

# **KOMPETANSE OM DELIRIUM BLANT ELDRE (KODE)**

En kompetansehevingstudie blant sykepleiere på legevakt

**Vivian Thorstensen**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap  
Master i klinisk helsearbeid  
Studieretning: Geriatrisk Helsearbeid**

**HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE**

15.mai 2016



## Sammendrag

Navn: Vivian Thorstensen	Dato: 15.05.16
<b>KOMPETANSE OM DELIRIUM BLANT ELDRE (KODE)</b> <b>En kompetansehevingsstudie blant sykepleiere på legevakt</b>	
<p><b>Bakgrunn</b> Delirium forekommer hyppig hos eldre og oppstår i løpet av døgn eller timer. Flere studier viser at kunnskap om tilstanden er mangelfull hos sykepleiere. Tidlig diagnostisering og behandling er avgjørende, noe som gir sykepleiere på legevakt en nøkkelrolle fordi de er i første kontakt med pasient, pårørende eller kontaktende institusjon.</p> <p><b>Hensikt</b> Hensikten med studien var å styrke kompetansen i identifisering og behandling av delirium blant sykepleiere som arbeider i legevaktjenesten samt å undersøke om opplæring i og systematisk bruk av kartleggingsverktøy ville føre til bedre praksis.</p> <p><b>Metode</b> Basert på en kunnskapsoverføringsmodell «From Knowledge to Action» utviklet av Graham et. al. (2006) deltok 7 sykepleiere på en legevakt i et opplæringsprogram med en teoretisk del og en utprøvingsdel i praksis på legevakten (4 uker). Som en del av kartleggingen av deltagerenes læreforutsetninger og vurdering av deltagerens læringsutbytte ble det gjennomført en kunnskapstest før og etter opplæringen. Innsamlingen av data ble gjort ved fokusgruppeintervjuer etter endt prosjektperiode.</p> <p><b>Resultater</b> Kunnskapstesten før opplæringen viste at kunnskapen om delirium og risikofaktorer for å utvikle delirium var noe mangelfull. Samtidig viste resultatene et økt kunnskapsnivå blant deltagerne da den samme testen ble gjennomført ved prosjektslutt. De to hovedkategoriene som fremkom i fokusgruppeintervjuene var <i>Endret bevissthet om delirium i møte med eldre pasienter og deres pårørende etter opplæring</i>, samt en «Et nyttig prosjekt» – <i>refleksjoner over organisering, innhold, styrket samhandling og ønske om videre kunnskapsdeling</i>.</p> <p><b>Konklusjon</b> Økt fokus på kompetanse og screening av delirium hos eldre kan bidra til endret sykepleiepraksis på legevakt.</p>	
Nøkkelord: Kunnskapsoverføring, eldre, delirium, sykepleie, legevakt	

## Abstract

Name: Vivian Thorstensen	Date:15.05.16
Title and subtitle: <b>COMPETENCE REGARDING DELIRIUM AMONG ELDERLY(CODE)</b> <b>A study of competence enhancement among nurses in Out of Hours practice</b>	
<p><b>Background</b> Delirium occurs frequently in the elderly and occurs in the course of 24 or hours. Several studies show that knowledge about the state is deficient in nurses. Early diagnosing and treatment is crucial – something that gives nurses in Out of Hours practice a key role because they are in first contact with the patient, next of kin or contact end institution.</p> <p><b>Purpose</b> The purpose of the study was to enhance the skills of the identification and treatment of delirium among nurses working in Out of Hours practice, as well as to examine whether the training and systematic use of monitoring tools will lead to better practices.</p> <p><b>Method</b> Based on a knowledge translation model “From Knowledge to Action” developed by Graham et. al (2006) 7 nurses from an Out of Hours practice participated in a training program. The program consisted of a theoretical and a trial part in practice at an Out of Hours practice (4 weeks). As part of the mapping of the participants learning assumptions and evaluation of an entrant's learning benefits, it was implemented a knowledge test before and after the training. Data collection was done by focus group interviews after finishing the project period.</p> <p><b>Results</b> The results from the standardized questionnaire before the training showed that the knowledge of delirium and risk factors to develop delirium was somewhat lacking. The participants showed an increased level of knowledge when the same test was carried out by the end of the project. The two main categories that emerged in focus group interviews was <i>Changed awareness of delirium in the face of elderly patients and their relatives after training</i> and assessment of <i>“A useful project” - reflections on organization, content, enhanced interaction and the desire for further knowledge sharing.</i></p> <p><b>Conclusions</b> Increased focus on competence and screening of delirium among elderly can contribute to a change in nursing practice in Out of Hours practice.</p>	
<u>Key words:</u> Knowledge translation, elderly and aged, delirium, nursing and Out of Hours practice.	

## FORORD

Etter snart 4 år er tiden kommet for å levere min masteroppgave, en lærerik og morsom tid skal nå over i en ny epoke.

Først vil jeg takke alle mine studiekamerater som har bidratt med sin kunnskap og erfaring disse 4 år. Takk for faglige diskusjoner, gode lunsjer, støtte og oppmuntring i studietiden.

En stor takk går til min veileder Grethe Eilertsen, en fantastisk engasjert og kunnskapsrik dame. Gjennom hele prosessen har hun delt sin fagkompetanse og kommet med nyttige og konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk for all hjelp og godt samarbeid.

Tusen takk til familie og kolleger for all støtte og oppmuntring underveis. Jeg vil særlig takke min mann Roar – en fantastisk støtte har du vært. Takk for alt husarbeid og for alle kjøreturer inn til Drammen. Ikke minst takk til min datter og mine stesønner som har holdt ut med meg i hele denne travle tiden. Jeg har vært utrolig heldig og er takknemlig for det.

Nå gleder jeg meg til å jobbe videre etter en velfortjent ferie.

15. Mai 2016

Vivian Thorstensen

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn.....	1
1.1.1	Sykepleiers rolle og ansvar på legevakten.....	3
1.1.2	Legevaktens organisering .....	4
1.1.3	Triagering og telefonråd .....	5
1.1.4	Legevakt i utlandet .....	5
1.1.5	Studier av sykepleieres kompetanse om delirium blant eldre .....	6
1.2	Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål .....	8
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK REFERANSERAMME .....</b>	<b>10</b>
2.1	Kompetanse- og kunnskapsutvikling i sykepleie.....	10
2.2	Faktorer i forbindelse med planlegging av undervisning .....	13
2.3	Modell for kunnskapsoverføring .....	14
<b>3.0</b>	<b>FORBEREDELSE, LOKAL TILPASNING OG GJENNOMFØRING AV KUNNSKAPSOVERFØRING .....</b>	<b>19</b>
3.1	Forberedelser .....	19
3.1.1	Kunnskapsdannelse (knowledge creation) .....	19
3.1.2	Vurdering av fremmere og hemmere i prosjektet.....	22
3.2	Utprøvningsfase (knowledge action) .....	26
<b>4.0</b>	<b>METODE .....</b>	<b>29</b>
4.1	Studiens kontekst .....	29
4.2	Rekrutteringsprosedyre .....	29
4.3	Datainnsamling .....	30
4.3.1	Fokusgruppeintervju .....	30
4.3.2	Sammensetning av deltagere i fokusgruppene .....	30
4.3.3	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	31
4.3.4	Styrker og svakheter ved fokusgruppeintervju .....	32
4.3.5	Forskningsetiske overveielser .....	33
4.4	Dataanalyse .....	33
4.4.1	Transkripsjon av fokusgruppeintervjuene .....	34
<b>5.0</b>	<b>RESULTATER .....</b>	<b>35</b>

5.1	Kunnskapstest I – før deltagelse i opplæringsprogrammet.....	35
5.2	Kunnskapstest II – etter opplæringsprogrammet .....	36
5.3	Resultater fra fokusgruppeintervjuene .....	40
5.3.1	Endret bevissthet om delirium i møte med eldre pasienter og deres pårørende etter opplæring .....	40
5.3.2	«Et nyttig prosjekt» – refleksjoner over organisering, innhold, styrket samhandling og ønsket om videre kunnskapsdeling .....	43
<b>6.0</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>47</b>
6.1.1	Sykepleiernes vurdering av egen kompetanse før og etter opplæring.....	47
6.1.2	Sykepleiernes beskrivelse av identifisering og kartlegging av delirium .....	48
6.1.3	Sykepleiernes erfaringer i bruk av kartleggingsverktøy .....	49
6.1.4	Sykepleiernes refleksjoner rundt selv kunnskapsoverføringen .....	50
6.1.5	Hemmere og fremmere for gjennomføring av kunnskapsoverføring .....	51
6.1.6	Egne erfaringer fra prosjektet .....	52
6.1.7	Implikasjoner for videre forskning .....	52
6.2	Metodiske refleksjoner .....	53
6.2.1	Studiens kvalitet - troverdighet reliabilitet og overførbarhet .....	54
<b>7.0</b>	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>56</b>
<b>8.0</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>57</b>

## **FIGURER**

Figur 1: Personlig kompetanse (illustrasjon hentet fra Kirkevold, 1996, s 29).....	10
Figur 2: Kunnskapsbasert praksis.....	12
Figur 3: Grahams modell for «Knowledge to action» (hentet fra Graham et. al 2006) .....	15
Figur 4: Grahams Modell for «Knowledge to action» (hentet fra Graham et al. 2006).....	16

## **TABELLER**

Tabell 1: Hovedområder for opplæringsprogrammet etter kartleggingssamtalen med utgangspunkt i dagens praksis og kunnskapsbehov om delirium.....	24
Tabell 2: Kunnskaper om delirium før deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1) .....	35
Tabell 3: Kunnskaper om delirium før deltagelse i opplæringsprogrammet (del 2) .....	35
Tabell 4: Kunnskap om delirium etter deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1).....	36
Tabell 5: Kunnskap om delirium etter deltagelse i opplæringsprogrammet (del 2).....	36
Tabell 6: Kunnskap om delirium før deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1).....	37
Tabell 7: Kunnskap om delirium etter deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1).....	37
Tabell 8: Kunnskap om risikofaktorer ved delirium før deltagelse i opplæringsprogrammet (del 2).....	39
Tabell 9: Kunnskap om risikofaktorer ved delirium etter deltagelse i opplæringsprogrammet (del 2).....	39

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1 Kunnskapstest del 1 og del 2	
Vedlegg 2 Tillatelse til bruk av kunnskapstest	
Vedlegg 3 Invitasjon til opplæring	
Vedlegg 4 Intervjuguide	
Vedlegg 5 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	
Vedlegg 6 Kvittering fra NSD	



## **1.0 INNLEDNING**

Masteroppgaven har fokus på sykepleiepraksis på legevakten i møte med eldre som har eller er utsatt for delirium. Sykepleiere på legevakten har en nøkkelrolle ettersom de er i første kontakt med pasienten eller nære omsorgspersoner. Det forventes at andelen eldre vil øke og man kan forvente at andelen eldre som står i fare for eller har delirium også vil øke.

Kompetanse i identifisering av delirium er derfor avgjørende for å kunne ivareta denne gruppen pasienter på legevakt. Forskning viser imidlertid at det i ulike kliniske settinger er mangel på denne kompetansen.

I studien ønsker jeg å gjennomføre et opplæringsprogram med en teoretisk del og en praktisk utprøvningsperiode der screeningverktøy skal implementeres for undersøke om kompetansen blant sykepleierne om delirium blant eldre på legevakt økes. Økt kompetanse kan bidra til at denne gruppen eldre blir bedre ivaretatt på legevakten. I forkant av opplæringsprogrammet og etter utprøvningsperioden vil det bli gjennomført en kunnskapstest blant deltagerne samt at erfaringer fra deltagelsen vil bli undersøkt i fokusgruppeintervju blant sykepleiere som deltar i prosjektet.

### **1.1 Bakgrunn**

Beregninger sier at eldre over 80 år vil øke med 190 % fra år 2010 frem til år 2060 (Daatland & Solem, 2011). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2014) viser at andelen av brukere av legevakt for de over 80 år er høyere enn i andre grupper. Man kan derfor gå ut fra at andelen eldre på legevakt vil øke i fremtiden.

Legevakten ivaretar kommunens akuttberedskap hele døgnet utenfor fastlegens åpningstid (Omsorgsdepartementet, 2005). Allmennleger i fastlegeordningen inngår i vaktordningen på legevakt på kveld/natt, helger/høytider (Helse- og Omsorgstjeneste Loven, 2011). Leger på vakt vurderer om pasienter skal henvises videre til sykehus eller om de kan hjem i påvente av kontakt med fastlege (Omsorgsdepartementet, 2005).

Sykepleier på legevakt har den første kontakten med pasient/pårørende på telefon eller ved direkte henvendelse på legevakten. Sykepleieren gjør en vurdering av hastegrad og vurderer så om pasienten bør til legevakt eller om han/hun kan vente til fastlegen første virkedag.

Pasienter eller beboere på institusjoner med akutt sykdom eller helsesvikt vurderes, behandles og henvises på lik linje med andre pasientgrupper (Holt, Young, & Heseltine, 2013; McCusker, Cole, Voyer, Monette, Champoux, Ciampi & Belzile, 2011).

Delirium er beskrevet som en tilstand som særlig rammer eldre. Delirium eller også kalt akutt forvirring/konfusjon, organisk hjerne-syndrom og postoperativ psykose. Delirium er en klinisk diagnose som utvikles i løpet av timer eller få dager med varierende symptomer som kognitiv svikt og bevissthetsforstyrrelse (Juliebø et.al, 2012).

Diagnosen delirium blir stilt på bakgrunn av kliniske observasjoner og funn (Wyller, 2011). Akutt sykdom og traumer kan i prinsippet utløse delirium, de mest dominerende faktorer er: høy alder, infeksjoner, demens, andre hjernesykdommer, redusert syn/hørsel, legemidler, underernæring, hjerteinfarkt, KOLS-forverring, arytmier, hjertesvikt, urinretensjon, obstipasjon, elektrolyttforstyrrelser samt brudd (Wyller, 2011).

I følge litteraturen (Wyller, 2011, s. 291) finner man tre former for delirium; hyperaktivt: motorisk uro, agitert, raske og inadekvate sprang i tankevirksomheten; hypoaktivt, stille delirium, lavt psykomotorisk tempo, pasienten reagerer sløvt og er somnolent. Det tredje er blandet delirium der tilstanden veksler mellom hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Tilstanden kan inntreffe raskt, i løpet av minutter eller langsomt i løpet av døgnet. Symptomer i startfasen kan være sammenblanding av fortid og nåtid, pasienten kan ha problemer med konsentrasjon, forståelse av informasjon eller være hallusinert. Dette svinger gjerne gjennom døgnet, men er mest fremtredende på kveld og natt (Wyller, 2011). Legevakt blir derfor ofte det stedet som man kontakter som pårørende eller pasient.

Forekomsten viser at omlag 20 % av eldre som akutt legges inn i medisinsk avdeling har delirium, og for de som legges inn med hoftebrudd er tallet mellom 40 % - 50 % (Wyller, 2011). En norsk studie viser en forekomst på 11-42 % hos eldre i medisinsk avdeling og nærmere 50 % hos pasienter med hoftebrudd (Neerland, Watne, & Wyller, 2013).

Juliebø, Krogseth, Watne & Wyller (2012) viser i en litteraturgjennomgang at 31 % av eldre som legges inn i sykehus har delirium ved innkomst og at 3-24 % vil kunne utvikle delirium under sykehusoppholdet. Internasjonale studier fra akutt mottak viser en forekomst på mellom

omlag 7 % - 20 % av de eldre som utvikler delirium (Deasey, Kable, & Jeong, 2014; Grossman, Hasemann, Graber, Bingisser, Kressig & Nickel, 2014; Han, Eden, Shintani, Morandi, Schnelle, Dittus & Ely 2011).

Studier fra sykehjem viser at opptil 40 % av beboerne opplever delirium (Han, Morandi, Ely, Callison, Zhou, Storrow & Schnelle, 2009). Delirium er et symptom som eldre pasienter er utsatt for og kan innebære økt liggetid på sykehus noe som dermed medfører økt økonomisk belastning for helsevesenet (Han et al., 2011). For pasientene kan delirium medføre høyere dødelighet og muligens en varig kognitiv svikt dersom tilstanden forblir ubehandlet (Wyller, 2011). I artikkelen til Gower, O'keefe & Kang (2012) er dødsraten innenfor 12 måneder fra 10 % til 26 % ved delirium hos eldre.

#### 1.1.1 Sykepleiers rolle og ansvar på legevakten

I følge Wyller (2011) er de fleste syke gamle, og grunnleggende kunnskap om geriatri er således viktig både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ved direkte oppmøte eller telefon til legevakt er det i hovedsak sykepleier som gjør vurderinger og en prioritering ut fra opplysninger som gis (Nyen, Hansen, & Bondevik 2010). Det er derfor nødvendig at sykepleieren har god kunnskap om geriatriiske sykdommer, om hvordan de vises hos eldre og hvordan de utvikles over tid. Ved mistanke om delirium hos eldre pasienter er det den/de utløsende årsaker til delirium som må diagnostiseres. Sykepleier på legevakt må derfor bruke sin kunnskap til å avgjøre hvilke prøver/tester som bør utføres og hvilke spørsmål som er nyttig å få svar på av pasient eller pårørende. Det å møte pasienter med delirium i en travel hverdag på legevakt er utfordrende. Pasienten er sårbar og utsatt, og manglende prosedyrer og klare rutiner kan bidra til økt stress i møte med denne pasientgruppen.

Kunnskap om eldre, gode rutiner og funksjonelle screeningverktøy kan derfor være avgjørende for riktig prioritering av eldre pasienter ved kontakt på legevakt. Sammen med kunnskap om medisinsk behandling må pleien tilpasses aldersforandringer og helsetilstand (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2014).

### 1.1.2 Legevaktens organisering

I Norge er det Legevakten som ivaretar kommunens akuttberedskap hele døgnet utenfor fastlegens åpningstid (Omsorgsdepartementet, 2005). Allmennleger i fastlegeordningen inngår i vaktordningen på legevakt på kveld/natt, helger/høytider (Helse- og Omsorgstjeneste Loven, 2011).

I forskrift og krav om akuttmedisinske tjenester står det i Kapittel 2. om Kommunal legevaktordning:

#### § 6. *Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning*

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet:

- a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp, diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legkonsultasjoner og ved sykebesøk.
- b. Ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste.
- c. Yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig (Omsorgsdepartementet, 2005)

Om krav til bemanning står det videre i § 8. *Kompetansekraft til annet helsepersonell*:

Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaktsentraler, jf. § 13 bokstav f, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. § 13 f) bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør. Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre tidsbestemt unntak fra første ledd, dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstillende kravene i første ledd (Omsorgsdepartementet, 2005).

