UNIVERSITETET I AGDER

Intensivsykepleierens vurdering og tilrettelegging av søvn

En kvalitativ studie om intensivsykepleierens erfaring med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet

Silje C. T. Liane og Silje S. Olsbu

Veileder
Ulrika Söderhamn

Antall ord: 16960

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

Universitetet i Agder, 2016
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Utarbeidelsen av denne masteroppgaven bygger på våre tidligere erfaringer som nattevakter. Vi har begge selv kjent på kroppen hva lite eller dårlig søvn kan gjøre med kropp og sinn. Vi har da stilt oss spørrende til hva søvnmangel gjør med det syke mennesket? I arbeidet med denne masteroppgaven har vi dykket ned i kunnskapen om søvnens fysiologi. Ettersom vi har fått en økt kunnskap rundt dette har vi erfart at det er vanskelig å legge bort fokuset på søvn i jobb og privatsammenheng. Til tider har vi blitt så opphengt av de ulike søvnstadiene at våre samboere nøye har blitt observert og vurdert når de sover.

Det å utarbeide vår forskning til en masteroppgave har vært en lang prosess over halvannet år. Det har vært mye arbeid som vi har kombinert med teoriundervisning, praksisperioder og eksamener. Ikke minst har vi kombinert dette med familieliv og jobb. Datainnsamlingen ble utført i november -15, og arbeidet med datamaterialet har foregått siden da. De siste seks ukene har vi tilbragt mange timer hver dag med oppgaven. Vi har sittet sammen store deler av tiden og samarbeidet har gått veldig bra. Det har vært et utrolig spennende arbeid, og vi opplever å ha vokst mye som sykepleiere, og tillegg har vi fått en ny lærerik erfaring som forskere innenfor sykepleiefaget. Vi ser at denne rollen er noe vi kan bruke i praksis på vår arbeidsplass for å utvikle og implementere ny sykepleie.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle informantene som sa seg villig til å delta i vår studie, og at dere ønsket å fortelle om deres erfaringer. Også en takk til intensivavdelingene med ledere for godt samarbeid, og tilrettelegging av intervjuene. Vi vet at det i en intensivavdeling kan være utfordrerne å ta bort en intensivsykepleier, men dere «strakk dere langt» for å få dette til.

Vi vil takke vår familie og venner for støtten og oppløftende ord under arbeidet. En spesielt stor takk vil vi gi til vår veileder; Professor i helsefag Ulrika Söderhamn. Hun har fulgt oss gjennom hele denne prosessen. Takk for konstruktive tilbakemeldinger, oppfølging og som alltid har møtt oss med et smil, vi har virkelig følt en støtte i deg.

Froland 3.Mai 2016

Silje C. T. Liane og Silje Sollid Olsbu

Sammendrag

Bakgrunn: Tidligere forskning har vist at redusert søvn i intensivavdelingen er et stress for intensivpasienten. I tillegg er det utført ulike studier som viser at intensivsykepleierens subjektive vurdering av intensivpasientens søvn, samsvarer dårlig med objektive data, som polysomnografi. Dette viser behov av studier i forhold til den vurdering og tilrettelegging av søvn intensivsykepleieren utfører.

Hensikten: Hensikten med denne studien er å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet.

Metode: Studien har en kvalitativ design og det ble utført dybdeintervju med syv intensivsykepleiere ved to forskjellige intensivavdelinger. Inklusjonskriteriene for deltakelse var: Å ha arbeidet som intensivsykepleier på intensivavdeling i minimum tre år og jobbet tredelt turnus. Graneheim og Lundman sin manifeste og latente innholdsanalyse ble brukt for å analysere datamaterialet.

Resultater: I analysen fremkom fire kategorier; Kliniske vurderinger, Omgivelsen sin påvirkning på søvnen, Planlegging av døgnrutiner og Konsekvens av søvnkvalitet, og det overordnede temaet var Intensivsykepleierens evne til å vurdere og tilrettelegge pasientens søvn har innvirkning på pasientens sykdomsforløp.

Konklusjon: For å optimalisere og forbedre vurdering og tilrettelegging av søvnen kreves det en økt bevisstgjøring og kunnskap hos intensivsykepleierne om søvnens fysiologi, og søvnens innvirkning på sykdomsforløpet.

Nøkkelord: Intensivavdeling, kvalitativ design, sykepleie, søvn, søvnkvalitet, søvnmangel, vurdering.

Summary

Background: Previous studies have showed that lack of sleep makes ICU patients stressed. In addition, other studies have showed that the ICU nurses' subjective assessment of ICU patients' sleep have low correspondence with objective data, like polysomnography. This shows the need for further studies related to the assessment and facilitation of sleep that the ICU nurses are doing.

Aim: The aim of this study is to investigate the ICU nurse's experience of assessment and facilitation of the ICU patient's sleep, and how sleep can affect the course of the disease.

Method: The study has a qualitative approach and in-depth interviews were carried out with seven ICU nurses at two different Intensive Care Units. The inclusion criteria for participation in the study were; to have worked as an ICU nurse on an Intensive Care Unit for a minimum of three years and to have worked a threefold rotation. Graneheim and Lundman's manifest and latent content analysis was used to analyse the data.

Results: In the analysis, four different categories appeared; Clinical assessments, The environment's impact on sleep, Planning of day and night routines and Consequences of sleep quality. The overall theme was; The ICU nurses' ability to assess and facilitate the patient's sleep affects the patient's course of disease.

Conclusion: To improve assessment and facilitation of the patient's sleep the ICU nurses must have an increased awareness and knowledge about the physiology of sleep and how the sleep affects the course of disease.

Keywords: Assessment, ICU, nursing, qualitative design, sleep, sleep deprivation, sleep quality

Innhold

1.0 Introduksjon 1
1.1 Avgrensninger 2
1.2 Studiens oppbygging 3
2.0 Teoretisk rammeverk 4
2.1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder 4
2.1.1 Virginia Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper 5
2.2 Søvnens fysiologi 5
2.3 Registrering av søvn 6
2.3.1 Søvnstadier 7
2.4 Fysiologiske forandringer i søvnen 8
2.5 Søvn på intensivavdelingen 9
2.5.1 Delirium 10
2.5.2 The Richmond Agitation and Sedation Scale 11
2.6 Tidligere forskning 12
2.6.1 Søkestrategi 12
2.6.2 Presentasjon av forskning 12
3.0 Metode 15
3.1 Design 15
3.2 Utvalg og kontekst 15
3.2.1 Avdelingens utforming og struktur 17
3.3 Datainnsamling 17
3.4 Egen forforståelse 18
3.5 Analyse 19
3.6 Forskningsetikk og etiske overveielser 22
3.6.1 Prinsippet om autonomi 22
3.6.2 Prinsippet om å gjøre godt 22
3.6.3 Prinsippet om ikke gjør skade 23
3.6.4 Prinsippet om rettferdighet 23
3.6.5 Forske på sine egne 23
4.0 Presentasjon av funn 24
4.1 Kliniske vurderinger 24
4.1.1 Vitale parametere 24
4.1.2 Medikamenter 24

4.2 Omgivelsen sin påvirkning på søvnen 25
4.2.1 Støy og lys 26
4.2.2 Avdelingens utforming og struktur 26
4.3 Planlegging av døgnrutiner 28
4.3.1 Døgnrytme 28
4.3.2 Planlegging av natten 29
4.3.3 Dokumentasjon 30
4.4 Konsekvens av søvnkvalitet 31
4.4.1 Sykdomsforløp 31
4.4.2 Delirium 32
4.5 Intensivsykepleierens evne til å vurdere og tilrettelegge pasientens søvn har innvirkning på pasientens sykdomsforløp 32
5.0 Diskusjon av funn 33
5.1 Kliniske vurderinger 33
5.2 Omgivelsen sin påvirkning på søvnen 36
5.3 Planlegging av døgnrutiner 40
5.4 Konsekvens av søvnkvalitet 42
5.5 Metodediskusjon 44
5.6 Implikasjoner i praksis 48
6.0 Konklusjon 50

Litteratur 51
Vedlegg 1 1
Vedlegg 2 2
Vedlegg 3 3
Vedlegg 4 5
Vedlegg 5 6
Vedlegg 6 8

1.0 Introduksjon

Denne studien omhandler intensivsykepleierens erfaring med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet. Konteksten er intensivavdeling, som består av intensivpasienter og postoperative pasienter.

