementene overføres gjerne fra en generasjon av gruppe medlemmer til den neste, og kultur blir ofte derfor noe som læres i gruppen. Selv om organisasjonskultur bestemmes av en rekke faktorer, er kulturen dynamisk og alltid i endring. Hvis man ønsker å endre en kultur må man kjenne til den allerede eksisterende kulturen og være bevisst på hva man ønsker å endre den til (Ingstad, 2019).

Å ha forståelse for organisasjonskulturen er viktig for å forstå atferden til organisasjonsmedlemmene (Ingstad, 2019). Vi har valgt å inkludere teori om organisasjonskultur da organisasjonskultur påvirker hvordan intensivsykepleiere samhandler,

kommuniserer og utfører sine oppgaver, inkludert hvordan de vurderer og behandler pasienter med delirium. Organisasjonskultur kan påvirke intensivsykepleierens holdninger til og aksepten for ulike metoder og verktøy som brukes i vurderingen av delirium. Det kan også påvirke hvordan intensivsykepleieren opplever støtte fra kollegaer og ledelsen når de utfører denne typen vurderinger.

I praksis vil man kunne se at bruken av screeningsverktøy som CAM-ICU og ICDSC kan påvirkes av organisasjonskulturen i en intensivavdeling. En positiv organisasjonskultur fremmer standardisering av screeningsverktøy og sikrer at alle intensivsykepleiere og sykepleiere i intensivavdelingen er opplært i bruken av validerte screeningsverktøy som CAM-ICU og ICDSC. Ved å implementere screeningsverktøy konsekvent og effektivt, bidrar dette til å skape en kultur for kunnskapsbasert praksis, kontinuerlig læring og samarbeid. Dette kan potensielt føre til bedre pasientutfall og økt trygghet blant intensivsykepleiere i deres kliniske vurderinger. Manglende organisatorisk støtte og opplæring kan derimot resultere i variabel bruk og usikkerhet, noe som kan underminere screeningsverktøyenes pålitelighet og effektivitet. Organisasjonskultur er derfor nyttig når man skal se på intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere delirium og hvordan dette påvirker pasientbehandlingen i intensivavdelingen.

3 Metode

For å besvare forskningsspørsmålet “*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter?*” har vi valgt å anvende en litteraturstudie med systematisk tilnærming (Aveyard, 2023). Vi kommer i dette kapittelet til å presentere og redegjøre for valget av denne metoden.

Hvilken metode som anvendes i en studie avhenger av forskningsspørsmålet. Metoden som velges skal være den metoden som best mulig gir svar på forskningsspørsmålet som blir stilt (Polit & Beck, 2021). Vi har som nevnt valgt å lage en litteraturstudie med systematisk tilnærming av forskningsspørsmålet vårt. Alternativt kunne vi ha valgt å gjøre en kvalitativ studie hvor vi selv intervjuet intensivsykepleiere på ulike intensivavdelinger om deres erfaringer med å oppdage delirium hos intensivpasienter. Fordelen med å utføre en kvalitativ studie ville vært at vi selv hadde fått muligheten til å undersøke intensivsykepleierens erfaringer og fått et perspektiv som i større grad kan sammenlignes med vår egen kliniske hverdag. Både kvalitative studier og litteraturstudier med systematisk tilnærming er tidskrevende og omfattende arbeid. Vi bestemte oss for å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming da vi vet at tidligere studenter har erfart at det kan være utfordrende å rekruttere intensivsykepleiere til en kvalitativ studie. Dette er sannsynligvis et resultat av bemanningsutfordringer. Vi jobber begge som nyutdannede intensivsykepleiere samtidig som vi skriver masteroppgaven. For at det skulle være mulig å levere inn i løpet av noen få måneder valgte vi derfor å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming, da det gjør oss uavhengig av andre.

En litteraturstudie er en omfattende studie hvor man tar for seg et forskningsspørsmål og systematisk søker, analyserer og bedømmer relevant forskningslitteratur ved å bruke en systematisk metode (Aveyard, 2023). Litteraturstudier er viktige da de oppsummerer forskningslitteratur på et gitt tema hvor det mangler kunnskap. Ifølge de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2023) har sykepleiere og annet helsepersonell en plikt til å holde seg faglig oppdatert. Det å kunne søke etter forskningsartikler er derfor viktig. Det kan være utfordrende som enkeltperson å skulle lese alle utgitte artikler om et tema, og ved å oppsummere allerede eksisterende litteratur på et tema gjør man litteraturen mer tilgjengelig for flere (Aveyard, 2023). Litteraturstudie er en omfattende metode som har høye krav til både detaljer og kvalitet. På grunn av lite tid og ressurser, har vi ikke mulighet til å gjøre en

fullverdig litteraturstudie av høy kvalitet og har derfor valgt å gjøre en litteraturstudie med en systematisk tilnærming.

3.1 Litteraturstudie med systematisk tilnærming

En litteraturstudie med systematisk tilnærming skal gi konsise oppsummeringer av de beste tilgjengelige forskningsartiklene som gir svar på et forskningsspørsmål (Aveyard, 2023). For å sikre kvaliteten på studien skal man ifølge Aveyard (2023) ha ett tydelig formulert og begrunnet forskningsspørsmål, en metodedel hvor man tydelig og detaljert beskriver hvordan man har søkt for å finne svar på forskningsspørsmålet, en tydelig presentert funndel og en avsluttende diskusjonsdel hvor man gir anbefalinger som kan brukes videre i klinisk arbeid.

3.1.1 Utvikling av forskningsspørsmål

I utviklingen av forskningsspørsmålet vårt valgte vi å bruke akronymet PICOT som et hjelpemiddel, etter anbefaling både fra Aveyard (2023) og Polit og Beck (2021). De ulike bokstavene i akronymet refererer til ulike områder og kan brukes som en guide i utviklingen av et forskningsspørsmål (Aveyard, 2023). Vi valgte å bruke den engelske oversettelsen av PICOT, hvorpå bokstavene står for «Population», «Intervention», «Context», «Outcome» og «Type of Study», se tabell 1.

Tabell 1 – PICOT-skjema

PICOT	
Population	Intensivsykepleiere
Intervention	Vurdering av symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter
Context	Intensivavdeling
Outcome	Intensivsykepleieres erfaring med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter
Type of study	Kvalitative studier

3.2 Beskrivelse av søkeprosessen

I de neste underkapitlene skal vi beskrive hvordan vi har gått frem i søkeprosessen for å samle inn data til denne litteraturstudien. Vi har gjennom søkeprosessen tatt utgangspunkt i Aveyard (2023) sin metodebeskrivelse for en litteraturstudie med systematisk tilnærming.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Aveyard (2023) presiserer viktigheten av å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier før man starter selve søkeprosessen. Ved å ha tydelige og detaljerte inklusjons- og eksklusjonskriterier blir det lettere å identifisere relevante artikler direkte relatert til forskningsspørsmålet.

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleier- og intensivsykepleierperspektivet	Andre grupper enn sykepleiere og intensivsykepleiere
Både intuberte og ikke-intuberte voksne intensivpasienter i risikozonen for å utvikle delirium	Andre pasientgrupper og barn
Intensivavdelinger i Europa, USA og Canada	Studier gjort på nevrointensivavdelinger og på sengepost
Kvalitative studiedesign	Kvantitativt studiedesign
Studier fra 2014 til nå	Studier eldre enn 10 år
Studier på skandinavisk språk eller engelsk	Studier på andre språk enn engelsk og skandinavisk

For å få et godt grunnlag for søket vårt har vi jobbet mye med inklusjon- og eksklusjonskriteriene til studien. Etter å ha gjort et prøvesøk allerede i oktober 2023 ble vi nødt å revidere kriteriene våre, da de første kriteriene ble for begrensede.

Vi diskuterte både med veileder og våre medstudenter hvorvidt vi burde inkludere både kvantitative og kvalitative forskningsartikler i oppgaven vår, og konkluderte med at vi ønsker å se på intensivsykepleierens *erfaringer* og endte derfor opp med å kun lete etter kvalitative

forskningsartikler. Vi har også satt et tidsperspektiv på maksimalt ti år tilbake i tid da det har skjedd mye i det medisinske fagfeltet siden da. Vi ønsker å se på intensiv- og sykepleieperspektivet, og vil derfor ekskludere artikler som ser på andre yrkesgruppers erfaringer. Vi har valgt å inkludere erfaringer til både sykepleiere som jobber på intensivavdeling og intensivsykepleiere, og kommer til å bruke begge disse begrepene i oppgaven. Dette fordi vi har sett at begge begrepene i aktuelle artikler. Dersom vi kun skulle inkludert artikler som omhandlet intensivsykepleiere ville det blitt for begrensende. I enkelte artikler presiseres det at deltakerne har intensivutdanning, men i andre presenteres deltakerne som sykepleiere som jobber på intensivavdeling. I studien vil vi inkludere voksne intensivpasienter, da barn krever en annen tilnærming. Barn er dessuten en pasientgruppe vi har lite erfaring med. Videre har vi vært nøye med hvilke land vi ønsker å inkludere, da intensivavdelinger har ulik organisering og praksis i ulike land. I de første søkene så vi kun på skandinaviske studier, men det ble for begrensende og vi utvidet derfor søket vårt til å gjelde studier også fra Europa, USA og Canada.

Vi ønsket primært å se på studier gjort på generelle intensivavdelinger og har derfor ekskludert nevointensivavdelinger. Pasienter på nevointensivavdelinger har ofte andre sykdommer eller forutsetninger som kan påvirke bevissthet og kognisjon. Vi har også ekskludert studier fra sengepost da ønsket er å se på intensivsykepleierens erfaringer og voksne pasienter innlagt på intensivavdeling. Til slutt endte vi opp med inklusjons- og eksklusjonskriterier som kan sees i tabell 2.

3.2.2 Databaser, søkeord og innledende søk

Vi bestemte oss tidlig for å benytte CINAHL og PUBMED (eller Medline). Dette er anerkjente databaser vi anser som relevante for å finne litteratur til vårt forskningsspørsmål og som vi har fått innføring i under studietiden. Når man skal gjøre en litteraturstudie basert på sykepleieforskning anbefaler Aveyard (2023) at man begynner med å søke i CINAHL. CINAHL dekker et bredt spekter av internasjonal sykepleielitteratur og henviser til både forskningsartikler, bøker og ikke-forskningsbasert informasjon. PUBMED er på sin side en stor database og mer generell. Den dekker litteratur innen både sykepleie, medisin og sosial omsorg, men henviser kun til forskningsartikler (Aveyard, 2023).

Prosesen med utarbeidelse av søkeord startet tidlig. Søkeordene baserer seg på forskningsspørsmålet og PICOT-skjemaet vårt (tabell 1). Under arbeidet med prosjektskissen høsten 2023 begynte vi med innledende litteratursøk. På denne måten ble vi kjent med CINAHL og PUBMED og vi fikk identifisert relevante søkeord. Siden dette var tidlig i prosessen var ikke fremgangsmåten systematisk, fokuset var å prøve ut ulike søkekombinasjoner. For vår del har søkeprosessen vært lang og omfattende, og vi har brukt mye tid før vi ble fornøyd med det endelige søket. Vår utfordring har vært at søkene enten blir for store eller for begrenset. Noe vi allikevel innså var at de store søkene ikke ga bedre resultater i form av artikler vi ønsket å inkludere i studien. Som tidligere nevnt ønsket vi i utgangspunktet kun å inkludere kvalitative artikler. Det vi derimot så under søkene var at majoriteten av artiklene var kvantitativ eller mixed method. Flere av studiene hadde også hovedfokus på håndtering av delirium, noe som ikke samsvarte med forskningsspørsmålet. Vi bestemte oss derfor for å gå for et noe smalere søk da vi hadde gjort såpass mange søk tidligere og følte oss trygge på at vi ikke mistet relevante artikler. Kvalitativ litteratur rundt intensivsykepleieres og sykepleiere på intensivavdeling sin erfaring med å vurdere symptomer på delirium er begrenset, noe som kan tyde på at det er et kunnskapshull. I tabell 3 har vi laget en oversikt over prøvesøkene våre.

Aveyard (2023) anbefaler å oppsøke fagansvarlig bibliotekar på universitetet for råd rundt søkeprosessen. Dette gjorde vi litt ut i prosessen etter flere prøvesøk. Sett retrospektivt burde vi involvert bibliotekar tidligere, da det sannsynligvis ville spart oss for tid. Bibliotekaren bidro til å finne gode søkeord ut ifra forskningsspørsmålet og hjalp oss med oppbygningen av et strukturert søk. Han bidro også til veiledning med avansert søkefunksjon i PUBMED, noe vi ikke hadde følt oss trygg på tidligere.

Å bruke avansert søkefunksjon i de ulike databasene anbefales (Aveyard, 2023). Avansert søk går ut på at man bygger opp søket sitt med de boolske operatørene *AND*, *OR* og *NOT* mellom søkeordene. Søkeord fra samme kategori kombineres med *OR*, som utvider søket. Imens man bruker *AND* mellom hver kategori dersom man ønsker å begrense søket. Man kan også bruke *NOT* som ekskluderer en eller flere termer fra et søk (Aveyard, 2023). Vi valgte å ikke benytte oss av *NOT* da det kan medføre at vi mister potensielt relevante studier. Før vi startet arbeidet med masteroppgaven hadde vi begge lite erfaring med systematiske litteratursøk. Under de første søkene brukte vi mye *AND*, noe som ga et noe snevert og begrenset resultat.

Etter anbefaling fra bibliotekar valgte vi derfor å korrigere søket slik at vi hadde flere synonymer i hver gruppe som vi kombinerte med *OR*, deretter kombinerte vi gruppene med *AND*.

Vi har valgt å søke med fritekstord og kontrollerte søkeord. Når man søker i fritekst søker man med egenformulerte ord, imens kontrollerte søkeord er det man kaller for *MESH*-termer (*Medical Subject Headings*). Dette er søkeord som databasene selv har utarbeidet for populære termer og blir brukt for å indeksere litteratur, slik at man kan fange opp alle artikler som har disse emneordene til tross for at de bruker andre begreper (Aveyard, 2023). Etter anbefaling fra bibliotekar har vi prøvd søkeord både som fritekst og *MESH*-termer for å se hva som gir best treff og for å finne ut hvilke ord vi ønsket å bruke i det endelige søket.

Enkelte søkeord valgte vi å markere med *, som vil si at man bruker trunkering. Ved bruk av dette identifiserer databasen alle mulige endinger på søkeordet man har brukt og man får et større treff (Aveyard, 2023). Vi har for eksempel søkt *nurs** og *identif**.

Tabell 3 – Oversikt over prøvesøk

Dato	Søkekombinasjon	Database	År	Treff
16/01-24	Intensive care nurses OR critical care nurses AND delirium OR acute confusion AND ICU OR intensive care unit OR critical care AND identif*	CINAHL	2013-2023	49
16/01-24	Intensive care nurses OR critical care nurses AND delirium OR acute confusion AND ICU OR intensive care unit OR critical care AND identif*	PUBMED	2013-2023	134
01/03-24	Critical care nursing OR nurs* AND intensive care OR critical care AND delirium diagnosis OR delirium AND identif* AND adult*	CINAHL	2013-2023	114
01/03-24	Critical care nursing OR nurs* AND intensive care OR critical care AND delirium diagnosis OR delirium AND identif* AND adult*	PUBMED	2013-2023	216
05/03-24	MH critical care nursing OR TI nurs* OR AB nurs* AND TI intensive care OR AB intensive care OR TI critical care OR AB critical care AND MH delirium/diagnosis OR MH delirium AND TI identif* OR AB identif* AND MH adult OR TI adult* OR AB adult*	CINAHL	2013-2023	52
05/03-24	Critical care nursing (MESH Terms) OR Nurs* (Title/Abstract) AND intensive care (Title/Abstract) OR critical care (Title/Abstract) AND delirium/diagnosis (MESH Terms) OR delirium (MESH Terms) AND identif* (Title/Abstract) AND adult* (Title/Abstract)	PUBMED	2013-2023	51

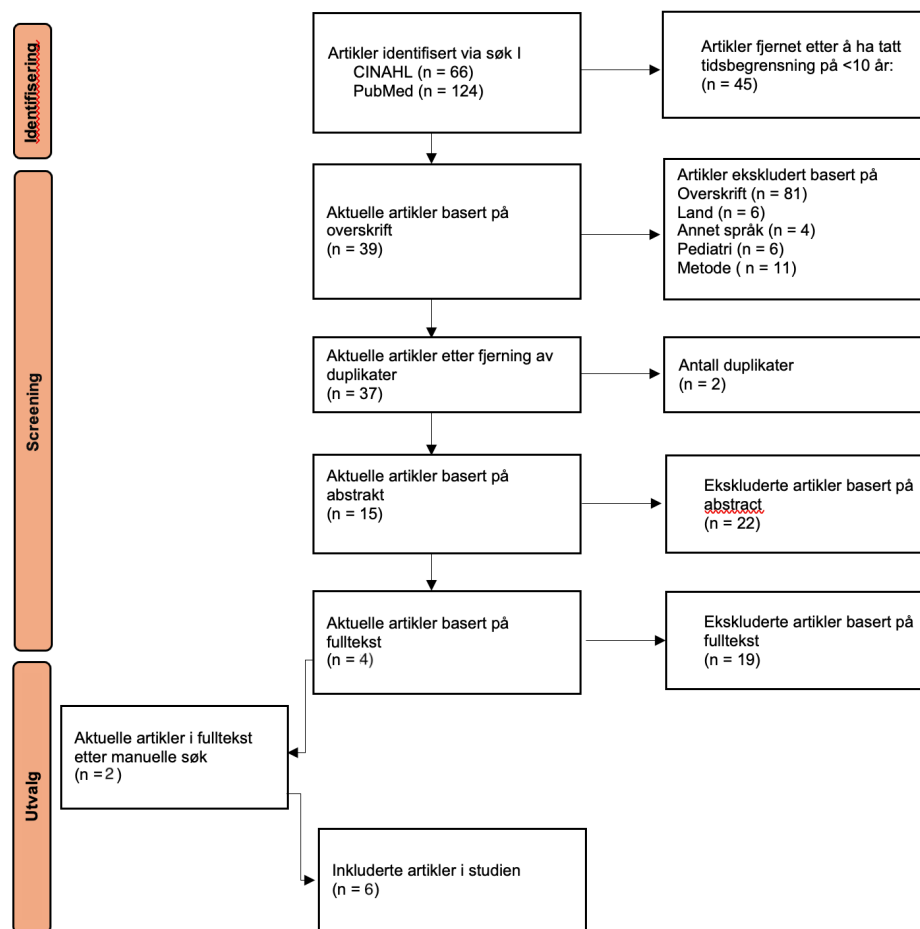
3.2.3 Gjennomføring av de endelige litteratursøkene og utvelgelsesprosess

De endelige litteratursøkene ble utført i slutten av februar og begynnelsen av mars 2024. I henhold til det Aveyard (2023) anbefaler, og som nevnt i avsnittet over brukte vi den avanserte søkefunksjonen i både PubMed og CINAHL. Vi kombinerte de ulike søkeordene i samme kategori med OR og deretter gjorde vi ulike kombinasjoner med ulike begreper fra de andre kategoriene ved å bruke AND for å begrense antall resultater. De to endelige litteratursøkene ga til sammen 188 søkeresultater.

Som anbefalt i Aveyard (2023) startet vi utvelgelsesprosessen med å lese artiklenes tittel før vi gikk videre til hver enkelt studies abstrakt/sammendrag, og til slutt leste vi studiene i fulltekst. Totalt valgte vi å inkludere fire artikler etter lesing av fulltekst. Aveyard (2023) anbefaler å gjøre manuelle søk for at søkeprosessen skal bli mer grundig. Dette har vi gjort ved å se gjennom referanselistene til de ulike artiklene, samt ved å gjøre fritekst-søk i Google Scholar. Vi har også benyttet Google Scholar til å søke etter artikler som siterer de artiklene vi allerede hadde valgt, i håp om å oppdage flere relevante artikler. Etter å ha gjort dette fant vi to artikler, og endte dermed opp med totalt seks artikler som vi har valgt å inkludere i studien vår.

Vi har valgt å presentere utvelgelsesprosessen vår i et PRISMA-flytdiagram (figur 4). Dette er et hjelpemiddel som er utviklet for at forfattere av en litteraturstudie lettere skal kunne presentere utvelgelsesprosessen av artikler på en forståelig og transparent måte (Page et al., 2021). De endelige søkene i CINAHL og PubMed kan sees i vedlegg 1 og vedlegg 2.

Figur 4 PRISMA-flytskjema



3.3 Kvalitetsvurdering

Helsebiblioteket (2018) understreker viktigheten av å kritisk evaluere metodisk kvalitet i forskningsartikler, selv når de er utgitt i anerkjente tidsskrifter. For å vurdere kvaliteten av artiklene vi ønsket å inkludere i denne studien har vi derfor valgt å anvende oss av en sjekkliste for kvalitative forskningsartikler utviklet av Joanna Briggs Institute (JBI), som kan sees i vedlegg 3.

En kritisk gjennomgang av artiklene gir oss en større forståelse for hver artikkels individuelle styrker og svakheter. For å illustrere dette har vi utarbeidet en oversiktstabell, tabell 3, basert på JBI's sjekkliste. Spørsmålene fra sjekklisten er opprettholdt på originalspråket, i mangel av en tilsvarende omfattende liste på norsk. I vedlegg 4 har vi lagt med kvalitetsvurderingen vi har gjort av hver enkelt artikkel.

Tabell 4 – Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene basert på JBI sin sjekkliste for kvalitative studier

Første forfatter, år	Collet et al. 2019	Oosterhouse et al. 2016	Oxenbøll-Collet et al. 2016	Steinseth et al. 2018	Tsang et al. 2019	Zamoscik et al. 2017
Spørsmål fra sjekklisten:						
Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	Uklart	Ja	Ja	Nei	Uklart	Uklart
Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Uklart
Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	Ja	Uklart	Ja	Nei	Ja	Uklart
Are participants, and their voices, adequately represented?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

3.4 Dataekstraksjon

For å sikre en nøyaktig og konsis informasjonssamling utarbeidet vi et dataekstraksjonsskjema basert på en mal av Bettany-Saltikov og McSherry (2016). Når man utarbeider et dataekstraksjonsskjema må man gå tilbake til hver enkelt artikkel og markere relevant informasjon som kan besvare forskningsspørsmålet. Informasjonen som tas med her er ofte basert på de ulike komponentene i PICOT-skjemaet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Vi har laget et dataekstraksjonsskjema for hver av de inkluderte artiklene, se vedlegg 5.