Når man ser på Legevaktens organisering i Europa er det i blant annet Danmark, Nederland, og England som kan sammenlignes med Norge. I Norge finnes det ulike former for organisering av legevakten. Pr. 2014 er 111 legevakter interkommunale (ansvar for flere kommuner) og 42 % er kommunale (Hunskår et al., 2014). Av statistikken ser vi også at 40 %

av legevaktene i Norge er uten sykepleiere. På legesiden har 80 % av legevaktene kun en lege på vakt kveld/natt og helg. Vakhavende lege er tilgjengelig for råd ved behov (Hunskår et al., 2014). For legebemanning står det følgende i forskrift om krav til legevakt:

#### § 7. Kompetansekrav til lege i vakt mv.

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering (Omsorgsdepartementet, 2005). Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig (ibid.).

#### 1.1.3 Triagering og telefonråd

Triagering beskriver en prosess hvor man vurderer hastegrad på pasientbehandlingen basert på alvorlighetsgrad av skade eller sykdom (Hunskår et al., 2014). På legevakter i hovedsak delt i 3 fargekoder: **RØD** - Haster veldig og kan være livstruende. Bør raskt tilsees av lege. **GUL** - Haster, men utenfor livsfare. **GRØNN** - Vanlig prioritet, ikke behov for medisinsk hjelp i dag.

([http://lvh.no/administrative\\_forhold/legevakt\\_generelt/legevaktorganiseringen/prioritering](http://lvh.no/administrative_forhold/legevakt_generelt/legevaktorganiseringen/prioritering)).

Telefonråd er en elektronisk oppslagsvert for beslutningstøtte for sykepleier og helsesekretærer ved legevakter og legekontorer (fritt tilgjengelig via nettsider:

[www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)). På legevakter i Norge bruker 68 % Medisinsk Index og 56 %

bruker telefonråd for triagering av pasienter ved telefonhenvendelser (Hunskår et al., 2014).

I samme studie (ibid.) ser man at rådene sykepleiere på legevakt gir blir fulgt av 93 % i denne studien. Likevel ser det ut til at bare vel halvparten av legevaktene i undersøkelsen har skriftlig kompetansekrav eller opplæringsplan for sykepleiere.

#### 1.1.4 Legevakt i utlandet

Det finnes noen land som kan sammenlignes med den norske legevaksorganisering og bruk av sykepleiere i første kontakt, særlig Nederland, England og Danmark. I Nederland er det et nasjonalt nummer for legevakt og det er 80 % sykepleiere med triageopplæring. 20 % av sykepleiere fra sykehus som står for triageringen. Alle legevakter i Nederland har triage systemer eller protokoller for å avhjelpe sykepleier i triageringen. Allmennlegen i vakt har

medisinsk ansvar og kan rådføres dersom sykepleier har behov. Pasienten kan videre velge å møte på legevakten eller i akuttmottak (Nyen, Hansen & Bondevik, 2010 ).

Statlige «National Health Services» har ansvaret for de offentlige helsetjenester i England. Ved kontakt på det nasjonale nummeret blir man henvist til nærmeste vakthavende allmennpraktiker. Sykepleiere med spesialkompetanse triagerer ved telefonisk kontakt og henviser til allmennleger i distriktet der pasientene bor.

<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>

Det er et offentlig helsevesen også i Danmark. I Danmark er det leger som vurderer pasienter ved kontakt. <http://www.laevagten.dk/kontakt-laevagten/brug-laevagten-riktigt> De gjør så en triagering om legetilsyn er nødvendig eventuelt om hjemmebesøk er aktuelt. Det kan imidlertid være verdt å merke seg at hjemmebesøktstjenesten er privat og ikke gratis som helsetjenester for øvrig er i Danmark.

<http://privatlaegen.dk/?gclid=CMCu2PeLjcgCFWQTwwod0mMAXw>

I en artikkel fra 2013 beskriver forfatterne (Moth, Huibers, & Vedsted, 2013) at det er et arbeid i gang i Danmark for å vurdere å bruke sykepleiere i triageringen i stedet for leger. Forslaget er primært begrunnet økonomisk. Imidlertid er det per 2016 ingen danske offentlige dokumenter som viser at forslaget er innført.

#### 1.1.5 Studier av sykepleieres kompetanse om delirium blant eldre

Min erfaring som sykepleier på legevakten i 16 år er at i møte med eldre pasienter som er utsatt for eller har delirium, er sykepleierens kunnskap avgjørende for vurderinger, prioriteringer, undersøkelser, ivaretagelse og pasienten rekonvalesens. Studiet til Deasy (2014) viser at holdninger og forståelse for eldre kan endres ved å øke kunnskap om eldre og geriatrisk sykepleie.

Diagnosen delirium blir stilt på bakgrunn av kliniske observasjoner og funn, og de fleste studier viser at økt kompetanse og økt oppmerksomhet om symptomer gir behov for økt fokus på prosedyrer og rutiner på legevakt (Wyller, 2011). Vassbø & Eilertsen (2011) belyser

sykepleieres erfaringer med delirium hos eldre med hoftebrudd i en ortopedisk avdeling. Økt kunnskap om forebygging, årsak, behandling og konsekvenser etterlyses for å oppnå en bedring av systematisk praksis og retningslinjer for å ivareta denne gruppen eldre. Vassbø & Eilertsen (2014) viser også at det mangler felles systematiske kartleggingsrutiner og særskilte prosedyrer for å oppdage delirium på ortopedisk avdeling.

I sykepleiers arbeid med å tenke årsak ansees systematisk bruk av screeningverktøy å være av betydning for å bekrefte eller utelukke delirium (Grossman et al., 2014). Kunnskap og brukervennlige screeningverktøy som en del av prosedyren gir en bedre vurdering og observasjon av pasienten, samt at man vil kunne oppdage delirium tidligere (Deasey et al., 2014; Holt et al., 2013; McCusker et al., 2011).

Flere internasjonale studier viser at sykepleierne både mangler kunnskap om eldre med delirium samt enkle og funksjonelle screeningverktøy (Deasey et al., 2014; Grossman et al., 2014; Wilson & Low, 2010). En studie viser at sykepleieobservasjoner alene har lav sensitivitet uten å bruke et systematisk observasjonsskjema (McCusker et al., 2011). På avdelinger som er spesialisert for å behandle og rehabilitere eldre sees samme behov for økt kunnskap og screeningverktøy (Hare, Wyanden, McGowan, Landsborough, & Speed, 2008; Holt et al., 2013). Prognosen ved delirium kan være dramatisk med tanke på varig kognitiv forverring og død (Kennedy, Enander, Tadiri, Wolfe, Shapiro & Marcantonio 2014), og tidsperspektivet for å iverksette behandling er avgjørende, ettersom faren for en mer alvorlig prognose og dødelighet øker etter hvert som tiden går (Wyller, 2011).

Studier fra sykehus, intensivavdeling og akuttmottak viser at høy kompetanse og bruk av screeningverktøy er avgjørende for å identifisere delirium i denne pasientgruppen (McCusker et al., 2011; Sjøbø et al., 2012). Nasjonale og internasjonale studier tyder samtidig på at sykepleierens kunnskap og bruk av screeningverktøy er liten (Grossman et al., 2014; Holt et al., 2013; Sjøbø, Graverholt & Jamtvedt., 2012).

Det finnes flere forskningsartikler som omhandler delirium hos eldre i akuttmottak. Legevakt, som vi kjenner til, er særegent for Norge. Likevel kan man gå ut fra at en del av forskningsartiklene som finnes om temaet, omhandler legevakt i en eller annen form.

Som sykepleier på legevakt blir det viktig å identifisere delirium tidlig, samt å tenke årsak til tilstanden. I dette arbeidet ansees systematisk bruk av screeningverktøy å være av betydning for å bekrefte eller utelukke delirium for bruk i første møte med pasienten på legevakt (Grossman et al., 2014). Kunnskap og brukervennlige screeningverktøy gir en bedre vurdering og forståelse av pasientene (Deasey et al., 2014; Holt et al., 2013). Ved å bruke et screeningverktøy som en del av prosedyre vil man kunne oppdage delirium tidligere sammen med de observasjoner man gjør som sykepleier (McCusker et al., 2011).

Litteratursøk gir ingen treff på norske studier der sykepleieres kompetanse om delirium på legevakt er undersøkt. På bakgrunn av sykepleieres manglende kompetanse som rapporters fra ortopedisk avdeling (Vassbø & Eilertsen, 2014), akuttmottak, medisinsk- og intensiv avdelinger (Sjøbø et al. 2012) samt sykehjem (Holt et al., 2013), er det grunn til å anta at man kan finne en tilsvarende mangelfull kompetanse blant sykepleiere på legevakt. Risikoen er dermed at eldre med delirium kan bli nedprioritert og feilvurdert av sykepleierne ved henvendelse til legevakten.

## **1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av det som er presentert i dette kapitlet er hensikten med studien derfor å styrke kompetansen om identifisering av delirium hos eldre blant sykepleiere som arbeider i legevaktstjenesten. Dette kan bidra til at flere eldre pasienter med eller i fare for å utvikle delirium oppdages og behandling kan iverksettes tidligere. En forutsetning for god praksis er kunnskap.

Den overordnede problemstillingen er:

**Hvilke erfaringer har sykepleiere på legevakt med delirium blant eldre og hvilke erfaringer gjør de seg gjennom deltagelse i et opplæringsprogram om delirium?**

Følgende forskningsspørsmål er utviklet:



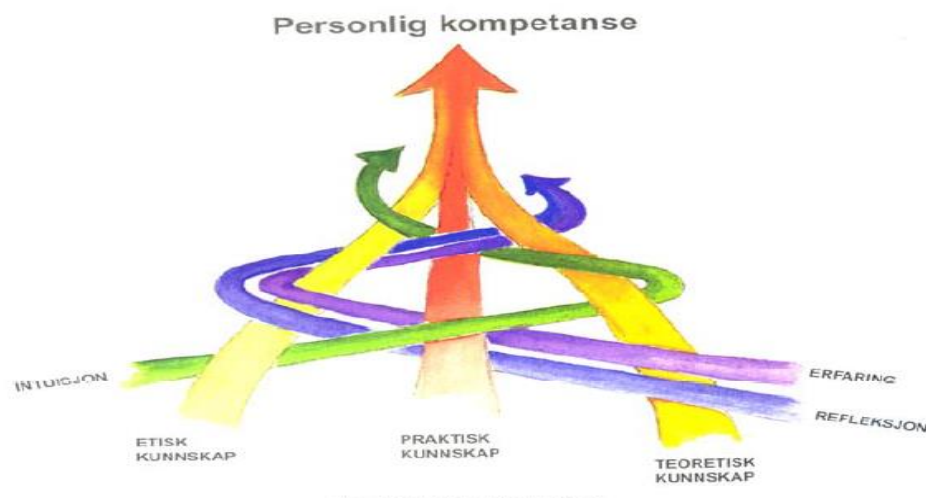
1. Hvilke erfaringer har sykepleierne med dagens praksis for å identifisere og behandle eldre pasienter som har utviklet eller står i fare for å utvikle delirium før opplæringsprogrammet?
2. Hvilke vurderinger gjør sykepleierne av egen kunnskap og kompetanse etter at opplæringsprogrammet er gjennomført?
3. Hvilke erfaringer beskriver sykepleierne etter deltagelse i opplæringsprogram om delirium?
4. Hvilke endringer har det eventuelt ført til i den daglige sykepleiepraksisen på legevakten?

## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet vil det innledningsvis bli gjort rede for studiens teoretiske perspektiver knyttet til kompetanse – og kunnskapsutvikling i sykepleie, faktorer som bør hensynstas i forbindelse med undervisningsplanlegging samt beskrivelse av en modell for kunnskapsoverføring.

### 2.1 Kompetanse- og kunnskapsutvikling i sykepleie

Kirkevold (1996) sier at kompetanse innebærer en integrering av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Dette må integreres i utøverens kompetanse for å kunne innvirke på selve den praktiske handlingen til denne personen. Kirkevold illustrerer selve prosessen i denne figuren slik:



Figur 1: Personlig kompetanse (illustrasjon hentet fra Kirkevold, 1996, s 29)

I Kirkevold et. als (1996) modell fremgår det at teoretisk kunnskap innebærer kunnskap som ikke er knyttet til en person, men er abstrakt og generell samt offentlig tilgjengelig. Praktisk kunnskap er knyttet til bestemte opplevelser og hendelser. Praktisk kunnskap er subjektiv og historisk, som oftest fordi den er knyttet til personene som har gjort erfaringen. Etisk kunnskap omfatter både teoretisk og praktisk kunnskap om å handle moralsk. Dette er

kunnskap som er relatert til verdier og normer samt konsekvenser av disse. Denne blir særlig tydelig når praksisen er rettet mot mennesker.

Videre beskrives intuisjon, refleksjon og erfaring som sentrale komponenter i utviklingen av personlig kompetanse. Det å lære gjennom refleksjon innebærer en intellektuell og følelsesmessig aktivitet og må være knyttet til kritisk tenkning, særlig over egen praksis. På den måten gir refleksjon oss mulighet til å lære av erfaringer slik at vi kan benytte denne innsikten i fremtidige situasjoner.

Kirkevold(1996) sier videre at kompetanse i å anvende vitenskapelig kunnskap krever to sett med ferdigheter: *Vurderingskompetanse* som innebærer å lese og forstå vitenskapelige teorier og forskningsrapporter, samt å kunne kritisk vurdere kunnskapen og betydningen av denne, og *anvendelseskompetanse* som omhandler å kunne velge relevant kunnskap utfra situasjonen man er i. Det innebærer å kunne tolke situasjonen opp imot teorier og å finne handlings - tilnærmingmåter med utgangspunkt i den vitenskapelige kunnskapen.

I følge krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp innebærer dette «å sikre at pasienter og andre brukere av helse- og omsorgstjenestene mottar helsehjelp som er over en faglig minstestandard, samtidig som de ikke skal påføres skade, unødig lidelse eller smerte» ifølge Helsepersonelloven§4 (Helse- & omsorgsdepartementet, LOV-1999-07-02-64). Videre heter det i samme paragraf at:

«Helsepersonell skal utfør sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp som kan forventes utfra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell».

Som sykepleier er man derfor forpliktet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Faglig forsvarlig sykepleie er en rettslig standard som forandrer seg over tid. Derfor må god sykepleiepraksis også endres, noe som innebærer et krav og behov for faglig oppdatering innenfor eget fagfelt. Sykepleiere har ifølge Helsepersonelloven (Helse- &

omsorgsdepartementet, LOV-1999-07-02-64) en lovpålagt plikt til å holde seg oppdatert slik at yrket utføres faglig forsvarlig. Dette innebærer at sykepleier blant annet:

- erkjenner et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig
- holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde
- bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2013).

Evidensbasert praksis eller kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøver bruker ulike kunnskapskilder for forskningsbasert kunnskap i sin praksis, slik det er vist i Figur 4 nedenfor (illustrasjon: <http://kunnskapsbasert-praksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>)

Dette innebærer at man holder seg oppdatert og bruker forskningsbasert praksis når det finnes (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007).



Figur 2: Kunnskapsbasert praksis

Å kunne utøve kunnskapsbasert praksis gjør at sykepleier kan integrere kunnskap fra forskning sammen med erfarings basert kunnskap og sine ferdigheter slik at pasienten oppnår optimal sykepleie. Dette må gjøres i samspill med empati og evne til god kommunikasjon.

Trinnene i kunnskapsbasert praksis ifølge Nortvedt et. al (2007)

1. Refleksjon over egen praksis
2. Formulere spørsmål

3. Finne forskningsbasert kunnskap ved litteratursøk
4. Kritisk vurdere forskning
5. Anvende forskningsbasert kunnskap ved bruk av erfarings basert kunnskap og i forhold til brukers behov og kontekst
6. Evaluere egen praksis

Den beste beslutningen vil dermed variere fra pasient til pasient og utfra de ulike kontekster pasienter og sykepleiere befinner seg i (Nortvedt et al., 2007).

Å kunne nyttiggjøre seg forskningsbasert kunnskap er viktig i helsevesenet generelt. Ny kunnskap og forskning er en pågående prosess som kan være både kostnadseffektiv og ikke minst avgjørende for pasientens behandling eller rekonvalesens. I følge Graham et. al. (2006) ser man at til tross for stor ressursbruk i helseforskning er det en forsinkelse i å få overført ny kunnskap til praksis. Dette kan medføre at pasienter ikke får den behandlingen som er effektiv ifølge forskningsbasert kunnskap (Graham et al., 2006).

Sykepleievitenskap innebærer ikke bare teori, det er like mye en praktisk disiplin og det å kunne nyttiggjøre seg forskning er en forutsetning for å kunne utvikle praksis. Det å utvikle kunnskap kan videre benyttes i sykepleiepraksis og utdanning (Bjørk, Lomberg, Nielsen, Brynhildsen, Fredriksen, Larsen & Stenholt, 2013). I følge forskning finnes det i dag et stort gap mellom forskning og praksis, forskningskunnskap produseres i økende omfang, men endringer i klinisk praksis og undervisning henger etter (Kitson, 2009).

## **2.2 Faktorer i forbindelse med planlegging av undervisning**

I tilknytning til studien vurderer jeg det som viktig å tilegne meg kunnskap om noen elementære pedagogiske og didaktiske prinsipper, fordi det i denne opplæringssituasjonen må tas mange viktige valg og hensyn. Deltagerens *læreforutsetninger* omhandler blant annet hvilke kunnskaper og ferdigheter deltagerne har og vil således gi et grunnlag for å klargjøre hvilke behov for kunnskap opplæringen skal fokusere på (Bjørndal & Lieberg, 1978).

Bjørndal & Lieberg (1978, s 135) beskriver ulike faktorer som må analyseres når man planlegger undervisning. Her understrekes viktigheten av å tilstrebe både teoretisk og praktisk

erfaring i en kontinuerlig prosess for å kunne benytte dette i undervisningen. Denne didaktiske modellen omfatter følgende faktorer:

1. Undervisningens mål

Hva skal målet med undervisningen være? Hvor er det ønskelig at kunnskapsnivået ligger etter undervisningen?

2. Undervisningens innhold

Innhold må tilpasses og tilrettelegges slik at det passer til kunnskapsnivået og må tilrettelegges slik at man holder tidsrammer.

3. Didaktiske forutsetninger

Hva kan sykepleierne fra før, hvilken kunnskap innehar de og hva er motivasjonen?

