

Sykepleieres erfaringer med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter

Julia Maria Ellefsen

Master i intensivsykepleie

Veileder

Ulrika Söderhamn

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleiervitenskap

Sammendrag

Sykepleieres erfaringer med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter

Bakgrunn: Studier viser at tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter bringer positive gevinster for pasienten.

Hensikt: Å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med tidlig mobilisering av intuberte pasienter på intensivavdelingen.

Metode: Det ble valgt en kvalitativ innholdsanalyse ifølge Graneheim og Lundman (2003) og det ble gjennomført individuelle intervjuer med seks intensivsykepleiere fra en intensivavdeling i Danmark. Dataen ble analysert med hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Analysen resulterte i tre kategorier "Nye mobiliseringsrutiner", "Gevinster" og "Utfordringer" med to sub-kategorier til hver, "Ny mobiliseringsguide" og "Hjelpemidler", "Gevinster for pasienten" og "Økonomiske gevinster" og "Utfordringer på intensivavdelingen" og "Utfordringer med videre oppfølging". Det overordnede temaet ble: "Sykepleierne utførte tidlig mobilisering fordi de erfarte at det ga positive gevinster for pasienten, men utfordringer kunne hindre en optimal mobilisering".

Konklusjon: For å gjennomføre en optimal mobilisering av intuberte pasienter på intensivavdelingen ville det vært ideelt med et mobiliseringsteam bestående av fysioterapeut og sykepleier. For å få en økt kunnskap om sykepleierens erfaringer med tidlig mobilisering av intuberte pasienter er det nødvendig å utføre nye studier på flere sykehus.

Nøkkelord: Innholdsanalyse, intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse, tidlig mobilisering

Abstract

Nurses' experiences with early mobilization of intubated ICU patients

Background: Studies show that early mobilization of the intubated ICU patients brings positive benefits for the patient.

Aim: To illuminate nurses' experiences with early mobilization of intubated patients in the ICU.

Method: It was conducted individual interviews with six intensive care nurses from an ICU in Denmark. The data was analyzed using a qualitative content analysis.

Results: The analysis resulted in three categories "New mobilization routines", "Benefits" and "Challenges" with two subcategories each, "New mobilization guide" and "Utilities", "The benefits for the patient" and "Economic benefits" and "Challenges in the ICU" and "Challenges with further follow-up." The overall theme was: "The nurses perform early mobilization because they experienced that it gave benefits for the patient, but challenges may hinder an optimal mobilization."

Conclusion: To implement an optimal mobilization of the intubated patients in the ICU, it would be better with a mobilization team including a nurse and a physiotherapist. To gain a greater knowledge of the nurses' experiences with early mobilization of the intubated patients, it is necessary to conduct more studies in different hospitals.

Keywords: Content analysis, early mobilization, ICU nurses' functional description

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Oppgavens oppbygning	5
2.0 Teoretisk rammeverk	6
2.1 Teoretiske perspektiver innen Orems egenomsorgsteori	6
2.2 Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse	7
3.0 Metodologiske overveielser	9
3.1 Studiens metodologiske fremgangsmåte	9
3.2 Informanter	9
3.2.1 Kontekst	10
3.3 Datainnsamling	10
3.4 Analyse	11
4.0 Forskningsetiske overveielser	11
5.0 Studiens funn og diskusjon	12
5.1 Nye mobiliseringsrutiner	12
5.1.1 Ny mobiliseringsguide	12
5.1.2 Hjelpemidler	13
5.2 Gevinster	14
5.2.1 Gevinster for pasienten	14
5.2.2 Økonomiske gevinster	14
5.3 Utfordringer	15
5.3.1 Utfordringer på intensivavdelingen	15
5.3.2 Utfordringer ved videre oppfølging	16
6.0 Studiens troverdighet	16
6.1 Kredibilitet	16
6.2 Pålitelighet	17
6.3 Overførbarhet	17
7.0 Kliniske implikasjoner for studien	18
8.0 Konklusjon	18
Vitenskapelig artikkel	
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	

Innledning

Ifølge Gulbrandsen og Stubberud (2010) er intensivpasientene for det meste immobilisert. Flere studier viser at det er en ugunstig situasjon og kan medføre den kritisk syke pasienten store konsekvenser. Blant annet hevder Noreide (2009) at tap av muskelaktivitet fører til forandringer i kroppens prosesser, og kan affisere alle kroppens systemer (Needham, 2008). Mah et al. (2013) sier at kritisk syke pasienter mister mellom 1 % og 5 % muskelmasse daglig og at dette kan føre til lungekomplikasjoner, tromboser, trykksår og kardiovaskulære problemer. Pattanshetty og Gaude (2011) fastslår at nevromyopater er en av de største komplikasjonene for en intensivpasient. Muskelsvakhet er konsekvens av et langt sengeleie og kan medføre uførhet og langvarig rehabilitering (Schweickert et al., 2009).

Tidlig mobilisering har vist seg å gi intensivpasienten positive resultater som for eksempel å forbedre pasientens lungefunksjon (Gulbrandsen og Stubberud, 2010), minske risikoen for nevromyopater (Lipshutz et al., 2012), gi færre intensiv- og sykehusdøgn samt mindre reinnleggelser og død (Leditschke et al., 2012). Engel et al. (2013) fastslår at det både er mulig og trygt å mobilisere en intubert intensivpasient i tidlig fase.

Ifølge Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) (2004) er definisjonen på intensivsykepleie: spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller en verdig død. For å gjenopprette pasientens helse bør sykepleieren igangsette rehabiliteringsprosessen raskest mulig, helst innenfor 48 timer (Schweickert og Kress, 2009). Gulbrandsen og Stubberud (2010) mener at intensivsykepleieren er ansvarlig for å mobilisere for å ivareta pasienten. Ifølge Winkleman og Peereboom (2012) er de fleste intensivpasientene avhengige av sykepleieren for å mobiliseres. Det vekket en nysgjerrighet i å vite hvordan sykepleieren opplever å immobilisere intuberte intensivpasienter.

Studiens hensikt var å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med tidlig mobilisering av intuberte pasienter på intensivavdeling.

1.1 Oppgavens oppbygging

For å belyse intensivsykepleierens rolle og ansvar ved tidlig mobilisering innenfor det teoretiske rammeverk, ble det hovedsakelig valgt Orems egenomsorgsteori som viser til sykepleierens rolle innenfor omsorg, hvor rehabiliteringsprosessen blir brakt til klarhet som en del av teorien.

Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse, ble også valgt for å tydeliggjøre sykepleierens ansvar i tidlig mobilisering av intuberte pasienter. Studiens funn diskuteres opp mot teoretisk rammeverk. I

metodiske overveielser vil studiens fremgangsmåte presenteres og diskuteres. Deretter diskuteres funnenes troverdighet og kliniske implikasjoner.

2.0 Teoretisk rammeverk

Dorthea Orem utviklet sin teori for å finne det unike i sykepleien og ifølge Hartweg (1991) brukte hun følgende problemstilling: hva er domene og hvor går sykepleierens grenser innenfor praksis og kunnskap?

2.1 Teoretiske perspektiver innen Orems egenomsorgsteori

Dorthea Elisabeth Orem, ble født i Baltimore USA og var en av de fremste sykepleierteoretikerne. Hun startet sin karriere som sykepleier på privat sykehus og lærer på sykepleieskole. Senere ble hun konsulent på helsedepartementet og det var da hun oppdaget mangel i sykepleiepraksisen. Etter dette viet hun sin karriere til å lage en sykepleieteori som kunne forbedre sykepleien (Marriner-Tomey, 1994). Meleis (2007) sier at Orem erkjente at det trengtes å utvikle en konseptualisering av sykepleien. Orem utviklet en teori om svikt i egenomsorgen sammensatt av tre beslektede teorier, som ifølge Hartweg (1991) var:

Egenomsorg er aktiviteter individer utfører for å opprettholde liv, helse og velvære.

Svikt i egenomsorg foreligger når et individ ikke klarer å utføre aktivitetene ovenfor nevnt og trenger hjelp til å utføre dem, for eksempel av en sykepleier.

Sykepleiesystemer gir en beskrivelse av pasienter og pleiesystemer, samt klargjør begrepet og roller for pasient og sykepleier.

Senere utviklet Orem sin teori ved å ha fokus på sykepleie som en direkte menneskelig tjeneste og ifølge Meleis (2007) kom hun frem til seks rammeverk:

1. Hvorfor mennesker trenger og kan få hjelp gjennom sykepleie.
2. Tredimensjonalt forhold mellom dem som trenger sykepleie, sosialisering, interpersonalt forhold og teknologi.
3. Mennesker er individuelle og reagerer forskjellig på situasjoner.
4. Alle handlinger har en hensikt for å oppnå ønsket mål.
5. Metoder som kan hjelpe eller assistere er fundamentet for å avdekke og utvikle sykepleiesystemer.
6. Sykepleie er en praktisk vitenskap med teoretisk praksis og praktisk praksis, struktur, substans og komponenter.

Orem (1995) beskriver sykepleie som en kunst hvor sykepleieren, utøveren av pleien, gir en spesialisert bistand til personer med nedsatt funksjonsevne av en slik karakter at mer enn vanlig bistand er nødvendig for å møte daglige behov for egenomsorg. I forhold til studien ansees mobilisering som en bistand siden pasienten ikke er i stand til å bevege seg selv. Sykepleierne er ansvarlige for å skape en trygghet med pasienten for å utføre en mobilisering hvor pasienten føler seg ivaretatt og innforstått med viktigheten av å bli mobilisert.

2.2 Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse

En intensivsykepleier har som ansvarsområde å gi helsehjelp til akutte og eller kritisk syke mennesker og ifølge Gulbrandsen og Stubberud (2010) innebærer det:

- pasienter som er i eller kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom eller skade.
- pasienter som etter kirurgi eller anestesi har behov for å gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse, og som trenger smertelindring.
- pasienter som har kronisk sykdom, som enten får en tilleggssykdom eller akutt forverring av sin grunnlidelse.