Intensivavdelingen er et høyteknologisk miljø, med høy aktivitet hele døgnet. Pasienter som ankommer intensivavdelingen, er akutt og/eller kritisk syke, og har som oftest et langt behandlingsforløp foran seg (Stubberud, 2010, s. 23). Studier har vist at søvn er viktig for restitusjon hos intensivpasienten, og at søvnmangel kan påvirke sykdomsforløpet (Dahl, Foss, & Fossum 2015; Richardson, Crow, Coghill, & Turnock 2007a; Tembo & Parker, 2009). Definisjon av normal søvn har ingen direkte fasit, men kvaliteten av søvnen vi får i løpet av natten er målbar. Generelt trenger mennesket i gjennomsnitt 7-8 timer søvn i døgnet (Ritmala-Castren, Axelin, Kiljunen, Saino, & Leino-Kilpi 2014). Tidligere forskning viser at redusert tilrettelegging for søvn var en av de mest stressende faktorene for en intensivpasient (Ritmala-Castren et al., 2014). Stimuli som lyd, lys, temperatur, overvåkningsutstyr, prosedyrer, ubehag og smerter kan påvirke pasientens søvn (Stubberud, 2010, s. 66).

Vår forforståelse, før denne studien ble satt i gang, var at intensivpasienten fikk lite sammenhengende ro og redusert mulighet for god søvn. I tillegg hadde vi erfaring med at intensivsykepleieren gjennom hele døgnet utfører hyppige sykepleietiltak, tilrettelegginger og observasjoner av intensivpasienten. Begge forskerne i studien har jobbet flere år som nattevaktarbeidere, og har på dette grunnlag erfaring med hvordan lite søvn virker inn på kropp og sinn. Vi tror at intensivsykepleieren som arbeider rundt intensivpasienten hele døgnet, kan utgjøre en forskjell på pasientens søvnkvalitet. Dette vekket en interesse hos oss som fremtidige intensivsykepleiere. Hva er intensivsykepleiernes erfaringer, og hvilke vurderinger og tilrettelegginger gjør de i sitt arbeid for å tilrettelegge søvnen hos intensivpasientene? Samtidig ønsker vi å høre hvilke erfaringer intensivsykepleierne har med søvnens ringvirkninger hos intensivpasienten.

Hensikten med denne studien er derfor å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet.

Følgende tre forskningsspørsmål ønsker vi å få besvart:

- Hvilke vurderinger av intensivpasientens søvn utfører intensivsykepleieren?
- Hvordan legger intensivsykepleieren til rette for intensivpasientens søvn?
- Opplever intensivsykepleieren at søvn har innvirkning på intensivpasientens sykdomsforløp?

Det faglige formålet med oppgaven er å øke fokuset og bevisstgjøringen på søvn i intensivsykepleiernes arbeid, og utarbeide konkrete tiltak som kan implementeres i praksis for at intensivpasienten kan oppleve bedre søvnkvalitet i intensivavdelingen.

Det overordnede formålet med denne studien er utarbeidet i studieprogrammet til Mastergrad i intensivsykepleie. Målet er en opplæring i vitenskapelig metode og tankegang. Masteroppgaven er en sentral del av studiet og utgjør et selvstendig vitenskapelig arbeid innenfor det valgte spesialiseringsområdet. Tema og problemstilling skal ligge innenfor intensivsykepleierens fagområder og må knyttes opp til intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Masterhåndboken, 2014).

1.1 Avgrensninger

Ut i fra temaet søvn i intensivavdeling og vår hensikt kunne vi utført en meget stor studie, men grunnet begrenset tid og oppgavens størrelse må vi gjøre avgrensninger.

I studien ønsker vi å få frem intensivsykepleierens egne opplevelser og erfaringer til å vurdere og tilrettelegge for søvn hos intensivpasienten. Vi ønsker å fokusere på den generelle intensivpasienten. Med den generelle intensivpasienten mener vi pasienten som er akutt og/eller kritisk syk, og har behov for intensivbehandling, uavhengig om pasienten får sederende medikamenter eller respiratorbehandling. Dette gjelder pasienter i alle aldersgrupper, og pasienter med medisinske og kirurgiske diagnoser (Stubberud, 2010, s. 32).

1.2 Studiens oppbygging

Det har vært et tett samarbeid med jevn arbeidsfordeling i utarbeidelse av alle kapitlene i studien. Begge studentene har god kjennskap til alle kapitlene. Studien starter med en kort introduksjon med bakgrunn for valgt tema, før neste kapittel som er teoridel. Teoridelen presenterer blant annet søvnens fysiologi, sykepleieteori, søvn på intensivavdelingen og tidligere forskning. I neste kapittel presenteres valgt metode, design og analysearbeidet. I samme kapittel presenteres vår forforståelse og de etiske retningslinjene for studien. I følgende kapittel presenteres funnene som er fremkommet i analysearbeidet. Kapittelet som etterfølger er diskusjon av funnene opp mot teori, tidligere forskning og egen erfaring, og i samme kapittel diskuterer vi styrker og svakheter med valgt metode og implikasjoner for praksis. Oppgaven avsluttes med konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Teoretisk rammeverk

I følgende kapittel presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven. Dette innebærer teoretisk forankring til vår hensikt, forskningsspørsmål og funn. I tillegg fremlegges søkningsstrategi og tidligere forskning som er utført innenfor temaet.

2.1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder

En intensivsykepleier er en sykepleier med spesialisering innenfor akutt og kritisk syke pasienter, dette er pasienter med manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner (Stubberud 2014, s. 32). Ifølge rammeplanen for videreutdanning i intensivsykepleie skal intensivsykepleieren etter endt utdanning utøve sykepleie til pasienter med svikt i livsviktige funksjoner. Videreutdanningen har som hensikt å utdanne velkvalifiserte intensivsykepleiere som kan utøve intensivsykepleie til pasienter og ivareta deres pårørende i et høyteknologisk miljø. Et krav til utøvelsen er at den skal være troverdig til helselovgivningens og fagets kunnskaper og verdier. Intensivsykepleieren møter pasienter som kan være ute av stand til å ta vare på sine grunnleggende menneskelige behov. I følge rammeplanen har intensivsykepleieren et ansvar for at disse behovene blir dekket, og dette gjelder også i situasjoner hvor det er høy behandlingsintensitet og høyt tempo. I henhold til intensivsykepleierens ansvar- og kompetanseområde stilles det krav til økt kunnskap innen søvn, hvile og rehabilitering (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder omhandler blant annet å behandle og forebygge komplikasjoner. Det innebærer de tiltak og vurderinger intensivsykepleieren utfører i forbyggende hensikt for å hindre komplikasjoner og for å fremme pasientens funksjonsnivå (NSFLIS, 2002). Det at intensivsykepleieren har en «helhetlig» tankegang vil ha betydning for behandlingsresultatet. Å tenke «helhetlig» innebærer å støtte opp om de psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behovene, ved å utføre forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak (Stubberud, 2010, s. 36). Rehabiliteringen starter allerede i det akutte stadiet, der forebygging og lindring er sentrale begrep for å ivareta pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2013, s. 44). Søvn og hvile er viktig i en rehabiliteringsprosess. Mangel på søvn vil gi negative konsekvenser for pasientens psykiske tilstand, og redusere pasientens mulighet til å oppnå kontroll i sin situasjon (Stubberud, 2013, s. 86).

2.1.1 Virginia Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper

Virginia Henderson vokste opp i USA på begynnelsen av 1900-tallet. Undervisningen for sykepleierne ble på denne tiden primært utført av leger. Undervisningen omhandlet sykdommer og behandling, og bygget ikke opp under at god sykepleie også innebar å forebygge og rehabilitere sykdom. På bakgrunn av dette mente Henderson at hun ikke var godt nok forberedt til å møte pasienter som var sammensatt av kropp og sjel (Mathisen, 2006, s. 25). For Virginia Henderson var det ingen klarhet i hva sykepleie var, og møtte på utfordringer da hun begynte å undervise. I søken på svar, valgte hun å studere dette videre (Mathisen, 2006, s. 26).