4. Undervisningens læringsaktiviteter

Kan inneholde forelesning, dialog, diskusjon, film osv.

5. Evaluering

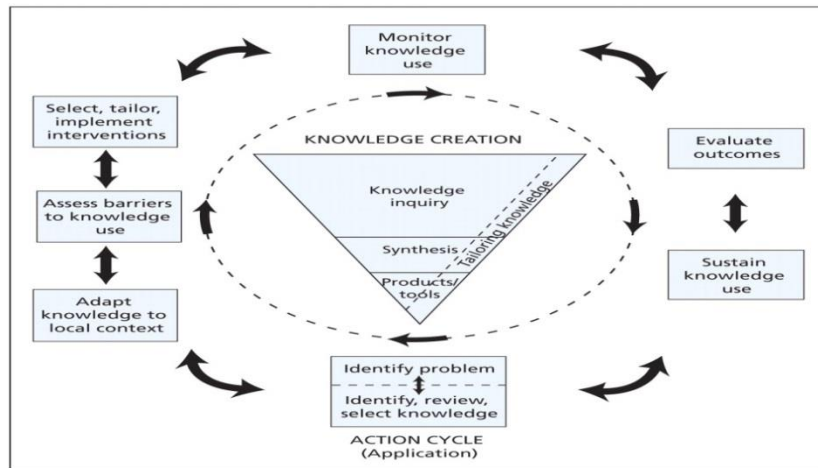
Ble målet nådd- hvorfor ikke eventuelt? Hva kan brukes ved senere undervisning.

Hva har de faktisk lært?

Bjørndal og Lieberg anbefaler å bruke modellen dynamisk, fordi de ulike punktene påvirker hverandre. Modellen er videre anbefalt brukt til å planlegge undervisning som kan endres av begge parter og tilpasses de undervisningssituasjonene de befinner seg i. Evaluering bør foregå underveis for å kunne gjøre de justeringer som må til i forhold til innhold, mål og arbeidsmåter (Bjørndal & Lieberg, 1978).

### **2.3 Modell for kunnskapsoverføring**

Kunnskapsoverføring «Knowledge to Action» er en metode for å kunne implementere ny kunnskap ved å ta i bruk kunnskap basert på den beste tilgjengelige kunnskapen (Graham et. al 2006). Alt utføres i en kontinuerlig prosess hvor kunnskapsoppdatering og bruk av beste tilgjengelige kunnskap kan overføres effektivt til daglig praksis. Selve prosessen for kunnskapsoverføring ved bruk av «Knowledge to action» er illustrert slik det fremkommer i figuren nedenfor.



Figur 3: Grahams modell for «Knowledge to action» (hentet fra Graham et. al 2006)

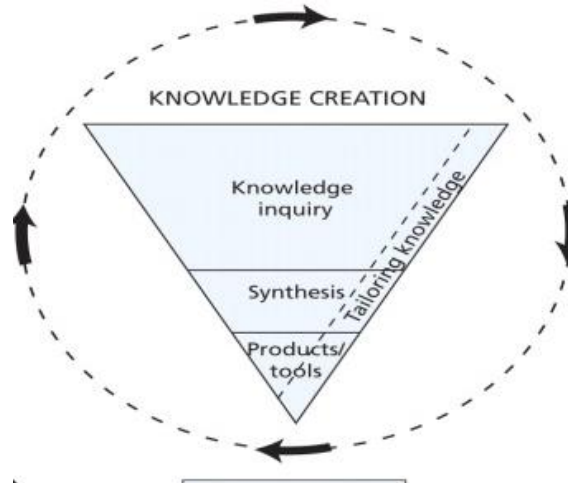
Definisjonen som beskriver prosessen best, er ifølge Graham et.al. (2006), US National Center for the Dissemination Of Disability Research (NCDDR):

The collaborative and systematic review, assessment, identification, aggregation and practical application of high quality disability and rehabilitation research by key stakeholders ( i.e. consumers, researchers, practitioners, policymakers) for the purpose of improving the lives of individuals with disabilities ([http://ncddr.org/du/products/focus/focus\\_10](http://ncddr.org/du/products/focus/focus_10) ) .

Kjernen i prosessen er samarbeid og en systematisk gjennomgang hvor man identifiserer, vurderer, tilpasser og tilrettelegger for praktisk anvendelse. Samarbeidet er basert på et toveis system, og grunnleggende for dette er velvillighet fra ledelsen og ressurspersoners engasjement i prosjektet. Selve prosessen er kompleks og dynamisk og overgangen i modellen deles inn i to faser; kunnskapsdannelse (knowledge creation) og handlingfase (action cycle), jmf figur 3 over.

### Fase I: Kunnskapsdannelse - knowledge creation

I figur 4 nedenfor symboliserer midten av figuren stedet hvor kunnskap skapes, samt beskrivelser av aktiviteter og prosesser for bruk av kunnskap og selve tilpasningen av denne. Alle tre områdene i figuren (knowledge inquiry, synthesis, tools and products), betegnes som en kunnskapstrakt hvor kunnskapen siktes og finslipes i sin ferd nedover.



Figur 4: Grahams Modell for «Knowledge to action» (hentet fra Graham et al. 2006)

I knowledge inquiry ligger både erfaringer og tidligere kunnskap. Førstegenerasjonskunnskap også beskrevet som «en uslepen diamant», blir på veien nedover i trekten mere raffinert og tydelig.

Knowledge synthesis er lik annengenerasjonskunnskap. Her blir kunnskapen omformet og eksisterende kunnskap blir høstet og forhåpentligvis mere tydelig for ressurspersonene. Her er man på søken etter relevant kunnskap og svar på spesifikke spørsmål.

Knowledge tools/products er lik tredjegerasjonskunnskap, hvilket innebærer søken etter praktiske anbefalinger/prosedyrer, lover/regelverk. Verktøy eller produkter skal være klare og konsise, brukervennlige samt funksjonelle og nyttige for brukerne.

I hvert enkelt trinn i kunnskapsfasen kan man tilrettelegge for brukere og lage forskningsspørsmål for å kunne svare til aktuelle brukeres behov. Metoder kan tilpasses for å bedre kunne møte brukerne. Man kan også tilpasse kunnskap for videre formidling i denne fasen.

## **Fase II Handlingsfasen- action cycle**

Den ytre delen av modellen (jmf figur 3) representerer selve aksjonsfasen i prosessen. Action cycle eller handlingsfasen skal lede til implementering og kunnskapsopptak.



Denne fasen er delt opp i syv trinn for kunnskapsoverføring:

Trinn 1: Beskriver aktiviteter som trengs for å få ny kunnskap, her finner man hvilket problem eller tema som trenger ny viten samt søken etter forskning som belyser dette. Aksjonsfasen har bakgrunn i vurderinger vi gjør av handlingsteorier, rammeverk og modeller. Med andre ord en planlagt prosess for endring i grupper av ulik størrelse og bakgrunn. Når det relevante tema for forskning belyses er det viktig å finne dens validitet og nytteverdi.

Trinn 2: Videre kommer trinnet med å tilrettelegge kunnskapen til den lokale konteksten. Dette kan gjøres ved at grupper vurderer kunnskapens nytte, verdi og relevans for aktuelt sted og situasjon. Denne fasen beskrives som kritisk og mer eller mindre formell, prosessen kan bli påvirket av temaer i forhold til kunnskap, potensielle brukere, kontekst og situasjon.

Trinn 3: Det blir derfor viktig å vurdere potensielle hindringer og fremmere for prosessen. Her bør man finne støttespillere eller personer som kan fremme selve prosessen. Eksempler på hindringer kan være manglende kunnskap, evner, vaner eller prioriteringer. For å minske denne type barrierer anbefales interaktiv kunnskap, hyppige besøk, forbedre utstyr, endre rutiner og/eller endre de ansattes kunnskap om tema.

Trinn 4: Denne innebærer planlegging og utførelsen av intervensjonen. Dette innebærer å ta hensyn til de barrierer som er identifisert og til deltagerne. En grundig planlegging og overvåking er nødvendig for et godt resultat og endring av praksis. Barrierer kan blant annet innebære behov for nytt utstyr og eventuelle påminnelser om nye prosedyrer.

Trinn 5: Overvåking er neste steg i prosessen. Her vurderes det om tiltak eller intervensjoner er tilstrekkelig eller om ytterligere tiltak må iverksettes. Her beskrives tre former for bruk av kunnskap:

- i. Begrepsbruk som beskriver endringer i kunnskapsnivå, forståelse og adferd.
- ii. Instrumentell bruk som beskriver endring i adferd i praksis – forbedret resultat.

- iii. Spredning av kunnskap blir også kalt «Push» krefter i kunnskapstranslasjon. Dette forklares ved at man «pusher» informasjon og håper at noen finner nytten i det (Bjørk et al., 2013).

Overvåkningsfasen er nødvendig for å kunne avgjøre om kunnskapen har hatt effekt, om kunnskapen var adekvat og tilfredsstillende nok til å gi den ønskede endring eller om mer av samme kunnskap eller en ny intervensjon må til. Dersom grad av kunnskapsbruk er lavere enn ønsket eller forventet, kan resultatet trolig komme av manglende endring, manglende interesse for endring, andre hindringer utenfor egen kontroll eller eventuelle nye hindringer.

Trinn 6: I prosessen innebærer evaluering av kunnskapsoverføringen. Her vurderes det om den nye kunnskapen virkelig har gjort en forskjell for helsepersonell, helse eller prosedyrer. Det å evaluere nytte av kunnskap i praksis beskrives som eneste måte å avgjøre om hele prosessen var verdt det.

Trinn 7: Siste trinn består av en evaluering av fortsatt bruk av verktøy /tiltak etter en lengre periode. Denne fasen skal også iverksette en prosess av kontinuerlig gjennomgang som leder tilbake til aksjonsfasen i prosessen igjen. Å vedlikeholde bruken av verktøy/tiltak evalueres og nye hindringer kan ha oppstått når kunnskapen er endret siden oppstart. Prosessen blir den samme som ved oppstart og gjennomgår alle faser på nytt og skal iverksette en ny gjennomgang av etappene i aksjonsfasen.

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for hvordan arbeidet med å konkretisere til ulike elementene i Graham et als modell ble gjennomført i denne studien. I metodekapittelet som følger etterpå vil de ulike metodiske valgene bli redegjort for og utdypet.

### **3.0 FORBEREDELSE, LOKAL TILPASNING OG GJENNOMFØRING AV KUNNSKAPSOVERFØRING**

Kunnskapsoverføring eller *knowledge translation* slik den ble beskrevet i forrige kapittel er fundamentet i studien (Graham et al., 2006). Formålet ved kunnskapsoverføring er å redusere gapet mellom forskning og praksis ved hjelp av kunnskap. Denne modellen er utviklet på bakgrunn av en rekke empiriske studier for å se kritisk på hvordan man kan få overført kunnskap til det kliniske feltet. Klinisk praksis, kunnskap i interaksjon og teamwork er nødvendig for å få en vellykket prosess ved kunnskapsoverføring (Bjørk et al., 2013; Graham et al., 2006).

De planlagte fasene som er benyttet i studien, for å kunne øke kompetansen blant sykepleiere om delirium hos eldre pasienter på legevakt, er basert på «Knowledge to Action» modellen i tråd med Graham et. al. (2006) og disse beskrives nedenfor.

Kontakt med en aktuell legevakt ble etablert og som det fremkommer i den videre fremstillingen foregikk forberedelser og lokale tilpasninger i tett samarbeid med de ansatte.

### **3.1 Forberedelser**

#### **3.1.1 Kunnskapsdannelse (knowledge creation)**

##### **i. Bakgrunn for valg av tema**

Bakgrunnen for valg av tema er den tidligere omtalte forskningen som viste at eldre som har utviklet eller er i risiko for å utvikle delirium står i fare for å bli oversett av sykepleiere på legevakten. Andelen eldre som legges inn på sykehus med delirium er høy og man kan derfor anta at sykepleiere på legevakt har en viktig og avgjørende rolle i å oppdage symptomer på delirium og iverksette tiltak for å sikre god behandling.

##### **ii. Litteratursøk**

Graham et al. modell (2006) for kunnskapstranslasjon starter med kunnskapstrinnet i kunnskapstrakten. Her ble det søkt etter kunnskap om delirium samt prosedyrer blant sykepleiere på legevakt. Det ble gjort systematiske søk i Ageline, Cinahl, SweMed + med søkeordene elderly og aged, delirium, nursing, og out of practice. Jeg brukte også Oria,

Bibsys og Bibsys Brage for å finne litteratur og masteroppgaver. Det finnes noe forskning om delirium hos eldre, men dette er i hovedsak studier fra sykehus og akuttmottak. Jeg fant lite forskning som omhandlet eldre med delirium på legevakt. Det meste av forskningen er gjort internasjonalt, men også noe i Norge. I neste del av kunnskapstrakten ble det søkt etter litteratur som metaanalyser og kunnskapsoppsummeringer om temaet. Det ble også utført søk i Cinahl Complete og Cochrane for å identifisere evidensbasert kunnskap som kunne være relevant for denne studien.

Resultatet av gjennomgangen av forskningslitteraturen avdekket to sentrale områder som synes kritiske for å ivareta og styrke kvaliteten i sykepleien til eldre pasienter som er i fare for eller har utviklet delirium; *et tydelig behov for oppdatering og påfyll av kunnskap og betydningen av standardiserte rutiner for å avdekke delirium og forståelse av alvorlighetsgraden.*

### iii. Søk etter prosedyrer, verktøy, anbefalinger og/eller retningslinjer

Som en del av kunnskapsdannelsen angir modellen søk etter prosedyrer, verktøy, anbefalinger og/eller retningslinjer. Den siste delen av søket ble derfor utført på Helsedirektoratets og Helsebibliotekets sider hvor jeg søkte etter screeningverktøy som var oversatt til norsk, retningslinjer ved delirium og anbefalte prosedyrer.

Det finnes ulike tester, screeningverktøy og registreringsskjemaer for bruk i geriatrisk praksis for eksempel Memorial Delirium Assessment Scale (MMDAS) som angir alvorlighetsgrad og Mini Mental Status (MMSE) for å vurdere eventuell kognitiv svikt. De fleste inneholder spørsmål som pasienten skal besvare, men også noen tester som pasienten skal forsøke å utføre.

Cofusion Assesment Method (CAM) (Inouye et al., 2004) i forkortet versjon er en type screening som sammen med sykepleieobservasjoner kan gi en bedre vurdering av den eldres kognitive funksjon i akutfasen (Grossman et al., 2014). Dette innebærer imidlertid lengre tids observasjon av pasienten, noe man vanligvis ikke har mulighet til på en legevakt og verktøyet ansees derfor som lite aktuell.

Singel Question in Delirium (SQID) (Sands, Dantoc, Hartshorn, Ryan, & Lujic, 2010) er et enkelt spørsmål som stilles pårørende/kontaktperson: «Har hr/fru X blitt tiltagende forvirret de siste dagene?». Dersom delirium er sannsynlig vil dette avspeiles i positivt svar.

Observational Scale of Level of Arousal (OSLA) (Tieges Z., McGrath A., Hall R.J., & MacLulich A.M.J., 2013) baseres på vurderinger som gjøres i akutfasen. Selve vurderingen gjøres i etterkant av at pasienten er tilsett, og er ikke avhengig av observasjon over tid eller at pasienten kan respondere verbalt. Observasjonene gjøres ved akutt oppstått endring i bevissthetsnivå noe som indikerer delirium og alvorlighetsgrad av delirium.

Retningslinjer som finnes fra både Geriatrisk forening og Best Practice viser begge at å få en fyldig anamnese er viktig. Dette gjøres for eksempel ved å snakke med bekjente, pårørende eller familien til den eldre og de kan også være med på å bidra til en støttende og beroligende effekt og funksjon for pasienten. Dette kan igjen bidra til at pasienten kan gjenvinne oversikt og kontroll i situasjonen (Neerland et al., 2013). Miljøtiltak som skjerming og god omsorg er sentralt i behandlingen av delirium (Wyller, 2011). Rask diagnostisering og iverksetting av tiltak gir både bedre prognose og er samfunnsøkonomisk lønnsomt med tanke på antall liggedøgn på sykehus. Sykepleierens rolle i å ivareta eldre med delirium ansees som svært viktig, fordi medikamentell medikasjon ikke er påvist effektiv, men har i beste fall en symptomatisk effekt (ibid.).

Delirium og demens er vanskelig å skille i akutfasen (Engedal, Haugen, & Brækhus, 2009). Gode prosedyrer kan imidlertid bidra til at alle blir ivaretatt og undersøkt samt at individuelle forskjeller tas hensyn til for den enkelte pasient. Prosedyrer for sykepleiere, herunder datainnsamling som inneholder observasjoner av sirkulasjon, respirasjon, hud, ernæring, tannstatus, smerte, søvn, mobilitet, eliminasjon, mental status/bevissthet, sosial funksjon og medikamenter er viktig. Vitale parametre som EKG v/mistanke om hjerteproblem, blodtrykk, puls og temperatur er avgjørende.

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/geriatri-akutt-funksjonssvikt-hos-eldre#Sykepleieroppgaver>

Resultatet av denne gjennomgangen førte til at jeg vurderte SQID-verktøyet som velegnet for sykepleiere på legevakten. Videre, anså jeg det som interessant å vurdere om sykepleierne skulle benytte SQID i første kontakt med pasienten og deretter OSLA (Tieges Z. et al., 2013). Jeg ønsket imidlertid å drøfte dette med leder og potensielle deltagere før en endelig beslutning ble tatt. Behovet for opplæring om betydningen av klare prosedyrer og bruk av screeningverktøy ble tidlig klart, da dette var mangelfullt ved legevakta.

### 3.1.2 Vurdering av fremmere og hemmere i prosjektet

#### i. Forankring av studien med avdelingens ledelse

En avgjørende faktor for å kunne gjennomføre studien var å ha velvilje og aksept i ledelsen. Modellen til Graham et. al. (2006) viser til et samarbeid basert på et toveissystem, og grunnleggende for dette er velvillighet fra ledelsen og ressurspersoners engasjement i det aktuelle prosjektet. En studie forankres i ledelsen ved at den erfares som nødvendig og har en klar hensikt for både leder og medarbeidere (Bjørk & Solhaug, 2008). Videre er støtte i lederskap, samarbeid og refleksjon mellom kolleger viktig for å kunne endre praksis (ibid.).

