



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Filosofie magisterexamen

Sjuksköterskans erfarenheter av akut konfusion hos äldre i akutsjukvård – En kvalitativ intervju studie.

**Nurses´ experience of acute confusion in elderly patients in
emergency care – A qualitative interview study.**

Författare: Birgitta Aiff
Handledare: Marika Maursarz
Granskare: Ewa Billing
Examinator: Janeth Leksell
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurskod: VÅ 3111
Poäng: 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 180528

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

- Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Abstract

Title: Nurses experience of acute confusion in elderly patients in acute emergency care- A qualitative interview study.

Background: The elderly cared for in emergency care have an incidence between 11–51% to develop acute confusion during the care period. The condition is related to increased morbidity and mortality among the elderly. Multifactorial causes lie behind the elderly being affected. Acute confusion is a clinical diagnosis, at present there are not biomarkers or examinations that can identify the condition. Acute confusion requires early awareness, swift investigation, medical care and well adapted health care environment in order for the patient to recover.

Purpose: To describe nurses experiences in detecting, preventing and caring for patients suffering from acute confusion in emergency care.

Design: A qualitative interview with five nurses working within geriatric emergency care at two hospitals in the south of Sweden.

Result: Three categories emerged in the result; *strategies to identify and assess signs of acute confusion, strategies and hinders for preventative measures and good nursing upon acute confusion, and improvement proposals for the care of elderly suffering from acute confusion*. Nurses used observation, communication, and gathering of information from medical records and relatives in order to identify acute confusion. A comprehensive view in care, continuity in contacts, adaption of health care environment and relatives engagement were important factors to prevent acute confusion and provide good nursing. Hindering factors were a result of shortcomings in the health care environment, insufficient resources and time, and lack of knowledge among other requisite staff regarding appropriate reception and approach.

Conclusion: An evidence-based screening instrument which identifies various states of confusion would render assessment and documentation easier for nurses. Personal centered care built upon that such is planned based on a comprehensive view and continuity in contacts, and that relatives are more engaged in care, is advocated by the nurses. Health care environment shall be adapted, be calm and supportive in form. Staff that work with confused patients need more sufficient knowledge regarding appropriate reception and approach to render patient recovery easier.

Keywords: Emergency care, Delirium, experiences, geriatric patients, nurse, discover.

Abstrakt

Titel: Sjuksköterskans erfarenhet av akut konfusion hos äldre i akutsjukvård – En kvalitativ intervjustudie.

Bakgrund: Äldre som vårdas i akutsjukvård har en incidens mellan 11–51% att utveckla akut konfusion under vårdtiden. Tillståndet är förenat med en ökad sjuklighet och dödlighet hos äldre. Multifaktoriella orsaker ligger bakom att äldre drabbas. Akut konfusion är en klinisk diagnos, idag finns inga biomarkörer eller undersökningar som kan identifiera tillståndet. Akut konfusion kräver en tidig upptäckt, snabb utredning och ett medicinskt omhändertagande, god omvårdnad och en anpassad vårdmiljö för att patienten skall återhämta sig.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att upptäcka, förebygga och vårda patienter med akut konfusion i akutsjukvård.

Design: En kvalitativ intervjustudie med fem sjuksköterskor verksamma i geriatrisk akutsjukvård på två sjukhus i södra Sverige.

Resultat: I resultatet framkom tre kategorier; *strategier för att identifiera och bedöma tecken på akut konfusion, strategier och hinder för förebyggande insatser och god omvårdnad vid akut konfusion, förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion.* Sjuksköterskan använde sig av observation, kommunikation och inhämtning av information från journal och anhöriga för att identifiera akut konfusion. En helhetssyn i omvårdnaden, kontinuitet i vårdkontakten, anpassning av vårdmiljön och anhörigas delaktighet var viktiga faktorer för att förebygga akut konfusion och ge god omvårdnad. Hindrande faktorer orsakades av brister i vårdmiljön, för lite resurser och tid samt bristande kunskap hos övrig vårdpersonal kring lämplig bemötande och förhållningssätt.

Slutsats: Ett evidensbaserat screeninginstrument som identifierar olika konfusionstillstånd skulle underlätta bedömning och dokumentation för sjuksköterskor. En personcentrerad vård som bygger på att omvårdnaden planeras utifrån en helhetssyn och en kontinuitet i vårdkontakten samt att anhöriga görs mera delaktiga i vården förespråkas av sjuksköterskorna. Vårdmiljön skall anpassas, vara lugn och stödjande till sin utformning. Personal som arbetar med konfusoriska patienter behöver ha mer kunskap om lämpligt bemötandet och förhållningssätt för att underlätta patientens återhämtning.

Nyckelord: Akutsjukvård, Delirium, erfarenheter, geriatriska patienter, sjuksköterska, upptäcka.

Tack

Författaren vill framföra ett tack till min handledare Marika Maursarz för god handledning och feedback under arbetets gång. Ett tack även till de geriatriska vårdavdelningar och de sjuksköterskor som deltagit i studien.

Innehållsförteckning

1.INLEDNING.....	1
2.BAKGRUND	1
2.1 Demografisk befolkningsutveckling	1
2.2 Begreppet akut konfusion	1
2.3 Orsaker till akut konfusion.....	2
2.4 Diagnoskriterier för akut konfusion.....	3
2.5 Symtom vid akut konfusion	3
2.6 Förekomst, sjuklighet och dödlighet vid akut konfusion.....	4
2.7 Äldre patienters upplevelser av att drabbas av akut konfusion	5
2.8 Identifiering av akut konfusion	5
2.9 Förebyggande insatser, behandling och omvårdnad vid akut konfusion.....	7
2.10 Sjuksköterskors kunskap om akut konfusion.....	9
3.TEORETISK REFERENSRAM.....	10
3.1 Personcentrerad vård.....	10
3.2 Personcentrerad vård vid nedsatt kognitiv förmåga	11
4.PROBLEMFÖRMULERING.....	12
5.SYFTE.....	12
6.FRÅGESTÄLLNINGAR	12
7. METOD.....	13
7.1 Design.....	13
7.2 Urval.....	13
7.3 Datainsamlingsmetod.....	14
7.4 Tillvägagångssätt.....	15
7.5 Forskningsetiska övervägande	15
7.6 Statistisk bearbetning/Analys.....	17
7.7 Förförståelse	17
8. RESULTAT	18
8.1 Strategier för att identifiera och bedöma tecken på akut konfusion.	19
8.1.1 Observation	19
8.1.2 Kommunikation.....	20
8.1.3 Inhämtning av information.....	21
8.1.4 Kunskap om akut konfusion.....	22

8.2 Strategier och hinder för förbyggande insatser och god omvårdnad vid akut konfusion.....	23
8.2.1 Helhetsyn i omvårdnaden.....	23
8.2.2 Anpassning av vårdmiljön.....	25
8.2.3 Anhörigas delaktighet	26
8.2.4 Hindrande faktorer	27
8.3 Förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion.....	28
8.3.1 Strukturerad bedömning.....	28
8.3.2 Kontinuitet i vården.....	29
8.3.3 Ökad kunskap i vården.....	30
8.3.4 Bättre vårdmiljö.....	30
8.3.5 Personcentrerad vård	31
9. DISKUSSION	31
9.1 Sammanfattning av huvudresultat.....	31
9.2 Resultatdiskussion.....	32
9.3 Metoddiskussion	38
9.4 Slutsats	41
9.5 Studiens kliniska betydelse	41
9.6 Förslag till vidare forskning	42
REFERENSER.....	43
BILAGOR	
Bilaga 1: Till vederbörande verksamhetschefer på avdelningen	
Bilaga 2: Till dig som arbetar som sjuksköterska på avdelningen	
Bilaga 3: Intervjuguide	
Bilaga 4: Etisk eftergranskning av studentprojekt	

1.INLEDNING

I mitt arbete som sjuksköterska och som anhörig har jag mött äldre personer som utvecklat akut konfusion när de vårdats på sjukhus. En akut konfusion skall misstänkas hos en äldre person där hjärnans funktionsförmåga förändras snabbt. I flera fall har det dröjt innan vårdpersonal uppmärksammat symtom på akut konfusion hos äldre vilket fördröjt insättningen av lämplig behandling och omvårdnad. Kunskap om tecken på akut konfusion samt ett proaktivt arbetssätt hos vårdpersonalen kan bidra till förebyggande åtgärder, en tidigare upptäckt och behandling av akut konfusion hos äldre. En tidig identifiering av akut konfusion bidrar till ett minskat lidande för den enskilde och minskar långa vårdtider på sjukhus. Med en allt större grupp av äldre som vårdas i akutsjukvård kommer det att innebära att förekomsten av akut konfusion ökar i sjukvården.

2.BAKGRUND

2.1 Demografisk befolkningsutveckling

Antalet äldre som är över 65 år ökar stadigt i Sverige och i världen. World Health Organization (2015) redovisade att andelen äldre > 65år förväntas öka från 12 % till 22% mellan åren 2015–2050. Var fjärde person beräknas vara 65 år eller äldre 2030. Idag står personer över 65 år för ca 40% av alla besök på landets akutmottagningar. För många innebär besöken på akutmottagningen en inläggning på sjukhus (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering,2013).

2.2 Begreppet akut konfusion

Delirium, akut förvirringstillstånd, akut hjärnsvikt och akut konfusion är begrepp som används för att beskriva en övergående försämring av hjärnans högre funktionsförmåga. Tillståndet är vanligast bland sköra äldre. Delirium är det begrepp som används internationellt och i engelskspråkig litteratur. I Sverige beskrivs tillståndet vanligtvis som akut konfusion eller akut förvirringstillstånd. (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin 2011; Wahlund, Nilsson & Wallin 2011). I denna uppsats kommer författaren att använda sig av begreppet akut konfusion. Konfusion är ett synonymt begrepp till det engelska ordet ”confusion”. Enligt Swedish MeSh betyder ordet ”confusion” förvirringstillstånd och beskriver ett mentalt tillstånd som kännetecknas av förvirring, desorientering, känslomässig

störning och bristande förmåga att tänka klart (Karolinska Institutets Universitetsbibliotek, 2018).

Akut konfusion hos äldre är fortfarande underdiagnostiserat i akutsjukvården. I en studie redovisades att cirka 56% av äldre som vårdats i akutsjukvård utvecklade akut konfusion under vårdtiden (Sinvani, Kozikowski, Pekmezaris, Akerman & Wolf-Klein, 2016). När en expertbedömare i akutsjukvård bedömde patienters tecken på akut konfusion visade sig att sjuksköterskor och ansvariga läkare missade tecken på akut konfusion hos 60 % av patienterna (Oh, Fong, Hshieh & Inouye, 2017). Brister i bedömning och diagnostik innebär att flera patienter med akut konfusion undgick upptäckt och erbjöds inte korrekt behandling. I en studie redovisades att utvecklingen av akut konfusion inom akutsjukvård kunde ses som en indikator på vårdkvalitet, 30 - 40 % av fallen skulle kunna förebyggas med korrekta omvårdnadsåtgärder (Inouye, Westendorp & Sacynski, 2014).

2.3 Orsaker till akut konfusion

Multifaktoriella orsaker bedöms ligga bakom att äldre drabbas av akut konfusion i större utsträckning. Hög ålder, tidigare tecken på kognitiv svikt eller demenssjukdom, depression, akut psykisk kris, infektion, malnutrition, syn och hörselnedsättning, trauma, akut kirurgisk behandling, somatisk sjukdom, urinretention, förstoppning, alkoholberoende, stress, miljöförändringar och olämpliga läkemedel ökade risken. Äldre hade en lägre konfusionströskel vilket innebär att mindre påfrestningar kunde räcka för att utlösa en akut konfusion (Marcusson et al., 2011; Tomlinson, Phillips, Mohebbi & Hutchinson 2016; Oh et al., 2017).

I studier redovisades att flera fysiologiska mekanismerna kunde förklara varför akut konfusion utvecklades hos äldre. Strukturella hjärnskador, inflammatoriska processer, transmittorsubstansförändringar i hjärnan (acetylkolin, serotonin, dopamin) och stress som medförde förändrade kortisolnivåer i blodet var några av de fysiologiska förklaringar som beskrevs. I forskningen om akut konfusion har man försökt att finna lämpliga biomarkörer att använda för att hitta äldre med högre risk att drabbas av akut konfusion. Även om många biomarkörer studerats, har ingen validerats för klinisk användning vid diagnos eller uppföljning av akut konfusion (Tomlinson et al., 2016; Oh et al., 2017).

2.4 Diagnoskriterier för akut konfusion.

I sjukvården används diagnossystemen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version fem (DSM-V) och International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – tionde versionen (ICD-10) för gemensam konsensus kring de symtom som kan ses vid akut konfusion. Kännetecknade för akut konfusion skall vara att en patient visar tecken på störd dygnsrytm, störd uppmärksamhet och medvetenhet. Symtomen skall ha uppkommit under en kortare tid, vanligtvis timmar eller fåtal dagar. Symtomen fluktuerar under dygnet. Patienten har försämrad perception och nedsatta kognitiva funktioner med tecken på desorientering, minnessvårigheter och nedsatt språklig förmåga. De nyttillkomna symtomen kan inte förklaras av någon annan bakomliggande sjukdom som exempelvis demens (Sivlér & Nägga, 2018).

2.5 Symtom vid akut konfusion

De symtom som indikerade att en äldre person drabbats av akut konfusion var plötslig symtomdebut med ett grumlat medvetande och fluktuerande förlopp, en nedsättning av intellektuella funktioner och koncentrationsförmåga, perceptionsstörningar, hallucinationer och vanföreställningar, osammanhängande tal, nedstämdhet, oro, ångest, plockighet och störd dygnsrytm (Marcusson et al., 2011; Wahlund et al., 2011; Mc Cabe & Kennelly, 2015).

Symtom på akut konfusion yttrade sig på olika sätt hos olika individer (Wahlund et al., 2011) En hyperaktiv konfusion kännetecknades av motorisk oro och hallucinationer vilket snabbt uppmärksammades av omgivningen. Vid en hypoaktiv konfusion sågs nedsatt uppmärksamhet och koncentrationsförmåga och patienten var inte orienterad till tid, rum och situation. I kontakten kunde patienten vara passiv, inåtvänd, tyst, somnolent och svarade dåligt på tilltal. Hypoaktiv konfusion riskerade att misstolkas som demenssjukdom eller helt undgå upptäckt om inte kognitiv testning utfördes. Hos vissa äldre kunde konfusionen växla mellan att vara hyperaktiv och hypoaktiv och kallades för mixed konfusion. Hyperaktiv konfusion redovisades hos 25% av de äldre som drabbades och övriga presenterade symtom i form av hypoaktiv konfusion. En hypoaktiv konfusion hade sämre prognos med en ökad dödlighet på grund av allvarlig somatisk sjukdom eller på grund av att konfusionen förblev oupptäckt eller upptäcktes senare. Svårighetsgraden av konfusion kunde variera från mild till mycket svår. Äldre som utvecklade en mycket svår konfusion hade en sämre prognos (Wahlund et al., 2011; Marcantonio, 2017).