4 Analyse

Aveyard (2023) oppgir at det finnes over 35 ulike måter å utføre en dataanalyse. Hun legger vekt på analysemetodene «meta-analyse», «meta-ethnography» og «integrative review», men skriver videre at disse metodene krever en omfattende og kompleks tilnærming og derfor bør unngås av masterstudenten. Etter anbefaling fra Aveyard (2023) har vi derfor valgt å utføre en tematisk analyse av de inkluderte forskningsartiklene. Vi har basert oss på Aveyards (2023) beskrivelse av tematisk analyse, hvor man tar utgangspunkt i de inkluderte artiklenes resultat og deretter identifiserer ulike tema.

4.1.1 Analyseprosessen

Det første steget i utførelsen av en tematisk analyse er å identifisere ulike tema i resultatdelen til de inkluderte forskningsartiklene (Aveyard, 2023). Vi begynte derfor prosessen med å lese de inkluderte artiklenes resultatdel og se etter relevant informasjon som kunne knyttes opp mot oppgavens forskningsspørsmål. Underveis i lesingen markerte og fargekodet vi ulike relevant informasjon før vi gikk gjennom de markerte avsnittene og beskrev kort hva som var innholdet. Ved å fargekode med markeringstusj underveis i analyseringen, fikk vi fortløpende oversikt over ulike temaer i artiklene og kunne lettere sammenligne de ulike artiklene med hverandre. Se eksempel på markeringen i vedlegg 6. Etter å grundig ha lest gjennom alle artiklene, sammenlignet vi de ulike markerte avsnittene med hverandre og så på hvordan de ulike funnene kunne relateres til hverandre.

For å utvide vår forståelse av innholdet i de ulike artiklene, valgte vi å gå gjennom denne innledende fasen av prosessen individuelt. Deretter diskuterte og sammenlignet vi de ulike funnene vi hadde gjort, og begynte å se på likheter og ulikheter ved funnene (Aveyard, 2023). På denne måten fikk vi en oppfatning av hvilke tema som kunne relateres til hverandre og lagde ulike kategorier til de ulike temaene. Neste steg i prosessen var å flette sammen funnene i de ulike artiklene, basert på de kategoriene vi hadde laget. Aveyard (2023) skriver at man enten kan kopiere de markerte avsnittene direkte fra de originale artiklene og deretter kategorisere de etter midlertidige tema, eller lage en tabell hvor hver kolonne representerer ett tema og at disse funnene ligger til grunn for de temaene man identifiserer i artiklene. Vi valgte å gjøre en kombinasjon av disse to: først gikk vi gjennom alle funnene sammen og

kopierte avsnittene i en tabell som vi deretter navnga, før vi lagde en oversiktstabell basert på de ulike kategoriene (se tabell 5).

Tabell 5 – Oversikt over innledende tema og hvilke artikler de finnes i

Forfatter, år	Collet et al. 2019	Oxenbøll-Collet et al. 2016	Oosterhouse et al. 2016	Steinseth et al. 2018	Tsang et al. 2019	Zamoscik et al. 2017
Tema						
Blandede holdninger til delirium	X	X	X	X	X	X
Ubehag ved bruk av screeningsverktøy	X	X		X		
Tanker om medisiner og sedasjon	X		X		X	
Behov for bedre tverrfaglig samarbeid	X	X	X	X	X	X
Varierende erfaring med screeningsverktøy	X	X	X	X	X	X
Ønske om screeningsverktøy	X		X			
Varierende kunnskap om diagnosen	X	X	X		X	X
Oppmerksomhet rundt forebygging	X		X		X	
Utførelsen av vurdering er erfaringsbasert	X				X	X

Det tredje steget i prosessen innebærer å kvalitetssjekke de ulike markerte avsnittene, og kategorisere avsnittene i ulike hovedtema med eventuelle undertema (Aveyard, 2023). Dette gjorde vi først sammen, før vi også fikk hjelp av masterveilederen vår. På denne måten fikk vi sammenlignet og diskutert med hverandre, og fikk en enda bedre forståelse for hvilke tema som kan relateres til hverandre og hvilke som ikke kunne det. I noen tilfeller måtte vi gå tilbake til forskningsartikkelen det gjaldt for å sikre fullstendighet og nøyaktighet i analysen

vår. Analyseprosessen er en dynamisk prosess (Aveyard, 2023), og samtidig som vi ga hvert tema et mulig temanavn måtte vi stadig revidere temanavnene mens vi gransket materialet frem og tilbake. Til slutt resulterte analyseprosessen i tre hovedtema og fem undertema som presenteres i oppgavens resultatdel, se tabell 7 på side 36.

4.2 Forforståelse

Malterud (2017) beskriver begrepet «forforståelse» som bagasjen en forsker bringer med seg inn i et forskningsprosjekt. Denne bagasjen inneholder tidligere erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske rammer som forskeren har ved oppstarten av prosjektet. Det er viktig at forskeren nærmer seg forskningsprosessen med et åpent sinn og lar prosessen selv, og ikke forforståelsen, styre prosjektets retning. Samtidig er forforståelsen ikke bare en begrensning; den fungerer også som en drivkraft som motiverer forskeren til å utforske spesifikke temaer og spørsmål. Dette påvirker valget av tema og utformingen av forskningsspørsmålene, slik at forskerens innledende forforståelser og interesser formidler retningen for forskningen (Malterud, 2017).

Inn i denne oppgaven tar vi med oss vår forforståelse for intensivpasienter som går gjennom et delirium. Denne forforståelsen er farget av tidligere erfaringer fra sengepost, noe som både gir oss en unik inngang til, men også en mulig skjevhet i vår forforståelse av delirium i en intensivkontekst. I en sengepost-setting observerte vi delirium som en diagnose preget av forvirring, uro og hallusinasjoner. Å samarbeide med en pasient i et delirium opplevdes som utfordrende og kunne ofte ha negativ innvirkning på pasientbehandlingen, da de hadde dårligere compliance enn pasienter som ikke var i et delirium. Pasientene ble ofte ansett som tyngre å ha, da de på grunn av uro og agitasjon var tyngre for oss som intensivsykepleiere å håndtere. Dette er erfaringer som former vår forforståelse.

Det er essensielt å nærme seg forskning og praksis med et åpent sinn. Forforståelsen skal ikke være en hindring, men en bro som leder til dypere innsikt. Dette krever en aktiv bevisstgjøring omkring hvordan tidligere erfaringer påvirker vår tolkning av nye data. Forskning i denne konteksten bør bidra til å utfordre vår forforståelse, slik at vi kan gi bedre og mer målrettet omsorg til denne særlig sårbare pasientgruppen.

Gjennom refleksjon og en kritisk tilnærming til egne forutinntatte oppfatninger kan vi derfor bedre identifisere og implementere intervensjoner som er tilpasset den unike situasjonen på

intensivavdelingen. Dette er ikke bare viktig for å oppdage og behandle delirium effektivt, men også for å forebygge og minimere de langvarige effektene delirium kan ha på pasientens rehabilitering og livskvalitet. Ved å anerkjenne og tilpasse oss disse forskjellene, blir vi bedre rustet til å møte de komplekse utfordringene som følger med intensivbehandling.

4.3 Forskningsetiske overveielser

Vi har gjort en litteraturstudie med systematisk tilnærming hvor man baserer seg på allerede eksisterende forskning og publisert litteratur (Aveyard, 2023). Det er derfor ikke nødvendig å søke om ekstern godkjenning før man gjennomfører studien. Man må derimot sikre at de artiklene man har valgt å inkludere har fulgt forskningsetiske retningslinjer og fått godkjenning fra etisk komité. Dette har vi sikret gjennom sjekklisten fra JBI hvor ett av kriteriene er å vurdere om forskningen er i samsvar med gjeldende etiske standarder og om det er bevis på etisk godkjenning. Som Polit & Beck (2021) påpeker er dette spesielt viktig når man inkluderer kvalitative artikler som involverer mennesker. I våre inkluderte artikler kommer det tydelig frem at deltakerne ble godt informert, både muntlig og skriftlig, om studien før de ga samtykke. De kunne når som helst trekke seg og ble sikret anonymitet.

For å sikre høy kvalitet og pålitelige resultater i en litteraturstudie er det essensielt å følge en systematisk tilnærming gjennom alle trinnene i skriveprosessen (Aveyard, 2023). Dette kravet har blitt oppfylt ved å følge anbefalingene til Aveyard (2023) og Polit & Beck (2021).

Forsknings evne til å levere evidens er direkte påvirket av fraværet av bias (Polit & Beck, 2021), vi har derfor utført kvalitetsvurdering hver for oss slik at vi ikke påvirker hverandres vurdering. Vi har vært nøye med å gjøre rede for og begrunne de valgene vi har tatt underveis i prosessen for å øke bevisstheten rundt vår rolle som forskere. Vårt fokus har vært å sikre pålitelig og transparent presentasjon av både datainnsamling og funn I funndelen har vi inkludert alle funn, også de som kan anses som negative. For å forhindre plagiering har vi, i tråd med anbefalingene til Polit & Beck (2021), referert til de rette forfatterne gjennom hele arbeidet.

5 Funn

I følgende avsnitt kommer vi til å presentere funn fra artiklene vi har valgt å inkludere. Vi beskriver først generelle kjennetegn fra de inkluderte artiklene, deretter presenteres hovedfunn og til slutt går vi gjennom det vi har trukket ut som hovedtema og undertema. Vi illustrerer temaene med direkte sitat fra de inkluderte artiklene.

5.1 Presentasjon av inkluderte artikler

Vi har inkludert totalt seks artikler i vår studie. To danske og en norsk studie, de resterende er fra Storbritannia, Canada og USA. Ved å inkludere artikler fra ulike land har vi sikret internasjonal presentasjon av forskning. Vi ønsket opprinnelig kun å inkludere kvalitative artikler, hvorav fire av artiklene har brukt denne metoden. Av de resterende to er den ene en tverrsnittstudie med kvalitativ beskrivende metode og den andre en mixed method. Når man gjør en litteraturstudie med systematisk tilnærming hvor man inkluderer kvalitativ forskning er det ikke anbefalt å inkludere studier som er mixed method (Aveyard, 2023). Vi gjorde derfor en grundig vurdering før vi valgte å inkludere denne artikkelen. Etter kvalitetssjekk og vurdering av artiklenes relevans opp mot vårt forskningsspørsmål besluttet vi å inkludere kun den kvalitative delen av artikkelen da vi mener den er relevant for vår studie. Dette valget ble tatt da hovedvekten av funnene baserer seg på kvalitative data. Valget ble også diskutert med vår masterveileder.

De inkluderte artiklene er publisert i tidsrommet 2016-2019. Vi ønsker å presisere at under søkene søkte vi på artikler publisert fra 2014-2024, men fant kun aktuelle artikler som vi ønsket å inkludere innenfor tidsperspektivet 2016-2019. Fire av artiklene benyttet seg av fokusgruppeintervju for datainnsamling. De resterende to utførte individuelle intervju, hvor den ene benyttet semistrukturert intervjuguide. Fire av artiklene inkluderte kun sykepleiere som deltakere, mens to inkluderte både sykepleiere og leger. Basert på vårt forskningsspørsmål har vi kun inkludert resultater fra intervjuer med sykepleiere.

Alle deltakerne i de inkluderte studiene arbeidet på ulike voksen medisinsk-kirurgiske intensivavdelinger. Totalt deltok 158 deltakere i de seks studiene, hvorav 19 var leger og de resterende sykepleiere. Av de studiene som rapporterte deltakernes kjønn var 82 kvinner og 6 menn representert. 73 av sykepleierne hadde intensivutdanning.

En oversikt over de inkluderte artiklene er presentert i tabell 6, mens en mer omfattende matrise finnes som vedlegg 6.

Tabell 6 – Presentasjon av litteratormatrise

Forfatter, år, land	Tittel	Formål med studien	Metode, datainnsamling, deltakere	Hovedfunn*
Collet et al. 2019, Danmark	Nurses' and physicians approaches to delirium management in the intensive care unit	Utforske sykepleiere og legers erfaringer og tilnæringer til håndtering av delirium på intensivavdelingen	Kvalitativ multisenterstudie Fokusgruppeintervju 39 deltakerere, hvor 24 var sykepleiere	Pasientens symptomer avgjorde om man valgte å behandle delirium. Helsepersonells tilnærming til deliriumsbehandling varierte basert på deres personlige preferanser og kliniske erfaring. Deltakerne ønsket å "bryte" delirium gjennom en integrasjon av omsorg og medikamentell behandling.
Oosterhouse et al., 2016, USA	Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management	Utforske hvordan intensivsykepleiere identifiserer delirium, hvilke tiltak de gjorde ovenfor pasienter med tegn eller symptomer på delirium, og deres overbevisninger om vurdering og håndtering av delirium	Tverrsnittstudie med kvalitative beskrivende metoder Demografisk survey, deliriumvignett og strukturert intervjuguide 30 intensivsykepleiere	Sykepleierne identifiserte ikke delirium konsekvent og brukte ikke termen "delirium" for å rapportere sine funn. De identifiserte derimot flere faktorer som kunne assosieres med delirium og satte i gang en rekke tiltak som ble anbefalt ut ifra retningslinjene. Sykepleierne anerkjente at vurdering og håndtering av delirium var fordelaktig for pasienten.
Oxenbøll-Collet et al., 2016, Danmark	Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)	Å undersøke opplevde barrierer blant sykepleiere og leger på danske intensivavdelinger når det gjelder bruk av CAM-ICU	Kvalitativ utforskende flersenterstudie Fokusgruppeintervju 24 deltakere, hvor 20 var sykepleiere	Bruk av CAM-ICU fikk sykepleieren til å føle at de avhørte pasienten, de opplevde det som pinlig å bruke den. Bruk av CAM-ICU ble generelt lavt prioritert. Det var tvil rundt instrumentets pålitelighet. Sykepleierne opplevde frustrasjon når legene ikke tok stilling til resultatet av CAM-ICU.
Steinseth et al., 2018, Norge	Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients and assessed and experienced by intensive care nurses – A mixed-methods study	Undersøke intensivsykepleieres vurdering av delirium og deres erfaring med å bruke CAM-ICU på mekanisk ventilerte pasienter under daglige sedasjonsstopp.	Mixed-method Samlet inn kvantitative data gjennom utfylte CAM-ICU. Deretter gjorde de individuelle intervjuer 30 intensivsykepleiere	Det er variasjoner i hvordan intensivsykepleiere vurderer delirium og hvilke erfaringer de har med CAM-ICU. Dette baserer seg i stor grad på hvor godt opplært de var i bruk av verktøyet. De som hadde lite opplæring opplevde CAM-ICU som støtende og lite upålitelig, de glemte ofte å bruke det. De som hadde god opplæring mente CAM-ICU var svært pålitelig og brukte det daglig. CAM-ICU ga objektive resultater.

Tsang et al., 2019, Canada	Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experiences on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit	Å utforske intensivsykepleiernes erfaringer, tro og oppfatninger om håndtering av smerte, uro og delirium (PAD) hos kritisk syke pasienter	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju 46 sykepleiere	Det er varierende meninger rundt hva som er pasientens optimale våkenhetstilstand. Noen mener pasienten bør være sedert, imens andre mener den bør være våken. Dette baserer seg delvis på personlige preferanser. Helsepersonell har varierende kunnskap om PAD, noe som gir inkonsekvent pasientbehandling. Faktorer som påvirker PAD kan være effektiv kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell, familieinvolvering og miljømessige faktorer som lys og støy.
Zamoscik et al., 2017, Storbritannia	Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care	Å utforske sykepleiernes erfaringer og oppfatninger av delirium, håndtering av deliriske pasienter og screening av delirium fem år etter at CAM-ICU ble innført som standard praksis.	Kvalitativ metode Fokusgruppeintervju 12 sykepleiere	Delirium ble lavt prioritert, det var større fokus på andre fysiske utfordringer hos pasienten. Ivaretagelse av pasienter med delirium ble beskrevet som fysisk utmattende og emosjonelt belastende. Deltakerne var skeptisk til bruk av CAM-ICU. Behandling av delirium bestod i hovedsak av sedasjon. Men man så også fordelene med ikke-farmakologiske tiltak som involvering av pårørende, gode rutiner og avledningmanøvre.

*Vi har kun valgt å presentere de hovedfunnene som er relevant for vårt forskningsspørsmål.

5.2 Presentasjon av tema

Etter analyseprosessen av de seks inkluderte artiklene satt vi igjen med tre hovedtema og fem tilhørende undertema. En oversikt over disse presenteres i tabell 7.

Tabell 7 – Presentasjon av hovedtema og tilhørende undertema

Hovedtema	Undertema
Screeningsverktøy for å oppdage delirium	- Erfaringer med å bruke screeningsverktøyet CAM-ICU
Holdninger og praksis til vurdering av symptomer på delirium	- Erfaringer med å vurdere symptomer på delirium - Behov for økt kompetanse om delirium
Tverrfaglig samarbeid og erfaringsdeling	- Manglende støtte fra andre yrkesgrupper og behovet for tverrfaglig samarbeid - Erfaringsbaserte vurderinger fremfor bruk av retningslinjer

5.3 Screeningsverktøy for å oppdage delirium

I fem av de inkluderte artiklene trekkes bruk av screeningsverktøy frem som en viktig del av vurderingen for delirium (Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). I studien til Collet et al. (2019) var det en enighet blant deltakerne om at bruk av screeningsverktøy og regelmessig vurdering av pasienten var sentralt for å oppdage delirium. Samtidig viser Oxenbøll-Collet et al. (2018) i sin studie til at både sykepleiere og leger anså screening av delirium som lavt prioritert dersom man sammenlignet med andre behandling- og omsorgsformer.

5.3.1 Erfaringer med å bruke screeningsverktøyet CAM-ICU

Det screeningsverktøyet som i all hovedsak trekkes frem i artiklene for å avdekke delirium er CAM-ICU. Zamoscik et al. (2017) har i sine fokusgruppeintervjuer spurt deltakerne om deres erfaring med bruk av CAM-ICU og flere av deltakerne beskrev skepsis.

“If you are in extreme pain, and you`re agitated, you may well not answer the CAM-ICU negative correctly, because you can` t think straight” (Zamoscik et al., 2017, s. 97).

Deltakerne følte at verktøyet var upålitelig i de tilfellene hvor pasientene var sedert, deprimert, lite samarbeidsvillig eller smertepreget, uten at dette utdypes videre (Zamoscik et al., 2017). Oxenbøll-Collet et al. (2018) viser også i sin datainnsamling til at deltakerne er bekymret over hvorvidt resultatene av CAM-ICU kan stoles på når man bruker dem på pasienter som er i den mest kritiske fasen av sykdommen sin. Pasienten kunne være våken, men potensielt for svak til å gi adekvate svar på scoringen.

Deltakerne i studien til Zamoscik et al. (2017) trekker frem at CAM-ICU består av repeterende spørsmål, noe som kan medføre at pasienten memorerer de korrekte svarene og dermed gir et upålitelig resultat. Sykepleierne i studien rapporterer at ved bruk av CAM-ICU må de bruke faglig skjønn for å vurdere resultatene, da de ikke kan stole på at testen i seg selv gir validerte resultater. De opplever at resultatene ved CAM-ICU ikke skiller delirium fra depresjon, bipolar lidelse eller alkoholabstinens (Zamoscik et al., 2017). Steinseth et al. (2018) viser også til at i de tilfellene hvor intensivsykepleierne ikke stolte på resultatene fra CAM-ICU fordi de mente pasientens klinikk tilsa noe annet, valgte intensivsykepleierne heller å stole på sin personlige kliniske vurdering. De repeterende spørsmålene kan medføre at

scoringen kan oppleves som et avhør for pasientene, samt gjøre dem brydd.

Intensivsykepleierne hadde erfart at enkelte pasienter ble mistenksomme når man stilte sanne og usanne spørsmål, som for eksempel om en stein kan flyte i vann. Enkelte hadde opplevd at pasientene reagerte med sinne og irritasjon over spørsmålene (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018).

I studien til Oosterhouse et al. (2016) påpeker en intensivsykepleier at dersom de hadde et tilgjengelig screeningsverktøy som var lett å bruke ville hun brukt det oftere. I Oxenbøll-Collet et al. (2018) er det flere som opplever CAM-ICU som komplisert og arbeidskrevende, og lar dermed være å bruke verktøyet. Testen er lang og vanskelig, og sykepleierne har generelt mistillit til verktøyet. De opplever også at testen påvirker deres profesjonelle integritet, noen hadde for eksempel opplevd å føle seg latterliggjort når de presenterte resultatene fra CAM-ICU til sine kollegaer eller til legen.

“...because in my ward we work very closely with each other and relatives are present most of the time etc., It would be better in a single room where no one is standing behind the screen and laughing at you, because it`s so weird, that you have to talk to the patient like that” (Oxenbøll-Collet et al., 2018, s. 18).

Sykepleierne opplevde det som flaut å bruke CAM-ICU dersom kollegaer eller pårørende hørte på, og de satt igjen med en følelse av å være uprofesjonell (Oxenbøll-Collet et al., 2018).

Det er kun en artikkel som trekker frem positive erfaringer med bruk av CAM-ICU. I studien til Steinseth et al. (2018) undersøkte de intensivsykepleieres erfaring med å bruke verktøyet under daglig sedasjonsstopp på mekanisk ventilerte pasienter. Intensivsykepleierne ble delt inn i tre kategorier; uforpliktende, utrygg og ansvarlig. I den uforpliktende kategorien ønsket intensivsykepleierne mer kunnskap om CAM-ICU, de opplevde verktøyet som upålitelig og stolte kun på egne kliniske vurderinger av delirium. I den utrygge kategorien hadde intensivsykepleierne lite kunnskap om CAM-ICU og de ønsket mulighet til å dele erfaringer rundt verktøyet med kollegaer. De var usikre på om verktøyet var pålitelig, og hadde lite motivasjon til å bruke det. Deltakerne i den ansvarlige kategorien oppga at de hadde tilstrekkelig opplæring og veiledning i bruk av CAM-ICU, og de var aldri i tvil om når de skulle bruke verktøyet. De opplevde at de fikk pålitelige resultat av å bruke verktøyet og at

CAM-ICU ga en objektiv og pålitelig vurdering. Deres erfaring var at delirium i større grad ble oppdaget tidlig når man brukte CAM-ICU, og da spesielt hypoaktive delirium. Deltakerne poengterer at det er viktig å gi pasientene en god introduksjon og forklaring til verktøyet, da spørsmålene ikke alltid virker logiske (Steinseth et al., 2018).