Virginia Henderson ble i 1958 bedt om å utarbeide et grunnlag for sykepleie:

> Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesker, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s. 45).

I utførelse av sykepleie mente Henderson at dette skulle gis individuelt til hver enkelt pasient, ved å danne en oversikt over pasientens grunnleggende behov. Henderson utarbeidet 14 grunnleggende behov, og et av dem var å sove og hvile. Hennes teori bygger på at sykepleiere hadde et ansvar for at pasienten fikk dekket de grunnleggende behovene enten ved å hjelpe til, eller ved å skape forhold slik at pasienten selv kunne utføre det uten hjelp. For å oppnå dette mente hun også at hver pasient trenger ulike og individuelle sykepleietiltak (Mathisen, 2006, s. 28). For å relatere dette til intensivavdelingen, hvor intensivsykepleieren møter pasienter med redusert styrke, vilje eller kunnskap til å dekke de grunnleggende behov, sier Hendersons teori at sykepleieren skal skape forhold som vil sette pasienten selv i stand til å oppnå søvn og hvile (Henderson, 1998, s. 45).

2.2 Søvnens fysiologi

Søvn er noe alle mennesker er avhengig av, og et grunnleggende behov. Søvn er en tilstand hvor mennesket ikke har bevisst opplevelse av omgivelsene eller av egen tankevirksomhet. Man har ingen reaksjon på lette stimuli, men lar seg våkne av sterkere stimuli. Under søvn

skjer det en gjenkjennelig endring av hjerneaktiviteten, og flere kroppslige funksjoner endres (Heier & Wolland, 2005, s. 32-35).

Heier og Wolland (2005) presenterer tre viktige faktorer som regulerer søvn: Den første faktoren er opparbeidet søvnbehov, man faller i en dypere søvn, desto lengre det er siden sist man sov. Den andre er «Vår indre klokke» som er en sentral faktor i søvnregulering. Det er et samspill mellom søvnfremmende og aktiverende cellegrupper i hjernen. Den viktigste cellegruppen til å regulere dette er nucleus suprachiasmaticus, en cellegruppe sentralt i hjernen også kalt hypothalamus. Hormonet melatonin blir produsert i epifysen, som er et særdeles viktig søvnfremkallende hormon. Høy aktivitet i nucleus suprachiasmaticus gir økt våkenhet, og virker bremsene på epifysen. Den tredje og siste faktoren er lyspåvirkning av synsbanen. Vår indre klokke styres av lyset hver morgen. Når lyset treffer øyets netthinne sendes det signaler direkte til nucleus suprachimaticus. Aktiviteten her vil øke og sende aktiverende signaler til våkenhetsfremmende deler av hjernen (Heie & Wolland, 2005, s. 32-38).

Det retikulære aktiverende system er et samarbeid i hjernen for at mennesket skal holde seg våken. Hjernebarken omgir storehjernens høyre og venstre halvdel. Hjernebarken er avhengig av at den mottar signaler fra sansene våre for å øke aktiviteten. Disse signalene ledes til hjernebarken via thalamus. Thalamus virker som et filter og en reléstasjon. Dette filteret er åpent når vi er våkne. Retikulærsubstansen i hjernebarken sender signaler til thalamus om å holde «filteret» åpent, som gjør at mennesket holder seg våkent (Heier & Wolland, 2005, s. 40). Retikulærsubstansen hemmes av melatonin. Melatoninsekresjonen oppnår høyest konsentrasjon i 4-6 tiden om morgenen. Lys hemmer melatoninsekresjonen. Dette er den viktigste faktoren til å skape en døgnrytme (Heier & Wolland, 2005, s. 40).

2.3 Registrering av søvn

Polysomnografi er den sikreste måten å registrere søvn på, og et verktøy til å registrere de ulike søvnstadiene. Ved å måle bølgelengde fra hjerneaktiviteten, muskelbevegelser og øyebevegelse, gir det kunnskap om søvnens kvalitet (Ursin, 1996, s. 20). Polysomnografi består av tre komponenter: Elektroencefalogram (EEG) er et verktøy som måler aktiviteten i hjernen og måler nervecelleaktiviteten i alle de ulike områdene i hjernebarken.

Elektromyogram (EMG) måler aktiviteten i musklene under haken, og siste komponent er elektro-okulogram (EOG) som registrerer øyebevegelser (Ursin, 1996, s. 16).

2.3.1 Søvnstadier

Gjennom natten varierer det hvor dyp søvnen er. Søvnen deles opp i to ulike fagterminologier:

- NREM-søvn (Non-Rapid-Eye-Movement) som består av søvnstadiene 1 til 4 og er viktig for fysisk restitusjon.
- REM-søvn (Rapid-Eye-Movement) utgjør ca. 25 % av søvnen og er viktig for mentalrestitusjon (Heier & Wolland, 2005, s. 47).

Det første stadiet er selve innsovningsfasen. I ca. 5-20 minutter av dette stadiet er det veksling mellom våkenhet og døsighet. Ved EEG vises det kun litt langsomme bølger, og det er her vanskelig å skille mellom våkenhet eller søvn (Heier & Wolland, 2005, s. 47).

Det andre stadiet kjennetegnes av lett søvn. Søvnen her veksler mellom søvnstadiene 1 og 2 i 10-20 minutter. Hjernebarken arbeider i en spesiell rytmebevegelse, kalt søvnspindler. Når EEG registrerer disse rytmene, mottar ikke hjernen sanseinntrykk, og hjernen er blokkert av aktivitet fra søvnspindelen (Ursin, 1996, s. 22).

Søvnstadiene 3 og 4 blir i litteraturen omtalt som SWS- slow wave sleep (Heier & Wollande, 2005, s. 48). Her opptrer de to dypeste søvnstadiene, med langsom aktivitet i hjernen. Søvnstadiene 3 og 4 er mest uttalt de første 2-4 timene av søvnen. Ved opparbeidet søvnbehov vil disse stadiene øke (Heier & Wolland, 2005, s. 47).

REM-søvn kjennetegnes av raske øyebevegelser samt økt blodtrykk og puls. Muskelspenninger blir redusert, respirasjon og hjerteslag kan være uregelmessig. Der foreligger økt drømmeaktivitet, men musklene er satt ut av funksjon slik at vi ikke utfører det vi drømmer (Heier & Wollande, 2005, s. 49). På EEG kan REM-søvn ligne på søvnstadium 1 der hjernen er i aktivitet samtidig som kroppen har tilnærmet totalt muskelavslapning (Ursin, 1996, s. 24).

NREM og REM-søvn følger hverandre i en syklus som er kalt REM-syklusen. Denne syklusen starter på søvnstadium 1 og tar for seg de ulike søvnstadiene som til slutt ender i

REM-søvn. De første 2-4 timene dominerer søvnstadiene 3 og 4. Etter ca. 90 minutter vil første REM-søvn inntreffe, og dette gjentar seg igjen etter nye 90 minutter. Syklusen vil repeteres omtrent 4-5 ganger i løpet av natten. Selve perioden med REM-søvn blir lengre utover natten, og mot morgenen vil søvnen stort sett bestå av søvnstadium 2 og REM-søvn (Ursin, 1996, s. 25).

Symptomer på mangel av NREM-søvn er utmattelse, likegyldighet, taleproblemer, dårlig dømmekraft og nedsatt energinivå, og det kan også observeres hengende øyelokk, og mimikkløst ansikt (Honkus, 2003, s. 181).

Symptomer på mangel av REM-søvn er følelse av konstant trøtthet og konsentrasjonsproblemer. Hos pasienter som opplever mangel på REM-søvn fra 1-2 døgn, kan symptomene vise seg med irritabilitet, dårlig impulskontroll, forvirring, paranoid, hallusinasjoner og aggressiv oppførsel (Honkus, 2003, s. 181).

2.4 Fysiologiske forandringer i søvnen

Under søvn vil det skje ulike fysiologiske endringer i hjerte-karsystemet, respirasjonen, fordøyelseskanalen, nyrer- og urinveier, temperaturregulering og hormoner (Ursin, 1996, s. 30). I dette avsnittet går vi dypere inn på søvnens fysiologiske påvirkning på kroppen.