Svårighetsgraden av somatisk sjukdom påverkade också svårighetsgraden av akut konfusion. I en studie studerades effekter av infektioner hos äldre och utvecklingen av akut konfusion. Blodförgiftning var det infektionstillstånd som hade starkaste samband med mycket svår akut konfusion hos äldre (Kuswardhani & Sugi, 2017).

2.6 Förekomst, sjuklighet och dödlighet vid akut konfusion

Det saknas epidemiologiska studier som beskriver hur pass vanligt akut konfusion hos äldre är i samhället som helhet. Många redovisade studier har koppling till specifika sjukdomstillstånd eller till olika vårdenheter inom slutenvården som vårdar äldre (Wahlund et al., 2011).

Studier redovisade olika siffror kring förekomsten av akut konfusion hos äldre inom akutsjukvård. Inouye, Westendorp och Saczynski (2014) redovisade att äldre som vårdas inom akutsjukvård hade en incidens mellan 11 - 51% att utveckla en akut konfusion under vårdtiden med undantag för intensivvård där siffran var högre. Enligt Marcantonio (2017) var akut konfusion mycket vanligt bland äldre som vårdats på olika enheter inom akutsjukvård. En tredjedel av medicinska patienter som var 70 år eller äldre utvecklade akut konfusion under vårdtiden på sjukhus. Hälften av dessa patienterna hade redan en akut konfusion vid inskrivningen på sjukhus. Cirka 10 - 15 % av äldre som vårdats på akutavdelningar utvecklade en akut konfusion under vårdtiden. En av de vanligaste kirurgiska komplikationerna bland äldre var akut konfusion. Incidensen för akut konfusion var 15 - 25% efter elektiva operationer och 50 % efter höftfrakturkirurgi och hjärtkirurgi. För äldre som vårdats i respirator inom intensivvård var den kumulativa incidensen för akut konfusion 75%. Prevalensen för akut konfusion hos äldre i palliativ vård var 85%. Äldre med en samsjuklighet hade en större risk att drabbas av akut konfusion än äldre utan samsjuklighet (Dani, Owen, Jackson, Rockwood, Sampson & Davis, 2017).

Flera studier redovisade ett ökat samband mellan insjuknande i akut konfusion och en ökad dödlighet (Tasar, Sahin, Akcam, Dinckal, Ulusoy, Sarikaya & Noyan 2017). Akut konfusion som inte uppmärksammades hos äldre och förblev obehandlade gav en ökad dödlighet (Wahlund et al., 2011). Äldre med akut konfusion som vårdats på akutavdelningar och inom intensivvård hade en ökad dödlighet på 37,6 % efter en månad och efter tre månader 25, 9% ökad risk att avlida (Gonzales, Martinez, Calderon, Villarroel, Yuri, Rojas & Carrasco, 2009).

I en studie av Dani et al. (2017) undersöktes en ökad risk för dödlighet hos äldre som utvecklade akut konfusion och risken för ökad dödlighet hos äldre med flera sjukdomar. Även friskare äldre som drabbades av akut konfusion och som inte bedömdes som äldre med många sjukdomar hade en ökad dödlighet. De äldre som insjuknade i en akut konfusion hade en 81% ökad risk att avlida inom 3 år jämfört med äldre som inte drabbats av akut konfusion, där den ökade risken att avlida var 49%.

2.7 Äldre patienters upplevelser av att drabbas av akut konfusion

En akut konfusion innebar ett lidande för de som drabbades. Äldre patienter som upplevt en akut konfusion beskrev att verkligheten plötsligt förändrades och att man hade svårt att avgöra vad som var verkligt och överkligt. Under en akut konfusion var patienten också mycket mer känslig för olika sinnesintryck. En akut konfusion kunde upplevas som en skrämmande och ångestfull upplevelse. Patienter beskrev en känsla att vara vaken i en dröm. Hallucinationer och illusioner tillkom som kunde upplevas som obehagliga och skapade starka känslor av rädsla, otrygghet, oro och ångest. Förmågan att förstå sammanhang och kommunicera med andra påverkades och ledde till en upplevelse av ensamhet, isolering och hjälplöshet hos de som drabbades. Under konfusionen hade patienter svårt att förstå vad som skall hända eller vad som förväntades av dem i olika situationer. Otillfredsställda kroppsliga behov och kroppsliga obehag som smärta, törst eller att frysa eller svettas skapade ångest hos de drabbade. (Sörensen Dupps & Wikblad, 2007; Wahlund et al., 2011; Whitehorne, Gaudine, Meadus & Solberg, 2015).

En del av dem som utvecklade en akut konfusion hade minnen av sina upplevelser efter återhämtningen och kunde behöva bearbeta sina upplevelser (Wahlund et al., 2011). Minnena kunde väcka känslor av rädsla att tvingas uppleva akut konfusion igen och ånger över vad som hänt under konfusionens inverkan. Patienten kunde uppleva en känsla av skuld, skam och skämdes över sitt beteende under konfusionen gentemot vårdpersonal och anhöriga. Att erbjudas möjligheten att samtala om upplevelserna kunde för en del drabbade upplevas som positivt och ett sätt att bearbeta det som hänt (Sörensen Dupps & Wikblad 2007; Whitehorne et al., 2015).

2.8 Identifiering av akut konfusion

Akut konfusion bedöms att vara en klinisk diagnos, vilket innebär att de symtom och tecken som patienter uppvisar fastställer diagnosen. Idag finns inga biomarkörer eller

röntgenundersökningar som säkerställer diagnosen. Vid misstanke om att symtom på nedsatt kognitiv förmåga beror på en demenssjukdom bör den kognitiva förmågan varit konstant nedsatt hos patienten under flera veckor eller månader. Vid variationer av den kognitiva förmågan hos en demenssjuk patient bör akut konfusion misstänkas (Wallin et al., 2011).

Det finns ett tjugotal olika skattningsskalor som används som stöd för att identifiera och diagnostisera akut konfusion hos patienter. Skattningsskalorna Nursing Screening scale (NuDESC), Delirium Observational Screening Scale (DOS) och Neecham confusion scale (NEECHAM) användes för att värdera risken att utveckla akut konfusion men fungerade inte som diagnostiska instrument. Skalorna användes mest av vårdpersonal för att förutse enskilda patienters risk att utveckla akut konfusion inom akutsjukvård. Instrumenten Confusion Assessment Method (CAM) och Rapid Assessment Test for delirium (4-AT) var användbara i diagnostisering av akut konfusion (Setters & Solberg, 2017).

CAM är det vanligaste instrumentet som används i klinisk verksamhet och i forskning idag. Instrumentet bygger på diagnoskriterier enligt DSM och innehåller nio frågor alternativt en kortversion med fyra frågor. Frågorna i instrumentet fångar akut insättande symtom, fluktuerande förlopp, ouppmärksamhet, osammanhängande tankar och förändrad nivå av medvetande (Inouye, van Dyck, Alessi, Balkin, Siegal, & Horwitz, 1990). CAM bör helst användas tillsammans med någon kognitiv skattningsskala för att inte missa patienter med hypoaktiv konfusion (Wallin et al., 2011). Med hjälp av instrumentet kunde patienter med hypoaktiv, hyperaktiv och mixed konfusion identifieras. Tränade sjuksköterskor och läkare använde instrumentet som stöd i diagnostisering (Wong, Holroyd – Leduc & Simel, 2010).

I en australiensisk studie utbildades sjuksköterskor på en akutavdelning i att identifiera faktorer som skulle kunna öka risken för en äldre patient att utveckla konfusion. Sjuksköterskorna fick också utbildning i att använda CAM och Mini-Mental State Examination (MMSE) i sin bedömning. Riskfaktorerna bedömdes när patienten skrevs in på avdelningen och sjuksköterskorna gick vidare med en fortsatt bedömning med skattningsskalorna vid misstanke om akut konfusion. Studien redovisade att enkla skattningsskalor kunde underlätta sjuksköterskors bedömning av vilka patienter som var i riskzonen för att utveckla akut konfusion (Hare, Arndts, Wynanden & Leslie, 2014).

Instrumentet Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit (CAM-ICU) bedömdes ha en högre specificitet och sensitivitet och identifierade svårt sjuka patienter med akut konfusion bättre än andra instrument. Att använda ett instrument som stöd i den i klinisk bedömningen minskade risken att patienter förbisågs och att akut konfusion inte uppmärksammades. CAM – ICU är en förkortade versionen av CAM. Bedömningsinstrumentet är validerat och översatt på svenska (Larsson, Axell & Eriksson, 2007).

2.9 Förebyggande insatser, behandling och omvårdnad vid akut konfusion

För att återhämta sig från akut konfusion krävdes en bred medicinsk utredning med blodprover, röntgen av huvudet och EKG. Den medicinska behandlingen utgick sedan från grundorsaken till det som utlöste den akuta konfusionen och åtgärdades omgående. Det var också viktigt att undvika läkemedel som påverkar hjärnan på ett negativt sätt (Marcusson et al., 2011).

I första hand skulle icke-farmakologiska åtgärder som omfattade god omvårdnad, en anpassad vårdmiljö och ett gott bemötande från personalen som ingav trygghet erbjudas patienter med akut konfusion (Wallin et al., 2011). Multifaktoriella åtgärder i form av utbildning av vårdpersonal om akut konfusion, regelbundna bedömningar och snabb handläggning av somatiska tillstånd hos äldre samt en god information till anhöriga kunde minska antalet äldre som drabbades av akut konfusion (Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2013).

I en studie av Birge och Aydin (2017) belyste författarna vikten av att sjuksköterskan på en intensivvårdsavdelning hade kunskap och fick utbildning om hur man tidigt upptäckte tecken på akut konfusion hos patienter. Att tidigt identifiera faktorer som ökade risken att en patient utvecklade akut konfusion samt insättning av adekvata omvårdnadsåtgärder kunde förebygga och behandla en akut konfusion. Förebyggande åtgärden kunde omfatta justering av vätskebalans och elektrolyter, att tillgodose syrgastillförsel, adekvat smärtlindring, undvika hypertermi eller hypotermi, behandla tecken på infektion samt att åtgärda högt eller lågt blodsocker.

Författarna (Birge & Aydin, 2017) lyfte också fram vikten av en god omvårdnad och att vårdpersonal hade ett medvetet förhållningssätt i kommunikationen med en patient i det

förebyggande arbetet. För att underlätta patientens förmåga till orientering och kommunikation skulle vårdpersonalen ha ett medvetet förhållningssätt vilket innebar att tala långsamt och använda korta fraser eller meningar i samtal. Att tilltala patienten vid namn och att personalen verkligen ansträngde sig att förstå vad patienten försökte uttrycka var viktiga delar i omvårdnaden. Viktig information till patienten upprepades flera gånger. Anhöriga uppmuntrades att komma på besök och kunde vara ett stöd för patienten i reorientering till person, tid och rum. Personalen skulle se till att patienten använde syn- och hörselhjälpmedel för att underlätta tolkning av syn- och hörselintryck. Tidig mobilisering eller daglig träning i sängen till sängliggande patienter och vändning i sängen varann timma till orörliga patienter ingick i omvårdnaden. Vårdmiljön anpassades med kalender som angav datum och klockslag och vårdmiljön skulle göras tydlig genom att onödiga föremål plockades bort. Ljudmiljön anpassades genom att oljud eliminerades och patienten kunde få lyssna på behaglig musik med svag ljudvolym. För att motverka rubbning av dygnsrytmen erbjöds behandling för att sova nattetid och vårdpersonal undvek störande moment nattetid. Patienterna hade en svag nattlampa som lyste på rummet nattetid för att minska upplevelsen av illusioner (Marks 2011; Birge & Aydin, 2017).

Vähäkangas (2009) beskrev vikten av att minska patientens upplevelse av lidande under en akut konfusion. Den vård som planerades skulle utgå från patientens individuella behov. Genom att skapa en yttre och inre trygghet för patienten kunde vårdpersonalen lindra lidandet. Den yttre tryggheten kunde skapas genom att vårdpersonalen gav patienten möjlighet till vila, lugn och ro och genom att personalen var lyhörd och gjorde patienten delaktig i det som hände i verkligheten. Vårdpersonalen kunde behöva ge patienten stöd att tillgodose grundläggande behov såsom sömn, mat, personlig vård och toalettbesök. Fysisk aktivitet kunde lindra upplevelser av oro. En inre trygghet kunde vårdpersonal förmedla genom att bekräfta och bevara patientens värdighet och att patienten upplevde att hen blev tagen på allvar. I vården av äldre med akut konfusion rekommenderades att man i mesta möjliga mån fick ha samma vårdare under vårdtiden. En vårdpersonal som lärde känna patienten väl kunde bekräfta tankar och vara närvarande i mötet. Vähäkangas lyfte fram vikten av att involvera anhöriga i vården och att deras närvaro ökade patientens känsla av trygghet. Det var också viktigt att anhöriga fick en saklig och utförlig information av vårdpersonal om vad en akut konfusion innebar. En orolig anhörig kunde öka patientens upplevelse av oro (Basun et al., 2013). Att återhämta sig från konfusion kunde ta tid och idag är det korta vårdtider i akutsjukvård. Enligt American Psychiatric Association (2002) hade

äldre över 65 år som drabbades av akut konfusion ett större behov av eftervård. Vården kunde omfatta ett ökat behov av hjälpinsatser i hemmet alternativt fortsatt vård på institution efter utskrivning från akutsjukvård.

2.10 Sjuksköterskors kunskap om akut konfusion

Prevention eller förebyggande åtgärder ingår som en del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Sjuksköterskan skall ha kunskap om vad som orsakar sjukdom och hur man kan förhindra att sjukdom utvecklas. Preventivt arbete delas upp i primära, sekundära och tertiära insatser beroende på var i sjukdomsförloppet de sätts in. Primär prevention omfattar åtgärder som förhindrar uppkomst av sjukdom och ohälsa. Sekundär prevention är åtgärder som möjliggör tidig diagnostik och behandling av sjukdom och minskar risken för försämring. Tertiär prevention omfattar rehabilitering efter sjukdom. För att förebygga och behandla akut konfusion hos äldre bör sjuksköterskor arbeta med preventiva insatser på samtliga tre nivåer (Friberg & Öhlen, 2009).