Intensivsykepleierens ansvarsområde er bredt og krevende ettersom det handler om å pleie og å hjelpe kritisk syke mennesker tilbake til, eller nærmest mulig deres tidligere helsetilstand. Denne prosessen innebærer flere etapper som utgjør intensivsykepleierens ansvarsområde. NSFLIS (2002) definerer intensivsykepleierens ansvarsområder slik:

1. **Kvalitetskrav:** Autorisasjon som sykepleier i Norge og videreutdanning i intensivsykepleie.
2. **Plass i organisasjonen:** Ha et selvstendig sykepleierfaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse.
3. **Stillingens formål:** Å utøve intensivsykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre og sikre faglig ansvar.
4. **Pasientbehandling:**
 - 4.1 **Intensivsykepleierens forebyggende funksjon:** Å identifisere helsesvikt eller risiko for helsesvikt i en tidlig fase, sette i gang tiltak for å hindre videreutvikling av helsesvikten. Kontinuerlig observasjon av pasientens opplevelse, ressurser og behov for intensivpleie og medisinsk behandling. Forhindre komplikasjoner. Intensivsykepleieren skal forebygge komplikasjoner i samsvar med medisinsk ekspertise.
 - 4.2 **Intensivsykepleierens behandlende funksjon:** skal ytes på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger og pasientenes opplevelser, ressurser og behov. Vurdere, prioritere og

iverksette sykepleietiltak og kontinuerlig evaluering av tiltakene. Utøve hjelp ved svikt i vitale funksjoner, vurdere pasientens egne ressurser og ut ifra denne vurderingen og iverksette tiltak for å bevare, opprettholde eller opprette tilnærmet normal funksjon hos pasienten. Administrere medisinsk behandling etter legeforordning og utføre på forsvarlig måte. Anvende og beherske medisinsk teknisk utstyr og sikre at det blir brukt på en forvarlig og hensiktsmessig måte. Sikre kontinuitet i pasientens behandling gjennom en individuell og skriftlig plan. Kjenne og anvende faglige, etiske og juridiske retningslinjer og sikre at pasientens behandling foregår innefor disse. Handle forsvarlig innenfor eget kompetanseområde.

4.3 Intensivsykepleierens lindrende funksjon: Er å begrense omfanget og styrken av belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Målet er å knytte pasientens krefter til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og fjerne stress, smerte og ubehag. Ivareta pasientens autonomi, integritet, samt rettigheter.

4.4 Intensivsykepleierens rehabiliterende funksjon: Det vil være alle tiltak som tar sikte på å forebygge komplikasjoner og bedre pasientens funksjonsnivå. Forebygge, behandlende og livreddende tiltak vil derfor ha et rehabiliterende aspekt og vil starte allerede i den akutte fasen av behandlingen. Bidra til at pasienten rehabiliteres til et meningsfullt liv eller en verdig død. Se på pårørende som en ressurs i rehabiliteringen og har derfor ansvar for å gi omsorg til pasientens pårørende.

5.0 Undervisning

5.1 Intensivsykepleierens undervisende funksjon: Undervise og veilede pasient, pårørende, studenter, egen faggruppe og andre i helseteamet.

6.0 Forskning og utvikling:

6.1 Intensivsykepleierens FOU funksjon: Holde seg faglig oppdatert og ta ansvar for sitt behov for etterutdanning. Delta i og arbeide med fagutvikling og forskning for å utvikle vedlikehold av kvaliteten på faget innefor etiske forsvarlige retningslinjer. Utarbeide og gjennomføre kvalitetsrutiner.

7.0 Rådgivning

7.1 Intensivsykepleierens administrerende funksjon: Det stilles store krav til tverrfaglig samarbeid innen intensivsykepleien og intensivsykepleieren må administrere sitt arbeid som en del av en større enhet. Koordinere pasientens behandling og undersøkelser. Delegere arbeidsoppgaver i samsvar med personalets kompetanse. Ha medansvar for forsvarlig

ressursbruk innen gitte økonomiske rammer, økonomiske behov og arbeide for kvaliteten av intensivsykepleien. Følge retningslinjer for melding og oppfølging av pasientskader, nesten uhell, uhell og ulykker. Bidra til et godt arbeidsmiljø og være lojal til sykepleieledelsen og virksomhetens overordnede målsetting.

3.0 Metodologiske overveielser

En kvalitativ tilnærming ifølge Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (2003) ble tatt i bruk for å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med tidlig mobilisering av intuberte pasienter på intensivavdelingen. Studien fant sted på en intensivavdeling i Danmark desember 2013 og sykepleiernes erfaringer ble innsamlet via individuelle intervjuer med hjelp av en semistrukturert intervjuguide.

3.1 Studiens metodologiske fremgangsmåte

Nedenfor ønskes det å beskrive studiens metodologiske fremgangsmåte.

3.2 Informanter

Det ble valgt å utføre studien på en dansk intensivavdeling, fordi de har en kjent kultur for tidlig mobilisering på intensivavdelingen. Fagutvikler på intensivavdelingen ble kontaktet og stod for forespørsel av sykepleiere. Det var ønskelig å intervjuer både kvinnelige og mannlige intensivsykepleiere med minst to års erfaring på intensivavdelingen. Seks sykepleiere sa seg villige til å delta i studien, den eneste mannlige sykepleieren på avdelingen var i ferie og ble derfor ikke invitert med i studien. Informasjonsskriv (se Vedlegg 1) og intervjuguide (se Vedlegg 2) ble sendt til fagutvikler som leverte disse videre til sykepleierne som sa seg villige til å delta.

Det kan diskuteres hvor vidt det var riktig å la fagutvikler stå for forespørsel av deltakere ettersom det kunne frembringe resultater etter avdelingens ønske, men siden sykehuset lå i Danmark oppfattes det som riktigst å la fagutvikler stå for invitasjon. Til ettertanke hadde det vært mulig å invitere sykepleierne personlig via e- mail.

Antallet på sykepleiere som deltok i studien var noe lavt, flere deltakere og aller helst fra et annet sykehus ville gi en bedre forståelse av sykepleierens erfaring med tidlig mobilisering. Et annet dansk referansesykehus ble også kontaktet, men disse var ikke interessert i å delta, ettersom de allerede drev med lignende forskning på samme tidspunkt.

Språket var ingen hindring for noen av partene under intervjuet, men ved transkribering kunne noen setninger være vanskelige å forstå. Det ble løst ved å lytte til intervjuet flere ganger.

3.2.1 Kontekst

Avdelingens fagutvikler var en pådriver innenfor tidlig mobilisering av intuberte pasienter og innhentet en mobiliseringsguide fra et Dansk referansesykehus. Mobiliseringsguiden ble innført begrunnet i evidensbasert forskning og gikk ut på å mobilisere pasienten ut ifra hemodynamisk og respiratorisk stabilitet, samt bevissthetsnivå ifølge the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS). For å muliggjøre mobiliseringen fikk intensivavdelingen tildelt nye hjelpemidler som lift over hver seng med forskjellige typer seil for å mobilisere pasienten og en sengesykkel for å aktivisere pasienten i sengen. I startfasen var fagutvikler og fysioterapeut tilstede for å lære sykepleierne hvordan de skulle bruke de nye hjelpemidlene i mobiliseringen. Både fagutvikler og avdelingsleder var mye i avdelingen og kunnbistå ved behov ved mobilisering av intuberte pasienter.

3.3 Datainnsamling

Tid og sted for intervju ble avtalt med fagutvikler. Alle intervjuene skjedde i løpet av tre dager og ble utført individuelt på et møterom i intensivavdelingen med varighet fra femten til trettiåtte minutter. Lydopptak ble tatt i bruk og intervjuene ble transkribert rett etterpå. Materialet oppbevares på PC med kode.

Fem av seks sykepleiere ble intervjuet i arbeidstiden. Den sjette sykepleieren hadde fri og kom innom intensivavdelingen. Det var til tider vanskelig å utføre intervjuene i sykepleiernes arbeidstid, da avtalte tider til stadighet ble forskjøvet på grunn av at deres pasient ble dårlig eller at de ikke fikk avlastning for å møte til intervjuet. Det ble behov for å ha en samtale med fagutvikler om problemet som da ble løst.

For å fange opp sykepleierens erfaringer med tidlig mobilisering av en intubert pasient ble det stilt intervju spørsmål ut fra en semistrukturert intervjuguide. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at et semistrukturert intervju kan brukes når et tema skal forstås ut i fra intervju personens egne perspektiver. Intervjuguiden besto av åtte intervju spørsmål og under svarene ble det ved behov stilt oppfølgende spørsmål. Spørsmålene var en guide å forholde seg til samtidig som det kom frem flere interessante meninger det var verdt å fordype seg i. Intervjuguiden bestod av bestemte temaer som var å vite hvordan tidlig mobilisering skjer (vite om deres prosedyre), hva tidlig mobilisering innebærer for intensivsykepleieren og pasienten samt utfordringer og gevinster. Alle sykepleierne var verbale og det innsamlede datamaterialet viste at sykepleierne hadde god erfaring, og både positive og negative opplevelser ved å mobilisere intuberte pasienter kom frem.

3.4 Analyse

Intervjudata ble analysert med manifest og latent innholdsanalyse ifølge Graneheim og Lundman (2003). Det vil si at i henhold til manifest analyse som er analyse av intervjuenes innholdsaspekt og beskriver de synlige og åpenbare komponentene (Graneheim og Lundman, 2003), ble intervjuene grundig lest flere ganger for å få en forståelse av hva sykepleieren ønsket å formidle. Deretter ble hvert enkelt intervju delt opp i meningsenheter og i studien passet det seg slik at svaret på et spørsmål ble en meningsenhet. Graneheim og Lundman (2003) mener at en meningsenhet er ord, setninger eller avsnitt som inneholder forhold knyttet til hverandre gjennom innhold og kontekst. Så ble meningsenhetene kondensert, abstrahert og kodet. Det vil si at meningsenhetene ble kondensert på en slik måte at koden bestod av få stikkord som bar frem essensen av meningsenheten. Graneheim og Lundman (2003) beskriver kondensering, som en metode å gjøre noe mindre uten å miste kjernen i innholdet. Å abstrahere menes å understreke beskrivelser og tolkninger på et høyere logisk nivå, men det er ikke alltid nødvendig å abstrahere i en innholdsanalyse. I studien ble det valgt å abstrahere ettersom det ble oppfattet som en lettere måte å bevare kjernen, samt for å få frem kjernen av meningsenheten i koden, som ifølge Graneheim og Lundman (2003) er etiketten til meningsenheten. I studien forstås etiketten i forhold til hvert intervju spørsmål og disse fikk forskjellige farger for å gi en lettere gjenkjennelse videre i analysen. Siste del av den manifeste analysen bestod av å dele kodene inn i subkategorier og deretter kategorier. Graneheim og Lundman (2003) sier at kategori er et beskrivende nivå på innhold og dermed skal bli sett på som et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten, og inneholder som oftest en rekke subkategorier.