5.4 Holdninger og praksis til vurdering av symptomer på delirium

Intensivsykepleiere og sykepleiere på intensivavdeling har ulike holdninger til hvordan de vurderer delirium, noe som påvirker vurdering av diagnosen og i hvor stor grad den blir prioritert (Collet et al., 2019; Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll et al., 2018; Zamoscic et al., 2017).

5.4.1 Erfaringer med å vurdere symptomer på delirium

Collet et al. (2019) har undersøkt hvordan sykepleiere vurderer symptomer på delirium. I tilfeller der pasienten virket rolig og samarbeidsvillig, ble det ikke ansett som nødvendig å screene for delirium. Disse pasientene ble ikke oppfattet som en fare for seg selv eller pleiepersonell, og selv om de hadde delirium ble medikamentelle tiltak vanligvis vurdert unødvendige da de ikke utgjorde noen risiko. Imidlertid vurderte sykepleierne å gi medisiner dersom pasienten uttrykte hallusinasjoner (Collet et al., 2019).

“If a patient is calm and accepts ICU treatment, I think we`re happy. The goal is to avoid sedatives. It`s okay that the patient still shows other symptoms of delirium”
(Collet et al., 2019, s. 3019).

Hvis pasienten var agitert ble dette betraktet som en potensiell fare, da det kunne være risiko for at pasienten selv eller pleiepersonell kom til skade, og medikamentelle tiltak ble raskt satt i gang. Disse pasientene fikk ofte sederende legemidler. Deltakerne beskriver at de har forståelse for de negative konsekvensene det å sedere pasienten kan medføre, allikevel ble sederende legemidler ofte ansett som helt nødvendig (Collet et al., 2019). I Oosterhouse et al. (2016) sin studie påpeker intensivsykepleierne at symptomer på delirium kan føre til overmedisinering av pasienten, noe som kunne være en betydelig ulempe for pasienten. Flere deltakere i studien beskrev at de ikke likte å gi pasientene mye medisiner og var redde for at det kunne forverre pasientens fysiske og psykiske tilstand.

Tsang et al. (2019) påpeker at mange intensivpasienter opplever smerter og agitasjon under oppholdet, noe som kan bidra til utvikling av delirium. I studien så de behov for å se nærmere på hvilke vurderinger intensivsykepleiere gjør med hensyn til sedasjon. Deltakerne i studien hadde forskjellig syn på hva som var et passende sedasjonsnivå for kritisk syke pasienter, noe som i stor grad handlet om deres personlige synspunkt på hvordan de selv ville ønsket å bli behandlet dersom de var pasient. Holdningene til sedasjon var imidlertid blandede. Noen mente at kritisk syke pasienter burde være dypt sederte, fordi det å gi pleie til en dypt sedert pasient var enklere. Andre mente at det viktigste var at pasienten var rolig og våken, og at adekvat smertelindring ble gitt slik at man kunne forebygge utvikling av delirium (Tsang et al., 2019).

Zamoscik et al. (2017) beskriver at delirium har lav behandlingsprioritet sammenlignet med andre diagnoser. Noen sykepleiere i studien ga uttrykk for at det var forventet at intensivpasienter kunne utvikle delirium, og derfor ble screening ikke prioritert som et preventivt tiltak.

“Keeping my patient alive, I would say, is more important than doing my CAM-ICU”
(Zamoscik et al. 2017, s. 96).

Screening ble nedprioritert på grunn av tidsbruk, og i de tilfellene der screening ble utført, ble resultatene sjelden kommunisert til ansvarlig lege. Dette skyldtes at sykepleierne hadde erfart at legen sjeldent handlet ut fra screeningsresultatene (Zamoscik et al., 2017). Samtidig viser forskning at intensivsykepleiere er klar over fordelene med å screene for delirium. I studien til Oosterhouse et al. (2016) fremhever deltakerne fordeler som tidlig intervensjon, forebygging av komplikasjoner, differensiering av årsaker, bedre pasientsikkerhet, bedre utfall etter intensivopphold og kortere innleggelse.

5.4.2 Behov for økt kompetanse om delirium

Både sykepleierne og legene i studien til Oxenbøll-Collet et al. (2018) beskrev det som utfordrende å skille mellom hva som var akkumulering av sedative legemidler og en fluktuerende mental tilstand hos pasientene. Sykepleiere i både Zamoscik et al. (2017) og intensivsykepleierne i Oosterhouse et al. (2016) sine artikler ønsket mer opplæring om delirium til helsepersonell, og mente at pasienten med delirium muligens ville få bedre behandling hvis man fokuserte mer på diagnosen.

«The main personal factor that nurses identified as an enabling factor was more training. For example, one nurse said “with greater awareness and greater understanding of what triggers are and what findings would point to delirium, it would be easier [to identify].” Another nurse said, “just continuing education, having the staff know what the signs and symptoms are. How do we prevent this?”»
(Oosterhouse et al., 2016, s. 387).

Intensivsykepleierne ønsket mer fokus og kompetanse om delirium. De trodde at økt fokus og kompetanse var faktorer som kunne hjelpe intensivsykepleierne med å forstå hvilke pasienter som var i risikozonen for delirium og hvordan de derav lettere kunne oppdage delirium (Oosterhouse et al., 2016). Intensivsykepleierne i artikkelen til Steinseth et al. (2018) ble delt opp i tre ulike kategorier ut ifra erfaringsnivå, hvor de mindre erfarne i større grad synes det var utfordrende å utføre en screening med verktøyet CAM-ICU og ønsket seg mer opplæring. Alle intensivsykepleierne som ble inkludert i Steinseth et al. (2018) studie, fikk en dag med opplæring om screeningsverktøyet CAM-ICU før de skulle ta det i bruk i praksis. De mindre erfarne intensivsykepleierne erfarte at opplæringsdagen de fikk i forkant at screeningene ga dem lite læringsutbytte da de hadde for lite forkunnskaper om delirium. De mer erfarne intensivsykepleierne synes det var enklere å utføre screeningen, da de følte seg bedre forberedt og hadde tidligere erfaringer og trening i å screene en pasient med delirium (Steinseth et al., 2018). Sykepleierne i Oxenbøll-Collet et al. (2018) følte de trengte mer opplæring i CAM-ICU for at de skulle oppleve seg mer komfortabel med å bruke dette verktøyet til evalueringen av delirium.

Studien til Oxenbøll-Collett et al. (2018) synliggjør at i tillegg til å få opplæring i bruk av screeningsverktøy som CAM-ICU, trenger helsepersonell mer opplæring rundt det å identifisere delirium. I tillegg bør opplæringen inkludere hvordan helsepersonell skal kommunisere med pasienter og deres familier om deliriumscreening og identifisering av delirium.

Intensivsykepleierne i Oosterhouse et al. (2016) mente det vil være en fordel dersom de hadde kjennskap til pasientens kognitive tilstand før de ble innlagt på intensivavdelingen. De mente at dette kunne muliggjøre tidlig igangsetting av forebyggende tiltak. Tidlig behandling bedrer

pasientsikkerheten og kan forbedre utfallet, i tillegg til å begrense lengden på innleggelsen (Oosterhouse et al., 2016).

5.5 Tverrfaglig samarbeid og erfaringsdeling

Et gjentakende tema i de seks inkluderte artiklene er et ønske om å jobbe mer tverrfaglig når man jobbet med pasienter i risikozonen for delirium. Samtlige artikler påpeker at et godt samarbeid og god kommunikasjon mellom de ulike profesjonene som deltar i behandlingen av en pasient på intensivavdelingen var viktig (Tsang et al., 2019; Oosterhouse et al., 2016; Zamoscik et al., 2017).

5.5.1 Manglende støtte fra andre yrkesgrupper og behovet for tverrfaglig samarbeid

Sykepleierne og intensivsykepleierne inkludert i Zamoscik et al. (2017) og Oosterhouse et al. (2016) opplevde lite støtte fra andre yrkesgrupper når de skulle vurdere om pasienten hadde delirium og videre håndtering av pasienter med delirium. I Zamoscik et al. (2017) opplevde sykepleierne delirium som en lavt prioritert diagnose blant legegruppen. De opplevde at legene oftere var opptatt av de mer medisinske aspektene rundt pasienten enn å vurdere om pasienten var i et delirium, da delirium i større grad ble ansett som en psykisk tilstand.

«some [doctors] don't even think about it, and you can even flag it up with them, and they don't (...) it's a secondary issue. They're focusing on the main body systems (P01)» (Zamoscik et al., 2017, s. 96)

«especially the juniors, they'll quite often come in and just half your sedation before you know it. And they're [patients] in withdrawal (P03)» (Zamoscik et al., 2017, s. 96)

Sykepleierne opplevde at enkelte leger ikke forsto hvorfor delirium var et problem og hvordan delirium kunne forverre pasientens medisinske tilstand (Zamoscik et al., 2017). Flere av sykepleierne i Oxenbøll-Collett et al. (2018) fortalte at de ble frustrert når resultater fra screeningsverktøyet CAM-ICU ikke ble tatt i betraktning av legene i vurderingen om en pasient er i et delirium. Sykepleiernes erfaringer var at legene ofte ønsket å selv undersøke og vurdere om pasienten var i et delirium, i stedet for å stole på funnene sykepleierne hadde funnet ved å utføre en CAM-ICU. Det frustrerte sykepleierne at de hadde tatt seg tid til å

utføre screeningen, når legene uansett ikke tok seg tid til å se på det (Oxenbøll-Collett et al., 2018)

Flere av intensivsykepleierne som deltok i artikkelen til Oosterhouse et al. (2016) ønsket gjerne et tverrfaglig team som screenet pasienter for delirium minst hver åttende time. De diskuterte også hvorvidt kompetent og tilstrekkelig med personale, og det å ha nok tid til å utføre en ordentlig deliriumscreening, påvirket vurderingen av delirium og håndteringen av denne pasientgruppen. De trodde at dersom de fikk tilstrekkelig med bemanning og kompetanse om delirium, kunne det føre til at de oppdaget delirium tidligere eventuelt at de klarte å forebygge diagnosen. Intensivsykepleierne trodde også at dersom de hadde mer fokus på risiko- og miljøfaktorer som var med å bidra til delirium, så kunne de forebygge eller oppdage delirium tidligere. I tillegg til dette mente intensivsykepleierne at det var et behov for anerkjennelse av delirium av fra både legegruppen og sykehusledelsen. Ved å få anerkjennelse for diagnosen, mente intensivsykepleierne at det kom til å bli lettere å sette i gang tiltak (Oosterhouse et al., 2016).

«The most frequently discussed environmental enabling factors for delirium assessment and managing was having a delirium tool, a protocol in place, adequate time, adequate staffing and workload, collaboration, and institutional support.»
(Oosterhouse et al., 2016, s. 387)

Intensivsykepleierne i Oosterhouse et al. (2016) mente at et av de fremste miljøtiltakene for å forebygge delirium, var å ha et lett tilgjengelig screeningsverktøy, en protokoll, nok tid og bemanning i tillegg til støtte fra sykehusledelsen og andre yrkesgrupper. Flere av deltakerne i Zamoscik et al. (2017) mente at det ville være fordelaktig å bevisstgjøre helsepersonell om de offisielle standardiserte retningslinjer for behandling av delirium. Forfatterne poengterer at sykepleiere kan ha lite kunnskaper om eksisterende retningslinjer for behandling av delirium.

5.5.2 Erfaringsbaserte vurderinger foran bruk av retningslinjer

Flere av deltakerne i Tsang et al. (2019) beskrev at håndteringen av PAD («pain, agitation and delirium») burde skreddersys til hver enkelt pasient basert på alvorlighetsgrad av sykdom, underliggende sykdommer samt preferanser. På en annen side mente noen av

intensivsykepleierne i samme artikkel at variasjonen av hvordan PAD-behandling ble håndtert av legene kunne ha negativ innvirkning på pasientbehandlingen, noe pasientansvarlig intensivsykepleier kunne bli frustrert over (Tsang et al., 2019).

Flere av artiklene i studien viser til at både intensivsykepleiere, sykepleiere på intensivavdeling og leger i stor grad baserer seg på tidligere erfaring når de vurderer om pasienten er i et delirium (Collet et al., 2019; Oosterhouse et al., 2016; Zamoscic et al., 2017). Deltakerne i studien til Collet et al. (2019) opplevde manglende eller svake veiledende retningslinjer rundt delirium. Deltakerne rapporterte at i tilfeller hvor det ikke var klare forskningsbaserte retningslinjer, ble håndteringen av delirium basert på den individuelle sykepleieren og legens vurderinger.

«Yes, it's a BAD experience when our treatments vary so much that it depends on what nurses and doctors are on duty; so some days the patient get A LOT of medications – it could be haloperidol or something – and other days they may get nothing because we think it's bad for the patient.» (Collet et al., 2019, s. 302)

Både sykepleierne og legene i Collett et al. (2019) studie mente at dersom de ikke hadde klare retningslinjer, kunne dette påvirke pasientbehandlingen og resultere at pasientene fikk ulik behandling. Behandlingen som ble gitt var basert på personlige preferanser og hvordan kulturen for deliriumshåndtering var i avdelingen.

«One of the first things, if (the patients) don't sleep and are CAM-ICU positive, is to relatively quickly start with 5 mg (haloperidol)» (Collet et al., 2019)

Behandlingen som ble gitt for delirium i Collet et al. (2019) studie var ikke-farmakologiske tiltak som enerom og opprettholdelse av en normal døgnrytme. Den farmakologiske «kuren» haloperidol eller olanzapine, eventuelt benzodiazepiner, propofol eller dexmedetomidine. Hvilken av behandlingen som ble gitt, var avhengig av personlige preferanser. Dersom pasienten ikke responderte på den første behandlingen som ble gitt, var også andrevalget basert på personlige preferanser (Collet et al. 2019).

Deltakerne i Zamoscic et al. (2017) rapporterte at de ofte brukte deres eget faglige skjønn når de vurderte hvorvidt resultatene fra CAM-ICU kunne være riktige eller ikke. Flere av intensivsykepleierne som ble intervjuet av Steinseth et al. (2018) fortalte at de ofte ikke

utførte en CAM-ICU-screening dersom kollegaene deres ikke hadde gjort det tidligere. De intensivsykepleierne som var kategorisert som ansvarlige beskrev at dette var en større problematikk blant den gruppen intensivsykepleiere som ikke var like ansvarlige i forhold til om det ble utført en CAM-ICU screening eller ikke. Oosterhouse et al. (2019) beskrev i sin artikkel at noen av deltakerne påsto at intensivsykepleiere med lite erfaring stilte for lite spørsmål rundt identifisering og håndtering av delirium, og dette var en problematikk som det ikke ble tatt hånd om.

6 Diskusjon

For å besvare forskningsspørsmålet “hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter?” diskuterer vi funnene våre opp mot teori og tidligere forskning, presentert i kapittel 2. I teori og tidligere forskning har vi inkludert intensivsykepleierens funksjon, rolle og ansvarsområde, delirium hos intensivpasienten, screeningsverktøy for delirium og kunnskapsbasert praksis, samt Benners sykepleieteori “fra novise til ekspert”.

Aveyard (2023) beskriver diskusjonsdelen som den siste delen av en litteraturgjennomgang. Dette innebærer at vi må tolke våre funn og vurdere konsekvenser funnene vil ha for vårt fagområde. Vårt fokus har vært å se på erfaringer intensivsykepleiere har med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter i intensivavdeling. I diskusjonen av funnene våre har vi valgt å følge Aveyard (2023) sin guide og anbefaling til innhold i en diskusjon. Det innebærer at vi i først diskuterer funnene våre. Deretter har vi en metodediskusjon hvor vi ser på styrker og svakheter med studien vår. Avslutningsvis i kapitlet presenteres videre implikasjoner for praksis.

6.1 Oppsummering av funn

Formålet med vår studie var å se på hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter. Hovedfunnene i den tematiske analysen viser intensivsykepleierens holdninger til å vurdere symptomer på delirium, erfaringer de har med å ta i bruk screeningsverktøyet CAM-ICU samt et opplevd manglende tverrfaglig samarbeid i vurdering av symptomer på delirium. Funnene i våre seks inkluderte studier viste at intensivsykepleierne brukte egne erfaringer for å oppdage delirium, fremfor validerte screeningsverktøy som CAM-ICU. Delirium oppleves av intensivsykepleierne å være lavt prioritert i intensivavdelingen (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). Intensivsykepleierne ønsket mer opplæring i bruk av screeningsverktøy og bedre kunnskaper om delirium, samt fokus på diagnosen (Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll-Collett et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). Intensivsykepleierne ønsket også større tydeliggjøring og fokus på de standardiserte retningslinjene som er knyttet til vurdering og behandling av delirium (Oosterhouse et al., 2016).

6.2 Diskusjon av hovedfunn

6.2.1 Forbedring av pasientutfall gjennom bedre tverrfaglig samarbeid og fokus på delirium

Funndelen viser at intensivsykepleieren er sentral i vurderingen av symptomer på delirium hos intensivpasienten, men for å få best mulig pasientbehandling er intensivsykepleierne avhengig av både legene og annet helsepersonell tilknyttet intensivavdelingen. Til tross for dette, viser funnene fra denne studien at intensivsykepleierne opplever en del utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet mellom leger og intensivsykepleiere.

Intensivsykepleierne opplever at legene ikke tar diagnosen alvorlig nok og ikke forstår komplikasjonene delirium kan medføre for intensivpasientens intensivopphold og rehabilitering (Collet et al., 2019; Oosterhouse et al., 2016; Zamoscik et al., 2017).

Studien viser at det å vurdere og kunne forebygge eller sette i gang tidlige tiltak til en pasient som er i risikozonen for å utvikle et delirium er viktig. Da er det å samarbeide og ha fokus på å oppdage diagnosen tidlig noe som kan forbedre sykdomsforløpet til pasienten. Nyere forskning gjort av Pantha et al (2023) understøtter denne teorien, og viser at god kommunikasjon mellom sykepleiere og leger øker pasientsikkerheten. Når man skal vurdere og håndtere en intensivpasient i risikozonen for delirium, vil det derfor være viktig at alle har samme forståelse og tilnærminger til hvordan diagnosen kan oppdages.

Delirium kan medføre alvorlige konsekvenser for pasientbehandlingen, noe som kan medføre lengre intensivopphold med en mulighet for økt behov for sedasjon og forlenget mekanisk ventilasjon. Det er også større sannsynlighet for at intensivpasienten autoseponerer nødvendig medisinsk utstyr som endotrakealtube, urinkateter og sentrale venekateter. Delirium kan medføre en større emosjonell belastning for pasientene, og flere pasienter kan oppleve vrangforestillinger i etterkant av et intensivopphold, noe som kan få betydning for pasientens rehabilitering. I tillegg gir diagnosen økt mortalitet (Ali & Casella, 2022; Ringdal et al., 2006). Dette er funn som kan tyde på at det kan være nødvendig med et økt fokus på delirium i intensivavdelingen som omfatter både opplæring i bruk av screeningsverktøy og bruk av praksisprotokoller med retningslinjer for hvordan delirium skal vurderes og håndteres i intensivavdelingen.

Funnene i vår studie fremhever viktigheten av en bedre tverrfaglig kommunikasjon og et tettere samarbeid mellom den pasientansvarlige intensivsykepleieren og legen slik at delirium kan oppdages tidlig og behandling kan settes inn raskt (Tsang et al, 2019; Oosterhouse et al., 2016; Zamoscik et al., 2017). Disse funnene understøttes av tidligere forskning gjort av Inouye et al. (2014) som viser til at tverrfaglige team kan redusere forekomsten av delirium hos voksne pasienter innlagt i sykehus med opptil 20%. En integrert tilnærming hvor leger, intensivsykepleiere og annet helsepersonell jobber sammen om deliriumshåndtering, kan bidra til en mer helhetlig pasientbehandling og potensielt forbedre pasientens kliniske utfall. Intensivsykepleierens rolle i dette tverrfaglige teamet er svært viktig, da intensivsykepleieren ofte opptrer både som pasientens talsperson og som en brobygger mellom pasient og lege. Intensivsykepleieren skal ha spesialisert kunnskap om kritisk syke pasienter og står ofte ovenfor kontinuerlig overvåkning og behandling av intensivpatienten, noe som er essensielt for å identifisere tidlige symptomer på delirium.

Videre kan organisasjonskulturen innen intensivavdelingen være avgjørende for effektiviteten av et tverrfaglig samarbeid. En kultur som fremmer åpenhet, respekt for de ulike profesjonelle perspektivene og god kommunikasjon mellom alle helsearbeidere, bidrar til å bygge et sterkere team som effektivt kan adressere og håndtere en intensivpatients komplekse behov. En positiv organisasjonskultur, basert på Ingstads (2019) teori om organisasjonskultur, kan direkte påvirke pasientbehandlingen ved å fremme et samarbeidsmiljø hvor raske og koordinerte intervensjoner for deliriumsforebygging er mulig.

Funnene i studien vår synliggjør et behov for forbedring av kommunikasjon og samarbeid mellom intensivsykepleiere og leger ved vurdering av symptomer på delirium (Collet et al., 2019; Oosterhouse et al., 2016; Zamoscik et al., 2017). I tillegg viser funnene et behov for en mer systematisk tilnærming til hvordan man vurderer symptomer på delirium, og flere av sykepleierne ønsket å få implementert retningslinjer som i større grad fortalte dem hva de skulle gjøre dersom en pasient sto i fare for å utvikle delirium (Steinseth et al., 2018; Oosterhouse et al., 2016; Zamoscik et al., 2017). For å implementere kunnskapsbaserte retningslinjer i daglig praksis på intensivavdelingen, bør man ha et økt fokus på å jobbe kunnskapsbasert og aktivt søke etter nyere forskning, noe som diskuteres i neste kapittel. Dette er også noe som krever et tettere tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene i en intensivavdeling. I den påfølgende diskusjonsdelen kommer vi

derfor til å drøfte nødvendigheten av kunnskapsbaserte retningslinjer og hvordan disse kan implementeres for å styrke det tverrfaglige samarbeidet ytterligere.