I flera studier har sjuksköterskors kunskap om akut konfusion värderats (de Piava e Silva, Silva & Marques, 2011; Rice, Bennett, Gomez, Theall, Knight & Foreman, 2011; Agar, Draper, Phillips, Collier, Harlum & Currow, 2011; McCrow, El Hussein & Hirst, 2015; Hickin, White & Knopp-Sihota, 2017; Coyle, Burns & Tryanor, 2017). Sjuksköterskor beskrev att de inte hade tillräckligt med kunskap för att identifiera faktorer som ökade risken att äldre utvecklade akut konfusion. Att identifiera olika typer av konfusionstillstånd upplevdes av sjuksköterskor som en svår arbetsuppgift (van de Steeg, Ijkerma, Wagner & Langelaan, 2015). I en kvalitativ studie genomfördes halvstrukturerade gruppintervjuer med sjuksköterskor där de beskrev hur de identifierade och bedömde äldre med akut konfusion. Resultat av intervjuerna redovisade att några sjuksköterskor inte uppfattade att det ingick i en sjuksköterskas arbetsuppgifter, medans andra uppfattade att det var sjuksköterskans arbetsuppgift att identifiera och bedöma äldre med akut konfusion. Identifiering och bedömning av akut konfusion värderades av sjuksköterskorna som en komplex arbetsuppgift som krävde kunskap om hur man skiljde mellan demens, depression och akut konfusion hos äldre (Coyle et al., 2017). Att ta hjälp av anhöriga i bedömningen av en misstänkt konfusion hos en äldre patient kunde underlätta sjuksköterskans arbete. Anhöriga kände till patientens tidigare utgångsläge och identifierade snabbt förändringar i patientens psykiska hälsa. Deras

kunskap om patienten kunde bidra till att vårdpersonal snabbare identifierade en akut konfusion (El Hussein & Hirst, 2015).

3. TEORETISK REFERENS RAM

3.1 Personcentrerad vård

Tom Kitwood skapade den teori som ligger till grund för innehållet i en personcentrerad vård. Teorins utgångspunkt var att de som vårdade en patient skulle utgå från varje enskild individs unika förutsättningar och behov istället för att enbart värdera behov som uppstod på grund av sjukdom (Kitwood, 1997). Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, (GPCC) redogjorde vidare för att en personcentrerad vård innebar att vårdpersonalen såg patienten som mer än den sjukdom som drabbat individen. I mötet med patienter skulle vårdpersonalen utgå från den enskildes upplevelser, förutsättningar och egna resurser. Patientberättelsen, partnerskap och dokumentation beskrev tre viktiga nyckelbegrepp i en personcentrerad vård (GPCC 2018). För att partnerskap skulle uppnås behövde vårdpersonalen utforska patientens upplevelse av sin situation samt vilka förutsättningar och hinder som kunde finnas. Vårdpersonalen borde eftersträva att skapa en god relation till patient och anhöriga för att lyfta personen bakom sjukdomen i patientberättelsen. En strukturerad hälsoplan dokumenterades utifrån patientberättelsen. I en personcentrerad vård prioriterade vårdpersonal relationen till patient och anhöriga lika mycket som uppgifter i vårdandet. Vården planerades tillsammans med patient och anhöriga utifrån en helhetssyn. Införandet av en personcentrerad vård har inneburit ett paradigmskifte i vården. Den centrala utgångspunkten i en personcentrerad vård var patienter och anhöriga istället för sjukdomar och medicinska strukturer (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlen, 2013).

För att uppnå en personcentrerad vård lyfte McCormack och Mc Cance (2006) fyra viktiga områden som behövde utvecklas. Vårdpersonal skulle ha tillräckliga kunskaper och egenskaper att kommunicera med patient och anhöriga. Vårdmiljön skulle anpassas och upplevas som stödjande. Ett gott ledarskap som gav stöd i arbetet och utvecklingen av en personcentrerad vård samt att förväntade resultat skulle kunna mätas i form av tillfredställelse och välbefinnande hos patient och anhöriga.

3.2 Personcentrerad vård vid nedsatt kognitiv förmåga

Att vårda äldre med nedsatt kognitiv förmåga kunde innebära en utmaning i en personcentrerad vård. Möjligheten för vårdpersonalen att kommunicera och uppnå partnerskap försvårades och personalen behövde vara mycket lyhörd för vad patienten signalerar i form av välbefinnande och illabefinnande. En god relation till anhöriga och andra vårdare som kände personen väl var viktigt för att få en bild av personen bakom sjukdomen i patientberättelsen (Edberg et al., 2013). Brooker (2007) beskrev modellen VIPS för personcentrerad vård av äldre med kognitiv svikt. VIPS innebar att värdesätta personer med kognitiv nedsättning, att individanpassa vården och att ha ett personligt perspektiv och se världen utifrån patientens synvinkel samt betydelsen av en social miljö som stödjer psykologiska behov.

I en avhandling belystes vården av äldre med kognitiv svikt i sjukhusmiljö utifrån patienterna och personalens perspektiv (Nilsson, 2013). Begreppet kognitiv svikt omfattade äldre med demenssjukdom, depression och akut konfusion. Vårdpersonalens attityder till äldre med kognitiv svikt påverkades av personalens trivsel med sitt arbete och upplevelsen av belastning i vården. På avdelningar med låg belastning och avdelningar med ett personcentrerat arbetssätt hade personalen en mera positiv inställning till äldre med kognitiv svikt. Processer som identifierades som hinder för en personcentrerad vård var om det saknas samsyn i vården av äldre, om miljön var stressig och flexibilitet saknades samt om vården var sjukdomsorienterad och styrd utifrån effektivitet. Äldres kognitiva förmåga bedömdes inte strukturerat av personalen utan baserades på subjektiva bedömningar utan samsyn. Vården planerades och organiserades inte utifrån evidensbaserade riktlinjer.

I dokumentationen saknades beskrivningar av patientens psykosociala behov vilket sågs som ett hinder för att ge en personcentrerad vård. I en högspecialiserad vård hade vården oftast annat fokus och det fanns ett begränsat intresse att identifiera och behandla nedsatt kognitiv förmåga hos äldre. Att som personal hela tiden uppleva att man hamnade steget efter i planering av vården upplevdes som frustrerande och att inte förmå ge den vård som man ville ge. För patienterna innebar detta ett ökat lidande och otillfredsställda behov och att anhöriga inte upplevde delaktighet i vården. Ju större avstånd personalen upplevde mellan den verkliga vården man kunde ge och den ideala vården man vill ge till äldre med kognitiv svikt i akutsjukvård desto mera meningslöst upplevdes vården.

4.PROBLEMFÖRMULERING

Äldre personer med akut konfusion är en vanlig patientgrupp inom akutsjukvård. Akut konfusion är ett tillstånd som är förenat med en ökad sjuklighet och dödlighet om det inte uppmärksammas och behandlas korrekt. Förloppet och symtom på akut konfusion kan variera och riskerar att undgå upptäckt utan en strukturerad bedömning. Flera studier styrker vikten av att sjuksköterskor har kunskap om hur riskbedömningar utförs och hur olika bedömningsinstrument kan användas som stöd i bedömningen. Trots denna kunskap är akut konfusion ett underdiagnostiserat tillstånd och ett område där sjuksköterskor efterfrågar mera kunskap för ett bättre omhändertagande av patienterna. Äldre patienter med akut konfusion har ett stort behov av olika insatser såsom medicinsk bedömning, farmakologiska och icke-farmakologiska insatser och anpassning av miljön för snabb återhämtning. Förebyggande åtgärder och att sjuksköterskor uppmärksammar tidiga tecken på akut konfusion kan minska förekomsten av akut konfusion, förkorta vårdtiden, minska lidandet för patient och anhörig samt minska sjukvårdskostnader för samhället. Denna studie kartlägger sjuksköterskors erfarenheter och kunskap om akut konfusion hos äldre i akutsjukvård och skall fungera som ett kunskapsunderlag inför planering av framtida utbildningsinsatser riktade till sjuksköterskor.

5.SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att upptäcka, förebygga och vårda äldre patienter med akut konfusion i akutsjukvård.

6.FRÅGESTÄLLNINGAR

Vad har sjuksköterskan för erfarenheter av att bedöma symtom på akut konfusion hos äldre?

Hur anpassar sjuksköterskan omvårdnaden och vårdmiljön för att förebygga akut konfusion hos äldre?

Hur planerar sjuksköterskan omvårdnaden och anpassning av vårdmiljön för äldre som drabbats av akut konfusion?

7. METOD

7.1 Design

Denna empiriska studie har en kvalitativ induktiv ansats och avser att undersöka sjuksköterskors kunskap och erfarenhet kring akut konfusion hos äldre i akutsjukvård.

Kvalitativ forskning utgår från ett holistiskt perspektiv och vill studera personers erfarenheter, uppfattningar eller upplevelser kring ett specifikt fenomen. Forskningsprocessen beskrivs som induktiv vilket innebär att forskaren iakttar olika fenomen för att komma fram till en förklaring eller beskrivning av ett fenomen (Henricson, 2015). En induktiv ansats innebär att inga teorier eller förutbestämda hypoteser legat till grund för de slutsatser som framkommer i studien (Polit & Beck, 2017).

Författaren använde semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Kvalitativa forskningsintervjuer används lämpligen när man skall förstå deltagarnas erfarenheter utifrån deras perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2014). Metoden valdes för att fånga sjuksköterskors erfarenheter och kunskap kring fenomenet som undersöktes. De inspelade intervjuerna bearbetades med kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys innebär att data som insamlats analyseras genom en tolkning och granskning av texten (Polit & Beck, 2017).

7.2 Urval

I denna studie genomfördes ett strategiskt urval vilket innebär att personer valdes som kunde ge mycket information om fenomenet som skulle beskrivas för att kunna besvara studiens syfte. I kvalitativ forskning är antalet deltagare mindre än i kvantitativ forskning och det är viktigt att hitta informanter med olika erfarenheter kring fenomenet som skall beskrivas (Henricson, 2015). Det är bättre att genomföra ett färre antal intervjuer där forskaren ägnar tid åt att förbereda intervjuerna och analysera materialet utförligt (Kvale & Brinkmann, 2014). I denna studie har fem legitimerade sjuksköterskor från två geriatriska kliniker intervjuats.

För att få fram olika nyanser i intervjuundersökningen och en bredd i urvalsgruppen hade författaren som målsättning att intervjua sjuksköterskor med variation i yrkeserfarenhet, ålder och kön. (Henricson, 2015). Deltagarna skulle ha minst två års yrkeserfarenhet för att inkluderas i studien. Samtliga hade en fast anställning på en geriatrisk akutvårdsavdelning och erfarenheter av att vårda äldre med akut konfusion på sin arbetsplats. Att ha en fast

anställning på arbetsplatsen var en förutsättning för att kunna beskriva miljömässiga faktorerers påverkan.

Samtliga studiedeltagare var kvinnor i åldrarna 28 – 58 år (medianvärde 40, 6 år) och hade varierad erfarenhet av att arbeta inom geriatrisk vård. Yrkeserfarenhet som sjuksköterska varierade från 3 – 34 år (medianvärde 14, 6 år). En sjuksköterska var utbildad specialistsjuksköterska med inriktning mot äldre och ytterligare en sjuksköterska var under utbildning till specialistsjuksköterska med inriktning mot äldre.

7.3 Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod där författaren intervjuade en person i taget. En intervjuguide med de centrala frågorna inom ämnet utformades för att kunna besvara studiens syfte och frågeställningar. Semistrukturerade intervjuer utgår från frågeområden istället för att författaren ställer detaljerade frågor. Frågor som ställs är öppna och den som intervjuar uppmuntrar deltagaren att utveckla sina svar genom att ställa följdfrågor. Det är viktigt att få en naturlig övergång mellan olika frågeområden i intervjun. Intervjuguiden användes som stöd under intervjun och underlättade att man kunde förhålla sig till ämnet som samtalet skulle beröra och att frågorna var utformade så att deltagarna kunde ge detaljerad information om områden som skulle undersökas (Polit & Beck, 2017). Författaren inledde intervjun med mera neutrala frågor för att längre fram i intervju gå in på mera känsliga frågeområden (Henricson, 2015).

Intervjuguiden omfattade bakgrundsfakta om ålder och arbetslivserfarenhet hos deltagarna samt sju frågor vilka berörde identifiering, bedömning och omvårdnad vid akut konfusion samt rutiner och miljömässiga faktorerers betydelse. Sjuksköterskors behov av ökad kunskap inom området och förslag på förbättringsåtgärder efterfrågades i de sista frågorna (Bilaga 3). Utifrån intervjuguiden hade författaren möjlighet att ställa följdfrågor för att få en djupare kunskap och förståelse. Innan intervjuerna genomfördes gjordes två provintervjuer för att undersöka om intervjuguide och teknisk utrustning fungerade samt om frågorna svarade mot studiens syfte. Efter provintervjuerna justerades intervjuguiden genom att en fråga förtydligades.

7.4 Tillvägagångssätt

Intialt inhämtades godkännande av verksamhetschefer och enhetschefer på tre avdelningar som tillfrågades (Bilaga 1). Via mejl med bifogat informationsbrev gick sedan en förfrågan ut om medverkan i studien till sjuksköterskor på tre geriatriska akutvårdsavdelningar i södra Sverige (Bilaga 2). Fem deltagarna rekryterades från två kliniker och anmälde själva ett intresse att delta i studien via mejl. Författaren tog kontakt med de som anmält intresse och bokade tid för intervju under deltagarnas arbetstid.

När författaren träffade deltagare för att genomföra intervjun presenterade hon sig själv, gick igenom studiens syfte, hur intervjun skulle gå till och hur material, samtycke och sekretess hanterades. Skriftligt samtycke skrevs under innan intervjun påbörjades. Samtliga intervjuer genomfördes i ett rum där man kunde samtala ostört i anslutning till avdelningen.

Intervjuerna genomfördes under vecka 12 och 13 och tog 40-60 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på band. Deltagarna gav sitt godkännande att bli inspelade på band. Två inspelningsenheter användes för att säkerställa ljudkvalitet och för att inte förlora något av det inspelade materialet ifall någon av inspelningsenheterna skulle sluta fungera under pågående intervju.

Under intervjun hade författaren som mål att förhålla sig neutral, lyssna aktivt, ställa följdfrågor och anpassa sig till intervjusituationen för att få ett gott samspel med deltagaren. Intervjun avslutades genom att intervjuaren summerade de frågor som tagits upp och efterhörde om det är något mer av vikt som inte tagits upp under intervjun. Deltagarna fick efter intervjun avslut berätta hur de upplevt intervjun och författaren hade som målsättning att avsluta intervjuerna i positiv anda. Författaren bad om att få återkomma till deltagare om eventuella frågeställningar och behov av förtydligande skulle uppkomma senare i bearbetningen av materialet. Författaren lyssnade på de inspelade intervjuerna flera gånger i samband med transkribering av materialet. Transkriberingen genomfördes några dagar efter varje genomförd intervju. Intervjumaterialet oidentifierades och transkriberas ordagrant (Henricson, 2015; Polit & Beck, 2017).