Enhetsleder på legevakten fattet raskt interesse for studien og så behovet for kompetanseløft med henblikk på eldre med delirium. Hun vurderte sykepleieres kompetanse som mulig utilstrekkelig, men heller ikke klarlagt, noe som tilsa at en kartlegging av læreforutsetninger for å øke kompetansen var nødvendig.

Resultatet av samtaler med enhetsleder var at hun ville legge til rette for gjennomføring, blant annet ved å tildele fagdager slik at deltagelse inngikk i den ordinære arbeidstiden og at fleste mulig kunne delta. Videre ønsket hun å bidra til sette fokus på delirium og oppmuntre til oppmerksomhet på temaet i studiens varighet. Hun anså behovet for opplæring både teoretisk og praktisk som et godt læringstiltak. Hun anså det videre som ønskelig at jeg møtte de ansatte, og jeg ble derfor invitert et avdelingsmøte. Informasjon rundt prosjektet ble gitt og det var god stemning for å delta i prosjektet. To av sykepleierne meldte seg til å delta i en videre karleggingssamtale.

ii. Kartleggingssamtale med representanter for sykepleiergruppen – relevans av temaet og kunnskapsbehov

I følge Graham et. al. (2006) er det nødvendig å identifisere et problem eller behov i dagens praksis for å kunne belyse gapet mellom teori og praksis. Det var derfor viktig å kartlegge hvilke kunnskaper og prosedyrer de hadde på legevakta og hvilke behov de hadde for å endre praksis. Dette kan gjennomføres på flere ulike måter, og jeg valgte å gjøre dette ved å ha en kartleggingssamtale. Samtalen hadde også til hensikt å innhente informasjon om deltageres læreforutsetninger (Bjørndal & Lieberg, 1978). Læreforutsetninger omhandler som omtalt i det forrige kapittelet blant annet hvilke kunnskaper og ferdigheter deltagerne har og vil således gi et grunnlag for å klargjøre hvilke behov for kunnskap opplæringen skal fokusere på (ibid.)

Kartleggingssamtalen ble gjennomført med to sykepleiere; en fagsykepleier og en assisterende avdelingsleder. Hensikten var å klargjøre hvilke rutiner/prosedyrer de hadde og hva sykepleierne så på som utfordrende og hadde behov for kunnskap om. De to sykepleierne fikk tilsendt studiens hensikt og stikkord på mail i forkant. De satte selv klokkeslett og dato som passet for dem i forhold til familie og jobb.

For å oppnå så stor grad av forståelse for potensielle «kunnskapshull» som mulig, kom vi i fellesskap frem til at det ville være hensiktsmessig å gjennomføre en strukturert kartlegging ved hjelp av et spørreskjema før iverksetting av opplæringen.

Det ble også fremhevet at det ville være klokt å utpeke to ressurspersoner fra legevakten til å ha en rolle i å påse at screeningen i utprøvsperioden blir utført etter planen og for å bistå kollegaer ved spørsmål i selve prosessen. Begge ble forespurt om å være ressurspersoner og takket ja.

Denne samtalen ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Fra en systematisk gjennomgang av denne teksten ble to hovedområder, kalt *kjennetegn ved dagens praksis* og *kunnskapsbehov og kunnskapsområder vedørende delirium* utledet. Dagens praksis ble beskrevet som preget av manglende systematikk i forhold til observasjoner og iverksetting av tiltak. Samtalen

tydeliggjorde også at sykepleierne hadde mangelfulle kunnskaper både om risikofaktorer og kjennetegn på delirium blant eldre. Eksempler på utsagn knyttet til de to hovedområdene vises i tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Hovedområder for opplæringsprogrammet etter kartleggingssamtalen med utgangspunkt i dagens praksis og kunnskapsbehov om delirium

<b>Kjennetegn ved dagens praksis og kunnskapsbehov om delirium</b>	<b>Egne refleksjoner rundt aktuelle temaer for opplæring</b>
<p>«Altså, vi tar de prøver vi skal ha. Så gir vi de noe å drikke og passer på at de ikke faller eller reiser. Og hvis de har pårørende med, så snakker vi med dem, og så lar vi legen avgjøre».</p> <p>«Vi glemmer kanskje den pasientgruppen. Vi behandler for det de kommer inn for, og så sender vi dem ut igjen».</p> <p>«Det er litt fremmed. Vi snakket om det i dag. Det er mye mulig at vi overser og at det er flere delir pasienter som kommer inn enn det vi legger merke til».</p> <p>«Men jeg synes det er sjeldent at vi møter disse pasientene her på legevakta. Har vi egentlig mange eldre pasienter?»</p> <p>«Det er jo ikke derfor jeg jobber her! Jeg tar de ulike prøvene for å avdekke ting og så er det opp til legen da. Vi skal jo ikke diagnostisere. Hva finner vi og hva kan vi gjøre?».</p> <p>«Jeg synes ikke det er så alvorlig med delir. Det er ikke det vi skal behandle de for. Det er andre ting».</p> <p>«Vi er i bunnen ikke er så opptatt av delir, men hvorfor de i utgangspunktet er <b>her</b> hos oss? Det er som regel ikke fordi de er forvirret».</p> <p>«Er dette noe vi på legevakt skal gjøre noe med? Kanskje er jeg litt kynisk- men hva er det akutte med dette?».</p> <p>«Vi trenger generell informasjon om hva delir er»</p> <p>«Og vi trenger en sånn OBS om at det kan faktisk skje. Og hva delir er og hvorfor det er skadelig? Fordi det gjør jo større skade enn vi egentlig er klar over. Og det er jo det vi glemmer».</p> <p>«Vi bruker <sup>1</sup>Ø-hjelps avdelingen. Bare sånn midlertidig. Men de trenger vel stabile forhold?»</p>	<p>Mangel på kunnskap kan medføre at fokus legges på de praktiske prosedyrene. Litt «passiv» forståelse av sykepleierollen? Eller er den avtalt rollefordeling?</p> <p>Mangel på kunnskap om delirium kan føre til manglende oppmerksomhet på tilstanden</p> <p>Mener de møter få eldre på legevakt – er det riktig?</p> <p>Interessant å se nærmere på sykepleierollen i u v? Oppfatter ikke at delirium er hennes ansvar?</p> <p>Behov for å klargjøre ansvar og rolleavklaringer i fbm undervisningen</p> <p>Erkjenner/peker på behov for kunnskapstilførsel om delirium</p> <p>Usikkerhet rundt henvisningsrutinene</p>

<sup>1</sup> Ø-hjelps avdeling er opprettet på bakgrunn av Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5. Dette er et kommunalt tilbud med 5 sengeplasser hvor pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp kan være i maksimalt 3 døgn (Kommunal akutt døgnenhet-KAD). Pasienter skal ha avklarte diagnoser og behandlingsopplegg.



Grunnleggende kunnskap om delirium og risikofaktorer ble valgt som tema i opplæringen. Dette ble gjort for å tilfredsstille behovet som fremkom i kartleggingssamtalen og for å sikre at sykepleierne fikk opplæring i å vurdere symptomer og iverksette tiltak utfra disse. Videre tydet innholdet i kartleggingssamtalen at kunnskap om observasjoner og refleksjoner over sykepleierollen i møte med eldre i delirium var viktig å vektlegge i opplæringen.

### iii. Kunnskapstest (I) før opplæringsprogrammet

Det ble også besluttet å gjennomføre en standardisert kunnskapstest som en del av kartleggingen av sykepleiernes kunnskapsnivå med tanke på å tilrettelegge innholdet i opplæringsprogrammet. Spørreskjemaet er basert på en studie av Hare, Wyanden, McGowan, Landsborough & Speed (2008) og oversatt til norsk av Aas & Eilertsen (2015). Tillatelse til å bruke denne kunnskapstesten ble avklart på forhånd (vedlegg 2). Kunnskapstesten inneholder 28 spørsmål og påstander om delirium og risikofaktorer, og benytter svaralternativene enig, uenig, usikker (vedlegg 1). Faste spørsmål og svaralternativer gir en standardisering der man kan se på likheter og variasjoner (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010) for eksempel før og etter en intervensjon.

### iv. Tilpasning av opplæringsprogrammet til den lokale konteksten

For å kunne best mulig tilpasse opplæringen er det videre viktig å finne ut hvilke forutsetninger som finnes for undervisning. Faginnhold må være aktuelt og oppdatert og måten undervisningen blir utført på må være relevant for sykepleierne i deres arbeidsdag (Bjørndal & Lieberg, 1978). På bakgrunn av resultatene fra kunnskapstesten og i kartleggingssamtalen vedrørende manglende rutiner og bruk av systematiske kartleggingsverktøy samt tematisering av sykepleieansvar og rolleforståelse i fbm delirium legges til grunn for opplæringsprogrammet om delirium på legevakt.

Ettersom akutte situasjoner kan oppstå, og for ikke å utsette pasienter for forsinkelser i behandlingen, kom vi i fellesskap frem til at SQID (Singel Question in Delirium) og OSLA (observasjonsskjema for bevissthetsnivå) skulle benyttes. I første møte med pasienten skulle sykepleier bruke SQID og hvis ja, skulle OSLA utført av sykepleier før legekonsultasjon og resultatet skrives i pasientens journal.

Det var ønskelig at gjennomføringen av opplæringen skulle bestå av både teori og praktiske øvelser i bruk av et screeningverktøy. Fra avdelingens side skulle omfanget av den teoretiske delen ligge innenfor rammen av to timer. Temaene skulle ha fokus på symptomer, ulike former for delirium, risikofaktorer, aktuelle undersøkelser og behandling. Opplæringen ble organisert slik at det var en mer standardisert teoridel og en del med utgangspunkt i særskilte behov fra deltagerne (lokale behov). Graham et. al (2006) peker på at planleggingen er vesentlig for et vellykket prosjekt, samt å finne nye hindringer og fremmere underveis i prosjektet og ta hensyn til disse.

Sykepleierne på legevakta jobbet tredelt turnus så det å finne passende tidspunkter for undervisningen var viktig. I samarbeid med enhetsleder fant vi at ved å bruke tiden mellom klokken 1500 og 1800 kunne vi få med flest mulig av både dag og kveldsskift. Tidspunktet var ifølge leder også bra for de som gikk av nattevakt og/eller skulle på nattevakt.

Undervisningen skulle holdes på vaktrommet på avdelingen. Dette var ikke optimalt med tanke på forstyrrende elementer (for eksempel telefon), men var det eneste stedet hvor det var mulighet for å bruke Power Point og være et større antall mennesker.

I utgangspunktet var det planlagt en opplæringssekvens. Etter den første opplæringen ytret imidlertid deltagerne et ønske om at flere burde få mulighet til å delta, fordi de fant opplæringen aktuell og nyttig. Siden det var få deltagere som møtte første gang, ble det derfor gjennomført en opplæringssekvens til, også for å øke antallet deltagere i studien.

I samarbeid med enhetsleder ble vi enige om å ha enkel bevertning med servering av pizza og kake. Alle sykepleiere skulle få informasjon både på mail, ved oppslag på avdelingen og SMS fra leder i god tid i forkant. Påminnelse om undervisning skulle sendes dagen før til samtlige.

### **3.2 Utprøvningsfase (knowledge action)**

#### **i. Opplæringsprogrammet – en teoretisk og en praktisk del**

Opplæringsprogrammet bestod av en teoretisk undervisning om delirium og praktiske øvelser med screeningsverktøyene som skulle implementeres, samt fire uker utprøving. Ettersom

kartleggingen viste stor usikkerhet rundt temaet valgte jeg å dele undervisningen i følgende tre deler:

### **Del 1.** Kjennetegn og symptomer på delirium

I denne delen fikk deltagerne en kort innføring i hva som kjennetegner den geriatrike pasienten, patofysiologi og symptomer man ser ved delirium hos eldre. Det ble også gjennomgått risikofaktorer og hva som skiller demens fra delirium og en film (<https://youtu.be/hwz9M2jZi>) om delirium i akuttmodtak ble vist. Jeg hadde også lagt inn en case for å skape diskusjon og ettertanke blant deltagerne.

### **Del 2.** Sykepleietiltak og sykepleiansvar på legevakten

Sykepleietiltak som konkret går på å tilrettelegge, skjerme og samhandle med pårørende eller hjemmesykepleien. Her ble sammenhengen mellom kunnskap om delirium belyst og hvilke tiltak som bør iverksettes samt forebygging. I denne delen gjennomgikk vi når pasienter skal henvises og til eventuelt hvor. Hva som kjennetegner god sykepleie til denne pasientgruppen og hvilket ansvar vi har som sykepleiere ble drøftet.

**Del 3.** Dokumentasjon i pasientjournal og videreformidling av observasjoner til lege ble også vektlagt i denne delen av undervisningen. Det var variasjon i gruppene som deltok og det bidro til en del diskusjon i begge gruppene. Deltagerne ga klart uttrykk for at dette var nyttig og at det var positivt å lære noe nytt.

#### **ii. Implementering av registreringsverktøy**

Presentasjon av SQID og OSLA samt en grundig gjennomgang med eksempler og diskusjon om hvordan registrere pasienter i skjemaet ble gjennomført. Det var også satt av tid for diskusjoner om pasientsituasjoner de hadde opplevd på legevakten.

Med bakgrunn i at de ikke hadde noen form for strukturert observasjon av denne pasientgruppen ble det planlagt å screene ved bruk av OSLA i 4 uker. Vi ble enige om hvor skjemaet skulle oppbevares og alle deltagerne skulle videreformidle dette til de andre kollegaene. Oppslag med informasjon om prosjektet og skjema ble hengt opp på strategiske plasser på vaktrom og pauserom, i tillegg ble det hengt opp et informasjonsskriv og en kopi

av OLSA skjemaet inne hos legen. Registrerte skjemaer skulle legges i en mappe etter at de var utfylt og score skulle dokumenteres i pasientens journal. Etter to runder med undervisning ble selve registreringen ved bruk av OSLA startet.

iii.    Overvåking av prosessen - ukentlige «besøk» og innsamling av OSLA skjema  
Overvåking av den praktiske utprøvingsperioden vil foregå ved at jeg ukentlig kommer til legevakt for innsamling av utfylte OSLA skjema. Skjemaer blir sortert etter ukenummer og telt manuelt. Antall registreres. Resultatet vil bli evaluert i etterkant for å vurdere om screeningen øker utover prosjektperioden. Jeg skulle samtidig også være tilgjengelig for å diskutere problemer eller og bistå ved spørsmål, samt å motivere og støtte sykepleierne i prosessen. Ressurspersonene skulle hele tiden ha mulighet til å kontakte meg på telefon og mail.

### **Fase III: Evalueringsfase**

- i.    Kunnskapstest (II) etter opplæringsprogrammet
- ii.   Fokusgruppeintervju

I Grahams et als modell i fase 7 skal det evalueres om prosjektet har gitt utbytte eller ikke. Evaluering av prosessen var planlagt ved gjennomføring av kunnskapstesten igjen (II) samt fokusgruppeintervju med sykepleiere som har deltatt. Dette sees på som en sentral del av kunnskapsoverføringen.

## 4.0 METODE

Metodekapittelet er organisert utfra Graham et als modell (2006) og vil presenteres på denne måten: først presenteres selve prosessen med rekrutteringen og det endelige utvalget, så følger datainnsamlingen og datanalysen. Avslutningsvis vil jeg se på noen metodekritiske momenter i studien.

### 4.1 Studiens kontekst

Studien ble gjennomført på en legevakt på Østlandet. Ufra SSBs klassifisering fra tallet 1 hvor man har under 2000 innbygger og tallet 6 er 50000 eller flere, ligger denne kommunen på 5 med mellom 20000 til 49 999 innbyggere

(<http://stabas.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=8104002&Language=nb> ).

Denne legevakten er å betegne om en middels legevakt i målestokk ifølge rapport fra Helsetilsynet om læring av feil i klagesaker (Bratland S. & Lundevall S., 2009).

### 4.2 Rekrutteringsprosedyre

Grunnet høy forekomst av delirium blant eldre i akuttmodtak og ved innleggelse anså jeg det som sannsynlig at legevaktsykepleiere har erfaringer med denne gruppen eldre. Jeg valgte å ta kontakt med leder på en legevakt som jeg hadde kjennskap til fra før, noe jeg anså som en fordel for å få støtte til prosjektet og rekrutteringen Etter å ha blitt invitert på et avdelingsmøte for å informere om prosjektet, fikk jeg meget positiv respons fra både enhetsleder og de som deltok på møte.

Alle sykepleiere i fast stilling over 20 % på legevakta ble invitert til å delta. Av det totale antallet på 15 takket syv ja til å delta. I tabellen nedenfor vises antall års erfaring som sykepleier generelt og på legevakten spesielt.

Tabell 2: Deltagere fordelt på antall år som sykepleier og år på legevakt

	> 5år	5-9 år	10-20år	< 20år
Antall år som sykepleier	1	1	3	2
Antall år som sykepleier på legevakt	1	2	2	2

## 4.3 Datainnsamling

### 4.3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en metode for innhenting av kvalitative data som krever mindre ressurser enn om hver enkelt deltager skal intervjues individuelt. Problemstillingen i prosjektet avgjør hva som er best egnet som metode (Malterud, 2012). Videre beskriver Malterud (2012) metoden som en relevant forskningsmetode når vi utforsker fenomener som felles erfaringer, holdninger eller synspunkter. Fokusgruppeintervju er praktisk med tanke på kvalitetsforbedring, fordi vi i helsevesenet må først vite hva vi gjør før vi kan gjøre ting bedre og som datainnsamling for å evaluere tiltak (Malterud, 2012). Ved å velge fokusgruppeintervju blir tidsbruken mindre enn ved individuelle intervju og det gir også mulighet til å samle store mengder data her og nå.

Gruppesamtale eller fokusgruppeintervju er nyttig for å få frem synspunkter og erfaringer fra en studie i sin helhet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010), og ansees i denne sammenhengen som nyttig med tanke på å undersøke om prosjektet har skapt endring i sykepleiepraksis og hvordan virkningene ble. Fokusgruppeintervju i denne studien skal gjennomføres etter utprøvsperioden, hvor sykepleierens erfaringer etter undervisning og implementering av screeningsverktøy undersøkes. Evaluering er hensiktsmessig for å undersøke om studien har skapt endring og hvordan virkningen ble og om sykepleiepraksis er endret (Johannessen et al., 2010).

I følge Thagaard (2013) kan fokusgruppeintervjuer være nyttige for å få innsikt i holdninger og meninger innenfor det aktuelle feltet som forskes på. Diskusjoner i fokusgruppeintervju kan bidra til å utdype temaer og deltagerne har mulighet til å gi hverandre respons på synspunkter. Både sammensetning av grupper, forskers oppmuntring av informanter og styring av diskusjoner er viktig for et vellykket intervju (Thagaard, 2013).

