

SY237H 002

**AVSLUTTENDE OPPGAVE I
INTENSIVSYKEPLEIE**

Kandidat 5 og 13

Tema

- INTENSIVSYNDROM -

ABSTRACT

Dette er en avsluttende oppgave skrevet av to studenter i forbindelse med videreutdanning i intensivsykepleie. Oppgaven har til hensikt å besvare problemstillingen: Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til å forebygge og behandle intensivsyndrom hos intensivpasienter? For å finne ut av dette har vi benyttet en kombinasjon av metodene litteraturstudie og kvalitative intervju med tre erfarne intensivsykepleiere som arbeider ved en intensivavdeling. Oppgaven beskriver årsaker og symptomer på intensivsyndrom. Videre tar oppgaven for seg hvilke tiltak intensivsykepleiere kan sette i verk for å forebygge og behandle intensivsyndrom, samt hvilke konsekvenser intensivsyndrom kan medføre.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s.1
1.2 Problemstilling.....	s.1
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	s.1
1.4 Oppgavens oppbygging.....	s.2

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie.....	s.3
2.2 Valg av metode.....	s.4
2.3 Gjennomføring av kvalitative intervju.....	s.5
2.4 Intervjuguide.....	s.6
2.5 Metode- og kildekritikk.....	s.7
2.6 Forskningsetikk.....	s.8

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1 Intensivsyndrom.....	s.9
3.2 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	s.11
3.3 Stress og mestringsteori.....	s.12
3.4 Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere.....	s.13

4.0 DRØFTING

4.1 Årsaker til intensivsyndrom.....	s.14
4.2 Symptomer på intensivsyndrom.....	s.18
4.3 Forebygging av intensivsyndrom.....	s.21
4.4 Behandling av intensivsyndrom.....	s.26
4.5 Konsekvenser av intensivsyndrom.....	s.34

5.0 AVSLUTNING.....	s.36
----------------------------	-------------

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur.....s.37

Selvvalgt litteratur.....s.38

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjon til intervjupersoner/informanter

Vedlegg 3: Søknad vedrørende avsluttende eksamen i intensivsykepleie. Til fagansvarlige lærere angående skriving av oppgave sammen med annen student.

Vedlegg 4: Søknad vedrørende avsluttende eksamen i intensivsykepleie angående gjennomføring av intervju. Til avdelingsleder ved intensivavdelingen.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for vår oppgave er at vi i vårt arbeid på intensivavdelingen gjentatte ganger har hatt ansvaret for pasienter som har utviklet intensivsyndrom. Vi har opplevd dette som en stor utfordring, fordi vi synes det har vært svært vanskelig å gi tilstrekkelig og optimal behandling til disse pasientene. Dette gjelder både i forhold til forebygging, samt å vite hvilke tiltak man bør sette i verk når pasienter har utviklet intensivsyndrom. Som vi skal komme tilbake til i oppgaven har en rekke studier vist at intensivsyndrom rammer over halvparten av alle intensivpasienter. Intensivsyndrom kan for de som rammes medføre betydelig økt dødelighet, forlenget intensivbehandling, lengre liggetid på sykehus og svekket kognitiv funksjon også etter utskrivelse fra sykehus (26,29,30,31). Intensivsyndrom har dermed store konsekvenser for pasientene, i tillegg til økonomiske konsekvenser for samfunnet. Til tross for dette har syndromet fått lite oppmerksomhet i intensivmiljøet. Intensivsyndrom kommer mest sannsynlig til å øke i hyppighet i fremtiden etter som det blir stadig flere eldre i samfunnet og stadig flere sykdomsgrupper blir behandlet. Det er derfor en utfordring alle intensivsykepleiere vil bli stilt ovenfor. Etter å ha skrevet denne oppgaven håper vi å stå sterkere rustet i møte med denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til å forebygge og behandle intensivsyndrom hos intensivpasienter?

1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven ønsker vi å skrive om hvordan intensivsykepleieren kan bidra i forebyggingen og behandlingen av intensivsyndrom. Det er mange faktorer som kan føre til at akutt og kritisk syke pasienter innlagt på intensivavdelingen utvikler intensivsyndrom. Enkelte pasientgrupper som fra tidligere har en demensdiagnose, rusproblematikk eller en psykiatrisk diagnose er kanskje spesielt utsatte. Dette er faktorer som ofte krever annen

behandling, og vi vil av den grunn avgrense oppgaven til å ikke handle om pasienter med slike tilleggsproblemer. Vår oppgave skal dreie seg om pasienter over 18 år hvor intensivsyndromet oppsto etter innleggelse ved avdelingen. Årsaken til dette er at vi ikke har erfaring med barn som utvikler intensivsyndrom, i tillegg til at dette ikke ble omtalt av intensivsykepleierne vi intervjuet. Videre kommer vi ikke inn på pasienter fra andre kulturer. På grunn av oppgavens begrensede omfang vil oppgaven heller ikke ta for seg de ulike differensialdiagnosene til intensivsyndrom. Vi har forsøkt å fokusere på intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområde, og vil derfor ikke drøfte andre yrkesgruppers oppgaver i forebyggingen og behandlingen. Vi tar for oss intensivsykepleierens tiltak rettet mot pasientens behov, og drøfter i liten grad pårørendes eller intensivsykepleierens behov i en slik situasjon. Av samme grunn vil oppgaven dreie seg om de ikke-medikamentelle tiltakene som intensivsykepleierne kan iverksette. Medikamentell behandling er bare kort omtalt til slutt da dette er legenes hovedansvar. Årsaker, forebygging, behandling og konsekvenser av intensivsyndrom er komplekse temaer hvor svært mange faktorer spiller inn. I tillegg varierer faktorene ut fra omstendigheter og individuelle forskjeller. Vi ønsker derfor å understreke at det ikke har vært mulighet for oss å komme inn på alle faktorer som innvirker på intensivsyndrom. Vi har derfor konsentrert oss om de faktorer og tema som intensivsykepleierne vi intervjuet og litteraturen fokuserer på.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med en innledning hvor problemstilling, avgrensninger og valg av tema presenteres. Deretter gjør vi rede for gjennomføring og valg av metode i et eget metodekapittel. Oppgaven er videre delt inn i en teoridel og en drøftingsdel. I teoridelen har vi med teori om intensivsyndrom, Joyce Travelbees sykepleieteori, stress og mestringsteori og funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere. Til slutt kommer drøftingen som omhandler årsaker, symptomer, forebygging, behandling og konsekvenser av intensivsyndrom.

Den teoretiske referanserammen i vår oppgave er forholdsvis kort. Dette er et bevisst valg fra vår side. Intensivsyndrom er svært komplekst og sammensatt fenomen, og vi føler derfor det blir feil å fremheve teori som gjerne ville ha blitt spesifikk rettet mot kun enkelte faktorer i forebyggingen eller behandlingen. Vi har isteden valgt å fokusere på empiriske studier, forskningsartikler og funnene i vår undersøkelse for å besvare problemstillingen.

2.0 METODE

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, referert i 1, s 71).

Metoden er altså vårt redskap som hjelper oss med å samle inn den informasjonen vi trenger i undersøkelsen. Den forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Vi har i vår oppgave brukt en kombinasjon av litteraturstudie og kvalitative intervju.

2.1 Litteraturstudie

Et litteraturstudie innebærer en systematisk og kritisk gjennomgang av kunnskap fra skriftlige kilder som omhandler temaet man fordypet seg i, for deretter å sammenfatte kunnskapen. Det vil si at et litteraturstudie ikke tar sikte på å fremskaffe ny kunnskap. Nye erkjennelser kan likevel komme frem når man sammenligner kunnskap som tidligere bare er beskrevet bitvis (5). Da vi skulle søke etter litteratur ble det tidlig klart at det var lite norsk litteratur om intensivsyndrom. Vi brukte søkemotorene Google, Kvasir og BIBSYS, men kunne ikke finne bøker som omhandler emnet. Intensivsyndrom blir bare kort omtalt i generelle bøker om intensivsykepleie. I pensumlitteraturen er det kun et kort kapittel i boken Intensivsykepleie, i tillegg til at det blir nevnt i boken Respiratorbehandling. Vi startet derfor med å søke i internasjonale og nasjonale medisinske databaser etter mer litteratur om emnet. Vi søkte mest i databasene PubMed, Springerlink, Cochrane, ScienceDirect, Blackwell Synergy og ProQuest. For å få tilgang til fulltekst måtte vi ofte søke de ulike artiklene opp i andre søkemotorer som f.eks. Google Scholar for å finne en nettside som gav oss tilgang. Vi fant da mange artikler hvor de fleste var skrevet på engelsk. I all hovedsak brukte vi derfor engelske søkeord: intensive syndrome, ICU syndrome, ICU delirium, delirium, intensive psychosis og ICU psychosis. For å finne artikler relatert til sykepleie kombinerte vi også disse søkeordene med nurse, nursing, intensiv care nursing, samt ICU nurse. De fleste artiklene vi har brukt i oppgaven er publisert i anerkjente tidsskrift som Intensive and Critical Care Nursing, Journal of Clinical Nursing, Critical Care, Journal of Intensive Care Medicine, Nursing in Critical

Care og JAMA – The Journal of the American Medical Association. Vi har brukt disse for at litteraturen vi har valgt skal være mest mulig relevant, oppdatert og pålitelig. I studiene som de ulike artiklene omhandler har det både vært brukt kvalitativ og kvantitativ metode. Ved valg av litteratur har vi i utgangspunktet forsøkt å forholde oss til studier og artikler som er skrevet i nyere tid, og som er referert i andre artikler. Vi har også tatt med relevante eldre studier, men da etter å ha vurdert om studiene fortsatt er aktuelle og gyldige. I tillegg har vi i størst mulig grad forsøkt å velge ut studier hvor forskningen er evidence-basert. Det betyr at metoden som er brukt i forskningen kan ansees som gyldig, og at resultatet da til en viss grad kan ansees som bevist. Vi er klar over at dette ikke betyr at det er konsensus, da det krever at ekspertene på området er blitt enige om hva som er korrekt. I forhold til intensivsyndrom har vi ikke funnet noen områder som det er full enighet eller konsensus på. Ved bruk av annen teori har vi i stor grad forholdt oss til primærlitteratur, men vi har også sett oss nødt til å bruke noe sekundærlitteratur for å forstå primærkildene bedre. I tillegg har vi brukt kapitler om intensivsyndrom fra bøker. Etter å ha gjort litteratursøk og satt oss inn i de artiklene og studiene vi fant, så vi at det er publisert svært få studier som forsøker å innhente intensivsykepleiernes erfaringer i arbeidet med pasienter som har intensivsyndrom. For å besvare vår problemstilling så vi derfor nytten av å gjennomføre en empirisk undersøkelse i form av kvalitativt intervju med intensivsykepleiere slik at vi kunne bruke deres erfaringer for å finne svar på problemstillingen.

2.2 Valg av metode

Vi vil i det følgende gjøre rede for, og begrunne hvilke metoder vi har valgt i vår oppgave. Metode kan hovedsakelig deles inn i kvantitative og kvalitative metoder. I den kvantitative metode vektlegger man utbredelse og antall. I metoden henter man systematisk inn sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesenheter av et visst slag. En tar deretter sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter og beskrive fenomenet ved hjelp av tall. Til slutt analyseres mønsteret i tallmaterialet. Et eksempel på kvantitativ metode kan være bruk av spørreskjema med faste svaralternativer. Datainnsamlingen skjer da uten at forskeren har direkte kontakt med feltet (1,25). Ved bruk av kvalitativ metode tar en derimot sikte på å gå i dybden. En vektlegger isteden betydning, og har som mål å fange opp mening og opplevelse som verken lar seg tallfeste eller måle. Ved å ha en systematisk tilnærming til kvalitativ forskning, og særlig til analysen av dataene, dannes det et grunnlag for innsikt og

forståelse. På den måten får man mange opplysninger om små utvalg. Kvalitativ metode kan f.eks. være intervju uten faste svaralternativer, hvor forskeren har mulighet for å få frem informantenes egne beskrivelser og erfaringer om det som undersøkes. Ved bruk av den kvalitative metode skjer datainnsamlingen i direkte kontakt med feltet, og forskeren ser fenomenet innenfra. Både forsker og informant inngår da i en sammenheng hvor begge parter påvirker og berøres av forskningsprosessen (1,25).