7.5 Forskningsetiska övervägande

Helsingforsdeklarationen (2008) och Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003) lyfter fram viktiga etiska principer som skall främja respekten för alla människor och

värna om människors hälsa och rättigheter. Dessa principer skall vara vägledande vid all forskning som inbegriper människor.

Enligt Vetenskapsrådet (2012) skall individskyddskravet skydda människor från kränkning, insyn och psykisk och fysisk skada i samband med forskning. Individskyddskravet omfattar fyra olika delar vilka är informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet lyfter fram vikten av ett frivilligt deltagande och att alla deltagare i en studie erbjuds tydlig och tillräckligt med information om studien muntligt och skriftligt. Samtyckeskravet innebär att deltagare i en studie skriver på ett samtyckesformulär som styrker att deltagaren fått tillräckligt med information om studien. Konfidentialitetskravet omfattar data som samlas in i studien. Samtlig data behandlas med sekretess. Data skall förvaras så att obehöriga inte kan få tillgång till materialet. Nyttjandekravet innebär att uppgifter som inhämtas från deltagare endast får användas i forskningssyfte. För att säkerställa deltagares säkerhet i denna studie användes Högskolan Dalarnas ”Blankett för etisk egengranskning” (Bilaga 4). som stöd i denna bedömning. (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460).

Författaren i denna studie inhämtade både muntligt och skriftligt samtycke från verksamhetschefer på de tre utvalda akutgeriatriska avdelningarna. I den skriftliga information som skickades ut till sjuksköterskor på de berörda avdelningar förtydligades att deltagande i studien var helt frivilligt. De sjuksköterskor som sedan deltog i intervjuerna fick i samband med intervjun muntlig och skriftlig information om syftet med studien och det förtydligades att deltagandet var helt frivilligt. Samtliga deltagare skrev på ett informerat samtycke innan intervjuer genomfördes. Ingen av deltagarna ansågs vara i beroendeställning i förhållande till författaren. Materialet som spelades in på band och transkriberades behandlades konfidentiellt. Data som kunde identifiera deltagare oidentifierades i samband med utskrift. Namn ersattes med nummer och transkriberingen gjordes av författaren själv. Materialet och de bandade intervjuer förvarades inlåst. Material som inhämtats i studien kommer enbart att användas för denna magisteruppsats och förstörs när studien är genomförd. Sjukhuset identitetskyddades genom att inte nämna var intervjuerna genomfördes (Henricson, 2015).

7.6 Statistisk bearbetning/Analys

En kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim & Lundmanns modell (2004) genomfördes av det transkriberade intervjuerna. Analysmetoden innebär att materialet bearbetas i olika steg. Det transkriberade materialet lästes igenom flera gånger för att få en känsla för helheten i materialet. Meningsbärande enheter som var relevanta utifrån frågeställningarna plockades fram. De meningsbärande enheterna kondenserades för att korta ned texten och kodades samt grupperades i olika kategorier. De olika kategorierna lyfte fram de centrala budskapen i intervjuerna. Utifrån kategorierna formulerades i sin tur teman som bildade en röd tråd. (Graneheim & Lundmann, 2004; Henricson, 2015).

Tabell 1. Deltagare 3. Exempel från dataanalysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Det kan ju vara att det börjar komma allt mera hallucinationer och att de blir mer motoriskt oroliga, vill komma upp och röra på sig och vandra.	Det kommer allt mera hallucinationer, de blir mera motoriskt oroliga.	Symtom	Observationer	Strategier för att identifiera akut konfusion.
Man är uppmärksam om man ser att de tidigare haft liknande symtom. Det är ju en ökad risk om de är extra sköra och har många sjukdomar.	Man uppmärksammar liknande symtom. Det är en ökad risk om de har många sjukdomar.	Journalen	Inhämtning av information.	

7.7 Förförståelse

I kvalitativa studier bör forskaren hela tiden reflektera över den egna förståelsen betydelse för resultatet och hur man kan minimera förförståelsens inverkan (Polit & Beck, 2017). Att ha en förförståelse innebär forskarens erfarenheter och kunskaper om fenomenet sedan tidigare vilket kan avspeglas i analysen av det inhämtade materialet. Författaren i denna studie har vårdat äldre patienten med akut konfusion i akutsjukvård och har erfarenhet av att vara

anhörig till äldre som drabbats av akut konfusion. Vid genomförandet av intervjuerna hade författaren ett medvetet förhållningsätt för att inte utifrån egen förståelse påverka deltagarnas svar. Under analysarbetet hade författaren som mål att reflektera och ha ett kritiskt förhållningssätt och en medveten hållning för att motverka förförståelsens inverkan på resultatet.

8. RESULTAT

Analysen resulterade i tre huvudkategorier med underkategorier som redovisar sjuksköterskor erfarenheter av att bedöma symtom på akut konfusion, hur de anpassar omvårdnad och vårdmiljö för att förebygga och ge god omvårdnad till målgruppen samt sjuksköterskornas förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion.

Tabell 2. Översikt av huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Strategier för att identifiera och bedöma tecken på akut konfusion.	Observation Kommunikation Inhämtning av information Kunskap om akut konfusion
Strategier och hinder för förebyggande insatser och god omvårdnad vid akut konfusion.	Helhetssyn i omvårdnaden Anpassning av vårdmiljön Anhörigas delaktighet Hindrande faktorer
Förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion.	Strukturerad bedömning Kontinuitet i vården Ökad kunskap i vården Bättre vårdmiljö Personcentrerad vård

8.1 Strategier för att identifiera och bedöma tecken på akut konfusion.

8.1.1 Observation

Genom observationer av patienter kunde deltagarna beskriva tecken på begynnande akut konfusion eller pågående konfusion. Det tecken som väckte misstankar om en akut konfusion var psykisk och motorisk oro i form av hallucinationer, agitation, ett annorlunda kroppspråk och ansiktsuttryck, plockighet, att vilja ta sig upp ur sängen och vandringsbeteende.

”Ibland fångar jag en jagad blick och ser det på kroppsspråket, man får en känsla att det är något. Det kommer allt mera hallucinationer och de blir motoriskt oroliga och vill rör på sig och vandra.”(Deltagare 3)

Deltagare beskrev att akut konfusion kunde uppstå plötsligt och att patienter kunde växlade i vakenhet och kognitiv förmåga under dygnet.

” Akut förvirring kan komma plötsligt, någon man upplever som klar kan plötsligt bli oklar. Jag jobbar ofta natt den tiden snurrar de till ordentligt.”
(Deltagare 1)

I samband med kontroller av vitala funktioner kunde förändringar av puls, blodtryck, andningsfrekvens och kroppstemperatur väcka misstankar om somatisk försämring med ökad risk för akut konfusion. I teamet runt patienter tog man hjälp av varandra för kontinuerliga observationer och bedömningar.

” Vi pratar med varandra om hur patienterna mår och gör MEWS-kontroller. Om det skulle vara en förvirring som kommer akut kan det bero på en somatisk försämring.”(Deltagare 2)

Att urskilja akut konfusion från demenssjukdom beskrevs av deltagarna som en utmaning. Anamnes från anhöriga och tiden fick utvisa om patientens symtom var orsakade av akut konfusion eller demens. De tecken som deltagarna observerade hos patienterna var övervägande symtom som ses vid hyperaktiv konfusion i form av psykisk och motorisk oro,

agitation, vanföreställningar och hallucinationer. En deltagare beskrev att patienter med hypoaktiv konfusion inte uppmärksammades på samma sätt.

” Sedan jag läst vet jag att man kan vara apatisk och inbunden. De kan vara trötta och sovande och uppmärksammas inte på samma sätt. Jag har blivit mera uppmärksam efter att jag fått djupare kunskap.”(Deltagare 4)

Att som sjuksköterska ha en kontinuitet i kontakten med patienten underlättade observationerna och bidrog till att deltagarna lättare kunde upptäcka förändringar i patientens tillstånd.

8.1.2 Kommunikation

Sjuksköterskorna beskrev att samtalet med patienten kunde ge stöd i bedömningen. Vi akut konfusion beskrev deltagarna att patienternas tal kunde var osammanhängande och utan röd tråd. Några deltagare ställde orienterade frågor till patienten vid inskrivningen på avdelningen för att få en uppfattning om patienten var orienterad till tid, rum och person.

”Ibland har jag lagt märke till hur de pratar, det kan vara osammanhängande. Vi brukar använda orienterande frågor i ankomstsamtalet. En patient som inte är förvirrad kan redogöra för vad som hänt tidigare innan de kom till sjukhus.”
(Deltagare 3)

Att kommunicera med en patient med akut konfusion upplevdes som en utmaning och begränsade sjuksköterskan möjligheter att förstå patientens behov och sätta upp mål i omvårdnaden.

” Den största utmaningen är att kunna nå dem och kommunicera. Att sätta upp mål i omvårdnaden.” (Deltagare 2)

En deltagare beskrev att samtal med patienten gav en uppfattning om patienten kunde vara närvarande i stunden, ta in information och förstå information som delgavs. Ibland behövdes förtydligande av information där muntliga instruktioner förstärktes med hjälp av kroppspråket.

”I omvårdnassituationer händer det att jag pekar och visar för att få med patienten på noterna.” (Deltagare 4)

8.1.3 Inhämtning av information

När en ny patient skrevs in på avdelningen använde sjuksköterskor tidigare dokumentation i journalen som stöd i bedömningen. Om patienten hade utvecklat akut konfusion vid tidigare vårdtillfällen eller om patienten fått en demensdiagnos sedan tidigare gav dem vägledning i bedömningen. Hög ålder och äldre patienter med många sjukdomar bedömdes ha en ökad risk att utveckla akut konfusion.

”Man uppmärksammar liknande symtom. Det är en ökad risk om de har många sjukdomar”. (Deltagare 3)

Deltagarna beskrev en ökad uppmärksamhet hos patienter med vissa sjukdomstillstånd och sociala förhållande. Diagnoser såsom infektioner, höftfrakturer, KOL, män med prostatabesvär och äldre patienter som inte hade svenska som modersmål beskrevs av deltagare som patientgrupper där det var mera vanligt förekommande att akut konfusion utvecklades.

” Ortopedpatienterna och är de som oftast drabbas av akut konfusion, de är tydligast att identifiera. De kommer hit och är helt klara och blir sedan förvirrade. För andra patienter kan det vara en mera smygande utveckling.”
(Deltagare 1)

”Äldre med många sjukdomar, KOL-patienter, äldre män med prostatabesvär och äldre patienter som inte har svenska som modersmål, där är de mera vanligt att de blir förvirrade.”(Deltagare 3)

Anhöriga som hade nära kontakt med patienten och träffade hen regelbundet kunde beskriva hur patienten fungerat tidigare vilket gav sjuksköterskan viktig information som underlättade bedömningen.

” Vi tar hjälp av anhöriga, de vet hur patienten brukar fungera. Det kan vara små saker som anhöriga märker. Deras information är en stor tillgång i bedömningen.” (Deltagare 1)

Anhöriga som inte träffade patienten regelbundet kunde ge en bild av att hen fungerat utan problem i sin vardag senaste tiden fast det egentligen pågått en smygande försämring av den kognitiva förmåga under längre tid.

” Anhöriga har en viktig roll men ibland vet dom inte riktigt hur det fungerat hemma. Ibland visar det sig att det inte är en akut konfusion utan att patienten haft en smygande demens under längre tid fast de anhöriga inte upptäckt det. Det är inte ovanlig.” (Deltagare 5)

Om det inte fanns några anhöriga som kunde ge information om hur patienten fungerat sedan tidigare tog sjuksköterskan kontakt med andra vårdgivare för information och stöd i bedömningen.

”Ibland kan hemtjänsten bidra med information hur patienten fungerat tidigare eller andra vårdkontakter.” (Deltagare 5)

Ingen av de intervjuade sjuksköterskorna använde sig av något screeninginstrument som stöd i sin bedömning av akut konfusion.

8.1.4 Kunskap om akut konfusion.

De sjuksköterskor som hade en längre tids erfarenhet i yrket och vidareutbildning som specialistsjuksköterska upplevde att de hade tillräckligt med kunskap och klinisk erfarenhet för att kunna identifiera äldre patienter med akut konfusion.

” Det hade nog varit annorlunda om du frågat mig för ett och ett halvt år sedan innan jag började specialistsjuksköterskeutbildningen. Jag har fått ännu mera kunskap nu. (Deltagare 4)

En deltagare som inte arbetat som sjuksköterska så länge efterfrågade föreläsningar och handfasta råd som stöd för att utveckla sin förmåga att identifiera akut konfusion. Hen upplevde att grundutbildningen till sjuksköterska innehöll för lite kunskap om äldres sjukdomar och behov.

” Det mesta har jag lärt mig här på avdelningen. I utbildningen fick vi inte lära oss så särskilt mycket om äldre och de är den största patientgruppen i vården.

Och området konfusion det var nästan förbisett under utbildningen men jätteviktig kunskap egentligen.”

(Deltagare 1)

8.2 Strategier och hinder för förebyggande insatser och god omvårdnad vid akut konfusion

8.2.1 Helhetsyn i omvårdnaden

Att tillämpa en helhetsyn i omvårdnaden beskrevs av sjuksköterskorna som en förutsättning för att förebygga och behandla akut konfusion. Deltagarna identifierade fysiska, psykiska och sociala behov som behövde tillgodoses i omvårdnaden. Vid inskrivningen på avdelningen inhämtades information från patienten själv eller anhöriga om grundläggande behov och vanor som sedan skapade grunden för en individuell vårdplan.

”Man försöker följa upp alla basala behov och ta en omvårdnadsanamnes som täcker hela patientens bakgrund vid inskrivningen.”(Deltagare 5)

Deltagare lyfte fram olika fysiska behov som behövde tillgodoses i omvårdnaden. Att tillgodose behov av sömn, intag av mat och dryck samt att kunna tömma urinblåsan och sköta magen samt lindring av smärta var viktig för att förebygga och behandla akut konfusion.

”Det kan vara flera orsaker till förvirring. Man kanske inte har skött magen eller urinblåsan eller ätit och druckit ordentligt hemma. Smärta kan ju också öka förvirringen. Alla de här sakerna tänker vi på.” (Deltagare 4)

Fysisk aktivitet och aktivering beskrev deltagarna som sjukgymnasten och arbetsterapeutens ansvarsområden. Mobilisering genomfördes i samverkan med sjukgymnasten och ibland låg ett större ansvaret hos vårdpersonalen.