6.2.2 Implementering av kunnskapsbasert praksis for vurdering av delirium

Funnene i vår litteraturstudie avdekker at intensivsykepleiere og leger i stor grad baserte seg på tidligere erfaringer når de skulle vurdere og behandle delirium hos intensivpasienter (Collet et al., 2019; Zamoscik et al., 2017). Basert på forskning og teori om kunnskapsbasert praksis og Helsepersonelloven §4 anser vi det som vesentlig å basere behandling som blir gitt i intensivavdelingen på den beste tilgjengelige forskningen – ikke kun på det den individuelle legen eller intensivsykepleieren foretrekker, basert på egne erfaringer.

6.2.2.1 Organisasjonskultur i intensivavdelingen og implementering av kunnskapsbasert praksis

Flere av intensivsykepleierne i studien til Oosterhouse et al. (2016) og Collet et al. (2019) etterspurte tydelige retningslinjer for vurdering og behandling av delirium. Tydelige retningslinjer for delirium ble særlig etterspurt av de mer uerfarne intensivsykepleierne, da de oftere følte seg utrygge når de skulle vurdere symptomene på delirium. Utryggheten som de mindre erfarne intensivsykepleierne følte på, kan sees i sammenheng med Benners (1984) teori om at klinisk dyktighet og kompetanse utvikles over tid gjennom erfaring og utdanning. Benner fremhever hvordan nye sykepleiere og intensivsykepleiere beveger seg fra å være noviser til eksperter, og hvordan praktisk veiledning kan hjelpe i overgangen fra teori til praksis – spesielt i kritiske og komplekse situasjoner, som å vurdere symptomene på delirium.

Funnene i denne litteraturstudien tyder på en kultur i intensivavdelingen som i stor grad handler om å utføre erfaringsbaserte tiltak, og at hvordan man vurderer symptomer på delirium er basert på intensivsykepleierens erfaringer med diagnosen. Funnene i studien viser også at svært få av de inkluderte sykepleierne og intensivsykepleierne brukte screeningsverktøy som CAM-ICU og ISDSC for å stille diagnosen delirium, og foretrakk heller å bruke egne erfaringer for å stille diagnosen (Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017).

Ved å anvende Ingstads (2019) teori om organisasjonskultur i sammenheng med funnene i denne studien, blir det tydelig hvordan organisasjonens kultur påvirker samspillet mellom

yrkesgruppene. Dette gjenspeiler seg i observasjonene hvor intensivsykepleierne føler seg oversett av legene når de legger frem resultater fra screeningsverktøyet CAM-ICU.

Sykepleierne oppfattet det slik at legene ofte foretrakk å utføre egne undersøkelser og evalueringer for å diagnostisere delirium (Collet et al., 2019; Oxenbøll-Collet et al., 2017; Zamoscik et al., 2017).

Ingstads (2019) teori understreker videre betydningen av god kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid innenfor organisasjonen for å effektivt implementere kunnskapsbasert praksis. For å overkomme kulturelle barrierer og fremme en mer problemfri integrering av nye metoder, som bruk av screeningsverktøy for delirium, kan det være avgjørende å forstå og eventuelt endre organisasjonskulturen innad i intensivavdelingen. Dette kan bidra til å skape en felles forståelse og et eierskap til nye praksiser, noe som er essensielt for å sikre at verktøy som CAM-ICU og ICDSC blir anvendt korrekt og effektivt. Vurderingen av hvilket screeningsverktøy som er mest egnet for bruk i intensivavdelingen, krever en kritisk evaluering av de eksisterende verktøyene i lys av både kliniske erfaringer og forskningsresultater. For eksempel er CAM-ICU anerkjent for sin evne til å identifisere delirium effektivt, spesielt blant pasienter som ikke kan kommunisere verbalt. En kontinuerlig vurdering av både styrker og svakheter ved både CAM-ICU og andre verktøy er nødvendig for å tilpasse praksis til de nyeste innsiktene og behovene i klinisk arbeid. Dette kommer vi til å diskutere nærmere i kapittel 6.2.3.

Selv om erfaring spiller en viktig rolle i klinisk beslutningstaking, understreker kunnskapsbasert praksis behovet for å integrere en systematisk forskning i daglig praksis, også når man skal vurdere symptomer på delirium. Dette er ikke bare en utfordring knyttet til verktøy eller metoder, men også til de kulturelle normene og holdningene innenfor en organisasjon som kan være dypt forankret i tidligere erfaringer med vellykkede behandlinger av delirium og hva som er vanlig behandling på den aktuelle intensivavdelingen. Diskusjonen om kunnskapsbasert versus erfaringsbasert behandling er derfor ikke kun en teknisk, men også en kulturell utfordring som, slik vi ser det, krever en åpen dialog og vilje til å endre allerede etablerte praksiser som kan forbedre pasientbehandlingen.

6.2.2.2 Kunnskapsbasert versus erfaringsbasert behandling

Å jobbe kunnskapsbasert, basert på Melnyk og Fineout-Overholt (2019) sine seks steg, vil kunne være til hjelp for å finne felles og gode retningslinjer som sørger for at behandlingen som gis er i tråd med den nyeste forskningen. Kunnskapsbasert praksis er et konsept som innebærer en kontinuerlig prosess hvor klinisk ekspertise, erfaringer, pasientpreferanser og den mest relevante forskningen veves sammen for å fremme pasientsikkerhet og den beste mulige pasientbehandlingen. Funnene i denne studien belyser et behov for økt fokus på en mer standardisert tilnærming til bruk av screeningsverktøy for delirium i intensivavdelingen (Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018). Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at konsistent bruk av validerte verktøy, som CAM-ICU, kan føre til tidligere oppdagelse av delirium og derav gi et bedre behandlingsutfall (Gusmao-Flores et al., 2012). Implementeringen av kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen, som foreslått av Forskrift om nasjonale retningslinjer for intensivsykepleiere (2022), understreker dette punktet ved å anbefale systematisk bruk av standardiserte verktøy for å bedre pasientutfall.

Den opplevde erfaringsbaserte vurderingen av symptomer på delirium, understøttes av Benners modell, «fra novise til ekspert». Dette er en modell som foreslår at erfaring kan formidle en dypere og mer intuitiv forståelse av klinisk praksis (Benner, 1984). I et pasientrom innehar intensivsykepleieren en unik posisjon, hvorpå intensivsykepleieren ofte er den mest konstante tilstedeværende i pasientens behandlingsforløp. Man skal ikke undervurdere intensivsykepleierens kliniske blikk, og hvordan det kliniske blikket kan bidra til å oppdage og vurdere symptomer på delirium tidlig basert på intensivsykepleierens evne til å være oppmerksom på små endringer som har skjedd i løpet av en vakt. Det kliniske blikket kan også brukes til å vurdere hvorvidt det er behov for å screene en pasient for delirium. Benners modell illustrerer viktigheten av klinisk erfaring og innsikt i håndteringen av delirium, samtidig som den også fremhever behovet for forbedret opplæring og teamdynamikk (Benner, 1984).

Funnene i denne studien viser at intensivsykepleieren og legen i større grad stoler på egen intuisjon og erfaringer, foran å ta i bruk evidensbaserte verktøy som CAM-ICU (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018, Zamoscik et al., 2017). Vi tolker funnene dit at det kan være lite fokus på kunnskapsbaserte screeningsmetoder for delirium blant

intensivsykepleiere og leger i intensivavdelingen, noe som gjør at de i større grad jobber erfaringsbasert når de jobber med pasienter som er i risikozonen for delirium enn de ville gjort med andre diagnoser som har klarere retningslinjer for behandlingen. Dette er en tendens som kan være problematisk, spesielt for de uerfarne intensivsykepleierne, som uten fastsatte retningslinjer og tilstrekkelig erfaring, står ovenfor større utfordringer når de skal vurdere symptomer på delirium. Uten en kultur blant de erfarne intensivsykepleierne for å bruke validerte screeningsverktøy som CAM-ICU og ISDSC, kan man anta at det er større terskel for å bruke verktøyene også som ny intensivsykepleier. Mangelen på bruk av slike verktøy kan muligens indikere en kulturell motstand innenfor organisasjonen mot nye metoder, som understøttet av Ingstad (2019) teori, påvirker adopsjonen av endringer. Det er derfor nødvendig å vurdere hva som utgjør utfordringene med å implementere disse screeningsverktøyene i praksis, spesielt i lys av hvordan uerfarenhet kan være en faktor for hvorvidt delirium blir oppdaget eller ikke.

Benner har utviklet sin teori fra “novise til ekspert”, til “clinical wisdom” (Benner et al., 2011). Teorien beskriver hvordan sykepleieren utvikler en klinisk innsikt og beslutningsevne gjennom år med erfaring og kritisk refleksjon. Benners teori om sykepleierens utvikling fra novise til ekspert understreker at klinisk visdom ikke bare er basert på teoretisk kunnskap, men også på erfaringsbasert visdom. Sykepleiere som når ekspertstadiet, besitter en intuitiv forståelse av komplekse kliniske situasjoner, som gjør dem i stand til å handle raskt og effektivt uten å alltid måtte henvise til eventuelle retningslinjer (Benner et al., 2011). I vurderingen av symptomer på delirium hos intensivpasienter er klinisk visdom særlig viktig. Erfaring gir intensivsykepleiere mulighet til å gjenkjenne subtile tegn på delirium som kanskje ikke alltid fanges opp av standardiserte screeningsverktøy før det har gått en tid. Samtidig er det, slik vi vurderer det, avgjørende at denne erfaringsbaserte innsikten kombineres med kunnskapsbasert praksis. Intensivsykepleierne vil da kunne nyttiggjøre seg av oppdaterte evidensbaserte retningslinjer og screeningsverktøy som CAM-ICU for å sikre validitet i de kliniske vurderingene.

Benners “clinical wisdom” handler om å ta i bruk både erfaringsbasert og kunnskapsbasert behandling (Benner et al., 2011). Ved å anerkjenne og verdsette begge disse kunnskapsformene, kan intensivsykepleiere tilby en mer helhetlig og personorientert omsorg,

spesielt i akutte situasjoner hvor det kan være vanskelig å vurdere om en pasient har delirium eller i situasjoner hvor andre sykdommer maskerer delirium hos intensivpatienten.

6.2.2.3 Intensivsykepleieres holdning til sedasjon og medisinerer for å forebygge delirium

Vi mener vurdering av medisinerer og sedasjon av intensivpatienten er sentral i vurderingen av symptomer på delirium. Dersom man har et bevisst forhold til dette og har gjort en grundig vurdering, kan det bidra til å forebygge diagnosen. Gjennom våre funn har vi fått større innsikt i hvilke faktorer som påvirker intensivsykepleieres beslutninger i forhold til medisinerer og sedasjon av pasienter i risiko for å utvikle delirium. Disse faktorene er påvirket av både intensivpatientens symptomer og intensivsykepleierens egne vurderinger og erfaringer (Collet et al., 2019; Oosterhouse et al., 2016; Tsang et al., 2019; Zamoscik et al., 2017).

Intensivsykepleieres holdninger til sedasjon og medisinerer baserer seg på organisasjonskulturen de arbeider innenfor. Også her velger vi å anvende Ingstads (2019) teori om organisasjonskultur med de fire sentrale elementene og trekke det opp mot våre funn. Det første elementet i Ingstads (2019) teori er grunnleggende sannheter. Dette er etablerte sannheter innad i en gruppe som er så selvfølgelig at ingen stiller spørsmål ved dem. En grunnleggende antakelse i intensivavdelingen kan være at ro hos intensivpatienten er et tegn på god behandling. I studien til Collet et al. (2019) beskriver sykepleierne at valg om medisinerer baserer seg på symptomene pasienten har. En rolig og samarbeidsvillig pasient blir ikke ansett som en risiko for seg selv eller personalet, og får dermed ikke medisiner. Ofte blir ikke disse pasientene screenet for delirium heller, da de ikke viser tydelige symptomer på diagnosen. Dette kan være en ubevisst antagelse hos sykepleierne i intensivavdelingen, som ikke nødvendigvis stilles spørsmål med. Noe som kan gi negative konsekvenser da pasienten ikke blir behandlet for delirium, fordi den opptrer rolig.

Neste element er verdier. Verdier handler om karakteristikkene av hva organisasjonen står for, og er det som skaper identitetsfølelse (Ingstad, 2019). Vi tenker at sentrale verdier innenfor intensivsykepleie handler om pasientsikkerhet, kvalitet på pleien og respekt for pasientens autonomi. I studien til Tsang et al. (2019) viser de til at intensivsykepleiere har varierende holdninger rundt hva de anser som et passende sedasjonsnivå. Noen foretrekker dyp sedasjon og poengterer at dette gjør pleien enklere. Andre mener at det er enklere å forebygge delirium

når pasienten er våken, rolig og tilstrekkelig smertelindret. Denne variasjonen i holdninger baserer seg i følge Tsang et al. (2019) på personlige preferanser og erfaringer, samt ulike oppfatninger i hva man anser som pasientens beste. Intensivsykepleierne i denne studien har ulike verdier som direkte påvirker hvordan de vurderer og behandler delirium.

Det tredje elementet er normer som handler om hva som anses som akseptabel og uakseptabel oppførsel i ulike miljøer, altså retningslinjer for atferd (Ingstad, 2019). Vi tenker at normer i intensivavdelingen kan diktere hva som anses som akseptabel oppførsel og praksis. I studien til Oosterhouse et al (2016) beskriver intensivsykepleierne at de ikke liker å gi for mye medisiner til pasienten i frykt for at det kan forverre pasientens fysiske og psykiske tilstand. Deltakerne i denne studien peker på at dersom man alltid behandler symptomer på delirium kan det føre til at intensivpasienten blir overmedisinert. Denne frykten for overmedisinering kan bidra til en norm hvor intensivsykepleierne er tilbakeholdne med å gi medisiner eller sedere pasienten tilstrekkelig, til tross for at det kan være nødvendig.

Det siste elementet i Ingstads (2019) teori er artefakter. Han refererer da til de konkrete uttrykkene som kan ses gjennom fysiske objekter, språk, kommunikasjon og handlinger. Artefaktene i en intensivavdeling kan påvirke hvordan intensivsykepleieren håndterer medisiner og sedasjon. Vi tenker for eksempel at intensivsykepleierens dokumentasjon og kommunikasjon om pasientens tilstand og behov kan påvirke beslutningen om sedasjon og medisiner. I studien til Collet et al. (2019) beskriver deltakerne at de intensivpasientene som viser tydelige symptomer på delirium eller hallusinasjoner blir ansett som nødvendig å medisinere. Dette kan indikere at de observerbare symptomene intensivsykepleieren plukker opp påvirker videre praksis.

Vi tenker at dersom man ønsker å optimalisere bruken av sedasjon og medisiner på intensivpasienter med fokus på å forebygge delirium er det viktig å forstå den eksisterende organisasjonskulturen i intensivavdelingen. Grunnleggende antakelser, verdier, normer og artefakter som beskrevet i Ingstad (2019) påvirker intensivsykepleierens beslutninger og praksis. Det kan være nødvendig å fremme en kultur som balanserer pasientsikkerhet og autonomi, i tillegg til at man har tydelige retningslinjer for når og hvordan sedasjon og medisiner skal administreres. Dette kan forbedre pasientbehandlingen og bidra til å forebygge delirium.

6.2.2.4 Optimalt sedasjonsnivå for å forebygge delirium

Som nevnt på side 4 har intensivmedisin vært gjennom et paradigmeskifte de siste tiårene. Intensivpasientene er nå ofte under lettere sedasjon eller helt uten. Dette har gitt positive resultater i form av kortere tid på respirator og kortere intensivopphold. Samtidig har det synliggjort utfordringer knyttet til kognitiv svikt og delirium (Hanifa et al., 2023).

Gjennom våre litteratursøk har vi ikke kommet frem til studier eller retningslinjer som viser til hva man anser som et optimalt sedasjonsnivå for å forebygge delirium. I studien til Kotfis et al. (2022) viser de til at det mangler kritisk vurdering rundt valg av sedasjonsmidler og ønsket dybde for sedasjon. I dagens intensivmedisin er valg av sedasjon i stor grad påvirket av legens personlige erfaring og individuelle preferanse. Dette ble spesielt tydelig under Covid-pandemien hvor man så utfordringer knyttet til delirium. Pasientene lå lenge under dyp sedasjon og med nevromuskulær blokkade. Tilgangen til fysioterapi og mobilisering var begrenset, noe som resulterte i immobilitet. I tillegg fikk ikke pasientene ha besøk av pårørende og måtte oppholde seg i kunstige, isolerte miljøer hvor helsepersonell var kledd i fullt beskyttelsesutstyr (Kotfis et al., 2022).

Kotfis et al. (2022) viser i sin studie til at det ikke er et sederende legemidler som fungerer bedre enn andre, men at det er gjort studier som viser til at benzodiazepiner bør unngås. I studien til Zaal et al. (2015) har de undersøkt sammenhengen mellom bruk av benzodiazepiner og risikoen for utvikling av delirium hos kritisk syke voksne pasienter. Man så da en tydelig sammenheng mellom administrering av disse typene legemidler og utvikling av delirium. Risikoen var spesielt høy dersom man ga et benzodiazepin som kontinuerlig intravenøs infusjon. I denne studien fremhever de viktigheten av å være bevisst på administrasjonsmåte, da man heller bør gi disse legemidlene intermitterende. Man bør også evaluere muligheten for å gi andre sederende legemidler, som for eksempel Propofol eller Dexmedetomidin (Zaal et al., 2015).

6.2.3 Er CAM-ICU et egnet screeningsverktøy for vurdering av symptomer på delirium?

Våre funn indikerer at CAM-ICU er det screeningsverktøyet som primært brukes for å screene intensivpasienter for delirium (Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). Som tidligere beskrevet er verktøyet CAM-ICU spesielt nyttig da det kan brukes på intuberte pasienter som ikke har mulighet til å

kommunisere verbalt (Ely et al., 2001). I følge Sjøbø et al. (2012) er det utført studier som har sammenlignet verktøyene CAM-ICU og ICDSC for å avdekke delirium hos intensivpasienten. CAM-ICU presenteres da som et verktøy som egner seg godt til å gjøre systematiske vurderinger, med et sensitivt og spesifikt resultat.

Gusmao-Flores et al. (2012) har i sin studie evaluert verktøyene CAM-ICU og ICDSC og sett på hvor nøyaktige de er til å stille diagnosen delirium hos kritisk syke pasienter. De konkluderer med at CAM-ICU har stor nøyaktighet på gjennomsnittlig 80 %, noe som gjør den egnet til å diagnostisere delirium, også hos mekanisk ventilerte pasienter. De viser samtidig til at nøyaktigheten er noe redusert fra da Ely et al. (2001) utførte sin studie, men mener at dette kan komme av at intensivpasientene nå er mer våken og får mindre sederende legemidler, noe som kan redusere nøyaktigheten av verktøyet. De skriver at det kan være utfordrende å oppdage manglende oppmerksomhet eller desorientering hos en mekanisk ventilert pasient med et lettere sedasjonsnivå (Gusmao-Flores et al., 2012). Vi tolker dette dit at det kan være utfordrende å vurdere den mentale statusen til en våken og intubert pasient, da pasienten ikke kan kommunisere verbalt og symptomer på delirium dermed kan bli skjult. Til tross for at verktøyet CAM-ICU er utviklet for å vurdere pasienter som ikke kan kommunisere verbalt tenker vi det fortsatt kan være utfordrende. Vår erfaring gjennom klinisk arbeid i intensivavdelingen er at intuberte pasienter med lite til moderat sedasjon kan fremstå adekvat gjennom nonverbalt kroppspråk, for eksempel at de rister eller nikker på hodet eller klemmer korrekt i hånden. Når man utfører screening med CAM-ICU kan de gi riktige svar gjennom hodebevegelser, samtidig som de opptrer rolig og samarbeidsvillig. Imidlertid, kan det kort tid etter ekstubering, skje at pasienten er forvirret og mangler evnen til å orientere seg for tid, sted eller egen situasjon. Dette kan være aspekter som CAM-ICU ikke nødvendigvis fanger opp.

6.2.3.1 Manglende samsvar mellom forskning og intensivsykepleierens erfaringer med bruk av CAM-ICU

Til tross for en rekke studier som konkluderer med at CAM-ICU er et pålitelig og godt egnet verktøy for å screene intensivpasienter for delirium (Ely et al., 2001; Gusmao-Flores et al., 2012; Sjøbø et al., 2012) avdekker våre funn at intensivsykepleiere ikke deler denne oppfatningen (Oosterhouse et al., 2016; Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018; Zamoscik et al., 2017). De uttrykker derimot skepsis mot å anvende dette verktøyet og

rapporterer usikkerhet rundt påliteligheten av resultatene (Zamoscic et al., 2017).

Intensivsykepleiernes barrierer mot verktøyet baserer seg på at verktøyet er komplekst og utfordrende å bruke, samt at de opplever ubehag når de må gjennomføre screeningen foran andre kollegaer eller pårørende fordi de opplever spørsmålene de må stille under screeningen som banale (Oxenbøll-Collet et al., 2018; Steinseth et al., 2018). Basert på egne erfaringer deler vi intensivsykepleiernes oppfatninger. Enkelte av spørsmålene i CAM-ICU virker enkle og man kan nesten oppleve at man undervurderer pasientens mentale tilstand, for eksempel når man spør “kan steiner flyte i vann”.