Hvis vi hadde valgt kvantitativ metode kunne vi fått frem systematiske og lett sammenlignbare data fra mange personer. Ved bruk av kvalitativ metode får vi derimot mer fyldig, omfattende og nyansert informasjon, og vi valgte derfor kvalitativ metode. Det neste var å ta stilling til om vi skulle bruke kvalitativt spørreskjema eller intervju. Ved bruk av spørreskjema kunne vi hentet inn data fra flere informanter, og materialet ville blitt enklere å sammenligne og analysere. I vår oppgave ønsket vi å finne ut hva intensivsykepleiere kan bidra med i forebyggelsen og behandlingen av intensivsyndrom hos intensivpasienter. Vi synes dette er en problemstilling som bedre kan besvares ved hjelp av kvalitative intervju, siden vi da får muligheten til å få frem intervjupersonens egne kunnskaper og erfaringer om temaet som belyses. Vi har da også mulighet til å be intervjupersonene utdype besvarelsen, og få bekreftelse på at vi har oppfattet besvarelsene riktig.

2.3 Gjennomføring av kvalitative intervju

Vi har begge bakgrunn fra samme intensivavdeling, og det var derfor naturlig for oss å intervju erfarne intensivsykepleiere fra denne avdelingen. Vi sendte først en skriftlig søknad til enhetsleder ved intensivavdelingen hvor vi ba om tillatelse til å gjennomføre intervju blant de ansatte (vedlegg 4). I følge Dalland (2000) er det oftest tilstrekkelig med to til tre intervjupersoner fordi antall intervjupersoner ikke kan være for omfattende hvis man skal kunne gå i dybden. Etter at vi hadde fått tillatelse ba vi enhetslederen hjelpe oss å velge ut erfarne sykepleiere med minimum fem års erfaring som intensivsykepleiere. Dette innebar at vi gjorde et strategisk utvalg i samråd med enhetsleder. En annen mulighet ville vært å gjøre et tilfeldig utvalg med f.eks. loddrekking. Vi valgte et strategisk utvalg for å finne fram til intensivsykepleiere som hadde erfaring med intensivsyndrom, og som også kunne tenkes å være villige til å stille opp til intervju. Enhetslederen sendte på vår vegne ut forespørsel til fem intensivsykepleiere. Vi fikk ingen tilbakemelding på denne forespørselen, og så oss

derfor nødt til å kontakte tre av de aktuelle intervjupersonene direkte. Alle intervjupersonene var da svært velvillige til å bli intervjuet.

2.4 Intervjuguide

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide (vedlegg 1). Denne kan utformes på ulike måter. En mulighet er å ha åpen struktur hvor intervjuet er lite strukturert. Intervjuet blir da mer som en samtale mellom forsker og informant. Den andre muligheten er et relativt strukturert intervju, hvor man på forhånd har utformet spørsmål og rekkefølgen av spørsmålene er fastlagt. Den tredje fremgangsmåten er den mest brukte i kvalitative intervjuer, og karakteriseres av en delvis strukturert tilnærming. Temaene er da fastlagt på forhånd, men rekkefølgen på temaene bestemmes underveis (25). Vi hadde i utgangspunktet tenkt å bruke en delvis strukturert tilnærming, altså halvstrukturert intervju. I ettertid ser vi at intervjuene ble mer strukturert enn planlagt. Dette kan skyldes vår manglende erfaring med å gjennomføre intervju, i tillegg til at intervjuguiden bar preg av på forhånd ferdig formulerte spørsmål som vi i stor grad stilte i rekkefølge. Under intervjuene stilte vi en rekke oppfølgingsspørsmål, og ba intervjupersonene utdype enkelte av temaene og besvarelsene. For å sikre oss at vi hadde forstått uttalelsene deres riktig ba vi også om bekreftelser underveis. Vi tok notater under intervjuene for å fange opp observasjoner, og sette disse inn i en sammenheng der de kunne bidra til å utdype eller tolke det som ble sagt. Vi brukte båndopptakerutstyr utlånt fra høgskolen under alle intervjuene, og opptakene ble fortløpende transkribert. Det vil si at alt som ble sagt under intervjuene ble skrevet ordrett ned. Vi ønsket i hovedsak å få frem intensivsykepleiernes erfaringer og beskrivelser om fem hovedtema (årsaker, symptomer, forebygging, behandling, konsekvenser), og intervjuguiden ble derfor formet ut fra dette. Etter transkribering gikk vi i gang med å tolke intervjuene. Siden intervjuguiden var forholdsvis strukturert var det lett å finne frem til de temaene som ble omtalt av intensivsykepleierne. Vi fant flest likheter mellom intensivsykepleiernes erfaringer og litteraturen, men det var også noen ulikheter. Dette brukte vi da til å drøfte i oppgaven.

2.5 Metode- og kildekritikk

I vår oppgave startet vi som nevnt med å gjøre et litteraturstudie. Ved søk i databasene fant vi artikler som virket relevante for oss, men som var skrevet på språk vi ikke behersker. I tillegg kan det være studier eller litteratur som kunne ha belyst problemstillingen, men som vi ikke har funnet frem til eller fått tilgang til. Alt dette kan ha ført til at relevante studier for vår oppgave er utelatt. I oppgaven har vi i størst mulig grad forsøkt å forholde oss til primærlitteratur, men vi har som nevnt brukt sekundærlitteratur for å få hjelp til å tolke primærlitteratur. Ved bruk av sekundærlitteratur kan en ikke se bort fra at teksten er bearbeidet, oversatt og fortolket, noe som kan føre til at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (1). Våre fortolkninger av både primær- og sekundærlitteratur kan også ha ført til at forfatterens opprinnelige budskap har blitt fremstilt feil. Dette kan dermed ha hatt betydning for påliteligheten av data fremstilt i vår oppgave. Ved gjennomføring av et litteratursøk kan vi heller ikke utelukke muligheten for at vi ubevisst kan ha plukket ut studier og artikler som underbygger våre egne oppfatninger.

Kvalitative intervju viste seg å være en god metode i vår oppgave da det ga oss relevante og fyldige data som vi kunne bruke for å besvare problemstillingen. Vi kan ikke utelukke at et annet metodevalg kunne gitt mer relevante data. I ettertid mener vi likevel at metodevalget var riktig fordi kvalitative intervju får frem beskrivelsene og erfaringene til intensivsykepleierne og gir større mulighet til å gå i dybden enn ved bruk av kvalitative spørreskjema. I og med at intervjuguiden ble mer strukturert enn planlagt kan dette ha medført at temaer intensivsykepleierne ellers ville ha kommet inn på ble utelatt. Det vil si at de temaer som ble belyst i intervjuene ikke nødvendigvis var de temaene intensivsykepleierne oppfattet som viktigst, og vår tolkning kan derfor ha skjedd på feil grunnlag. En annen feilkilde ved gjennomføring av kvalitative intervju er gjensidig påvirkning. Det innebærer at både vi som intervjuere og intensivsykepleierne har innflytelse på hvordan datainnsamlingen forløper og hvilke data som kommer frem (25). Informasjonen intensivsykepleierne gav kan ha blitt preget av deres oppfatning av oss, og våre tolkninger av intervjuene kan preges av vår oppfatning av intensivsykepleierne. I tillegg arbeider vi som nevnt ved samme intensivavdeling som intensivsykepleierne vi intervjuet, og dette kan ha påvirket de svar vi fikk på flere måter. For det første kan det ha ført til at intensivsykepleierne ga andre svar enn de ville gjort hvis intervjueren var fremmed for dem eller ukjent med fagfeltet. De kan både ha åpnet seg mer eller holdt svar tilbake. Under intervjuene merket vi dette ved at

intensivsykepleierne søkte bekreftelse fra oss på uttalelser de kom med. Siden vi arbeider ved samme intensivavdeling kan det også hende at både vi og intensivsykepleierne preges av den generelle oppfatningen ved denne avdelingen, og vi kan dermed ha gått glipp av oppfatninger fra andre fagmiljø eller intensivavdelinger. Kvalitative studier søker som nevnt å gå i dybden, og oppgaven baserer seg derfor på et lite utvalg. Ved å intervju tre intensivsykepleiere kan vi derfor ikke generalisere de funn vi har kommet frem til. Likevel har vi tro på at funnene som er gjort kan gi mening utover denne ene undersøkelsen.

2.6 Forskningsetikk

Med bakgrunn i Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen er det utarbeidet etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. I disse er det nedfelt krav til vitenskapelig fremgangsmåte og det vitenskapelige personalets kvalifikasjoner. Et sentralt moment er også at hensynet til forsøkspersonene må gå foran hensynet til forskeren og samfunnet (1). Vi har forholdt oss til disse retningslinjene ved gjennomføringen av undersøkelsen. For at ikke intensivsykepleierne skulle føle seg presset av oss til å stille opp til intervju, ba vi som nevnt enhetsleder kontakte intensivsykepleierne for oss. I tillegg fikk de på forhånd et informasjonsbrev om undersøkelsen (vedlegg 2). I dette brevet ble det presisert at intervjuet var frivillig, samt at intervjupersonen når som helst i prosessen kunne trekke seg. Dette ble gjort for å ivareta kravet til informert, frivillig samtykke. Informasjonsbrevet inneholdt også en forespørsel om bruk av båndopptaker under intervjuet, og informasjon om hvordan data fra intervjuet ville bli behandlet i forhold til krav om anonymitet. Denne informasjonen, samt mulige konsekvenser av å stille opp til intervju, ble gjentatt muntlig før hvert intervju startet. Dette ble gjort for å sikre at de hadde fått nødvendig informasjon. På bakgrunn av dette ga alle intensivsykepleierne muntlig samtykke til å delta i intervjuet, og tillatelse til at vi kunne bruke data fra intervjuene i oppgaven. For å opprettholde kravet om anonymitet og taushetsplikt ble intervjuene foretatt i et egnet rom utenfor avdelingen. Dette for å sikre at intervjuene foregikk uforstyrret og at ikke andre skulle overheøre det som ble sagt. Både lydopptakene og datafilene har under hele prosessen blitt oppbevart nedlåst og på et sikkert sted. Alt materiale fra intervjuene er blitt slettet eller makulert i etterkant.

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

3.1 Intensivsyndrom

Det brukes i dag flere navn for å beskrive samme tilstand, deriblant intensivsyndrom, intensivdelir og intensivpsykose. Begrepene kan brukes om hverandre om den samme tilstanden, men kan også differensieres ut fra bakenforliggende årsaker. Intensivdelir brukes når årsaken er fysisk betinget, og beskrives da som organisk psykose eller organisk betinget sinnslidelse. Skade, kirurgi eller sykdom kan forårsake en fysiologisk belastning for kroppen. Dette kan gi symptomer som påvirker sentralnervesystemet og svekker hjernens evne til adekvat tolkning og bearbeiding av informasjon (2). Intensivsyndrom blir da hjernens ikke-spesifikke reaksjon på prosessene som skjer i kroppen (22). For pasienten kan dette føre til en forvirringstilstand som igjen kan utvikle seg til intensivsyndrom. Begrepet intensivpsykose brukes når tilstanden er psykisk betinget og betegnes da som en akutt og forbigående psykose eller en reaktiv psykose (2). Psykologiske stressfaktorer kan for pasienten oppleves uoverkommelig, og pasienten kan da etablere psykologiske forsvarsmekanismer i form av et intensivsyndrom for å beskytte seg mot den økte belastningen. I tillegg kommer også de miljømessige stressfaktorene i selve avdelingen (10). Denne oppdelingen kan være nyttig som et ledd i å belyse årsakene til intensivsyndrom, men i de ulike artiklene sammenfattes ofte både de fysiologiske og de psykologiske faktorene (2,19,21). Man ser da gjerne intensivdelir og intensivpsykose som to sider av samme sak. Det legges istedenfor vekt på at kombinasjonen av fysiologiske, psykologiske og miljømessige faktorer til sammen bidrar til at pasienten utvikler intensivsyndrom. Vi har i vår oppgave derfor valgt å forholde oss til begrepet intensivsyndrom da det ifølge Stubberud (2005) kan brukes som en samlebetegnelse for alle tilstandene.