Latent analyse er den andre delen av innholdsanalysen og ifølge Graneheim og Lundman (2003), går den ut på å se hva teksten omhandler, om forholdet, aspektet og innebærer en tolkning av den underliggende betydningen av teksten. Kategoriene og subkategoriene ble fortolket i et overbyggende tema.

Etter å ha gjennomført den manifeste innholdsanalysen ble det til slutt tre kategorier og to subkategorier henholdsvis, som ble grunnlag for det overordnede tema.

4.0 Forskningsetiske overveielser

Det velges å reflektere litt rundt etiske utfordringer ved studien siden det er en viktig del av forskningsprosessen. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste AS (NSD) (prosjektnummer: 35626) (se Vedlegg 3), og ble også behandlet av den etiske komité ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap,

Universitetet i Agder (se Vedlegg 4). Ettersom det ikke innhentes pasientopplysninger eller biologisk materiale kreves det ifølge Den Nationale Videnskabsetiske Komité (DNVK) § 14, stk. 2 ikke godkjenning for gjennomføring av intervjuer som omhandler sykepleierens erfaringer med pasienten. Av denne grunn var det heller ikke meldepliktig til den regionale komité for forskningsetikk (REK) i Norge.

Det ble diskutert før intervjustart om det var nødvendig å søke til noen etiske instanser, siden intervjuene ble gjennomført i Danmark og de ikke krever etisk godkjenning for denne type forskning. Siden studien er tilknyttet en utdanning ved et norsk universitet og det oppbevares data med personidentifiserbare opplysninger mentes det som forsvarlig og etisk korrekt å melde til NSD.

Informasjon om studien ble gitt muntlig før intervjuene og skriftlig samtykke ble innhentet. Muligheten til å trekke seg når som helst frem til analysestart ble også informert før intervjustart. Etter sykepleiernes ønske fant alle intervjuene, med et unntak, sted på deres avdeling under arbeidstiden. Det ble tydelig for alle på avdelingen hvilke sykepleiere som skulle intervjues, siden andre sykepleiere måtte avløse dem fra sine pasienter. Anonymiseringen av deltaker ble da ikke mulig, men sykepleiernes erfaringer er ikke identifiserbare for andre, siden intervjuene ble holdt individuelt bak lukkede dører. Sitater hentet fra sykepleiernes erfaringer ble brukt for å illustrere resultatene, men gjør dem heller ikke gjenkjennelig for andre. Under et intervju nevnte sykepleieren navnet på en pasient, dette ble bevist ikke transkribert, derved utelukket fra analyseprosessen.

5.0 Studiens funn og diskusjon

Resultatene er presentert i tre kategorier og to subkategorier henholdsvis, og et overordnet tema. Disse vil nedenfor bli diskutert i forhold til Orem's egenomsorgsteori trukket frem fra forskjellig litteratur kilder (Hartweg, 1991; Marriner-Tomey, 1994; Orem, 1995; Meleis, 2007) og intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse (2002).

5.1 Nye mobiliseringsrutiner

5.1.1 Ny mobiliseringsguide

Sykepleierne på intensivavdelingen hadde lang erfaring med å mobilisere de fleste pasientene opp i rullestol en til to ganger daglig, så lenge pasientene var hemodynamisk og respiratorisk stabile. I følge Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse 4. 4 (2002) vil rehabilitering i intensivsykepleien være alle tiltak som tar sikte på å forebygge komplikasjoner og bedre pasientens funksjonsnivå.

Intensivavdelingens fagutvikler var en pådriver innenfor mobilisering, og Orem (1995) hevdet at erfarne sykepleiere gjenkjenner situasjoner der pasienten trenger spesialisert pleie. Fagutvikleren innførte en ny mobiliseringsguide. Denne mobiliseringsguiden bestod av konkrete retningslinjer som gikk ut på å mobilisere pasienten ut ifra hvor stabil pasienten var, i forhold til vitale tegn og the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). De nye retningslinjene var mer strukturerte enn den tidligere metoden sykepleierne brukte å mobilisere etter og inkluderte flere pasienter og skulle helst igangsettes innenfor tjuefire timer etter at de var lagt på respirator. Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse 4.4 (2002) sier at rehabilitering vil starte allerede i det akutte stadiet av pasientens behandlingsforløp. Orems egenomsorgsteori (Meleis 2007) hevder at sykepleieren skal fremme prosesser for utvikling som kan gi bedre levevilkår.

Før sykepleieren kunne starte mobiliseringen var lege ansvarlig for å definere hvor stabil pasienten var og hvor mye den kunne tåle å mobiliseres. Til dette sier intensivsykepleieres funksjonsbeskrivelse 4.1 (2002) at intensivsykepleieren skal forebygge komplikasjoner i samsvar med medisinsk ekspertise. Det forsterker viktigheten ved å starte mobiliseringen tidligst mulig for å gjenopprette helse. Den nye mobiliseringsguiden ga pasienten en mer konstruktiv mobilisering rettet mot trening av kjernemuskulaturen. Når en pasient er alvorlig syk og ikke kan utføre noen form for terapeutisk egenomsorg forventes det ifølge Orems egenomsorgsteori (Meleis, 2007) at sykepleieren kompenserer for pasientens totale inhabilitet.

5.1.2 Hjelpemidler

Sykepleierne følte at mobiliseringen kunne være en tung del av pleien blant annet på grunn av tunge eller urolige pasienter. Med innføring av den nye mobiliseringsguiden, fikk intensivavdelingen tildelt nye hjelpemidler, som lift over hver seng. Denne kunne kobles til forskjellige seil for å gjøre mobiliseringen lettere for sykepleieren og tryggere for pasienten. Avdelingen fikk også tildelt en sengesykkel for å aktivisere pasientene i sengen. Sykepleiere bør ifølge Meleis (2007) engasjere seg i valg av gyldige og pålitelige hjelpemidler eller tiltak for å møte pasientens egenomsorgskrav. Intensivsykepleiernes funksjonsbeskrivelse 6.0 (2002) sier at alle intensivsykepleiere skal delta i utprøving av medisinsk utstyr for det øker kvalitetssikringen. Sykepleierne erfarte at hjelpemidlene var nyttige dersom pasienten ikke ville samarbeide, var i delirium eller var plaget med tubeirritasjon ved forflytning. Medisinsk tekniske hjelpemidler finnes i forskjellige nivåer, men er alle viktige og har sine funksjoner og en intensivsykepleier bør beherske disse for å hindre farlige situasjoner for seg selv og pasienten. Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse 4.2 (2002) fastslår at en intensivsykepleier bør kunne anvende og beherske medisinsk teknisk utstyr.

5.2 Gevinster

5.2.1 Gevinster for pasienten

Sykepleierne på intensivavdelingen utførte tidlig mobilisering av intuberte pasienter fordi de hadde troen på at det gjorde godt og ville bringe pasienten positive gevinster. Intensivpasientene lå som regel immobile i sengen over tid og sykepleierne mente at det førte til at pasienten mistet følelsen og kontrollen over sin kropp. ifølge Marriner Tomey (1994) beskriver ifølge Orem at ubehag, og frustrasjon som følge av medisinsk behandling også skaper forutsetninger for egenomsorg ved å bringe pasienten lindring. Det var en av grunnene til at det var viktig for pasienten å komme opp i sittende stilling, å kjenne føttene på gulvet, støtte mot ryggen, kunne se seg rundt og føle helheten. Meleis (2007) hevder at sykepleieren skal hindre fare for menneskeliv, bevare deres funksjoner og skape velvære for pasienten. Sykepleiernes funksjonsbeskrivelse 4.1 (2002) sier at en intensivsykepleier bør identifisere helsesvikt eller risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, for å sette i gang tiltak for å hindre utviklingen av helsesvikt. Funnene i studien viste at tidlig mobilisering bevarte pasientens funksjoner og hindret utvikling av helsesvikt ved å ha en gunstig effekt for lungefunksjonen, mage- og tarmfunksjon, muskulaturen, minsket sjansen for delirium, ga fysisk og psykisk velvære som økte pasientens mestringsfølelse, samt gjorde pasienten mindre pleietrengende og ga dem bedre utsikt for fremtiden. Orem (1995) mener i sin teori at erfarne sykepleiere gjenkjenner livssituasjoner der mennesker trenger hjelp og Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse 4.3 (2002) sier at pasientens krefter må knyttes til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og at smerte og ubehag skal fjernes.

5.2.2 Økonomiske gevinster

Tidlig mobilisering ledet til en raskere rehabilitering for pasienten. Sykepleierne erfarte at det ga færre respiratordøgn, derved kortere innleggelsestid på intensivavdelingen, og førte til økonomiske gevinster for intensivavdelingen og sykehuset. I Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse 7.0 (2002), står det at intensivsykepleierne har medansvar for forsvarlig ressursbruk innen gitte økonomiske rammer og ifølge Orems egenomsorgsteori (Meleis 2007) har sykepleierne som plikt å være klar over prosesser som gir pasienten positive gevinster og hindrer utvikling av sykdom. Forutsetningen for at tidlig mobilisering skulle være økonomisk lønnsomt for sykehuset, var at mobiliseringen fortsatte på sengeposten etter at pasienten ble utskrevet fra intensivavdelingen. Sykepleierne opplevde at tidlig mobilisering gjorde pasienten raskere overflyttingsklar til sengeposten. Ettersom sengepostene ikke utførte mobilisering på samme nivå som intensivavdelingen, mente sykepleierne det var vanskelig å bevise mobiliseringens gevinster for pasienten videre i behandlingen og for fremtiden. Begat, Ellefsen og Severinsson (2005) hevder at dårlig bemanning og flere sykepleiere med liten stilling, resulterer i en svekkelse av

sykepleierens evne til å levere et kompetent arbeid på sengepost. Det understrekes av Beard (2005) at mange intensivpasienter opplever følelse av stress ved overflytting til sengepost og relaterer dette til redusert personale.