Etter nøye gjennomgang av våre funn stiller også vi oss kritiske til hvorvidt CAM-ICU er et egnet verktøy til å screene intensivpasienter for delirium, samtidig har vi ikke funnet studier som viser til andre verktøy som er bedre egnet. Som tidligere beskrevet er ICDSC et annet validert verktøy. I studien til Plascke et al. (2007) har de sammenlignet screening for delirium ved bruk av CAM-ICU og ICDSC, men viser ikke til at et av verktøyene er bedre egnet enn det andre. De beskriver CAM-ICU som effektiv og pålitelig, og trekker frem fordelene ved at pasienten ikke må kunne kommunisere verbalt. Samtidig viser de til at CAM-ICU kun gir et øyeblikksbilde, pasienten kan vise symptomer på delirium utenfor screeningen som dermed ikke blir plukket opp. Symptomer på delirium kan flukturere gjennom døgnet. ICDSC blir beskrevet som enkel å administrere, den kan integreres i rutinemessig sykepleievurdering og gir en samlet vurdering over 24 timer. Sammenlignet med CAM-ICU er ICDSC noe mindre spesifikk, og kan derfor gi en høyere andel falske resultater (Plascke et al., 2007). I studien til Thomasi et al. (2012) har de sammenlignet screening av delirium hos kritisk syke pasienter med CAM-ICU og ICDSC, hvor de hadde særlig fokus på senere utfall. Med senere utfall henvises det til lengre intensivopphold og mortalitet. Resultatene til Thomasi et al. (2012) var at CAM-ICU er en bedre prediktor for utfall sammenlignet med ICDSC, noe som antas å skyldes at ICDSC gir en relativt høy andel falske positive svar. Også i denne studien forklarer de det med at ICDSC ikke er spesifikt nok. Gusmao-Flores et al. (2012) har også dokumentert lavere sensitivitet og spesifisitet for ICDSC sammenlignet med CAM-ICU. Her konkluderer forfatterne med at ICDSC har en sammenlagt spesifisitet på 81,9 %, noe som vil si at omtrent 82% av de pasientene som ikke har delirium vil bli korrekt identifisert til å ikke ha diagnosen. Verktøyet har dermed en høy nøyaktighet i å utelukke delirium hos pasienter som ikke har den. Samtidig viser de til at CAM-ICU har en spesifisitet på 95,9 %, og derfor er bedre egnet (Gusmao-Flores et al., 2012).

6.2.3.2 Hvorfor oppleves CAM-ICU som utfordrende å bruke?

Siden flere studier konkluderer med at CAM-ICU er et godt egnet verktøy (Ely et al., 2001; Sjøbø et al., 2012; Gusmao-Flores et al., 2012) ønsker vi å utforske årsakene til at en betydelig andel intensivsykepleiere opplever det motsatte. Steinseth et al. (2018) beskriver i sin studie at intensivsykepleierne i den ansvarlige kategorien opplevde CAM-ICU som brukervennlig, og hadde stor tillitt til resultatene av screeningen. Intensivsykepleierne i den ansvarlige kategorien hadde fått god opplæring i verktøyets anvendelse, hvilket resulterte i at de aldri opplevde usikkerhet rundt bruk av CAM-ICU.

Som nevnt tidligere presenterer Benner (1984) gjennom sin teori et rammeverk for forståelse av hvordan sykepleiere tilegner seg ferdigheter og kompetanse gjennom utdanning og praksis. Hun presenterer fem utviklingsstadier som går fra novise til ekspert, og modellen understreker viktigheten av erfaring og kontinuerlig profesjonell utvikling i sykepleiepraksis. De fem stadiene er grundig presentert på side 16. Benner legger vekt på at kunnskap bygges opp fra praktisk erfaring (Benner, 1984). Dette er et perspektiv som kan ansees særlig relevant i en intensivkontekst, hvor raske endringer i pasientens tilstand krever et høyt nivå av ferdigheter og dømmekraft, som også beror på teoretisk kunnskap og forskning.

Intensivsykepleieres holdning og oppfatning av CAM-ICU kan påvirkes ut ifra hvilket av de fem stadiene de befinner seg i Benners modell. Noviser, altså nyutdannede intensivsykepleiere, kan føle seg usikre på verktøyet og være avhengig av veiledning. De har kanskje aldri sett en pasient i forstadige til delirium og har lite grunnlag til å gjøre selvstendige vurderinger når det kommer til symptomer. De kan oppleve at CAM-ICU blir for komplekst da de mangler kompetanse, og kan få følelse av utilstrekkelighet når de utfører screeningen foran kollegaer eller pårørende. Dette fremkommer i Oxenbøll-Collet et al. (2018) sin studie. På en annen side kan mer erfarne intensivsykepleiere ha mer erfaring med å ivareta kritisk syke pasienter og vurdere symptomer på delirium. Økt kompetanse og erfaring kan gjøre dem mer komfortable med bruken av CAM-ICU. Samtidig har studien vår vist at også erfarne intensivsykepleiere kan oppleve begrensninger av verktøyet og oppleve at resultatene som fremkommer ikke bidrar til en god vurdering av pasientens mentale status. En erfaren intensivsykepleier vil lettere kunne bruke sitt klinisk skjønn og gjøre egne vurderinger som ikke kun baserer seg på resultater fra CAM-ICU, noe som kan være vanskelig for en nyutdannet intensivsykepleier med betydelig mindre erfaring. Klinisk utøvelse endrer seg

gjennom utvidet kunnskap og erfaring. Det antyder et behov for en tilpasset opplæring og veiledning i bruk av CAM-ICU, for å støtte intensivsykepleiere i ulike stadier i Benners modell.

Vi mener at resultatene til Steinseth et al. (2018) også indikerer at grundig opplæring og veiledning er sentralt for at intensivsykepleieren skal føle seg trygg på å bruke CAM-ICU. Melnyk og Fineout-Overholt (2019) understreker viktigheten av at helsepersonell selv må ta ansvar for å oppdatere seg i egen klinisk praksis og bidra til en felles kultur hvor beste praksis deles og anvendes. Helsepersonell er pliktig til å holde seg faglig oppdatert og til å gi kunnskapsbaserte råd og tjenester i møte med pasienten (Helsepersonelloven, 2001, §4). Som nevnt tidligere delte Steinseth et al. (2018) deltakerne i sin studie inn i tre kategorier; uforpliktende, utrygg og ansvarlig. I den uforpliktende og utrygge kategorien ønsket deltakerne mer kunnskap om verktøyet CAM-ICU, de følte at verktøyet var upålitelig og hadde lite motivasjon til å sette seg inn i bruken, samtidig som de savnet muligheten til å dele erfaringer med kollegaer. Når man ser dette i lys av teorien til Melnyk og Fineout-Overholt (2019) og helsepersonells plikt til å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 2001, §4) kan man mene at deltakerne i den uforpliktende og utrygge kategorien hos Steinseth et al. (2018) selv kunne tatt ansvar for å sette seg inni verktøyet. For å kunne bruke verktøy som CAM-ICU på en trygg og effektiv måte må intensivsykepleieren selv ta ansvar for å tilegne seg nødvendig opplæring og veiledning. Det kommer ikke frem i studien til Steinseth et al. (2018) at deltakerne har tatt initiativ til å tilegne seg kunnskapen de opplever at de mangler. Noe som kan indikere en passiv holdning til egen faglig utvikling. Ved å aktivt søke kunnskap og veiledning kunne disse deltakerne økt egen trygghet og kompetanse, noe som igjen kunne bidratt til bedre pasientutfall og økt tillitt til CAM-ICU blant kollegaer. Videre, ved å engasjere seg i faglige diskusjoner og dele erfaringer med kollegaer, kunne deltakerne bidratt til en mer læringsorientert kultur og en kollektiv forbedring av kunnskapen om og bruken av CAM-ICU. Melnyk og Fineout-Overholt (2019) påpeker at en slik kultur er avgjørende for å implementere og opprettholde god praksis.

6.3 Metodediskusjon

6.3.1 Valg av metode

Vi valgte litteraturstudie med systematisk tilnærming som metode for å undersøke forskningsspørsmålet “hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med å vurdere symptomer på

delirium hos voksne intensivpasienter”. Dette var hovedsakelig for å utforske intensivsykepleierens erfaringer med å vurdere symptomer på delirium gjennom allerede eksisterende kvalitativ forskning på feltet. Ved å samle, analysere og sammenfatte tidligere forskning fikk vi identifisert ulike mønstre og innsikter uten å generere nye primærdata. Et alternativ til litteraturstudie, hadde vært å utføre en studie basert på en kvalitativ metode med fokusgruppe- og/eller individuelle intervjuer. Dette kunne gitt en annen forståelse av intensivsykepleierens erfaringer med å oppdage delirium i norske intensivavdelinger. En slik tilnærming kunne gitt oss andre svar på forskningsspørsmålet, og kanskje ville intensivsykepleiere i ulik klinisk praksis hatt ulike erfaringer. Dette hadde også gjort at vi hadde fått utforsket hvilke erfaringer og hvilke barrierer som finnes blant intensivsykepleierne som er nærmest vår egen arbeidshverdag.

6.3.2 Styrker og svakheter med studien

En av styrkene med å utføre en litteraturstudie med systematisk tilnærming er at man får muligheten til å samle og sammenfatte eksisterende forskning på en strukturert måte. En slik studie gir en omfattende oversikt over eksisterende kunnskap og identifiserer kunnskapshull. Den største begrensningen med denne studien var mangel på kvalitative forskningsartikler som så på hvilke erfaringer intensivsykepleieren hadde med å vurdere symptomer på delirium. Det var artikler som så på hvilke erfaringer intensivsykepleieren hadde med å behandle og håndtere, men mangel på forskningsartikler som omhandlet vurdering av symptomer på delirium. Vi kunne valgt å inkludere kvantitativ litteratur i stedet, da vi gjennom litteratursøkene så flere kvantitative artikler som omhandlet identifisering av delirium hos voksne intensivpasienter. Kvantitative data kunne bidratt til å evaluere effekten av ulike screeningsverktøy og intervensjoner på en annen måte. En annen mulig begrensning med studien vår, er at studiene vi valgte å inkludere er fra 2016-2019. Dette er et tidsperspektiv på tre år, og det ville vært fordelaktig og interessant å inkludere forskning som var gjort allerede i 2014 og nyere forskning for å få en bredere forståelse for temaet. Vi anerkjenner at det er et snevert tidsperspektiv, men valgte artiklene basert på relevans i forhold til forskningsspørsmålet vårt. Covid-19-pandemien spiller nok en stor rolle i at vi ikke fant andre relevante artikler, da forskning rundt delirium sannsynligvis stoppet opp under disse årene.

For å finne relevante artikler til studien gjorde vi søk hver for oss og deretter sammen, i tillegg til å få hjelp hos bibliotekar ved Universitetet i Tromsø. Vi gjorde søkene hovedsakelig i to databaser. Dette har vi lagt ned mye tid i, og dette var for å kvalitetssikre arbeidet vårt. Underveis i oppgaven har vi vært nødt til å endre ordlyd på forskningsspørsmålet vårt, fra «å identifisere» til «å vurdere symptomer». Dette kan anses som en svakhet i studien vår, da søkene i både CINAHL og PubMed ble gjort med det direkte oversatte engelske begrepet «identify». Til tross for at vi endret ordlyden, valgte vi å ikke gjøre nye søk da de søkene vi allerede hadde gjort var såpass omfattende og vi vurderte det slik at det ikke kom til å påvirke funnene våre. Årsaken til at vi endret fra “å identifisere” til “å vurdere symptomer på” var at vi fant få kvalitative artikler som så på identifiseringen av delirium. Ved å endre fokuset til å vurdere symptomer på delirium, fikk vi et mer helhetlig bilde av hvordan intensivsykepleieren jobbet med intensivpasienten som sto i risikozonen for delirium. Vi gjorde grundige søk i referanselistene til de ulike artiklene, såkalt “snowballing”, samt brukte også Google Scholar hvor vi så på alle artiklene som hadde sitert vår artikkel.

Det vi så på som en styrke ved å endre på forskningsspørsmålet, var at vi da kunne inkludere relevante funn som også omhandlet risikofaktorer og intensivsykepleiernes holdninger rundt delirium. Dersom det hadde vært mer tid hadde vi kunnet gjennomføre nye søk i de ulike databasene, i tillegg til at vi hadde kunnet inkludere andre databaser som Embase. Dette kan anses som en begrensning i studien. En annen faktor som begrenser søkene våre, er inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Eksklusjonskriterier som omfatter tidsbegrensninger og begrensninger i forhold til land, kan ha medført at relevante artikler ble ekskludert. Vi valgte dog å stå fast ved disse kriteriene, da vi gjennom forelesninger i regi av Universitetet i Tromsø til masteroppgaven ble anbefalt å holde oss til nyere studier fra land som til en viss grad kan sammenlignes med Norge.

For å vurdere hvilke artikler vi skulle inkludere i studien, gikk vi først systematisk gjennom hver artikkel hver for oss før vi deretter gikk gjennom artiklene sammen. Vi diskuterte også de ulike artiklene med vår masterveileder. Vi kvalitetsvurderte de ulike artiklene både med kvalitetsvurderingen fra Helsedirektoratet, CASP og JBI, og følte oss derfor relativt sikre på kvaliteten på de inkluderte artiklene. I studiens metodedel beskriver vi nøye de ulike stegene vi utførte både i søk- og analyseprosessen. Ved å beskrive de ulike stegene i denne prosessen

viser vi leseren at studien har blitt gjennomført systematisk og at valgene gjennom prosessen er gjennomtenkt, noe vi anser som en styrke i oppgaven.

Studiens hensikt er å se på hvilke erfaringer intensivsykepleieren har med å vurdere symptomer på delirium. Som beskrevet innledningsvis i studien, er tematikken valgt på bakgrunn av et behov fra James Lind Alliance om mer forskning om identifisering av delirium. At det er et behov om mer forskning rundt identifisering betyr at det er lite forskning på det aktuelle temaet, noe som i seg selv kan være en begrensning for oppgaven og valget av metode for oppgaven. Til tross for dette, har vi funnet en del relevant forskning om emnet og funnet tydelige kunnskapshull som tyder på et behov for å gjøre enda mer forskning på emnet.

7 Avslutning med implikasjoner for praksis og videre forskning

I denne litteraturstudien har vi undersøkt hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å vurdere symptomer på delirium hos voksne intensivpasienter. Delirium er en diagnose som kan ha alvorlige konsekvenser for pasientens helse og utfallet av behandlingen de får på intensivavdelingen. Ved å tolke funnene fra denne studien har vi sett at det er behov for å forbedre både det tverrfaglige samarbeidet og den kunnskapsbaserte tilnærmingen i vurderingen av delirium. Ved å ta tak i de utfordringene som er identifisert, kan intensivavdelinger øke pasientsikkerheten og forbedre behandlingsutfallene for noen av de mest sårbare pasientene.

Funnene i denne litteraturstudien bekrefter at tverrfaglig samarbeid og kunnskapsbasert praksis er avgjørende for å forbedre gjenkjenning og videre håndtering av delirium. Til tross for tilgjengelige screeningsverktøy som CAM-ICU og ICDSC, viser funnene våre at det er behov for en mer systematisk bruk og bedre opplæring av disse verktøyene. Litteraturstudien viser også til at det er både kulturelle og strukturelle barrierer i intensivavdelingen som forhindrer en effektiv deliriumshåndtering.

Denne litteraturstudien viser også et klart symptom på at det både er kulturelle og strukturelle barrierer i intensivavdelingen som hindrer en effektiv og kunnskapsbasert deliriumshåndtering. Dette kan tyde på at ledere på intensivavdelinger i større grad bør jobbe for en kultur som verdsetter og understøtter kunnskapsbasert praksis. Dette kan inkludere tiltak som forbedrer kommunikasjon mellom intensivsykepleiere og leger, og som fremmer en felles forståelse for viktigheten av deliriumshåndtering.

7.1 Videre forskning

Denne litteraturstudien viser at det bør utformes opplæringsprogrammer som øker bevisstheten og forståelsen av delirium blant helsepersonell på intensivavdelingen. Disse programmene bør fokusere på tidlig identifikasjon av delirium og passende intervensjoner, og inkludere regelmessig øvelse i bruk av verktøy som CAM-ICU. Videre tyder studien på at det bør iverksettes standardiserte prosedyrer for screening av delirium. Dette inkluderer en utvikling av tydelige retningslinjer for når og hvordan screeningsverktøy skal brukes, samt

protokoller for tverrfaglig kommunikasjon og beslutningstaking. Det er et tydelig behov for mer forskning om effektive strategier for å vurdere delirium. Det er også nødvendig med flere studier som har fokus på intervensjoner som kan redusere forekomsten av delirium.

Referanseliste

- Ali, M. & Cascella, M. (2022). ICU delirium. *StatPearls*. Hentet 18. september 2023 fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/>
- Aveyard, H. (2023). *Doing a Literature Review In Health Care And Social Care - A Practical Guide*. (5. Utg.). Open University Press.
- Bannon, L., McGaughey, J., Clarke, M., McAuley, D. F. & Blackwood, B. (2016). Impact of non-pharmalogical interventions on prevention and treatment of delirium in critically ill patients: protocol for a systematic review of quantitative and qualitative research. *Systematic Reviews*, 5(75).
- Benner, P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.
- Bergeron, N., Dubois, M-J., Dial, S. & Skrobik, Y. (2001). Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5). 859-864. <https://doi.org/10.1007/s001340100909>
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). How to do a systematic literature review in nursing: a step by step guide. (2nd ed.). Open University Press
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.02.044>
- Chohan, S., Ash, S. & Senior L. (2018). A team approach to the introduction of safe early mobilisation in an adult critical care unit. *BMJ Open Qual*, 7(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000339>
- Collet, M. O., Thomsen, T. & Egerod, I. (2019). Nurses and physicians approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation. *Australian Critical Care*, 32(4). 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.07.001>
- Dagne, A. H. & Beshah, M. H. (2021). Implementation of evidence-based practice: The experience of nurses and midwives. *PLoS ONE*, 16(8). e0256600-e0256600. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256600>

- Dithole, K. S., Thupayalage-Tshweneagae, G., Akpor, O. A. & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nurse, 16*(74).
<https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Eget arbeid, Haaksvold A. R. & Krüger, A. (2023). Eksamen SYP-3502-1 [Upublisert semesteroppgave - Prosjektskisse]. Universitetet i Tromsø.
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G. R. & Inouye, S. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine, 29*(7). 1370-1379.
<https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>
- Ely, E. W., Stephens, R. K., Jackson, J. C., Thomason, J. W. W., Truman, B., Gordon, S., Dittus, R. S. & Bernard, G. R. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine, 32*(1). 106-112.
- Eschweiler G. W., Czornik, M., Herrmann, M. L., Knauer, Y. P., Forkayets, O., von Arnmin, C. A. F., Denking, M., Kuester, O., Conzelmann, L., Metz, B. R., Maurer, C., Kentischer, F., Deeken, F., Sanchez, A., Wagner, S., Menning, E., Thomas, C. & Rapp, M. A. (2021). Presurgical Screening Improves Risk Prediction for Delirium in Elective Surgery of Older Patients: THE PAWEL RISK study. *Frontiers in Aging Neuroscience, 13*. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.679933>
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Stillwell, S. B. & Williamson K. M. (2010). Evidence-Based Practice Step by Step: Critical Appraisal of the Evidence: Part 1. *American Journal of Nursing, 110*(7). 47-52.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000383935.22721.9c>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2022). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3094). Lovdata. Hentet 21.01.24 fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

- Gitti, N., Renzi, S., Marchesi, M., Bertoni, M., Lobo, F. A., Rasulo, F. A., Gotti, A., Pozzi, M. & Piva, S. (2022). Seeking the Light in Intensive Care Unit Sedation: The Optimal Sedation Strategy for Critically Ill Patients. *Frontiers in Medicine*, 9. 901343-901343. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.901343>
- Gusmao-Flores, D., Salluh, J. I. F., Chalhub, R. A. & Quaranti, L. C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, 16(4). <https://doi.org/10.1186/cc11407>
- Hanifa, A. L. B., Alrø, A. B., Holm, A. & Dreyer, P. (2023). Nurses experiences of managing cognitive problems in intensive care unit patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103508>
- Happ, B. M., Garret, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., House, M., Radtke, J. & Stereika, S. (2011). Nurse-patient communication integrations in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, (20)2. e28-40. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011433>
- Helsebiblioteket. (2018). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 03.01.2024 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>
- Helsebiblioteket. (2018). Sjekkliste for vurdering av tverrsnittstudie. Hentet 03.01.2024 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert->
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og Ledelse i Helsefag og Sykepleie* (1 Utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- James Lind Alliance. (2022). *Intensive care top 10*. Hentet 14. september 2023 fra: <https://www.jla.nihr.ac.uk/priority-setting-partnerships/intensive-care/top-10-priorities/>

- Klepstad, P. (2010). Intensivmedisinen og dens utfordringer. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(1). 12.
- Kotfis, K., Marra, A. & Ely, E., W. (2018). ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anesthesiology Intensive Therapy*, 50(2). 128-140.
- Kotfis, K., van Diem-Zaal, I., Williams Robertson, S., Sietnicki, M., van der Boogaard, M., Shebabi, Y. & Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, 26(1). 200.
<https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>
- Kristensen, N., Nymann, C. & Konradsen, H. (2016). Implementing research results in clinical practice - the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 16(48). 48-48. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1292-y>
- Spesialisthelsetjenesteloven (2011) *Lov om spesialisthelsetjensten* (LOV-1999-07-02-61) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/>
- Lipowski, Z., J. (1991). Delirium: How its concept has developed. *International Psychogeriatrics*, 3(2). 115-120. <https://doi.org/10.1017/S1041610291000595>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. Utg.). Universitetsforlaget.
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2005). Making the Case for Evidence-Based Practice. I Melnyk, B. M., Fineout-Overholt E. (Red.). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare*. (s. 1-24). Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E. & Fineout-Overholt E. (2014). The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes, and Costs. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 11(1). 5-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>

Ní Chróinín, D., Alexandrou, E. & Frost, S. A. (2023). Delirium in the intensive care unit and its importance in the post-operative context: A review. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1071854>

Norsk Sykepleierforbund (2023). Funksjon- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet 25.09.23 fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleierne-nsf/fag-utdanning-og-forskning>

Norsk Sykepleierforbund (2023). Yrketetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 25.09.23 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2012) *Omtanke*. Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3.Utg). Cappelen Damm Akademisk.

Oosterhouse, K. J., Vincent, C., Foreman, M. D., Gruss, V. A., Corte, C. & Berger, B. (2016). Intensive Care Unit Nurses Beliefs About Delirium Assessment and Management. *Advanced Critical Care*, 27(4). 379-393. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016535>

Oxenbøll-Collet, M., Egerod, I., Christensen J. & Thomsen, T. (2016). Nurses and physicians perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study. *Nursing in Critical care*, 23(1). 16-22. <https://doi.org/10.1111/nicc.12254>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann. T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjattson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Patel, R. P., Gambrell, M., Speroff, T., Scott, T. A., Pun, B. T., Okahashi, J., Strength, C., Pandharipande, P., Girard, T. D., Burgess, H., Dittus, R. S., Bernard, G. R. & Ely, E.