Under NREM-søvn blir det en overvekt i det parasympatiske nervesystemet på grunn av lavere tonus i det autonome nervesystemet. I søvnstadiene 3 og 4 er blodtrykket lavest, grunnet redusert hjertefrekvens, minuttvolum og det oppstår en vasodilatasjon. Under REM-søvnen oppstår uregelmessig puls, varierende blodtrykk og kontraksjon av arterier og koronarkarene. I dyp søvn oppstår også en endring i blodstrømmen til hjerne, muskler og tarmer (Ursin, 1996, s. 30-31).

Under søvn er basalmetabolismen lavere så kroppen trenger mindre oksygen og produserer mindre CO2, og denne endringen gir en lavere respirasjonsfrekvens. Respirasjonen er uregelmessig under innsovning, og under NREM-søvn er åndedrettsbevegelsene automatiske grunnet opphør av kontrollert respirasjon. Under søvn er reaksjon på lokal stimuli og hosterefleks også nedsatt (Ursin, 1996, s. 32-33). Respirasjonen under REM-søvnen kjennetegnes ved uregelmessig respirasjonsmønster og apneperiode. Under REM-søvnen

oppstår en økt muskelavspenning som omfatter intercostalmusklene men ikke diafragma. Dette kan resultere i at øvre luftveier kan klappe litt sammen og bli trangere, som igjen kan gi obstruktiv søvnapne (Ursin, 1996, s. 34).

Under søvn skjer det også endringer i fordøyelseskanalen. Lukkemusklene nederst i spiserøret slapper av og det produseres lite spytt, samtidig er det ingen bevegelser i svelget eller spiserøret, denne kombinasjonen gir økt mulighet for refluks og betennelsestilstand i spiserøret (Ursin, 1996, s. 35).

Antidiuretisk hormon (ADH) har sitt høyeste nivå om natten, slik at urinproduksjonen blir lav (Heier & Wolland, 2011, s. 23). Temperaturreguleringen fungerer ikke under REM-søvnen, derfor har omgivelsestemperaturen sterk innvirkning på kroppstemperaturen. Blir disse endringene i kroppstemperaturen store nok vil det føre til oppvåkning eller endring i søvnstadiene (Ursin, 1996, s. 37).

Under søvn skjer det også endringer i produksjon av ulike hormoner, dette er hormoner som veksthormon, kortisol, tyreoideastimulerende hormon (TSH) og ADH (Heier & Wolland, 2005, s. 53-54). Kortisol er også kjent som et stresshormon med en rekke fysiologiske effekter i reguleringen av metabolismen, immunsystemet, hjerte og vekst. Utskillelsen av kortisol er kraftigst mot slutten av søvnperioden (Ursin, 1996, s. 38). Produksjonen av TSH vil bli redusert eller hemmet av den dype søvnen, og dette skjer i samsvar med at temperatur og stoffskifte reguleres ned (Heier & Wolland, 2005, s. 23). Den viktigste perioden for utskillelse av veksthormon er i søvnstadiene 3, 4 og de første timene av søvnen, veksthormon er viktig for lengdevekst, mineralisering av skjelettet, sårtilheling og reparasjon av småskader (Heier & Wolland, 2005, s. 23).

2.5 Søvn på intensivavdelingen

Pasienter i intensivavdelingen opplever ofte nedsatt søvnkvalitet. Når mennesket er kritisk sykt vil dette utløse ulike stressreaksjoner i kroppen, som igjen kan føre til nedsatt søvn. Pasientene som er innlagt på intensivavdelingen oppnår oftest søvnstadiene 1 og 2 (Honkus, 2003, s. 181).

En annen faktor som kan være forstyrrende for søvn i intensivavdelingen er støy. Dette varierer avhengig av lydens styrke og hvilket søvnstadium pasienten befinner seg i. Pasienter i søvnstadium 2 vil høre mer enn pasienter i søvnstadium 4 (Ursin, 1996, s. 93). Undersøkelser fra intensivavdelinger viser at rom med flere pasienter i, har høyest støynivå (Stubberud, 2010, s. 67). Årsaker som telefoner, snakking, alarmer fra medisinskteknisk utstyr og overvåkingsutstyr virker forstyrrende på søvnen (Akansel & Kaymakçi, 2008; Honkus, 2003, s. 182).

Etter støy er lys en faktor som spiller inn for intensivpasientens søvnkvalitet. Pasientene kan bli unødvendig mye eksponert for lys fra lamper, datamaskiner og medisinskteknisk utstyr. Intensivpasienten er høyt disponert for smerter og ubehag, der årsaker som kan gi smerter eller ubehag kan være primær innleggelsesårsak og/eller medisinske prosedyrer. Påkoblet overvåkning og medisinsk utstyr kan også utsette pasienten for ubehag (Honkus, 2003, s. 183; Ritmala-Castren et al., 2014).

Ved innleggelse i intensivavdelingen trenger pasienter ofte medikamenter som krever hyppig overvåkning og oppfølgning (Stubberud, 2010, s. 34). Noen av disse medikamentene vil også være med å påvirke søvnen til pasienten (Stubberud, 2010, s. 67). Intensivpasienter trenger ofte kontinuerlig infusjon med ulike medikamenter for å øke blodtrykket og styrke hjertet. Noen av disse medikamentene stimulerer det retikulær aktiverende system, som igjen kan gi pasienten forstyrret søvnsyklus (Honkus, 2003, s. 184).

Teorien sier at søvn på en ny plass, vil redusere søvnstadiene 3, 4 og REM-søvn (Ursin, 1996, s. 25). Det er viktig å nevne at eldre personer over 65 år, har nedsatt søvnkvalitet. Når mennesket blir eldre vil søvnkvaliteten endres. Eldre har økt mengde av søvnstadiene 1, 2 og mindre av søvnstadiene 3 og 4 (Ranhoff, 2008, s. 312; Ursin, 1996, s. 28).

2.5.1 Delirium

Mennesker som opplever fysiske og psykiske belastninger ved akutt og/eller kritisk sykdom, kombinert med et langt intensivopphold kan utsettes for en deliriumtilstand. Delirium kan ramme alle og pasientgruppen over 70 år er hyppigere utsatt. Deliriumtilstanden kjennetegnes ofte ved forstyrrelser i pasientens bevissthet, hukommelsessvikt, desorientering,

språkforstyrrelser eller utvikling av persepsjonsforstyrrelser. En deliriumtilstand er forbigående og ofte av kort varighet, men residiv kan forekomme (Stubberud, 2010, s. 71-74).

Årsaker til deliriumtilstand er sammensatt. Predisponerende faktorer må nevnes, dette er faktorer som er tilstede før innleggelse, som alder, tidligere kognitiv svikt, alkoholmisbruk og generell helsetilstand. De viktigste utløsende årsakene er de fysiologiske faktorer som påvirker pasientens sentralnervesystem, dette innebærer alvorlig sykdom, skade, medisinsk behandling og komplikasjoner til behandlingen. Hjernens evne til adekvat tolkning og bearbeiding av informasjon blir påvirket og svekket, organisk psykose er også brukt som et begrep for tilstanden. Pasienten kan da oppleve en akutt forvirringstilstand samt motorisk uro eller passivitet (Stubberud, 2010, s. 208-218).

Weinhouse et al. (2009) tar for seg en oversiktsartikkel som undersøker sammenhengen mellom søvnløshet og delirium hos intensivpasienter. Oversiktsartikkelen viser til tidligere forsøk hvor søvnløshet og delirium har samme utslag på sentralnervesystemet, og kan gi mange like symptomer. Forsøket er utført på friske mennesker, men man ser at mennesker som har gått lang tid uten søvn får mange av de samme symptomene som deliriumpasienter i intensivavdelingen, og at samme deler av hjernen blir påvirket (Weinhouse et al., 2009).

Andel pasienter over 70 år øker i intensivavdelingen (Stubberud, 2010, s. 208). Samtidig er søvnkvaliteten nedsatt med 40% til dem over 65 år, og søvnkvaliteten reduseres med økende alder (Ranhoff, 2008, s. 312; Ursin, 1996, s. 28).

I et pasientforløp vil delirium gi en negativ konsekvens. Pasientens mentale status vil gi utslag i behandlingsopplegget og behandlingstiden, og verste fall øke dødeligheten. I denne masteroppgaven fokuserer forskerne på søvn, og Stubberud (2010) viser til at tilrettelegging av søvn og hvile er et element i det forebyggende arbeidet av delirium (Stubberud, 2010, s. 208-218).