5.3 utfordringer

5.3.1 utfordringer på intensivavdelingen

Funnene viser at sykepleierne opplevde at tidspress og mangel på personale førte til at sykepleierne ble overarbeidet og i den travle hverdagen kunne mobilisering oppleves som belastende. Det hendte derfor at mobiliseringen ble nedprioritert i hektiske dager fordi de ikke hadde tid eller at det ikke var nok ledige sykepleiere. De fikk følelsen av at de utførte et dårlig arbeid når de ikke fikk mobilisert på vekten og det gav dem dårlig samvittighet ovenfor og opplevde også et press fra kollegaer som skulle overta pasienten. Orem (1995) mener at den dårlige fordelingen mellom reelt pleiebehov og bemanning er en utfordring for sykepleierne som ikke klarer å stille pasientens behov. Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse 7.0 (2002) fremhever at intensivsykepleieren må kunne deligere arbeidsoppgaver til en hver tid i samsvar med personalets kompetanse. Det vil si at intensivsykepleierne må kunne hjelpe hverandre og bruke andres spesialiteter ved behov. Noen sykepleiere mente de allerede hadde for mye ansvar og at fysioterapeuten burde hjelpe til i mobiliseringen. Funksjonsbeskrivelsen 7.1 (2002) sier at intensivsykepleieren må arbeide tverrfaglig. Det kunne da vært aktuelt å få et bedre samarbeid mellom sykepleier og fysioterapeut. På en annen side mener Orem (Meleis, 2007) at sykepleieren har et ansvar i å rehabilitere for å hindre tileggssykdommer eller forverring av aktuell helsetilstand.

Mobilisering av en intubert pasient kunne ofte være utfordrende for sykepleieren fordi pasienten som regel var koblet til diverse apparater, dren og sentralt venøst kateter. For at sykepleierne kunne utføre en konstruktiv og trygg mobilisering, var det viktig at de gjorde en god forberedelse i forhold til alt utstyret pasienten var koblet til, at de hadde en faglig kompetanse med utviklet klinisk blikk slik de kunne utføre reddende tiltak dersom pasienten skulle bli dårlig ved å mobiliseres. Til dette sier Intensivsykepleiernes funksjonsbeskrivelse 4.2 (2002) at en intensivsykepleier skal handle forsvarlig innenfor eget kompetanseområde. Orem (1995) sier sykepleiere må ha teoretisk kunnskap og praktisk erfaring for å utføre pleie. Selv om sykepleieren var dyktig i mobilisering og erfarte det gjorde godt for pasienten måtte de kunne veie påkjønning mot gevinst og vurdere om påkjønningen mobiliseringen kunne bringe pasienten var større enn effekten mobilisering ville frembringe. Intensivsykepleiernes funksjonsbeskrivelse 4.1 (2002) mener at intensivsykepleieren skal kontinuerlig observere og vurdere pasientens opplevelser, ressurser og behov for intensivsykepleie og medisinsk behandling.

5.3.2 utfordringer ved videre oppfølging

Sykepleierne på intensivavdelingen opplevde at de gjorde et godt arbeid og de bemerket den positive effekten det gav pasienten. Men de erfarte at mobiliseringen ble nedprioritert på sengeposten, på grunn av travle hverdager med mye pasienter og nedbemanning av personalet. I funksjonsbeskrivelsen 4.2 (2002) står det at intensivsykepleieren skal sikre kontinuitet i pasientens behandling gjennom en individuell og skriftlig pleieplan. Denne pleieplanen skal oppdateres ved behov og følge pasienten helt til utskrivelse fra sykehuset (Læringsportalen Sørlandets sykehus). Det kunne forsterket behovet for mobiliseringen og blitt en obligasjon ettersom sykepleierne må følge pasientens individuelle pleieplan. Sengepostens mangel på oppfølging forklares av Forsberg et al. (2011) ved at sykepleierne på sengepost er stresset og har liten tid til pasientene, og sengepostene disponerer ikke alltid de resursene en pasient overført fra intensiv trenger for en trygg behandling (Elliot et al. 2010). Dette førte til at pasientene som var overført til sengeposten kunne pådra seg tilleggskomplikasjoner på den nye avdelingen og videre i hjemmet. En viktig faktor for kontinuitet i pasientens videre behandling er at sykepleierne på sengepost kan ta ansvar for pasienten på en best mulig måte (Gulbrandsen & Stubberud, 2010) og ifølge Koivula og Paunonen-Ilmoen (2001) avhenger det av omgivelsene på sengepost.

6.0 Funnenes troverdighet

Validitet er styrken og gyldigheten til et utsagn; i samfunnsvitenskapene viser validitet som regel til om en metode faktisk kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke (Kvale og Brinkman 2009). Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (2003), mener at begrepet troverdighet inkluderer validitet og reliabilitet. Videre mener de at troverdighet innebærer prinsippene kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet. Deres syn på troverdighet vil diskuteres i forhold til studiens styrke og svakheter.

6.1 Kredibilitet

Ifølge Polit og Beck (2014) betyr kredibilitet å ha tillit til sannheten av innsamlet datamateriale. Graneheim og Lundman (2003) sier at en studies troverdighet øker ved at deltakerne er sammensatt av forskjellig kjønn, alder og bakgrunn. Det gir ulike perspektiver av et fenomen. En svakhet med studien var lite antall informanter og at alle var kvinner, i gjengjeld var det store aldersforskjeller og ansiennitet mellom sykepleierne, hvilket ses som en styrke. Ifølge Graneheim og Lundman (2003) er det varierende fra studie til studie hvor mye data som er nødvendig for å besvare problemstillingen på en troverdig

måte og det avhenger av fenomenets kompleksitet og kvaliteten på innsamlet data. Sykepleierne var meget verbale og det ble gode samtaler som førte til et rikt datamateriale.

For Graneheim og Lundman (2003) er det viktig å gjøre riktig valg av meningsenhet for å oppnå troverdighet. Noen meningsenheter kan være for store og gjør det vanskelig å håndtere ettersom de kan inneholde flere meninger. I studien ble meningsenhetene delt opp etter spørsmålene i intervjuguiden. Disse ble nøye analysert etter innholdsanalyseprosessen og i enkelte meningsenheter dukket det opp to temaer. Det ble ikke sett på som noe problem, bare lagt til som en ekstra kode og analysert videre.

Kredibilitet til en studie innebærer også at kategoriene og det overordnede temaet omhandler all relevant data og at irrelevant data er ekskludert (Graneheim og Lundman, 2003). De sier videre at troverdigheten forsterkes ved bruk av sitater eller hjelp av en annen forsker. I studiens funn ble sitater brukt og veileder konsultert ved behov under analyseprosessen.

6.2 Pålitelighet

Potit og Beck (2014) mener at pålitelighet betyr å være troverdig til datamaterialet under hele analyseprosessen. Ifølge Graneheim og Lundman (2003) er pålitelighet en viktig del av troverdigheten, og dens grad varierer i forhold til hvor mange endringer som har blitt utført under analyseprosessen. Det er spesielt en risiko ved innsamling av mye datamateriale. Dette var en liten studie og analyseprosessen ble nøye fulgt i forhold til manifest og latent analyse, derved ble data ikke tolket før det overordnede temaet.

6.3 Overførbarhet

Siste del av Graneheim og Lundmans (2003) troverdighetsprinsipp er overførbarhet. Polit og Beck (2014) sier at en studie er overførbar dersom den kan brukes i andre settinger. Det vil si at funnene kan bli overført til andre kontekster og det er lesernes avgjørelse hvorvidt studien er overførbar (Graneheim og Lundman, 2003). Videre mener Graneheim og Lundman (2003) at det er verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvalg og karakteristikk av deltakerne, datainnsamling og analyseprosessen for å tilrettelegge overførbarhet og dermed øke studiens troverdighet. Studiens overførbarhet vil bli diskutert i kliniske implikasjoner.

7.0 Kliniske implikasjoner for studien

Danske intensivavdelinger er ganske like norske intensivavdelinger. Deres arbeidsmetoder og prosedyrer har mye felles med norske intensivavdelinger og med dansk videreutdanning innenfor intensivsykepleie kan danske intensivsykepleiere automatisk arbeide i Norge. Ut ifra disse kontekster er det så tydelige likheter at studien burde bli overførbar til norske intensivavdelinger. Studiens funn samsvarer med utenlandsk forskning som tydeliggjør viktigheten med å innføre tidlig mobilisering på intensivavdelinger. Forutsetningene, hentet ut ifra utfordringene i funnene, tilsier at det er nødvendig med en utarbeidet mobiliseringsguide, at den må inngå som en del av pasientens behandlingsplan og derved bli en del av den daglige pleien. Et tverrfaglig mobiliseringsteam bestående av sykepleier og fysioterapeut vil minske utfordringer og øke gevinsten for pasienten. For å forankre innføringen av tidlig mobilisering på intensivavdelinger, som ikke har kultur for det, er det nødvendig å vise til evidensbasert betydning av mobilisering for å gi personalet motivasjon og tillit for å utføre en forsvarlig mobilisering av intuberte pasienter.

8.0 Konklusjon

Studien ga et godt innblikk på hvordan sykepleiere opplever å mobilisere intuberte pasienter. Både positive og negative erfaringer kom frem. Sykepleierne hadde glede i å mobilisere intuberte pasienter fordi de erfarte at det gav pasienten både psykiske og fysiske gevinster under oppholdet på intensivavdelingen og et godt utgangspunkt for videre rehabilitering mot normal helsetilstand. Men innføringen av en ny mobiliseringsguide førte til utfordringer for sykepleierne. En innføring av et mobiliseringsteam bestående av sykepleier og fysioterapeut som bygger på godt samarbeid kunne løse utfordringene. Tidlig mobilisering står innenfor intensivsykepleierens ansvarsområder og er en obligatorisk del av pleien for å frembringe pasientens velvære og helse. For å få en dypere kunnskap om hva tidlig mobilisering av intuberte pasienter innebærer for pasienter og sykepleiere bør flere studier utføres.

Referanser

Beard, H. (2005). Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU?. *Nursing in Critical Care*, 10, 272-278.

Begat, I., Ellefsen, B. og Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurse's experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13, 221–230.

Definisjon av intensivsykepleie. Vedtatt av generalforsamlingen i Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) 2. september 2004.

Den nationale videnskabskomité (2013). Hentet 23. September 2013 fra <http://cvk.sum.dk>

Elliot, M., Crookes, P., Warral-Carter, L. og Page, K. (2010). Readmission to intensive care: a qualitative analysis of nurses' perception and experiences. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40, 299-309.

Engel, H. J., Needham, D. M., Morris, P. E. og Gropper, M. A. (2013). Early mobilization: from recommendation to implementation at three medical centers. *Critical Care Medicine*. 41, 69.-80

Forsberg, A., Lindgren, E. og Engstrøm, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 110-116.

Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. Vedtatt av generalforsamlingen i Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) 2. juni 2002 www.nsf.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier.

Gulbrandsen, T. og Stubberud, G.D. (2010). Intensivsykepleie. Oslo: Akribes.

Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hartweg, D. L. (1991). *Dorthea Orem, Self– Care Deficit Theory*. London: SAGE publications.