Intensivsyndrom ble først beskrevet i 1950 årene. Man så da at enkelte pasienter utviklet postoperative psykologiske forstyrrelser. Felles for disse pasientene var at de hadde blitt mekanisk ventilert og lå på postoperative enheter eller intensivavdelinger med mange senger på hvert rom, uten vinduer, med konstant intensivbelysning og mye støy. Pasientenes familie hadde liten eller ingen tilgang til å besøke pasienten, og pasientens mulighet for kommunikasjon var også begrenset av respiratorbehandling eller sedering. Den første definisjonen på intensivsyndrom kom i 1966. McKegney beskrev da intensivsyndrom som et akutt organisk hjernesyndrom som medførte svekket intellektuell fungering hos pasienter som

ble behandlet på intensivavdelinger eller tilsvarende (16). Vi har valgt å bruke en bredere definisjon fordi man nå som beskrevet ser på intensivsyndrom som et multifaktorielt syndrom.

The intensive care unit syndrome (ICU syndrome) is defined as an altered emotional state occurring in a highly stressful environment, which may manifest itself in various forms such as delirium, confusion, crazy dreams and unreal experiences (18, s 1).

Intensivsyndrom er en alvorlig komplikasjon til kritisk sykdom og intensivbehandling. Det oppstår oftest etter to til fem dager på intensivavdelingen, men kan også utvikle seg over tid eller i forbindelse med oppvåkning etter lengre tids sedasjon. Noen ganger kommer symptomene først etter utskrivelse fra intensivavdelingen (2,16). Syndromet har ofte et fluktuerende forløp, dvs at symptomene varierer gjennom døgnet. Pasienten kan være våken og klar i perioder og psykotisk i andre (9,19). Det er store individuelle forskjeller i symptomene og alvorlighetsgraden av intensivsyndrom, og man har til nå ikke klart å enes om en felles definisjon på intensivsyndrom eller hvilke symptomer som skal inngå i diagnosen. De ulike studiene oppgir også svært ulike tall for hvor stor andel av pasienter som utvikler intensivsyndrom varierende fra 11 til 87 % (28). Dette kan forklares ut fra bruk av ulike definisjoner, ulik design på studiene, hvilke symptomer man velger å ta med og hvilken metode som er brukt for å identifisere syndromet i studiene. En studie som kun inkluderte mekanisk ventilerte pasienter fant at 83,3 % av pasientene utviklet intensivsyndrom (28), mens en lignende studie på ikke-ventilerte pasienter fant at 48 % av pasientene utviklet syndromet i varierende grad (25).

3.2 Joyce Travelbees sykepleieteori

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (27, s 29).

Travelbee fokuserer altså i sin definisjon på at sykepleieren skal hjelpe individet, en familie eller samfunnet med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Sykdom og lidelse kan ikke alltid forebygges, og sykepleieren må da bruke seg selv terapeutisk for å skape en forandring hos pasienten slik at mestring kan gjøres mulig. Travelbee trekker frem at helse har et subjektivt og et objektivt aspekt. Subjektivt vil si individets opplevelse av egen helse, mens objektivt vil si fravær av påviselig sykdom eller funksjonssvikt. Hvis begge aspektene er innenfor normalområdet blir vedkommende ansett til å ha god helse. Travelbee peker på at dette sjeldent er fullstendig oppnåelig, og at sykepleierens funksjon da ikke blir å gjenvinne helse, men å bruke seg selv terapeutisk for at pasienten skal oppnå helse på høyest mulige nivå (27).

Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør hun bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager (27, s 44).

Sykepleieren må dermed ta i bruk både sin egen personlighet og sine kunnskaper for å hjelpe pasienten og hans familie. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er ikke motsetningen til en faglig tilnærming, men representerer ifølge Travelbee en fullkommen syntese eller integrasjon av de to aspektene ved sykepleieren (27).

3.3 Stress og mestringsteori

Stress er definert som forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funksjon, med opplevelse af skade, tab eller utfordring som følge og der kreves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder (8, s 83).

Dette er Benner og Wrubels definisjon på stress. De beskriver stress som et sammenbrudd i den vanlige funksjonen i hverdagen, og mener stress er et unngåelig resultat av å leve i en verden hvor noe er viktig og betydningsfullt for en (3). Ifølge psykologen Lazarus blir graden av stress blant annet påvirket av personens subjektive oppfattelse av situasjonen, og hvilke konsekvenser den vil kunne komme til å ha for den enkelte (24). I tillegg påvirkes graden av stress av personens vurdering av sin evne til å tilpasse seg den eller mestre den. Lazarus har definert mestring slik:

De konstante, forandrelige kognitive og adferdsmessige bestræbelser, som individet iværksætter med henblik på at mestre ydre og/eller indre krav, som individet vurderer har mulighed for at overskride dets kapacitet (11, s 381-382).

Lazarus og Folkman deler mestringsstrategiene inn i to hovedgrupper: Problemfokuserte og emosjonsfokuserte. Når man direkte og gjennom aktiv handling forsøker å gjøre noe med situasjonen eller årsaken til problemet, er det en problemfokuseret strategi. De emosjonsfokuserte strategiene går derimot ut på å endre følelsene man har til situasjonen ved å bruke forsvarsmekanismer eller tenke annerledes. Slik endrer en da opplevelsen av situasjonen slik at den blir mulig å mestre (11).

Stress er altså opplevelsen av en forstyrrelse av mening, betydning og forståelse. Mestring er hva man stiller opp mot forstyrrelsen. Benner og Wrubel mener videre at sykepleieren befinner seg i den unike situasjon hvor hun er i stand til å forstå sykdomsopplevelsen til pasienten. Dermed kan hun hjelpe pasienten å forme sykdomsopplevelsen med veiledning og fortolkning. Dette betyr ikke at sykepleiere kan kurere stress, men hjelpe pasienten til å overleve den (8).

3.4 Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere

Funksjonsbeskrivelsen ble vedtatt på NSFLIS Generalforsamling i 2002, og omhandler intensivsykepleiernes funksjons – og ansvarsområder rettet direkte mot pasientbehandlingen. I tillegg beskrives intensivsykepleiernes ansvar i forhold til undervisning, forskning og rådgivning. I funksjonsbeskrivelsen står det at intensivsykepleieren skal utøve intensivsykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre, og sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig behandlingstilbud i overensstemmelse med etiske retningslinjer og gjeldende lovverk. Intensivsykepleiere har en forebyggende funksjon. De skal derfor identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium for å kunne sette inn tiltak for å forebygge videreutvikling av helsesvikt, sykdom og komplikasjoner. Videre kreves kontinuerlig observasjon og vurdering av pasientens opplevelser, ressurser og behov for intensivsykepleie og medisinsk behandling. Med bakgrunn i pasientens ressurser iverksettes tiltak for å bevare eller opprettholde tilnærmet normal funksjon hos pasienten. Intensivsykepleieren skal begrense omfanget av de belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Målet er at pasienten skal kunne bruke sine krefter knyttet opp til helbredende prosesser og mestring av sin livssituasjon, samt at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes. Det er også intensivsykepleieren ansvar å sikre at pasientens rettigheter, autonomi og integritet blir ivaretatt. Pårørende er en ressurs i pasientens rehabilitering, og intensivsykepleieren har derfor et viktig ansvar i forhold til å undervise, veilede og ivareta pasientens pårørende (7).

4.0 DRØFTING

4.1 Årsaker til intensivsyndrom

(...) it is unclear what causes the development of the syndrome; most authors conclude that there are many reasons for it. (...) Finally, most authors agree that the ICU syndrome consists of, and is caused by, a complex interaction between many factors (16, s 173).

Faktorer som kan være årsaken til at pasienter utvikler intensivsyndrom er pasientens tidligere erfaring, hans opplevelse av sin situasjon som pasient, sykdommen eller skaden han har, og ikke minst den medisinske behandlingen og intensivsykepleien han mottar (2). Alt dette medfører økt påkjenning av stress for den enkelte pasient. I tillegg kan en rekke predisponerende faktorer øke risikoen for utvikling av intensivsyndrom. Dette kan være psykiske faktorer som tidligere psykiske lidelser eller posttraumatisk stresslidelse. Man har også predisponerende biologiske faktorer som høy alder og kjønn, da enkelte studier har vist at forekomsten av intensivsyndrom er høyest hos menn (2). I tillegg har man utløsende stressfaktorer. Disse kan deles inn i fysiologiske, psykologiske og miljømessige faktorer (10). I intervjuene med intensivsykepleierne kom det tydelig frem at også de mener det er en rekke forskjellige, sammensatte og komplekse årsaker til utviklingen av intensivsyndrom. Intensivsykepleierne nevnte ikke at organiske forstyrrelser i kroppen kunne bidra til intensivsyndrom, men Van Rompaey et al. (2008) og Wesley Ely et al. (2004) beskriver en rekke fysiske risikofaktorer. De fant at blant annet forstyrrelse i kroppens hormon-, elektrolytt- og syre/base-balanse, hypoksi og respirasjonssvikt, hjertesvikt, unormalt blodtrykk, anemi og sepsis bidrar til at pasientene utvikler intensivsyndrom (28,31). På grunn av underliggende alvorlig sykdom eller skade vil de fleste intensivpasienter ha en eller flere av disse forstyrrelsene, og Van Rompaey et al. (2008) sier at jo flere av disse risikofaktorene en pasient har, desto mer utsatt er han for å utvikle intensivsyndrom (28). Vi tror nok intensivsykepleierne også er oppmerksom på at slike fysiske risikofaktorer innvirker på utviklingen, men de fokuserte isteden mest på de miljømessige faktorene ved intensivavdelingen. De miljømessige stressfaktorene i selve avdelingen innebærer utstyr, alarmer, høye stemmer, snakking blant personalet, samt mye lys (10,15). Intensivsykepleierne vi intervjuet er ansatt i en avdeling med saler hvor flere pasienter ligger i samme rom, kun atskilt av forheng og begrensede skillevegger mellom pasientene. Avdelingens åpne

oppbygging medfører at pasientene i liten grad er skjermet for det høye støynivået i intensivavdelingen, og det er vanskelig å begrense mengden med lys for den enkelte pasient. Sengene er i tillegg plassert i nær tilknytting til arbeidsplassene til personalet. På en vanlig hverdag bærer intensivavdelingen preg av høy aktivitet, noe som medfører at svært mange mennesker er innom avdelingen, både i form av pårørende og personale.

Det er en negativ faktor at man ikke kan skjerme pasientene. På noen plasser på intensiven er det nesten som de ligger på utstilling. Folk går bare att og frem og ser på dem. Det vil jeg absolutt påstå er en negativ faktor (Intervju).

Alle intensivsykepleierne beskrev også at det å bli tatt ut av sitt vante miljø og plassert i en høyteknologisk avdeling bidro til at pasientene kunne utvikle intensivsyndrom. Dette er stressfaktorer som kan virke inn på alle pasienter, men intensivsykepleierne ga også uttrykk for at noen pasientgrupper er mer utsatt enn andre. Dette gjaldt spesielt eldre.

Det er veldig mye fremmede lyder, fremmed utstyr, fremmede ord. Altså alt er fremmed. Bare det at de eldre er i et nytt miljø, og ikke hjemme kan gjøre at de blir forvirret (Intervju).

Intensivsykepleierne mente eldre kunne ha større vansker med denne overgangen fra sitt vante miljø fordi det teknologiske miljøet var mer fremmed for dem. De trakk også frem at det gjerne var de eldre som hadde lengst liggetid, og pasientene var mer utsatt for intensivsyndrom jo lengre de var på intensivavdelingen.

Intensivsykepleierne nevnte også flere fysiologiske stressfaktorer som pasientene er utsatt for, og som kan bidra til at pasientene utvikler intensivsyndrom. Fysiologiske stressfaktorer inkluderer smerte, immobilitet, sår munn pga intubering, mangel på søvn og sugesedyrer (10). Både litteraturen og alle intensivsykepleierne fokuserte på at mangelen på søvn er en vesentlig faktor i utviklingen av intensivsyndrom. Ifølge intensivsykepleierne var det mange og sammensatte årsaker til at pasientene led av søvnmangel og søvnforstyrrelser. Blant annet ble det høye støy - og lysnivået nevnt som en viktig årsak.

Har man ikke sovet på et døgn eller to så er man ekstremt sliten, aggressiv og litt på hugget. Man tåler ikke så mye lyder og gleser lett etter folk. (...) Det er jo faktisk definert som terror det å ikke få sove. Og mange får ikke sove i ro og fred fordi det kommer inn en ny pasient, respiratoren piper på siden, alarmer går, vi pleiere ler høyt midt på natten. Det er jo veldig mange lyder som forstyrrer (Intervju).