2.5.2 The Richmond Agitation and Sedation Scale

RASS er et kartleggingsverktøy og et skåringssystem som intensivsykepleiere og leger bruker i sedasjonsarbeidet. Intensivsykepleiere og leger kan da sette opp et ønsket mål for sedasjonsnivå hos intensivpasienten. Sedasjon er legemidler som virker inn på pasientens

sentralnervesystem og graden av bevissthet. RASS skalaen går fra +4 til -5. Hvor +4 er «aggressiv» og -5 er «ikke vekkbar» (Gulbrandsen, 2010, s. 156). I intensivavdelingen er det ofte intensivsykepleieren som administrerer og titrerer sedasjon til pasientene inntil ønsket nivå. En undersøkelse utført av Dahl et al. (2015), hvor det ble undersøkt hvilket kartleggingssystem av sedasjon som ble brukt, ble et av resultatene at 26% av respondentene brukte RASS til å kartlegge sedasjon.

2.6 Tidligere forskning

I denne delen av teoretisk rammeverk blir vår søkestrategi presentert, samt presentasjon av forskningen som ble valgt ut.

2.6.1 Søkestrategi

I søken på tidligere forskning så vi at det er utført mye forskning på søvn i intensivavdelingen. For å finne tidligere forskning har vi søkt i ulike databaser: OviSP Medline, Pubmed og Svemed+. Artiklene som er presentert nedenfor er funnet ved ulike kombinasjoner av søkeordene. For å systematisere søkene ble PICO skjema benyttet (vedlegg 1). PICO er et hensiktsmessig verktøy for å hjelpe forskerne med å strukturere søkene. Hver bokstav betegner ulike deler av et spørsmål man vil besvare (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 72). I tillegg har vi utført manuelle søk, som innebærer å søke etter forskningstittelen som lest forskning henviser til. I selekteringen av artikler, leste vi gjennom abstraktene, og valgte ut de med mest relevans til vår hensikt og studie, og som var av nyere dato (2003-2016).

2.6.2 Presentasjon av forskning

Ritmala-Castren et al. (2016) utførte en studie på 20 intensivpasienter og 20 intensivsykepleiere. Hensikten med studien var å undersøke intensivsykepleierens evaluering av pasientens søvn, opp mot polysomnografi og vitale parametere. I studien skulle intensivsykepleierne utføre vurderinger ut i fra pasientens søvnkvalitet, oppvåkninger, øyebevegelser og bevegelser. Intensivsykepleieren skulle ikke bruke vitale parametere som

blodtrykk og puls. Resultatet i studien var at intensivsykepleierens subjektive vurderinger korresponderte med polysomnografien i 68 % av tilfellene, og det var kun under total søvn. Det var ingen korrelasjon på de andre søvnaspektene som innsovningstid, antall oppvåkninger eller hvilket søvnstadium pasienten var i.

Dahl et al. (2015) presenterte funnene fra en kvantitativ studie utført ved 50 intensivavdelinger i Norge. Hensikten med studien var 1) å beskrive hvordan sykepleiere vurderte og registrerte søvn og sedasjon og 2) kartlegge ulike faktorer som var med på å fremme søvn hos den kritisk syke. Studien konkluderte med at søvn var et fokus, og det ble tilrettelagt for søvn hos intensivpasienten. Respondentene var bevisste over ulike søvnfremmende faktorer. Nesten 100 % av respondentene svarte at de ikke brukte protokoll eller hadde retningslinjer for kartlegging av søvn.

Ritmala-Castren et al. (2014) har utført en studie som omhandler sykepleierens dokumentasjon av søvn. Hensikten med studien var å sammenligne sykepleierens registrering og dokumentering av pasientens søvn, opp mot pasientens egen oppfatning av søvnen. Resultatet i denne studien ble at sykepleierens dokumentasjon og pasientens egen opplevelse av søvnen, samsvarte i 57 % av tilfellene. Konklusjonen i studien var at sykepleierens dokumentasjon ikke var systematisk og oversiktlig, og pasientens egen vurdering ikke ble tatt med i sykepleiedokumentasjonen (Ritmala-Castren et al., 2014).

Ritmala-Castren, Virtanen, Leivo, Kaukonen og Leino-Kilpi (2015) har publisert en forskningsartikkel der hensikten er 1) å beskrive mengden og kvaliteten på søvn til en pasient som ikke har behov for respiratorbehandling, på intensivavdelingen. 2) beskrive hvor mye sykepleieaktivitet det er på nattevakt. 3) evaluere effekten av sykepleie til pasienten, opp mot søvnkvaliteten. Formålet var da å analysere hvor ofte og hvor mye sykepleie som ble utført til pasienten, og undersøke i hvor stor grad dette virket inn på pasientens søvnkvalitet. Pasienten ble overvåket med EEG. Resultatet fra studien viste at selv om pasienten ikke hadde behov for respiratorbehandling var søvnkvaliteten i hovedtrekk dårlig, da halvparten ikke oppnådde søvnstadiene 3, 4 eller REM-søvn. Fra sykepleierens perspektiv viste det seg at selve sykepleien til pasienten var mindre forstyrrende for pasientens søvn enn hva de trodde. Det var ytre faktorer som lyd og lys som virket mest inn på pasientens søvnkvalitet på intensivavdelingen. Studien konkluderte med at nøye planlegging og rutiner i forhold til utføring av sykepleie, vil være med på å bedre søvnen til pasienten (Ritmala-Castre et al., 2015).

Boyko, Ørding og Jennum (2012) har publisert en oversiktsartikkel som viste at intensivavdelingens miljø med lyder, sykepleierens hyppige observasjoner og prosedyrer spiller en signifikant rolle i pasientens søvnforstyrrelser, som kan føre til økt utvikling av delirium, forlenget intensivopphold, og økt mortalitet. Målet med studien var å finne de underliggende årsakene til søvnforstyrrelsene. Resultatet viste at sykdommen i seg selv og respiratorinnstillinger kan være forstyrrende faktorer. Melatoninsekresjonen var forstyrret hos syv av åtte pasienter. I tillegg viste resultatet at medikamentene pasientene fikk i intensivavdelingen hadde påvirkning på søvnen (Boyko et al., 2012).

Eliassen og Hopstock (2011) publiserte en forskningsartikkel som hadde som hensikt å undersøke intensivsykepleierens intervensjoner med å fremme søvn. Studien viste til fire hovedfunn: Lydreduksjon, lysreduksjon, tilrettelegging av pasientkomfort, planlagt og samlet aktivitet. Hovedfunnet i denne studien var at intensivsykepleieren har en generell interesse og bevissthet i forhold til søvnfremmende tiltak, men at intensivsykepleieren hadde en mangel på kunnskap om lydens effekt i intensivavdelingens miljø. En annen utfordring for sykepleieren var å prioritere riktige søvnfremmende tiltak (Eliassen & Hopstock, 2011, s. 141).

Gundersen (2003) undersøkte i sin hovedfagsoppgave pasienters og intensivsykepleiers erfaringer med søvn i intensivavdelingen. Det ble utført syv intervju av intensivpasienter, intervjuene ble utført mens pasientene fremdeles var på sengepost. I tillegg ble det utført et fokusgruppeintervju av seks intensivsykepleiere. Resultatene viste at intensivsykepleiere og intensivpasienter var enige om at pasientens søvn i intensivavdelingen er av dårlig kvalitet. En rekke faktorer kom frem som forstyrrelser av søvnen, men støy ble pekt ut som den største kilden. Intensivpasientene forstyrres i stor grad av sykepleieintervensjoner og personalsamtaler, men samtidig viser denne undersøkelsen at tross dårlig søvn i intensivavdelingen, har pasientene opplevd en trygghet ved sykepleierens tilstedeværelse (Gundersen, 2003).

Le Guen, Nocolas-Robin, Lebard, Arnulf og Langeron (2013) sin studie hadde som hensikt å vurdere effekten av øyemaske og øreproppper første postoperativ natt for intervensjonsgruppen, mens kontrollgruppen ikke fikk. Ved sammenligning av de to gruppene viste det seg at pasientene som fikk utdelt øreproppper og øyemaske første døgnet på postoperativ avdeling hadde signifikant bedre søvnkvalitet (Le Guen et al., 2013).