- W. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1385 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, 37(3). 825-832.
- Pantha, S., Jones, M. & Gray, R. (2023). Stakeholders' Perceptions of How Nurse-Doctor Communication Impacts Patient Care: A Concept Mapping Study. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 13(4). 1607-1623. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040133>
- Plaschke, K., von Haken, R., Scholz, M., Engelhardt, R., Brobeil, A., Martin, E. & Weigand, M., A. (2007). Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients giving high agreement rate(s). *Intensive Care Medicine*, 34. 431-436.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11. Utg.). Wolters Kluwer.
- Pun, B. T., Gordon, S. M., Peterson, J. F., Shinanti, A. K., Jackson, J. C., Foss, J., Harding, S. D., Bernard, G. R., Dittus, R. S. & Ely, E. W. (2005). Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical care centers. *Critical Care Medicine*, 33(6). 1199-1205.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000166867.78320.AC>
- Reader, T. W., Flin, R., Mears, K. & Cuthbertson, B. H. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 98(3). 347-352. <https://doi.org/10.1093/bja/ael372>
- Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D. & Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit - Experienced by patients with physical trauma. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6). 346-354. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.03.001>
- Rikshospitalet. (2018, desember). *Vurdering av forvirring hos intensivpasienter. The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Treningsmanual*. E-håndboken. Oslo Universitetssykehus.
<https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFile?entityId=114461&isLastVersion=false>

- Rowly-Conwy, G. (2018). Barriers to delirium assesment in the intensive care unit: A litterature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44. 99-104.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.001>
- Sheppard, F., Williams, M. & Klein, V. R. (2013). TeamSTEPPS and patient safety in healthcare. *Journal of Healthcare Risk Management*, 32(3). 5-10.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jhrm.21099>
- Sjøbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien Forskning*, 7(4). 358-368.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0155>
- Steinseth, E. B., Høye, S. & Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses - A mixed-method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47. 23-29.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.005>
- Stevens, K. R. (2013). The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2). 122.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>
- Stollings, J. L., Kotfis, K., Chanques, G., Pun, B. T., Pandharipande, P. P. & Wesley Ely, E. (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestation, outcomes, and management. *Intensive Care Medicine*, 47. 1089-1103. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06503-1>
- Stubberud, D-G. (2021). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (4. Utg). Cappelen Damm Akademisk.
- Thomasi, C. D., Grandi, C., Salluh, J., Soares, M., Giombelli, V. R., Cascaes, S., Macedo, R. C., de Souza Constantino, L., Biff, D., Ritter C. & Dal Pizzol, F. (2012). Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *Journal of Critical Care*, 27(2). 212-217.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.05.015>
- Tsang, J. L. Y., Ross, K., Miller, F., Maximous, R., Yung, P., Marshall, C., Camargo, M., Fleming D. & Law, M. (2019). Qualitative descriptive study to explore nurses

perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit. *BMJ open*, 9(4). e024328-e024328.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024328>

Van den Boogaard, M., Pickkers, P., Sloother, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Van der Voort, P. H. J., Donders, R., Achterberg, P. & Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdetection of DELirium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. *BMJ Journal*, 344.

Zaal, I. J., Devlin, J. W., Hazelbag, M., Klein Klouwenberg, P. M. C., van der Kooi, A. W., Ong, D. S. Y., Cremer, O. L., Groenwold, R. H. & Slooter, A. J. C. (2015). Benzodiazepine-associated delirium in critically ill adults. *Intensive care medicine*, 41. 2130-2137.

Zamoscik, K., Godbold, R. & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40. 94-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>

Vedlegg

Søk utført 04/03-24 Kl 13:15

#	Query	Limiters/expanders	Last run via	Results
S23	S3 AND S5 AND S9 AND S14 AND S15	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	64
S22	S6 AND S9 AND S14 AND S15 AND S20	Limiters - Publication Date: 20140101- 20231231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	52
S21	S6 AND S9 AND S14 AND S15 AND S20	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	66
S20	S18 OR S19	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S19	TI adult* OR AB adult*	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S18	MH adult	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S17	S14 AND S15	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced	Display

			search Database: CINAHL	
S16	S13 AND S15	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S15	Ti identif* OR AB identif*	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S14	S12 OR S13	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S13	MH delirium	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S12	MH delirium/diagnosis	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S11	S5 AND S9	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S10	S6 AND S9	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display

S09	S7 OR S8	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S08	TI critical care OR AB critical care	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S07	TI intensive care OR AB intensive care	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S06	S4 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S05	TI nurs* OR AB nurs*	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S04	MH critical care nursin	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	Display
S03	S1 OR S2	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	1,566,227
S02	Ti adult OR AB adult*	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced	469,421

			search Database: CINAHL	
S01	MH adult	Expanders - Apply equivalent subjects - Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Reseach Databases Search Screen - Advanced search Database: CINAHL	1,302,447

Vedlegg 2 – Endelige søk i PubMed

Søk utført 04/03-24 Kl 11:59

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#18	...	>	Search: ((((((critical care nurs*[MeSH Terms])) OR (nurs*[Title/Abstract])) AND ((critical care[Title/Abstract] OR (intensive care[Title/Abstract])))) AND ((delirium/diagnosis[MeSH Terms] OR (delirium[MeSH Terms])))) AND (identif*[Title/Abstract])) AND ((adult[MeSH Terms] OR (adult*[Title/Abstract]))	124	05:58:58
#17	...	>	Search: (adult[MeSH Terms] OR (adult*[Title/Abstract]))	8,787,376	05:57:24
#16	...	>	Search: adult*[Title/Abstract]	1,624,895	05:57:16
#2	...	>	Search: adult[MeSH Terms]	8,021,593	05:57:05
#15	...	>	Search: (delirium[MeSH Terms] AND (identif*[Title/Abstract]))	2,760	05:56:46
#14	...	>	Search: ((delirium/diagnosis[MeSH Terms] OR (delirium[MeSH Terms])) AND (identif*[Title/Abstract]))	2,760	05:56:04
#13	...	>	Search: identif*[Title/Abstract]	4,296,574	05:55:53
#12	...	>	Search: (delirium/diagnosis[MeSH Terms] OR (delirium[MeSH Terms]))	13,195	05:55:29
#11	...	>	Search: delirium[MeSH Terms]	13,195	05:55:23
#10	...	>	Search: delirium/diagnosis[MeSH Terms]	4,310	05:55:15
#9	...	>	Search: (((critical care nurs*[MeSH Terms])) OR (nurs*[Title/Abstract])) AND ((critical care[Title/Abstract] OR (intensive care[Title/Abstract]))	25,861	05:52:23
#8	...	>	Search: (critical care[Title/Abstract] OR (intensive care[Title/Abstract]))	232,990	05:52:08
#7	...	>	Search: intensive care[Title/Abstract]	203,764	05:51:32
#6	...	>	Search: (((critical care nurs*[MeSH Terms])) OR (nurs*[Title/Abstract]))	549,745	05:49:16
#5	...	>	Search: nurs*[Title/Abstract]	548,990	05:49:07
#4	...	>	Search: (critical care nurs*[MeSH Terms])	2,631	05:48:55

Vedlegg 3 - JBI sjekkliste

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

© JBI, 2020. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to jbisynthesis@adelaide.edu.au.

Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research - 3

Vedlegg 4 - Kvalitetsvurdering av artikler

Artikkel 1 Oosterhouse, K., Vincent, C., Foreman, M. D., Gruss, V. A., Corte, C., Berger, B. (2016). Intensive Care Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management	
<p>1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?</p> <p>Ja</p>	<p>Forskningsmetodikken, som er kvalitativ og deskriptiv, er konsistent med det filosofiske perspektivet som søker å forstå sykepleieres oppfatninger og praksis. Studien fokuserer på å utforske og beskrive tro og handlinger relatert til delirium, noe som er i tråd med en fenomenologisk tilnærming.</p>
<p>2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?</p> <p>Ja</p>	<p>Forskningsmetodikken er i samsvar med målene om å undersøke hvordan intensivsykepleiere identifiserer og håndterer delirium, samt hvilke handlinger de tar når de møter pasienter med delirium.</p>
<p>3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?</p> <p>Ja</p>	<p>Bruken av spørreskjemaer og intervjuer er passende for den kvalitative tilnærmingen som er valgt. Disse metodene gir dybdeinnsikt i sykepleiernes tanker og handlinger.</p>
<p>4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?</p> <p>Ja</p>	<p>Dataene er analysert ved bruk av innholdsanalyse, som er en passende metode for å tolke kvalitative data. Dette er konsistent med forskningsmetodikken.</p>
<p>5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?</p> <p>Ja</p>	<p>Tolkningen av resultatene er basert på dataene som er samlet inn og analysert, og gir meningsfull innsikt i sykepleiernes oppfatninger og praksis relatert til delirium.</p>
<p>6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?</p> <p>Ja</p>	<p>Artikkelen nevner forskernes teoretiske rammeverk, spesielt teorien om planlagt atferd, som en ramme for å analysere sykepleiernes tro og handlinger.</p>
<p>7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?</p> <p>Ja</p>	<p>Studien diskuterer hvordan forskernes tilstedeværelse og deres egne oppfatninger kan påvirke forskningen, samt hvordan forskningen kan påvirke forskerne selv.</p>
<p>8. Are participants, and their voices, adequately represented?</p> <p>Ja</p>	<p>Sykepleiernes synspunkter og erfaringer er godt representert gjennom sitater og beskrivelse av deres svar på spørreskjemaer og intervjuer.</p>

<p>9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?</p> <p>Ja</p>	<p>Studien ble godkjent av institusjonelle etiske komiteer, og det er omtalt i artikkelen at deltakerne ga informert samtykke.</p>
<p>10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?</p> <p>Ja</p>	<p>Konklusjonene er logisk utledet fra dataanalysen, og gir en sammenhengende oppsummering av funnene som er støttet av dataene.</p>

Artikkel 2 Oxenbøll-Collet, M., Egerod, I., Christensen, V., Jensen, J. & Thomsen, T. (2016). Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study.	
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? Ja.	Det filosofiske perspektivet de benytter er Gadamerian hermeneutikk som innebærer forståelse av perspektiver gjennom tolkning og fortolkning av deltakernes erfaringer og meninger. Det er sammenheng mellom det filosofiske perspektivet og valg av kvalitativ metode. Begge fokuserer på å forstå og tolke deltakernes oppfatninger, erfaringer og meninger.
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? Ja.	Artikkelen har ikke et spesifikt forskningsspørsmål, men de beskriver at formålet med studien er å utforske sykepleiere og legers oppfatninger rundt bruk av CAM-ICU for å oppdage delirium i intensivavdeling. De bruker kvalitativ metode og bruk av fokusgrupper. Dette gir forskerne mulighet til å få en dypere forståelse for deltakernes synspunkter og bekymringer. Ved bruk av denne metoden vil de sannsynligvis oppnå formålet med studien.
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? Ja.	Det er samsvar mellom valgt av forskningsmetode og metode for å samle inn data. De bruker fokusgruppeintervjuer som tillater en dyp utforskning av deltakernes perspektiver og erfaringer knyttet til bruk av CAM-ICU, noe som støtter den kvalitative utforskende tilnærmingen. De har gjort 9 fokusgruppeintervjuer, hvor leger og sykepleiere ble delt inn i ulike grupper (dette for å lette fri utveksling av erfaringer og meninger). De har brukt en semi-strukturert åpen intervjuguide basert på klinisk erfaring og relevant litteratur. Etter de to første intervjuene justerte de intervjuguiden for å videre utforske bruk av CAM-ICU i praksis.
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? Ja.	Forskerne har brukt en pragmatisk tilnærming til analyse, inspirert av innholdsanalyse med tre faser: forberedelsesfasen, organisasjonsfasen og rapporteringsfasen. I første fase gikk de gjennom transkripsjonene og identifiserte meningsenigheter, i neste kodet de meningsenighetene induktivt slik at man identifiserte tema og under-tema. Gruppedynamikk ble registrert og vurdert. De har brukt en passende tilnærming for å analysere data og trekke frem meningsfulle funn som svarer på studiens formål.
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? Ja.	De har identifisert tre hovedtema: profesjonelle rolleutfordringer, instrumentets pålitelighet og kliniske konsekvenser. Inn under disse har de laget under-tema som ble drøftet av deltakerne. Tolkningen av resultatene er forankret i de faktiske dataene som ble samlet inn gjennom forskningsmetoden.
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? Ja.	Det er bevissthet rundt forskernes forforståelse. De erkjenner at den er viktig for å forstå dataene og bruke dem som en ressurs i analysen. Forskergruppen bestod av en hovedetterforsker, to studiepleiere og to erfarne sykepleierforskere, alle hadde betydelig erfaring innen intensivsykepleie. De har reflektert over hvordan deres forforståelse kan være med på å påvirke tolkningen av data.

	De har benyttet seg av "investigator triangulation" slik at forskerne kan utforske og diskutere hverandres synspunkter.
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed? Ja.	Se svar over.
8. Are participants, and their voices, adequately represented? Ja.	De har inkludert både leger og sykepleire fra fire universitetssykehus i Danmark, dette kan indikere at de prøver å skape et bredt spekter av meninger og erfaringer. De har valgt å separere sykepleier og leger slik at det skal føles trygt ut å dele meninger, uten å føle seg begrenset av tilstedeværelsen av andre yrkesgrupper. Funnene inkluderer både positive og negative opplevelser. De kommer med flere direkte sitater fra deltakere.
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? Ja.	De har fått godkjenning fra lederne på alle intensivavdelingene. Deltakerne har fått muntlig og skriftlig informasjon om studien. Alle som deltok var frivillige. Det ble gitt forsikringer om konfidensialitet og deltakerne kunne når som helst trekke seg fra studien.
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? Ja.	Konklusjonen flyter fra analysen og tolkningen av data. Den fremmer bekymringer identifisert blant deltakerne angående bruk av CAM-ICU. Den gir et forslag om revalidere verktøyet og den tilbyr praktiske anbefalinger.

Artikkel 3 Collet, M. O., Thomsen, T. & Egerod, I. (2019). Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation.	
<p>1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?</p> <p>Uklart.</p>	<p>Det er ikke eksplisitt nevnt hvilket filosofisk perspektiv som er tatt i betraktning. Men det er vanlig å anta at ved kvalitativ forskning og bruk av fokusgruppeintervjuer så er det forankret i et konstruktivistisk eller interpretivistisk filosofisk perspektiv. Dette er perspektiver som vektlegger at virkeligheten konstrueres gjennom sosiale interaksjoner og at forskeren er en del av forskningsprosessen. Dermed virker det til å være samsvar mellom det erklærte filosofiske perspektivet og den valgte forskningsmetoden, men det er ikke beskrevet i teksten hvilket filosofisk perspektiv de har tatt i betraktning.</p>
<p>2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?</p> <p>Ja.</p>	<p>Forskningsspørsmålet er knyttet til å utforske ulike tilnæringer til deliriumsbehandling blant sykepleiere og leger i intensivavdeling. De har brukt fokusgrupper til å samle inn data. Fokusgruppe er en passende metode for å undersøke holdninger, meninger og oppfatninger fra deltakerne rundt emnet. Man oppnår en forståelse rundt mangfoldet av meninger og perspektiver i praksis. Det er dermed samsvar mellom forskningsspørsmål og metode.</p>
<p>3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?</p> <p>Ja.</p>	<p>Forskerne ønsker å utforske tilnæringer til håndtering av deliriumsbehandling blant leger og sykepleiere på intensiv. De har brukt fokusgrupper. Ved hjelp av fokusgrupper tillot forskerne deltakerne å dele sine erfaringer og refleksjoner rundt emnet i en gruppesetting. Dette bidrar til interaksjon og diskusjon mellom deltakerne og man kan oppnå en dypere forståelse rundt emnet. Det er samsvar mellom kvalitativ metode og måten de har valgt å samle inn data.</p>
<p>4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?</p> <p>Ja.</p>	<p>Etter fokusgruppene ble data transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse. Tematisk analyse er vanlig ved bruk av kvalitativ metode. Det innebærer å identifisere og analysere mønstre eller temaer som oppstår gjennom dataene. Måten de har valgt å samle inn og analysere data støtter hverandre og bidrar til å oppnå målet ved forskningen.</p>
<p>5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?</p> <p>Ja.</p>	<p>Resultatene av analysen er presentert i form av identifiserte temaer og mønstre i deltakernes meninger og tilnæringer i deliriumsbehandling. Tolkningene er basert på det som fremkom fra fokusgruppeintervjuene. Forskerne tolker og diskuterer funnene opp mot forskningsspørsmålet. Det er samsvar mellom forskningsmetode og tolkningen av resultat.</p>
<p>6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?</p> <p>Ja.</p>	<p>Forskerteamet bestod av en primær utreder (doktorgradstudent), to kliniske studiesykepleiere og to erfarne kvalitative forskere. Erfaring og kunnskap hadde grunnlag i helse- og sykepleievitenskapelig forskning, hvor kjerneverdiene var å etablere en nær relasjon for samhandling med pasienter og pårørende.</p>

<p>7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?</p> <p>Ja.</p>	<p>Forskerne reflekterer over begrensningene i studien. De adresserer en bekymring for sosial ønskelighetskjevhet da mange av deltakerne i studien kjente moderatoren. De prøve å redusere denne biasen ved å oppmuntre til beskrivelser av klinisk erfaring, noe som kan ha motvirket tendensen til å gi "ønskelige" svar. De har også valgt å sikre maksimal variasjon ved at flere forskere undersøker data uavhengig av hverandre for å bekrefte funnene.</p>
<p>8. Are participants, and their voices, adequately represented?</p> <p>Ja.</p>	<p>Deltakerne er sykepleiere og leger fra fire medisinsk-kirurgiske intensivenheter. Avdelingslederen på hver avdeling har bidratt til å finne deltakerne til studien. De utførte 6 fokusgruppeintervjuer. Den ene gruppen bestod kun av intensivsykepleiere, den andre kun av leger og seks var en blanding av intensivsykepleiere og leger. De har inkluder 28 kvinner og 11 menn, antall år erfaring varierte fra 0-35. Under analyse og diskusjon kommer det frem sitater fra deltakerne.</p>
<p>9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?</p> <p>Ja.</p>	<p>De avdelingene som deltok i studien godkjente den i samsvar med det Danske datatilsynet. Alle deltakerne samtykket muntlig og skriftlig til å delta. Alle ble forsikret om at studien var frivillig og at data ble behandlet konfidensielt.</p>
<p>10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?</p> <p>Ja.</p>	<p>I konklusjonen beskriver de en algoritme for deliriumsbehandling i danske intensivavdelinger, basert på kvalitativ undersøkelse. Denne beskrivelsen av algoritme stammer direkte fra analysen av kvalitative data og tolkningen av disse. De gir videre en konklusjon basert på tolkningen av data som er samlet inn gjennom kvalitative undersøkelser av praksis og erfaring. Til slutt beskriver de et behov for klare mål og retningslinjer for deliriumsbehandling mot evidensbaserte anbefalinger.</p>

Artikkel 4 Steinseth, E. B., Høye, S. & Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses - A mixed-method study.	
<p>1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?</p> <p>Nei.</p>	<p>Studien bruker en blandet-metode design basert på innsamling og analyse av kvantitative data etterfulgt av innsamling og analyse av kvalitative data, dette for å gi et helhetlig bilde av vurderingsprosessen. De har hentet inn kvalitative data gjennom fenomenologiske individuelle intervjuer. Fenomenografi fokuserer på beskrivelser av de ulike måtene et fenomen blir forstått eller oppfattet på, som i denne studien dreide seg om intensivsykepleieres erfaring med å vurdere delirium med bruk av CAM-ICU. De har ikke beskrevet hvilket filosofisk perspektiv de bruker.</p>
<p>2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?</p> <p>Ja.</p>	<p>De ønsker å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderer delirium og deres erfaring med å bruke CAM-ICU under sedasjonsstopp på mekanisk ventilerte pasienter. En forklarende sekvensiell blandet-metode design med innsamling og analyse av både kvantitativ og kvalitativ data passer godt til forskningsspørsmålet og gir et helhetlig bilde av vurderingsprosessen og intensivsykepleiernes erfaringer.</p>
<p>3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?</p> <p>Ja.</p>	<p>For å samle inn kvantitative data har de brukt samlet inn fullførte CAM-ICU skjema for å få et innblikk i intensivsykepleierens vurdering av delirium. For å samle inn kvalitative data har de utført individuelle intervjuer. De har i tillegg utført parvise vurderinger av delirium hos de samme pasientene for å sikre pålitelige data. Denne tilnærmingen sikret at forskningsmetodikken var i tråd med datainnsamlingsmetodene, og tilbyr et helhetlig bilde av vurderingsprosessen og intensivsykepleiernes erfaringer, noe som styrker validitet og reabilitet til studien.</p>
<p>4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?</p> <p>Ja.</p>	<p>Vi har valgt å ha hovedfokus på analysen av kvalitative data, da det er det vi ønsker å inkludere i vår studie. For å analysere kvalitativ data fra intervjuene har forskerne brukt en manuell frekvensanalyse, og den ble utført i samsvar med Dahlgren og Fallbergs syv kategorier. Denne tilnærmingen lot forskerne å systematisk utforske likheter og forskjeller i intensivsykepleiernes oppfatninger og erfaringer. Analysen fulgte en strukturert prosess hvor data ble nøye gjennomgått og organisert for å identifisere mønster og sammenhenger, samt gi en dypere forståelse for forskningsspørsmålet.</p>
<p>5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?</p> <p>Ja.</p>	<p>Det er samsvar mellom forskningsmetode og presentasjon av resultat. De ønsker å få svar på intensivsykepleieres erfaringer med å vurdere delirium med hjelp av CAM-ICU, noe de presenterer i resultatene sine. Siden de har benyttet en fenomenografisk tilnærming får man en dypere forståelse for hvert individs opplevelse og konsepter knytte til bruken av verktøyet.</p>

	Forskningsmetodikken og presentasjonen av resultatene utfyller hverandre.
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? Nei.	Det fremkommer ikke informasjon om forfatterens bakgrunn.
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? Nei.	Det fremkommer ikke informasjon om forfatterens bakgrunn, og det kommer ikke frem hvorvidt de har vurdert egen påvirkning i forskningen.
8. Are participants, and their voices, adequately represented? Ja.	Intensivsykepleiernes arbeidserfaring blir presentert i starten av artikkelen. Man får også detaljer om kjønn. Gjennom resultat- og diskusjonsdelen kommer deltakernes stemmer tydelig frem, kanskje spesielt de deltakerne som er i den usikre kategorien. Gjennom resultatdelen blir deltakernes stemme representert gjennom direkte og indirekte sitater.
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? Ja.	Deltakelse var basert på informert samtykke, konfidensialitet og frivillighet. Deltakerne ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uansett tidspunkt, og de fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant. De har fulgt etiske retningslinjer basert på Helsinki deklarasjonen, og innhentet nødvendige samtykker.
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? Ja.	Konklusjonen stammer tydelig fra analysen og tolkningen av data. Studien avslører variasjoner i intensivsykepleieres vurdering og bruk av CAM-ICU, og konkluderer med at det er nødvendig å identifisere hindringer innenfor team som arbeider sammen. Basert på resultatene sine gir de forslag for videre praksis, som innebærer opplæring i bruk av CAM-ICU og at alle følger sitt individuelle ansvar for faglig oppdatering.

