

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2022:35

Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta
förebyggande mot intensivvårdsdelirium
En systematisk integrativ litteraturöversikt

Emma Lundell
Hampus Pollnow



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta förebyggande mot intensivvårdsdelirium - En systematisk integrativ litteraturöversikt

Författare: Emma Lundell
Hampus Pollnow

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning intensivvård

Handledare: Anders Sterner

Examinator: Elisabeth Lindberg

Sammanfattning

Bakgrund och problemformulering: Intensivvårdssjuksköterskor arbetar patientnära och det ligger inom ramen för deras kompetens att ha förmågan att arbeta förebyggande mot intensivvårdsdelirium. Intensivvårdsdelirium drabbar en stor andel av patienterna som vårdas på intensivvården. Tillståndet medför bland annat förlängda vårdtider, ökade kostnader för sjukvården och en ökad mortalitet hos patienterna som drabbas.

Syfte: Syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta förebyggande mot intensivvårdsdelirium.

Metod: En systematisk integrativ litteraturöversikt enligt modellen av Whittemore och Knafl (2005).

Resultat: Flera sjuksköterskor upplever en avsaknad av kunskap kring intensivvårdsdelirium och det förebyggande arbetet. Resultatet belyste att intensivvårdssjuksköterskor har olika erfarenheter kring det identifierande arbetet. Bedömningsinstrument nämns i flera studier och det råder delade upplevelser kring användandet av instrumenten. Intensivvårdssjuksköterskor upplever att det finns flera olika utmaningar i det förebyggande arbetet.

Diskussion: I diskussionen sker reflektioner kring intensivvårdssjuksköterskans kunskaper kring intensivvårdsdelirium samt erfarenheter av att arbeta förebyggande och identifierande.

Nyckelord: *Intensivvårdssjuksköterska, delirium, erfarenheter, förebygga, integrativ litteraturöversikt*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
<i>Intensivvårdsavdelning</i>	1
<i>Intensivvårdssjuksköterskans arbete</i>	1
<i>Hälsa</i>	2
<i>Vårdlidande</i>	2
<i>Intensivvårdsdelirium</i>	2
Konsekvenser av intensivvårdsdelirium	3
<i>Bedömningsstöd</i>	3
Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU)	3
Intensive care delirium screening checklist (ICDSC)	3
<i>Intensivvårdssjuksköterskans kärnkompetenser och skyldigheter</i>	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
<i>Ansats</i>	5
<i>Urval</i>	5
<i>Datainsamling</i>	6
<i>PEO-struktur</i>	7
<i>Prismadiagram</i>	8
<i>Dataanalys</i>	8
<i>Etiska överväganden</i>	9
RESULTAT	9
<i>Intensivvårdssjuksköterskans kunskap om intensivvårdsdelirium</i>	10
<i>Intensivvårdssjuksköterskans identifierande arbete</i>	10
Med stöd av bedömningsinstrument	11
Med stöd av observation av beteende	11
<i>Intensivvårdssjuksköterskans upplevda barriärer till att identifiera intensivvårdsdelirium</i>	12
Upplevda svårigheter i användandet av bedömningsinstrumentet CAM-ICU	12
Faktorer som upplevs försvåra arbetet med att identifiera intensivvårdsdelirium	13
<i>Intensivvårdssjuksköterskans förebyggande arbete mot intensivvårdsdelirium</i>	13
DISKUSSION	14
<i>Resultatsammanfattning</i>	14
<i>Resultatdiskussion</i>	14
Att vårda med hänsyn till patientens värdighet	14

Kunskap om intensivvårdsdelirium	14
Metoder för det identifierande arbetet	15
Utmaningar i det identifierande arbetet	17
Förebyggande arbete	18
<i>Hållbar utveckling</i>	18
<i>Metoddiskussion</i>	19
<i>Kliniska implikationer</i>	20
SLUTSATSER	21
REFERENSER	22
BILAGA 1. Sökmatris	26
BILAGA 2. Artikelmatris	27

INLEDNING

Intensivvårdsavdelningen (IVA) bedriver avancerad sjukvård ur både teknologisk och medicinsk synpunkt. Vården är under ständig utveckling vilket ställer krav på sjuksköterskor som arbetar inom intensivvård då de ständigt står inför nya utmaningar inom arbetet. Inom ramen för en intensivvårdssjuksköterskas (IVA-sjuksköterska) kompetens finns skyldigheter att bland annat kunna bedöma riskerna för och arbeta förebyggande mot intensivvårdsdelirium (IVA-delirium). IVA-delirium är ett vanligt tillstånd inom intensivvården och en stor del av patienterna drabbas. Det är ett allvarligt förvirringstillstånd som inte bara förlänger vårdtiderna och medför ökade kostnader inom sjukvården utan medför även ökad dödlighet och stort lidande. Att ha kunskap kring IVA-delirium och dess riskfaktorer är en förutsättning för att kunna vidta förebyggande åtgärder. IVA-sjuksköterskors förmåga att identifiera IVA-delirium är betydelsefull för att rätt åtgärder och behandling sätts in om patienten skulle drabbas. En ökad medvetenhet om IVA-sjuksköterskans erfarenheter kring att arbeta förebyggande mot IVA-delirium skulle på sikt kunna leda till kompetensutveckling och därmed bättre och mer ändamålsenlig vård.

BAKGRUND

Intensivvårdsavdelning

Svenska intensivvårdsregistret (SIR) beskriver att intensivvård är en vårdnivå där svårt sjuka patienter vårdas med avancerad behandling och noggrann övervakning. På IVA vårdas patienter med allvarlig svikt i exempelvis andning, cirkulation och medvetande. Vården är högspecialiserad med avancerad teknik och utrustning samt specialistutbildad personal. Miljön på IVA är ofta stressig. Det är mycket personal som rör sig, mycket ljud och ljus vilket kan vara påfrestande för patienterna som vårdas där (Svenska intensivvårdsregistret 2020).

Intensivvårdssjuksköterskans arbete

Arbetet som specialistsjuksköterska inom intensivvård innebär att arbeta förebyggande, vårdande och behandlande med patienter som har svikt i ett eller flera organsystem. IVA-sjuksköterskan behöver ha kunskap och erfarenhet kring preventiv, kurativ, akut, palliativ och rehabiliterande vård. Den högteknologiska och avancerade vården på IVA utvecklas ständigt. Det kräver att IVA-sjuksköterskan arbetar evidensbaserat och erhåller utbildning. IVA-sjuksköterskan har fördjupade kunskaper och färdigheter inom omvårdnad, biomedicin, vetenskaplig metod, pedagogik, hälsa och ledarskap. Med ovanstående kunskapsområden har IVA-sjuksköterskan kompetens att arbeta och leda arbetet på ett sätt som främjar säker och god vård. Kärnkompetenserna beskrivs vara: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (Svensk sjuksköterskeförening 2020).

Hälsa

Hälsa kan beskrivas som ett tillstånd präglat av välbefinnande, friskhet och sundhet (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 47-52; Eriksson 2018, s. 183). Tillståndet hälsa behöver inte nödvändigtvis innebära frånvaro av sjukdom (Eriksson 2018, s. 183). Välbefinnande beskrivs som en känsla hos individen som uttrycker upplevelsen av hälsan. Friskhet syftar till det biologiska tillstånd där kroppens funktion är god. Sundhet innebär att leva ett hälsosamt liv. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv beskrivs hälsa som en sammankoppling av den existentiella upplevelsen och den biologiska hälsan. Aspekter som styr upplevelsen av hälsa kan exempelvis vara hur en person upplever sin inre balans och jämvikt i förhållande till sin livssituation. Individen kan vara vid gott mod men ändå uppleva ohälsa. Hälso- och sjukvården strävar efter sitt mål att grunda vården på hälsa. När människans hälsa är hotad eller lidande söker vi sjukvård för att återfå eller behålla god hälsa. Hälsa måste då vara det som hälso- och sjukvården skall ha som mål eller fokus i sitt vårdande med syfte att stödja och stärka människors olika vägar inom deras egna hälso- och vårdprocesser. Vården ska fokusera på att återställa människors hälsa och lindra lidande till den nivå som är möjlig beroende på individen. Det är alltså vårdens främsta uppgift att sträva efter att främja så god hälsa som möjligt. Hälsa kan därmed tolkas som ett brett begrepp samt komplext begrepp som kan ha olika innebörder inom hälso- och sjukvården (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 47-52).

Vårdlidande

Ett vårdlidande är det lidande som uppstår när vården inte är vårdande på ett sätt som stärker patientens hälsa. Lidandet kan uppstå trots att vårdarna har alla ambitioner att ge god vård. Vårdlidandet är många gånger ett resultat av bristande kunskap hos vårdarna eller avsaknad av reflektion i vårdandet och det kräver därför utbildning och handledning. Många gånger upplever vårdarna att de inte får det stöd som krävs för att kunna ge god vård där en pressad arbetssituation och tidsbrist beskrivs som hinder (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 211-219).

Intensivvårdsdelirium

IVA-delirium är ett allvarligt och kritiskt förvirringstillstånd som drabbar patienter som vårdas på IVA. Studier visar att cirka 80 procent av patienterna på IVA drabbas av någon typ av IVA-delirium (Asmar et al. 2021; Hägi-Pedersen et al. 2017; Oxenbøll-Collet, Egerod, Christensen, Jensen & Thomsen 2016). IVA-delirium beskrivs vara svårdiagnostiserat och för en IVA-sjuksköterska som saknar kunskap och rätt utbildning kan IVA-delirium vara svårhanterligt att förebygga och identifiera (Asmar et al. 2021). IVA-delirium delas in i tre olika grupper: hyper- och hypoaktivt eller en blandning av båda.

Hyperaktivt IVA-delirium utgörs av cirka två procent av fallen. Symtomen hos patienterna som drabbats kännetecknas av att patienten ter sig orolig och agiterad. Det är ett tillstånd som beskrivs som lätt att känna igen. Det hypoaktiva tillståndet är mer vanligt och utgörs av cirka 43 procent av fallen. Symtombilden kännetecknas av att patienten ofta är tyst, nedstämd och apatisk. Tecken på hallucinationer förekommer. Det hypoaktiva tillståndet beskrivs vara underdiagnostiserat. Symtomen kan upplevas

svårtolkade och blandas ihop med exempelvis demens, nedstämdhet eller depression (Steinseth, Høye & Hov 2018). Den vanligaste typen av IVA-delirium är den blandade varianten, den utgör cirka 55 procent av andelen av patienterna som drabbas (Hägi-Pedersen et al. 2017).

Konsekvenser av intensivvårdsdelirium

Patienter som vårdas i respirator riskerar i hög utsträckning att drabbas av IVA-delirium. Riskfaktorer är bland annat: ålder, sjukdomshistoria eller pågående sedering och smärtstillande läkemedel. Faktorer som kan utlösa IVA-delirium kan vara smärta, hypoxi, infektion eller sömnrubbling (Steinseth, Høye & Hov 2018). Studier beskriver att IVA-delirium leder till högre dödlighet, längre vårdtider, ökade kostnader för sjukvården, och sämre prognos för patienterna som drabbats (Elliot 2014; Salameh et al. 2021; Steinseth, Høye & Hov 2018). IVA-delirium skapar förvirring hos patienter vilket kan medföra att patienten ofrivilligt drar bort sin endotrachealtub, kateter eller sond. På sikt kan patienten få fysiska besvär som kan påverka det dagliga livet, exempelvis sämre motorik och kognitiva svårigheter. För att förebygga IVA-delirium krävs tid och resurser från vårdgivaren (Bento & Sousa 2020). För att minska förekomsten av IVA-delirium kan åtgärder som ökad mobilisering, justering av dygnsrytm och minska onödigt ljud och ljus runt patienten göra skillnad (Steinseth, Høye & Hov 2018).