3.0 Metode

I dette kapittelet blir det begrunnet for valg av design. I tillegg blir det gjort rede for utvalget, datainnsamlingsmetode, dataanalysen, forskernes forforståelse av temaet, og tilslutt troverdighet og hvilke etiske overveielser som er utført.

3.1 Design

Med begrunnelse i hensikten med studien og forskningsspørsmålene, er kvalitativt design hensiktsmessig å bruke i denne studien, da det kvalitative designet er bygd på et hermeneutisk vitenskapssyn, hvor man er ute etter å finne helheten og ulike aspekt ved et fenomen (Gilje & Grimen, 1993, s. 143). Samtidig søker kvalitativt forskningsdesign å finne en bredde og dypere kunnskap om et emne (Nordtvedt et al., 2012, s. 72).

En kvalitativ forskningsmetode omhandler å ha en systematisk tilnærming for å beskrive eller forstå ett eller flere fenomen og sammenhenger (Nordtvedt et al., 2012, s. 196). Det ble derfor hensiktsmessig å bruke dybdeintervju som metode for datainnsamlingen. Forskerne er ute etter å produsere empiriske data, som sier noe om hvordan intensivsykepleieren gjør sin daglige vurdering og tilrettelegging av søvn. Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) som kunne veilede forskerne under intervjuet, dette for å utføre en systematisk innhenting av aktuell data som besvarer hensikten.

3.2 Utvalg og kontekst

I kvalitativ forskning er ikke forskeren ute etter å generalisere til populasjonen, men å avdekke meninger, opplevde opplevelser og erfaringer til hver enkelt informant (Polit & Beck, 2014, s. 75). Hensikten med en kvalitativ studie vil være å finne de deltakerne med mest mulig erfaring og kunnskap (Polit & Beck, 2014, s. 284). Denne studien retter seg mot intensivsykepleiere, som arbeider ved to ulike sykehus.

Informantene i denne masteroppgaven er syv intensivsykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene:

- Jobbet som intensivsykepleier på intensivavdeling i minimum tre år
- Jobber tredelt turnus

For å få tilgang til feltet ble det etter godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (vedlegg 3) og Fakultetets etikk-komité (vedlegg 4), sendt søknad til Enhet for Utdanning og Utvikling ved helseforetaket (vedlegg 5). Etter godkjenning ble det tildelt en kontaktperson fra hvert av sykehusene, dette var avdelingslederne i intensivavdelingene. Avdelingslederne utførte arbeidet med å rekruttere informanter. Det ble brukt Gorden Audun Thomas (GAT), som er et turnusprogram for de ansatte til å finne informantene på begge sykehusene. Avdelingslederne ble informert om inklusjonskriteriene, hvor mange intensivsykepleiere som var ønsket og hvilke uker datainnsamlingen var ønsket utført. Det ble ønsket tre intensivsykepleiere fra det ene sykehuset og fire fra det andre.

Via GAT fikk avdelingslederne frem alle navnene som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Ut i fra navnene ble det utført loddtrekning. De deltakerne som ble trukket ut fikk forespørsel om deltagelse fra avdelingsleder. De som sa seg villig til å delta i studien fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 6). På det ene sykehuset organiserte avdelingslederen møtetidspunkt for intervjuet, og vi fikk tilsendt dato, klokkeslett og navn. På det andre sykehuset ble det utdelt navn og telefonnummer på de aktuelle informantene, og vi som forskere tok kontakt og avtalte møtetidspunkt. En intensivsykepleier som hadde sagt seg villig til deltagelse, ble fraværende grunnet sykdom, men ble erstattet. Nedenfor i Tabell 1 presenteres de syv intensivsykepleierne som ble inkludert i studien.

Tabell 1. Deltakere, alder og ansenitet

Intensivsykepleier	Kjønn	Alder	Ansiennitet som intensivsykepleier
1	Kvinne	53	25
2	Kvinne	44	12
3	Kvinne	52	21
4	Kvinne	54	24
5	Kvinne	39	8
6	Kvinne	42	3
7	Kvinne	43	5

3.2.1 Avdelingens utforming og struktur

Den ene intensivavdelingen bestod av en lang korridor, med en storsal til fem senger, i tillegg bestod avdelingen av to isolat og seks enerom. Den postoperative avdelingen var plassert i den ene enden av korridoren. Pauserommet var plassert ved siden av den postoperativ avdelingen. Medisinrommet var plassert ved resepsjonen, nesten midt i avdelingen.

Den andre intensivavdelingen hadde en storsal til fire senger, i tillegg bestod avdelingen av to isolat, tre enerom og tre senger med gardinforheng ut mot gangen. Både pauserom og medisinrom lå i senter av avdelingen. Den postoperative avdelingen var plassert i et lukket område.

Avdelingenes vaktordning var:

- Dagvakt: 07.30 – 15.15
- Aftenvakt: 15.00 – 23.00
- Nattevakt: 22.45 – 07.45

3.3 Datainnsamling

I studien ble det brukt semistrukturert intervju. Denne typen intervju blir best beskrevet som en samtale mellom forskeren og en respondent, der gangen i samtalen blir styrt av forskeren (Polit & Beck, 2014, s. 290).

På forhånd ble det laget en intervjuguide, en plan for hvilke temaer som forskerne søker data om. Forskerne brukte intervjuguiden som et verktøy i samtalen. Intervjuet startet med spørsmål som var enkle å svare på. Dette for å få samtalen i gang før mer omfattende spørsmål ble stilt. Det ble til enhver tid mulighet for å stille oppfølgende spørsmål som: «Hva mener du med det?», «Kan du utdype det?» (Polit & Beck, 2014, s. 290).

Intervjuguiden ble utarbeidet fra hensikten og forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene er studiens tematiske spørsmål, og formulert i et teoretisk språk. Intervjuspørsmålene tar hensyn til de tematiske spørsmålene og til studiens dynamiske dimensjon, og ble utarbeidet i et mer daglig språk. Intervjuguiden inneholder innledende spørsmål med oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 152-154).

Det ble utført to pilotintervju for å evaluere intervjuguiden. Etter pilotintervjuene så forskerne at to ulike spørsmål gav det samme svaret. Endringer ble utført som gav en bedre datainnsamling. Pilotintervjuene ble utført på to intensivsykepleiere ved en annen spesialenhet enn der datainnsamlingen skulle foregå. Dette for å hindre at spørsmålene fra intervjuguiden skulle bli samtaleemne i miljøet. Som uerfarne forskere var dette lærerikt, og gav en erfaring for hvordan intervjuene skulle utføres. Dette gjorde også at vi ble tryggere i rollen som forskere.

Intervjuene ble utført på et møterom i de respektive avdelingene. Det ble tilrettelagt for et hyggelig miljø med levende lys, hvor det ble servert kaffe og sjokolade. Begge forskerne var til stedet under alle intervjuene. Den ene hadde ansvaret for å lede intervjuet, den andre var observatør, og var med på å stille oppfølgende spørsmål og ansvaret for det digitale lydopptaket. Disse rollene ble det rullert på.

Til hvert intervju var det satt av 40 minutter. Intervjuene ble utført i deltakernes arbeidstid. Det var et ansvar for forskerne å ikke overskride denne tiden, da avsatt tid var en avtale med avdelingsleder. Intervjuene ble innledet med å gå igjennom informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen ble signert. Intervjuene varte inntil 35 minutter.

3.4 Egen forforståelse

Graneheim og Lundman (2004) påpeker at virkeligheten kan tolkes på ulike måter, og i en forskningsprosess gi en subjektiv tolkning, som kan påvirke resultatet. Forforståelsen vil påvirke hele forskningsprosessen (Malterud, 2013). Det vil derfor være viktig at det er et godt samarbeid mellom forskeren og informanten, for best mulig å beskrive og tolke datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106).