”Sjukgymnasten har huvudansvaret för mobilisering, sen gör vi mycket mobilisering själva men de har huvudansvaret. Arbetsterapeuten och

sjukgymnasten har väldigt många patienter. De hinner inte med på samma sätt som vi.” (Deltagare 3)

Ingen av deltagarna belyste hur man följde upp syn och hörsel förmåga hos patienterna men en deltagare beskrev att nedsatt syn och hörsel hos en patient kunde uppfattas som förvirring. På en av avdelningarna hade man ett förråd med Hörat och extra glasögon.

Samtliga deltagare lyfte fram bemötande och förhållningssätt som den viktigaste delen i omvårdnaden för att tillgodose psykiska och sociala behov hos patienterna. Information om vad som skulle ske i den dagliga omvårdnaden behövde ofta upprepas muntligt flera gånger för att patienten skulle förstå vad som skulle hända och vara med på noterna. Att samtala och ge tydlig information kunde också ses som ett sätt att förebygga utvecklingen av akut konfusion. Patienten fick genom samtal stöd att förstå vad som skulle hända och bibehålla förmågan att orientera sig i tid och rum.

”Det är viktigt att ta sig tid och vara lugn. Jag upprepar ofta var patienten är, vad som skall hända och när. Jag ställer en fråga i taget.” (Deltagare 5)

”En lugn, stabil och intresserad personal med bra bemötande tycker jag är prioritet i omvårdnaden av äldre med akut konfusion.” (Deltagare 5)

Flera deltagare lyfte fram vikten av att förmedla trygghet till patienterna och inte vara för många olika personal kring patienter med akut konfusion. Det var viktigt att inte lämna patienten ensam längre stunder. Att få ha personliga tillhörigheter eller sina egna kläder kunde också ge en ökad trygghet för patienterna. På båda avdelningarna hade man som mål att arbeta med parvård.

”Jag är en stor vän av att ha en mera tydlig parvård för att begränsa antalet personal kring patienten, det skapar tillit i omvårdnaden.” (Deltagare 5)

”Det är viktigt att patienten känner trygghet och tillit och vi försöker se till att de inte lämnas ensamma för mycket. Man kan behöva sätta in ett vak.”

(Deltagare 2)

”Det är viktigt att finnas till hands. Att patienten inte känner sig ensam och övergiven i sitt kaos och utelämnad till sig själv.”(Deltagare 3)

”En kvinna som jag vårdade hon hade alltid nyckeln runt halsen. Det är kanske inte är bra att ha en nyckel runt halsen på sjukhus, men nyckeln gav henne en känsla av trygghet och då fick hon ha den.” (Deltagare 1)

Att ta det lugnt och undvika att vara stressad i mötet med patienten lyftes som viktigt av flera deltagare. Ibland upplevde deltagare att det var svårt att inte vara stressad när det var mycket att göra på avdelning.

”Jag känner ibland att jag vill ställa flera frågor samtidigt. Då får jag hejda mig och försöka ta en fråga i taget. Det kan vara svårt när man är stressad själv. För är jag stressad kan det stressa patienten och då kanske jag gör patienten mera förvirrad än innan.” (Deltagare 2)

Att göra patienten delaktig i olika sociala sammanhang var också en viktig del i omvårdnaden.

”Det är viktig att uppmuntra till sociala kontakter. Att man inte blir lämnad ensam själv inne på sitt rum utan får komma ut i dagrummet. Det är viktigt att patienterna blir delaktiga i det som händer och får lite umgänge.”
(Deltagare 5)

8.2.2 Anpassning av vårdmiljön.

Alla deltagare beskrev att en anpassning av vårdmiljön var ett mycket viktigt inslag i omvårdnaden för att förebygga akut konfusion hos äldre. En lämplig vårdmiljö skulle enligt deltagarna vara lugn utan för mycket ljud, miljön skulle vara avskalad och belysningen anpassad efter tid på dygnet. Bra gardiner eller persienner skulle finnas för att underlätta för patienterna att skilja mellan natt och dag.

”Miljön är avskalad och det är inte en massa saker på rummet. Vi försöker begränsa sinnesintryck och ser till att det blir lugn och ro. Man undviker att springa ut och in.”(Deltagare 1)

På en vårdavdelning hade man prövat att ha en timmes ”siesta” på eftermiddagen men det hade inte fungerat på grund av att rondan flyttades till eftermiddagen istället för förmiddagen. I ett vårdlag på en av avdelningarna hade man arbetat med kontrastfärger för att tydliggöra miljön för patienterna.

Konfusoriska patienter som vårdades på den ena avdelningen försökte man i mesta möjliga mån erbjuda enkelrum. På den andra avdelning hade man inte detta problem då alla patienter erbjöds enkelrum.

”Det är viktigt att man tänker till kring placeringen av en patient som är konfusorisk. Man bör undvika en fyrasal med många andra runt omkring. Sedan finns det en del som mår sämre av att vara själva. Det är en avvägning man får göra.” (Deltagare 4).

Alla deltagare lyfte fram att det var mycket viktigt att i mesta möjliga mån undvika förflyttningar av patienter inom avdelningen. Förflyttningar ökade risken för konfusion eller bidrog till en försämring av en pågående konfusion enligt deltagarna. Att undvika förflyttningar ansåg alla var en viktig prioritering. På en avdelning tillämpades direktinläggning av vissa patientgrupper för att undvika många miljöbyten för patienterna.

”Våra höftpatienter går via röntgen och läggs in direkt på avdelningen. Ibland åker ALMA-teamet hem till patienten och gör vårdinsatser för att undvika byte av miljö. Är patienten behov av inläggning på avdelningen går ALMA-patienterna direkt till avdelningen”. (Deltagare 3)

8.2.3 Anhörigas delaktighet

Att göra anhörig delaktiga i omvårdnanden upplevde deltagarna underlättade återhämtningen vid akut konfusion hos äldre. På båda avdelningarna hade man fria besökstider. Anhörigas närvaro kunde skapa trygghet och lugn till en orolig patient. Även personliga tillhörigheter som kort på anhöriga kunde skapa en känsla av trygghet för patienten. Läkaren eller sjuksköterskan var de på avdelningen som gav anhöriga kontinuerlig information om patientens hälsa och som kunde förklara varför patienten förändrat sitt beteende på grund av

konfusion. Detta upplevde deltagarna hade en lugnande inverkan på anhöriga som fick en ökad förståelse för situationen och kunde stödja patienten på ett bättre sätt.

”Det kan upplevas skrämmande att min make helt plötsligt blivit förvirrad. De är viktigt att informera anhöriga om att det är övergående och hur de kan ge stöd.”(Deltagare 3)

I vissa fall hade anhöriga haft en belastande situation i hemmet innan inläggning på sjukhus och var i behov av vila och återhämtning. Sjuksköterskorna vägde in detta i sin bedömning hur mycket anhöriga skulle engageras i vården av patienten.

”Ibland är anhöriga helt slutkörda och vi försöker känna av hur mycket anhöriga orkar vara närvarande. De kanske äntligen får lite lugn och ro.”
(Deltagare 4)

8.2.4 Hindrande faktorer

Trots att man försöker anpassa vårdmiljön upplevde flera deltagare miljön på avdelningen som stökig och att ljudnivån var för hög. På den ena avdelningen var nattbelysningen på patienternas rum otillräcklig. Vårdmiljön uppfattades inte heller som hemmalik av patienterna vilket innebar att allt i miljön uppfattades som nytt för patienter med akut konfusion.

”Vårdmiljön är fortfarande ganska stökig och rörig och det kan bli en hög ljudnivå i korridoren.” (Deltagare 4)

”Vårdmiljön är inte hemmalik, allt i miljön är nytt för patienterna.”
(Deltagare 1)

Samtliga deltagare beskrev personalbrist och brist på tid som ett hinder för en god vård. Att inte ha tillräckligt med tid för varje patient och upplevelsen att vara för lite personal som arbetade på avdelningen gav deltagare en känsla av otillräcklighet. Sjukdom bland personalen och brist på personal minskade sjuksköterskornas möjligheten till kontinuitet i vårdkontakten med patienterna.

”Personalbrist innebär att man inte har den tid som skulle behövas. Att känner sig otillräcklig när man inte kan vara där så mycket som man vill. Den här upplevelsen delar jag med flera.” (Deltagare 1)

På en av avdelningar hade samtliga vårdlag rondtid samtidigt på eftermiddagen vilket innebar att patienterna lämnades utan tillsyn för länge.

”Vi rondar på eftermiddagen och då blir patienterna ensamma väldigt länge. Vi behöver kommunicera med varandra över vårdlagen och se till att någon tittar in på salar, att det inte blir tomt på personal.”(Deltagare 3)

Flera deltagare tog upp att läkemedel som ordinerades på avdelningen kunde utlösa en akut konfusion. Att ge en god smärtlindring utan biverkningar beskrevs som en fin balansgång där man inte hittat någon optimal lösning.

”Det är en fin balansgång mellan att bli förvirrad eller att ha jätteont. En del höfterfrakturer får blockad istället för morfin. En del blir verkligen hjälpta av blockaden och slipper bli påverkade av morfin.” (Deltagare 3)

Att övrig vårdpersonal på avdelningen saknade kunskap om akut konfusion, lämpligt förhållningssätt och bemötande upplevdes av en deltagare som en hindrande faktor.

”Det räcker med en i personalgruppen som stirra upp patienterna istället för tvärtom. En del personal har inte intresse för patientgruppen och andra är nya och ovana.” (Deltagare 5)

8.3 Förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion

8.3.1 Strukturerad bedömning

Att använda ett strukturerat screeninginstrument ansåg deltagarna skulle underlätta i bedömningen och dokumentationen kring patienter med akut konfusion. Ett strukturerat screeninginstrument skulle kunna identifiera patienter som är på väg att utveckla akut konfusion tidigare. Ett screeninginstrument som ger vägledning kring vad som skall observeras skulle underlätta bedömningen för mera oerfarna sjuksköterskor på avdelningen.

”Ett screeninginstrument skulle underlätta att vi gör likartade bedömningar och förbättra dokumentationen kring patienten. Ett instrument skulle styrka mina misstankar.”(Deltagare 3)

”Vi skulle behöva ett instrument som fångar om patienten utvecklar akut konfusion under vårdtiden. Att jobba aktivt för att förebygga.” (Deltagare 2)

På en av avdelningarna fanns redan ett strukturerat PM med riktlinjer kring vården av patienter med akut konfusion. Riktlinjerna följdes inte enligt dokumentets rekommendationer.

”Vi har ett PM som ligger på hemsidan hur vi skall jobba med akut konfusion, vi borde jobba efter det.” (Deltagare 2)

8.3.2 Kontinuitet i vården

Mera tid för patienterna och en förbättrad kontinuitet i vården efterfrågades av flera deltagare. På den ena avdelningen hade man öronmärkta platser i ett vårdlag för patienter med akut konfusion. I vårdlaget som tog emot patienter med akut konfusion hade man en ökad bemanning och bättre kontinuitet i personalgruppen. På den andra avdelningen hade man diskuterat modellen med öronmärkta platser för att kunna tillgodose ett behov av ökad bemanning och kontinuitet kring patienter med akut konfusion. En förändring av rondtider hade också diskuterats på avdelningen där alla vårdlag hade rond på eftermiddagen.

”Man önskar att vi skulle få vara fler personal för en bättre vårdmiljö och kontinuitet i omhändertagandet. På helgerna är vi för få personal för att det skall kännas säkert.” (Deltagare 4)

Alla deltagare poängterade vikten av att inte flytta runt patienter på avdelningen men möttes ibland av oförståelse från vårdgrannar som ifrågasatte varför inte fler patienter kunde läggas in på samma rum.

”Det finns en okunskap hos personal på akuten vilka konsekvenser det har för patienter att flytta runt på avdelningen. Om en av två är förvirrade på ett rum blir även den andra patienten förvirrad på samma rum.” (Deltagare 1)

”Ibland har vi intagningsstopp när vi har patienter med svåra utagerande symtom. Det ifrågasätts från akuten och andra avdelningar.” (Deltagare 5)

8.3.3 Ökad kunskap i vården

Vårdpersonal oavsett vilken avdelning man arbetar på möter äldre patienter med akut konfusion i sitt arbete. Sjuksköterskorna lyfte behovet av en ökad kunskap bland samtlig vårdpersonal i akutsjukvård.

”Det finns behov av ökad kunskap hos all personal i vården, även hos oss, men framförallt på många andra vårdavdelningar.” (Deltagare 5)

Att förbättra vårdkedjan för patienter med akut konfusion lyfte deltagare fram som viktigt. Om andra vårdgivare hade en bättre kunskap om akut konfusion hos äldre skulle direktinläggning på avdelningen kunna tillämpas i större omfattning. En del patienter blev kvar på avdelningen när de var färdigbehandlade i väntan på en korttidsplats. Att vänta på att bli utskriven kunde ökade risken för akut konfusion.

”Det är viktigt att avsluta vården på sjukhuset och att få komma hem till sin hemmiljö så snart som möjligt. Väntetider ökar risken för konfusion.”
(Deltagare 4)

8.3.4 Bättre vårdmiljö

Ett behov av att en förbättra vårdmiljön ur olika perspektiv ansåg flera deltagare vara viktigt. Att som vårdpersonal få vara med och påverka hur miljön utformades var ett önskemål och att få skapa en mera hemtrevlig miljö med lämpligt ljus, ljud och färgsättning på avdelningen.

”Vår avdelning skall renoveras snart. Då har vi möjligheten att påverka hur miljön utformas med färgsättning, ljud och ljus.” (Deltagare 4)

8.3.5 Personcentrerad vård

Flera sjuksköterskor uttryckte en önska om att få arbeta mer personcentrerat i vården av äldre med akut konfusion. På en av avdelningarna hade man arbetat för mera heltäckande inskrivningar av patienter och utarbetat en checklista som stöd i arbetet. En utförlig bakgrund om patienten ansågs som viktigt för att kunna planera en god omvårdnad för patienter med akut konfusion. Det var också viktigt att man hjälptes åt med inskrivningarna om en sjuksköterska inte hunnit klart en inskrivning under sitt arbetspass.

”Vi har jobbat för mera heltäckande inskrivningar, men det är också tidsberoende. Kommer det flera nya patienter hinner sjuksköterskan inte skriva in ordentligt. Vi är dåliga på att nästa personal tar vid.” (Deltagare 5)

Att göra patienten och anhöriga mera delaktiga i planeringen av vården lyftes fram som ett förbättringsområde av en deltagare.