Bedömningsstöd

Att bedöma förekomst av IVA-delirium möjliggör identifiering i ett tidigare skede och att adekvata åtgärder kan vidtas. IVA-sjuksköterskor kan uppleva att bedömningsinstrument är svåra att använda och att kunskap kring dessa saknas. Vissa misstror bedömningsinstrumenten eller sin förmåga att använda det. Trots att bedömningsinstrument har visat sig effektivt för att möjliggöra tidig identifiering av IVA-delirium används bedömningsinstrumenten inte systematiskt och att identifiering IVA-delirium beskrivs ha låg prioritet (Steinseth, Høye & Hov 2018).

Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU)

CAM-ICU beskrivs vara ett effektivt bedömningsinstrument för att identifiera IVA-delirium i tidigt skede. CAM-ICU är uppdelat i fyra olika mentala igenkänningstecken: akuta förändringar i mental status, ouppmärksamhet, förändrad medvetandenivå, desorienterat tänkande. Under patientens dagliga väckningsförsök används Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) för att avgöra om patienten är tillräckligt vaken för att göra en tillförlitlig bedömning enligt CAM-ICU (Steinseth, Høye & Hov 2018).

Intensive care delirium screening checklist (ICDSC)

ICDSC är ett bedömningsinstrument för att identifiera IVA-delirium (Marino, Bucher, Beach, Yegneswaran & Cooper 2015). ICDSC består av åtta punkter som är baserade på diagnostiska kriterier för IVA-delirium. Mer specifikt utvärderar de åtta kriterierna patienten utifrån: störningar av medvetande, uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, tänkande, minne, psykomotorisk funktion, emotioner och sömn-vakenhet. Varje

symtom ger ett poäng (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017). Vid fyra eller fler poäng bör delirium misstänkas (Fraser, Cossette, Mailhot, Brisebois & Dubé 2018).

Intensivvårdssjuksköterskans kärnkompetenser och skyldigheter

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) är sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att: lindra lidande, återställa hälsa, främja hälsa, förebygga sjukdom. En av IVA-sjuksköterskans kärnkompetenser är säker vård. För att bedriva säker vård krävs det kunskap kring regelverk och riktlinjer. IVA-sjuksköterskan bör ha förmåga till handlingsberedskap för att förebygga att vårdskador eller andra komplikationer inträffar. IVA är en högriskverksamhet som använder sig av avancerad teknik och potenta läkemedel. IVA-sjuksköterskan bör ges möjlighet att arbeta patientsäkert, ha kunskap kring hur arbetsuppgifter utförs på ett patientsäkert sätt samt vara medveten om eventuella risker. För att öka patientsäkerheten skall IVA-sjuksköterskan delta i utvecklingen av omvårdnadsinterventioner som kan minska risken för komplikationer och vårdskador. IVA-sjuksköterskan ska även kunna genomföra riskbedömningar, utvärdera och åtgärda i det förebyggande arbetet mot vårdskador och komplikationer som exempelvis trycksår, delirium, vårdrelaterade infektioner och critical illness (Svensk sjuksköterskeförening 2020).

Patientsäkerhetslagen (2010:659) är till för att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. Enligt lagen är all hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är hälso- och sjukvårdspersonalen som skall ta ansvar i hur han eller hon utför sina arbetsuppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till en hög patientsäkerhet.

PROBLEMFÖRMULERING

IVA-delirium är ett allvarligt förvirringstillstånd som kan drabba patienter på IVA. Det är ett vanligt tillstånd, enligt studier bedöms det drabba cirka 80 procent av patienterna. Konsekvenserna av tillståndet är allvarliga och leder bland annat till ökad dödlighet, sämre prognos, förlängda vårdtider och därmed ökade kostnader inom sjukvården. Tillståndet är förenligt med olika risker såsom att patienten i konfusion ofrivilligt drar sin sond, endotrakealtub och kateter. Symtombilden för IVA-delirium kan se olika ut beroende på vilken typ patienten har drabbats av. Konfusion, nedstämdhet, hallucinationer och agitation beskrivs vara vanliga symtom. IVA-delirium kräver tid och ökade resurser från vårdens sida.

Enligt lag är vårdpersonal skyldiga att vårda i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och det ligger i IVA-sjuksköterskans kompetens att arbeta förebyggande och vårdande mot IVA-delirium. IVA-sjuksköterskor upplever en avsaknad av kunskap och kompetens. Därför kan det upplevas svårt att vårda patienter med IVA-delirium samt att förebygga tillståndet. Det finns bedömningsinstrument anpassade för att identifiera delirium i tidigt skede som bedöms vara effektiva och trovärdiga. Trots det vittnar IVA-sjuksköterskor om att kunskap saknas i området, att identifiera IVA-delirium har låg prioritet, och att bedömningsinstrument som har syfte att identifiera delirium används fel eller inte alls.

För att kunna stärka kompetensen kring IVA-delirium är det av vikt att beskriva IVA-sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta förebyggande mot IVA-delirium vilket skulle kunna öka förståelsen kring ämnet. En ökad förståelse skulle kunna till exempel tydliggöra erfarenheter och eventuella kunskapsluckor och på så vis möjliggöra ökad kompetens och bättre vård.

SYFTE

Syftet är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att arbeta förebyggande mot IVA- delirium.

METOD

Ansats

För att svara an på syftet valdes systematisk integrativ litteraturöversikt enligt Whittemore och Knafl (2005). Enligt Sandelowski (2008) kännetecknas en systematisk litteraturöversikt av att den utgår utifrån ett tydligt protokoll som sedan är möjligt att eftergranska. Enligt protokollet ska det finnas ett tydligt och avgränsat problemområde. Vidare ska det beskrivas vilket sorts material som används och hur det inhämtas. Det ska framgå vilken teknik som används för att analysera och syntetisera materialet. Whittemore och Knafl (2005) beskriver att en integrativ litteraturöversikt sammanfattar litteratur och tidigare empirisk forskning för att skapa en mer omfattande förståelse kring ett fenomen, exempelvis ett hälsoproblem. En integrativ litteraturöversikt inkluderar både kvantitativ och kvalitativ forskning.

Urval

Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 87) ska en systematisk litteraturöversikt av hög kvalitet med transparens och noggrannhet presentera inklusions- och exklusionskriterier. Dessa ska formuleras för att sökningen ska riktas in på artiklar som är relevanta för syftet och att irrelevanta artiklar exkluderas. Kriterierna bör utformas med forskningsfrågan i åtanke där patient, intervention, comparative intervention och outcome (PICO) eller patient, exposure och outcome (PEO) modellen är till hjälp. Studien baseras på tidigare forskning i form av publicerade vetenskapliga artiklar. Nedanstående inklusions- och exklusionskriterier valdes. Som stöd för utformning av inklusions- och exklusionskriterier samt för att specificera sökområdet ytterligare användes PEO-modellen.

Inklusionskriterierna innefattar:

- Artiklar som är publicerade år 2012-2022.
- Artiklar skrivna på engelska.
- Att artiklarna har genomgått peer reviewed.
- Att fulltext finns tillgänglig.
- Artiklar som handlar om delirium utifrån ett intensivvårdskontext.

- Att studiepopulationen ska utgöras av IVA-sjuksköterskor eller delvis IVA-sjuksköterskor.

Exklusionskriterier innefattar:

- Artiklar som är skrivna ur ett pediatrikt perspektiv.
- Artiklar som innefattar medicinska behandlingar.
- Litteraturöversikter.

Datainsamling

Systematiska sökningar genomfördes i Cumulative Index of Nursing and Allied Health (Cinahl) och Medline för att få tillgång till vetenskapliga artiklar. (Forsberg & Wengström 2008, ss. 81-82). Cinahl benämner sina ämnesord som Subject heading (SH). Medline benämner sina ämnesord som Medical subject heading (MeSH-termer) (Forsberg & Wengström 2008, s. 87). Till en början genomfördes en bred sökning med fria sökord för att få en övergripande bild över relevant material. Därefter jämfördes sökorden med motsvarande Subject headings i Cinahl och MeSH-termer i Medline. På det sättet kunde korrekta ämnesorden identifieras. Sedan användes PEO-modellen med syfte att skapa tre sökblock. Syftet med blocksökning är att den täcker in de frågeställningarna gentemot syftet. Det minskar risken att relevanta artiklar missas. Metoden möjliggör fler exakta artiklar samt avgränsar sökning till det tänkta området (Forsberg & Wengström 2008, ss. 85-86). Se tabell 1 för en översiktlig beskrivning av PEO-strukturen.

I databaserna användes först fria sökord och sedan ämnesord. Samma sökord användes som fritext i både Cinahl och Medline. Booleska operatorer såsom AND och OR användes. AND användes mellan de olika blocken för att smalna av sökningen. OR användes mellan de olika blocken för att ge en bredare sökning (Forsberg & Wengström 2008, ss. 85-86). En bibliotekarie på Högskolan i Borås hjälpte till att optimera sökningarna. Efter konsultation lades ett fjärde sökblock till. De två slutgiltiga sökningarna gav sammanlagt 189 artiklar. Samtliga artiklarnas titel och abstrakt lästes igenom. Artiklar som inte svarade an på syftet exkluderades. Efter att ha läst igenom kvarstående artiklar i sin helhet samt tagit bort 12 dubletter återstod 14 artiklar. Tio artiklar var kvantitativa. Två artiklar var kvalitativa och två var av mixad metod. Artiklarna var genomförda i Iran (1), Sydostasien (1), Skottland (1), Kanada (2), Irland (1), Sydkorea (2), USA (2), Tyskland (1), Danmark (1), Palestina (1) och Norge (1).

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt modellen av Caldwell, Henshaw och Taylor (2011) och inkluderas i studien. Caldwell-modellen innebär att varje artikel poängsätts enligt ett frågeformulär på 18 frågor. Varje fråga kan ge mellan noll och två poäng. Noll poäng ger ett NEJ. Ett poäng ger ett DELVIS. Två poäng ger ett JA. Sammanlagda poäng för varje artikel är 36 poäng. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016, ss. 163-164) bör författarna besluta kring en poänggräns för vilka studier som ska inkluderas. De föreslår att gränsen exempelvis kan dras vid 20 poäng då Caldwell-modellen används.