En av forskerne har jobbet to år på sykehjem og fem år som nattevakt i akuttmottaket, som innebærer mottak av pasienter, skadepoliklinikk og observasjonspost. Den andre forskeren har jobbet tre år på sengepost i tredelt turnus, halvannet år i psykiatrien og to år som nattevakt på intensivavdelingen som består av postoperativ avdeling og intensivavdeling. Gjennom jobben som nattevakt har begge forskerne erfart hva endret søvnmønster og dårlig søvn gjør med kroppen. Med dette utgangspunktet stilte forskerne seg undrende til hva dårlig søvn gjør med det syke mennesket, og hvilke vurderinger intensivsykepleieren gjør for å fange dette opp.

3.5 Analyse

Arbeidet fra et intervju til en tekst, og videre til ferdig analysert materiale genererer mye arbeid innen kvalitativ metode. Det er derfor viktig å ha en god systematisk analyse for å forenkle denne prosessen, og gjøre datamaterialet forståelig (Polit & Beck, 2014, s. 301).

I denne studien er det brukt Graneheim og Lundman (2004) sin manifeste og latente innholdsanalyse. Den er et godt verktøy innen sykepleieforskning og et godt hjelpemiddel for å beskrive og tolke innhentet data. Graneheim og Lundman (2004) presenterer sin innholdsanalyse med inndeling på følgene måte: Innhente analyseenhet, lese gjennom analyseenheten gjentatte ganger for å finne meningsenheter, kondensere meningsenheter, abstraksjon med dannelse av koder, sette kodene i subkategorier, kategorier og tema (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106).

Analyseenheten i studien er hele intervjuteksten. Analyseenheten er igjen delt opp i flere meningsenheter, en meningsenhet er en sammenslutning av setninger og avsnitt med samme aspekter og mening. Ved å kondensere meningsenhetene reduserer og fortetter man teksten, men beholder meningskjernen. Det blir så trukket en kode ut fra den kondenserte teksten. Koden omformuleres, men må forstås i forhold til sammenhengen. Disse kodene blir ut etter innhold satt i ulike subkategorier. Med å stille spørsmålet, hva? kan man danne en kategori, som omfatter flere subkategorier. Dette er det manifeste innholdet i teksten. Ved å finne den underliggende meningen i teksten, oppstår et overordnet tema. Dette er det latente innholdet, en tolkning av den underliggende betydningen. Et tema svarer på spørsmålet «Hvordan?», og en rød tråd viser seg i temaet av underliggende meninger som er utarbeidet fra meningsenheter, koder, subkategorier og kategorier (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107).

Analyseprosessen i vår studie startet med at intervjumateriale ble transkribert samme dag som intervjuene var utført, gjennom at lydmaterialet ble gjort om til tekst, da intervjusituasjonen var i friskt minne. Prosessen videre var å lese igjennom teksten flere ganger, for å få en helhetsoppfatning av hva teksten handlet om. Graneheim og Lundman (2004) skriver at det foregår en prosess mellom meningsenheter, kondensering og koding. Da må en i arbeid med analysen gå frem og tilbake mellom helhet og deler av teksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Det ble arbeidet med ett intervju om gangen. Hvert intervju ble satt inn i en tabell som bestod av kolonnene meningsenhet, kondensert tekst og kode, se Tabell 3 som presenterer eksempler fra analysen. Tabellen ble organisert i fargekoder, som var et hjelpemiddel til å

finne et mønster, deretter ble kodene fra hvert intervju satt inn i nytt dokument. Det ble en overveiet gjennomgang av alle kodene, som ble samlet til subkategorier. Utfallet av dette ble ni subkategorier, som ble samlet til fire kategorier. Disse fire kategorier munnet ut til et overordnet tema. Hele denne prosessen var et tett samarbeid med jevn arbeidsfordeling mellom oss. I Tabell 2 presenteres subkategorier, kategorier og overordnet tema som fremkom i analysen.

Tabell 2. Overordnet tema, kategorier og subkategorier

OVERORDNET TEMA	**Intensivsykepleierens evne til å vurdere og tilrettelegge pasientens søvn har innvirkning på pasientens sykdomsforløp**			
KATEGORIER	**Kliniske vurderinger**	**Omgivelsen sin påvirkning på søvnen**	**Planlegging av døgnrutiner**	**Konsekvens av søvnkvalitet**
SUBKATEGORIER	• Vitale parametere • Medikamenter	• Støy og lys • Avdelingens utforming og struktur	• Døgnrytme • Planlegging av natten • Dokumentasjon	• Sykdomsforløp • Delirium

Tabell 3. Eksempel på kondensert meningsenhet, kode, subkategori og kategori

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori
Ser om pasienten ligger rolig, virker pasienten rolig i kroppen. Hvordan er blodtrykk og puls? Har pasienten det bra. Godtar lavere verdier på blodtrykk og puls	Intensivsykepleier observerte om pasienten hadde det bra og om han lå rolig, og vurderte søvnen ut i fra blodtrykk og puls. Godtok lavere verdier.	Observere velvære og vitale parametere.	**Vitale parameter**	**Kliniske vurderinger**
Ja, men jeg tenker enn må høre at pasienten sover, eller se på ting som blodtrykket går ned, pulsen går ned, det ser rolig ut, at en kanskje vurdere at han sover, men en kan jo ikke være sikker når en ikke får et svar. Men jeg har opplevd å bli lurt like vel, at pasienten kanskje på morgen sier at jeg har sovet veldig dårlig, og da har de den opplevelsen av at de har sovet veldig dårlig, og da tenker jeg de har det. Ja.	Bruke sansene i observasjonene, lytte til pust, se på pasienten om han er rolig og følge med på vitale parametere med blodtrykk og puls.	Bruke sansene i observasjonen samt vitale parametre.		
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	
Det er viktig at pasienten er smertefri. De som er smertelindret og har sovet, ser jeg at er raskere i gang med videre opptrening. Jeg syntes man bør prøve smertestillende før man gir sovemedisin. Smertestillende eller sovemedisin må til for å få sove i miljøet på intensiven.	Smertelindring og søvn gav raskere opptrening for pasienten. Erfaring tilsa at en burde prøve å gi smertestillende før sovemedisin.	God smertelindring.	**Medikamenter**	
Ehh hvis jeg kommer på natt, så sjekker jeg hva de eventuelt har fått, eller om det er noe jeg skal gi, vanligvis så vet jeg mange her liker å gi sovemedisinen når de kommer på vakt, for å kunne si hei til pasienten, sånn at de er våkne når de kommer, og de kan danne seg et inntrykk av de før natten, eller før de legger seg til å sove.	Erfaringer tilsier at nattevakten ønsker en god oversikt over pasienten når de kommer på vakt. Nattvakten utførte observasjoner før hun gav sovemedisin.	Ha oversikt over pasienten, og gi sovemedisin til rette tid.		

3.6 Forskningsetikk og etiske overveielser

Før datainnsamlingen ble det utarbeidet en prosjektplan og en søknad til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Fakultetets etikk-komité for godkjenning av prosjektet. Som forsker må man ha kunnskap om de forskningsetiske retningslinjer.

Helsinkideklarasjonen er her viktig å nevne. Deklarasjonen ble utformet i 1964, og arbeidet bygger på Nurnbergkodeksen, som skulle hindre overtramp mot svake grupper i samfunnet. Helsinkideklarasjonen fremhever og slår fast at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri kan forsvare at forskningssubjektet utsettes for unødig ubehag og risiko under en forskningsprosess (Førde, 2014).

Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden tar for seg fire etiske standardprinsipper som er viktig for forskere å være bevisst. Disse prinsippene bygger på at forskning som involverer mennesker skal være forsvarlig (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003, s. 8).

3.6.1 Prinsippet om autonomi

Prinsippet om autonomi understreker at alle informanter som var involvert i forskning skal få muntlig og skriftlig informasjon om studien. I vår studie var dette i form av et informasjonsskriv som inneholder studiens hensikt, utførelse og hvordan datamaterialet vil bli oppbevart (vedlegg 6). Siste siden av informasjonsskrivet var en samtykkeerklæring som ga en skriftlig dokumentasjon på frivillig deltakelse (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003, s. 8-9). Deltakelsen var helt frivillig, og informantene kunne når som helst trekke seg fra studien, uten at dette vil bli brukt imot informanten (Polit & Beck, 2014, s. 83)

3.6.2 Prinsippet om å gjøre godt

Prinsippet om å gjøre godt innebærer at forskeren skal kritisk gjennomtenke og dokumentere, hvilken nytte forskningen kan få for den enkelte og samfunnet (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003 s. 9). Vi ser at vår studie kan være til gode for sykepleierne og pasienter, ved å øke sykepleiernes bevissthet og fokus på søvn hos pasienten.