Dyer (1995) sier underskudd på søvn eller for lite REM-søvn kan føre til angst, irritabilitet, apati, aggresjon, konsentrasjonsvansker, hallusinasjoner og psykotiske reaksjoner hos noen mennesker (13). Etter vår mening understreker dette viktigheten av søvn i forebyggelsen av intensivsyndrom. Intensivsykepleierne nevnte også andre fysiologiske faktorer som eventuelle smerter, kvalme og ubehag i forbindelse med prosedyrer. I tillegg påpekte de at pasientene på intensivavdelingen ofte er kontinuerlig tilkoblet monitoreringsutstyr og overvåkes med avansert medisinsk teknisk utstyr. Alt dette kunne medvirke til at pasientene utviklet intensivsyndrom.

Jeg tror det gjør noe med en å være koblet til disse ledningene døgnet rundt. Skal du opp så er det noe i veien, og så er det stramt. Ja, de mister litt av den her person... Her er jeg liksom. Isteden blir de liksom hele sengen med scop og alt (Intervju).

I tillegg til at dette forstyrret søvnen kunne det også gjøre noe med pasientens egen oppfatning av seg selv, og dermed være en psykologisk faktor som kunne bidra til at pasientene utviklet intensivsyndrom. Psykologiske stressfaktorer omfatter ifølge Bucher og Melander (1999) følelsen av å være isolert, maktesløshet, angst, depresjon, følelsesmessig stress, kommunikasjonsproblemer, fiendtlighet, frykt for det ukjente og frykt for død (10). Intensivsykepleierne kom ikke inn på alle disse faktorene, men angst ble trukket frem som en viktig årsak.

Intensivsyndrom bygger jo vanvittig mye på angst. Der er jo det som er hele kluet altså, føler nå jeg i alle fall. Det er det som får dem til å bikke over (Intervju).

Vi tror at mye av den angsten pasienten opplever kan komme av følelsen av maktesløshet og mangelen på kontroll over egen situasjon. I følge Stubberud (2005) kan en pasient som ikke

opplever å ha kontroll eller tilstrekkelig innflytelse over egen situasjon oppleve avmakt. Ved høy grad av avmakt er risikoen økt for at pasienten kan utvikle intensivsyndrom. Alle de psykologiske stressfaktorene som pasienten utsettes for kan oppleves uoverkommelig (2). Som beskrevet i teoridelen kan mennesker som utsettes for stress ifølge Lazarus og Folkman benytte problem- eller emosjonelt fokuserte strategier (11). Hvis det er mulig å gjøre noe med årsaken benyttes ofte problemfokuserte strategier, men intensivpasienter er ofte i en situasjon hvor det er vanskelig for dem selv å gjøre noe med stressfaktorene de utsettes for. De kan da bruke emosjonelt fokuserte mestringsstrategier for å mestre situasjonen, og ifølge Stubberud (2005) kan intensivpasientene etablere psykologiske forsvarsmekanismer for å beskytte seg mot påkjenningene (2).

Reaksjonen kan være å rømme fra situasjonen ved å søke tilflukt i fantasien eller tidligere opplevelser. Pasientens vanlige atferd utvikles til en ny, med nedsatt evne til rasjonell forklaring. Han reagerer med psykoselignende symptomer. Pasienten har opplevd krise uten å mestre dette (2, s 120).

Ifølge McKegney (1966) har pasientenes mestring av stress innvirkning på resultatet av behandling og pleie, og dermed indirekte betydning for om pasientene utvikler intensivsyndrom. Vi mener derfor at intensivsyndrom kan sees på som en emosjonelt fokusert mestringsstrategi som intensivpasientene bruker for å mestre den stressfulle situasjonen de er i. Mestringen kan ikke sees på som hensiktsmessig, da den verken gjør noe med årsakene eller fører til at pasienten reelt sett får mer kontroll over situasjonen. Pasientene utvikler likevel intensivsyndrom fordi dette blir den eneste måten de klarer å beskytte seg mot stressfaktorene.

Ut i fra intervjuene og litteraturen har vi sett at det er mange årsaker som kan bidra til intensivsyndrom hos intensivpasientene. Med de sammensatte og ulike stressfaktorene i intensivavdelingen kan en bedre forstå hvorfor intensivpasientene i så stor grad er utsatt for dette. Det er også vår erfaring at desto flere risikofaktorer en pasient har med seg fra før, jo mer utsatt er han for å utvikle intensivsyndrom.

4.2 Symptomer på intensivsyndrom

(...) there is no consensus about the definition of the syndrome or the symptoms which should be included (16, s 174).

Eisendrath (1982) har beskrevet ulike grader og progresjon i utviklingen av intensivsyndrom. I følge han er det vanligste kliniske tegnet desorientering for tid og sted. Dette anses da som et mildt symptom som kommer tidlig i utviklingen av intensivsyndrom, mens desorientering i forhold til egen identitet eller til personer i nær familie tyder på en alvorligere grad. Etter hvert som syndromet utvikler seg vil pasienten bli økende intellektuelt eller kognitivt desorientert. Ved fullt utviklet intensivsyndrom opplever pasienten gjerne visuelle hallusinasjoner, paranoide vrangforestillinger og endrete kroppssensasjoner (19). Vi spurte en av intensivsykepleierne om hun kunne beskrive de tidlige tegnene som hun observerte hos pasientene:

Det er forskjell på hvordan pasientene reagerer. Noen virker mer agitert, stresset og urolig. De finner ikke roen i sengen. De gryner på brynene. Det er noe som plager dem. De er ikke fornøyd. De har det ikke bra, og kanskje er de lett irritert. Det er noe i blikket også. Du ser at her er det noe. Og ofte blir de kanskje irritert på ledningene. Ja, kanskje irritert på det meste (Intervju).

I intervjuene beskrev ingen av intensivsykepleierne noen klare skiller mellom tidlige og sene symptomer i utviklingen av intensivsyndrom. De nevnte heller ikke desorientering for tid og sted som noe tidlig tegn. Mange av de symptomene intensivsykepleierne observerte ved pasientenes atferd i forbindelse med utviklingen av intensivsyndrom gikk likevel igjen. Alle intensivsykepleierne beskrev symptomer som motorisk urolighet og mistenksomhet hos pasienten.

Det første som slår meg er gjerne at de blir litt paranoide. De følger med det du gjør veldig nøye, litt sånn skeptisk. Den paranoide greien der, det føler jeg er et kjempestort varselstegn. Så har du den uroen. De er veldig plukkete (Intervju).

I tillegg til at pasientene kunne vise tegn på uro og mistenksomhet, beskrev en av intensivsykepleierne pasienter som hadde hallusinert under oppholdet på intensivavdelingen.

En pasient så masse sånne edderkopper i infusjonsposen og de kravlet ned i slangen. Og jeg husker en annen pasient som sa til meg at det går en masse små vesen rundt om med skaut på hodet. Kan du bare fortelle meg at det ikke stemmer? Jeg tror ikke at det stemmer (Intervju).

Når intensivsykepleierne beskrev symptomer på intensivsyndrom, var nettopp uro, irritabilitet og paranoide trekk symptomer som ble vektlagt. Årsaken kan være at dette er symptomer som er lett synbare. Eisendrath betrakter derimot hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger som sene symptomer i utviklingen av intensivsyndrom. En av intensivsykepleierne sa at det ikke bestandig er like enkelt å se om pasientene er i en tidlig fase i utviklingen. Dette kan vi forstå ut i fra at et tidlig tegn som mild desorientering kan være vanskelig å fange opp. En annen årsak kan være at en mild desorientering hos pasienten kan oppfattes som en naturlig bivirkning etter behandling med sederende medikamenter, og ikke som et ledd i utviklingen av intensivsyndrom. I tillegg er det lettere for pasienten å skjule eller kamuflere mild desorientering.

To av intensivsykepleierne bemerket også at en kan skille mellom to ulike symptombilder hos pasienter med intensivsyndrom. Noen pasienter ble beskrevet som motoriske og hyperaktive, mens andre ble beskrevet som mer lukket og stille.

(...) noen kan være veldig sånn lukket og apatisk. Du får ikke den stimulien tilbake. Disse er vanskeligere å få tak på enn de som er veldig aktive. (...) Når de er lukket tar det kanskje lengre tid å få tatt det på alvor og behandlet det. De er liksom ikke interessert i det som skjer rundt dem. Det kan være pårørende som kommer på besøk uten at de viser interesse for det. Likevel er det noe med blikket, om du føler de er der eller ikke (Intervju).

Dette beskrives også i litteraturen. De skiller da mellom en hyperaktiv, hypoaktiv og en blandet type. Den hypoaktive formen, også kalt stille intensivsyndrom, er karakterisert av passivitet, apati og sløvhhet. I tillegg kan en se at de ikke vil ha kontakt med andre og trekker

seg tilbake fra omgivelsene. Den hyperaktive formen domineres av aggresjon, rastløshet, hallusinasjoner, psykomotorisk aktivitet, forsøk på å fjerne tuber og utstyr, årvåkenhet og emosjonell ustabilitet. Pasientene kan i tillegg virke engstelige, agiterte eller euforiske (19,31). Intensivsykepleierne påpekte i intervjuene at man fort kan overse symptomer på den hypoaktive formen for intensivsyndrom, blant annet fordi tilstanden kan forveksles med depresjon. Andre symptomer som lett kan oversees er konsentrasjonssvikt og at pasienten har kaotisk tankeinnhold (2). Dette tror vi kan være en årsak til at ikke alle tilfeller av intensivsyndrom blir diagnostisert.

4.3 Forebygging av intensivsyndrom

Nursing interventions are not sufficient to avert the development of delirium, but all of them are important preventive and curative measures (22, s 52).

Intensivsykepleierens forebyggende funksjon blir omtalt i funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere. Hvis man ser denne i sammenheng med intensivsyndrom er det da intensivsykepleierens oppgave å identifisere forhøyet risiko for intensivsyndrom på et tidlig stadium, for deretter å iverksette tiltak for å forebygge utviklingen av dette. Intensivsykepleieren skal også begrense omfanget og styrken av belastninger som pasienten utsettes for i forbindelse med sykdom, skade og behandling (7). Vi tenker oss at for å forebygge intensivsyndrom må man gjøre noe med årsakene, samt hjelpe pasienten med å mestre de stressfaktorene som han unngåelig blir utsatt for. I dette legger vi at det er noen stressfaktorer som kan reduseres eller elimineres, mens andre igjen er vanskelig å gjøre noe med. Pasienten har f.eks. med seg predisponerende fysiske og psykiske faktorer for utvikling av intensivsyndrom i varierende grad. Man bør likevel være oppmerksom på at disse pasientene kan være spesielt utsatt, og derfor komme tidlig inn med tiltak for å forebygge. I intervjuene med intensivsykepleierne beskrev de en rekke tiltak for å forebygge intensivsyndrom. Også her fokuserte intensivsykepleierne på de miljømessige faktorene. Et av tiltakene var å sørge for at alle pasientene hadde klokke og kalender ved sengen for å hjelpe dem å orientere seg i forhold til tid. Det var også gunstig hvis pasienten fikk ligge ved et vindu med utsikt slik at de kunne orientere seg for sted, samt tid på døgnet. Dette tiltaket støttes også av Keep et al. (1980) som fant at hallusinasjoner og vrangforestillinger var mer enn dobbelt så vanlig hos pasienter som lå på intensivavdelinger uten vindu (12). Andre miljømessige faktorer som intensivsykepleierne gikk aktivt inn for å redusere var støy- og lysnivået i avdelingen. Grandberg et al. (1996) beskriver at sensorisk overstimulering kan bidra til at pasientene utvikler intensivsyndrom (16). Vår erfaring er at det er en stor utfordring å effektivt forebygge høyt støy- og lysnivå for den enkelte pasient. Avdelingens åpne oppbygging medfører at lys over en seng også vil lyse opp for pasienten på siden. Likevel mener vi dette er faktorer som kan forbedres i mye større grad. Dette ble også trukket frem av en av intensivsykepleierne.

Det er enkle ting som vi glemmer i hverdagen. Sånn at bare det å stille alarmene på pumpene rett. Hvis det er alarmer på scopene, at du ikke får de her falske alarmene (Intervju).