Artiklar mellan 0 och 25 poäng ansågs av författarna vara av låg kvalitet. Artiklar mellan 25 och 30 poäng ansågs vara av medelhög kvalitet. Artiklar mellan 30 och 36

poäng ansågs vara av hög kvalitet. Modellen är anpassad för både kvalitativa och kvantitativa studier

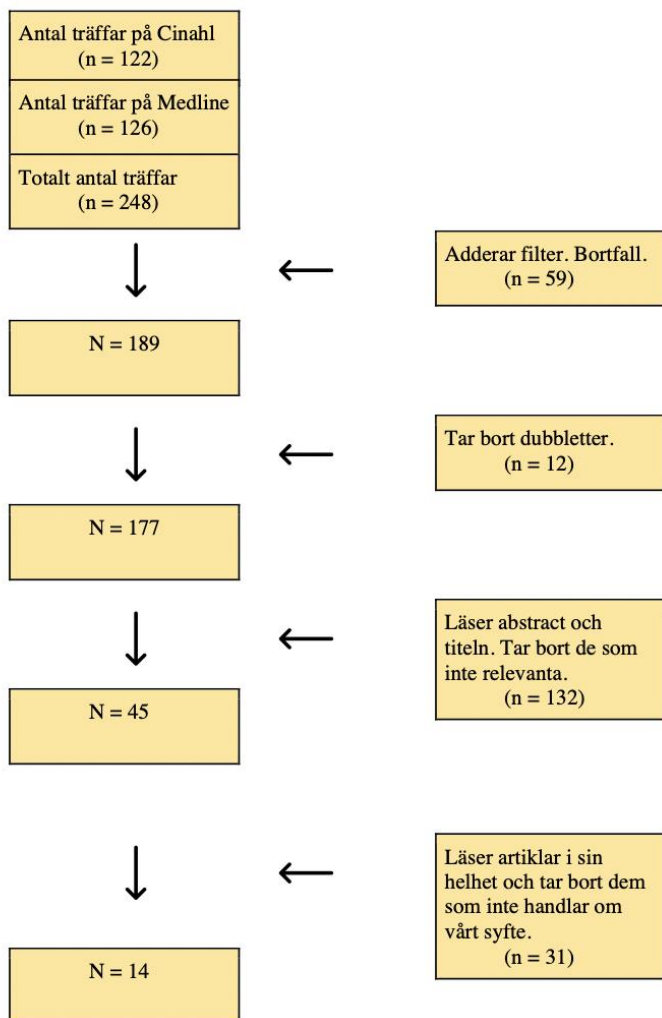
PEO-struktur

Tabell 1. PEO-struktur.

PEO	Beskrivning	Cinahl	Medline
Population	Intensivvårdssjuksköterskan	critical care nurs* OR intensive care nurse*	critical care nurs* OR intensive care nurse* OR Intensive care units (MH) OR critical care nursing (MH)
Exposure	Intensivvårdsdelirium	delirium OR ICU delirium OR intensive care unit delirium OR delirium (SH) OR ICU psychosis (SH)	delirium (MH)
Outcome 1	IVA sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta förebyggande och upptäckande mot IVA- delirium	nurs* experiences OR nurs* perceptions OR nurs* attitudes OR nurs* views OR nurse attitudes (SH) OR nursing knowledge (SH)	health knowledge, attitudes, practice (MH) OR attitude of health personel (MH)
Outcome 2	IVA sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta förebyggande och upptäckande mot IVA- delirium	prevent* OR detect* OR preventive health care (SH)	preventive health services (MH)

Prismadiagram

Figur 1. Prismadiagram.



Dataanalys

Inkluderade artiklar granskades utifrån Whittemore och Knafl (2005) metod. Dataanalys innebär att data från primära källor ordnas, kodas, kategoriseras och sammanfattas till en enhetlig slutsats om ett forskningsproblem. I sin artikel belyser Whittemore och Knafl (2005) att det finns utmaningar och svårigheter med dataanalysprocessen vid integrativa litteraturöversikter då innehåll från flera olika källor ska analyseras. Det är därför av stor vikt att en systematisk analysmetod uttryckligen har valts innan analysprocessen påbörjas. Analysen består av delarna: *datareduktion*, *dataredovisning*, *jämförelse av data*, *datasammanställning* samt *verifiering*. Nedan beskrivs stegen mer ingående.

För att underlätta analysarbetet skrevs de 14 inkluderade artiklarna ut och författarna erhöll varsin kopia av varje artikel. I första steget, *datareduktion* lästes artiklarna

igenom noga på varsitt håll för att få en övergripande bild av innehållet. Delar i artiklarnas resultat som ansågs svara an på syftet markerades med blyertspenna. Övergripande anteckningar om innehållet och artiklarnas egenskaper antecknades på post-it lappar på varje artikel. Sedan diskuterades delarna igenom och det resulterade i att fyra olika kategorier formulerades utifrån innehållet. Varje kategori tilldelades en färgkod. I andra steget, *dataredovisning* färgades det innehållet som tidigare markerats med blyerts i tilldelad färgkod som symboliserar en kategori. Färgkodat innehåll sammanställdes sedan i ett gemensamt dokument under tillhörande kategori. Här började ytterligare mönster mellan de primära källorna att framträda och data började att tolkas. I tredje steget, *jämförelse av data* identifierades mönster och teman under och mellan de olika kategorierna. Liknande innehåll grupperades ihop. *Datasammanställning och verifikation* är det sista steget i dataanalysen där fyra huvudteman skapades med sammanlagt fyra underteman som sammanställts utifrån de mönster, teman och relationer som identifierats under analysprocessen. Innan data slutligen inkluderades i resultatet skedde en *verifikation* där allt material enskilt jämfördes med de primära källorna för att säkerhetsställa att innehåll inte har misstolkats och att allt relevant innehåll har inkluderats under analysprocessen.

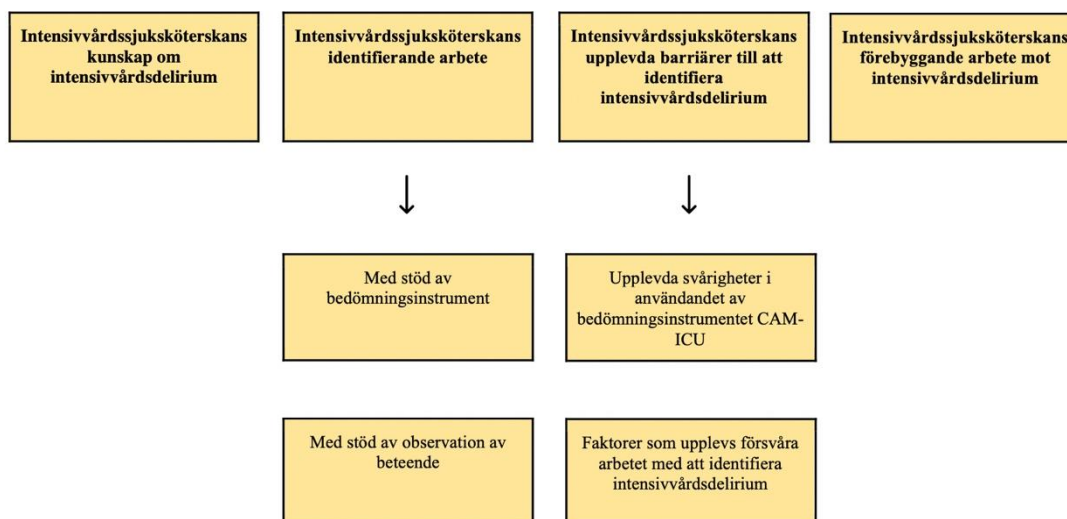
Etiska överväganden

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) är det ett krav att forskning som inkluderar människor skall följa etiska riktlinjer och respektera mänskliga rättigheter. Forskningen ska genomföras på ett sätt som värnar om deltagarnas hälsa, integritet, välmående, värdighet och sekretess. Deltagarnas rätt till självbestämmande ska skyddas. Nyttan med forskningen ska ställas i relation till risker för deltagande. I enlighet med Caldwell, Henshaw och Taylors (2011) mall för granskning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet ingår det att kontrollera att författarna har tagit ställning utifrån etiska överväganden. Studien har utgått ifrån ovanstående granskningsmall och har därmed kontrollerat att varje enskild studie som inkluderats är godkänd utifrån forskningsetisk kommitté.

RESULTAT

Nedan presenteras resultatet i fyra huvudteman med fyra underteman. En översiktlig bild av dessa teman och dess relation till varandra presenteras i figur 2.

Figur 2. Resultatöversikt.



Intensivvårdssjuksköterskans kunskap om intensivvårdsdelirium

Studier visar att flertalet IVA-sjuksköterskor som genomgått utbildning om IVA-delirium på arbetet har ökat sin kunskap om IVA-delirium. I studierna har tester avseende kompetens genomförts före och efter utbildning. IVA-Sjuksköterskorna uttrycker att utbildningen har stärkt deras kompetens (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017; Marino et al. 2015; Speed 2015). Resultaten från två av studierna visar ingen signifikant skillnad beroende på IVA-sjuksköterskornas ålder, arbetslivserfarenhet eller IVA-erfarenhet (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017; Speed 2015). I studien av Hickin, White och Knopp-Sihota (2017) genomfördes ett teoretiskt test avseende IVA-sjuksköterskornas kunskapsnivå 18 månader efter utbildning som då visade något sämre resultat än vid kontroll av kunskapsnivån tre månader efter utbildning. I studien av Christensen (2013) uttrycker 69 procent av deltagarna att de inte fått någon utbildning inom IVA-delirium. I Young (2020) uppger 75 procent av IVA-sjuksköterskorna att de inte har någon utbildning som är relaterad till IVA-delirium. I flera andra studier uppger merparten av deltagarna att de inte har genomgått någon utbildning via arbetet eller läst någon litteratur inom ämnet (Glynn & Corry 2015; Salameh et al. 2021). I studien av Glynn och Corry (2015) beskriver 82 procent av IVA-sjuksköterskorna att de är medvetna om IVA-delirium och hur tillståndet kan påverka patienten. I Fraser et al. (2017) uppger 70 procent av IVA-sjuksköterskorna att de känner sig trygga i sin grundkunskap om IVA-delirium.

Intensivvårdssjuksköterskans identifierande arbete

Det här huvudtemat beskriver användandet av bedömningsinstrument för att identifiera IVA-delirium samt vilka beteenden som IVA-sjuksköterskor ofta observerar.

Med stöd av bedömningsinstrument

Användandet av bedömningsinstrument för IVA-delirium såsom CAM-ICU och i viss mån ICDSC används på flera verksamheter inom intensivvård. Det visar sig dock att de används på varierande sätt och grad på olika avdelningar (Christensen 2013; Elliot 2014; Hickin, White & Knopp-Sihota 2017; Nydahl et al. 2017; Steinseth, Høye & Hov 2018). I verksamheter där bedömningsinstrument har implementerats visar det sig att 52 procent av IVA-sjuksköterskorna dagligen screenar sina patienter (Christensen 2013; Elliot 2014). Vidare visade det sig att IVA-sjuksköterskorna hade olika rutiner i hur ofta dem screenade eller om de ens screenade (Nydahl et al. 2017). I en studie av Elliot (2014) visar det sig att 53 procent av IVA-sjuksköterskorna är bekanta med CAM-ICU medan 16 procent uttrycker att de är bekanta ICDSC. I studien av Biyabanaki, Arab och Dehghan (2020) uttrycker 47 procent av IVA-sjuksköterskorna att de inte är bekanta med CAM-ICU och 24 procent av dem känner inte till ICDSC. I Glynn och Corry (2015) uppger 33 procent av IVA-sjuksköterskorna att de inte känner till CAM-ICU och 40 procent uppger att de inte är bekanta med ICDSC. Även i studien Jung et al. (2012) beskriver IVA-sjuksköterskorna att de inte känner till eller är bekanta med varken CAM-ICU eller ICDSC. En annan studie uppger att 88 procent av IVA-sjuksköterskorna inte använder något bedömningsinstrument alls för att upptäcka IVA-delirium (Salameh et al. 2021). IVA-sjuksköterskor som erhållit utbildning av bedömningsinstrument visade sig använda instrumentet mer frekvent. Till en början upplevde IVA-sjuksköterskorna att det var svårt att använda men blev lättare med tiden. De uttryckte sig efter tid mer positiva av införandet av instrumenten i syfte att upptäcka IVA-delirium (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017; Jung et al. 2012). I studien av Elliot (2014) har IVA-sjuksköterskor från tre olika sjukhus deltagit. Flera av IVA-sjuksköterskorna uppgav att de inte känner sig trygga med att identifiera IVA-delirium utan stöd av bedömningsinstrument. Närmare bestämt, på sjukhus A uttryckte 56 procent ovanstående. På sjukhus B, 66 procent och på sjukhus C, 70 procent.