Kuivola, M. og Paunonen-Imonen, M. (2001). Ward sister's objectives in developing nursing and problems with development. *Journal of Nursing Management*, 9, 287-294.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Leditschke, A., Green, M., Irvine, J., Bissett, B. og Mitchell, I. (2012). What Are the barriers to Mobilizing Intensive Care Patients?. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 23(1) 26-29.

Lipshutz A.K. og Gropper M.A. (2013). Acquired neuromuscular weakness and early mobilization in the intensive care unit. *Anesthesiology*. 118, 202-215.

Læringsportalen Sørlandet sykehus. Hentet 060514 fra: <https://laeringsportalen.helse-sorost.no>

Mah, J. W., Staff, I., Fichandler, D. og Butler, K. (2013). Resource- efficient mobilization programs in the intensive care unit: who stands to win?. *Critical Science*. 206, 488-493.

Marriner-Tomey, A. (1994). *Nursing Theorists and Their work*. 3th ed. Missouri: Mosby.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing, development & progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Needham, D. M. (2008). Mobilizing Patients In the Intensive Care Unit, Improving Neuromuscular weakness and Physical Function. *JAMA*. 300 (8) 1685-1690.

Noreide, B. (2009). CiPnM som komplikasjon hos intensivpasienten. *Inspira*. 2, 5-10.

Orem, D.E. (1995) *Nursing, Concept of Practice*. 5th ed. Missouri: Mosby

Pattanshetty, R. og Gaude, G.S.(2011). Critical illness myopathy and polyneuropathy-a challenge for physiotherapist in the intensive care unit. *Indian journal of Critical Care Medicine*. 15(2) 78-81.

Polit, D. og Beck, C. (2008). *Nursing research, appraising evidence for nursing practice*. 7th ed. Connecticut: Lippincott Williams & Wilkins.

Schweickert, W., Pohlman, M.C., Pohlman, A.S., Nigros, C., Pawlik, A.J., Esprook, C.L., Spears, L., Miller, M., Francyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G.A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K.E., Hall, J.B. og Kress, J.P. (2009) Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trail. *Lancet*. 373. 1874-82.

Schweickert, W.og Kress, J.(2011). Implementing early Mobilization Interventions in mechanically Ventilated Patients in the ICU. *CHEST*. 140 (6).1612-1617.

Winkelman, C og Peereboom, K.(2010). Staff-Perceived Barriers and Facilitators. *Critical Care Nurse*. 30: 13-16.

Vitenskapelig artikkel

Sykepleieres erfaring med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter

Julia Maria Ellefsen

Student i master i intensivsykepleie, Universitetet i Agder

E-postadresse: juliae09@student.uia.no

Link til Vård i Norden: www.vardinorden.no

Antall ord: 4955

Sykepleieres erfaring med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter

NURSES' EXPERIENCES WITH EARLY MOBILIZATION OF INTUBATED ICU PATIENTS

Abstract

Background: Studies show that early mobilization of the intubated ICU patients brings positive benefits for the patient. Aim: To illuminate nurses' experiences with early mobilization of intubated patients in ICU. Method: It was conducted individual interviews with six intensive care nurses from an ICU in Denmark. The data was analyzed using a qualitative content analysis. Results: The analysis resulted in three categories "New mobilization routines", "Benefits " and "Challenges" with two subcategories each, "New mobilization guide" and "Utilities", "Benefits for the patient" and "Economic benefits" and "Challenges in the ICU" and "Challenges with further follow-up". The overall theme was: "The nurses performed early mobilization because they experienced that it gave benefits for the patient, but challenges may hinder an optimal mobilization". Conclusion: To implement an optimal mobilization of the intubated patients in the ICU, it would be better if the nurse had a close relationship with the physiotherapist during mobilization. To gain a greater knowledge of nurses' experiences with early mobilization of the intubated patients, it is necessary to conduct more studies in different hospitals.

Keywords: Benefits, challenges, content analysis, mobilization guide

Innledning

Hippokrates mente i sin tid at all smerte skulle stilles med sengeleie (1). I disse dager med utviklet kunnskap så vet vi at langt sengeleie kan føre til konsekvenser for pasienten.

Dammeyer m.fl. (2) sier at selv om det finnes mye forskning som beviser at våkne intensivpasienter som mobiliseres får et bedre utfall, er det fortsatt mange intensivavdelinger som velger å holde sine pasienter sedert og immobile i flere dager og ofte uker, og ifølge Kress (3) vil sederingen med sterke medikamenter over en lengre periode hindre muligheten for mobilisering.

Lang tid med immobilitet og sengeleie kan medføre katabolisme og muskelatrofi som utvikler seg til nevromyopati (4) og kan spille en viktig rolle i patogenesen av nevromuskulære lidelser, som er vanlige problem hos intensivpasienter (5). Kayambu m.fl. (6) mener at muskelsvakhet er en av de vanligste komplikasjonene ved et langt sengeleie og kan ramme opptil 60 % av respiratorpasientene og utvikles på grunn av diverse faktorer som for eksempel bruk av steroider, nevromuskulære blokkeringsagenter og immobilitet (7). Immobilitet kan også føre til blant annet trykksår, delirium og svakhet (8). Respiratorpasienter som ikke mobiliseres kan i tillegg utvikle nedsatt allmenntilstand som resulterer i et forlenget sykehusopphold (9) og som påfører pasienten tilleggssykdommer. Dårlig livskvalitet etter utskrivelse på grunn av fysisk forfall er også en alvorlig komplikasjon som kan oppstå (10).

Ifølge Gulbrandsen og Stubbberud (11) har intensivsykepleieren blant annet som funksjon å gjenopprette pasientens helse. Prosessen ved å rehabilitere en intensivpasient tilbake til sitt vanlige funksjonsnivå begynner ved små tiltak så snart pasienten er hemodynamisk og respiratorisk stabil. Tidlig mobilisering er en forebyggende handling som kan minske diverse komplikasjoner etter et langt sengeleie, hvor pasientens helsetilstand er svekket og metabolismen er i en slik ubalanse at pasienten kan miste kontroll over sine funksjoner.

Vollman (7) sier at mobilisering og øvelser som styrker muskulaturen kan redusere oksidativt stress, inflammasjoner i kroppen, bedre humøret og bedre evnen til å gjenopprette de daglige aktivitetene. Ifølge Polly m.fl. (12) kan tidlig mobilisering av intensivpatienten føre til bedre utfall på sengepost. Selv om det finnes mye forskning som belyser gevinstene tidlig mobilisering har for pasienten under sykehusinnleggelse og etter utskrivelse, finnes det allikevel mange intensivavdelinger som ikke anser tidlig mobilisering som en del av pleien og som viktig i rehabiliteringsprosessen. Ross og Morris (8) sier at helsepersonell på mange intensivavdelinger mener at intuberte intensivpasienter er for syke til å mobiliseres, men at en grundig mobiliseringsprosedyre kunne hjelpe. I Norge blir heller ikke tidlig mobilisering av intuberte pasienter gjennomført på alle intensivavdelinger. Derfor er det av interesse å gjennomføre en studie på en intensivavdeling der sykepleiere har erfaringer med å mobilisere intuberte pasienter ut ifra en mobiliseringsguide, for å vite hvordan de opplever tidlig mobilisering av intuberte pasienter.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien var å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med tidlig mobilisering av intuberte pasienter på intensivavdeling. Følgende problemstilling var ønsket å få besvart: Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter?

Metode

Design og kontekst

For å belyse intensivsykepleieres erfaringer med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter, ble det tatt i bruk en kvalitativ tilnærming. Studien ble gjennomført i

desember 2013 på en generell intensivavdeling ved et dansk sykehus, hvor det er en del av pleien å utføre tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter. Intensivavdelingen brukte en mobiliseringsguide hvor mobiliseringsgraden varierte i forhold til pasientens vitale tegn og bevissthetsnivå målt med the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).

Utvalg

Fagutvikler på intensivavdelingen ble kontaktet og stod for forespørsel og utdeling av informasjonsskriv om studien til sykepleierne som oppfylte kriteriene. Det var ønskelig å inkludere både kvinnelige og mannlige intensivsykepleiere med minst to års erfaring fra intensivavdelingen i studien. Seks sykepleiere sa seg villige til å delta. Den eneste mannlige sykepleieren på intensivavdelingen var ikke tilgjengelig og ble derfor ikke invitert med i studien. Studiegruppen presenteres i Tabell 1.

Tabell 1. Beskrivelse av studiegruppen

Sykepleier	Alder (år)	Utdannelse	Erfaring som intensivsykepleier
1	45	intensivsykepleier	11 år
2	38	Intensivsykepleier	10 år
3	50	Intensivsykepleier og master i pedagogikk	15 år
4	43	intensivsykepleier	12 år
5	38	intensivsykepleier	10 år
6	46	intensivsykepleier	17 år

Datainnsamling

For å samle inn data ble det gjennomført individuelle intervjuer. En semistrukturert intervjuguide ble brukt. Det ble avtalt med fagutvikler at intervjuene skulle gjennomføres i løpet av 3 dager i begynnelsen av desember 2013. Intervjuene fant sted på et møterom i

intensivavdelingen og varte mellom 15 og 38 minutter. Lydopptak ble tatt i bruk og intervjuene ble rett etterpå transkribert.

Temaområdene i intervjuguiden var å vite hvordan tidlig mobilisering utføres (prosedyre for tidlig mobilisering), hva tidlig mobilisering innebærer for intensivsykepleieren og pasienten, samt gevinster og utfordringer for tidlig mobilisering. Tilleggsspørsmål som alder, kjønn, utdanning, erfaring som intensivsykepleier ble også spurt.

Analyse

Intervjuteksten ble analysert med manifest og latent innholdsanalyse ifølge Graneheim og Lundman (13), med følgende analyseprosess:

1) Manifest innholdsanalyse:

Lese intervjuene flere ganger for å få oppfattning av helheten

Dele inn intervjutekstene i meningsenheter

Meningsenhetene kondenseres, abstraheres og kodes

Kodene deles inn i subkategorier og kategorier

2) Latent innholdsanalyse:

Kategoriene og subkategoriene fortolkes i et overbyggende tema

Analysen resulterte i tre kategorier og to subkategorier til respektiv kategori, som ble grunnlag for det overordnede tema. Subkategoriene vil bli belyst i funnene med enkelte sitater fra sykepleierne.