Fokusgruppeintervjuet bør ha en «ikke-styrende» intervjustil slik at ulike synspunkter tydeliggjøres (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 4.3.2 Sammensetning av deltagere i fokusgruppene

I følge Malterud (2012) ser man at det anbefalte antall deltagere i grupper for fokusgruppeintervju varierer betydelig. I samråd med veileder ble vi enige om at de syv som deltok på undervisningsopplegget skulle være deltagere i fokusgruppeintervjuene. Det ble

avtalt to grupper til fokusgruppeintervjuene, hvorav gruppe 1 utgjorde fire sykepleiere og gruppe 2 tre sykepleiere. Det ble likevel kun to deltagere i gruppe 2 ettersom en uforutsett måtte jobbe. Antallet ble valgt fordi jeg ikke hadde erfaring med fokusgruppeintervjuer fra før, og fordi jeg antok at mindre grupper ville være mer håndterbare for meg. Antall i grupper ved fokusgruppeintervju skal først og fremst danne grunnlag for et bredt mangfold av data rundt det studiet skal kartlegge. Det er anbefalt å tilstrebe grupper på mellom 5- 8 deltagere (Malterud, 2012). Det var praktisk vanskelig for meg å ha med en observatør, og for å styrke min mulighet for å holde oversikt i gruppene var det derfor viktig med mindre grupper.

#### 4.3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

En samtale forløper annerledes mellom en moderator og to deltagere enn i et individuelt intervju ved at samtalen i et fokusgruppeintervju kjennetegnes ved en interaksjon mellom deltagerne. Begge intervjuene ble avtalt god tid i forkant og de fikk aktuelle tema som skulle gjennomgås på mail 2-3 dager i forkant. Alle informanter fikk en påminnelse på SMS dagen i forkant av selve intervjuet. Tidspunkt ble lagt til vaktskiftet etter avtale med enhetsleder. Dette for å sørge for at deltagerens privatliv ble forstyrret minst mulig. Intervjuene ble gjennomført på pauserommet ved legevakten med meg som moderator. Alle deltagere fikk intervjuguiden på mail i forkant av intervjuet slik at de kunne forberede seg. En svakhet ved fokusgruppeintervju kan være at enkelte får sagt mindre enn ved individuelle intervju. For å forebygge dette ble alle spurt om hvert enkelt tema i intervjuguiden. Jeg var veldig fokusert på at alle skulle få sagt sitt og at alle temaer i intervjuguiden skulle gjennomgås, og jeg opplevde ikke at noen ikke fikk uttale seg.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er en intervjuguide et manuskript som strukturerer intervjuforløpet. I denne studien ble det utviklet en intervjuguide (vedlegg 4) som skulle sikre at det jeg ønsket svar på ble besvart og at temaene ble gjennomgått i begge fokusgruppeintervjuene. Intervjuspørsmålene var holdt i intervjupersonenes daglige språk. Intervjuguiden bidro dermed til å holde fokus på erfaringene som sykepleierne hadde fra selve prosjektet. Spørsmålenes rekkefølge varierte under fokusgruppeintervjuene.

Det å utføre fokusgruppeintervju blir beskrevet som utfordrende og med behov for trening som moderator (Malterud, 2012). Det ble derfor nøye vurdert oppi mot hva som var mest tjent med for innhenting av data ved dette studiet. I etterkant kan jeg se at enkelte uttalelser kunne

vært fulgt opp bedre og at prøveintervjuer kunne vært gjort i forkant for å bedre min rolle som moderator. Dette var ikke mulig å gjennomføre grunnet gitte tidsrammer for prosjektet. Rollen som moderator innebar å ha et overblikk over alle deltagere og styre intervjuet innenfor gitte rammer og temaer.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert fortløpende.

#### 4.3.4 Styrker og svakheter ved fokusgruppeintervju

Formålet med studien er styrende for fordeler og ulemper ved bruken av fokusgruppeintervjuer. Halkier & Gjerpe (2010) belyser både svakheter og styrker ved å benytte fokusgruppeintervju. En svakhet er at den enkelte deltager får sagt mindre sammenlignet ved individuelle intervju og samtidig vil forsker ha mindre mulighet til å stille spørsmål om deltagerens forståelse og erfaringer. Deltagere kan gruppere seg og legge en demper på øvriges uttrykk for forståelse eller erfaring. Som deltager kan det også føles vanskelig å mene noe annet enn de andre i en gruppe. En annen svakhet er at forskeren går glipp av hendelser som kan være interessante når en ikke er tilstede i folks sosiale kontekst. Forskers åpenhet for hvilke relasjoner, fortolkninger og prosesser kan stå i fare for å bli utydelige som en følge av at forskeren ikke alltid har fantasi til å forestille seg dette. Episoder og opplevelser kan være vanskelig å forklare og forstå når ikke forskeren selv ikke var tilstede (ibid.). Men det kan samtidig hevdes at en styrke ved fokusgruppeintervjuet er mindre tidsbruk for forskeren enn for eksempel deltagende observasjon eller feltarbeid.

En styrke ved fokusgruppeintervjuet er den sosiale samhandlingen og samspillet i gruppen, noe som kan være kilden til data. Ulikheter i erfaringer og praksis kan bidra til at deltagerne stiller spørsmål og kommenterer hverandres erfaringer og forståelse, og muligheter til raskt å få avklart eventuelle misforståelser eller utydelig kommentarer ansees som en fordel ved all form for intervjuforskning (Halkier & Gjerpe, 2010).

Ettersom jeg selv jobber på legevakt følte jeg det uproblematisk å kunne sette meg inn i deres utfordringer og situasjoner i legevaktsarbeidet. Sykepleiernes ulike erfaring og praksis bidro til at flere situasjoner rundt pasienter med delirium ble belyst og det bidro til en del refleksjoner i gruppen. Utydelige kommentarer og misforståelser ble raskt avklart og tatt underveis i intervjuet. Det må likevel tas høyde for at noen følte det vanskelig å mene noe



annet enn gruppen eller at utfallet kunne vært annerledes ved å gjennomføre individuelle intervju.

#### 4.3.5 Forskningsetiske overveielser

Med Helsinkideklarasjonen som bakteppe var det viktig for meg som forsker å overholde de lover og forskrifter den bygger på. Det ble for eksempel understreket at deltagere ikke skulle nevne konkrete pasienter ved navn eller bruke andre personopplysninger ved eksempler fra praksis.

Det var viktig for meg å ivareta alle deltakere på en etisk forsvarlig måte og møte de med respekt. Informert samtykke og personvern ble ivaretatt og informasjon om frivillighet til å delta i prosjektet. Studiet ble meldt til NSD for godkjenning, vedlegg 6. Alle deltagerne fikk skriftlig informasjon og bedt om å gi skriftlig samtykke til deltakelse i studien, vedlegg 5. Alle deltagerne gav skriftlig samtykke.

Det å forske på «kolleger» kan gi etiske utfordringer. Likevel anså jeg det som en fordel å ha kjennskap og erfaring fra legevaktsarbeid. Jeg erfarte at dette kom til nytte ved forberedelsene til undervisningsopplegget og min erfaring bidro også til innsikt i deltagerne arbeidshverdag. For meg var det viktig at alle følte seg hørt og respektert i intervjusituasjonene.

For fokusgrupper dreier etikk seg om noen hovedpunkter (Halkier & Gjerpe, 2010); anonymitet må overholdes og forsikring om at lydfiler ikke vil bli hørt av andre enn forskeren selv er viktig. Det samme gjelder også det transkriberte råmateriale. Forsker må ha respekt for deltagerne og holde det man lover.

I forbindelse med gjennomføring av begge kunnskapstestene ble ingen spurt om navn, kun antall år på legevakt og antall år som sykepleier. Svarene ble likevel oppbevart innelåst og ingen andre enn forsker har hatt tilgang til disse.

## 4.4 Dataanalyse

Analysen av intervjuene er basert på innholdsanalyse basert på Thagaards arbeider (2013). Den fortløpende transkriberingen ble kombinert med at jeg også nedtegnet kommentarer og

refleksjoner i dokumentet. Dette beskrives ifølge Thagaard (2013) som den deskriptive fasen. Neste trinn var å systematisere tekstmaterialet og samle dette i meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble fargekodet utfra innhold. Ulikt innhold har ulike farger. Meningsbærende enheter med sammenfallende innhold ble deretter samlet i underkategorier som så ble slått sammen og fikk overskrifter som uttrykte det felles meningsinnholdet i de ulike meningsbærende enhetene. Videre ble disse underkategoriene ytterligere abstrahert og slått sammen utfra likhetstrekk som utgjør hovedkategorier. Dette resulterte til sist i fire hovedkategorier beskrevet med overskrifter som er dekkende for innholdet.

#### 4.4.1 Transkripsjon av fokusgruppeintervjuene

I Halkiers & Gjerpes bok (2010) blir transkribering beskrevet som en nødvendighet for å kunne utføre en systematisk analyse. Alle data fra fokusgruppeintervjuene ble skrevet ned ordrett samt pauser og latter enkelte informanter hadde underveis i selve samtalen. Jeg har også valgt å skrive ned uferdige setninger og «hm» og «ja». Ved transkriberingen var det lett for meg å gjenkjenne stemmer og erindre stemninger eller situasjoner som ikke fremkom på lydfilene. Jeg valgte å lytte igjennom lydfilene et par ganger før selve transkriberingen for å sikre at alle stemninger og tonefall var observert (Halkier & Gjerpe, 2010).

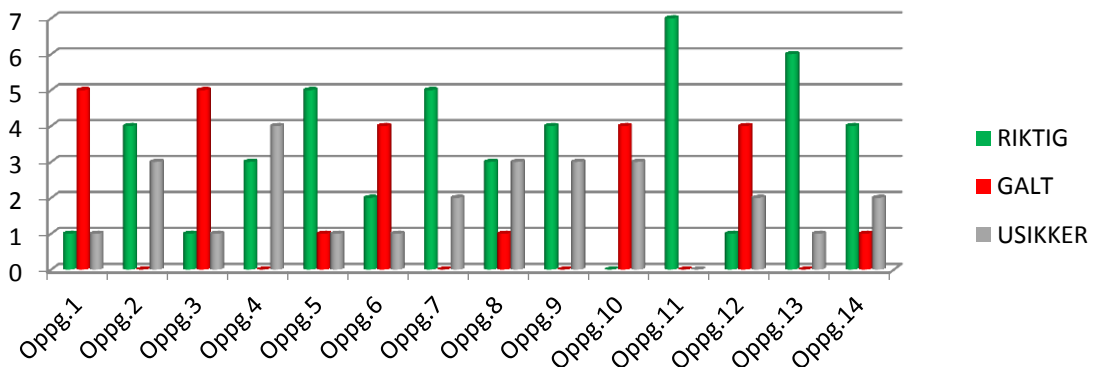
## 5.0 RESULTATER

I dette kapitlet vil studiens resultater presenteres. Kapittelet innledes med en presentasjon av resultatene fra kunnskapstesten før og etter opplæringsprogrammet, og dernest resultatene basert på fokusgruppeintervjuene.

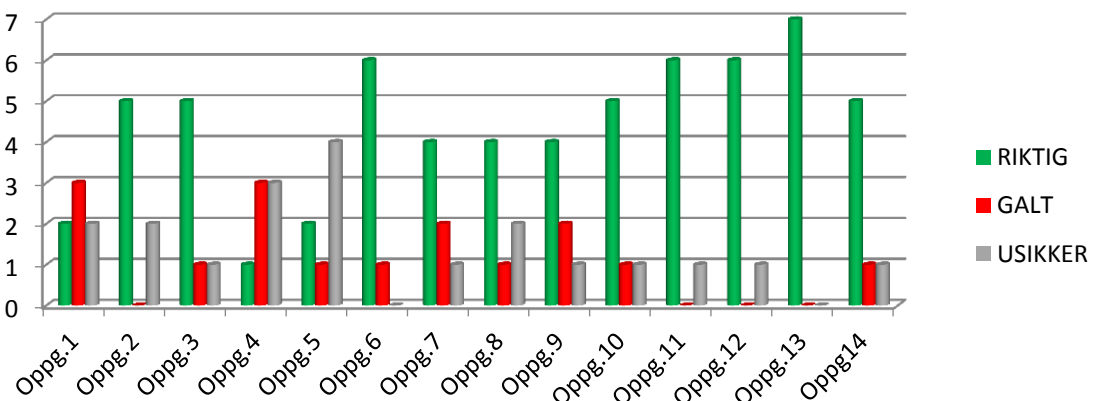
### 5.1 Kunnskapstest I – før deltagelse i opplæringsprogrammet

Først presenteres resultatene fra kunnskapstesten som ble gjort i forkant av kunnskapsoppdateringen.

Tabell 2: Kunnskaper om delirium før deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1)



Tabell 3: Kunnskaper om risikofaktorer ved delirium før deltagelse i opplæringsprogrammet (del 2)

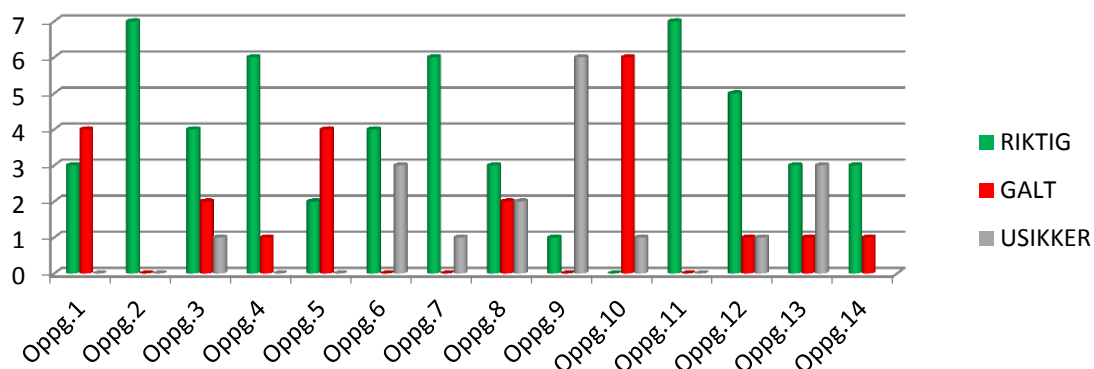


Deltagerne besvarte samme skjema påny i forkant av fokusgruppeintervjuene etter opplæringen (4 – 6 uker etter den teoretiske delen).

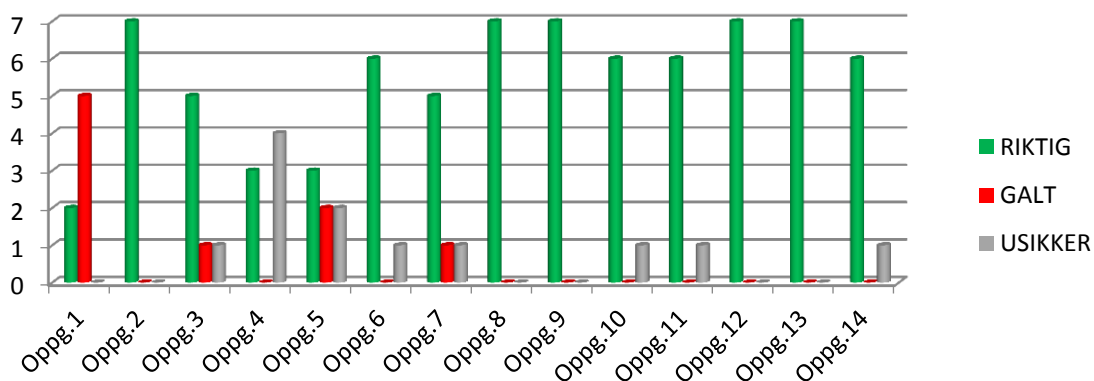
## 5.2 Kunnskapstest II – etter opplæringsprogrammet

Resultatet av kunnskapstesten etter deltagelse i opplæringsprogrammet vil her vises i tabeller. Første tabell (Tabell ) viser besvarelsen på den første delen av kunnskapstesten. Tabell viser resultat av besvarelsen på del to av testen.

Tabell 4: Kunnskap om delirium etter deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1)

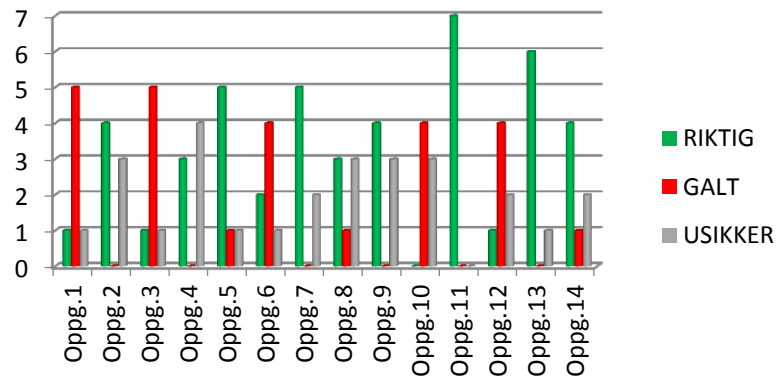


Tabell 5: Kunnskap om risikofaktorer ved delirium etter deltagelse i opplæringsprogrammet (del 2)

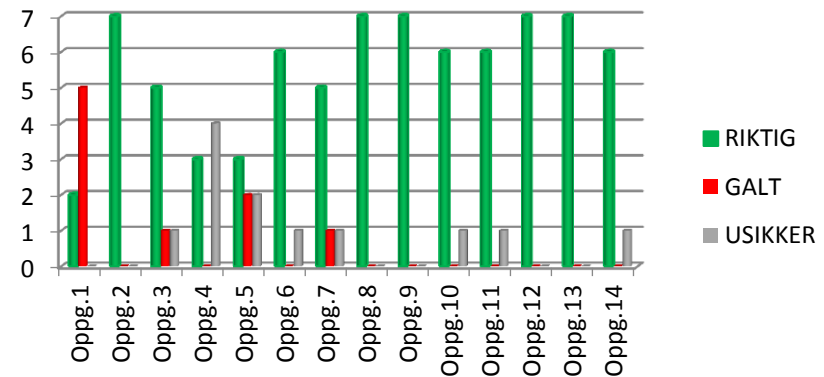


For å få et bedre overblikk over endringene viser de to påfølgende Tabell 6 og 7 deltagerens svar på kunnskapstestens del I før og etter opplæringen.