”Vi måste ta med anhöriga och patienter mer i vården och tänka personcentrerat. Vi genomför planering på en teamrund men anhöriga och patienten är inte med på hur vi tänker framåt. Vi behöver göra dem mera delaktiga i planeringen.” (Deltagare 5)

9. DISKUSSION

9.1 Sammanfattning av huvudresultat

Sjuksköterskan använde sig av observation, kommunikation med patienten, inhämtning av information från journal och anhöriga för att identifiera akut konfusion hos äldre. En helhetsyn i omvårdnaden, kontinuitet i vårdkontakten, anpassning av vårdmiljön och anhörigas delaktighet ansågs vara viktiga faktorer för att förebygga och ge god omvårdnad vid akut konfusion. Hindrande faktorer orsakades av svårigheter i vårdmiljön, brist på resurser och tid att ge god omvårdnad samt bristande kunskap hos övrig vårdpersonal kring lämplig bemötande och förhållningssätt. En strukturerad bedömning med hjälp av screeninginstrument, bättre kontinuitet i vårdkontakten, en ökad personcentrering av vården och en ökad kunskap om akut konfusion hos vårdpersonal var förbättringsförslag som lyftes fram av sjuksköterskorna.

9.2 Resultatdiskussion

Analysen av resultatet utmynnade i tre huvudkategorier och och tretton underkategorier. De huvudkategorier som beskrevs av sjuksköterskorna var: *Strategier för att identifiera och bedöma tecken på akut konfusion, strategier och hinder för förebyggande insatser och god omvårdnad vid akut konfusion och förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion.*

Resultatet i *första huvudkategorin* redovisade att sjuksköterskan använde sig av olika strategier såsom observationer, kommunikation med patienten och inhämtning av information för att identifiera akut konfusion hos äldre. Ingen av deltagarna hade erfarenhet av att använda något strukturerat screeninginstrument i sin bedömning. Kunskapen om akut konfusion hos deltagarna varierade utifrån erfarenhet och utbildning.

Sjuksköterskornas strategier för att identifiera akut konfusion genom att observera och samtala med patienten, intervjua anhöriga och läsa tidigare anteckningar i journalen belyses på liknande sätt i andra studier. Ingen av deltagarna beskrev att de på något sätt särskilde olika konfusionstillstånd från varandra i bedömningen. Resultatet tolkar författaren som att det var svårare att identifiera äldre med hypoaktiv konfusion enbart genom observationer. Coyle et al. (2017) beskrev att sjuksköterskor på liknande sätt identifierade akut konfusion med stöd av generella observationer och genom att notera förändring av fysiska vitala tecken hos patienter. Patienter med hyperaktiv konfusion uppmärksammades medan patienter med hypoaktiv konfusion inte fångades upp på samma sätt. Anhöriga användes också som en viktig källa för information om hur patienten fungerat tidigare.

På en av de geriatriska avdelningarna som deltog i intervjustudien hade en ST-läkare genomfört en kort pilotstudie under ett par veckor. Samtliga patienter som skrevs in på avdelningen genomgick screening för tecken på akut konfusion. Resultatet i pilotstudien visade att cirka hälften av alla patienterna som skrevs in på avdelningen visade tecken på akut konfusion. Att akut konfusion var en vanlig förekomst bland äldre som vårdas i akutsjukvård stämmer väl överens med tidigare studier som redovisade en hög incidens (Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2017; Sinvani et al., 2016). Brister i bedömning och diagnostik bland sjuksköterskor och läkare kunde enligt Oh et al. (2017) bidra till att tecken på akut konfusion inte upptäcktes eller upptäcktes i ett senare skede. Särskilt patienter med hypoaktiv konfusion

kunde undgå upptäckt utan en strukturerad bedömning och kognitiv testning (Wahlund et al., 2011).

I resultatet framkom att deltagarna använde journalen som verktyg och stöd i den kliniska bedömningen. Patienter med vissa sjukdomar eller sociala förhållanden ansågs ha en ökad risk att utveckla akut konfusion. Sjuksköterskornas riskbedömningar stämde väl överens med vad tidigare studier redovisat kring patientgrupper med ökad risk för att utveckla akut konfusion. Akut konfusion redovisades i studier vara den vanligaste kirurgiska komplikationen bland äldre och också mera vanligt förekommande hos äldre patienter med medicinska sjukdomar, infektioner och bland multisjuka äldre (Marcantoni, 2017; Kuswardhani & Sugi, 2017; Dani et al., 2017).

Deltagare beskrev att äldre patienter som inte hade svenska som modersmål bedömdes ha en ökad förekomst av akut konfusion. Detta är en intressant iakttagelse enligt författaren. I tidigare studie hade faktorer såsom låg utbildningsnivå kopplats till en ökad risk för akut konfusion (Vasilevskis et al., 2012). Att sjuksköterskan kunde kommunicera med patienten var en utmaning men också en grundläggande förutsättning för att kunna förebygga och stödja patienter med akut konfusion. God kommunikation gjorde det möjligt för sjuksköterskan att få en bild av personen bakom sjukdomen för att kunna tillgodose omvårdnadsbehov. Språkbarriärer innebar en svårighet att fånga personen bakom sjukdomen i patientberättelsen och att uppnå partnerskap och en individanpassa vård (Edberg et al., 2013).

I resultatet beskrev deltagare att anhörganamnesen var en mycket viktig källa till information vilket gav sjuksköterskan stöd i den kliniska bedömningen. Tidigare studie redovisade på samma sätt vikten av att ta med anhöriga i bedömningen av akut konfusion. Deras kunskap om patienten möjliggjorde en tidigare upptäckt av akut konfusion (El Hussein & Hirst, 2015). För sjuksköterskan var det viktigt att ha en god relation till anhöriga och andra som vårdat patienten. De kände patienten väl och kunde ge en bild av personen bakom sjukdomen (Edberg et al., 2013).

I resultatet framkom att deltagarnas behov av mera kunskap om akut konfusion varierade. Sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet och vidareutbildning till specialistsjuksköterska med inriktning mot äldre ansåg sig ha tillräckligt med kunskap för att kunna identifiera äldre

med tecken på akut konfusion. En av deltagarna hade en kortare tids yrkeserfarenhet och önskade mer kunskap och handfasta råd för att bli säkrare i sin bedömning. I flera studier redovisades att sjuksköterskor inte upplevde att de har tillräckligt med kunskap om hur man identifierade olika typer av konfusionstillstånd hos äldre. Att identifiera och bedöma tecken på akut konfusion beskrevs av sjuksköterskor som en komplex arbetsuppgift (van de Steeg et al., 2015; Coyle et al., 2017). De sjuksköterskor som deltog i denna studie arbetar samtliga på en akutgeriatrisk avdelning där akut konfusion hos äldre var vanligt förekommande.

Bedömningar av äldre genomfördes ofta av deltagarna vilket författaren uppfattade gav en ökad erfarenhet och säkerhet i bedömningarna. Att bedöma äldre med akut konfusion enbart genom olika observationer kan enligt författaren vara en mycket svår uppgift för sjuksköterskor med kortare tids yrkeserfarenhet. Ett strukturerat screeninginstrument som kartlägger symtomen vid akut konfusion skulle underlätta och ge stöd för en mera objektiv bedömning och dokumentation kring patienten.

Resultatet i den *andra huvudkategorin* beskrev deltagarnas olika strategier för att förebygga och ge god omvårdnad vid akut konfusion hos äldre. Faktorer som upplevdes som hinder belystes också. Deltagarnas syn på förebyggande insatser och en god vård vid akut konfusion anser författaren är förenligt med studiens teoretiska referensram. I en personcentrerad vård var patientberättelsen, partnerskap, dokumentation och anpassning av vårdmiljön viktiga ingredienser (GPCC,2018; Mc Cormack & Mc Cance, 2006).

Deltagarna hade svårt att särskilja åtgärder som skulle förebygga akut konfusion från omvårdnadsåtgärder som erbjöds vid akut konfusion. I USA prövades ett vårdprogram på flera sjukhus med syfte att förebygga akut konfusion hos äldre. HELP (Hospital Elder Life Program) erbjöd olika insatser till personer som var 70 år eller äldre i samband med inläggning på sjukhus. Ett tvärvetenskapligt team bedömde patienter direkt vid inläggning för att identifiera äldre med risk att utveckla av akut konfusion. Utbildade volontärer fortsatte sedan uppföljningen och gav patienterna stöd att orientera sig i en ny miljö. De rekommenderade icke-farmakologiska åtgärder för att minska oro och sömnbesvär, uppmuntrade social aktivering, underlättade snabb mobilisering, uppmuntrade äldre att använda syn och hörselhjälpmedel samt såg till att patienterna fick i sig tillräckligt med mat och dryck. HELP-programmets effekter har utvärderats i flera studier och redovisade en minskad incidensen av akut konfusion hos äldre i akutsjukvård. Vårdprogrammet HELP

redovisade också en minskad risk för att äldre återinläggs på sjukhus inom 30 dagar (Marcantonio,2017; Rubin, Bellon, Bilderback, Urda & Inouye, 2017).

I resultatet beskrev deltagare att en god medicinsk behandling och omvårdnad utifrån en helhetssyn innebar samverkan i team med undersköterskor, läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut på avdelningen. Enligt Marcusson (2011) låg multifaktoriella orsaker bakom att äldre drabbades av akut konfusion. Tillståndet krävde en bred medicinsk utredning, en god omvårdnad utifrån en helhetssyn och teamsamverkan kring vården som planerades.

Att tillämpa en helhetsyn i omvårdnaden beskrevs av samtliga deltagare som en viktig förutsättning för att förebygga och behandla akut konfusion. Omvårdnadsanamnes från patient och anhörig utgjorde grunden för en individuell vårdplan.

Personalens bemötande och förhållningssätt beskrevs av deltagare som en mycket viktigt inslag för att tillgodose patientens psykiska och sociala behov. Att ha ett medveten förhållningssätt i kommunikationen för att förebygga och behandla akut konfusion har redovisats på liknande sätt i tidigare studier (Marks, 2011; Birge & Aydin, 2017). Ingen av deltagarna beskrev om man gjorde några anpassningar av syn och hörselhjälpmedel för att underlätta patientens reorientering och tolkning av miljön. Författarens egen reflektion är att dessa behov lätt kan förbises om det inte efterfrågas rutinmässigt. Att underlätta för patienter att delta i sociala sammanhang på avdelningen var en viktig del i omvårdnaden. Detta överensstämmer med vad tidigare studier redovisat. I en personcentrerad vård av äldre med kognitiv svikt var en social miljö som stöder psykologiska behov en viktig del i en individanpassad vård (Brooker, 2007).

Ett lugnt bemötande ansåg deltagarna förmedlade trygghet och ingav tillit hos patienten. Samtliga deltagare upplevde att kontinuitet i vårdkontakten med patient och anhöriga var en viktig förutsättning för att skapa tillit och förmedla trygghet. På båda avdelningarna arbetade man med parvård. Att göra anhöriga delaktiga i omvårdnaden upplevde deltagarna kunde skapa trygghet och ett lugn hos patienten. Vähäkangas (2009) beskrev på samma sätt som deltagarna vikten av att minska patientens lidande under en akut konfusion genom att ge omvårdnad utifrån individuella behov, skapa en inre och yttre trygghet för patienten genom kontinuitet i kontakten med vårdpersonal och genom att involvera anhöriga i vården.

I resultatet beskrev deltagarna att en tydlig avskalad vårdmiljö med anpassat ljud, ljus och färgsättning var viktiga inslag i en god vård vid akut konfusion. Ingen av deltagarna beskrev att man använde några hjälpmedel som stöd för patienternas reorientering. Vikten av en anpassad vårdmiljön och stödjande hjälpmedel belystes på samma sätt i tidigare studier (Marks, 2011; Birge & Aydin, 2017).

I resultatet beskrev samtliga deltagare olika hinder som påverkade deras möjligheter att ge en god personcentrerad vård. Vårdmiljön ansågs inte vara anpassad efter patienternas behov. I en personcentrerad vård eftersträvades att vårdmiljön var anpassad och fungerade på ett stödjande sätt för patienten (Mc Cormack & Mc Cance, 2016).

Personalbrist och brist på tid ansåg deltagare var ett hinder för en personcentrerad vård och flera deltagare uttryckte en känsla av vara stressad och otillräcklig i mötet med patienten. Att inte vara tillräckligt med personal minskade också deltagarnas möjlighet att erbjuda en kontinuitet i vården. I Nilssons avhandling (2013) om vården av äldre med kognitiv svikt i sjukhusmiljö beskrevs vården utifrån patienten och personalens perspektiv. Ett av hindren för en personcentrerad vård var om miljön var för stressig och om flexibilitet saknades i vården. Personal som inte hann med upplevde sig ligga steget efter i planeringen av vården.

På en avdelning hade alla vårdlag rond på eftermiddagen vilket innebar att patienter lämnades ensamma för länge. Deltagare upplevde detta som en patientsäkerhetsrisk. Att övrig vårdpersonal saknade kunskap om akut konfusion och lämpligt bemötande kunde i värsta fall öka patienters oro. För att uppnå en personcentrerad vård redovisade Mc Cormack & Mc Cance (2016) att vårdpersonal behövde tillräcklig kunskap och en förmåga att bemöta och kommunicera med patienter och anhöriga.

Resultatet i den *tredje huvudkategorin* beskrev deltagarnas förslag på förbättringar i vården av äldre med akut konfusion. Deltagarna lyfte fram behov av en strukturerad bedömning, förbättrad kontinuitet i vården, ökad kunskap om akut konfusion bland personal i vården, en bättre vårdmiljö och en utveckling av en personcentrerad vård för målgruppen.

I Nilssons avhandling (2013) beskrevs olika processer som förhindrade en personcentrerad vård av äldre med kognitiv svikt som vårdades på sjukhus. En avsaknad av samsyn i vården av äldre och att äldres kognitiva förmåga inte bedömdes strukturerat utan byggde på

subjektiva bedömningar ansågs vara hindrande faktorer. För att förbättra vården av äldre med akut konfusion kunde en snabb identifiering av tillståndet vara en viktig åtgärd. Deltagare var positivt inställda till att använda ett strukturerat screeninginstrument i sin bedömning. CAM (Confusion Assessment Method) och 4-AT (Rapid Assessment Test for delirium) är skalor som kunde vara användbara i diagnostisering av akut konfusion (Setters & Solberg., 2017). CAM är det instrument som används mest i klinisk verksamhet internationellt och i Sverige. Om sjuksköterskor skulle använda CAM i klinisk verksamhet krävdes utbildning och träning (Wong, Holroyd-Leduc & Simel, 2010). För att identifiera patienter med hypoaktiv konfusion behövde CAM kombineras med kognitiv testning (Hare et al., 2014). Att utbilda sjuksköterskor över lag inom akutsjukvård om CAM bedömer författaren inte är rimligt att åstadkomma. För sjuksköterskor inom geriatrisk akutsjukvård skulle en ökad kunskap och träning för att kunna använda CAM tillsammans med MMSE underlätta en objektiv bedömning och en samsyn kring patientens behov.