Artikkel 5 Tsang, J. L. Y., Ross, K., Miller, F., Maximous, R., Yung, P., Marshall, C., Camargo, M., Fleming, D. & Law, M. (2019). Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit.	
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? Uklart.	Det er ikke direkte angitt hvilket filosofisk perspektiv de benytter seg av i studien. Men den erklærte forskningsmetoden er kvalitativ deskriptiv. Dette er en tilnærming som fokuserer på å gi en detaljert og rik beskrivelse av deltakernes opplevelser og persepsjoner uten å tolke eller analysere dataene gjennom teoretiske rammer på forhånd.
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? Ja.	De har to forskningsspørsmål i studien: " <i>What are nurses perceptions and experience with PAD management in the ICU</i> " og " <i>What are the barriers to evidence-based PAD management in the ICU</i> ". Kvalitativ deskriptiv tilnærming er godt egnet til å svare på spørsmålene, og til å samle inn data på en meningsfull og grundig måte.
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? Ja.	Metoden som er brukt for å samle inn data virker nøye planlagt. De har valgt å bruke fokusgrupper, som er i tråd med den kvalitative deskriptive tilnærmingen. De utfører intervjuene i en setting borte fra intensivsen for å skape et mer avslappende miljø for deltakerne. De har rekruttert et betydelig antall sykepleiere (46) for å sikre at begge kjønn er representert.
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? Ja.	Studien har brukt tematisk analyse som er en passende tilnærming for å identifisere og utforske kvalitative data. De har brukt tre uavhengige analytikere til å lese og kode dataene. De har involvert forskere som er intensivist og farmasøyt for å få bredere forståelse og tolkning av data. De legger frem et sett temaer som er utviklet, definert og navngitt gjennom en grundig analyseprosess.
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? Ja.	Temaene som blir identifisert i analysen er alle relevante for studiens formål og forskningsspørsmål. Resultatene i studien gir klare implikasjoner for praksis og kvalitetsforbedring ved å peke på områder der det er behov for forbedringer. Dette er i tråd med målet for forskningen.
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? Ja.	Man får en klar beskrivelse av rollen og bakgrunnen til forskerne. Man får plassert forskerne både kulturelt og profesjonelt. Man får vite at flere av forskerne ikke hadde klinisk involvering i intensivavdelingen og ingen relasjon til studiedeltakerne. Men at to av forskerne har nettopp dette. Det gis åpenhet rundt forskningsteamets sammensetning og potensielle innvirkninger på studien.
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	Se svaret over.

Ja.	
8. Are participants, and their voices, adequately represented? Ja.	De har sikret variasjon blant deltakerne som er representert i studien. De har inkludert bredt, og presenterer ingen eksklusjonskriterier. De har brukt fokusgruppe som sikrer at deltakerne kan engasjere seg i diskusjonen, dele egne meninger og reflektere over andres. Analysen er utført av 6 ulike forskere med ulik bakgrunn. Dette bidrar til forskningsmangfold og en mer nyansert tolkning av data. De inkluderer direkte sitat fra deltakerne.
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? Nei.	De skriver lite om etiske hensyn. De skriver at all data er anonymisert og at deltakerne fikk informasjon om studien og deltok frivillig.
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? Ja.	Konklusjonen flyter logisk fra analysen og tolkningen av data. Den reflekterer rundt funnet om at intensivsykepleiere har ulike perspektiver på optimal PDA, som ble identifisert gjennom analysen. De fremhever deltakernes bidrag til ulike forbedringsstrategier. De understreker betydningen av å engasjere intensivsykepleiere for å øke forståelse og involvering i dette emnet.

Artikkel 6 Zamoscik, K., Godbold, R. & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care.	
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? Uklart.	De benytter seg av kvalitativ metode, men nevner ikke tydelig hvilket filosofisk perspektiv de har valgt å gå for. Men valg av metode kan antyde at de bruker en interpretivistisk eller konstruktivistisk tilnærming. Disse perspektivene fokuserer på forståelsen av sosiale fenomener gjennom subjektive erfaringer og meninger. Det samsvarer dermed bruk av kvalitativ metode.
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? Ja.	Forskningsmetoden samsvarer med forskningsspørsmålene. Forskerne ønsker å få svar på "hvordan opplever intensivsykepleierne delirium", "hvordan oppfatter intensivsykepleierne deliriumsvurdering", "hvordan vurderer de nåværende omsorgstilbud til pasienter i delirium" og "hva er utfordringer og mulige barrierer til å vurdere delirium på intensivavdeling". Spørsmålene er formulert slik at man skal få en innsikt i deltakernes meninger, perspektiver og opplevelser. Kvalitativ metode er dermed hensiktsmessig.
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? Ja.	Bruk av fokusgruppediskusjoner passer godt med den kvalitative tilnærmingen de har valgt til studien. De har utført to ulike fokusgruppediskusjoner noe som er hensiktsmessig for å redusere risikoen for at dataene skulle være spesifikke for en gruppes dynamikk. Dette øker relabiliteten av datainnsamlingen. De bruker en guide med forhåndsdefinerte spørsmål som viser at de la til rette for en systematisk gjennomgang av diskusjonene, samtidig som de var åpne for innspill fra deltakerne.
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? Ja.	De har brukt induktiv tematisk analyse basert på et rammeverk som er velegnet for å identifisere, analysere og rapportere kvalitative data. Analysen ble først utført ved å se nøye på transkripsjonene fra diskusjonene. Meningsfulle segmenter ble identifisert og kodet. Koder som beskrev lignende innhold ble gruppert sammen. Deretter samlet de data fra alle gruppene for å visualisere fremvekst av tema.
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? Ja.	Forskerne har identifisert 7 hovedtemaer. Disse temaene ble illustrert med direkte sitater fra deltakerne, noe som støtter opp gyldighet og pålitelighet. Tolkningen av data er grundig og omfattende. Resultatene viser en dyp forståelse av deltakernes perspektiver og erfaringer. Det er god sammenheng mellom forskningsmetode og funn.
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? Uklart.	Det nevnes kun at førsteforfatter er nybegynner innen forskning. Hun er sykepleier på samme avdeling som deltakerne i studien. Hun opprettholdt en respektfull tone til deltakerne og behandlet dem som eksperter.

<p>7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed?</p> <p>Uklart.</p>	<p>Se punkt 6.</p>
<p>8. Are participants, and their voices, adequately represented?</p> <p>Ja.</p>	<p>Forskerne tillater deltakerne å uttrykke sine perspektiver, erfaringer og meninger gjennom fokusgruppediskusjon. De har inkludert direkte sitater fra deltakerne i resultatdelen. Forskerne erkjenner de utfordringene deltakerne står ovenfor i sin arbeidshverdag, og viser dermed forståelse for det de har samlet inn av data.</p>
<p>9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?</p> <p>Ja.</p>	<p>De har fått godkjenning fra etisk komite og sykehusledelsen til å utføre studien. Alle deltakerne har fått informert samtykke. Deltakelse var frivillig. Deltakerne var sikret anonymitet.</p>
<p>10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?</p> <p>Ja.</p>	<p>De har trukket sammenhengende slutninger fra analysen. Konklusjonen reflekterer rundt de viktigste funnene i studien og er forankret i deltakernes perspektiver. Knytter også funnene fra studien til tidligere forskning.</p>

Vedlegg 5 - Dataekstraksjonsskjema

Data-ekstraksjonsskjema artikkel 1	
Utført av (navn, dato)	Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold, 27.03.24
Forfatter	Kimberly Oosterhouse Catherine Vincent Marquis D. Foreman Valerie A. Gruss Colleen Corte Barbara Berger
Årstall, land	2016, USA
Tittel	Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management
Tidsskrift	AACN Advanced Critical Care
Studiens hensikt	Å utforske hvordan intensivsykepleierne identifiserer delirium, hvilke handlinger de gjør ovenfor pasienter med symptomer på delirium og hva de tenker om vurdering og håndtering av delirium
Studiens design	Tverrsnittstudie med kvalitative beskrivende metoder
Datasamling	Demografisk survey, deliriumvignett og en strukturert intervjuguide
Utvalgets størrelse/utvelgelsesstrategi	30 sykepleiere
Utvalgets sammensetning (kjønn/pårørende/pasient/helsepersonell)	27 kvinner og tre menn
Deltakernes alder	Median alder var 42 år
Utdanning (type/antall år)	43% av de inkluderte deltakerne hadde videreutdanning innenfor intensivsykepleie, resten var offentlig godkjente sykepleiere.
Arbeidserfaring	Medianen var 15,2 års erfaring som offentlig godkjent sykepleier og 11,5 års erfaring som intensivsykepleiere. De fleste inkluderte deltakerne hadde jobbet mer enn 9 år på ulike intensivavdelinger.

Data-ekstraksjonsskjema artikkel 2	
Utført av (navn, dato)	Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold. 27.03.24
Forfatter	Marie Oxenbøll-Collet Ingrid Egerod Vibeke Christensen Jeanette Jensen Thordis Thomsen
År, land	2016, Danmark
Tittel	Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study
Tidsskrift	Nursing in critical care
Studiens hensikt	Å undersøke opplevde barrierer blant sykepleiere og leger på danske intensivavdelinger når det gjelder bruk av CAM-ICU
Studiens design	Kvalitativ utforskende flersenterstudie med fokusgruppemetodologi
Datasamling	Fokusgruppeintervju
Utvalgets størrelse/utvelsesstrategi	20 sykepleiere og 4 leger fra fire ulike medisinsk-kirurgiske intensivavdelinger
Utvalgets sammensetning (kjønn/pårørende/pasient/helsepersonell)	Helsepersonell
Deltakernes alder	Ikke spesifisert
Utdanning (type/antall år)	Alle sykepleierne hadde intensivutdanning.
Arbeidserfaring	Intensivsykepleierne hadde erfaring fra 4-25 år på intensiv, og hadde brukt CAM-ICU minst en gang. Legene hadde erfaring på 2-10 år og hadde erfaring med å oppdage eller behandle delirium ved bruk av CAM-ICU.

Data-ekstraksjonsskjema artikkel 3	
Utført av (navn, dato)	Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold. 27.03.24
Forfatter	Marie Oxenbøll-Collet Thordis Thomsen Ingrid Egerod
År, land	2019, Danmark
Tittel	Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation
Tidsskrift	Australian Critical Care
Studiens hensikt	Utforske sykepleiere og legers erfaringer og tilnærminger til håndtering av delirium på intensivavdelingen
Studiens design	Kvalitativ multisenterstudie med fokusgruppemetodologi.
Datasamling	Fokusgruppeintervjuer
Utvalgets størrelse/utvelgelsesstrategi	Totalt 24 sykepleiere og 15 leger fra fem ulike medisinsk-kirurgiske intensivavdelinger
Utvalgets sammensetning (kjønn/pårørende/pasient/helsepersonell)	Hovedsakelig helsepersonell
Deltakernes alder	Ikke spesifisert
Utdanning (type/antall år)	Ikke spesifisert
Arbeidserfaring	Median på 9 år (variasjon fra 0 til 35 år)

Data-ekstraksjonsskjema artikkel 4	
Utført av (navn, dato)	Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold, 27.03.24
Forfatter	Steinseth, Else Berit Høye, Sevald Hov, Reidun
Årstall, land	2018, Norge
Tittel	Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses: A mixed-methods study
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Studiens hensikt	Undersøke intensivsykepleieres vurdering av delirium og deres erfaring med å bruke CAM-ICU på mekanisk ventilerte pasienter under daglige sedasjonsstopp.
Studiens design	Mixed-method
Datasamling	De har først samlet inn kvantitative data ved å samle inn fullførte CAM-ICU skjema, deretter har de utført kvalitative individuelle intervjuer med semistrukturert intervjuguide.
Utvalgets størrelse/utvelgelsesstrategi	30 intensivsykepleiere deltok i den kvantitative delen, 7 av disse ble intervjuet.
Utvalgets sammensetning (kjønn/pårørende/pasient/helsepersonell)	27 kvinner, 3 menn (hvor 6 kvinner og 1 mann ble intervjuet). Alle deltakerne er intensivsykepleiere.
Deltakernes alder	Ikke spesifisert.
Utdanning (type/antall år)	Alle deltakerne hadde tatt norsk intensivutdanning.
Arbeidserfaring	Deltakerne hadde erfaring som sykepleiere mellom 7-38 år, og erfaring som intensivsykepleiere mellom 7-21 år.

Data-ekstraksjonsskjema artikkel 5	
Utført av (navn, dato)	Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold, 27.03.24
Forfattere	Jennifer L.Y. Tsang Katie Ross Franziska Miller Ramez Maximous Priscilla Yung Carl Marshall Mercedes Camargo Dimitra Fleming Madelyn Law
År, land	2019, Canada
Tittel	Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experiences on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit
Tidsskrift	BMJ Open
Studiens hensikt	Å utforske intensivsykepleiernes erfaringer, tro og oppfatninger om håndtering av smerte, uro og delirium (PAD) hos kritisk syke pasienter
Studiens design	Kvalitativ studie
Datasamling	Fem fokusgruppeintervjuer med totalt 46 deltakende intensivsykepleiere
Utvalgets størrelse/utvelgelsesstrategi	46 fulltidsarbeidende sykepleiere i en intensivavdeling
Utvalgets sammensetning (kjønn/pårørende/pasient/helsepersonell)	43 kvinner og 3 menn, alle sykepleiere som jobbet på intensivavdelingen
Deltakernes alder	Ikke spesifisert.
Utdanning (type/antall år)	Ikke spesifisert.
Arbeidserfaring	Gjennomsnittlig 9,8 års erfaring i intensivpleie og 13,5 år som sykepleiere.

Data-ekstraksjonsskjema artikkel 6	
Utført av (navn, dato)	Amalie Krüger og Anna Runedatter Haaksvold. 27.03.24
Forfatter	Katarzyna Zamoscik Rosemary Godbold Pauline Freeman
År, land	2017, Storbritannia
Tittel	Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care
Tidsskrift	Intensive and critical care nursing
Studiens hensikt	Utforske sykepleieres erfaringer og oppfatninger av delirium på intensivavdeling, samt håndtering av deliriske pasienter og utførelse av screening ved hjelp av CAM-ICU
Studiens design	Kvalitativ tilnærming
Datasamling	Fokusgruppediskusjoner
Utvalgets størrelse/utvelsesstrategi	12 sykepleiere fra en voksen medisinsk-kirurgisk intensivavdeling
Utvalgets sammensetning (kjønn/pårørende/pasient/helsepersonell)	Helsepersonell. Alle deltakerne var kvinner
Deltakernes alder	25-43
Utdanning (type/antall år)	Ikke definert, men tolker det som at alle deltakerne har bachelorutdanning som sykepleiere.
Arbeidserfaring	Sykepleierfaring på 2-13 år, erfaring fra intensivavdeling på 8 måneder - 9 år

Vedlegg 6 – Eksempler på markeringer med tusj i analyseprosessen

(2) Unpleasant nature of delirium

When describing their experiences with delirious patients, participants most frequently depicted disorientated, distressed and unpredictable patients, who pull tubes and try to jump out of bed. It was noticed that delirium often inflicts long-term "psychological disability":

"a patient that had been on the unit, and she absolutely broke down in the middle of the unit, she couldn't even get past the nurses' station (...) it was really tragic. I really felt for her, because it's just, you know, what is it that has happened to her, in her head, in that place (P11)"

Caring for delirious patients was described as not only emotionally challenging and frustrating, but also physically exhausting; involving repetition of explanations and laborious maintenance of patients' safety in bed. Time-management struggles associated with delivering necessary care to agitated patients was thought to cause additional stress.

Participants also shared their experiences of feeling intimidated by unfair accusations from patients:

"a lady who was very delirious and was saying you're all witches, and I'm gonna call my son, and I'm gonna tell him to call the police, because you're all abusing me (...) you can find yourself a subject of a massive complaint, which may well not be founded (...) I did feel a bit scared and vulnerable cause I was thinking, there is no one to disprove what she's saying (P09)"

Reportedly, being confronted with patients' aggression has become an acceptable part of nursing, and no support is offered to nurses in dealing with their emotions.

(3) Scepticism about delirium assessment

Participants listed several advantages of CAM-ICU, but gave considerably more attention to what they perceived as limitations of the tool. They thought it gave nurses a sense of knowing about patients' mental status and credibility to delirium diagnosis, increasing their confidence when communicating with the doctors. Limited trust in CAM-ICU was expressed by several participants, who wondered about the tool's sensitivity and about the test results being valid only at a singular point in time. Participants felt that the test can be unreliable in sedated, depressed, uncooperative, and pain-suffering patients:

"sometimes you feel like they're not doing the thing squeezing properly, but you don't think they're a positive (P12)"

"they're depressed, they don't wanna play, they just don't wanna do it. And so they just refuse to co-operate, and therefore come up as positive, even though they were negative (P08)"

"if you're in an extreme pain, and you're agitated, you may well not answer the CAM-ICU negative correctly, because you can't think straight (P09)"

The test's repetitiveness also raised the possibility that patients memorise the correct responses, thereby invalidating its outcome. Reportedly, some nurses score patients' levels of sedation as deeper than in reality, which results in disqualifying them from CAM-ICU.

The tool was found useful in distinguishing patients who are restless due to other reasons than delirium. Simultaneously, participants reported the need to apply nurses' intuition to evaluate the correctness of CAM-ICU results, although they also admitted not being able to differentiate delirium from depression, bipolar disorder and alcohol withdrawal.

(4) Distrust in delirium management

One participant suggested that delirium diagnosis sometimes does not influence patients' care:

"if I just use that as (...) another assessment tool that I need to do at the end of the day and not act upon it. So, I'm really not taking any value from that tool (P02)"

Participants felt that treatment options for delirium are limited. The provided therapy was described as "airy-fairy", delirium strategy as "do what you think is best and see how we go", and the patients' recovery as irrelevant of the given treatment.

The available pharmacological therapy was considered ineffective and often exacerbating delirium. Participants noticed that nurses often resort to using sedation to ensure patient safety, despite being aware that it prolongs their recovery:

"it (...) delays weaning off sedation, cause sometimes you find that when the patient is becoming a danger to themselves, sometimes you sedate them a bit more. So, you keep going back and forth (...). And sometimes, when you try talking them down, it doesn't work. So, then you go to medications. (...) Well, the patient has to be safe, but you also feel like, oh... I feel like I'm slowing patient down (P07)"

Participants reported that nurses' decisions to increase sedation in hyperactive patients can also result from their lack of time to spend with patients, and from their low level of tolerance for agitated behaviours.

(5) Value of communication

Participants reported that communication with delirious patients, particularly the hyperactive ones, can be challenging. When one participant advocated the need to communicate with patients in a polite and respectful manner, others thought that it might be difficult with persistently incoherent patients:

"you can be soft and sweet in the first few hours (...) and after a few hours, you're like, I've had it, stay in bed (P06)"

Participants also felt that communication with patients' families can be challenging, requiring positivity and reassurance while having no confidence in the effectiveness of delirium treatment. Although participants noticed that talking patients down during agitation periods is sometimes ineffective, they still regarded communication with patients as worthwhile:

"what that patient needs is somebody to talk them through it, to tell them what's going on and really spend some quality nursing time with that patient. And say, this is why we're doing this. This is why we're doing that. Then, to try and bring them out of that delirium (P08)"

An example was given where a nurse's effective communication with a delirious patient pre-empted the need to use drugs. The non-verbal communication (holding the patient's hand, rubbing their head) was also considered important. Furthermore, participants thought that patients' families need to be informed about delirium from the time of admission in order to be more involved in patient care.

(6) Non-pharmacological therapy

Participants widely discussed the benefits of non-pharmacological interventions in managing delirium. Involving a familiar person and employing distraction techniques was believed to contribute to more individualised care:

between eight months and nine years. Their main source of information about delirium was in-house training.

Data collection

Two focus group discussions (conducted in February and March 2015) were considered a necessary minimum, to reduce the risk of the collected data being specific to the dynamics of a particular group (Burns and Grove, 2011). The time pressure to submit the study report precluded further data collection. The sessions (held in the hospital's seminar rooms, away from participants' unit) were attended by seven and five participants respectively. They followed a guide (Table 1) piloted with two nurses who fitted the sample profile but no longer worked in the ICU. Each session, lasting 80 and 100 min, was audio-recorded.

Table 1
Topic guide questions.

1. What is it like to provide care to an ICU patient with delirium?
2. What are your thoughts about assessing ICU patients for delirium?
3. What are your thoughts about the place of delirium assessment among your other nursing activities in ICU?
4. What do you perceive as good practice in caring for patients with delirium?
5. In your opinion, what influences ICU nurses' delirium practices?
6. Is there anything that we could do better to improve detection and management of delirium?

The first author, a novice researcher and facilitator of the focus groups, is a nurse in the same unit as participants. Her relationship with them and prior knowledge of the subject contributed to creating an atmosphere of trust and partnership during discussions (Burns and Grove, 2011). She maintained a respectful attitude towards all participants, treated them as experts and welcomed novel concepts, while bracketing her own biases (Polit and Beck, 2010).

Data analysis

The gathered data was subjected to inductive thematic analysis, using Braun and Clarke's framework (2006), outlined in Fig. 1 below. The researcher's transcripts of the focus group dis-

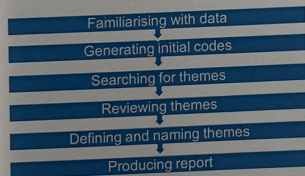


Fig. 1. Phases of thematic analysis (Braun and Clarke, 2006).

cussions were carefully read and all meaningful basic segments were labelled using descriptive and in vivo codes (Saldana, 2009). The codes describing similar contents were grouped together, reviewed, and re-coded if necessary. Next, reduced data from all groups was collated to visualise emergence of themes. These themes were reassessed for internal consistency and validity in relation to the entire data, which resulted in some of them being subdivided, if their contents were overly broad, or renamed, to reflect their contents more accurately.