Tabell 6: Kunnskap om delirium **før** deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1)



Tabell 7: Kunnskap om delirium **etter** deltagelse i opplæringsprogrammet (del 1)

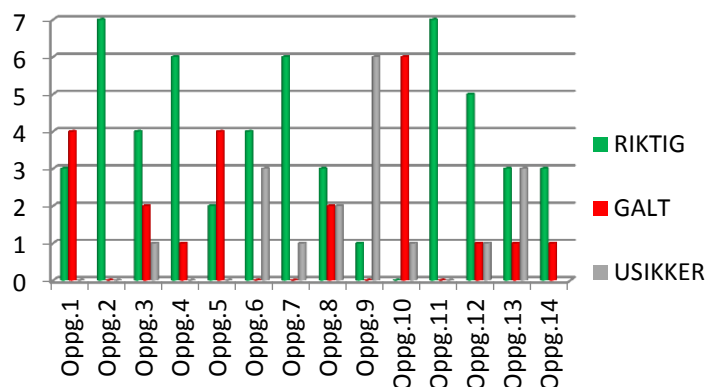


Den første tabellen viser at sykepleierne svarer mye riktig på første del av kunnskapstesten. På oppgave 1 om *Svingninger mellom å være orientert og desorientert er typisk for delirium* svarer 5 feil, 1 er usikker på dette og 1 har riktig svar. Oppgave 3 *Om behandling av delirium alltid er sedering* svarer 5 at det er det og 1 at det ikke er behandlingen. På oppgave 4 *Pasienter husker aldri episoder med delirium* er det kun en som svarer riktig, 3 riktig og 4 er usikker. I oppgave 5 svarer 5 at de er usikker på om MMSE er den beste måten å diagnostisere delirium. Oppgave 6 om *Delirium varer aldri lengere enn noen timer* svarer 2 riktig og 4 galt. Når de blir spurt om *Pasienter med delirium har høyere dødelighet* svarer 4 feil og 3 er usikker i oppgave 10. På oppgave 11 svarer 7 av 7 sykepleiere riktig på at *Atferdsendringer i løpet av dagen er typisk for delirium*. I oppgave 12 svarer kun 1 riktig på at *En pasient med delirium vil lett bli distraheret og /heller ha vansker med å følge samtalen*, 4 svarer feil og 2 er usikker.

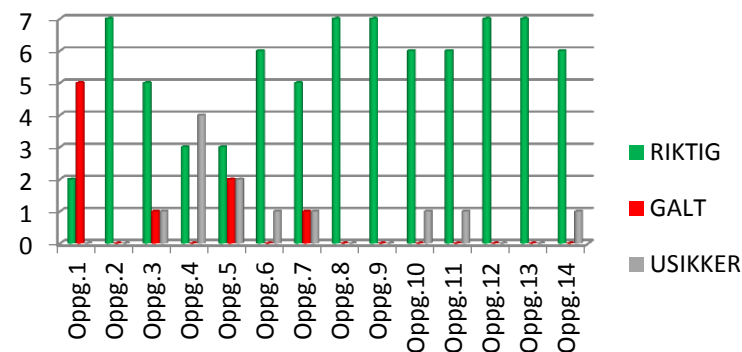
I del to av kunnskapstesten svarer 5 av 7 feil på oppgave 1 som er om svingninger mellom orientert og desorientert hvor 3 svarte feil før oppdatering. Oppgave 4 svarer 3 riktig, mens 4 er usikker, i første del svarte 3 feil og 3 var usikker. På oppgave 5 *Om MMSE* svarer 2 feil og 2 er usikker. Nå var det totalt 3 som svarte riktig på denne oppgaven. I oppgave er fortsatt en usikker. Man ser en tydelig økning av riktige svar i oppgave 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13 og 14.

Tabell og  
Tabell viser deltagerens svar på kunnskapstestens del II før og etter opplæringen

Tabell 8: Kunnskap om risikofaktorer ved delirium  
**før** deltagelse i opplæringsprogrammet (del II)



Tabell 9: Kunnskap om risikofaktorer ved delirium  
**etter** deltagelse i opplæringsprogrammet (del II)



I første del hvor kunnskap før oppdatering viser oppgave 4 at sykepleierne svarer feil på hvorvidt operative inngrep elektivt eller ikke har innvirkning på risiko for delirium etter kunnskapsoppdatering har 5 feil på samme oppgave. Videre viser oppgave 2 at 7 av 7 vet at risikoen for delirium er økende med alder. I oppgave 3 hvorvidt syn er en risiko for utvikling av delirium øker det med 1 etter kunnskapsoppdatering til 5 riktige. I oppgave 5 viser svar på om inneliggende urinkateter øker risiko en økning i riktig svar fra 2 gale til 3 riktige og 2 usikre svar. På oppgave 7 viser det at en har svart feil i forhold til første besvarelse før kunnskapsoppdateringen. Videre viser det en økning i antall riktige svar i oppgave 8, 9, 12 og 13 med 7 av 7 riktige. I oppgave 10 finner vi 6 gale svar og en usikker i første runde, etterpå ser vi at det er en økning til 6 riktige av 7. En svarte usikker på spørsmål 10 i runde 2. I oppgave 11 og 14 som omhandler om man er disponert for delirium ved dehydrering og demens i familien svarer 6 av 7 riktig på begge og en er usikker på oppgave 14 om risiko ved demens.

### 5.3 Resultater fra fokusgruppeintervjuene

I det følgende presenteres de to hovedkategoriene fra intervjuene. Den første hovedkategorien omhandler *Endret bevissthet om delirium i møte med eldre pasienter og deres pårørende etter opplæring*, og den en andre omhandler *Prosjektets nytteverdi – refleksjoner over organisering, innhold, styrket samhandling og ønsket om videre kunnskapsdeling*.

#### 5.3.1 Endret bevissthet om delirium i møte med eldre pasienter og deres pårørende etter opplæring

Samtlige sykepleiere følte at de hadde fått økt bevissthet rundt pasienter med delirium etter å ha deltatt i prosjektet. Dette kom til uttrykk i disse uttalelsene: «*Det er annerledes nå enn før prosjektet. Jeg vet ikke, har litt mere fokus på det kanskje og vet mere om det*».

«*Jeg har jo tenkt på det at det er noe som heter delir og vært mere oppmerksom på det, men jeg har jo ikke hatt en eneste pasient over 65 som har vært i nærheten av å være der i løpet av disse ukene. Men jeg har jo helt sikkert hatt det før, det vet jeg at jeg har hatt før men...*»

Tiltros for at ingen ikke hadde tatt imot eldre pasienter med delirium i løpet av prosjektperioden, beskrev de likevel et større fokus på muligheten for delirium blant eldre



som ankommer legevakten, både hos seg selv og blant kollegaene etter prosjektet.

Sykepleierne sa:

*«Jeg har jo blitt mere bevisst. Har kverna noe oppe i hodet, noe som jeg ikke har tenkt på siden en jobbet for mange hundre år siden, da man opplevde de typiske delirumpasientene på en kirurgisk avdeling».*

*«Jeg synes at dette studiet har gjort oss mere oppmerksom på det og nå har vi et fokus på dette her».*

De fleste gav uttrykk for en økt faglig trygghet og at de var blitt mer klar over hva de skal se etter hos denne pasientgruppen: *«Jeg tenker kanskje trygghet og litt mere bevissthet i forhold til hva vi på en måte ser etter i møte med pasient i delirium».* I denne sammenhengen sa en annen at:

*«Jeg synes også det har vært bra å videreformidle til andre kollegaer som ikke var med, og vikarer. Det er viktig at de også får den informasjonen forhold til å bli mere bevisst på at delir ikke bare omfatter de som er alkoholiserter. Så hadde vi en diskusjon på det. Og det syntes jeg var artig».*

Flere av sykepleierne medga at inntil prosjektet hadde mest tenkt at delirium kun var en tilstand assosiert med alkohol. Dette kom frem ved at en sa: *«Jeg må jo si at jeg trodde jo at det med alkohol var det som jeg først tenkte på. Men det er jo feil».*

Sykepleierne opplevde særlig at symptomer og kjennetegn på delirium var vanskelig å tyde i første møte med pasienten. En sa: *«Jeg vet ikke om det er så lett å fange opp her fordi vi kjenner jo ikke pasientene fra før. Det er jo kanskje litt lettere når du kjenner noen. Vi vet jo ikke hvordan de er til vanlig».*

En annen sa at:

*«Ja, jeg har nok tenkt mere over det nå etter at du har vært her. Jeg har jo lært mye mere om det, absolutt. Det er den ene jeg har tenkt på, ellers så er det mange gamle innom som er litt*

*sånn vanskelig. Vi vet jo ikke om det er sånn de er eller om det er ny oppståtte symptomer eller hva som er skjedd?».*

De hadde også hatt lite fokus på temaet og utfordringer med å skille mellom demens og delirium. Selv om de erfarte at de hadde mer kunnskap og økt bevissthet om delirium blant eldre, gav deltagerne uttrykk en fortsatt usikkerhet rundt delirium og risikofaktorer for å utvikle delirium, og likeledes var det også usikkerhet rundt hvordan de skulle håndtere dette på legevakta. De var derfor opptatt og bekymret for hvorvidt det de hadde lært ville føre til varige endringer i deres praksis, slik som det fremkommer i det følgende:

*«For at dette skal få en plass i en prioritert rekkefølge så bør man må drive aktiv undervisning om det. For å holde fokuset, holde kunnskapen oppe og skille mellom demens og ikke, om det oppsto akutt osv. – altså, ha de tankene på».*

I følge sykepleierne hadde undervisningen også medført at pårørende ble sett på som en ressurs. Dette kom til uttrykk i disse to uttalelsene: *«Vi blir kanskje mere observante på pårørende, synes jeg»* og *«Før så ville jeg tenkt at der kommer en dement dame eller mann, også er det jo ikke det det er. Jeg er blitt man mere fokusert på hva pårørende sier»*. En annen fremhevet at *«vi blir mere observante på pårørende, synes jeg»*.

En deltager påpekte at hun hadde fått økt respekt for pasientgruppen og at det var det viktigste hun hadde fått ut av undervisningen. Det ble fremhevet at alle sykepleiere som jobbet på legevakten burde deltatt. De beklaget at det ikke hadde latt seg gjennomføre.

På denne legevakten var det ingen systematiske rutiner for å bruke registreringsverktøy som for eksempel SQID eller OSLA. Det kom tydelig frem i intervjuene at dette var veldig et uvant verktøy for sykepleierne, og etter endt teoriopplæring så de derfor frem til å prøve disse verktøyene ut. Men perioden med registreringen ble ikke slik som planlagt. Det viste seg å bli en svært utfordrende periode for sykepleierne med store nasjonale omlegginger i fbm nytt nødnett og registreringen kom derfor sannsynligvis i annen rekke. I løpet av de fire ukene utprøvningsperioden pågikk ble det derfor ikke utført noen registreringer ved hjelp av SQID eller OSLA. Det ble i samråd med veileder bedt om muligheten for å utvide registreringen

med SQID og OSLA med ytterligere 4 uker. Men av praktiske grunner lot det seg ikke gjennomføre. Dette er en begrensning ved studien.

Deltagerne vurderte det som et aktuelt verktøy til bruk på legevakt. De fleste syntes det var en fordel at observasjoner kunne registreres i etterkant av sykepleievurderingen. En sa at «*OSLA virker som et greit verktøy å bruke*», og en annen tilføyde at «*Det kan jo umulig ta lang tid å finne scoren, virket som greie rammer*».

Flere uttalelser pekte i samme retning - av at de vil ta det i bruk:

*«Med hensyn til OSLA-skjemaet tenker jeg at det tar jo ikke lange tida å fylle det ut. Men det krever nok en sånn påminning, en reminder om at dette skal vi drive med. Så det går an å ta det opp igjen ved en seinere anledning, si om et halvt år da, og si: Husker dere hva vi lærte?»*

Sykepleierne beskrev tilfeller hvor de hadde hatt pasienter i delirium, men dette var i uken før oppstart med registreringen ved hjelp av OSLA:

*«Men det var de to casene som var her den søndagen før oppstart. Vi har jo nå lært at årsaken til delir må undersøkes og da skal de **ikke** innlegges på ø-hjelps avdelingen. Da skal de inn på sykehus».*

Flere av de andre nikkete og uttrykte enighet med denne deltageren. En sykepleier tilføyde også at:

*«Det er litt dumt (at vi ikke bruker skjemaer, egen merknad), fordi andre steder som på sykehuset bruker de sånne skjemaer og det blir en bedre måling. Både sånn i forhold til VAS – i forhold til smerter, i forhold til respirasjon og ved syke barn. Det finnes massevis av sånne skjemaer - så det er nok en kultur vi også må bli mere vant til».*

### 5.3.2 «Et nyttig prosjekt» – refleksjoner over organisering, innhold, styrket samhandling og ønsket om videre kunnskapsdeling

Legevakten var inne i en prosess med store omlegginger da denne studien ble gjennomført, noe som gjorde både tidspunktet for oppstart og tid til undervisning utfordrende. Derfor

beklaget flere av deltagerne dette. Det ble vel mye i en svært intensiv periode: *«Det har vært nyttig, men jeg skulle ønske det kom til et annet tidspunkt. Og det bare beklager jeg, for det har blitt en litt sånn på toppen av mye. Så det må du ta med deg i oppgaven».*

Sykepleierne konkluderte likevel med at både involveringen, undervisningen og prosessen i seg selv hadde vært godt planlagt og gjennomtenkt til tross for at tidspunktet falt sammen med andre viktige endringer i legevakttjenesten. Dette kom til uttrykk for eksempel når en sa at:

*«Det er nyttig og det er kvalitet over det du har levert, det er det ingen tvil om. Det er læring, det er kompetanseheving og det er tilrettelagt for sykepleiere. Det er en fordel at du sjøl jobber på legevakt; du har jo sydd det sammen slik at det er veldig egnet for en legevakt».*

*«Jeg vil berømme deg for en bra gjennomført prosess. Den er en fin mal på hvordan selge budskapet og gjøre det riktig. Og lage et verktøy for kartlegging – så det kommer jeg til å huske. Det står all respekt for gjennomføringen. Selv om både infodoc som du kjenner til og nødnett gjorde at det dessverre har vært mye».*

Lederen fremholdt også at det i hovedsak var gode tilbakemeldinger rundt selv prosjektet fra deltagerne. For egen regning tilføyde hun at *«Du kunne gjerne ha hatt dette på en konferanse for eksempel. Fortell om masteroppgaven din. Det hadde vært veldig aktuelt - på lik linje med mye annet som hører med på en legevakts konferanse».*

I hovedsak virket det som om informasjonen i forkant hadde vært god ut fra følgende uttalelse: *«Det gode var at vi fikk god informasjon av deg i starten og at folk meldte seg frivillig. Så det var en klar arbeidsavtale og fordeling fra din side helt fra starten av, og det var veldig bra».*

I forhold til undervisningens innhold var deltagerne fornøyde. Flere fremholdt at innholdet var godt planlagt og formidlet, slik det fremkommer i følgende uttalelse: *«Opplegget du har laget med undervisningen var informativ, enkel og begripelig – det likte vi veldig godt! Undervisningen var nok en sånn «høydare» i forhold til det vi hadde ventet».*

Undervisningen ble beskrevet som konkret og tydelig, sykepleierne syntes den var meget aktuell for legevakt og tilrettelagt på en god måte:

*«Jeg synes vi har lært mye av deg. Det har vært konkret det du har kommet med, jeg husker særlig undervisningen du hadde. Ja, det syntes jeg var veldig bra! Det sitter altså. Undervisningen og selve innholdet har jo vært superfint».*

Det var utbredt enighet om dette var et viktig og aktuelt tema. En sa at *«Det er absolutt viktig å øke bevisstheten på denne tilstanden. Det har du gjort en god jobb med».*

Sykepleierne var også opptatt av andre kunne ha nytte av et lignende prosjekt. De fremhevet både at ansatte ved andre legevakter, ved akuttmottak, i sykehjem og i hjemmesykepleien var praksiser som ville kunne ha nytte og glede av et tilsvarende prosjekt. Sykepleierne hadde følgende uttalelser: *«I akuttmottak for eksempel, der vet de jo stort sett hva som kommer inn av pasienter. Det vet vi jo egentlig ikke her».*

I forhold til sykehjem sa en sykepleier:

*«For der er det vel veldig ofte at det skjer at pasienter er mere utsatt for delirium? Vanlige somatiske pasienter som får infeksjoner og endrer seg med plukking osv. Så tenker man at nå har vedkommende blitt dement; og så er det ikke det som gjelder, altså».*

En annen sa at:

*«Jeg tenker at hjemmetjenesten er et viktig nedslagsfelt også for den kunnskapen her. Mange eldre har jo hjemmetjeneste og blir akutt syke eller forvirret. Og det er jo et symptom på noe og hjemmetjenesten kjenner til behovet og hvor de skal i systemet».*

Sykepleierne brakte opp en uklarhet vedrørende hvem som skulle/kunne henvises til Ø-hjelps avdelingen. De hadde tidligere tenkt at for eksempel pasienter som ikke kunne sendes direkte hjem igjen, men som trengte å bli observert over noe lengre tid, kunne henvises til Ø-hjelps avdelingen. De var i tvil om det var riktig, og mistanken om at det ikke skulle gjøres hadde blitt bekreftet etter at tilsynslegen derfra hadde vært på legevakten og informert personalet. En

sa at: *«Hvis årsaken-/e til delirium var uklart så ville de ikke ta dem imot der. Og det er jo forståelig. Han sa at hvis det var en urinveisinfeksjon og pasienten var dehydrert så var det en målrettet behandling. De tar bare imot de som kan ha en planlagt behandling».*

Sideeffekter av prosjektdeltagelsen så derfor ut til å bidra til en tydeliggjøring av hva som er riktige behandlingsforløp og samtidig ble det fremholdt at prosjektet også bidro til at legenes fokus økte på denne pasientgruppen. Det var hengt opp informasjon om delirium og om prosjektet på alle rom, inkludert legens undersøkelsesrom, og dette gjorde at det var lettere å tenke på det hele tiden. Deltagerne verdsatte dette, fordi de opplevde at enkelte leger heller ikke hadde mye fokus på delirium. Følgende uttalelse viser både dette og at «teamfølelsen» styrkes når alle arbeider i samme retning:

*«Jeg tror heller ikke legene tenker delirium i visse tilfeller. Så det hadde også vært en god ide å informere dem også. Jeg tenker det er jo legen som mange ganger sitter lengst med dem da. Da blir det et felles fokus og vi er jo et team. Hvis vi alle sammen tenker i de baner så..».*

## 6.0 DISKUSJON

For å kunne øke kvaliteten i sykepleie til eldre er økt kunnskap og forståelse et viktig bidrag. Både Bjørk (2008) og Kitson (2009) beskriver hvordan prosessen med å minske gapet mellom kunnskap og praksis både er tidkrevende og nødvendig i sykepleieutøvelsen. Selve studiet har inneholdt en kartlegging, en opplæring, bruk av spørreskjema og fokusgruppeintervju samtidig som et lokalt tilpasset og relevant opplæringsprogram har blitt utviklet.