Med stöd av observation av beteende

I flera studier uppgav IVA-sjuksköterskor att de inte regelbundet använder sig av bedömningsinstrument för att upptäcka IVA-delirium hos patienter (Elliot 2014; Glynn & Corry 2015; Salameh et al. 2021). I Young (2020) uppger 55 procent av IVA-sjuksköterskorna att de inte har någon erfarenhet av att använda bedömningsinstrument. I flera studier uppger IVA-sjuksköterskor att de observerar förekomst av agitation som tecken till IVA-delirium hos patienter (Biyabanaki, Arab, & Dehghan 2020; Elliot 2014; Glynn & Corry 2015). Av de IVA-sjuksköterskor som inte uppger sig använda bedömningsinstrument som stöd för att upptäcka IVA-delirium beskriver 23 procent att de observerar förekomst av hallucinationer, 14 procent observerar tecken till förvirring och 23 procent beskriver att de observerar förekomst av agitation (Elliot 2014). Utöver att observera förekomst av agitation uppger IVA-sjuksköterskor att de utvärderar patientens förmåga att följa uppmaningar (Biyabanaki, Arab, & Dehghan 2020; Glynn & Corry 2015). Att identifiera perioder av fluktuerande medvetande beskrivs också som en observation som 42 procent IVA-sjuksköterskorna tar till hjälp för att upptäcka IVA-delirium. Utöver det erfar 29 procent av IVA-sjuksköterskorna att patienter som har IVA-delirium kan ha svårigheter med att bibehålla uppmärksamheten (Salameh et al. 2021).

Intensivvårdssjuksköterskans upplevda barriärer till att identifiera intensivvårdsdelirium

Det här huvudtemat beskriver upplevda svårigheter med att använda bedömningsinstrumentet CAM-ICU samt andra faktorer som försvårar arbetet med att identifiera IVA-delirium.

Upplevda svårigheter i användandet av bedömningsinstrumentet CAM-ICU

Flera IVA-sjuksköterskor upplever att bedömningsinstrumentet CAM-ICU är svårt att använda (Salameh et al. 2021; Steinseth, Høye & Hov 2018). Steinseth, Høye och Hov (2018) som bland annat undersöker IVA-sjuksköterskors upplevelser av att använda CAM-ICU uttrycker vissa IVA-sjuksköterskor en avsaknad av kunskap om instrumentet. Det leder därmed till minskad motivation till att använda CAM-ICU. De upplever att motivationen skulle kunna främjas med hjälp av någon form av undervisning. I samma studie uppger en del IVA-sjuksköterskor att de ofta glömmer av att genomföra CAM-ICU eftersom de inte upplever det som en del av den dagliga rutinen eller att kollegan innan inte genomfört bedömningen. I studien av Jung et al. (2012) uttrycker IVA-sjuksköterskor begränsningar hos CAM-ICU. De beskriver att det inte är användbart för att förutsäga IVA-delirium i förväg men att de upplever att det är effektivt för att avslöja ett IVA-delirium som redan är pågående. I två studier framkom det att IVA-sjuksköterskor saknar tilltro till CAM-ICU och att de litar mer på sin erfarenhetsbaserade kliniska bedömning (Oxenbøll-Collet et al. 2016; Steinseth, Høye & Hov 2018). En del IVA-sjuksköterskor upplever att resultatet vid vissa tillfällen inte bedöms som pågående IVA-delirium, trots att patienten uppvisar ett beteende som är uppenbart avvikande (Jung et al. 2012). Det finns oro hos en del IVA-sjuksköterskor att patienten ska sättas in på behandling som är förenlig med risker ifall CAM-ICU bedömningens resultat blir felaktigt positivt. IVA-sjuksköterskorna upplever att CAM-ICU bedömningen är utmattande för patienten och att de inte orkar genomgå hela bedömningen, vilket ökar risken för ett felaktigt resultat (Oxenbøll-Collet et al. 2016). I två studier beskrivs demenssjukdom som en svårighet för att kunna genomföra CAM-ICU bedömningen på ett korrekt sätt (Jung et al. 2012; Steinseth, Høye & Hov 2018). I studien av Jung et al. (2012) beskrivs ytterligare faktorer som försvårar bedömningen och då nämns agitation, patienter som vägrar bedömning och patienter som lider av leverkoma eller alkoholberoende.

Två studier beskriver att vissa IVA-sjuksköterskor upplever oro för att frågorna i CAM-ICU bedömningen ska upplevas som kränkande eller sätta patientens värdighet på spel (Oxenbøll-Collet et al. 2016; Steinseth, Høye & Hov 2018). I Steinseth, Høye och Hov (2018) beskriver IVA-sjuksköterskor upplevda svårigheter kring när CAM-ICU ska användas och på vilket sätt frågorna i formuläret ska ställas, särskilt om patienten har ett beteende som kan anses som normalt. I studien av Oxenbøll-Collet et al. (2016) upplever en IVA-sjuksköterska att frågorna ibland orsakar irritation och upprördhet hos patienter. En IVA-sjuksköterska i samma studie uttrycker att CAM-ICU känns mer som ett förhör än en vårdåtgärd. Samma IVA-sjuksköterska anser att arbeta som IVA-sjuksköterska innebär att vara ansvarig för medicinadministrering, ronder, sugning i endotrachealtub och så vidare, för att helt plötsligt sedan bli någon som genomför ett test på patienten då en CAM-ICU bedömning ska genomföras. IVA-sjuksköterskor i

Steinseth, Høye och Hov (2018) belyser vikten av att patienten får information innan genomförandet av bedömningen för att frågorna inte ska upplevas som underliga.

I studier framkommer det att IVA-sjuksköterskor upplever svårigheter i samarbetet med läkarna när det kommer till användandet av CAM-ICU (Jung et al. 2012; Oxenbøll-Collet et al. 2016). I Jung et al. (2012) framkom det att en del läkare inte är medvetna om användandet av CAM-ICU och att IVA-sjuksköterskor då upplever sin bedömning som irrelevant vilket leder till att CAM-ICU bedömningen prioriteras bort jämfört med andra vårdåtgärder. En del IVA-sjuksköterskor i studien av Oxenbøll-Collet et al. (2016) upplever att de ibland har känt sig förlöjligade när de har rapporterat resultatet av en CAM-ICU bedömning till läkarna. En del upplever att läkarna oavsett kommer att genomföra sin egen bedömning huruvida patienten har ett pågående IVA-delirium eller inte. Det leder till att vissa prioriterar bort bedömningen och genomför den endast på ordination.

Faktorer som upplevs försvåra arbetet med att identifiera intensivvårdsdelirium

I en studie av Glynn och Corry (2015) beskriver 82 procent av IVA-sjuksköterskorna det som utmanande att bedöma om patienten har ett pågående IVA-delirium eller inte. I samma studie uppger 59 procent av IVA-sjuksköterskorna att det är en utmaning att bedöma intuberade patienter. 36 procent av IVA-sjuksköterskorna uppger att sederade patienter är svåra att bedöma. I flera andra studier uppger IVA-sjuksköterskor att de upplever att intubation och sedering är faktorer som försvårar bedömningen av IVA-delirium (Biyabanaki, Arab, & Dehghan 2020; Salameh et al. 2021). I studien av Glynn och Corry (2015) uppger 52 procent av deltagande IVA-sjuksköterskor att de upplever att patienter är för tungt sederade. I samma studie uttrycker IVA-sjuksköterskor vikten av att rutiner skapas i det upptäckande arbetet mot IVA-delirium och att de upplever att det saknas rutiner på deras arbetsplats. Andra faktorer som nämns i flera studier och upplevs försvåra arbetet i att upptäcka IVA-delirium är tidsbrist i arbetet, kommunikationsproblematik mellan de olika yrkesgrupperna och kunskapsbrist (Biyabanaki, Arab, & Dehghan 2020; Nydahl et al. 2017; Salameh et al. 2021).

Intensivvårdssjuksköterskans förebyggande arbete mot intensivvårdsdelirium

I Glynn och Corry (2015) uttrycker 43 procent av IVA-sjuksköterskorna vikten av att arbeta förebyggande mot IVA-delirium. I samma studie uppger 35 procent att de är osäkra på om IVA-delirium går att förebygga medan 22 procent av IVA-sjuksköterskorna inte tror att det går att förebygga. Att främja en god dygnsrytm för patienter som ligger på IVA beskrivs som en förebyggande åtgärd i arbetet mot IVA-delirium. Anhörigas närvaro beskrivs också vara värdefullt i sammanhanget (Jung et al. 2012; Nydahl et al. 2017). För att främja dygnsrytmen ska ljuset vara släckt inne hos patienten under natten. Ytterligare åtgärder som IVA-sjuksköterskor beskriver vara förebyggande mot IVA-delirium är att ställa frekventa frågor om tid och datum för att hjälpa patienten att orientera sig, exempelvis kan en kalender och en klocka användas som stöd. IVA-sjuksköterskor bör ge patienten känslomässigt stöd och lyssna till patienten, att vara närvarande hos patienten beskrivs som en del i det förebyggande

arbetet mot IVA-delirium. För att patienten ska få stimulans kan TV eller radio vara påslagen vilket beskrivs som en förebyggande åtgärd (Jung et al. 2012). I studien av Nydahl et al. (2017) beskriver 70 procent av IVA-sjuksköterskorna att tidig mobilisering är en förebyggande åtgärd mot IVA-delirium. Ytterligare åtgärder som nämns som förebyggande är att det finns en strategi för smärtlindring samt försöka minska störande ljud runt patienten med hjälp av exempelvis öronproppar. I en studie av Steinseth, Høye och Hov (2018) beskrivs vikten av att tidigt sätta in åtgärder om ett misstänkt IVA-delirium identifierats, vid hypoaktivt delirium beskriver IVA-sjuksköterskorna att de försöker stimulera patienten med sådant som han eller hon upplever som roligt och att anhöriga med fördel kan involveras. Vid hyperaktivt delirium är det av vikt att främja en god dygnsrytm, minska förekomst av störande ljud runt patienten och ta bort utrustning som inte behövs.

DISKUSSION

Resultatsammanfattning

Resultatet visade att flera IVA-sjuksköterskor upplever en avsaknad av kunskap kring IVA-delirium samt det förebyggande arbetet. I resultatet framkom det att IVA-sjuksköterskor arbetar olika i det identifierande arbetet, där CAM-ICU nämns i flera studier som ett bedömningsinstrument som ofta används. Flera studier belyser svårigheterna med att använda sig av CAM-ICU. Slutligen beskriver resultatet förebyggande åtgärder som IVA-sjuksköterskor upplever som värdefulla.