Rigour

The rigour of this study was ensured by adhering to the criteria of dependability, credibility, confirmability and transferability (Lincoln and Guba, 1985). The employed strategies included member checking (summaries made by participants at the end of each session), debriefing meetings with external research assistants, investigator triangulation (supervision of an experienced qualitative researcher), keeping a decision audit trail, and description of research context (Holloway and Wheeler, 2010).

Ethical considerations

This study (conducted as the first author's Master's project) was approved by the University of Hertfordshire Ethics Committee and by the managements of the ICU and of the local hospital. Participation was informed and consensual. All parties signed confidentiality agreements to ensure the participants' anonymity.

Findings

The study findings are organised in seven themes, illustrated by direct quotes from participants.

(1) Delirium as a secondary matter

Participants suggested that delirium is generally considered a low priority issue in ICU. They felt that delirious patients tend not to be considered unwell, as they often do not require specialist equipment in their treatment and sometimes receive very little organ support. Reportedly, some nurses regard the condition as "theoretical" and expected in intensive care patients.

While delirium assessment is part of physical assessment, participants did not consider it a top priority:

"keeping my patient physically alive, I would say, is more important than doing my CAM-ICU (P08)"

Some participants noticed that nurses often fail to undertake the test due to time constraints and that the results are not always reported to the doctors.

It was noted that numerous responsibilities in ICU and prioritising medical treatment of other organs prevent nurses from focussing on the patients' psychological needs:

"at the end of the day you still have all the other ICU stuff that you need to do and as much as we want to be able to sit with that patient... Sometimes they are really sick at the same time. They might be on the filter. You might be guarding that line with your life (...) if somebody could just focus on the psychological aspect of care, specifically, I think that would be a big help (P01)"

Participants felt that providing psychological care often results in their feeling "judged" and "guilty" about not helping busier colleagues.

Reportedly, some doctors do not understand the delirium problem, which may result in worsening the patients' agitation:

"some [doctors] don't even think about it, and you can even flag it up with them, and they don't (...) it's a secondary issue. They're focussing on the main body systems (P01)"

"especially the juniors, they'll quite often come in and just half your sedation before you know it. And they're [patients] in withdrawal (P03)"

Some participants noticed that training focuses on the physical aspects of managing patients, whereas delirium receives little attention and is "always the last to call".

(2) Unpleasant nature of delirium

When describing the experience of delirium, participants most frequently mentioned the unpredictable nature of the condition. It was noticed that delirium is a "disability":

"a patient that had in the middle of the station (...) it was just, you know, what that place (P11)"

Caring for delirious patients is a particularly challenging situation involving repetition of patients' safety instructions with delivering necessary additional support. Participants also reported that delirium is often accompanied by unfair accusations:

"a lady who was and I'm gonna say because you're of a massive case feel a bit scared one-to-disproportionately"

Reportedly, delirious patients often become an access point to nurses in dealing with their needs:

(3) Scepticism about delirium tests

Participants expressed considerable scepticism about the value of the CAM-ICU test. They noted that the test is often used in a limited way, and that the results are often not used to inform care. They also noted that the test can be used to justify a patient's admission to the ICU, which is not always justified.

"sometimes they're not really, but you know they're doing it. And as positive as they are, it's not straight"

"if you're answering the test, it's straight"

The test is often used to justify a patient's admission to the ICU, which is not always justified.

Reportedly, some doctors do not understand the delirium problem, which may result in worsening the patients' agitation:

"some [doctors] don't even think about it, and you can even flag it up with them, and they don't (...) it's a secondary issue. They're focussing on the main body systems (P01)"

"especially the juniors, they'll quite often come in and just half your sedation before you know it. And they're [patients] in withdrawal (P03)"

Some participants noticed that training focuses on the physical aspects of managing patients, whereas delirium receives little attention and is "always the last to call".

"his wife said, he's a real rugby fan. Rugby is on at the weekend. (...) I said, I just hand that over, because we can stream BBC radio from these computers no problem. She said, he would like that (P10)"

Continuity and routineness of care, as well as familiarity with staff were also regarded as worth striving for in delirium treatment. One participant also mentioned beneficial effects of early mobilisation.

Furthermore, participants advocated minimising overnight interventions to allow patients to sleep:

"if they're not clinically, you know, unwell then, yes you might have line dressings to do, but if you reach that 10:30 at night, you need to call it a day, it's bedtime (P03)"

To promote patients' sleep nurses bring small lights to work during the night and attempt to complete certain tasks early in the night.

(7) Need for reviewed delirium policy

Participants felt that it would be beneficial to introduce official guidelines to standardise delirium treatment, which suggests their unawareness of the existing delirium policy. They also found that more education is needed to improve delirium detection and management. Patients' feedback from ICU follow-up clinic was considered the most powerful in changing nurses' perceptions of delirium:

"they were just saying (...) if they're watching the news, and if something comes up about a hospital (...) he just breaks down in tears, and like, they were really emotional. (...) It just shows you how important it is. It's really sad to see somebody like that (P05)"

It was suggested that attending the clinic should become part of training. Furthermore, participants recognised the need for delirium prevention, i.e. identification of the causes, high-risk patients, and planning the care accordingly. Participants felt that there is a need for a delirium specialist service to support staff, advise on delirium management, assist in providing necessary psychological care and follow up patients until they are discharged from hospital.

Discussion

These findings present the ICU culture as one where delirium care is marginalised. While nurses' perceptions of delirium as a low priority issue have been reported in earlier studies (Devlin et al., 2008; Price, 2004; Scott et al., 2013), such views have not been explicitly linked with the characteristic for ICU reliance on sophisticated technology in patient management, where the degree of critical illness is judged by the amount of employed equipment (Almerud et al., 2007; Walters, 1995). Prioritisation of medical and technical aspects of patient care seems to be reinforced by ICU nurse training and some doctors' indifference towards delirium screening (also reported in Jung et al., 2013; Price, 2004; Pun et al., 2005; Scott et al., 2013; Soja et al., 2008). In such an environment lack of time can be perceived as a valid excuse not to perform delirium assessment (Devlin et al., 2008; Pun et al., 2005; Scott et al., 2013; Soja et al., 2008). Perceptions held by this study's participants resemble those held by nurses with only six-month exposure to standardised delirium care (Jung et al., 2013; Pun et al., 2005; Soja et al., 2008), which suggests that potential inadequacies of the initial training do not reduce with time, but rather become reinforced.

The participants describe the ICU environment as one where nurses receive little support in providing care to delirious patients. Their experiences of stress and frustration when unable to deliver high-quality care to agitated and non-compliant patients echo the reports from other ICU nurses (Jung et al., 2013), as well as from

nurses from other specialties (Brajtman et al., 2006; Dahlke and Phinney, 2008). The participants emphasised conflicting concerns: about patients' need for familiarity with staff (NICE, 2010), and about their own need for psychological support in the workplace, where being confronted with patients' aggression has become an acceptable part of nursing. The emotional and physical burden of caring for delirious patients and nurses' vulnerability when confronted by patients' aggression, also described by Yue et al. (2015), may lead to professional burnout (Fapp, 2012). Providing nurses with training and psychological support can reduce their levels of distress, and, effectively, improve the quality of patient care (Bruera et al., 2009).

Some participants' concerns about the limitations of CAM-ICU (also reported in earlier studies) are unfounded. While CAM-ICU result is indeed valid only at the time when it is taken, it produces fewer false positive diagnoses than the tests that are based on extended periods of observation (Tomasini et al., 2011). The risk of obtaining false test results due to patients' memorisation of the test can be minimised by employing alternate sets of questions or pictures and commands (Ely et al., 2001; cf. Jung et al., 2013). It can furthermore be argued that patients able to memorise the answers are unlikely to be inattentive or to have disorganised thinking characteristic of delirium. The participants' preference to rely on their clinical judgement instead of CAM-ICU in sedated, depressed, uncooperative and pain-suffering patients (also reported in Devlin et al., 2008; Jung et al., 2013; Scott et al., 2013; cf. Eastwood et al., 2012; Oxenboll-Collet et al., 2016) is unjustified, as assessments based on nurse-patient interactions lead to up to 60% of missed delirium cases (especially the hypoactive type) and to false diagnoses (APA, 1999; Guenther et al., 2012; Spronk et al., 2009). Also, the participants essentially undermined their subjective judgement by declaring their lack of confidence to differentiate delirium from alcohol withdrawal, bipolar disease or depression. Nurses should be more confident in the efficacy of CAM-ICU, whose pooled sensitivity is 80%, and specificity is 96% (Gusmao-Flores et al., 2012).

While participants associated delirium treatment mainly with pharmacological management (also reported in Oxenboll-Collet et al., 2016; Soja et al., 2008), they were unconvinced about its effectiveness. They believed that patient recovery was irrelevant of the given therapy and they associated delirium treatment with exacerbation of its symptoms, referring to extrapyramidal side effects of antipsychotics (Wang et al., 2013). Furthermore, nurses noted inconsistencies in approaches to delirium treatment, which could indicate lack of impact of the existing local delirium management policy on practice or could be a consequence of lack of strong evidence for the effectiveness of any delirium agents (Barr et al., 2013; Cavallazzi et al., 2012; see also Oxenboll-Collet et al., 2016). Although they understood that such therapy delays patient progress (Jacobi et al., 2002), they also admitted increasing sedation to ensure patient safety, often when they lack the time and patience to deal with agitated behaviours (also reported in Jung et al., 2013; Price, 2004). Therefore, to avoid situations where patients' recovery is overly dependent on an individual nurse's ability to work under pressure, it is necessary to provide nurses with organisational support, and ensure adequate staffing levels. Additionally, lack of effective delirium pharmacotherapy further stresses the importance of empowering nurses to take ownership in delirium care and initiate early non-drug therapies in patient care (Barr et al., 2013).

Participants noticed the importance of communication with delirious patients and their families, while admitting that they find it challenging (also reported by Price, 2004). They recognised the therapeutic value of expressing empathy through non-verbal communication (Benbenishty and Hannink, 2015), and the effectiveness of patient reorientation and reassurance in reducing delirium episodes (Colombo et al., 2012). However, constructive

Vedlegg 7 - Litteratormatrise

Forfatter, år, land	Tittel	Deltakere og kontekst	Formål	Metode og datainnsamling	Dataanalyse	Hovedfunn	Kommentar
Oosterhouse et al., 2016, USA	Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management	30 intensivsykepleiere fra samme intensivavdeling	Å utforske intensivsykepleierens identifisering av delirium, hvilke tiltak de gjorde ovenfor pasienter med tegn eller symptomer på delirium, og deres overbevisninger om vurdering og håndtering av delirium	Tverrsnittstudie med kvalitative deskriptive metoder, datasamlingen ble gjort ved å samle inn delirium-vignetter og deretter ble det utført strukturerte intervjuer med sykepleierene basert på informasjonen de hadde fått via vignettene.	Statistikkene som ble funnet fra vignettene ble brukt for å analysere dataen som ble samlet i intervjuene.	<p>Sykepleierne identifiserte ikke konsekvent delirium og brukte ikke termen «delirium» for å rapportere sine vurderingsfunn. Derimot identifiserte de en rekke faktorer som kunne assosieres til delirium, og satte i gang en rekke tiltak, inkludert ikke-farmakologiske tiltak som ble anbefalt i retningslinjene de hadde. Sykepleierne anerkjente at vurdering og håndtering av delirium var fordelaktig for pasienten.</p> <p>Funnene indikerer en kompleksitet rundt identifisering og håndtering av delirium i en intensivsetting, og reflekterer behovet for ytterligere opplæring, standardiserte prosedyrer og tverrfaglig samarbeid for å forbedre pleie og behandling av pasienter med delirium.</p>	

Collet et al., 2016, Danmark	Nurses`and physicians`perceptions of Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)	20 sykepleiere og 14 leger fra fire universitetssykehus i Danmark	Å identifisere sykepleiere og legers opplevde profesjonelle barrierer for bruk av CAM-ICU i danske intensivavdelinger	Kvalitativ utforskende multisenterstudie ved bruk av fokusgrupper og semi-strukturert intervjuveiledning	Hermeneutisk tilnærming, «inductive content analysis»	<p>Studien indikerer utfordringer knyttet til bruk av CAM-ICU i danske intensivavdelinger. Ut ifra analysen har de kommet frem til tre hovedtema.</p> <p>1. Profesjonelle rolleutfordringer. - Bruk av CAM-ICU fikk sykepleieren til å føle at de gikk fra å være alliert med pasienten til å bli en avhører. Og de var redd for at bruk av verktøyet kunne føre til pinlige situasjoner med pasient og pårørende.</p> <p>2. Instrumentes pålitelighet. - Bruk av CAM-ICU ble lavt prioritert. - Noen sykepleiere og leger tvilte på instrumentets pålitelighet og kompliserte brukbarheten.</p> <p>3. Kliniske konsekvenser. - Mangel på evidensbasert behandling av delirium i intensivavdeling gjorde</p>	De har separert sykepleiere og leger i individuelle fokusgrupper. Dersom de hadde utført fokusgrupper med både leger og sykepleiere kunne det potensielt ha nyansert resultatene.

						<p>legene frustrert, noe som førte til at de pushet til å bruke CAM-ICU.</p> <p>- Sykepleierne ble frustrerte når resultatene fra CAM-ICU ikke ble tatt i betraktning av legene og noen utførte kun testen ved forespørsel.</p> <p>- Deltakerne mente at resultatene burde deles med pårørende, men følte seg ubekvem med å gjøre dette grunnet manglende tillit til resultatene.</p> <p>Artikkelen foreslår behov for videre opplæring i bruk av CAM-ICU og reevaluering av instrumentet, samt utvikling av retningslinjer for å adressere funnene.</p>	
Collet et al., 2019, Danmark	Nurses` and physicians approaches to delirium management in the intensive care unit	20 sykepleiere og 14 leger med erfaring i deliriumshåndtering fra fem intensivavdelinger i fire av fem regioner i Danmark	Å utforske sykepleiere og legers erfaringer og tilnærminger til håndtering av delirium i intensivavdelingen	Kvalitativ flersteddesign med tverrfaglige fokusgrupper og rammeverksanalyse	Analyse etter rammeverksmetoden	<p>Studien viser et komplekst bilde av deliriumsbehandling i intensivavdelinger. Hvor helsepersonell ofte baserer seg på en balanse mellom pasientens behov, kliniske retningslinjer og individuelle preferanser.</p> <p>Hovedfunnene kan deles opp i tre hovedtema:</p>	

						<p>1. Behandle eller ikke behandle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientens symptomer (rolig eller agitert) avgjorde om man valgte å behandle eller ikke - Rolige og samarbeidsvillige pasienter ble vanligvis ikke behandlet med farmakologiske midler med mindre de viste tegn til hallusinasjoner eller søvnunderskudd - Agiterte pasienter ble ansett som potensielt farlige og fikk vanligvis umiddelbar farmakologisk behandling for å dempe agitasjon, selv om det kunne gi negative bivirkninger og følelse av mislykkethet hos helsepersonell <p>2. Erfaring versus evidens.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsepersonells tilnærming til deliriumsbehandling varierte basert på deres personlige preferanser og klinisk erfaring. - Personlige preferanser og erfaringer spilte en stor rolle ved valg av farmakologiske eller ikke farmakologiske behandlingsmetoder. 	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>3. Omsorg eller kur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne ønsket å “bryte delirium” gjennom en integrasjon av omsorg og medikamentell behandling, med medikamenter som foretrukket førstevalg i farlige situasjoner - Ikke-farmakologiske tiltak som støtte til pasientens døgnrytme og tidlig mobilisering ble sett på som viktig, og helt grunnleggende sykepleie. <p>Artikkelen konkluderer med at behandling av delirium krever tydelige mål og retningslinjer med evidensbaserte anbefalinger for førstelinjebehandling og påfølgende behandlingsalternativer.</p>	
Steinseth et al., 2018, Norge	Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients and assessed and experienced by intensive care nurses – A mixed-methods study	30 intensivsykepleiere fra samme avdeling på et sykehus i Øst-Norge, som brukte CAM-ICU for å vurdere ventilerte pasienter, hvorav sju ble intervjuet individuelt om deres	Å undersøke vurderingen av delirium av intensivsykepleiere og deres erfaringer med bruk av CAM-ICU hos mekanisk ventilerte pasienter under daglige sedasjonspauser	Studien benyttet et forklarende sekvensielt mixed-method design. Data ble også samlet inn ved hjelp av to sykepleiere som vurderte samme pasient ved å bruke CAM-ICU.	Frekvensanalyse for sykepleiervurderingene, mens intervjuene ble analysert fenomenografisk ved hjelp av Dahlgren og Fallbergs syv kategorier.	Det er variasjoner i hvordan intensivsykepleiere vurderes pasienter for delirium ved bruk av skjemaer. Og det er delte meninger om CAM-ICU. Det baserer seg i stor grad på hvor godt opplært man er i bruk av CAM-ICU. Noen deltakere følte seg dårlig	Det er en liten studie, kun 30 deltakere deltok. Utvalget er dermed for lite til å generalisere funnene.

		erfaringer med bruk av CAM-ICU.		Det ble utført individuelle intervjuer med en semistrukturert intervjuguide.		<p>forberedt til å bruke CAM-ICU og ønsket mer opplæring, mens andre følte seg godt forberedt. Noen mente CAM-ICU var støtende og upålitelig, imens andre opplevde den som pålitelig og brukte den daglig. Noen glemte å gjøre vurderingen, imens andre anså den som veldig viktig.</p> <p>Når delirium ble oppdaget ved bruk av CAM-ICU opplevde man å få et mer objektivt resultat. Man kunne sette i gang medisinsk behandling og tilpasning av sykepleieintervensjoner ut ifra de symptomene pasienten hadde. Studien konkluderer med at det er nødvendig med opplæring i bruk av CAM-ICU, samt støtte i beslutningsprosesser for sykepleiere. Hver individuelle sykepleier må ta ansvar for å oppdatere sin kunnskap og følge retningslinjer som blir satt.</p>	
--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--

<p>Tsang et al., 2019, Canada</p>	<p>Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experiences on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit</p>	<p>46 sykepleiere i ti fokusgruppesesjoner fra en intensivavdeling tilhørende et lokalsykehus</p>	<p>Å utforske intensivsykepleierens opplevelser, tro og oppfatninger av smerte, uro og deliriumhåndtering hos kritisk syke pasienter</p>	<p>Kvalitativ beskrivende studie med fokusgrupper</p>	<p>Tematisk analyse for å søke etter fremvoksende temaer og mønstre</p>	<p>Hovedfunnene kan deles opp i tre hovedtema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesjonelle perspektiver på pasientens våkenhet. <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne hadde varierte meninger om hva som var optimal våkenhet hos kritisk syke pasienter, delvis basert på personlige preferanser. - Det var uenighet rundt hva som ble ansett som skadelig våkenhetstilstand. Noen mente det var bekymringsfullt å sedere pasienten dypt. Andre mente det var problematisk å ha pasienten våken og urolig. 2. Profesjonelle perspektiver på PAD-behandling hos kritisk syke pasienter. <ul style="list-style-type: none"> - Behandling av PAD bør individuelt tilpasses hver enkelt pasient med hensyn til alvorlighetsgrad av sykdom, underliggende tilstander og pasientens preferanser. - Helsepersonell har varierende kunnskap om PAD og individuelle 	<p>De tok ikke opptak av intervjuene, men hadde sekretærer som skrev ned det deltakerne sa underveis.</p>
-----------------------------------	---	---	--	---	---	---	---

						<p>preferanser. Dette fører til inkonsekvent behandling.</p> <p>3. Faktorer som påvirker PAD-behandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effektiv kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell. - Miljømessige forhold som lys, støy og pasientplassering. - Effektiv kommunikasjon og involvering av familie. <p>Studien antyder behovet for et flerfaset og tverrfaglig kvalitetsforbedringsprogram for å optimalisere håndteringen av smerte, uro og delirium på intensivavdelingen. Dette inkluderer å ta hensyn til sykepleiernes holdninger til PAD. Det framkommer at mange eksterne og interne faktorer bidrar til kompleksiteten i PAD-håndtering, og at disse bør adresseres for å forbedre praksisen.</p>	
Zamoscik et al., 2017, Stobritania	Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care	Tolv sykepleiere fra en medisinsk-kirurgisk intensivenhet i et	Å utforske sykepleiernes erfaringer og oppfatninger av delirium, håndtering	Kvalitativ forskningsmetode med to fokusgrupper.	Tematisk analyse basert på en ramme fra Braun og Clarke (2006)	Delirium ble ansett som lavprioritetsutfordring på intensivavdelingen. Tidbegrensninger og fokus på fysisk behandling gjorde	Funnene kan være påvirket av bias da forskerne har en spesiell

		stort universitetssykehus	av deliriske pasienter og screening av delirium fem år etter at CAM-ICU ble innført som standard praksis.			<p>det vanskelig å prioritere pasientens psykiske behov. Enkelte leger og sykepleiere forstod ikke alvorligheten ved delirium.</p> <p>Deliriske pasienter ble beskrevet som noe som gjorde pleie utfordrende. Ivaretagelse av disse pasientene var følelsesmessig utfordrende og fysisk belastende. Kommunikasjon med både pasienten og pårørende ble beskrevet som utfordrende.</p> <p>Deltakerne var skeptisk til CAM-ICU og hadde lite tillit til resultatene. De mente den var unøyaktig, spesielt hos sederte pasienter.</p> <p>Behandlingen av delirium bestod som oftest av sedasjon, selv om man hadde forståelse for at dette kunne forlenge intensivoppholdet. Andre tilgjengelige behandlingsformer ble ansett som lite effektive.</p>	interesse for delirium.
--	--	---------------------------	---	--	--	---	-------------------------

						<p>Ikke-farmakologiske tiltak som involvering av familie, avledningsteknikker og opprettholdelse av rutiner ble ansett som nyttige.</p> <p>Det ble ytret et behov for standardiserte retningslinjer for deliriumsbehandling og økt opplæring for å forbedre gjenkjenning og behandling.</p> <p>Studien konkluderer med at det er et behov for tilpasset opplæring for helsepersonell og utvidelse til pasientens familier for å utvikle effektiv pasientsentrert omsorg.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