International Noise Council anbefaler at støynivået i intensivavdelinger ikke overstiger 45 dB på dag og kveldstid, og om natten bør støynivået holdes under 20 dB. Støynivået i de fleste avdelinger overstiger denne anbefalte grensen betraktelig. Bentley et al. (1977) fant at støynivået ved en intensivavdeling var på 70 dB på dagtid og 65 dB på natten, hvor støy fra personalet og utstyret utgjorde de høyeste lydene (16). Denne studien ble gjort i 1977, men vi mener det ikke er noen grunn til å tro at støynivået er redusert siden da. På den intensivavdelingen hvor både vi og intensivsykepleierne vi intervjuet er ansatt, kommer de fleste alarmer fra utstyr som scop, respirator og infusjonspumper. Vi er som regel avhengig av disse alarmene slik at vi blir gjort oppmerksom på endringer i pasientens tilstand eller feil ved utstyret. Grunninnstillingene på det medisinske tekniske utstyret medfører ofte at man får en rekke falske alarmer som forstyrrer pasientene unødvendig. Det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til å tilpasse alarmgrensene i forhold til hver enkelt pasient, slik at man får konstruktive alarmer. For å redusere unødvendig høye alarmer fra utstyr kunne kanskje en mulighet vært å ha felles retningslinjer for innstillinger av alarmnivået for henholdsvis dag og natt på intensivavdelingen.

Intensivsykepleierne knyttet reduksjon av miljømessige stressfaktorer spesielt opp til det å sørge for at pasientene fikk tilstrekkelig søvn og hvile. Under søvn skjer en rekke biokjemiske, fysiologiske og psykologiske prosesser i kroppen. De fleste mennesker trenger syv til åtte timers søvn for å være fullt uthvilt og restituert. Intensivpasienter har et enda større behov (16).

Patients with severe diseases or conditions need more sleep than during normal conditions and therefore they become easily exhausted, irritated, anxious and have difficulties in coping with external stress (16,s 178).

Intensivsykepleierne hadde høyt fokus på viktigheten av søvn. For å kartlegge dette, anmerket de på intensivkurven når pasienten sov. En av intensivsykepleierne understreket likevel at det

ikke alltid er samsvar mellom hvor mye pasienten har sovet og det intensivsykepleierne registrerer. Vi har selv opplevd å få rapport om at pasienten har sovet det meste av natten, mens pasienten forteller at han nesten ikke har sovet. Det er også vår oppfatning at det kan være vanskelig å hjelpe pasienten til å sove på rett tidspunkt. Dette kan som en av intensivsykepleierne understreket utvikle seg til en vond sirkel.

Mangelen på søvn er også en grunn til at folk mister fotfestet. Ja, det tror jeg. Og vi ser jo at folk som ikke sover en natt prøver vi å holde våkne om dagen slik at de skal få sove om natten. Så får de ikke sove om natten, og så blir de mer og mer urolige, engstelig og plukkete og til slutt så mister de grepet (Intervju).

Intensivsykepleierne mente mange intensivpasienter hadde behov for sovetabletter for å få sove på intensivavdelingen. Dette innebar at pasienter som sto på sovemedisin fra tidligere måtte få sine foreskrevne medikamenter. I tillegg understreket de viktigheten av at det ble avklart tidlig om pasienten kunne få sovemedisin til natten, slik at dette kunne gis til et fornuftig tidspunkt. For at pasientene skulle få sove vektla intensivsykepleierne også viktigheten av å samle gjøremål og prosedyrer slik at man slapp å vekke pasienten unødvendig på natten. For å bli mer oppmerksom på dette pleide de å skravere kurven for å markere nattero. I tillegg mente de at pasientene ofte kunne bli overmonitorert, og dermed tilkoblet flere ledninger eller utsatt for flere blodtrykksmålinger enn strengt tatt nødvendig.

Jeg er sikker på at vi overmonitorer pasientene våre i stor grad. (...) Før så stolte vi på det kliniske blikket vårt. Vi tok på pasientene. Vi så på pasientene. Og i dag så må det måles, og vi må se det her metningsresultatet. Så vi er blitt avhengig av monitoreringen. Det kan bli for mye. Det tror jeg (Intervju).

Dette er noe vi tror er viktig å huske på når vi behandler intensivpasienter. Vi har selv følt at vi har forstyrret pasientene unødig på natten for å gjøre forskjellige prosedyrer eller målinger. Noen ganger blir det kanskje gjennomført fordi man ønsker å dokumentere på kurven at man har gjort noe den vakten. Vi mener det er viktig å tenke på at det ikke nødvendigvis er god sykepleie å måle blodtrykket hvert kvarter døgnet rundt eller ta tubestell bare for sikkerhets

skyld. Viktigheten av å la pasientene få sove uavbrutt ble understreket allerede av Nightingale:

En grunnregel (...) i all god sykepleie er aldri å vekke en pasient når han nettopp er sovnet. Hvis han vekkes fra sin første innsovning er det nesten sikkert at han ikke vil få sove igjen. Det er underlig, men forståelig at dersom en pasient vekkes etter noen få timer istedenfor etter noen få minutters søvn, er det mer sannsynlig at han vil sovne igjen (20, s 83).

Intensivsykepleieren har også en viktig rolle med å redusere de negative psykologiske stressfaktorene som isolasjon, angst, utrygghet og fremmedgjøring som pasienter kan oppleve på intensivavdelingen. Mange pasienter opplever naturlig nok angst og utrygghet i forbindelse med et intensivopphold. De tiltak intensivsykepleieren iverksetter for å begrense omfanget av disse stressfaktorene kan igjen være med på å hindre utviklingen av intensivsyndrom. Price (2004) intervjuet tolv sykepleiere som arbeidet i intensivavdelinger. Sykepleierne i studien sa at deres sykepleierkollegaer nedprioriterte psykologisk omsorg fordi de mente det heller burde tas hånd om når pasientene kom på en vanlig avdeling (21). Dyer (1995), Stein-Parbury og McKinley (2000) konkluderte også med at sykepleiere ikke er bevisste nok på de psykologiske aspektene hos intensivpasienter. Vi tror nok dette til en viss grad kan stemme fordi man på intensivavdelinger er opptatt av å berge pasientens liv og dermed har høyt fokus på pasientens fysiske tilstand. Hovedfokuset i behandlingen er derfor ikke bestandig rettet mot pasientens mentale tilstand. Å utvikle intensivsyndrom har likevel så store konsekvenser for pasienten at det er avgjørende at intensivsykepleiere også har høyt fokus på pasientens psykologiske behov. For å begrense angst og utrygghet understreket intensivsykepleierne vi intervjuet viktigheten av at man tok seg tid til å være hos pasienten, samt at man ga pasientene god informasjon før prosedyrer og om de ulike apparatene og alarmene. Dette kunne redusere engstelsen i forbindelse med alt det som er fremmed og ukjent på en intensivavdeling. Ut over dette beskrev ikke intensivsykepleierne hva de gjorde for å ivareta pasientens psykologiske behov. Vi tror en viktig årsak kan være at vi i intervjuene ikke spurte spesifikt om dette, men det kan også tenkes at intensivsykepleierne hadde høyere fokus på pasientens fysiske tilstand eller ikke føler de får nok tid til å ivareta pasientenes psykologiske behov. Dette kan da samsvare med funnene i studien til Price. Vi tenker oss at for at intensivsykepleiere skal kunne ivareta pasientens psykologiske behov må man som Travelbee beskriver bruke seg selv

terapeutisk. Travelbee sier at målet da er at sykepleieren skal kunne bruke seg selv for å skape en forandring hos pasienten slik at mestring kan gjøres mulig og pasienten kan opprettholde en best mulig helsetilstand. Ifølge Travelbee betyr det å bruke seg selv terapeutisk at sykepleieren tar i bruk både sine kunnskaper og sin egen personlighet (27). For at intensivsykepleiere skal kunne forebygge at pasienter utvikler intensivsyndrom kreves det altså at de har kunnskaper om f.eks. årsaker, symptomer og behandling. Bare kunnskapen alene er uten nytte dersom intensivsykepleieren ikke innehar personlige kvaliteter som f.eks. evnen til å sette seg inn i andres situasjon for på denne måten å identifisere pasientens individuelle behov. Dette ble også understreket av en av intensivsykepleierne: *"Vi må behandle pasientene med respekt. Vi må se hver enkelt pasient og ikke alle over en fjøl, men ha en spesiell interesse for hver enkelt pasient"* (Intervju). En annen sykepleier beskrev at for å forebygge at pasienten utviklet intensivsyndrom prøvde hun å bli kjent med pasienten og finne ut hva som er viktig for han. Intensivsykepleieren prøvde å fokusere på det hjemlige, og snakke om det som pasienten var kjent med som f.eks. hjemplassen eller familien. Ved å bruke tid, anstrenge seg litt for å forstå pasienten og i tillegg gi god informasjon tilpasset den enkelte mener vi intensivsykepleierne bruker seg selv terapeutisk. Dette kan bidra til å redusere følelsen av isolasjon, utrygghet og fremmedgjøringen som pasienten er utsatt for.

Vi har sett at det er svært mange tiltak intensivsykepleiere kan iverksette for å forebygge at pasientene utvikler intensivsyndrom. Samtidig tror vi forebygging lett kan bli glemt i en travel hverdag, og det er kanskje ikke like enkelt å hele tiden huske på alle momenter en faktisk kan gjøre noe med. Når vi tenker tilbake på de pasientene vi selv har hatt som har utviklet intensivsyndrom ser vi at det er tiltak vi kunne iverksatt tidligere. Når vi har hatt helt klare og orienterte pasienter har vi kanskje ikke vært like oppmerksom på det å sørge for optimal ro og hvile eller redusere belastningene med for høyt støy- og lysnivå. Tiltak iverksettes kanskje først når pasienten viser tegn til endret mental tilstand og da er man ofte for sent ute.

4.4 Behandling av intensivsyndrom

It is the basic right of all ITU patients to be treated with humanity, to have their suffering minimised, to have their autonomy maximised and to have their individual needs met, and it is within the ability of every skilled nurse to meet these needs (13, s 228).

Vi mener den beste behandlingen av intensivsyndrom er å forebygge at det utvikler seg. Ifølge Dyer (1995) er alle pasienter som er innlagt ved en intensivavdeling over en viss tid utsatt for å utvikle intensivsyndrom, og Roberts (2001) sier intensivsyndrom kan kalles "*every mans` s psychosis*" for å understreke at alle mennesker er potensielt utsatt for å få det (22). Dyer mener likevel det er mulig å forebygge utviklingen hos mange pasienter ved bruk av grunnleggende sykepleietiltak. Av den grunn kan man kanskje føle man ikke har nådd frem med forebyggingen hvis pasienten utvikler intensivsyndrom. Dette ble uttrykt av en av intensivsykepleierne: "*Det har gått for langt når de har utviklet intensivsyndrom. Da har de fått for dårlig behandling tenker jeg*" (Intervju). Det vi oppfatter med dette utsagnet er at intensivsykepleieren mener at tiltak i forhold til forebygging er iverksatt alt for sent, eller i enkelte tilfeller kanskje ikke i det hele tatt. I mange tilfeller kan nok dette stemme. Til tross for optimal forebygging vil likevel tilstanden i visse tilfeller ikke kunne unngås, og behandling vil da være nødvendig (2). Det er vårt inntrykk at når pasienten først har utviklet intensivsyndrom, føler mange det er lite man kan gjøre for å behandle tilstanden. Vi vil derfor understreke at det finnes tiltak som kan settes i verk, og som kan ha effekt også når pasienten har utviklet fullt intensivsyndrom. Behandlingen kan deles inn i ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak, og som regel må man kombinere disse. Ikke-medikamentelle tiltak kan være å trekke inn pårørende, hjelpe pasienten å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen, formidle trygghet, forsøke å korrigere søvnmangel, skjerming, samt tydelig kommunikasjon og informasjon.

Intensivsykepleierne mente mange av de tiltakene som iverksettes i forebyggingen må kontinueres og intensiveres når pasienten har fullt utviklet intensivsyndrom. Et slik tiltak som alle intensivsykepleierne mente var svært viktig var at pasienten fikk ha kontakt med sine pårørende under hele oppholdet. Intensivsykepleierne vektla dette spesielt i forhold til behandling, og vi har derfor valgt å ta dette med under dette kapittelet. Intensivsykepleieren i

det ene intervjuet snakket mye om betydningen av at pasienten har familie rundt seg som han stoler på.