Resultatdiskussion

Att vårda med hänsyn till patientens värdighet

I två studier uttrycker IVA-sjuksköterskor en upplevd oro för att CAM-ICU bedömningen kan upplevas som kränkande eller sätta patientens värdighet på spel. Det är främst frågorna i CAM-ICU bedömningen som IVA-sjuksköterskor upplever oro kring (Oxenbøll-Collet et al. 2016; Steinseth, Høye & Hov 2018). Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 211) skapas vårdlidande när vården inte är vårdande. Ett vårdlidande kan uppstå trots att vårdaren har alla ambitioner att ge god vård. Vidare beskriver Wiklund (2003, ss. 104-107) att vårdlidandet kan leda till en upplevelse av kränkning och brist på kontroll. Vårdlidandet utgör ett hot mot patientens värdighet. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2012) är sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor att: lindra lidande, återställa hälsa, främja hälsa, förebygga sjukdom. Med ovanstående som stöd är det av stor vikt att sjuksköterskor är medvetna om att olika vårdåtgärder kan orsaka vårdlidande hos patienten. Det kan därmed utgöra ett hot mot patientens värdighet och en risk för att patienten upplever sig kränkt. Sjuksköterskor är ansvariga för att lindra lidande hos patienten.

Kunskap om intensivvårdsdelirium

I delar av resultatet framkommer det att flera IVA-sjuksköterskor genom utbildning har ökat sin kunskap om IVA-delirium. De har genomgått utbildning som stärkt deras

kunskap i det upptäckande och förebyggande arbetet mot IVA-delirium (Hickin, White & Knopp-Sihota 2017; Marino et al. 2015; Speed 2015). Glynn och Corry (2015) nämner att IVA-sjuksköterskor upplever att de saknar viss kompetens för att upptäcka IVA-delirium samt hur de påverkar patienten. I en studie av Gesin et al. (2012) stärks detta då det visar det sig att kunskapen om IVA-delirium har ökat efter genomgången utbildning. IVA-sjuksköterskorna bedömdes innan utbildning genom kunskapstest. Efter utbildningen genomfördes samma test igen med tydligt förbättrat resultat. IVA-sjuksköterskorna kunde därefter lättare identifiera och bedöma IVA-delirium. De fick dessutom ökad kunskap i att använda bedömningsinstrument och på så vis förbättrade det IVA-sjuksköterskans förmåga att utvärdera patienter på ett korrekt sätt.

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2020) ingår det i IVA-sjuksköterskans roll att kunna bedriva en säker vård för patienten. En IVA-sjuksköterska skall kunna förhålla sig och rätta sig efter regler och riktlinjer, samt vara handlingsberedd för att kunna undvika skador och andra komplikationer för patienten. Svensk sjuksköterskeförening (2020) nämner delirium som en potentiell komplikation som kan leda till vårdskada. Något som ytterligare påtalar vikten av kunskap och utbildningsinsatser är Asmar et al. (2021) som skriver i sin studie att det kan vara svårt som IVA-sjuksköterska att se och upptäcka IVA-delirium vid avsaknad av rätt kunskap. Sammantaget pekar detta enligt författarna på att det är svårt att diagnostisera IVA-delirium då symtomen är flera och kan komma smygande. Med hjälp av utbildning om IVA-delirium skulle IVA-sjuksköterskan eventuellt lättare kunna upptäcka och förebygga IVA-delirium och därmed minska risken för allvarliga komplikationer. För att uppnå detta som IVA-sjuksköterska krävs rätt kompetens och regelbunden uppdatering inom professionen.

I resultatet framkommer det i två studier av Hickin, White och Knopp-Sihota (2017) och Speed (2015) att IVA-sjuksköterskornas ålder och erfarenhet inte påverkar kunskapsnivån. I studierna undersökte och testades IVA-sjuksköterskornas kunskap om IVA-delirium. Alla med olika erfarenheter från tidigare. Resultatet visade ingen direkt skillnad mellan IVA-sjuksköterskorna utifrån deras tidigare arbetslivserfarenheter och ålder. Det kan tolkas som att IVA-delirium är svårt att se och upptäcka då det inte skiljer sig nämnvärt mellan erfarna och oerfarna IVA-sjuksköterskors kunskaper. Den skillnaden kanske skulle kunna varit större om det tidigare givits utbildningar om delirium.

Glynn och Corry (2015) beskriver i sin studie att det är viktigt att skapa rutiner och riktlinjer utifrån senaste forskning för att kunna minska antalet IVA-delirium. Dock nämner en mindre del IVA-sjuksköterskorna att det inte finns några tydliga riktlinjer på respektive avdelning i det upptäckande arbetet av IVA-delirium. Vidare skriver tre studier att IVA-sjuksköterskor upplever att de saknar kunskap (Christensen 2013; Glynn & Corry 2015; Salameh et al. 2021). Detta kan återigen belysa vikten av adekvat utbildning i syfte att upptäcka och förebygga IVA-delirium.

Metoder för det identifierande arbetet

I resultatet framkommer det att IVA-sjuksköterskor har olika metoder i hur de arbetar upptäckande mot IVA-delirium. I flera studier beskriver majoriteten eller mer att de använder sig av bedömningsinstrument för att upptäcka IVA-delirium hos sina patienter

(Christensen 2013; Elliot 2014; Nydahl et al. 2017). I en studie av Özsaban och Acaroglu (2015) uppger majoriteten av IVA-sjuksköterskorna att utöver sin egen bedömning av IVA-delirium efterfrågar de också att en psykiatrisk konsult gör en bedömning innan diagnosen ställs.

Ett intressant resultat är att användandet av bedömningsinstrument ser olika ut hos IVA-sjuksköterskorna, även i samma studier. I studien av Elliot (2014) uppger en del IVA-sjuksköterskor att de inte använder sig av något bedömningsinstrument samtidigt som majoriteten uppger att dom dagligen screenar sina patienter. Resultatet visade att i flera studier fanns det IVA-sjuksköterskor som inte använde bedömningsinstrument som stöd för att upptäcka IVA-delirium (Biyabanaki, Arab & Dehghan 2020; Glynn & Corry 2015; Jung et al. 2012; Salameh et al. 2021). Resultatet kan styrkas av Özsaban och Acaroglu (2015) där endast en liten del av IVA-sjuksköterskorna använde sig av bedömningsinstrument som stöd för att identifiera IVA-delirium. De IVA-sjuksköterskor som inte använde sig av bedömningsinstrument beskrev att de istället observerade olika beteenden hos patienter för att upptäcka IVA-delirium. I studien av Elliot (2014) beskriver vissa IVA-sjuksköterskor att de observerar förekomst av hallucinationer och tecken till förvirring. I andra studier beskriver IVA-sjuksköterskor att förekomst av agitation kan ses som tecken till IVA-delirium (Biyabanaki, Arab, & Dehghan 2020; Elliot 2014; Glynn & Corry 2015). Även fluktuerande medvetande och svårigheter att bibehålla uppmärksamhet beskrivs som tecken på IVA-delirium (Salameh et al. 2021). I Özsaban och Acaroglu (2015) upplever majoriteten av IVA-sjuksköterskorna förekomst av förändring i psykomotorisk aktivitet och desorientering till tid, rum och person som vanligt förekommande symtom vid IVA-delirium. IVA-sjuksköterskorna i samma studie uttrycker dock att de inte lägger så stor vikt vid symtom såsom emotionella fluktuationer, koncentrationssvårigheter, försämringar i lång-och korttidsminne och störd sömncykel. Flera av ovanstående beteenden som IVA-sjuksköterskor uppger att de observerar är delar i olika bedömningsinstrument. Exempelvis i studien av Steinseth, Høye och Hov (2018) beskrivs förändringar i mental status, uppmärksamhet, förändrad medvetandenivå och desorienterat tänkande som beteenden som ger poäng i bedömningsinstrumentet CAM-ICU. Hickin, White och Knopp-Sihota (2017) skriver om ICDSC och beskriver att i enlighet med bedömningsinstrumentet ICDSC ger beteenden som störningar i medvetande, uppmärksamhet och emotioner poäng för IVA-delirium.

Det kan ses som både positivt och negativt att IVA-sjuksköterskor i ovanstående studier observerar samma typ av beteende som ingår i bedömningsinstrumenten. Ur positiv synpunkt kan det ses som en bekräftelse på att även om IVA-sjuksköterskorna inte använder sig av bedömningsinstrument så observerar flertalet av IVA-sjuksköterskorna relevanta beteenden och symtom för IVA-delirium. Samtidigt väcks frågan om varför IVA-sjuksköterskor inte använder bedömningsinstrument, eftersom de ändå till viss del observerar samma symtom och beteenden som bedömningsinstrumenten innehåller. Det skulle kunna bidra till en bättre struktur i bedömningen och bättre följsamhet i arbetslaget. I resultatet nämns flera olika anledningar till att bedömningsinstrument inte används, där Steinseth, Høye och Hov (2018) bland annat skriver att vissa IVA-sjuksköterskor upplever brist på motivation till att genomföra bedömningen om kollegorna innan inte har genomfört den. Detta finner författarna till denna studie som mycket anmärkningsvärt. Ett sådant resonemang utgår inte från patientens bästa och hör således inte hemma inom intensivvården. I en studie av Scott, McIlveney och Mallice

(2012) uppger IVA-sjuksköterskor att de upplever att införandet av CAM-ICU har förbättrat deras organisation och bedömningarna av IVA-delirium.

Utmaningar i det identifierande arbetet

I resultatet framkommer det flera olika faktorer som IVA-sjuksköterskor upplever som svårigheter i det upptäckande arbetet. Faktorer som nämns av IVA-sjuksköterskor i flera olika studier är bland annat intubation och sedering (Biyabanaki, Arab, & Dehghan 2020; Glynn & Corry 2015; Salameh et al. 2021). En studie av Scott, McIlveney och Mallice (2012) styrker detta då IVA-sjuksköterskor i deras studie beskriver att de upplever intubation och sedation som barriärer som försvårar bedömningen av IVA-delirium. Även i Özsaban och Acaroglu (2015) uppger flera IVA-sjuksköterskor att de upplever att sedering utgör ett hinder för bedömning av IVA-delirium. I resultatet framkommer det att IVA-sjuksköterskor är oroliga för att CAM-ICU bedömningen ska resultera i ett falskt positivt resultat eftersom patienterna ofta är utmattade och inte orkar genomgå hela bedömningen (Oxenbøll-Collet et al. 2016). En studie av Haenggi et al. (2013) har undersökt hur patientens sederingsnivå påverkar resultatet av bedömningen av IVA-delirium där CAM-ICU eller ICDSC har använts som stöd. Resultatet i studien tyder på att sederingen i sig kan resultera i ett positivt CAM-ICU eller ICDSC resultat. Vilket leder till att patienten då får diagnosen IVA-delirium. Författarna i studien belyser att de flesta patienterna kommer att få poäng för fluktuerande medvetandenivå och ouppmärksamhet enligt CAM-ICU och ICDSC. Detta trots att acceptabel medvetandenivå har uppnåtts, vilket författarna beskriver är RASS -3 eller högre eller att patienten reagerar på milda stimuli enligt de olika bedömningsinstrumentens riktlinjer. Författarna menar på att det kan vara sederingen i sig som då bidrar till att patienten samlar på sig poäng enligt bedömningsskalan eftersom patienten påverkas av sederingen även vid sederingsstopp eller minskad sedering. Studien belyser att patientens sederingsnivå påverkar medvetandenivån och kan därmed påverka resultatet av CAM-ICU och ICDSC eftersom det är svårt att veta om det är sederingen eller ett eventuellt IVA-delirium som påverkar patientens medvetandenivå.