Forskningsetikk

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste AS (NSD) (prosjektnummer: 35626), og ble også behandlet av den etiske komité ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder. Ettersom det ikke innhentes pasientopplysninger eller biologisk materiale kreves det ifølge Den Nationale Videnskabsetiske Komité (DNVK) § 14, stk. 2 (14) ikke godkjenning for gjennomføring av intervjuer som omhandler sykepleierens erfaringer med pasienten.

Funn

Nye mobiliseringsrutiner

Ny mobiliseringsguide

Sykepleierne hadde en kultur for å mobilisere sine intensivpasienter, også dem som var intuberte. De hadde lang erfaring med å mobilisere de fleste pasientene opp i rullestol en til to ganger daglig, så lenge pasientene var hemodynamisk og respiratorisk stabile. ”Har 17 års erfaring med mobilisering av intubert intensivpasient, det er så lenge jeg har arbeidet på denne avdelingen”. Intensivavdelingens fagutvikler hadde vært en pådriver innenfor mobilisering og innførte en mobiliseringsguide hentet fra et annet dansk sykehus. Denne mobiliseringsguiden bestod av konkrete retningslinjer som gikk ut på å mobilisere pasienten ut ifra hvor stabil pasienten var, i forhold til vitale tegn og RASS. ”I forhold til den nye mobiliseringsguiden så går det på hvilke stadium pasienten er i, hvilke sykdomsforløp kan man si, og det er det med blodtrykk innenfor visse verdier, RASS-scoringen og så ser vi hva vi kan gjøre ut ifra det”.

Før sykepleieren kunne starte mobiliseringen var lege ansvarlig for å definere hvor stabil pasienten var og hvor mye den kunne tåle å mobiliseres. Under mobiliseringen hadde sykepleieren ansvaret med å notere vitale tegn samt observere hvordan pasienten reagerte.

Fysioterapeut hadde lært sykepleierne hvordan de skulle mobilisere etter den nye mobiliseringsguiden. De nye retningslinjene var mer strukturerte enn den gamle metoden, og inkluderte flere pasienter. Mobiliseringen skulle helst igangsettes innenfor tjuetimer etter at pasienten var lagt på respirator. ”Vi forsøker å mobilisere pasienten innenfor 24 timer.” Det ville si at noen pasienter fortsatt var avhengige av pressormedikamenter og hadde en høy ”positive end-expiratory pressure” (PEEP) på respiratoren ved mobiliseringstart.

Den nye mobiliseringsguiden ga pasienten en mer konstruktiv mobilisering som også innebar å trene kjernemuskulaturen. Dersom pasientens vitale tegn var stabile begynte sykepleierne å mobilisere pasienten i sengen det første døgnet, enten ved hyppig snuing eller ved bruk av sengesykkel som ble koblet til pasienten. Neste steg var å mobilisere på sengekanten hvor pasienten fikk trene balanseøvelser eller sitte i en komfort-rullestol. Deretter var det å stå i seil eller ved hjelp av prekestol og dersom pasienten ble værende intubert over en lengre periode, skulle pasienten spasere i korridoren med prekestol tilkoblet reiserespirator. ”Vi hadde en kvinnelig pasient som var i måneder hos oss, henne hadde vi ute på spasertur i korridoren opptil tre ganger om dagen. Vi koblet henne til en reiserespirator når hun skulle trene som vi hadde stående ved sengen hennes hele tiden. Det var veldig bra”.

Hjelpemidler

Mobiliseringen kunne være en tung del av pleien. Med innføring av den nye mobiliseringsguiden, fikk intensivavdelingen tildelt nye hjelpemidler for å gjøre mobiliseringen lettere for sykepleierne og tryggere for pasienten. Avdelingen fikk en ny lift over hver seng, som kunne kobles til forskjellige typer seil og gjøre forflytningen lettere. Det hendte at noen pasienter var i delir, samarbeidet dårlig, eller var redde for å mobiliseres på sengekant, og da koblet sykepleierne et sitte-seil til liften og løftet pasienten på sengekanten. Det ga pasientene en økt trygghet i mobiliseringsprosessen. Dersom pasienten var tubeirritert,

ga seilet en større stabilitet og minsket muligheten for tubeirritasjon under mobiliseringen.

”Pasienten må samarbeide for at mobiliseringen skal ha effekt.”

Sengesykkelen var et hjelpemiddel sykepleierne følte at pasientene hadde glede av, spesielt fordi sykling var en kjent bevegelse for de fleste. Den ble koblet til pasientens nedre ekstremiteter og sykepleierne innstilte hastighet og varighet på syklingen. Det var en passiv øvelse, men gjorde godt for tarmfunksjon, muskulatur og virket også beroligende.

Sykepleierne opplevde at våkne pasienter ga utrykk for at de ønsket å bevege seg. ”Hadde en pasient som var våken og intubert, kunne derfor ikke snakke, men beveget på armene og viste at han gjerne ville sykle”. Sykepleierne mente at selv bevisstløse pasienter hadde effekt av sykling og følte glede i det, ettersom flere fortsatte å sykle etter at sykkelens innstilte tid var over.

Gevinster

Gevinster for pasienten

Sykepleierne utførte tidlig mobilisering av intuberte pasienter fordi de hadde troen på at det gjorde godt og ville bringe pasienten positive gevinster. Intensivpasientene var kritisk syke og lå som regel stille i sengen over tid og da mente sykepleierne at pasienten mistet følelsen og kontrollen over sin kropp og at det derfor var viktig for pasienten å komme opp i sittende stilling, at de fikk kjenne føttene på gulvet, støtte mot ryggen, kunne se seg rundt og føle helheten. ”Jeg tror grunnleggende at det gjør godt for pasienten, det er godt for deres kropp og muskler, og så tror jeg det er veldig behagelig for dem å merke deres kropp, det blir en ro for dem”. Selv om mobiliseringen kunne være tung og ubehagelig for pasienten opplevde sykepleierne at de ble fornøyde når de kom opp i stol eller på sengekanten. Det gav følelsen av velvære og av å være mindre avgrenset, samtidig som det økte mestringsfølelsen og livskvaliteten. ”Jeg kan se at det øker livskvalitet, jeg kan se at, altså jeg har snakket med

pasienter i ettertid og de har vært veldig glade for det, altså det betyr noe for dem”.

Mobiliseringen satte ting i et annet perspektiv og medførte et psykisk oppløft som kunne hjelpe dem videre i livet. Når pasientene ble mobilisert opp enten på sengekant eller i stol, økte det lungekapasiteten og pasientene fikk en bedre hostekraft, det var også trening for stabiliseringsmuskulaturen som ble svekket av sengeleie. Det gjorde at pasientene ble mindre pleietrengende, kunne komme sterkere hjem og få det bedre på sikt.

Delirium blant intensivpasienter var et kjent fenomen. Sykepleierne hadde god erfaring med at mobilisering flere ganger daglig gjorde at pasientene ble trette om natten, det kunne føre til en bedre døgnrytme og derved minske risikoen for delirium. De opplevde også at urolige pasienter ble rolige når de kom opp i stol eller brukte sengesykkel. ”Noen ganger da de er litt ustabile tar vi dem på sengesykkelen, spesielt urolige pasienter, fordi det er noe de kan forholde seg til, i motsetning til all teknologien, det er noe de kjenner igjen, så mange faller til ro med å sykle, selv om de er dårlige”.

Økonomiske gevinster

Tidlig mobilisering førte til en raskere rehabilitering for pasienten. Sykepleierne erfarte at det ga færre respiratordøgn, derved kortere innleggelsestid på intensivavdelingen. Dette gav økonomiske gevinster for intensivavdelingen og sykehuset. Forutsetningen for at tidlig mobilisering skulle være økonomisk lønnsomt for sykehuset, var at mobiliseringen fortsatte på sengeposten etter at pasienten ble utskrevet fra intensivavdelingen. ”Det er økonomi, kortere innleggelse, velvære og kanskje kortere sykdomstid. Altså, det er det vi tror på og det vi ser.”

Utfordringer

Utfordringer på intensivavdelingen

Selv om sykepleierne hadde en god kultur for tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter opplevde de utfordringer. De hevdet at tidspress og mangel på personale førte til at sykepleierne ble overarbeidet og i den travle hverdagen kunne mobilisering oppleves som belastende. Derfor hendte det at den ble nedprioritert i hektiske dager fordi de ikke hadde tid eller at det ikke var nok ledige sykepleiere ettersom det krevdes minst to sykepleiere for å mobilisere en intubert pasient. ”Det er tidskrevende, det krever to sykepleiere å få pasientene opp i rullestol, man får ikke alltid hjelp når man trenger det, så det tar tid, men det er en tilfredsstillelse å kunne gjøre det for pasienten for jeg vet at det gjør godt”.

Sykepleierne fikk følelse av at de utførte et dårlig arbeid når de ikke fikk mobilisert på vakt. De fikk dårlig samvittighet ovenfor pasienten og opplevde også et press fra kollegaer som skulle overta pasienten. Det ga sykepleierne en opplevelse av nedgradering i pleiens standard. Noen sykepleiere mente de allerede hadde for mye ansvar og at det var fysioterapeutenes ansvar å mobilisere pasienten etter innføringen av den mye mobiliseringsguiden. ”Altså vi er ikke utdannet fysioterapeuter, vi får bare se det som en arbeidsoppgave da. Hvordan skal vi få tid til dette her? Så, får vi det travelt så kommer vi til å løfte feil, og så ja. Så får vi dårlige rygger fordi vi ikke tenker over det. Så det har jo også vært inne på banen, at det får være grenser for hva de legger på oss sykepleiere”. Andre opplevde mobilisering som en del av sykepleien og så ikke på det som en krevende prosess. ”Så er det noen kolleger som mener at det er fysioterapeutens jobb, men jeg mener at det også er våres arbeid, vi er selvfølgelig ikke like flinke, men det å skifte stilling på pasienten og få dem opp er meget viktig”.

Mobilisering av en intubert pasient kunne ofte være utfordrende for sykepleieren fordi pasienten som regel var koblet til diverse apparater, dren og sentralt venøst kateter. For at sykepleierne kunne utføre en konstruktiv og trygg mobilisering, var det viktig at de gjorde en god forberedelse i forhold til alt utstyret pasienten var koblet til, at de hadde en faglig

kompetanse med utviklet klinisk blikk slik de kunne utføre reddende tiltak dersom pasienten skulle bli dårlig ved å mobiliseres. Sykepleieren hadde ansvaret for pasienten, og måtte også vurdere nøye før mobiliseringstart hvor mye pasienten kunne tåle å mobiliseres, selv om mobiliseringen i forveien var klarert av en lege. Vurderingen var viktig fordi en intensivpasient ofte kunne være svært svingende i sin hemodynamiske og respiratoriske tilstand. Det hendte at pasientene var for dårlige til å komme opp, da måtte sykepleierne vurdere andre mobiliseringstiltak eller prøve igjen senere. ”Det innebærer at man har et høyt faglig nivå, slik at man kan løse problemet dersom pasienten ikke tåler det. Det skjer jo at de får vasovagal reaksjon og blir dårlige, de kan også desaturere, det kan gå for fort, at man tar dem for fort opp. Så det krever at man kjenner pasienten og vurderer underveis og kan avbryte mobiliseringen”.