I det følgende vil jeg først drøfte sykepleiernes vurderinger av egen kompetanse før og etter opplæring, denne delen innebærer også identifisering og kartlegging av delirium. Deretter blir bruken av kartleggingsverktøy belyst og sykepleiernes refleksjoner rundt selv kunnskapsoverføringen drøftes. Videre vil hemmere og fremmere for gjennomføring av prosjektet diskuteres i neste punkt, før jeg til slutt vil reflektere og diskutere min egen erfaring fra prosjektet og bruk av Grahams modell for kunnskapsoverføring diskuteres.

### 6.1.1 Sykepleiernes vurdering av egen kompetanse før og etter opplæring

Nedenfor vil sykepleiernes beskrivelse av egen kompetanse før og etter opplæring drøftes. I følge sykepleierne var opplæringen både oppdatert og aktuell.

Neerland et.al (2013) beskriver at tilstanden delirium ofte blir oversette og er vanskelig å oppdage i praksis. Kartleggingsintervjuet ga et inntrykk av at de hadde en lav andel eldre pasienter på legevakt og at delirium ikke var et aktuelt problem i hverdagen. Underveis i denne samtalen beskrev sykepleierne at kunnskapen om delirium og sykepleiernes fokus på eldre kunne være en årsak til dette. Fokusgruppeintervjuene viste at flere sykepleiere hadde erfaringer fra situasjoner på legevakt hvor pasienter var i delirium. Opplæringen bidro til at symptomene på delirium ble mere tydelig for sykepleiere og aktuelle pasientsituasjoner ble referert til underveis i opplæringen.

Sykepleierne hadde hatt fokus på praktiske undersøkelser og oppgaver i møte pasienter kanskje grunnet manglende kunnskap om delirium. Det at pårørende ofte har en støttende og tryggende funksjon på pasienten hadde ikke sykepleierne reflektert særlig over før

opplæringen. Neerland (2013) beskriver hvordan pårørende kan bidra til at pasienten kan klare å gjenvinne kontroll og oversikt i situasjonen.

Etter opplæringen beskrev sykepleierne at de hadde fått et økt fokus på delirium, de beskrev også at opplæringen hadde bidratt til bevissthet om temaet. De følte seg tryggere i situasjoner hvor de skulle skille mellom delirium og demens, noe som på sikt kan bidra til en bedre prioritering. En beskrev at hun følte en usikkerhet i det at de ikke kjente pasienten så godt fra før, noe som er utfordrende i første møte. Pårørende ble etter opplæring betegnet som en ressurs i situasjonen av andre. Sykepleierne uttrykte at opplæringen om delirium var et aktuelt tema og så nytteverdien av denne kunnskapen også i både hjemmesykepleien, sykehjem, andre legevakter og hos legene.

#### 6.1.2 Sykepleiernes beskrivelse av identifisering og kartlegging av delirium

Delirium blir beskrevet som en klinisk diagnose og sykepleiere på legevakt er i en nøkkel posisjon for å kunne observere tegn og symptomer i første kontakt. Like viktig er dokumentasjon av funn i pasientens journal og videreformidling til legen som skal undersøke pasienten.

Under kartleggingssamtalen kom det frem at identifiseringen av delirium på legevakt var uten struktur og at erfaringene med delirium var varierte. Legevakta hadde ingen metode for kartlegging av symptomer og tegn, noe som samsvarer med tidligere forskning på dette område og tema (Sjøbø et al., 2012). Sykepleierne beskrev utfordringer i forhold til at ikke var flinke nok til å få opplysninger via pårørende og hjemmesykepleien.

Det å kunne identifisere kjennetegn i første møte var utfordrende noe som både Inoye et. al (2004) og Gower et al. (2012) har fremhevet. Det er svært viktig å diagnostisere denne gruppen pasienter tidlig. Flere studier viser at det å ha en bevissthet rundt forhold som kan ha en sammenheng med utvikling av delirium gjør identifiseringen av denne pasientgruppen bedre. En systematisk identifisering av hvilke pasienter som er i faresonen for delirium, samt kunnskap om symptomene på delirium er sentrale for å kunne gjøre en systematisk vurdering av pasienten (Gower, O'Keefe, & Kang Christopher S., 2012; Kennedy et al., 2014).



Sykepleiere på legevakt har ansvar for vurdering og prioritering av pasienter som kontakter legevakt. I Helsepersonelloven (1999) står det at sykepleier må erkjenne et personlig ansvar for at egen praksis er faglig. Dette innebærer at det å kartlegge pasienters tilstand og funksjon er viktig ved første kontakt.

Resultatet av kunnskapstesten før og etter viser at sykepleierne ikke har tilstrekkelig kunnskap om symptomer på delirium. Symptomer som varierende forløp i løpet av døgn, endringer i oppmerksomhet og konsentrasjon, sykepleietiltak versus bruk av medikamenter, dødelighet. I følge Kirkevold et al. (2014) er disse symptomer beskrivende for tilstanden sammen med søvnproblemer og feiltolkning av sanseinntrykk og psykiatriske symptomer som hallusinasjoner og agitert adferd.

Kirkevold (1996) beskriver også hvordan kompetanse i å anvende vitenskapelig kunnskap innebærer vurderingskompetanse, noe som innebærer at man som sykepleier leser og forstår vitenskapelige teorier og forskningsrapporter. Videre beskrives anvendelseskunnskap som går ut på at sykepleier velger hva som er relevant kunnskap utfra hvilken situasjon man er i. I kunnskapsbasert praksis er sykepleien optimal når sykepleier kan benytte kunnskap fra forskning, erfaring og ferdigheter i møte med hver enkelt pasient og i ulike kontekster. Som sykepleier på legevakt er kunnskap, god kommunikasjon og empati viktig i pasientmøter. I praksis kan man si at sykepleierens kunnskap er avgjørende for prioritering og tiltak for pasienter. Intuisjon, refleksjon og erfaring er hovedkomponenter i utviklingen av den personlige kompetansen. Det å lære av erfaringer og reflektere over egen praksis er viktig for å kunne bruke det i andre situasjoner noe som beskrives i Kirkevold (1996).

Sykepleierne beskrev en endring etter opplæringen som gjorde dem mer fokusert på eldre og på symptomer på delirium. De beskrev også at de snakket mer sammen og reflekterte i høyere grad over egen praksis og observasjoner.

### 6.1.3 Sykepleiernes erfaringer i bruk av kartleggingsverktøy

Systematiske kartleggingsverktøy innrettet mot delirium ble ikke benyttet av sykepleierne på legevakta. Forskning viser at bruk av kartleggingsverktøy samt høy kompetanse er avgjørende for å kunne identifisere denne gruppen (Grossman et al., 2014; McCusker et al., 2011; Sjøbø et al., 2012; Vassbø & Eilertsen, 2011).

På kunnskapstesten svarte to sykepleiere at MMSE kunne benyttes i kartlegging av delirium. I fokusgruppeintervjuet kom det frem at de hadde liten erfaring i bruk av kartleggingsverktøy på legevakta. Det at eldre har et komplekst sykdomsbilde samt at man ikke kjenner pasienten godt viser et større behov for kartleggingsverktøy. Dette kan systematisere funn og observasjoner slik at det totale bildet av hver enkelt pasient blir tydeligere.

Wyller (2011) skiller mellom demens og delirium ved den akutte mentale svikten og akutt nylig oppståtte situasjoner. Delirium oppstår akutt og diagnostiseringen består i å finne bakenforliggende årsaker som eksempelvis dehydrering, infeksjoner, smerter, medikamenter, obstipasjon og urinretensjon.

Ut fra at de ikke brukte verktøy for systematisk å kartlegge delirium ble OSLA (Tieges Z. et al., 2013) planlagt utprøvd blant deltagerne. I denne perioden ble det dessverre ikke kartlagt noen pasienter i det aktuelle observasjonsskjema, men sykepleierne ga inntrykk av at OSLA virket enkelt og kunne være aktuelt å benytte på legevakt. Sykepleierne fremholdt at det å gjøre registreringen i etterkant av pasientmøtene ville være bra.

I fokusgruppeintervjuene etter opplæringen beskrev sykepleierne egne erfaringer fra legevakt i møte med eldre i delirium. De påpekte også at det trolig kunne være flere eldre med symptomer på delirium som de kunne ha oversett tidligere. Sykepleierne følte seg tryggere og mer kompetente både til å identifisere og kartlegge delirium. De følte seg tryggere i samhandling med pårørende og hjemmesykepleie i de vurderinger de gjorde etter opplæring. Sykepleierne mente at OSLA kunne vært et nyttig verktøy på legevakt, men at det ville ta tid til å implementere det i dagens praksis. En del forskning viser at kunnskap og standardiserte verktøy for kartlegging kan gi gode resultater (Sjøbø et al., 2012; Vassbø & Eilertsen, 2011).

#### 6.1.4 Sykepleiernes refleksjoner rundt selv kunnskapsoverføringen

Variasjonen i svar og usikkerhet ved besvarelse av kunnskapstesten (Hare et al., 2008) viste at det var en stor usikkerhet og variert kunnskap rundt eldre og delirium på legevakt. Dette er i samsvar med resultatene fra Hare et al. (2008) studie. Testen avdekket at sykepleierne

manglet kunnskap om både symptomer og risikofaktorer, og dette ble derfor vektlagt i opplæringen.

Gjennom å tydeliggjøre dagens praksis og behov i en kartlegningssamtale ble ulike fokusområder i opplæringen definert. Årsaken til at de i utgangspunktet valgte å delta var en erkjennelse om at dette var noe de manglet kunnskap om. Denne mangelen gjorde at de ønsket å øke egen kunnskap og kompetanse for å bedre dagens praksis.

I fokusgruppeintervjuene var de positive til å ha deltatt og de følte at de hadde hatt stor nytte av denne kunnskapen. Selve opplæringen hadde gitt dem kunnskap om observasjoner og risikofaktorer i møte med eldre i fare for eller i delirium. Sykepleierne beskrev at det å endre praksis når kun halvparten av de ansatte hadde deltatt kunne bli utfordrende. Det å spre kunnskapen er utfordrende i seg selv og krever en del både fra personalgruppen og leder (Sjøbø et al., 2012). Dette blir nærmere utdypet i neste punkt om hemmer/fremmere for gjennomføring av kunnskapsoverføring.

#### 6.1.5 Hemmere og fremmere for gjennomføring av kunnskapsoverføring

I denne delen vil jeg drøfte hemmere og fremmere for kunnskapsoverføring som var på legevakta. For at kunnskapsoverføring skal ha effekt er det nødvendig med både støtte og tilrettelegging fra alle involverte parter. Sykepleierne på legevakten var positive til å lære om delirium og ytret ønske om at alle sykepleiere på legevakt bør få del av denne kunnskapen.

Leder var positiv i første møte og samarbeidet forløp godt i hele prosessen. Fra tidligere erfaring med å delta i forskning på arbeidsplassen ønsket jeg at sykepleiernes tidsbruk ble inkludert i arbeidstiden. Dette kunne ikke enhetsleder få støtte for av sin leder noe som medførte en del ekstra frustrasjon blant sykepleiere og leder på legevakt.

Tid, travel arbeidsdag og nytt datasystem ser jeg som en barriere i etterkant. Tidsbruk for å få ny kunnskap utenom arbeidstid, er vanskelig når man føler det som en tilleggsoppgave. Det at ikke alle sykepleierne deltok kan også ha hatt en innvirkende kraft på registreringen av OSLA i de fire ukene. Det hadde derfor etter min mening vært enklere å rekruttere og få flere deltagere dersom prosjektet var en del av arbeidstiden.

Tidspunktet for studien kan også ha vært en hemmer, oppstart ble avtalt på våren 2015 og selve prosjektet ble påbegynt september 2015. Dette ble gjort for at legevakten skulle ha god tid til å planlegge prosjektet. Likevel var tidsbruken og utfordringene med nytt datasystem vanskelig å forutse for leder på legevakt. Hadde det vært praktisk mulig hadde det sannsynligvis vært best om prosjektet ble gjennomført i en annen periode, men dette var av tidsmessige årsaker ikke mulig å få til.

Egen erfaring og kjennskap til legevaksarbeid har vært et positivt element i studien idet jeg på en enklere måte kunne forstå og sette meg inn i sykepleiernes hverdag på legevakt.

#### 6.1.6 Egne erfaringer fra prosjektet

Kunnskapsoverføring har vist seg å være en utfordrende prosess og overføring av teori til praksis er tidkrevende. Graham et al. (2006) har vært til god hjelp og har bidratt til at jeg som forsker har følt en opprettholdelse av struktur i de ulike fasene. Opplæringen av sykepleierne ble positivt mottatt og jeg føler at tidsbruken var tilstrekkelig for de to opplæringsmodulene.

Sykepleierne på legevakten syntes undervisningen var nyttig og tidsmessig tilstrekkelig, men fremhevet betydningen av at alle sykepleiere burde fått undervisningen. Selve utprøvsperioden burde vært mye lenger og det hadde vært en stor fordel å ha med hele sykepleie gruppen på legevakta. I dette prosjektet var ikke fire uker tilstrekkelig til å få implementert et nytt kartleggingsverktøy. I ettertid ser jeg også at jeg burde vært mer tilstede i avdelingen. Det ble vanskelig å gjennomføre grunnet egen jobb. En halvtidsevaluering burde også vært lagt inn, der alle sykepleierne kunne fått anledning til å snakke om prosjektet og utfordringene de møtte.

De ulike fasene som Graham et. al. (2006) har beskrevet er alle nødvendige i å få overført kunnskap til praksis. Utfordringen ligger i å opprettholde denne kunnskapen og gjenta hele prosessen ved behov. Innenfor tidsrammen av mastergradsstudiet er det ikke mulig å få til.

#### 6.1.7 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien viser at overføring av kunnskap til praksis kan være utfordrende i seg selv. Det å få alle på legevakta til og delta er viktig, slik kan man oppnå lik kunnskap og forståelse for

delirium hos eldre. Sykepleierne som deltok understreket at kunnskap om delirium på legevakt var mangelfull og at fortsatt kunnskapsutvikling er nødvendig.

## **6.2 Metodiske refleksjoner**

Jeg ønsket å få frem en beskrivelse av sykepleiernes forståelse og erfaring i møte med eldre i delirium, og valget av fokusgruppeintervjuer ble gjort for å få økt kunnskap om sykepleiepraksis på legevakt. Med tanke på at den eldre generasjonen vil øke kraftig fremtiden blir legevaktens funksjon viktig. Kunnskap om geriatri og aldersforandringer må økes, dette fordi forebygging og å tidlig oppdage symptomer kan være avgjørende for de eldres helse og fremtidige liv.

Spørreskjemaet (Hare et al., 2008) som ble benyttet gir flere muligheter for analyser enn det som er mulig i denne studien. Antall deltagere gjør at resultatene kun kunne fremstilles i antall riktige og gale svar. I studien er det syv deltagere, og det er grunn til å anta at et høyere antall deltagere ville bidratt til et annet resultat. Det er derfor sykepleieres erfaringer ved bruk av spørreskjemaet som fremkommer i studien.

Min erfaring som intervjuer er begrenset og kan ha innvirket på de data som ble skapt. Forskning i eget felt kan være utfordrende fordi en kan bli «blind» for det som sies. Ved å forberede meg godt og tenke igjennom ulike situasjoner som kunne oppstå bidro dette til å opprette en nødvendig distanse og et analytisk perspektiv som jeg anså som viktig i min posisjon.

Utfordringen med å utføre intervjuer med flere tilstede er at den enkelte deltager ikke får sagt sitt og det kan være vanskelig å mene noe annet enn de andre i gruppen. Mitt bidrag for å redusere faren for dette var å bidra til at hver enkelt reflekterte og «svarte» på alle spørsmålene. En svakhet er at jeg i ettertid ser at jeg kunne vært bedre i oppfølgingsspørsmål noe som kunne resultert i at sentrale spørsmål ble bedre belyst. Intervjuene omhandlet ikke den enkeltes kunnskap, men gikk på erfaringer og prosedyrer. Dette kan ha bidratt til at selvstendige meninger lettere ble uttrykt. Det var ikke noen tilfeller av stor uenighet i selve fokusgruppeintervjuene. Egen erfaring og forståelse for en sykepleiers hverdag på legevakt

gjør at episoder som fremkom i intervjuene var enklere å forstå. Jeg vurderer det slik at denne erfaringen har vært en styrke i denne studien.

#### 6.2.1 Studiens kvalitet - troverdighet reliabilitet og overførbarhet

Reliabilitet og validitet er betegnelser for å styrke en studies kvalitet. Validitet dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette studiet er både utvalget, metoden, datainnsamlingen og selve analysen en del av reliabiliteten og validiteten. Min beskrivelse av selve planleggingen, utarbeidelsen og gjennomføring er gjort så transparent som mulig for å kunne styrke studiens troverdighet.

For denne studien ble det innhentet data ved en kartlegningssamtale om dagens praksis og hvilke behov som finnes for så å skreddersy et opplæringsprogram for sykepleiere på legevakt. For å ha ytterligere en forståelse for sykepleiernes kunnskap før og etter kunnskapsoppdatering har jeg benyttet en kunnskapstest (Hare et al., 2008). For så å evaluere prosessen med fokusgruppeintervju. Den interne validiteten i fokusgruppeintervjuene ble søkt ivarettatt ved at moderator og informanter hadde en felles forståelse av spørsmålene. Oppklarende spørsmål ble stilt underveis og alle fikk mulighet til å si noe ved at jeg spurte direkte før vi gikk over til neste tema. Ulike erfaringer og meninger kom frem i fokusgruppeintervjuene. Malterud (2012) sier at det å identifisere og sammenholde variasjoner over ulike temaer bidrar til styrke validiteten mere enn å oppnå enighet.

Deltakerantallet har ifølge Malterud (2012) mindre betydning i en fokusgruppstudie fordi man ikke tilstreber en representativt utvalg av målgruppen. Utfra gruppeantall som er anbefalt (ibid.) kan antallet i denne studien likevel ha påvirket resultatet og gruppedynamikken. Av respekt for de øvrige deltagerne ble det valgt å gjennomføre avtalte fokusgruppeintervju til tross for frafall. Deltagerne hadde lik utdanning og de jobbet på samme arbeidsplass noe som bidro til å skape trygghet.