I resultatet framkommer det att IVA-sjuksköterskor i olika studier upplever svårigheter i samarbetet med läkarna när det kommer till användning av CAM-ICU (Jung et al. 2012; Oxenbøll-Collet et al. 2016). En del IVA-sjuksköterskor i studien av Oxenbøll-Collet et al. (2016) upplever att de ibland har känt sig förlöjligade när de har rapporterat resultatet av en CAM-ICU bedömning till läkarna. Berlin (2019, ss. 139-142) skriver att teamarbete är en viktig potential för att tillgodose patientens varierande behov. I teamarbetet bör varje profession ta hänsyn till andra professioners arbetsområden, kompetens och arbetssätt. Det kan vara en utmaning när olika professioner har olika uppfattning om hur en uppgift ska utföras. Vidare skriver Berlin (2019, ss. 139-142) att teamarbetet skall präglas av en tillåtande attityd där medarbetarna vågar hämta inspiration som på sikt kan leda till kunskapsutveckling. Utgångspunkten i teamarbetet bör därför vara att olika professioner så som sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter ska kunna både ge och ta emot hjälp ifrån varandra. För ett långsiktigt förtroende inom teamet krävs tillit mellan medarbetarna. Resultatet beskriver hur IVA-sjuksköterskor upplever svårigheter i samarbetet med läkarna och vid vissa tillfällen har de känt sig förlöjligade. IVA-sjuksköterskornas och läkarnas samarbete i detta fall skulle kunna benämnas som teamarbete. Med Berlins ovanstående påståenden om teamarbete i

åtanke blir det tydligt att om olika professioner har en förlöjligande attityd mot varandra brister teamarbetet istället för att ha potential att tillgodose patientens behov.

Förebyggande arbete

I resultatet framkommer det att IVA-sjuksköterskorna är medvetna om vad IVA-delirium är men som tidigare nämnt upplever vissa att de saknar kunskap. Vissa IVA-sjuksköterskor upplever att deras arbetsplats behöver arbeta mer aktivt för att förebygga IVA-delirium (Glynn & Corry 2015). En åtgärd för att förebygga IVA-delirium är enligt studien av Jung et al. (2012) att främja patientens dygnsrytm till det normala. De beskriver behovet av att dagsljuset följer med över dygnet för att främja dygnsrytm. Under natten skall det då vara nedsläckt. Detta är dock något som studien av Estrup, Kjer, Poulsen, Gøgenur och Mathiesen (2018) motsäger sig till. Deras studie visar att ljuset inte spelar någon direkt roll för patientens dygnsrytm och utvecklandet av IVA-delirium. I detta fall har de använt sig av speciella lampor som skall ge dygnsrytmlyskvalitet vilket ska eftersträva det naturliga ljusets intensitet och färgtemperatur. Det visade sig att utvecklandet av IVA-delirium inte skiljde sig mellan patienter som låg i vanligt ljus och de som vårdades i dygnsrytmlyskvalitet. Däremot visade sig deras studie att risken för att utveckla IVA-delirium är störst för de med tidigare sjukdomar och ålder. Vilket är något som styrks av Steinseth, Høye och Hov (2018) studie.

I resultatet framkommer det att mobilisering är en del i att förebygga IVA-delirium (Nydahl et al. 2017). Studien av Barr et al. (2013) rekommenderar att påbörja mobilisering i tidigt skede. Det i syfte att minska förekomst och varaktighet av IVA-delirium. Studien visade dessutom att tidig mobilisering kan leda till minskat sederingsbehov vilket kan leda till färre dagar i ventilator. Mobiliseringen beskrivs inte vara till någon skada för patienten.

I resultatet framkommer det att en störd dygnsrytm kan leda till ökad risk för utveckling av IVA-delirium (Jung et al. 2012; Nydahl et al. 2017). Steinseth, Høye och Hov (2018) nämner sömnstörning som en riskfaktor till IVA-delirium. Stuck, Clark och Connelly (2011) styrker det med att beskriva att en störd sömn tenderar att framkalla sömnbrist vilket kan leda till IVA-delirium. De beskriver vidare att sömnbrist kan leda till ångest, oro och depression. Därav kan det vara av betydelse att upprätthålla god sömn för att få en bra dygnsrytm. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 71-76) beskriver att en god grundrytm över dygnet ger en balans som baseras på stillhet och rörelse. Denna typ av rytm skapas efter människans och i detta fall patienten egna behov utifrån dygns och aktivitetsrum. Det skriver att varje individ har en egen rytm och alla har olika behov av sömn för att deras hälsa skall kunna vara på en bra nivå. I resultatet framkommer det att en orienterad miljö med exempelvis klocka och kalender kan verka förebyggande mot IVA-delirium. I studien av Martinez et al. (2012) kommer de fram till att IVA-delirium uppkommer i lägre grad efter att de hängt upp klocka och kalender på patientens rum.

Hållbar utveckling

Intensivvården en av de mest resurskrävande miljöerna inom sjukvården. På enheterna finns apparatur och utrustning som kräver mycket energi. Det förbrukas även mängder med material vilka ofta är till för engångsbruk. Dessutom används flertalet toxiska

läkemedel. Detta kan skada miljön, samt ge en negativ påverkan på patienters, personal och anhörigas hälsa (Huffling & Schenk 2014). IVA-delirium är ett allvarligt tillstånd som drabbar runt 80 procent av patienterna på IVA. Konsekvenserna kan vara ödesdigra såsom ökad dödlighet, längre vårdtider, högre kostnader för sjukvården, och sämre prognos för patienterna som drabbas. Detta kan komma att kräva ytterligare resurser från sjukvården vilket kostar mer pengar och ökar energimängden (Asmar et al. 2021; Elliot 2014; Huffling & Schenck 2014; Hägi-Pedersen et al. 2017; Oxenbøll-Collet, Egerod, Christiansen, Jensen & Thomsen 2016; Salameh et al. 2021; Steinseth, Høye & Hov 2018). Enligt FN:s globala mål för hållbar utveckling finns hälsa och välbefinnande samt hållbar konsumtion och produktion med som viktiga punkter. För att främja en hållbar konsumtion och produktion beskriver de vikten av att minska den negativa påverkan som klimat och miljö samt människors hälsa utsätts för (Regeringskansliet 2020). Genom studien identifierades att det behövs mer kunskap kring det förebyggande arbetet om IVA-delirium. En minskning av antalet IVA-delirium skulle kunna leda till färre vård dygn, minskade kostnader för sjukvården samt minskat lidande för patienten. SIRS (2018) beskriver i sin rapport att ett dygn på IVA kostar mellan 50 000 kr och 80 000 kr. Genom ökad kunskap om IVA-delirium skulle extra vård dygn kanske kunnat undvikas. Kostnaden skulle kunna läggas på andra välbehövliga instanser inom sjukvården. Både patient och personal blir utsatta för risker. Skulle antalet IVA-delirium minska skulle det ge färre vård dygn vilket skulle kunna leda till minskad förbrukning av material samt minskad användning av toxiska läkemedel.

Metoddiskussion

Syftet var att undersöka IVA-sjuksköterskans erfarenheter av att förebygga IVA-delirium. Från första början fanns ett intresse av att rikta oss in på IVA-sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med IVA-delirium. Efter en litteraturgenomgång och sökningar i databaser upptäcktes att området då blir mycket stort att hantera. Därför valdes att smalna ner syftet till inriktning på förebyggande vård, vilket är relevant utifrån IVA-sjuksköterskans kompetenser. Integrativ litteraturoversikt enligt Whittemore och Knafl (2005) valdes som metod, där forskning av både kvantitativ och kvalitativ karaktär inkluderas och för att skapa en mer omfattande förståelse kring ett problemområde som sedan sammanfattas. Whittemore (2005) beskriver att det är en stor fördel att kombinera forskning med olika design, både teoretisk och empirisk via att använda sig av integrativ litteraturoversikt som metod. Vidare beskrivs att det leder till en omfattande djup och bred förståelse. Whittemore (2005) belyser dock svårigheterna med analysarbetet när olika forskningsdesigner används men att det leder till en variation. Därför har ovanstående metod valts med ambitionen att skapa en så bred och djup förståelse som möjligt över det valda problemområdet.

Whittemore och Knafl (2005) belyser vikten av en noggrann sökstrategi i en adekvat databas för att nå ett opartiskt resultat. Med hjälp av en bibliotekarie från Högskolan i Borås optimerades sökstrategin. Databaserna Cinahl och Medline användes. Det skulle kunnas ses som en svaghet att endast två databaser användes. Enligt Forsberg och Wengström (2008, ss. 81-82) betraktas dock Cinahl och Medline som två etablerade databaser inom områdena medicin och omvårdnad. Vilket var aktuellt med tanke på

syfte och problemformulering. Sökningarna i databaserna resulterade i ett stort utfall av artiklar. Artiklar som inte berörde problemområdet exkluderades, exempelvis studier som berörde områden inom pediatrik eller enbart medicin. Urvalet av artiklar begränsades till artiklar som är publicerade 2012 eller senare, vilket inte sågs som en svaghet eftersom flera av de nyaste artiklarna refererar till äldre studier. Likheter i resultatet i de nya och äldre studierna kunde dessutom identifieras. En utmaning var att en del artiklar inte gick att få tag på i fulltext på Högskolan i Borås, vilket kan ha medfört att relevant material missats. Flera dubletter i de olika databaserna hittades, vilket kan bekräfta att sökningen var relevant. Slutgiltiga urvalet hamnade på 14 artiklar vilket kan ses som ett relativt begränsat antal studier, studien är dock inom ramen för 15 poäng magisterexamen och syftet kunde besvaras med 14 artiklar så därför kan urvalet betraktas som adekvat. Enligt Polit och Beck (2017, s.161) behöver författarna styrka reliabiliteten i sin studie genom att kontrollera att det finns en tydlig och transparent metod i de inkluderade artiklarna. Samtliga artiklar kvalitetsgranskas enligt Caldwell, Henshaw och Taylor (2011) och därmed togs hänsyn till samtliga artiklars metod och därmed stärks reliabiliteten. De inkluderade artiklarna var studier som genomförts på flera olika håll ut geografisk synpunkt, vilket är av vikt att ha i åtanke då intensivvården kan se olika ut i världen. Då fenomenet som studerades i arbetet är det centrala inkluderades dessa artiklar. Arbetet har inte heller tagit hänsyn till om bedömningsinstrumenten beskrivna i arbetet har varit i originalform eller översatta och således inte heller hur detta skulle kunna tänka sig att påverka upplevelsen eller användbarheten. Ambitionen var att inkludera både kvantitativa och kvalitativa studier. Majoriteten av artiklarna i urvalet var kvantitativa. De kvantitativa studierna har oftast en större population än de kvalitativa, vilket gör det till en utmaning att jämföra dessa studiers resultat. Liknande resultat fanns i flera av studierna vilket kan ses som en styrka.

Enligt Whitemore och Knafl (2005) finns en risk för att författarnas förförståelse kan påverka de olika stegen i analysprocessen och därmed resultatet. Det är en utmaning att analysera och syntetisera materialet från primärkällorna i en integrativ design. Författarna bör därför ha en aktiv strävan efter objektivitet i analysprocessen. Enligt Polit och Beck (2017, s.161) minskar risken för partiskhet och validiteten ökar om två eller flera författare är involverade i litteraturöversikten. Därför granskades studierna var och en för sig av båda författarna. Meningsbärande delar extraherades, jämfördes och diskuterades sedan. Genom att iakttäta stor försiktighet vid analys och syntetiserande av data undveks att förförståelse påverkade studiens resultat. För att minska risken för feltolkningar användes lexikon vid behov, då samtliga studier var skrivna på engelska. Många studier i urvalet hade resultat som bekräftade varandra, vilket underlättade analysarbetet och ökade trovärdigheten i studiens resultat.