Familien må gjerne få slippe til. Da har de noe kjent å relatere seg til, noe trygt. Så om han ikke stoler på meg, så stoler pasienten på mannen, kona, barna eller hvem det måtte være (Intervju).

Sykepleierne som Price (2004) intervjuet og Eisendrath (1982) understreker også den viktige betydningen av å involvere familien fordi familien kan ha en beroligende og positiv effekt på pasientens psykologiske tilstand. Nære familiemedlemmer kan i tillegg hjelpe til med å informere og orientere pasienten. MacKellaig (1987) mente familien ga pasienten en følelse av identitet, samt reduserte følelsen av ensomhet og isolasjon (17). Ut i fra dette ser vi at både intensivsykepleierne vi intervjuet, sykepleierne i Prices studie og litteraturen har høyt fokus på betydningen pårørende har for pasienten. En av intensivsykepleierne vi intervjuet beskrev dette på en fin måte:

Vi gir jo pasienten litt omsorg, men vi kan aldri erstatte pårørende. Det at pasienten får ha sine nærmeste hos seg, som de kjenner og er trygg på, kan gi dem gnisten til å stå på og komme gjennom den traumatiske situasjonen som et intensivopphold er. Det å føle kjærligheten og omsorgen fra det at de nærmeste er glad i deg, det tror jeg vi aldri kan erstatte (Intervju).

Selv om intensivsykepleierne fokuserte på viktigheten av at pasienten fikk ha sine pårørende hos seg, beskrev også en av intensivsykepleierne vi intervjuet at mengden kontakt med pårørende må balanseres.

Men samtidig så er det viktig at vi setter grenser for å skjerme pasienten litt i forhold til pårørende. Det er noe med for mye og for lite. (...) Jeg tror det er greit at pasienten kan få pause, få hvile seg litt og sove litt (Intervju).

Her mener vi intensivsykepleierne har et viktig ansvar i å tilpasse besøkene til hver enkelt pasient. Dette vil gjelde både i forhold til hvor mange som kommer, hvor hyppig og hvor

lenge de er hos pasienten. For at dette skal lykkes, kreves det etter vår mening at pårørende og pasienten får god informasjon slik at de forstår hvorfor personalet setter slike begrensninger, samt at pasienten alltid må få informasjon om at pårørende kommer tilbake. I tillegg mener vi slike begrensninger noen ganger kan være gunstig for å hindre at pårørende sliter seg ut. Sykepleierne i Prices studie beskrev også at det kunne være vanskelig å nå inn til en pasient som hadde fullt utviklet intensivsyndrom. I slike tilfeller kunne pårørende være til uvurderlig hjelp fordi de kunne få respons hos pasienten når sykepleierne ikke klarte det (21). To av intensivsykepleierne vi intervjuet mente at det kunne være en stor påkjenning for pårørende at pasienten utviklet intensivsyndrom. De hadde også følelsen av at pårørende noen ganger kunne skjemmes på vegne av pasienten. Det ble da viktig å støtte pårørende og gi dem god informasjon slik at de kunne forstå hva som skjedde med pasienten. I funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere står det at intensivsykepleieren skal se på pårørende som en ressurs i pasientens rehabilitering, og at de derfor har et ansvar for å yte omsorg for pasientens pårørende (7). Her understrekes med andre ord at intensivsykepleierne også har et ansvar for å ivareta pårørende til pasienten.

En annet tiltak som kunne iverksettes når pasienten utviklet intensivsyndrom var å skjerme pasienten slik at mengden av inntrykk og negativ stimuli ble redusert. Dette kunne gjøres ved å legge pasienten på en mer skjermet plass. Intensivsykepleierne var usikre på om dette hadde ønsket effekt, da det for enkelte kunne føre til økt følelse av isolasjon og utrygghet. Noen ganger var det likevel nødvendig. Dette ble da gjort både for å skjerme de andre pasientene, men ikke minst for at pasienten skulle slippe å bli sett av unødvendig mange andre mens han er i en slik tilstand. Også i studien til Price (2004) mente sykepleierne at det i enkelte tilfeller kunne være en fordel å isolere pasientene på et siderom, men de trakk også frem at dette kunne ha negative konsekvenser for pasientens psykiske velvære. Pasienten kunne da bli utsatt for økt monoton stimulering, isolasjon og kjedsommelighet som igjen kunne føre til depresjon og senket motivasjon (21).

To av intensivsykepleierne vi intervjuet vektla betydningen av kontinuitet i sykepleien som et viktig prinsipp i behandlingen av intensivsyndrom. Dette var viktig både for at pasienten skulle ha tryggheten med et kjent personale, men også fordi intensivsykepleierne lettere kunne identifisere endringer i mental tilstand og sette inn nødvendige tiltak.

Vi forsøker at færrest mulig sykepleiere er hos pasienten, at det er kontinuitet i sykepleien. (...) Vi prøver å fokusere på at det er de samme personene som er der og prøver å tenke på at det er noen som kjenner de fra før. Det er kjempeviktig at pasienten kan bli kjent og trygg på personalet (Intervju).

Et annet område å være bevisst på i forhold til behandlingen av intensivsyndrom, var viktigheten av tilpasset kommunikasjon og informasjon. Ifølge Travelbee (1999) kan kommunikasjonssvikt ikke alltid hindres, men nesten alltid oppdages. For å oppdage sammenbrudd i kommunikasjon må sykepleieren kontinuerlig evaluere både sin evne til å kommunisere, og til å hente ut og anvende det pasienten forsøker å kommunisere til henne. Kommunikasjonssvikt hos intensivpasienter som følge av at de er intubert, sedert eller trakostomert er lett å oppdage for intensivsykepleieren. Andre hindre for god kommunikasjon kan være vanskeligere å få øye på. Granberg et al. (1999) sier at intensivpasienter ofte kan ha nedsatt konsentrasjonsevne, samt nedsatt evne til å adekvat registrere og huske informasjonen som er gitt. Granberg et al. (1999) intervjuet pasienter som hadde vært innlagt på intensivavdelinger. Pasientene sa de hadde problemer med å samle tankene nok til å forme setninger, og dermed kunne de ha problemer med å få sagt det de tenkte. Ofte klarte de bare å formidle ja og nei som svar på spørsmål. Alt dette påvirker pasientens evne til å kommunisere, samt å få uttrykt tanker, behov og følelser til omgivelsene (18). Vi mener derfor det er viktig at intensivsykepleiere er oppmerksom på at intensivpasienter ofte har slike problemer. Ved fullt utviklet intensivsyndrom var et av tiltakene intensivsykepleierne iverksatte å sette seg ned hos pasienten og prøve å finne et eller annet de kunne snakke om som kunne nå inn til pasienten.

Det jeg prøver det er å sette meg ned hos pasienten. Å prate med pasienten, og prøve å realitetsorientere dem. Hva har skjedd, hvorfor de er her og hva tenker man fremover (Intervju).

Intensivsykepleierne forsøkte altså å fokusere på ting som var kjent for pasientene som hjemplassen eller pårørende. I tillegg prøvde de å gi konkret informasjon før prosedyrer og lignende ble gjennomført. Viktigheten av dette understrekes også av Roberts (2001), som sier at når man skal kommunisere med pasienter som har utviklet intensivsyndrom, bør man bruke enkle setninger og en rolig stemme, samt forsøke å sitte ovenfor pasienten slik at blikkontakt

er mulig (22). Intensivsykepleierne vektla også betydningen av at pasientene ble informert om tid på døgnet og hvor de var. All informasjon måtte gjentas da pasientene lett glemmer informasjon de har mottatt.

Noe som overrasket oss etter å ha gjennomført intervjuene var at alle intensivsykepleierne mente mobilisering var et viktig tiltak i behandlingen av intensivsyndrom.

Mobilisering er kjempeviktig, at de på en måte ikke får det fokuset med å se opp i taket hele tiden, og få en annen vinkel. Jeg tror du har mer kontroll over, eller føler du har mer kontroll over kroppen din når du sitter i en stol (Intervju).

En av intensivsykepleierne beskrev at bare det å få sitte oppe i knekkseng bidro til at pasienten fikk mer oversikt og kontroll over egen kropp, mens en annen hadde erfart at ved å mobilisere pasienter med intensivsyndrom hadde pasientene klart å orientere seg og kommet tilbake til virkeligheten. De negative effektene av immobilisering i forhold til intensivsyndrom blir beskrevet av Fisher og Moxham (1984) og MacKellaig (1987).

(...) for patients lying on their backs, tied to machines (even if this is a means of survival) often causes feelings of fear and helplessness and difficulties in orientating to their position in the room. This can result in body image distortion and altered self-conception (17, s 304).

Av dette ser vi at intensivsykepleiernes erfaringer i forhold til viktigheten med mobilisering samsvarer med det som er skrevet i litteraturen. For oss er dette en ny erfaring å ta med seg videre da vi tidligere ikke har vært oppmerksom på mobilisering som et så effektivt tiltak i behandlingen av intensivsyndrom. Vi tenker oss dette kan ha effekt fordi pasientene da kan oppleve økt kontroll over sin egen kropp og situasjon, samt få oversikt over omgivelsene. Som beskrevet under årsaker kan nettopp følelsen av å mangle kontroll bidra til at pasienter utvikler intensivsyndrom. Det blir derfor viktig å sette i verk tiltak som kan føre til at pasientene opplever sterkere kontroll over sin egen situasjon. Slike tiltak kan være enkle ting som å la pasienten bestemme selv når det er mulighet for det. Ifølge Dyer (1995) må man ha som mål at pasientene blir aktive deltakere i pleien, istedenfor passive mottakere. For at dette

skal kunne gjøres må pasientene få god informasjon, og tillatelse til handlinger som involverer pasienten bør innhentes så sant dette er mulig (13).

Som nevnt er forebygging den beste behandlingen av intensivsyndrom. Hvis ikke forebygging fører frem må alltid ikke-medikamentelle tiltak forsøkes før man begynner med medikamentell behandling. Det er legenes oppgave å bestemme hvorvidt pasienten skal ha medikamentell behandling eller ikke, og hvilke medikamenter som i så fall skal brukes. Likevel mener vi intensivsykepleierne har en viktig funksjon i samarbeid med legen i vurderingen av når eventuell medikamentell behandling skal iverksettes, fordi intensivsykepleieren er den som kontinuerlig observerer pasienten og dermed lettest kan se endringer i hans tilstand. Det kan være ulike indikasjoner for hvorfor en iverksetter medikamentell behandling i forhold til intensivsyndrom. Intensivsykepleierne vi intervjuet pekte blant annet på at sovetabletter ble brukt for at pasientene skulle få sove. Hvis dette ikke var tilstrekkelig var det noen ganger nødvendig å sedere pasienten, f.eks. med Propofol, for å sikre at han eller hun fikk hvile en hel natt.

Ved fullt utviklet intensivsyndrom, når pasienten har mistet fullstendig kontakten med tilværelsen og er helt redd og utagerende, så er det faktisk medisiner som hjelper. Og da medisiner de såpass at de får sove i fred og ro (Intervju).

To av intensivsykepleierne var derimot usikker på effekten av sedering for at pasienten skulle få sove, fordi søvnkvaliteten ikke var like god som når pasienten sov naturlig. De hadde likevel erfaring med at en slik behandling kunne få pasienten ut av et intensivsyndrom. Dersom en pasient har fullt utviklet intensivsyndrom med symptomer som hallusinasjoner, agitasjon eller vrangforestillinger er administrering med antipsykotiske medikamenter generelt akseptert. Hensikten ved bruk av antipsykotika er da å redusere alvorligheten og varigheten av intensivsyndrom (2). Ved søk i litteraturen fant vi at behandlingen i dag er basert på empiriske studier, og at det ikke finnes noen konsensus på hvilke medikamenter som skal brukes når (23). Intensivsykepleierne understreket også at det ikke finnes noen fast rutine i avdelingen for hvilken medikamentell behandling som skal gis når pasienten har intensivsyndrom, og de følte derfor det var veldig legeavhengig hvilket medikament som ble valgt. Ifølge intensivsykepleierne var de hyppigst brukte antipsykotiske medikamentene i deres avdeling Haldol og Nozinan, men de hadde også erfaringer med Zyprexa intravenøst.