Instrumentet 4-AT togs fram i Storbritannien 2011 och är ett enkelt, kort och användarvänligt screeninginstrument. Instrumentet skulle kunna användas av samtlig vårdpersonal inom akutsjukvård. 4-AT är inte översatt eller validerat för svenska förhållanden i dagsläget. (Bellelli, Morandi, Davis, Mazzola, Turco, Gentile, Ryan, Cash, Guerini, Torpillies, Del Santo, Trabucchi, Annoni & MacLulich., 2014). Författaren uppfattning är att ett enkelt användarvänligt test som 4-AT skulle kunna underlätta identifiering av akut konfusion bland äldre som vårdas inom samtliga discipliner i akutsjukvård.

Flera deltagare uttryckte en önskan att få mera tid för patienterna och en bättre kontinuitet i vård av äldre med akut konfusion. För att skapa en bättre kontinuitet i vården hade en av avdelningarna arbetat med förbättringar av personalens schema. Ett gott ledarskap som stödjer utvecklingen av en personcentrerad vård var en viktig faktor för att nå framgång i arbetet (Mc Cormack & Cance, 2006). Enligt författaren är det viktigt att vårdenhetschefer och övrig personal har en samsyn kring hur vården skall bedrivas. Att dela en samsyn kring vårdens innehåll anser författaren har en stor inverkan på personalen trivsel och hur vården upplevs av patienterna.

En deltagare efterlyste bättre rutiner och riktlinjer för att motverka läkemedelsutlöst akut konfusion hos äldre. I studier redovisades hur man försökte att förebygga akut konfusion hos äldre med hög risk att drabbas. Äldre patienter erbjöds proaktiva geriatriska konsultationer i

samband med kirurgiska ingrepp. En geriatiker gav råd kring läkemedelsbehandling och lämpliga icke-farmakologiska åtgärder före och efter operationen. Ansvarig geriatiker följde sedan upp patienten under hela vårdtiden fram till utskrivningen. I en randomiserad studie erbjöds äldre patienter med höftfraktur geriatriska konsultationer inför och efter operationen. Resultatet redovisade att förekomsten av akut konfusion minskade med 36% i undersökningsgruppen jämfört med kontrollgruppen (Marcantonio, 2017).

I resultatet lyfte flera av deltagarna att det fanns ett stort behov av ökad kunskap om akut konfusion bland samtlig vårdpersonal inom akutsjukvård. Deltagare upplevde att det fanns en brist på förståelse från andra vårdgivare. En bättre vårdkedja med möjlighet till direktinläggning på avdelningen och snabb utskrivning när patienten var färdigbehandlad var viktiga åtgärder. Enligt författaren bör kunskapen om akut konfusion hos äldre förstärkas inom samtliga grundutbildningar i vården.

Att som vårdpersonal få vara med och påverka hur vårdmiljön utformades ansåg deltagarna vara viktigt. På en av avdelningarna hade personalen arbetat aktivt för att förbättra vårdmiljön. Som underlag i förbättringsarbetet användes en rapport från Myndigheten för delaktighet (2015). Rapporten delgav personalen kunskap om hur man kunde möblera och färgsätta i miljön för en mera stödjande miljö för patienterna. Kontrastfärger på toaletten och i köket var några exempel på förbättringar av vårdmiljön.

I resultatet beskrev deltagare en önskan om att utveckla vården att bli mera personcentrerad för äldre som vårdades på sjukhus. Mera heltäckande inskrivningar där patientberättelsen låg till grund för vårdplanen och en ökad delaktighet för anhöriga och patienter i planeringen av vården var några förslag på förbättringar. Detta anser författaren stämmer väl överens med intentionerna i en personcentrerad vård. Patienten och anhöriga bör enligt Edberg et al.(2013) vara den centrala utgångspunkten i planeringen av vården, inte sjukdomar och medicinska strukturer.

9.3 Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att upptäcka, förebygga och vårda patienter med akut konfusion i akutsjukvård. En kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer användes vilket författaren tycker var en lämplig metod. Genom

att använda denna metod kunde en ökad kunskap och förståelse skapas om fenomenet som undersöktes (Lundman & Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2017). Viktiga bärande begrepp och teorier har beskrivits i bakgrunden och författaren tycker att resultatet kan tolkas som giltigt och svarar på studiens syfte och frågeställningar (Lundman & Graneheim, 2012).

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagare hade minst två års yrkeserfarenhet och fast anställning på en vårdavdelning. Samtliga deltagare som valdes ut anmälde sig frivilligt och hade intresse att berätta om sina erfarenheter. Inga män anmälde intresse att delta i studien. De deltagare som valdes ut var alla kvinnor i olika åldrar och de hade olika lång yrkeserfarenhet inom yrket. Samtliga deltagare arbetade på en akutgeriatrisk vårdavdelning och hade en stor erfarenhet av att möta äldre patienter med akut konfusion.

Urvalet var enligt författaren relevant för studiens syfte och resultatets giltighet och belyste det sammanhang som deltagarna befann sig i. Enligt Graneheim och Lundmann (2004) kan olika åldrar, erfarenheter och kön bidra till en variation i resultatet. Deltagarnas olika erfarenheter kunde ge en mera månfacetterad beskrivning av studiens frågeställningar. Om sjuksköterskor från andra vårdavdelningar än geriatrik valts ut tror författaren att resultatet inte blivit det samma. Sjuksköterskorna som arbetar inom geriatrik hade sannorlikt en större kunskap och erfarenhet kring fenomenet som undersöktes. Antalet deltagare var fem vilket kan vara för lite för att dra några generella slutsatser utifrån resultaten (Henricson, 2015). Om flera intervjuer genomförts eller om sjuksköterskor från andra vårdavdelningar inkluderats hade det genererat mera data och variationer i resultatet vilket ökat studiens tillförlitlighet. (Lundman & Graneheim, 2012). Författaren är tveksam till om fem intervjuer genererade en mättnad i undersökningsresultaten (Graneheim & Lundman, 2004; Henricson, 2015). I en homogen grupp som denna kunde sex till åtta personer vara ett rimligt antal för att nå mättnad i undersökningsresultatet.

Innan intervjuerna genomfördes gjordes två provintervjuer för att testa intervjuguide, teknisk utrustning och hur lång tid som behövdes för att genomföra intervjun (Henricson, 2015). Två inspelningsmoduler användes vid intervjuerna för att säkerställa pålitligheten att det som sades vid intervjuerna uppfattades korrekt. Samtliga intervjuer genomfördes under två veckor i april. Intervjuerna genomfördes i ett rum som erbjöd en ostörd miljö utanför avdelningen. Att planera för en snäv tidsram när intervjuerna genomfördes ökade pålitligheten i resultaten. Författaren genomförde intervjuerna ensam utan observatör. Detta minskade författarens

möjlighet att registrera gester och nyanser i språket vilket kunde ha fördjupat tolkningen av resultatet. Att endast vara en intervjuare ökade resultatets pålitlighet enligt författaren. Frågeformuläret följdes strikt och liknande följdfrågor ställdes på samma sätt.

Författaren hade en förförståelse för fenomenet som undersöktes i studien. Detta kan ha bidragit till att författaren inte ställde följdfrågor under intervjun utan gjorde egna tolkningar av det som säs utifrån sin egna förståelse. Det finns olika tolkningar av förförståelsen betydelse för resultatet. Vissa forskare tycker att förförståelsen skall sättas inom parentes men att det då finns det risk att igenkännande budskap går förlorat. Andra menar att förförståelsen kan bidra till upptäckter av ny kunskap och en djupare förståelse för fenomenet som undersöks (Lundman & Graneheim, 2012). Författaren i denna studie upplevde att hennes kunskap och förståelse för fenomenet som undersöktes ökade genom intervjuerna med sjuksköterskorna.

Intervjuerna transkriberades av författaren någon dag efter att intervjun genomförts. Transkribering genomfördes genom att författaren lyssnade på det inspelade materialet samtidigt som det skrevs ned ordagrant. Olika nyanser i språket dokumenterades också (Graneheim & Lundman, 2004; Henricson, 2015). För att nå en ökad reabilitet och validitet i utskriften skulle två personer kunna skriva ut samma text. Därefter användes ett dataprogram som söker efter de ord som är olika i de två utskriften. Om detta hade genomförts i denna studien hade det ökat datainsamlingens tillförlitlighet.

Analysen genomfördes genom att författaren läste igenom de transkriberade intervjuerna flera gånger för att få en helhetsbild. Text som författaren bedömde besvarade studiens syfte markerades. Författaren fortsatte att jämföra markerad text och valde ut meningsenheter som fick koder och kategorier. Det var viktigt att välja ut de lämpligaste meningsenheterna som inte var för långa eller korta (Graneheim & Lundmann, 2004) Att författaren på egen hand skapade koder och kategorier minskade interkodreabilitet och tillförlitligheten i resultatet. En sambedömning med en annan forskare s.k. forskartrianglering hade ökat tillförlitligheten i resultaten (Henricson, 2015; Polit & Beck, 2017). Författaren genomförde analysen av resultaten på egen hand med stöd från handledare. För att få en djupare bedömning av resultatets giltighet kan validering med hjälp av experter användas (Lundman & Graneheim, 2012).

Författaren försökte att ha en medveten hållning i analysarbetet för att undvika att den egna förståelsen präglade tolkning och resultat (Lundman & Graneheim, 2012). Författaren har beskrivit hur analysprocessen gått till i detalj under rubriken metod. En analys av det transkriberade materialet med manifest kvalitativ innehållsanalys ansåg författaren vara en lämplig metod för att uppnå en tolkning av resultatet. Graneheim och Lundmans (2004) analysprocess upplevde författaren som lätt att förstå och tillämpa under analysprocessens olika delar. Det var viktigt att kunna beskriva analysmetoden utförligt. Detta gjorde det möjligt för läsaren att bedöma om tolkningarna bedömdes vara giltiga och om författaren använde lämpliga citat för att stärka tillförlitligheten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2012).

Etiska aspekter beaktades i studien på ett korrekt sätt och författaren upplevde att ingen av deltagarna riskerade skada på grund av medverkan i intervjuerna (Helsingforsdeklarationen, 2008 Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003). Författaren lade sig vinn om att avsluta alla intervjuer i en positiv anda.

9.4 Slutsats

För att identifiera, förebygga och planera omvårdnad till äldre patienter med akut konfusion krävs en strukturerad objektiv bedömning av tillståndet och en samsyn kring hur omvårdnad och vårdmiljön kan anpassas på bästa sätt. Att använda ett evidensbaserade screeninginstrument som identifierar olika konfusionstillstånd skulle underlätta bedömning och dokumentation för sjuksköterskor. En personcentrerad vård som bygger på att omvårdnaden planeras utifrån en helhetssyn och erbjuder patienten kontinuitet i vårdkontakten samt att göra anhöriga mera delaktiga i vården förespråkades av sjuksköterskorna i studien. Vårdmiljön bör anpassas och vara lugn samt stödjande till sin utformning. All personal som arbetar med äldre som drabbas av akut konfusion behöver ha kunskap om bemötandet och förhållningssättets betydelse för patientens återhämtning. Förebyggande insatser, en tidig upptäckt och ett mera strukturerat omhändertagande av patienter med akut konfusion skulle kunna leda till kortare vårdtider och lägre sjukvårdskostnader.

9.5 Studiens kliniska betydelse

Med en allt äldre befolkning ökar andelen äldre som drabbas av akut konfusion i samband med sjukhusvård. Kunskapen om orsaker till akut konfusion och metoder för en god vård

behöver utvecklas mer. Denna studie belyser sjuksköterskor erfarenheter av att upptäcka, förebygga och vårda äldre patienter med akut konfusion inom akutsjukvård. Studien bidrar med en ökad kunskap om hur äldre patienter med akut konfusion identifieras i akutsjukvård och de utmaningar som sjuksköterskan möter i planering av förebyggande insatser, omvårdnad och anpassning av vårdmiljön. Resultatet i studien visar på vikten av att screeninginstrument används för en mera objektiv bedömning av patienter med akut konfusion. Ökade preventiva insatser, en teambaserad och personcentrerad vård skulle förbättra omhändertagandet för äldre med akut konfusion och deras anhöriga i akutsjukvården.

9.6 Förslag till vidare forskning

Fler epidemiologiska studier kan ge ett underlag och belysa hur vanligt akut konfusion är bland äldre i samhället som helhet. Idag vårdas många äldre i hemsjukvård och på särskilda boende. Det finns inga studier som redovisar hur pass vanligt tillståndet är i andra vårdformer än akutsjukvård. Det är viktigt att det finns en beredskap för objektiva bedömningar och en god omvårdnad i alla vårdformer som erbjuds till äldre.

Att utveckla ett användarvänligt validerat screeningsinstrument likt 4-AT (Rapid Assessment Test for delirium) skulle underlätta en objektiv bedömning och samsyn kring dokumentation och omvårdnad av äldre. I sjukvården skulle preventiva insatser för att förebygga akut konfusion behöva utvecklas mer. Ett vårdprogram likt HELP (Hospital Elder Life Program) som introducerades i USA skulle kunna prövas i svensk akutsjukvård. Ett mera proaktivt arbete med geriatriska konsultationer inför kirurgiska ingrepp skulle också behöva utvecklas och utvärderas i akutsjukvården.

Samtlig vårdpersonal som möter äldre med akut konfusion behöver kunskap om bemötandet och förhållningssätt och vårdmiljöns betydelse för ett gott omhändertagande. Breda utbildningsinsatser skulle behövas. En webbaserad Konfusion ABC-utbildning skulle kunna nå ut till all personal som arbetar i olika former av vård.

Idag är medelvårdtiden 5-7 dagar i akutsjukvård. Många patienter har inte hunnit återhämta sig helt från akut konfusion när de skrivs ut från sjukhus. Detta bör beaktas i högre grad vid utskrivningar till hemmet. Anhöriga bör erbjudas en utförlig information om vilket stöd patienten kan behöva i hemmet den första tiden efter utskrivning. Författaren anser att det behövs mer forskning kring vårdplanering och en säker utskrivning för att minska antalet äldre som återinläggs på sjukhus.

REFERENSER

Agar, M., Draper, B., Phillips, P.A., Collier, A., Harlum, J. & Currow, D. (2011) Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry and oncology. *Palliative Medicine* 26 (7) 887-896. DOI: 10.1177/026921631111419884

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC

Basun, H., Skog, M., Wahlund, L-O. & Wijk, H. (2013) *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber utbildning.