Kliniska implikationer

Studien belyser att det finns en upplevd avsaknad av kunskap kring IVA-delirium. Vidare beskriver studien att de finns flera faktorer som upplevs försvåra arbetet med IVA-delirium och vilka åtgärder som IVA-sjuksköterskor utövar i det förebyggande arbetet. Genom att beskriva IVA-sjuksköterskans erfarenheter ökas medvetenheten kring ämnet vilket har potential att ge förslag på utvecklingsområden. Som förslag till framtida forskning är att ytterligare förtydliga behovet av utbildning gällande IVA-

sjuusköterskans arbete med IVA-delirium då det är ett allvarligt och vanligt förekommande tillstånd som orsakar allvarliga konsekvenser både för patient och sjukvård.

SLUTSATSER

- IVA-delirium är ett vanligt förekommande problem på IVA.
- Det finns en avsaknad av kunskap kring IVA-delirium hos IVA-sjuusköterskor. Behovet av utbildning föreligger kring IVA-delirium generellt samt i det förebyggande arbetet. Studier har visat att utbildning i området leder till ökad kunskap.
- Det identifierande arbetet av IVA-delirium ser olika ut. Bedömningsinstrument används ofta som stöd.
- Arbetet med IVA-delirium är utmanande och det finns flera faktorer som IVA-sjuusköterskor upplever försvårar arbetet.

REFERENSER

- Asmar, I.T., Yaseen, K.S., Jaghama, M.K, Khawaja, Y.F., Alwredat, A.A. & Sadaqa, M.H. (2021). Awareness of Delirium by ICU Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 44(2), ss. 263-267. doi:10.1097/CNQ.0000000000000359
- Barr, J., et al. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care unit. *Critical Care medicine*, 41(1), ss. 263-306.
- Bento, A.F.G., & Sousa, P.P. (2020). Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *British Journal of Nursing*, 30(9), ss. 534-538. doi: 10.166.079
- Berlin, J. (2019). Teamarbete. I Leksell, J. & Lepp, M. (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. London: McGraw-Hill Education/Open University Press
- Biyabanaki, F., Arab, M. & Dehghan, M. (2020). *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 24(10), ss. 955-959. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23502
- Caldwell, K., Henshaw, L. & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31(8), ss. 1-7. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.025.
- Christensen, M. (2013). An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU. An asian perspective. *Intensive and Critical Care nursing*, 30(1), ss.54-60. doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.004.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Elliot, S.R. (2014). ICU delirium: a survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. *Intensive and critical care nursing*, 30(6), ss. 333-338. doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.004
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap- vetenskapen om vårdandet om det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber.
- Estrup, S., Kjer, C. K. W., Poulsen, L. M., Gøgenur, I. & Mathiesen, O. (2018). Delirium and effect of circadian light in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Anaesthesiologica Scandinavica*, 62(3), ss. 367-375. doi: 10.1111/aas.13037
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Fraser, V., Cossette, S., Mailhot, T., Brisebois, A. & Dubé, V. (2018). Evaluation of an Intervention With Nurses for Delirium Detection After Cardiac Surgery. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), ss.38-44. doi: 10.1111/wvn.12266

Gesin, G., Russell, B.B., Lin, A.P., Norton, H.J., Evans, S.L. & Devlin, J.W. (2012). Impact of a Delirium Screening Tool and Multifaceted Education on Nurses' Knowledge of Delirium and Ability to Evaluate It Correctly. *American Journal of Critical Care*, 21(1), ss. 1-11. doi: 10.4037/ajcc2012605

Glynn, L. & Corry, M. (2015). Intensive care nurses' opinions and current practice in relation to delirium in the intensive care setting. *Intensive and critical care nursing*, 31(5), ss. 269-275. doi: 10.1016/j.iccn.2015.05.001

Haenggi, M., Blum, S., Brechbuehl, R., Brunello, A., Jakob, S.M. & Takala, J. (2013). Effect of sedation level on the prevalence of delirium when assessed with CAM-ICU and ICDS-C. *Intensive Care Medicine*, 39(12), ss. 2171-2179. doi: 10.1007/s00134-013-3034-5

Helsingforsdeklarationen (2013). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wmadeclaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-humansubjects/> [2022-03-30]

Huffling, K. & Schenk, E. (2014). *Environmental Sustainability in the Intensive Care Unit. Challenges and Solutions*. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(3) ss. 235-250 .

Hickin, S.L., White, S. & Knopp-Sihota, S. (2017). Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, ss. 43-49. doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.010

Hägi-Pedersen ,D., Højgaard Thybo, K., Hedegaard Holgersen, T., Juel Jensen ,J., Gaudreau, J-D. & Radtke, F.M. (2017). Nu-DESC DK: the Danish version of the nursing delirium screening scale (nu-DESC). *BMC nursing*, 16(1), ss.70-75. doi: 10.1186/s12912-017-0271-x

Jung, J.H., Lim, J.H., Kim, E.J., An, H-C., Kang, M-K., Lee, J., Min, Y-K., Park, E-Z., Song, X-H., Kim, H-R. & Lee, S-M. (2012). The Experience of Delirium Care and Clinical Feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU. *Clinical Nursing Research*, 22 (1), ss. 95-111. doi: 10.1177/1054773812447187

Marino, J., Bucher, D., Beach, M., Yegneswaran,B. & Cooper, B. (2015). Implementation of an intensive care unit delirium protocol. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), ss.273-284. doi: 10.1097/DCC.0000000000000130

Martinez, F.T., Tobar, C., Beddings, C.I., Vallejo, G. & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(5), 629-634. doi: 10.1093/ageing/afs060

Nydahl, P., Dewes, M., Dubb,R., Hermes, C., Kaltwasser, A., Krotsetis, S. & Von Haken, R. (2017). Survey among critical care nurses and physhicans about delirium management. *Nursing in Critical Care*, 23 (1), ss. 23-29. doi: 10.1111/nicc.12299

Oxenbøll-Collet, M., Egerod, I., Christensen, V., Jensen, J. & Thomsen, T. (2016). Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: Focus group study. *Nursing in critical care*, 23(1), ss. 16-22. doi: 10.1111/nicc.12254

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10.uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet (2020) *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling*. [2022-05-02]

<https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>

Salameh, B., Al Razeeni, D.M., Mansor, K., Abdullah, J.M., Ayed, A. & Salem, H. (2021). Delirium in Intensive Care Units: Perceptions of Physicians and Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 44(4), ss. 393-402. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000376

Sandelowski, M. (2008). Reading, writing and systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), ss. 104-110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04813.x

Scott, P., McIlveney, F. & Mallice, M. (2012). Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(2), ss. 96-102. doi: 10.1016/j.iccn.2012.09.001

SOSFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Speed, G. (2015). The Impact of a Delirium Educational Intervention With Intensive Care Unit Nurses. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 29(2), ss. 89-94. doi: 10.1097/NUR.000000000000106

Steinseth, E.B., Høye, S. & Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses – A mixed-methods study. *Intensive and Critical Care Nursing* 47(2), ss. 23–29. doi: 10.1016/j.iccn.2018.04.005

Stuck, A., Clark, M. & Connelly, C. (2011). Preventing intensive care unit delirium. *Dimensions of critical care nursing* 30(6), ss. 315-320. doi: 10.1097/DCC.0b013e31822fa97c.

Svenska intensivvårdsregistret (2018). *Årsrapport- sammanfattning, analys och reflektion*.

https://www.icuregswe.org/globalassets/arsrapporter/analyserande_arsrapport_2018.pdf
[2022-05-02]

Svenska intensivvårdsregistret (2020). *Vad är intensivvård?*
<https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/Intensiv/>
[2022-01-25]

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf> [2022-04-26]

Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom intensivvård.*
<https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-intensivvard> [2022-01-25]

Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Nursing Research: Methods and Implications. *Nursing Research*, 54(1), ss. 56-62. doi: 10.1097/00006199-200501000-00008

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), ss. 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Young, S.R. (2020). The training needs of Korean intensive care unit nurses regarding delirium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62(2021), 102954. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102954.

Özsaban, A. & Acaroglu, R. (2015). Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. *Nursing in critical care*, 21 (5), ss. 271-278. doi:10.1111/nicc.12127

BILAGA 1. Sökmatrix

Cinahl	Sökord	Antal träffar
# 1	critical care nurs* OR intensive care nurse*	100,885
# 2	delirium OR ICU delirium OR intensive care unit delirium OR delirium (SH) OR ICU psychosis (SH)	11,465
# 3	nurs* experiences OR nurs* perceptions OR nurs* attitudes OR nurs* views OR nurse attitudes (SH) OR nursing knowledge (SH)	182,051
# 4	prevent* OR detect* OR preventive health care (SH)	1,120,483
# 5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	122
# 6	Lagt till filter (2012-2022, peer reviewed, artiklar skrivna på engelska)	86

Medline	Sökord	Antal träffar
# 1	critical care nurs* OR intensive care nurse* OR Intensive care units (MH) OR critical care nursing (MH)	141,415
# 2	delirium (MH)	21,114
# 3	health knowledge, attitudes, practice (MH) OR attitude of health personel (MH)	376,767
# 4	preventive health services (MH)	5,273,784
# 5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	126
# 6	Lagt till filter (2012-2022, artiklar skrivna på engelska)	103

BILAGA 2. Artikelmatris

Författare, år, tidskrift, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Biyabanaki, F., Arab, M. & Dehghan, M. (2020). <i>Indian Journal of Critical Care Medicine.</i> Iran	Iranian Nurses Perception and Practices for Delirium Assessment in Intensive Care Units.	Att beskriva IVA: sjuksköterskans upplevelser och praxis gällande bedömning av delirium samt barriärer till bedömningen.	Tvärsnittsstudie. 167 deltagare. Data insamlades via ett frågeformulär som bestod av fyra sektioner: demografisk information, sjuksköterskornas upplevelser, praxis och upplevda barriärer till att bedöma delirium.	45,5% av sjuksköterskorna uppgav att de hade ett behandlingsprotokoll avsett för delirium på sin avdelning. 12,1% av sjuksköterskorna ansåg att vid utvärdering av patientens tillstånd är delirium prioriterat att utvärdera. Att bedöma delirium hos en intuberad patient beskrevs i studien som en barriär.	Hög. 32 poäng.
Christensen, M. (2013). <i>Intensive and Critical Care Nursing.</i> Sydostasien	An exploratory study of delirium in the medical ICU: An Asian perspective.	Att fastställa IVA-sjuksköterskans kunskapsnivå kring delirium på ett akut teriärsjukhus i Sydostasien.	Deltagarantalet var 53 sjuksköterskor. Via en femgradig likert-skala med 40 frågor inhämtades sjuksköterskornas kunskapsnivå kring delirium.	Medelpoängen var rätt på 27 av 40 möjliga frågor. Majoriteten av deltagarna kan identifiera riskfaktorer-negativa konsekvenser och symtom på delirium.	Hög. 33 poäng.