De fleste sykepleierne merket at kritisk syke pasienter helst ønsket å bli sengeliggende. Da var det nødvendig med sykepleiere som hadde troen på at mobilisering gav pasienten en positiv gevinst og klare å formidle viktigheten ved å gi god informasjon, lage gode avtaler, bygge tillit mellom sykepleier og pasient for å gi en trygg opplevelse. Men pasienten måtte samarbeide for at mobiliseringen skulle ha positiv effekt. ”For å komme på sengekanten så krever det at pasienten kan samarbeide, ellers går det ikke”.

På den andre siden måtte sykepleieren kunne veie påkjenning mot gevinst ved mobilisering, ettersom det som oftest var tungt og utmattende for pasienten. De måtte vurdere om påkjenningen ved å mobiliseres var mindre enn effekten mobilisering ville frembringe. ”At vi har noen ganger så dårlige pasienter som ikke vil komme ut av intensivavdelingen, da respekterer vi at de ikke vil opp.”

Sykepleierne relaterte også til utfordringer ved å mobilisere adipøse pasienter. Det krevde mye personal for å mobilisere en slik pasient. Sykepleierne følte da at de hadde et dårlig

utvalg av hjelpemidler for å kunne utføre en optimal mobilisering. ”Det kan være vanskelig med de adipøse, det hender vi prøver å få dem på sengesykkel, men det går ikke, fordi pasienten er for tung og trett, eller at beina er for tykke og ikke passer inn i sengesykkelen.”

Utfordringer ved videre oppfølging

Sykepleierne på intensivavdelingen opplevde at de gjorde et godt arbeid og de opplevde den positive effekten det gav pasienten. Men de erfarte at mobiliseringen ble nedprioritert på sengeposten, på grunn av travle hverdager med mange pasienter og nedbemanning av personalet. Dette førte til at pasientene som var overført til sengeposten kunne pådra seg tilleggskomplikasjoner. Det var hardt og utmattende for en kritisk syk pasient å mobiliseres flere ganger daglig, derfor synes sykepleierne det var meget trist når pasienten ikke fikk utviklet seg videre på sengeposten. ”Det er dessverre det vi ser, at pasienten utvikler seg lite videre når de kommer på sengepost fordi sykepleierne ikke har kapasitet til det og da hender det at pasienten utvikler en pneumoni eller noe”.

Selv om mobiliseringen gav et godt utgangspunkt for videre rehabilitering så krevde pasienter som hadde vært kritisk syke ofte oppfølging også etter sykehusutskrivelse og det kunne ta flere uker før pasienten fikk oppfølging i hjemmet. Disse problemene gjorde at intensivsykepleiernes arbeid ikke ble målbart, derved vanskelig å fremheve den positive effekten ved tidlig mobilisering på sikt, noe som førte til at sengeposten og kommunen ikke fikk ressurser som trengs for å følge opp en optimal mobilisering.

Sykepleierne utførte tidlig mobilisering fordi de erfarte at det ga pasienten gevinster, men utfordringer kunne hindre en optimal mobilisering

Etter å ha tolket de tre kategoriene ”Nye mobiliseringsrutiner”, ”Gevinster” og ”Utfordringer” med to sub-kategorier til hver, ”Ny mobiliseringsguide” og ”Hjelpemidler”, ”Gevinster for

pasienten” og ”Økonomiske gevinster”, og ”Utfordringer på intensivavdelingen” og ”Utfordringer med videre oppfølging” ble det overordnede temaet ”Sykepleierne utførte tidlig mobilisering fordi de erfarte at det ga pasienten gevinster, men utfordringer kunne hindre en optimal mobilisering”. Sykepleierne var engasjerte og hadde en positiv holdning til mobiliseringen fordi de opplevde det som både fysisk og psykisk godt for pasienten. Mobiliseringen foregikk etter en nylig utarbeidet mobiliseringsguide som innebar mobilisering rettet mot trening av kjernemuskulaturen. Men å mobilisere etter den nye mobiliseringsguiden var krevende, selv om de hadde hjelpemidler følte noen sykepleiere at det ikke var tilstrekkelig i deres travle hverdag og mobiliseringen ble til tider nedprioritert. Intensivpasienten krever mye behandling og pleie for å opprettholde helse. Sykepleieren har ansvaret for pasienten som helhet, og rehabilitering er en del av intensivsykepleierens funksjon. Forutsetning for en optimal gevinst for pasient, sykehus og samfunn er at mobiliseringen blir prioritert gjennom hele sykdomstiden på intensivavdelingen. Så for å forhindre nedprioritering av mobiliseringen, kunne det vært aktuelt å innføre et mobiliseringsteam bestående av sykepleier og fysioterapeut, og inkludere det som en del av pasientens behandlingsplan. Et mobiliseringsteam ville avlaste sykepleierne og gi en trygg mobilisering for pasientene.

Diskusjon

Diskusjon av funn

Hensikten med studien var å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med tidlig mobilisering av intuberte pasienter på intensivavdeling. Funnene viste at sykepleierne utførte mobilisering fordi de mente at det var godt for pasienten og førte til at pasienten kom seg raskere. Tidlig

mobilisering er et tiltak som går under intensivsykepleierens ansvarsområde (15) som sier at ”rehabilitering i intensivsykepleien vil være alle tiltak som tar sikte på å forebygge komplikasjoner og bedre pasientens funksjonsnivå, og at den vil starte allerede i pasientens akutte fase.”

Nye mobiliseringsrutiner

Alle sykepleiere hadde lang erfaring med å mobilisere intuberte pasienter opp i stol og den nye mobiliseringsguiden førte til at flere intensivpasienter ble tidlig mobilisert. Dang (16) hevder at tidlig start av mobiliseringsprogram bringer pasienten gevinster. En utfordring ved tidlig mobilisering kan være at sykepleierne ikke har kunnskap om når pasienten er klar for mobilisering (17). Ifølge funn hadde anestesilegen ansvaret for å vurdere pasientens mobiliseringsnivå og fysioterapeut var tilstede under innføringen av nye mobiliseringsrutiner. Kayambu m.fl. (6) viser til en studie hvor fysioterapeutene innførte pakke-program for tidlig mobilisering, som viste seg å være effektivt. Noen sykepleiere opplevde at den nye mobiliseringsguiden gjorde mobiliseringen vanskeligere, og mente at fysioterapeuten skulle kommet daglig og hjulpet med mobilisering på intensivavdelingen. Andre følte at det var en del av deres arbeid som sykepleiere. Å etablere et tverrfaglig mobiliseringsteam kan være en løsning. Morris m.fl. (9) hevder at tidlig mobilisering ved hjelp av et mobiliseringsteam som brukte en mobiliseringsprotokoll med fysioterapi minsket pasientens intensivopphold.

Sykepleierne fikk tildelt nye hjelpemidler for å gjøre mobiliseringen lettere. Det ble installert en lift over hver seng som kunne kobles til forskjellige typer seil som ble brukt til forflytning over i stol eller på sengekanten. Avdelingen fikk også en sengesykkel til pasientene, denne ble innstilt i et program, slik at det ble en passiv øvelse. Sykepleierne opplevde at pasientene hadde stor glede av å bruke den. Pires-Neto m.fl. (18) mener at daglig passiv og aktiv sykling øker funksjonskapasitet og quadricepsmuskulatur hos en intensivpasient. Imidlertid reagerte

sykepleierne på at den ikke kunne brukes til adipøse pasienter fordi den ikke var tilpasset. Disse pasientene kan være vanskelige å mobilisere og kunne hatt effekt av sengesykkelen.

Gevinster

Sykepleierne mobiliserte de intuberte pasientene for de mente at det var viktig for dem å kunne føle sin kropp og muskulatur ved å sitte eller stå. De fikk økt sin lungekapasitet og fikk bedre hostekraft. Ifølge Fan (19) bringer tidlig mobilisering mange fordeler for intensivpatienten, for eksempel minsker det behovet for langvarig respiratorbehandling, utvikling av kronisk sykdom, styrker muskulaturen, øker den fysiske funksjonen og gir livskvalitet.

De opplevde også at mobilisering var et effektivt hjelpemiddel mot delirium, for pasientene ble ofte rolige av å komme opp. Det er kjent at de fysiske og psykiske belastninger pasienten opplever ved akutt eller kritisk sykdom kan gi utslag i akutt forvirring (11) og rammer 75 % av intensivpatientene (21). Ifølge Nydahl m.fl. (20) øker tidlig mobilisering det fysiske funksjonsnivået, reduserer delirium og respiratordøgn hos pasienten.

Utfordringer

Intensivavdelingen slet med lav bemanning og stort belegg med svært syke intensivpasienter. Sykepleierne opplevde utfordringer ved å mobilisere pasienten etter den nye mobiliseringsguiden, ettersom flere pasienter ble mobilisert i et tidligere stadium og kunne være mer utsatt for å bli ustabile ved forflytning. Det krevde at sykepleierne måtte være observant på pasientens vitale tegn og kunne reagere dersom pasienten plutselig skulle bli ustabil. Ifølge Vollman (7) er pasientens potensielle utvikling av hemodynamisk ustabilitet en av sykepleiernes største utfordring. Sykepleierne måtte til tider nedprioritere mobiliseringen fordi det var lite personell. Sykepleierne savnet oppfølging av fysioterapeut for å guide og hjelpe dem under mobiliseringsprosessen. Dette peker på behov av et mobiliseringsteam.

Engel m.fl. (21) hevder at et godt planlagt interdisiplinært team er nødvendig for en optimal mobilisering. Asher (22) anser at fysioterapeuten bør være teamleder, og at teamet skal ha nok sykepleiere som har ansvaret for å gi psykisk og respiratorisk støtte og håndtere hjelpemidlene. En annen utfordring var at pasientene ikke ble mobilisert etter overflytting til sengeposten. De erfarte at det kunne resultere i at pasienten fikk alvorlige komplikasjoner. Dette viser på viktigheten av videre mobilisering på sengepost.