Skrobik (2003) sammenlignet Nozinan og Zyprexa per os. De fant at begge medikamentene har effekt i behandlingen av intensivsyndrom, men Haldol har ekstrapyramidale bivirkninger som de ikke fant ved bruk av Zyprexa (23). Mange av de medikamentene som i dag brukes i behandlingen av intensivsyndrom kan gi bivirkninger som lavt blodtrykk og respirasjonsdepresjon. Dette ble også understreket av intensivsykepleierne som mente det derfor kunne være vanskelig å behandle intensivsyndrom optimalt.

Når pasienter skal puste selv er jo legestanden veldig tilbakeholden fordi medikamentene er respirasjonsdempende. (...) Det er jo litt avhengig av hva slags pasientgruppe, men de som vi er litt redd for pusten på... Det kan jo i perioder bli for mye medikamenter. Og det er jo kanskje disse pasientene som har minst å gå på, for de sliter så veldig (Intervju).

Vi tror intensivsykepleieren her mener at fordi pasienten skal være selvpustende, kan det være vanskelig å gi optimal medikamentell behandling for intensivsyndrom. Intensivsykepleieren mente dette kunne være enklere hvis pasienten var under pågående respiratorbehandling, fordi respirasjonen da var bedre sikret. Dette medførte at pasienter som ble respiratorbehandlet kunne få raskere og tilstrekkelig medikamentell behandling. Intensivsyndromet kunne da ifølge intensivsykepleieren lettere behandles før det utviklet seg videre.

Behandling av fullt utviklet intensivsyndrom kan være krevende og stiller store krav til intensivsykepleieren. Spesielt pasienter som har den hyperaktive formen for intensivsyndrom kan være agiterte, hallusinerte og dermed utgjøre en fare for seg selv dersom de f.eks. forsøker å autoseponere livsnødvendige intravenøse infusjoner eller ekstubere seg selv. For å unngå at pasientene skadet seg selv mente en av intensivsykepleierne det kunne være nødvendig å bruke tvang i form av fysisk holding og tvangsmedisinering.

Av og til så tror jeg vi balanserer litt. Psykiatrien er jo mye strengere på tvangsbehandling, men vi kan jo selvfølgelig beskytte oss bak dette med å redde livet da. Men vi gjør ganske mye sårn i anførselstegn overgrep mot pasienten for å forhindre dette her (Intervju).

Vi har selv opplevd å måtte holde nede pasienter med intensivsyndrom eller gi medikamenter uten pasientens samtykke for å hindre at de skader seg selv. Dette er en vanskelig balansegang og intensivsykepleierne må i hvert enkelt tilfelle bruke sitt faglige skjønn for å vurdere om behandlingen er påtrengende nødvendig (2). Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere understreker også at det er intensivsykepleierens ansvar å sikre at pasientens rettigheter, autonomi og integritet blir ivaretatt (7). I helsepersonelloven omtales helsehjelp som gis når pasienten mangler samtykkekompetanse.

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen (Helsepersonelloven kap 2, § 7) (4).

Ifølge lovverket kan dermed tvungen helsehjelp brukes ovenfor pasienter som pga fysiske og psykiske forstyrrelser ikke er i stand til å samtykke til helsehjelp der det er fare for liv eller alvorlig forverring av pasientens helsetilstand (2). I følge pasientrettighetsloven § 4-3 må likevel helsepersonell legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (4).

I de tilfellene hvor det er påtvunget nødvendig med bruk av tvang i forbindelse med behandling av pasienter med intensivsyndrom har altså helsepersonell i følge lovverket mulighet til å iverksette slike tiltak der det er påtvingende nødvendig. Slike situasjoner må likevel alltid unngås der det er mulig, fordi det selvsagt kan oppleves som krenkende for pasienten, i tillegg til at det utgjør en belastning for helsepersonell å måtte utøve tvang.

4.5 Konsekvenser av intensivsyndrom

I intervjuene spurte vi alle intensivsykepleierne hvilke konsekvenser de mente det kunne ha for pasientene dersom de utviklet intensivsyndrom. To av intensivsykepleierne trakk da frem de psykologiske påkjenningene som pasientene kunne slite med i etterkant.

Veldig mange er påvirket i ettertid av dette her. Det er pasienter som husker i ettertid at de både har slått og sparket, og synes dette er veldig ubehagelig. Så den negative opplevelsen har de jo med seg (Intervju).

Vi har også opplevd at pasienter har bedt om unnskyldning til oss i etterkant for ting de har sagt eller gjort mens de var i et intensivsyndrom. Vi tror det er viktig at disse pasientene får informasjon om at dette er noe som er ganske vanlig for oss som jobber på intensivavdelingen, og at det skyldes en komplikasjon til den påkjenningen eller belastningen pasienten har vært igjennom. Slik kan en forhåpentligvis redusere de negative følelsene han eller hun måtte slite med. Intensivsykepleierne påpekte også at de ikke hadde noen rutine på oppfølging av intensivpasienter etter utskrivelse fra intensivavdelingene. Vi tror en slik oppfølging kunne hjulpet pasientene i ettertid. Undersøkelser viser også at pasienter som utvikler intensivsyndrom er mer utsatt for å ha svekket kognitiv funksjon etter utskrivelse.

A significant percentage of individuals developing delirium in the hospital continue to demonstrate symptoms of delirium after discharge. Such patients demonstrate decreased cerebral activity and increased cognitive deterioration and are more likely to develop dementia than patients without delirium (29, s 2709).

Intensivsykepleierne nevnte ikke svekket kognitiv funksjon, og vi har heller ingen erfaring med dette siden våre pasienter ikke blir fulgt opp i ettertid. Hvis dette stemmer kan imidlertid intensivsyndrom ha svært langsiktige konsekvenser for dem som rammes. Intensivsykepleierne mente i tillegg at intensivsyndrom medførte lengre liggetid for pasienten, samt at det kunne ta lengre tid før man kom i mål med behandlingen. Wesley Ely et al. (2004) studerte intensivsyndrom hos pasienter som hadde blitt mekanisk ventilert, og fant at det hadde store konsekvenser for pasientens liggetid.

(...) patients diagnosed with delirium had an adjusted risk of remaining in the hospital that was twice as high as those who never developed delirium and a 60% greater risk of remaining in the wards after ICU discharge (31, s 1757).

Det er klart at forlenget liggetid medfører økt belastning og ubehag for pasientene. I tillegg har det også samfunnsøkonomiske konsekvenser siden behandling av intensivpasienter er svært kostbart. Det er vårt inntrykk at intensivsykepleierne ikke hadde noen klar formening om intensivsyndrom medførte økt dødelighet, men Wesley Ely et al. har i flere studier vist at det er betydelig økt dødelighet hos pasienter med intensivsyndrom i forhold til dem som ikke utvikler det. De fant at intensivsyndrom hos mekanisk ventilerte pasienter var assosiert med en tre ganger høyere risiko for å dø i løpet av seks måneder, og for hver dag en intensivpasient tilbringer i intensivsyndrom øker risikoen for død med ti prosent (31). Dødeligheten er også økt for pasienter som ikke har blitt mekanisk ventilert (26). Vi ser av dette at intensivsyndrom potensielt kan ha svært alvorlige konsekvenser for pasientene. Dette var funn som overrasket oss veldig, da vi tidligere ikke har vært oppmerksom på at intensivsyndrom kunne ha så store innvirkninger på pasientens helse og antall leveår.

Intensivsykepleierne snakket også om at det å ha ansvaret for en pasient med intensivsyndrom kunne oppleves krevende og som et stort ansvar. I det ene intervjuet sa intensivsykepleieren at hun flere ganger hadde ønsket de var to sykepleiere som hadde ansvaret for pasienter med intensivsyndrom.

Jeg kunne mange ganger ha ønsket at man kunne vært to sykepleiere på pasienten. At man har en sykepleier som tar den mentale, psykiske delen. Som kan være ved sengen. Prøve å representere trygghet, ro og orientering. Som får tid til alle de tingene der (...). Så har du den andre sykepleieren til å ta den fysiske delen med å blande medikamenter og alt det der (Intervju).

I mange tilfeller er det en belastning å ha ansvaret for en pasient med intensivsyndrom. Det kan være en utfordring å få tid til å gjøre alle prosedyrer samtidig som en skal ivareta pasientens psykologiske behov og hindre at han skader seg. Vi ser det derfor som viktig at intensivsykepleiere som har ansvaret for pasienter med intensivsyndrom mottar hjelp og støtte fra de andre i personalgruppen.

5.0 AVSLUTNING

Utgangspunktet for denne oppgaven var at vi i vårt arbeid ved en intensivavdeling har opplevd hvor vanskelig det kan være å forebygge og behandle intensivsyndrom. På bakgrunn av vår manglende kunnskap om intensivsyndrom valgte vi derfor å sette oss inn i temaet i forbindelse med vår avsluttende eksamen ved videreutdanningen i intensivsykepleie. Vi hadde som mål å finne ut av hva intensivsykepleiere kan bidra med i forebyggingen og behandlingen av pasienter med intensivsyndrom. Under arbeidet med denne oppgaven har vi fått ny kunnskap både fra litteraturen og de intensivsykepleierne vi intervjuet, og vi føler oss nå i større grad i stand til å ivareta denne pasientgruppen. Vi har sett at det er mange sammensatte og komplekse årsaker som fører til at pasienter innlagt på intensivavdelingen utvikler intensivsyndrom under oppholdet, og at ikke alle faktorer kan påvirkes. Likevel finnes det en rekke faktorer som kan begrenses, forebygges eller elimineres. De fleste av tiltakene under forebygging og behandling faller inn under intensivsykepleiernes ansvarsområde. Av den grunn mener vi det er av stor betydning at intensivsykepleierne har gode kunnskaper om emnet, og vi tror de funn vi har gjort i oppgaven kan brukes til å gjøre intensivsykepleier mer bevisst på viktigheten av å forebygge og behandle intensivsyndrom.

Til tross for at intensivsyndrom har vært et kjent problem helt fra de første intensivavdelingene ble opprettet, anser vi fortsatt temaet som høyst aktuelt. Vi tror at med den samfunnsmessige utviklingen hvor vi lever lengre, samt at stadig flere sykdommer nå blir behandlet, er det sannsynlig at intensivsyndrom kan bli et økende fenomen på intensivavdelingene i fremtiden. Dessverre har forebygging og behandling av intensivsyndrom vært viet forholdsvis lite oppmerksomhet i intensivmiljøet. Med tanke på hvilke alvorlige og betydningsfulle konsekvenser intensivsyndrom har ikke bare for pasienten, men også i et samfunnsøkonomisk perspektiv, mener vi derfor det er avgjørende at intensivsykepleiere har fokus på pasientenes psykologiske behov, samtidig som de ivaretar den fysiske behandlingen av pasienten.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

1. Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag.
2. Gulbrandsen, Tove og Dag-Gunnar Stubberud (2005). *Intensivsykepleie*. Akribe AS.
3. Kongsmo, Trulte (1995). *En hatt med slør*. TANO AS.
4. Lover hentet fra Lovdata:
 - *Helsepersonelloven*:
<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19990702-064.html>
 - *Pasientrettighetsloven*:
<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19990702-063.html>
5. Magnus, Per og Leiv S. Bakketeig (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Gyldendal Akademisk.
6. Moesmand, Anne Marie og Astrid Kjøllesdal (2007). *Å være akutt kritisk syk*, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utgave.
7. NSFLIS Generalforsamling 5.juni 2002.
Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere.
<http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=4907&categoryID=718>

Selvvalgt litteratur – Antall sider: 509.