Bellini, G., Morandi, A., Davis, D., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., Ryan, T., Cash, H., Guerini, F., Torpillies, T., Del Santo, F., Trabbucchi, M., Annoni, G & MacLulich, A (2014) Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalized older people. *Age and Ageing* 43:496-502. DOI: 1093/ageing/afu021

Birge, A.B., Aydin, H.T. (2017) The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 41, 33-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccn.2016.08.009>

Brooker, D. (2007) *Person-centered dementia care: making service better*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (2018) Hämtat från nätet 2018-01-13.

<https://gpcc.gu.se/>

Coyle, M.A., Burns, P. & Traynor, V. (2017) Is it my job? The role of RNs in the assessment and identification of delirium in hospitalized older adults. An exploratory qualitative study. *Journal of Gerontological Nursing* 43 (4) 29-37. DOI: 10.3982/00989134-20170111-02

Dani, M., Owen, L.H, Jackson, T.A., Rockwood, K., Sampson, E.L.&Davis, D (2017) Delirium, frailty and mortality: Interactions in a prospective study of hospitalized older people. *Journals of Gerontology: Medical Sciences* 00 1-4. DOI: 10.1093/gerona/glx24

Duppils Sörensen, G. Wikblad, K. (2007) Patient's experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing* 16 810-81 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01806.x

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

El Hussein, M. & Hirst, S. (2015) Chasing the Mirage: a grounded theory of the clinical reasoning processes that Registered Nurses use to recognize delirium. *The Journal of Advanced Nursing* 373-381. DOI: 10.1111/jan12837

Friberg, F.& Öhlen, J. (2011) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur

Gomes da Silva, R.C., de Paiva e Silva, A.A. & Marques, P.A.O. (2011) Analysis of a health team`s records and nurses` perceptions concerning sign and symptoms of delirium. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem* Jan-Feb 19 (1) 81-89. www.eerp.usp.br/rlae

Gonzalez, M., Calderon, J., Yuri, F., Jeria, A. & Marin, P.P (2009) Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: A prospective cohort study. *Psychosomatics* 50:3 May-June 234-238. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.3.234>

Granheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hare,M., Arndts, G., Wynanden, D. & Leslie,G.(2014) Nurse screening for delirium in older patients attending the emergency department.*Psychosomatics* 55 235-242.
<https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.08.007>

Henricson, M. (2015) *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. (1:6uppl) Lund: Studentlitteratur.

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

Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals Of Internal Medicine*, 113(12), 941-948. DOI: 10.7326/0003-4819-113-12-941

Inouye, S.K., Westendorp, R.G. & Saczynski J.S (2014) Delirium in elderly people. *The Lancet*.383 911-922. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

Karolinska Institutets Universitetsbibliotek. (Hämtad från nätet 180113)

<https://mesh.kib.ki.se/>

Kitwood T. (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Philadelphia, Open

Kuswardhani, T. R.A.& Sugi, Y.S. (2017) Factors related to severity of delirium in the elderly patients with infection. *Gerontology & Geriatric Medicine* 3 1-5. DOI: 10.1177/2333721417739188

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3.uppl) Lund: Studentlitteratur.

Larsson, C., Axell, A. G., & Eriksson, A. (2007). Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(7), 888-892.
DOI: 10.1111/j.1399-6576.2007.01340.X

Lundman, B., & Graneheim, U (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I.M Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur AB.

Mc Cabe,J.J.& Kennelly, S.P. (2015) Acute care of old patients in the emergency department: strategies to improve patient outcomes. *Emergency Medicine* 7 45-54
doi:2147/OAEM.S69974

Marcantonio, E.R. (2017) Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine* 377 1456-1466. DOI:10.1056/NEJMcp1605501

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., Wallin, A. (2011) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. (3.uppl) Stockholm: Liber AB

McCormack, B. & McCance, T. (2006) Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 472-479. DOI:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Marks Conley, D. (2011) The Gerontological clinical nurse specialist`s role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. *Urologic nursing* 31(6) 337-343.

Myndigheten för delaktighet (2015) *Miljöanpassning som bidrar till ökad delaktighet. Stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom*. Hämtas 180501. <http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/2015/2015-3-miljoanpassningar-som-bidrar-till-okad-delaktighet.pdf>

Nilsson, A. (2013). Att vårda äldre personer med kognitiv svikt i sjukhusmiljöer. Attityder, processer och innebörder. Doktorsavhandling. Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad.

Oh, E.S., Fong, T.G., Hsheih, T.T. & Inouye, S.K. (2017) Delirium in older persons. Advances in diagnosis and Treatment. *Journal of American Medical Association* 318 (12) 1161-1172. Doi.10.1001/jama.2017.12067

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. (9.uppl.) Wolters Kluwer

Rice, K.L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K.P., Knight, M. & Foreman, M.D. (2011) Nurses` recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist* 299-311. DOI: 10.1097/NUR.0b013e318234897b

Rubin, F.H., Bellon, J., Bilderback, A.,Urda, K. & Inouye, S.K.(2018) Effect of the Hospital Elder Life Program on risk of 30-day readmission. *Journal of The American Geriatrics Society* 66: 145-149. DOI: 10.1111/jigs.15132

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2013) *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus-med fokus på sköra äldre* .Hämtad 2018-02-17

http://www.sbu.se/contentassets/5f0e7213e73b4369acd4874fd3dcbf89/akutvard_aldre.pdf

Setters, B. & Solberg, L.M. (2017) Delirium. *Primary care* 44 541-559.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.010>

SFS 2003:460. *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 18-04-24

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Sinvani, L., Kozikowski, A., Pekmezaris, R., Akerman, M. & Wolf-Klein, G. (2016) Delirium: A survey of healthcare professionals`knowledge, beliefs, and practices. *Journal of American Geriatric Society* 64 297-303. DOI: 10.1111/jgs.14544

Sivler`, T. & Nägga, K. (2018) Intermedicin, Konfusion. Hämtad 2018-02-17

<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2964>

Sygeplejerskers samarbejde i Norden, SNN, (2003) *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*.

Tasar, P.T., Sahin, S., Akcam, N.O., Dinckal, C., Ulusoy, M.G., Sarikaya, O.F., Duman, S., Akcicek, F. & Noyan, A (2017) Delirium is associated with increased mortality in the geriatric population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1-6.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1406955>

The World Medical Association(WMA). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 2018-02-17
<http://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>

Tomlinson, E.J., Phillips, N.M., Mohebbi, M. & Hutchinson, A.M. (2016) Risk factors for incident delirium in an acute general medical setting: a retrospective case-control study. *Journal of Clinical Nursing* 26 658-667. Doi: 10.1111/jocn.13529

Wahlund, L.O., Nilsson, C., Wallin, A. (2011) *Kognitiv medicin*. (1:uppl) Slovenien: Norstedts

Van de Steeg, L., IJkema, R., Wagner, C. & Langelaan, M. The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: a before-and-after study. *BMC Medical Education* 15:12 1-8. DOI 10.1186/s 1209-015-0289-2

Wong, C., Holroyd – Leduc, J.& Simel D.L (2010) Dose this patient have delirium? Value of bedside instruments. *Journal of the American Medical Association* 304 (7) 779-786.
Doi:10.1001/jama.2010.1182

Vasilevskis, E.E., Han, J., Hughes, C., Ely, E.W. (2012) Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 26 277-287. <https://doi.org/0.1016/j.bpa.2012.07.003>

Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R. & Solberg, S. (2015) Lived experience of the intensive care unit for patients who experienced delirium. *American Journal of Critical Care* 24 (6) 474-479. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015435>

World Health Organization (2015) *Ageing and health*. Hämtad 2016-09-22

<http://www.who.int/ageing/en/>

Vähäkangas, M. (2009) Vården av äldre i akut förvirring. *Vård i fokus* 1 20-23

Bilagor

Bilaga 1

Till vederbörande verksamhetschefer på avdelningen.

Jag heter Birgitta Aiff och studerar vid specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre, Högskolan Dalarna. Som del i utbildningen ingår att göra ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med mitt examensarbete är att beskriva sjuksköterskors kunskap och erfarenhet av att förebygga och vårda äldre med akut konfusion inom akutsjukvård. Tidigare studier visar att 11–51% av de äldre som vårdas i akutsjukvård utvecklar en akut konfusion under vårdtiden. Akut konfusion medför risk för en högre dödlighet och ett ökat lidande för den som drabbas och nära anhöriga. Studier har också redovisat att vårdtiden förlängs på grund av att den äldre utvecklat en akut konfusion. Att hitta och åtgärda akut konfusion i tidigt skede innebär minska lidande för den enskilde och sparar kostnader för samhället i form av förlängda vårdtider. Sjuksköterskor finns i vården nära patienten och har möjlighet att fånga och åtgärda tidiga tecken på konfusion, därför är det angeläget att studera hur sjuksköterskor identifierar, förebygger och vårdar äldre med akut konfusion.

För att kunna genomföra denna studie ber jag om ert godkännande och är tacksam för hjälp att få kontakt med sjuksköterskor som kan tänka sig att delta i studien. Följande urvalskriterier gäller för medverkan:

- Legitimerad sjuksköterska
- Minst två års yrkeserfarenhet och fast anställning på avdelningen.
- Erfarenhet av att vårda äldre med akut konfusion.
- Det är önskvärt med en variation i yrkeserfarenhet, ålder och kön.

Studien kommer att omfatta 5 st. sjuksköterskor som medverkar i en intervju. Intervjun beräknas ta en timme och spelas in på band. Medverkan i studien är helt frivillig och sjuksköterskan kan avbryta studien när som helt utan att ange orsak till avbrottet. Det bandinspelade materialet kommer att skrivas ut till en text och kommer att behandlas konfidentiellt med respekt för deltagarnas integritet.

Materialet kommer att värderas med hjälp av kvalitativ metod, en metod som är vanlig inom vårdforskningen. Det är viktigt att poängtera att resultatet kommer att redovisas på ett sätt så att ingen enskild person eller vårdinrättning kan identifieras. Endast undertecknad och handledare Marika Marusz lärare i omvårdnad, Högskolan Dalarna kommer att ha tillgång till materialet. Jag kommer att kontakta Er under vecka 10 för vidare samtal.

Tack på förhand.

Med vänlig hälsning

Birgitta Aiff

[Birgitta.aiff@regionostergotland.se](mailto:birgitta.aiff@regionostergotland.se)

Telnr: 010-1034034

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner att Birgitta Aiff genomför datainsamling inom ramen för det som beskrivits i följebrev om studien ”Sjuksköterskans erfarenhet av att förebygga och ge vård till äldre med akut konfusion inom akutsjukvård”.

.....
Namn, titel

.....
Namnförtydligande

.....
Ort, datum

Bilaga 2

Till dig som arbetar som sjuksköterska på avdelningen.

Jag heter Birgitta Aiff och studerar vid specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre, Högskolan Dalarna. Som del i utbildningen ingår att göra ett examensarbete på avancerad nivå. Syftet med mitt examensarbete är att beskriva sjuksköterskors kunskap och erfarenhet av att förebygga och vårda äldre med akut konfusion inom akutsjukvård. Under mars 2018 kommer jag att genomföra intervjuer med sjuksköterskor inom akutsjukvård om deras erfarenheter att vårda äldre med akut konfusion. Intervjun beräknas ta ca en timme och kommer att spelas in på band på en ostörd plats som känns bekväm för dig. Efter intervjun kommer materialet som spelats in på band skrivas ut till en text. Texten behandlas konfidentiellt och värnar om din integritet. Endast jag och min handledare Marika Marusz, lärare i omvårdnad vid Högskolan Dalarna kommer att ha tillgång till materialet. Materialet kommer att granskas med kvalitativ innehållsanalys och behandlas så att ingen deltagare eller avdelning kan identifieras.

Jag har fått ditt namn och telefonnummer av din chef och kontaktar dig för att bestämma tid och plats för intervjun. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avsluta ditt deltagande utan förklaring. Om du har frågor tveka inte att ta kontakt med mig.

Tack på förhand
Med vänlig hälsning

Birgitta Aiff
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot äldre, Högskolan Dalarna

Birgitta.Aiff@reionostergotland.se
Telnr: 010-034034

Deltagande i studien ”Sjuksköterskans erfarenhet av att förebygga och vårda äldre med akut konfusion i akutsjukvård”.

Jag har skriftligt och muntligt fått information om studiens innehåll och har läst igenom skriftlig information samt haft möjlighet att ställa frågor om studien. Jag har fått en kopia av den skriftliga informationen och blanketten om samtycke.

Jag har fått information om och vet att jag har rätt att när som helst avsluta mitt deltagande i studien utan att ange någon orsak. Deltagandet i studien är helt frivilligt.

.....
Underskrift av forskningsdeltagare

.....
Namnförtydligande, ort, datum

.....
Underskrift av forskare

.....
Namnförtydligande, ort, datum

Bilaga 3

Intervjuguide

Datum:

Plats:

Deltagare nr:

Intervju nr:

Ålder:

Kön:

Yrkesverksamma år som sjuksköterska:

1. Vill du berätta hur du upptäcker att en äldre patient utvecklat akut konfusion på avdelningen?

2. Hur gör du för att bedöma om en äldre patient har utvecklat en akut konfusion? (screeninginstrument, klinisk erfarenhet)

3a. Vill du berätta hur du arbetar för att förebygga att äldre patienter inte utvecklar akut konfusion på avdelningen.

3b. Vilka faktorer anser du vara viktigast i det förebyggande arbetet?

4. Beskriv hur du planerar omvårdnad och anpassar vårdmiljön för en äldre patient med akut konfusion på avdelningen.

5. Kan du berätta om det finns svårigheter eller hinder i rutiner eller vårdmiljön som påverkar dina möjligheter att ge god vård och förebygga konfusion hos äldre på avdelningen?

6. Upplever du att du har tillräckligt med kunskap om akut konfusion hos äldre för att kunna en god vård till äldre och förebygga att akut konfusion utvecklas?

7. Vill du berätta om det något du skulle vilja förbättra när det gäller vården/omhändertagande av en äldre patient med akut konfusion på din avdelning?

Exempel på följdfrågor som kan användas för att utveckla svaret:

Kan du utveckla dig mer?

Hur tänker du då?

Kan du berätta mer om det? / Vad saknas?

Bilaga 4

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Titel: Sjuksköterskors erfarenhet av att identifiera, förebygga och behandla akut konfusion hos äldre patienter i akutsjukvård. En kvalitativ studie.

Student: Birgitta Aiff

Handledare: Marika Marusarz

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			X
7	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			X