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert fortløpende. Selve transkripsjonen ble gjort ved å lytte til intervjuene og transkribere ordrett, kvaliteten på intervjuene var gode og deltagerne var flinke til å snakke etter tur.

Overførbarhet til andre legevakter må brukes med forsiktighet som følge av at studien er liten. Likevel er analysen i studien basert på de empiriske data som fremkom. Det var god spredning i antall yrkesaktive år som sykepleier og antall år som sykepleier på legevakt. Som moderator var jeg opptatt i å få frem erfaringer som sykepleierne hadde fra sitt arbeid med eldre på legevakt. Enighet og beslutninger var som Malterud (2012) viser til, ikke en arena for disse to fokusgruppeintervjuene.

## 7.0 AVSLUTNING

Selv om studien er for liten til å kunne overføre resultatene til andre legevakter, kan det antydes at studien har avdekket områder for forbedringer hos sykepleiere på legevakt. Akutte situasjoner, det og ikke «kjenne» den enkelte pasient, tid og bemanning kan gi konsekvenser for kvaliteten på helsetjenester til eldre. Sykepleiernes mangel på tid og kunnskap kan være et hinder i å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Forskning viser at sykepleiere har en sentral rolle i å identifisere og forebygge delirium og sykepleiere på legevakt har en nøkkelrolle i å fange opp denne gruppen pasienter tidlig. Forskning viser også at kunnskap sammen med kartleggingsverktøy kan bidra til at man fanger opp flere eldre med delirium, noe som tydeliggjør behovet for at man må øke både kompetansen samt kunne bruke den siste oppdaterte kunnskap og forskning i den daglige praksis. Andelen eldre i fremtiden vil øke, og det er derfor viktig at kompetansen hos sykepleierne som skal arbeide med eldre vurderes fortløpende. Behov for kompetanseheving og endring i praksis på legevakten indikeres ved andelen eldre i delirium allerede i akutmottak (Han et al., 2009; Juliebø et al., 2012).

Videre studier blant sykepleiere på legevakt anbefales for å kunne utvikle god sykepleiepraksis i møte med eldre som er utsatt for eller i delirium. Fremtiden er avhengig av sykepleiere som kan gjøre målrettede observasjoner og vurderinger.



## 8.0 LITTERATURLISTE

- Aas, H.(2015) *Kode-M: kompetanse på delirium blant eldre på medisinsk sengepost-en kompetansehevingssstudie*. (Master). Høgskolen i Buskerud og Vestfold, HBV Brage
- Bjørk, I. T., Lomborg, K., Nielsen, C. M., Brynildsen, G., Frederiksen, A.-M. S., Larsen, K., Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: An example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing*, 0. doi: 10.1111/jan.12091
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribes.
- Bjørndal, B., & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken? : en innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.
- Bratland S., Z., & Lundevall S. (2009). *Læring av feil og klagesaker* (B. 7). Norske legeforening: Helsetislynet.
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn: innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Deasey, D., Kable, A., & Jeong, S. (2014). Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: a literature review. *Australas J Ageing*, 33(4), 229-236. doi: 10.1111/ajag.12169
- Engedal, K., Haugen, P. K., & Brækhus, A. (2009). *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2, LOV-2000-06-23-56-§2-2, LOV-2000-06-23-56-§6-2, LOV-1999-07-02-64-§4, LOV-1999-07-02-64-§16, LOV-2001-05-18-24-§10 C.F.R. (2005).
- Gower, L. E. J., O'Keefe, G. M., & Kang Christopher S. (2012). Emergency Department Management of Delirium in the Elderly. *Western Journal of Emergency Medicine*:(Emergency Department Management of Delirium in the Elderly). doi: 10.5811/westjern.2011.10.6654
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47
- Grossman, F. F., Hasemann, W., Graber, A., Bingisser, R., Kressig, R. W., & Nickel, C. H. (2014). Screening, detection and management of delirium in the emergency department- a pilot study on the feasibility of a new algorithm for the use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department(mCAM-ED). *Journal of Trauma*. doi: 10.1186/1757-7241-22-19
- Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Han, J. H., Eden, S., Shintani, A., Morandi, A., Schnelle, J., Dittus, R. S., . . . Ely, E. W. (2011). Delirium in older emergency department patients is an independent predictor of hospital length of stay. *Acad Emerg Med*, 18(5), 451-457. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01065.x
- Han, J. H., Morandi, A., Ely, E. W., Callison, C., Zhou, C., Storrow, A. B., Schnelle, J. (2009). Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*, 57(5), 889-894. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02219.x

- Hare, M., Wyanden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*, 29(1).
- Holt, R., Young, J., & Heseltine, D. (2013). Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age Ageing*, 42(6), 721-727. doi: 10.1093/ageing/aft120
- Hunskår, S., Tone Morken, Vivian Midtbø, Signe M. Zachariassen, kompetansesenter, N., & legevaktmedisin, f. (2014). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014* Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.
- Inouye, 1990, e. a., Norsk, O. t., Ranhoff A.H., Hjermstad M., & Loge J.H. (2004). <Confusion assessment method (CAM) - kortversjonen.pdf>.
- Johannesen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen L. (2010) Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt Forlag
- Juliebø, V., Krogseth, M., B. E., N., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2012). Delirium-a common condition associated with negative outcome in the elderly.
- Kennedy, M., Enander, R. A., Tadiri, S. P., Wolfe, R. E., Shapiro, N. I., & Marcantonio, E. R. (2014). Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. *J Am Geriatr Soc*, 62(3), 462-469. doi: 10.1111/jgs.12692
- Kirkevold, M. (1996) Vitenskap for praksis? (1. utgave) Oslo: Gyldendals akademisk ISBN/EAN: 9788241704635
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). Geriatrik sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kitson, A. L. (2009). The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 217-228. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04864.x
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- LOVDATA.NO: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-03-18-252?q=lov+om+legevakt>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-2015-06-19-59 fra 01.07.2015, LOV-2015-06-19-60 fra 01.07.2015, LOV-2015-06-19-61 fra 01.07.2015 C.F.R. (LOV-1999-07-02-64).
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- McCusker, J., Cole, M. G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Belzile, E. (2011). Use of nurse-observed symptoms of delirium in long-term care: effects on prevalence and outcomes of delirium. *Int Psychogeriatr*, 23(4), 602-608. doi: 10.1017/S1041610210001900
- Moth, G., Huibers, L., & Vedsted, P. (2013). From Doctor to Nurse Triage in the Danish Out-of-Hours Primary Care Service: Simulated Effects on Costs. *Int J Family Med*, 2013, 987834. doi: 10.1155/2013/987834
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium in elderly patients. [Översikt]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(15), 1596-1600.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nyen, B., Hansen, E. H., & Bondevik, G. T. (2010). Kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til Legevakt. *Sykepleien Forskning*, 3, 5: 220-226.

- Sands, M. B., Dantoc, B. P., Hartshorn, A., Ryan, C. J., & Lujic, S. (2010). Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliat Med*, 24(6), 561-565. doi: 10.1177/0269216310371556
- Sjøbø, B., Graverholt, B., & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten [Norwegian]. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 358-368. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0155
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tieges Z., McGrath A., Hall R.J., & MacLulich A.M.J. (2013). Observasjon skala for bevissthetsnivå.
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2011). Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(02).
- Wilson, D., & Low, G. (2010). <Nursing practises to detect delirium.pdf>.
- Wyller, T. B. (2011). *Geriatry : en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk 2011.

Helsebiblioteket.no : Best Practice <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/241/diagnosis/step-by-step.html>

Nedlastet :14.04.2016

Prosedyrer:

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/geriatri-akutt-funksjonssvikt-hos-eldre>

Nedlastet: 18.04.2016

National Center for Dissemination of Disability Research. What is knowledge translation?

Technical brief number 10, 2005. Tilgjengelig på:

[http://www.ncddr.org/du/products/focus/focus\\_10](http://www.ncddr.org/du/products/focus/focus_10)

Nedlastet 16.03. 2016

Helsedirektoratet. Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. 2. utgave, 2012

[http://www.kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_\\_\\_\\_1236.aspx](http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1236.aspx) (24.07.2014)

Statistisk Sentralbyrå:

<http://stabas.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=8104002&Language=nb>

Nedlastet 13/03. 2016

Zander Bratland S, Lundevall S(Red.): Læring av feil og klagesaker.

Rapport 7/2009. Oslo: Helsetilsynet, 2009.

## SPØRRESKJEMA OM DELIRIUM

### Del I: KUNNSKAP OM DELIRIUM

Kryss av for påstandene som stemmer for deg

		Enig	Uenig	Usikker
1	Svingninger mellom å være orientert og desorientert er ikke typisk for delirium			
2	Symptomer på depresjon kan ligne på delirium			
3	Behandling for delirium inneholder alltid sedering (beroligende)			
4	Pasienter husker aldri episoder med delirium			
5	En MMSE (Mini Mental Status Examination) er den beste måten å diagnostisere delirium på			
6	Delirium varer aldri lengre enn noen få timer			
7	En pasient som er apatisk og vanskelig å vekke har ikke delirium			
8	Pasienter med delirium er alltid fysisk og/eller verbalt aggressive			
9	Delirium skyldes stort sett alkohol abstinenser			
10	Pasienter med delirium har høyere dødelighet			
11	Atferdsendringer i løpet av dagen er typisk for delirium			
12	En pasient med delirium vil lett bli distraheret og/eller ha vansker med å følge en samtale			
13	Pasienter med delirium vil ofte oppleve forstyrrelser i evnen til å oppfatte (persepsjonsforstyrrelser)			
14	Endret søvn-/våken mønster kan være et symptom på delirium			

## Del II: KUNNSKAP OM RISIKOFAKTORER FOR Å UTVIKLE DELIRIUM

Kryss av for påstandene som stemmer for deg

		Enig	Uenig	Usikker
1	En pasient som blir operert for lårhalsbrudd har samme risiko for delirium som en pasient som blir elektivt operert for å bytte hofte			
2	Risiko for delirium øker med økende alder			
3	En pasient med redusert syn vil ha økt risiko for å utvikle delirium			
4	Jo flere medisiner en pasient tar, jo større er risikoen for å utvikle delirium			
5	Inneliggende urinkateter vil redusere risikoen for delirium			
6	Kjønn har ingen innvirkning på utvikling av delirium			
7	Dårlig ernæring øker risikoen for å utvikle delirium			
8	Demens er den største risikofaktoren for delirium			
9	Menn har større risiko for delirium enn kvinner			
10	Diabetes er en høy risikofaktor for delirium			
11	Dehydrering kan være en risikofaktor for delirium			
12	Redusert hørsel øker risikoen for delirium			
13	Fedme er en risikofaktor for delirium			
14	En pasient med demens i familien er predisponert for delirium			

Søknad om tillatelse til bruk av kunnskapstest

Hi Vivian

My humble apologies for not replying sooner (I thought I had). Yes, I am very happy for you to use the questionnaire.

Best wishes for your study

Malcolm Hare

**From:** Vivian Thorstensen [<mailto:vivian.thorstensen@sf-nett.no>]

**Sent:** Tuesday, 1 September 2015 7:40 PM

**To:** Hare, Malcolm

**Subject:** Permission to use the questionnaire about delirium

Mr. Hare

I hope You have received my earlier mail about this topic. Since I cannot see that I have received any answer, I try again. Masterstudent Hanne Aas and Professor Grethe Eilertsen have translated this questionnaire into Norwegian, and I am hoping to be using this in my project. Grethe Eilertsen is my guidance in this project regarding nurses' knowledge of delirium in out of hours practice. This is why I would like to ask You If I please can have Your permission to use the questionnaire about nurses knowledge of delirium and risk factors, in my project ?

Looking forward to your answer.

Best regards

Vivian Thorstensen

Masterstudent in Norway

# **VELKOMMEN TIL UNDERVISNING**

## **DELIRIUM HOS ELDRE PÅ LEGEVAKT**

**- hvilken rolle har vi som sykepleiere?**

**TIRSDAG 27. Oktober 13.30- 15.30**

**Kort presentasjon av mitt mastergradsprosjekt**

**Utfylling av spørreskjema om delirium**

**Hva er delirium?**

- Gjennomgang av kartleggingsverktøyene SQID og OSLA
- Behandling
- Hvilken rolle har sykepleier?

**Videre forløp i prosjektet**



**Hilsen Vivian Thorstensen**

**Mastergradsstudent Høgskolen i Buskerud og Vestfold**

**NB! Påmelding på mobil 92 22 15 10**

## Intervjuguide fokusgruppeintervju

### Evaluering og oppsummering av deltagelse

1. Nå har dere vært gjennom en opplæringsprosess og en periode med utprøving av screeningverktøy her på legevakta.
  - Hvordan har dere opplevd dette?
  - Hva har vært bra?
  - Noe som bør gjøres annerledes?
2. Hvilke assosiasjoner får du når vi snakker om delirium?
3. Har dine erfaringer i å kartlegge og identifisere eldre med delirium endret seg etter opplæringsprogrammet?
4. Hvilke erfaringer sitter du igjen med etter å ha brukt screeningverktøyet SQID og OSLA?
  - Er dette verktøy som har en nytteverdi på legevakt?
  - Kan dette bidra til bedre screening på legevakt?
5. Hva blir gjort nå etter prosjektslutt dersom det foreligger mistanke om delirium hos en pasient?
  - Hvilke tiltak gjør du som sykepleier i denne situasjonen?
  - Har dere opplevd situasjoner i denne utprøvingsperioden?  
-beskriv situasjonen?
6. Hva har vært mest nyttig i det daglige arbeidet under selve prosessen?
7. Hva har ikke vært nyttig i det daglige arbeidet på legevakt under selve prosessen?
8. Hva burde vært gjort annerledes?
9. Som oppsummering, har dette vært en prosess som kan bidra til endret sykepleiepraksis på legevakt?
  - Endrede rutiner?
  - Bedre kunnskap?
10. Etter de erfaringer dere sitter med nå i etterkant- vil dette prosjektet være aktuelt for andre legevakter?



Informasjon og samtykkeskriv

## **FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT**

### **Bakgrunn og formål**

Studier viser at antall eldre vil øke i fremtiden- man snakker da om eldrebølgen. Dette vil medføre at eldre i større grad vil benytte legevakten av ulike årsaker. Studier fra sykehus og sykehjem viser at sykepleiere generelt har liten kunnskap om delirium hos eldre. Tilstanden forveksles ofte med demenssykdom og depresjon- noe som gir en underdiagnostisering og gjør at man lett overser delirium i praksis. Sykepleiere på legevakt har en nøkkelrolle i sin kontakt med pasienter/pårørende på telefon eller ved oppmøte. En god vurdering er avgjørende for videre forløp.

Formålet med denne studien er å undersøke om et opplæringsprogram og implementering av screeningverktøy kan bidra til å øke sykepleiernes kompetanse til å identifisere, forebygge og ivareta eldre i fare for å utvikle eller som har delirium på legevakt.

Studiens mål er å styrke sykepleierens kompetanse og innføre screeningverktøy for å bedre vurdering/screening av eldre med eller utsatt for delirium på legevakt.

### **Studiens oppbygging**

Selve studien vil gå over cirka 10 uker totalt og kan deles i 3 faser.

Fase 1: 6 sykepleiere deltar i en gruppesamtale for å kartlegge kunnskap og dagens praksis.

Fase 2: Kunnskapskartlegging og gjennomføring av opplæringsprogrammet hvor undervisningen vil være på om lag 6 timer inkludert opplæring og utprøving av screeningverktøy. Screeningsverktøy skal så tas i bruk og brukes over en periode på 6 uker.

Fase 3: Ny kunnskapskartlegging og fokusgruppeintervju av sykepleierne som har deltatt. I dette intervjuet er du med på å evaluere undervisningen, screeningverktøy og bruken av disse. Av praktiske årsaker vil jeg be om tillatelse til å gjøre lydopptak av intervjuene.

Mitt hovedfokus med prosjektet er å øke dine kunnskaper om en sårbar gruppe med en komplisert tilstand slik at dagens praksis kan bli bedre eller endres. Ved at akkurat du deltar kan du bidra til å dele erfaringer og reflektere over disse, samt å bidra til en bedre sykepleiepraksis for denne gruppen eldre.

### **Hva skjer med dine data og intervju?**

Det kan være at de sammenholdt data fra studien kan bli publisert når resultatene foreligger. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og opplysninger vil bli aidentifisert gjennom hele undersøkelsen. Det vil derfor ikke være mulig å gjenkjenne deltagerne av studiet. Alle data vil bli behandlet utfra retningslinjer på Høyskolen i Buskerud og Vestfold.

Etter planen skal prosjektet avsluttes våren/sommeren 2016. Samtykke skal oppbevares i en konvolutt i en låsbar skuff sammen med spørreskjema. Lydopptak fra intervjuene oppbevares på høyskolens forskningsserver. Lydopptak vil bli slettet etter at studiet er avsluttet med sensur.

### **Deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, du kan til enhver tid trekke deg uten å oppgi grunn- men ikke etter at intervjuene er utskrevet og anonymisert. Som deltaker forplikter du deg til å delta i hele prosjektet. Ved spørsmål eller ønske om å delta kan du kontakte meg eller min veileder førsteamanuensis Grethe Eilertsen. Studien vil bli vurdert og søkt godkjent av personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen

Vivian Thorstensen  
Mastergradsstudent  
Tlf: 92 22 15 10  
e-mail: [vivian.thorstensen@sf-nett.no](mailto:vivian.thorstensen@sf-nett.no)

Grethe Eilertsen  
Førsteamanuensis/Veileder  
Tlf 99 16 73 10  
e-mail: [grethe.eilertsen@hbu.no](mailto:grethe.eilertsen@hbu.no)

-----  
Signatur deltager

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Grethe Eilertsen

Institutt for sykepleievitenskap (Drammen) Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Postboks 7053

3007 DRAMMEN

Vår dato: 26.06.2015

Vår ref: 43664 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43664

*Hvilke erfaringer har sykepleiere på legevakt med delirium blant eldre og hvilke erfaringer gjør de seg gjennom deltagelse i et opplæringsprogram om delirium?*

*Behandlingsansvarlig*

*Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Grethe Eilertsen*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 43664

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vi anbefaler at informantene (sykepleierne) før intervjuene, rutinemessig minnes om at de har taushetsplikt ovenfor forsker og således ikke kan oppgi opplysninger på en måte som gjør at enkeltpasienter gjenkjennes.