<p>Elliot, S.R. (2014). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>.</p> <p>Skottland</p>	<p>ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit.</p>	<p>Att bedöma sjuksköterskor och sjukhuspersonals kunskap, förståelse och hantering av IVA-delirium. Samt att bedöma upplevda barriärer som är associerade med screening av IVA-delirium då ett bedömningsinstrument används.</p>	<p>Surveyundersökning. 149 deltagare. Data inhämtades på tre olika sjukhus via ett frågeformulär som innehöll både öppna- och stängda frågor.</p>	<p>Studien kom fram till att 44% av deltagarna saknade utbildning kring IVA-delirium. CAM-ICU användes endast på en av de tre sjukhusen och då endast sporadiskt. Deltagarna beskrev att de observerade förekomst av hallucinationer och agitation för att upptäcka delirium.</p>	<p>Hög. 34 poäng.</p>
<p>Fraser, V., Cossette, S., Mailhot, T., Brisebois, A. & Dubé, V. (2018). <i>Worldviews on Evidence-based Nursing</i>.</p> <p>Kanada</p>	<p>Evaluation of an Intervention With Nurses for Delirium Detection After Cardiac Surgery</p>	<p>Att via kunskapsöverföring (KT-intervention) öka sjuksköterskors användningen av bedömningsinstrument för delirium på en hjärtavdelning. Ett ytterligare syfte var att beskriva antalet slutförda mätningar per arbetspass och hur patientens egenskaper hängde ihop med mätningens resultat.</p>	<p>Före- och efter design. 62 sjuksköterskor deltog. Barriärer till att använda bedömningsinstrumentet ICDSC identifierades via fokusgrupper, på så vis valdes aktiviteter för KT-intervention. Med hjälp av Chi-kvadrattest analyserades och journaler från 242 patienter jämfördes slutförandegraden av bedömningsinstrumentet ICDSC före- och efter KT-interventionen</p>	<p>Majoriteten av sjuksköterskorna som genomgick undersökningen upplevde att de hade kunskap att slutföra ICDSC mätningen. I fokusgrupperna framkom det att kunskapsbrist kring symtom och hantering av delirium upplevdes som en barriär för sjuksköterskorna. Antalet slutförda mätningar var liknande före- och efter KT-intervention.</p>	<p>Hög. 30 poäng.</p>

<p>Glynn, L. & Corry, M. (2015). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>.</p> <p>Irland</p>	<p>Intensive care nurses' opinions and current practice in relation to delirium in the intensive care setting.</p>	<p>Att ta reda på IVA-sjuksköterskors åsikter om delirium och fastställa om delirium monitoring är en del av arbetet i Irland.</p>	<p>Deskriptiv med kvantitativ ansats, med hjälp av ett självrapporteringsformulär. Deltagarna valdes via bekvämlighetsurval från två av de största och ledande sjukhusen i Irland. 216 sjuksköterskor deltog.</p>	<p>Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att delirium är ett allvarligt problem som kräver aktiv behandling, samt att det är ett underdiagnostiserat tillstånd. Låg andel av deltagarna använde bedömningsinstrument för att upptäcka delirium.</p>	<p>Hög. 32 poäng.</p>
<p>Hickin, S.L., White, S. & Knopp-Sihota, J. (2017). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>.</p> <p>Kanada</p>	<p>Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention.</p>	<p>Att fastställa effekten av utbildning på sjuksköterskors kunskap om delirium. Samt kunskap och upplevelser om bedömningsinstrument för delirium och användningen av det på IVA.</p>	<p>Kvasiexperimentell. En grupp. 125 sjuksköterskor deltog. Data kring kunskapsnivåer inhämtas via ett flervals frågeformulär med 10 frågor. före och tre samt 18 månader efter utbildningsintervention. Data kring sjuksköterskornas upplevelser inhämtas med hjälp av en femgradig likert-skala med 12 frågor. Data kring utförda delirium screeningar inhämtas genom att den lokala hälsoregionen spårade poäng ifrån bedömningsinstrument i "critical care databas" månadsvis.</p>	<p>Mätningarna visade förbättrade kunskapsnivåer tre månader efter avslutad utbildningsintervention, vilket dock ej bibehölls efter 18 månader. Uppfattningen kring bedömningsinstrument förändrades inte. Användningen av bedömningsinstrument ökade efter utbildningsintervention.</p>	<p>Medelhög. 29 poäng.</p>

<p>Jung, J.H., Lim, J.H., Kim, E.J., An, H-C., Kang, M-K., Lee, J., Min, Y-K., Park, E-Z., Song, X-H., Kim, H-R. & Lee, S-M. (2012). <i>Clinical Nursing Research.</i></p> <p>Syd-Korea</p>	<p>The Experience of Delirium Care and Clinical Feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU.</p>	<p>Att beskriva IVA- sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med delirium samt användandet av CAM- ICU.</p>	<p>Kvalitativ metod . 18 sjuksköterskor deltog. Deltagande sjuksköterskor erhöll utbildning om CAM-ICU och använde sedan sina kunskaper för att bedöma förekomst av delirium hos sina patienter i början av varje åtta timmars-skift. Detta pågick i fem månader. Sedan hölls intervjuer i fokusgrupper.</p>	<p>Ingen av sjuksköterskorna hade erfarenhet av CAM-ICU tidigare och upplevde att att det var utmanande att använda. Intresset kring delirium ökade hos deltagarna under studien, vilket ansågs vara en positiv effekt.</p>	<p>Hög. 32 poäng.</p>
---	---	---	--	---	---------------------------

<p>Marino, J., Bucher, D., Beach, M., Yegneswaran, B. & Cooper, B. (2015). <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i>, USA</p>	<p>Implementation of an Intensive Care Unit Delirium Protocol.</p>	<p>Att utveckla, implementera och utvärdera ett utbildningsprogram för IVA-sjuksköterskor samt att förbättra IVA-sjuksköterskans förtrogenhet med att använda bedömningsinstrument för delirium.</p>	<p>Före-och efter design. Studien genomfördes på en 14-bädds medicin IVA, en 15-bädds trauma/neurokirurgisk IVA och en 13-bädds IVA med inriktning kardiovaskulär sjukdom. Deltagande sjuksköterskor genomgick ett utbildningsprogram och efter det infördes daglig screening för delirium. Antalet utförda samt antalet positiva mätningar mättes. Sjuksköterskornas kunskapsnivåer mättes före- och efter utbildningsprogram med hjälp av ett flervalstest med 15 punkter. Sjuksköterskors upplevda självförtroende kring att våra patienter med delirium mättes med hjälp av en femgradig likertskala före- och efter utbildningsprogrammet.</p>	<p>Mätningarna efter utbildningsprogram visade ökat upplevt självförtroende hos sjuksköterskorna. Kunskapstestet visade en signifikant förbättring jämfört med före utbildningsprogrammet. Compliance kring att dagligen använda bedömningsinstrument under mätperioden var 56,3% där 20,4% av mätningarna resulterade i positivt för delirium.</p>	<p>Hög. 33 poäng.</p>
--	--	--	---	---	-----------------------

<p>Nydahl, P., Dewes, M., Dubb, R., Hermes, C., Kaltwasser, A., Krotsetis, S. & Von Haken, R. (2017). <i>Nursing in Critical Care</i>.</p> <p>Tyskland</p>	<p>Survey among critical care nurses and physicians about delirium management.</p>	<p>Att utvärdera hur sjuksköterskor och läkare hanterar delirium på IVA i tysktalande länder. Samt att identifiera skillnader mellan sjuksköterskor och läkare kring hantering av delirium.</p>	<p>Kvantitativ metod. Öppen onlineundersökning med flervalsfrågor. Inbjudan till undersökningen spreds via "snöbollssystem". 559 deltagare. Skillnader mellan sjuksköterskor och läkare analyserades med hjälp av Fisher's exact tes.</p>	<p>Fler sjuksköterskor än läkare uppgav att de screenade för delirium. Majoriteten använde bedömningsinstrument och de flesta screenade när de misstänker förekomst av delirium. Tidsbrist och kunskapsbrist uppgavs vara barriärer i bedömningen av delirium.</p>	<p>Hög. 36 poäng.</p>
<p>Oxenbøll-Collet, M., Egerod, I., Christensen, V., Jensen, J. & Thomsen, T. (2018). <i>Nursing in Critical Care</i>.</p> <p>Danmark</p>	<p>Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: focus group study.</p>	<p>Att identifiera sjuksköterskor och läkares upplevda barriärer till att använda CAM-ICU på IVA i Danmark.</p>	<p>Kvalitativ explorativ multicenter design. 20 sjuksköterskor och 14 läkare deltog. Semistrukturerade intervjuer genomfördes i fem fokusgrupper med sjuksköterskor och fyra med läkare.</p>	<p>Via ett hermeneutiskt tillvägagångssätt framkom tre huvudteman med nio underteman. De tre huvudteman var: <i>yrkesrollsfrågor, tillförlitlighet till bedömningsinstrument, kliniska konsekvenser.</i></p>	<p>Hög. 36 poäng.</p>
<p>Young, S.R. (2020). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>.</p> <p>Syd-Korea</p>	<p>The training needs of a Korean intensive care unit nurses regarding delirium.</p>	<p>Att undersöka högprioriterade utbildningsbehov genom att analysera den upplevda betydelsen och självupplevda prestationen om sjuksköterskors delirium vårdkompetens.</p>	<p>Deskriptiv tvärsnittsstudie. 255 sjuksköterskor deltog. Data inhämtas via ett öppet webbaserat frågeformulär. Det fanns även möjlighet att fylla i frågeformuläret i pappersform.</p>	<p>Kompetens kring bedömning av delirium identifierades som ett högprioriterat utbildningsbehov.</p>	<p>Hög. 30 poäng.</p>

Salameh, B., Al Razeeni, D.M., Mansor, K., Abdullah, J.M., Ayed, A. & Salem, H. (2021). <i>Critical care nursing quarterly</i> Palestina	Delirium in Intensive Care Units. Perceptions of Physicians and Nurses.	Att bedöma palestinsk vårdpersonals kunskap, attityd och praxis kring delirium på IVA.	Deskriptiv tvärsnittsstudie. 200 deltog, varav 158 var sjuksköterskor och 42 läkare. Data insamlades med hjälp av en femgradigt likert -skala med 12 frågor.	Delirium är ofta under eller feldiagnostiserat i Palestina.	Hög. 32 poäng.
Speed, G. (2015). <i>Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice</i> USA	The Impact of a Delirium Educational Intervention With Intensive Care Unit Nurses.	Att undersöka kunskapsnivån kring delirium före- och efter skräddarsydd utbildning hos IVA sjuksköterskor på ett traumasjukhus.	Före- och efter design. 89 sjuksköterskor deltog. Med hjälp av ett frågeformulär undersöktes sjuksköterskornas kunskapsnivå före- och efter skräddarsydd utbildning.	Resultatet indikerar en signifikant skillnad före- och efter utbildning. Utbildning har en påverkan på sjuksköterskornas kunskapsnivå kring delirium.	Hög. 31 poäng.
Steinseth E.B., Høye, S. & Hov, R. (2018). <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> . Norge	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.	Att undersöka IVA sjuksköterskans bedömning av delirium samt deras erfarenheter av att använda CAM-ICU unde dagliga sedationsstopp hos patienter som är mekaniskt ventilerade.	Explorativ sekventiell mixad-metod. Deltagarantalet var 30 sjuksköterskor. Insamling av data skedde genom att två sjuksköterskor skattade samma patient för delirium med hjälp av CAM-ICU. Data som samlades in via sjuksköterskornas bedömningar analyserades via frekvensanalys. Intervjuerna analyserades utifrån Dahlgrens och Fallbergs metod.	Fyra par sjuksköterskor genomförde liknande mättningsresultat, tre par genomförde olika mättningsresultat och i åtta av paren slutförde inte en en sjuksköterskorna mätningen. Under intervjuerna framkom variationer i sjuksköterskornas förberedelser, syn på och användning av CAM-ICU.	Hög. 34 poäng.