8. Benner, Patricia og Judith Wrubel (2002).
Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sundhed og sygdom, s 83-150. Forlaget Munksgaard Danmark. 68 sider
9. Bonde Jan, Torstein Faber, Anni Roikjær og Mette Rosendahl-Nielsen (2002).
Intensiv terapi og sygepleie. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck København. 3 sider
10. Bucher, Linda og Sheila Melander (1999). *Critical Care Nursing*.
W.B Saunders company s 51-79. 29 sider
11. Bydam, Jens og Janet Mary Hansen , red (2005). *Sygeplejens fundament 1*.
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2005. s 373-391. 19 sider
12. Dyer, Ian (1995). *Preventing the ITU syndrome or how not to torture an ITU patient!*
Part 1. Intensive and Critical Care Nursing 11, s 130-139. 10 sider
13. Dyer, Ian (1995). *Preventing the ITU syndrome or how not to torture an ITU patient!*
Part 2. Intensive and Critical Care Nursing 11, s 223-232. 10 sider
14. Dyson, Martyn (1999). *Intensive Care Unit psychosis, the therapeutic nurse-patient relationship and the influence of the intensive care setting: analyses of interrelating factors*. Journal of Clinical Nursing 8, s 284-290. 7 sider
15. Fontaine, Dorrie K et al (2005). *Critical care nursing: A holistic approach*.
8. utgave, s 36-45. Lippincott Williams & Wilkins. 10 sider
16. Granberg, Aneth, Ingegerd Bergbom-Engberg og Dag Lundberg (1996).
Intensive care syndrome: a literature review. Intensive and Critical Care Nursing 12, s 173-182. 10 sider

17. Granberg, Anetth, Ingegerd Bergbom-Engberg og Dag Lundberg (1998). *Patients`expiience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I.* Intensive and Critical Care Nursing 14, s 294-307. 14 sider
18. Granberg, Anetth, Ingegerd Bergbom-Engberg og Dag Lundberg (1999). *Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II.* Intensive and Critical Care Nursing 15, s 19-33. 15 sider
19. Granberg, Anetth, Ingegerd Bergbom-Engberg og Dag Lundberg (2001). *Clinical signs if ICU syndrome/delirium: an observational study.* Intensive and Critical Care Nursing 17, s 72-93. 22 sider
20. Nightingale, Florence (1997). *Notater om sykepleie.* s 83-96. Universitetsforlaget AS. 14 sider
21. Price, Ann M (2004). *Intensive care nures`expiiences of assessing and dealing with patients`psychological needs.* British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care Vol 9 No 3, s 134-142. 9 sider
22. Roberts, Birgit L (2001). *Manging Delirium in Adult Intensive Care Patients.* Critical Care Nurse Vol 21, No 1, s. 47-55. 9 sider
23. Skrobik, Yoanna K, Nicolas Bergeron, Marc Dumont og Stewart B Gottfried. (2004). *Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting.* Intensive Care Med 30, s 444-449. 6 sider
24. Stokkebæk, Anne (2002). *Psykologi 2. Sundhedpsykologi.* Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s 59-111. 53 sider
25. Thagaard, Tove (1998). *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode.* s 11-30, 45-59, 79-105, 193-206. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. 98 sider

26. Thomason, Jason WW et al. (2005). *Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 non-ventilated patients*. Critical Care 9 R375-R381. 12 sider
27. Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget. s 29-49, 135-167. 54 sider
28. Van Rompaey, Bart et al. (2008) *Risk factors for intensive care delirium: A systematic review*. Intensive and Critical Care Nursing 24, s 98-107. 10 sider
29. Wesley Ely, E et al. (2001). *Delirium in Mechanically Ventilated Patients. Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. JAMA – The Journal of American Medical Association. Vol 286. No 21, s. 2703-2710. 8 sider
30. Wesley Ely, E et al. (2001). *The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay*. Intensive Care Med 27, s 1892-1900. 9 sider
31. Wesley Ely, E et al. (2004). *Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit*. JAMA – The Journal of American Medical Association Vol 291. No 14, s 1753-1762. 10 sider

INTERVJUGUIDE

Kvalitative intervju av intensivsykepleiere om intensivsyndrom

- Hvilke faktorer mener du er kan være årsaken til at intensivpasienter utvikler intensivsyndrom?
- Har avdelingen du jobber på fokus på forebyggelse av intensivsyndrom hos pasientene, og er avdelingens oppbygning slik at den hjelper pasientene med å orientere seg?
- Hva mener du er viktige faktorer en som intensivsykepleier kan sette i verk for kunne forebygge at pasienter utvikler intensivsyndrom? Er det enkelttiltak som det spesielt viktig?
- Hvilke tiltak opplever du blir iverksatt når en pasient oppleves å være i en tidlig fase i utviklingen av intensivsyndrom?
- Hvordan behandles en pasient med fullt utviklet intensivsyndrom ved din avdeling?
- Hvordan opplever du å ha ansvaret for pasienter som har utviklet intensivsyndrom?
- Hva tror du er de langsiktige konsekvensene av intensivsyndrom for pasienten?
- Får pasienter som har hatt intensivsyndrom under oppholdet på din avdeling noen oppfølging i etterkant?

INFORMASJON TIL INTERVJUPERSONER/INFORMANTER

Vi ønsker først å takke deg for at du er villig til å stille opp til intervju, og vi ser frem til det videre samarbeidet. Vi er to studenter som nå går videreutdanning i intensivsykepleie. I forbindelse med vår avsluttende oppgave ønsker vi å skrive om utvikling, forebygging og behandling av intensivsyndrom hos intensivpasienter. Vi har valgt følgende problemstilling for vår oppgave: ”Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til å forebygge og behandle intensivsyndrom hos intensivpasienter?”

For å besvare problemstillingen ønsker vi å intervjuere flere intensivsykepleiere som arbeider i intensivavdelingen. Under intervjuet ønsker vi å kartlegge hvilke tiltak du som intensivsykepleier tar i bruk for å forebygge og behandle intensivsyndrom. Vi er ute etter dine erfaringer og kunnskaper i dette arbeidet. Det innebærer ikke å teste dine kunnskaper, men derimot å lære av dine erfaringer og bruke dine kunnskaper til drøfting i oppgaven. Arbeidet vil være konsentrert om den direkte pleien og behandlingen av pasientene, men vi vil også kunne komme inn på avdelingens rutiner og praksis i forbindelse med pasienter som utvikler intensivsyndrom. Vi har et ønske om å bruke båndopptakerutstyr under intervjuet, og i tillegg kan det være vi tar notater. Vi håper dette er akseptabelt for deg. I etterkant vil alt som blir sagt under intervjuet bli skrevet ut ordrett/transkribert. Alt materiale fra intervjuene, dvs lydbånd, datafiler og utskrifter av transkripsjon vil bli oppbevart nedlåst. Lydbåndet vil bli destruert etter transkribering, og alle utskrifter fra intervjuet vil bli makulert når oppgaven er ferdig. Alle data vil bli behandlet slik at det ikke skal være mulig å identifisere intervjuobjektene eller eventuelle pasienthistorier fra intervjuene. Dette for at kravet om anonymitet og taushetsplikt skal være ivarettatt. Vi estimerer at hvert intervju vil ta ca 1 time.

Intervjuet er frivillig. Det vil si at du når som helst i prosessen, og også etter at intervjuet er gjennomført kan trekke deg. Data fra ditt intervju vil da ikke bli brukt i oppgaven.

Vi vil igjen takke deg for at du stiller opp til intervju.

Med vennlig hilsen

Underskrevet av kandidat 5

Kandidat 5

Underskrevet av kandidat 13

Kandidat 13

Fra

VEDLEGG 3

Kandidat 5

Kandidat 13

Til

Fagansvarlige ved videreutdanning i intensivsykepleie

Navn faglærer 1

Navn faglærer 2

Bodø, 13.12.2007

SØKNAD VEDRØRENDE AVSLUTTENDE EKSAMEN I INTENSIVSYKEPLEIE

Vi ønsker med dette å søke om å få skrive avsluttende eksamen i videreutdanning i intensivsykepleie sammen. Vi er to sykepleiere som har forholdsvis lik bakgrunn og som begge arbeider ved intensivavdelingen ved Nordlandssykehuset. I vår arbeid har vi begge gjentatte ganger opplevd hvor vanskelig det kan være både å forebygge og å behandle intensivsyndrom hos intensivpasienter. Dette er noe vi ønsker å sette oss bedre inn. Bakgrunnen for vår søknad er derfor at vi begge har interesse for temaet, og har positive erfaringer med det å skrive oppgave sammen med andre.

Hvis vi får skrive oppgaven sammen innebærer dette utvidet krav til bruk av metode.

Vi ønsker av den grunn i tillegg til litteraturstudie å bruke kvalitative intervju med erfarne intensivsykepleiere. De opplysningene som kommer frem i intervjuene vil vi da drøfte opp mot relevant litteratur. Å skrive oppgaven sammen vil derfor medføre at vi i større grad kan fordype oss i temaet, og forhåpentligvis lære mer enn hvis vi skulle ha skrevet oppgaven alene. Dette er fra vår side den største motivasjonen for å skrive sammen.

Vi håper derfor at dere innvilger søknaden.

Underskrevet av kandidat 5

Kandidat 5

Underskrevet av kandidat 13

Kandidat 13

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stilles til: **Intensivavdelingen**

Avdeling / institusjon

Ved: **Navn på enhetsleder ved intensivavdelingen**

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med	1.) Fordypningsoppgave	<u>X</u>
	2.) Deleksamen	—
	3.) Semesteroppgave	—
	4.) Prosjektarbeid	—

søker:

Student: **Kandidat 5 og 13**

Bachelor i sykepleie:

Kull:

Studiested: **Høgskolen i Bodø**

Videreutdanning, linje: **Intensivsykepleie** Kull: **2007-2008**

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Vi ønsker i vår avsluttende eksamen, videreutdanning i intensivsykepleie og skrive en oppgave om utvikling, forebygging og behandling av intensivsyndrom hos intensivpasienter. Vi har valgt følgende problemstilling for vår oppgave: *"Hvordan kan intensivsykepleiere bidra til å forebygge og behandle intensivsyndrom hos intensivpasienter?"* Vi er ute etter intensivsykepleiernes erfaringer og kunnskaper i dette arbeidet. Det innebærer ikke å teste kunnskapene til intensivsykepleierne, men derimot å lære av deres erfaringer og bruker deres kunnskaper til drøfting i oppgaven. Arbeidet vil være konsentrert om den direkte pleien og behandlingen av pasientene, men vi vil også kunne komme inn på avdelingens rutiner og praksis i forbindelse med pasienter som utvikler intensivsyndrom.

Metode v/ datainnsamlingen:

Vi vil i denne oppgaven bruke en kombinasjon av kvalitative intervju og litteraturstudie for å besvare problemstillingen. Den kvalitative metoden vil bestå av intervju med intensivsykepleiere som jobber i intensivavdelingen. Vi ønsker å kartlegge hvilke tiltak intensivsykepleierne tar i bruk for å forebygge og redusere/behandle intensivsyndrom, og ber i den forbindelse om tillatelse til å intervju 2-3 intensivsykepleiere ved intensivavdelingen. Vi estimerer at hvert intervju vil ta ca 1 time.

Respondenter / intervjupersoner:

Vi ønsker hvis det er mulig å få intervju 2-3 intensivsykepleiere som har erfaring med/har vært involvert i pleien av pasienter som har utviklet intensivsyndrom. Vi tenker oss at intervjuobjektene derfor bør ha minst 5 års erfaring fra intensivavdeling. Intervjuet er frivillig. Det vil si at intervjuobjektene når som helst i prosessen, og også etter at intervjuet er gjennomført kan trekke seg. Data fra intervjuene vil da ikke bli brukt i oppgaven.

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen:

Vi kommer under intervjuene til å bruke båndopptakerutstyr utlånt fra Høgskolen i Bodø. I tillegg kan det være vi tar notater under intervjuene. I etterkant vil intervjuene bli skrevet ut ordrett/transkribert. Alt materiale fra intervjuene, dvs lydbånd, datafiler og utskrifter av transkripsjon vil bli oppbevart nedlåst. Lydbåndene vil bli destruert etter transkribering, og alle utskrifter fra intervjuene vil bli makulert når oppgaven er ferdig.

Alle data vil bli behandlet slik at det ikke skal være mulig å identifisere intervjuobjektene eller eventuelle pasienthistorier fra intervjuene. Dette for at kravet om anonymitet og taushetsplikt skal være ivaretatt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen:

Intervjuene vil bli gjennomført i løpet av mars måned, 2008.

Oppgaven skal leveres inn til sensur i uke 19, 2008.

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede studenter eller faglærer.

Med hilsen

Underskrevet av kandidatene 5 og 13

Student/studenter

Underskrevet av faglærer

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: **18.02.2008**

Til

Student: **Påført kontaktopplysninger for studentene**

Faglærer: **Lærer ved videreutdanning**

intensivsykepleie

Høgskole: **Høgskolen i Bodø**

Adresse: **Mørkvedtråkket 30**

Postnr./poststed: **8049 Bodø**

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrevet av enhetsleder ved intensivavdelingen

Underskrift