Metodiske overveielser

En kvalitativ metode ble tatt i bruk ettersom den gir nærhet til informantenes egne meninger og opplevelser (23). For å gjennomføre studien ble det valgt at fagutvikler skulle stå for invitasjon av sykepleiere. Det kan diskuteres hvorvidt det var riktig, ettersom resultatet kunne gi utslag etter avdelingens ønske, men funnene i studien viser at sykepleierne var verbale og hadde forskjellige meninger.

Det var ønskelig å inkludere begge kjønn og sykepleiere med minst to års erfaring. Ifølge Graneheim og Lundman (13) øker studiens troverdighet ved å velge diversifiserte deltakere for å belyse problemstillingen fra forskjellige aspekter. En svakhet kan være at studien bare har kvinnelige sykepleiere, på den andre siden hadde de forskjellige ansiennitetsnivåer.

En annen svakhet er lite antall deltakere og for å øke studiens troverdighet kunne det vært optimalt med flere deltakere fra andre intensivavdelinger. Mengden data som er nødvendig for å besvare problemstillingen på en troverdig måte varierer avhengig av kompleksiteten av fenomenet som studeres og det innsamlede data materialet (13). Til tross for få informanter var sykepleierne verbale og fortalte om sine erfaringer. Det ble en god dialog og rikelig med materiale ble innhentet.

Funnenes troverdighet er også avhengig av hvordan forskerne preger analyseprosessen (24). Gjennom å nøye følge analysetrinnene styrkes funnenes troverdighet (13). Analysetrinnene er blitt nøye etterfulgt. At sub-kategoriene er belyst av enkelte sitater fra sykepleierne er også med på å styrke funnenes troverdighet.

Konklusjon

Studiens funn viser at tidlig mobilisering gjør godt for pasienten og bringer gevinster, ikke bare på sykehuset, men også for fremtiden. Det var utarbeidet en ny strukturert mobiliseringsguide som gjorde at flere pasienter ble tidlig mobilisert. Men den nye metoden opplevdes som mer krevende og det hendte at mobiliseringen ble nedprioritert på grunn av tidsmangel eller personalmangel. For å kunne utføre en optimal mobilisering kunne det vært aktuelt å innføre et mobiliseringsteam med sykepleier og fysioterapeut for tidlig mobilisering av intuberte pasienter, som en del av pasientens behandlingsplan, slik at det ble en obligatorisk del av den daglige pleien. For å øke kunnskapen om sykepleieres erfaringer med tidlig mobilisering av intuberte pasienter er det nødvendig å utføre nye studier på flere intensivavdelinger.

Referanser

1. Allen C, Glaziou P, Del Mar C. Bed rest: A potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet* 1999;354:1222-1233.
2. Dammeyer J, Dickinson S, Packard D, Ricklemann C. Building a protocol to guide mobility in the ICU. *Crit Care Nurse Q* 2013;36(1):37-49.
3. Kress J. Critical trails of early mobilization of critically ill patients. *Crit Care Med* 2009;37:442-447.
4. Lipshutz AK & Gropper M. A. Acquired neuromuscular weakness and early mobilization in the intensive care unit. *Anesthesiology* 2013;118(1):202-215.
5. Needham DM. Mobilizing Patients in the Intensive care Unit: improving Neuromuscular Weakness and Physical Function. *JAMA* 2008;300(8):1685-1690.
6. Kayambu G, Phyt B, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2013;41(6):1543-1554.
7. Vollman KM. Introduction to progressive mobility. *Crit Care Nurse* 2010;30(2):3-5.
8. Ross AG, Morris P.E. Safety and barriers to care. *Crit Care Nurse* 2010;(30):11-13.
9. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, Ross A, Baker S, Sanches M, Penley L, Howard A, Dixon L, Leach S, Small R, Hite D, Haponik E. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Am J Med Sci* 2008;36(8):2238-2243.

10. Vollman KM. Understanding Critically ill patients hemodynamic response to mobilization. Using the evidence to make it safe and feasible. Crit Care Nurse 2013;36(1):17-27.
11. Gulbrandsen T, Stubberud DG. Intensivsykepleie. Andre utgave. Oslo: Akribes; 2005
12. Polly P, Bailey PP, Miller RR, Clemmer TP. Culture of early mobility in mechanically ventilated patients. Crit Care Med 2009;37:429-435.
13. Graneheim UH. & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2003;24(2):105-112.
14. Den nationale videnskabskomité (2013). Hentet 23. September 2013 fra:
www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137674#Kap2
15. Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. Vedtatt av generalforsamlingen i Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) 2. juni 2002
www.nsf.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier
16. Dang S. ABCDEs of ICU: Early mobility. Crit Care Nurse Q 2013;36(2):163-168.
17. Winkelman C, Peereboom K. Staff-perceived barriers and facilitators. Crit Care Nurse 2010;30(2):13-16.
18. Pires-Neto RC, Fogaca Kawaguchi YM, Hirota AS, Fu C, Tanaka C, Caruso P, Park M, Ribeiro Carvalho CR. Very early passive cycling exercise in mechanically ventilated critically ill patients: Psychological and safety aspects-A case series. PLoS One 2013;8(9):1-7.
19. Fan E. Critical Illness Neuromyopathy and the Role of Physical Therapy and Rehabilitation in Critically Ill Patients. Respir Care 2012;57(6):933-944.

20. Nydahl P, Ruhl AP, Bartoszek G, Dubb R, Filipovic S, Flohr H-J, Kaltwasser A, Mende H, Rothaug O, Schuchhardt D, Schwabbauer N, Needham DM. Early mobilization of mechanically ventilated patients: A 1 – day point – prevalence study in Germany. Crit Care Med 2014;42(5):1178-1186.
21. Engel HJ, Needham DM, Morris PE, Gropper MA. ICU early mobilization: from recommendation to implementation at three medical centers. Crit Care Med 2013;41(9):69-80.
22. Asher A. Equipments used for safe mobilization of the ICU patient. Crit Care Nurs 2013;36(1):101-108.
23. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
24. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys: I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008: s.159-172.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Den har som hensikt å belyse hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter. Du er invitert til å delta i studien, som innebærer å bli intervjuet, ettersom du har minst to års erfaring som intensivsykepleier og jobber på en intensivavdeling som driver daglig med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter. Totalt vil seks intensivsykepleiere delta i studien. Det er ønskelig å intervjuer både kvinnelige og mannlige intensivsykepleiere. Studien er et mastergradsprosjekt i spesialsykepleie ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Norge.

Hva innebærer studien?

Ved å delta i denne studien vil du sammen med forskeren komme til enighet om et rolig lokale hvor det er mulig å utføre intervjuet. Sted og tid som passer best for deg vil bli avtalt. Muntlig og skriftlig informasjon vil bli gitt om studien i forkant av intervjuet samt skriftlig innhentet samtykke. Under intervjuet vil dine erfaringer etterspørres om tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter for eksempel hvordan mobiliseringen foregår, hva det innebærer for intensivsykepleieren og hva det innebærer for pasienten. Denne samtalen kan vare opp til en time. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Det er viktig for studiens kvalitet at du forteller dine erfaringer så nøyaktig som mulig.

Mulige fordeler og ulemper

Dine erfaringer vil kunne gi kunnskap som kan bidra til å forbedre situasjonen for både pasienter og sykepleiere. Deltakelse i studien medfører ikke vesentlig ulempe for deg utover at du må avsette tid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten direkte gjenkjenning og det vil ikke være mulig

å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Dine opplysninger vil først bli analysert individuelt og til slutt satt sammen med resten av deltakernes intervjuer. Lydopptak av samtalen vil bli oppbevart innelåst. PC med passord vil brukes for oppbevaring av nedskrevet analysemateriale. Kun autorisert personell knuttet til studien vil ha adgang til dine opplysninger. Når studien er publisert (31.12.15) vil all innsamlet data slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt videre arbeid på intensivavdelingen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte mastergradsstudent Julia Maria Ellefsen på telefon 0047-458 09 322, e-postadresse ejuliamaria@yahoo.com eller veileder professor Ulrika Söderhamn på telefon 0047-37233789, e-postadresse ulrika.soderhamn@uia.no.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analysen eller brukt i vitenskapelig publikasjon.

Personvern

Prosjektet er godkjent av etiske komité ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder – UiA

Mastergrad i spesialsykepleie

Av: Julia Maria Ellefsen

Intervjuguide

Alder:

Kjønn:

Utdanning:

Hvor lenge har du arbeidet som intensivsykepleier?

Hvor lang erfaring har du med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter?

1. Kan du fortelle litt om deres prosedyre på tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter?
2. Hvilke type pasienter blir mobilisert?
3. Hva innebærer det for deg som sykepleier?
4. Hva innebærer det for pasienten?
5. Hvilke erfaringer har du av tidlig mobilisering? Hvilke ev. utfordringer støter du på?
6. Hvilke gevinster har tidlig mobilisering? For pasient? For sykehus? For samfunn?
7. Merker du noen forandring på pasienter som blir tidlig mobiliserte i forhold til dem som ikke blir det?
8. Hvorfor startet dere med prosedyre på tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter og hvem sto bak innføringen?

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Blindern
N-0316 Oslo
Norge
Tel: +47 22 38 21 11
Fax: +47 22 38 21 50
nsd@nsd.uib.no
nsd@nsd.uib.no
Orgnr: 969 321 884

Ulrika Söderhamn

Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder

Postboks 422

4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 30.09.2013

Vår ref: 35626 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35626

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter?

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Ulrika Söderhamn

Student

Julia Maria Ellefsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Julia Maria Ellefsen Lindkoppveien 7 4812 KONGSHAVN

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arkivingsdato: 2013-09-30 10:05

NSD: NSD, Linnensleipen 109B, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo, tlf: +47 22 38 21 11, nsd@nsd.uib.no
NSD: NSD, Norgesteknisk naturvitenskapelige universitet, 4812 Kongsbavn, tlf: +47 58 33 18 18, kvalheim@nsd.uib.no
NSD: NSD, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø, tlf: +47 77 91 43 00, nsd@helsekvalita.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35626

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 30.12.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 4

Kristiansand 05.05.14

Prosjektet " Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig mobilisering av intuberte intensivpasienter?" ble i Fek møtet 23-09-13 godkjent for prosjektoppstart under forutsetning av godkjenning fra NSD. Lykke til!

På vegne av Fek Anne Skisland