3.6.3 Prinsippet om ikke gjør skade

Prinsippet om ikke gjøre skade innebærer at forskningen ikke må gi negative konsekvenser for de som deltar i studien (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003, s. 9). Intervjuene i vår studie ble derfor holdt i informantene sin arbeidstid, for å unngå bruk av deres private tid. Informantene blir fremstilt anonyme i masteroppgaven, og deres utsagn kan på ingen måte bli sporet opp.

3.6.4 Prinsippet om rettferdighet

Prinsippet om rettferdighet handler om å utvikle viten til de pasientgrupper som kan hjelpes. Forskeren er også pliktig til å verne om svake grupper, og at denne gruppen ikke blir utnyttet i forskning, for eksempel bevisstløse pasienter og personer med demenssykdom (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, 2003, s. 8).

3.6.5 Forske på sine egne

Dette å forske på sine egne kan være en etisk utfordring, rettet mot datainnsamlingen. Begge forskerne kjenner til dem som arbeider ved det ene sykehuset, og den ene forskeren har dette som arbeidsplass. Dette kan være en faktor som kan påvirke funnene ved at informantene muligens ikke svarer ærlig på spørsmålene. Det var viktig for forskeren å skape en troverdig intervjusituasjon, og vise at hensikten med studien var å få frem erfaringene de har som intensivsykepleiere, både positive og mindre positive, og ikke hvor mye kunnskap de har om søvn. Likeså var det viktig for forskerne å tydeliggjøre sine roller i situasjonen, og skille mellom forskerollen, og kollegarollen. Forskeren med minst kjennskap til intensivsykepleierne stilte intervjuspørsmålene. Informantene ble informert om at informasjonen som blir gitt skal holdes konfidensielt. Det er viktig å ikke snakke om intervjusituasjonen i miljøet, når forskeren kommer i jobbsituasjon igjen (Tønsberg, 2009, s. 270-274).

4.0 Presentasjon av funn

I funnkapittelet presenteres kategorier, subkategorier og overordnet tema som fremkom i analysen. Funnene er presentert skjematisk i Tabell 2 i metodekapittelet.

4.1 Kliniske vurderinger

Denne kategoriens subkategorier omhandler hvordan informantene utførte vurderinger av intensivpasientens søvn i forhold til vitale parametere og behov for medikamenter. Det kom frem hvilke observasjoner og vurderinger som ble gjort av pasientens søvn gjennom alle tre vaktskiftene, på dagen, kvelden og natten.

4.1.1 Vitale parametere

For å vurdere pasientens søvn observerte informantene vitale parametere. De så primært på blodtrykket, pulsen og respirasjonsfrekvensen. Det var enkelt for dem å følge med på dette, ettersom alle pasientene var tilkoblet overvåkning. Enkelte av informantene aksepterte også lavere vitale parametere når pasienten sov, i forhold til pasientens verdier i våken tilstand. De mente at når de vitale parameterne var lavere indikerte dette at pasienten var avslappet og sov. Alle uttrykte at vitale parametere ikke ble brukt alene for å vurdere søvnen. Det ble alltid sett i sammenheng med velvære. For å observere og vurdere velvære så intensivsykepleieren etter om pasienten lå godt i sengen, de så på ansiktsuttrykk og om pasienten opplevde annet ubehag. «Ser om pasienten ligger rolig. Virker pasienten rolig i kroppen? Hvordan er blodtrykk og puls? Har pasienten det bra? Også godtar jeg lavere verdier på blodtrykk og puls.» Ut i fra vurderingene utførte de tiltak, for så å tilrettelegge for en god nattesøvn. Begrepet elimineringsmetoden ble nevnt som et hjelpemiddel for å ha en systematisk gjennomgang av hva som eventuelt kunne plage pasienten.

4.1.2 Medikamenter

Informantene erfarte at avdelingen la til rette for bruk av innsovningstabletter, ved å ha åpne ordinasjoner. Dette innebar forhåndsordinerte medikamenter som intensivsykepleieren selv

kunne administrere ut i fra sine vurderinger. Om intensivsykepleieren hadde dokumentert søvnproblemer hos pasienten over lengre tid, ble dette tatt opp på legevisitten på dagtid eller kveldstid, slik at det ble forordnet en annen medikamentell plan for natten.

En av informantene stilte seg spørrende til bruk av sedasjon som sovemedikament til intensivpasienten. For henne var det viktig å finne årsaken til hvorfor pasienten ikke sov, fremfor å øke sedasjonen, men hun så en individuell variasjon hos intensivsykepleierne i avdelingen ved bruk av sedasjon, og at det ofte var enklere å øke dosen av sovemedikamentet enn å utføre enkle individuelle tiltak som fremmet velvære.

> I avdelingen er vi forskjellige og det er veldig individuelt hvor våkne vi aksepterer at pasienten er. Jeg stiller meg av og til spørsmålet, hvem er det vi sederer pasientene for. Er det for pasientens beste, eller for sykepleierens sin bekvemmelighet (...) Viktig at vi undersøker årsaken til at pasienten ikke sover.

Informantenes erfaringer var at intensivsykepleierne som jobbet på natten ønsket en god oversikt over pasientene når de kom på vakt. De ønsket å utføre sine egne observasjoner, for å få et overblikk over pasienten før det eventuelt ble gitt innsovningsmedisin. Informantene påpekte viktigheten av at pasientene var godt smerte lindret. Dette i seg selv kunne være godt nok for å oppnå god søvn sa flere av informantene. Ettersom god smertelindring og god søvn hørte sammen, ble det sagt at smertestillende må prøves før innsovingsmedisin blir gitt. Enkelte av informantene mente også at smertelindring og god søvn sammen gjør at pasienten kan starte opptreningen raskere.

> Viktig at pasienten har det bra før sovemedisin blir gitt. Prøver å utsette med å gi sovemedisin til nattevakten kommer, slik at nattevakten kan gjøre sine observasjoner før sovemedisinen blir gitt.

4.2 Omgivelsen sin påvirkning på søvnen

Denne kategoriens subkategorier, handler om støy, lys og avdelingens utforming og struktur. Det fremkom hvordan intensivsykepleieren vurderer og tilrettelegger omgivelsene for å fremme pasientens søvn. Å tilrettelegge innebar å møte pasientens behov og ønsker i forhold til hvordan omgivelsen i intensivavdelingen innvirket på søvnen.

4.2.1 Støy og lys

Det fremkom at alle informantene hadde kunnskap om hvordan de skulle tilrettelegge for søvn. De var enig i at redusering av støy og slukking av lys fremmet søvnen, men informantene erfarte at pasientene ofte hadde problemer med å sove, på grunn av høy aktivitet i avdelingen. «Vi har jo ofte pasienter som har problemer med å få sove, for det skjer mye her.» Denne aktiviteten var støy fra andre pasienter, personalet, oppkobling og bruk av medisinsk-teknisk utstyr, ankomst av nye pasienter i avdelingen, rydding, akutte situasjoner og støy fra pårørende.

> Det er selvfølgelig mye utstyr, det har vi også ofte snakket om at vi skal sette ned alarmgrensene (…) ta alarmene med en gang de kommer, sprøytepumper, respiratorer og sånne ting, og det også at vi skal være mer stille, egentlig jevnt over, men spesielt på natt. Av og til blir det mye kjatring.

En av informantene mente at personalet tok hensyn til støy ut i fra hva deres egen oppfatning av støy var når de selv sov. Var en sensitiv for lyd selv, var hennes mening at man tok mer hensyn ovenfor pasienten. Kun en informant nevnte bruk av øreproppper for å fremme søvn. Enkelte uttrykte at de ikke hadde problemer med å be andre redusere støy rundt pasienten. «Når det er andre kollegaer som bråker eller snakker høyt, så hysjer jeg på de. Jeg synes det er så viktig, at vi prøver å gjøre det med hverandre.»

Mye av tilretteleggingen kunne intensivsykepleieren utføre selv med enkle grep, som å slukke lys, dempe lyd og skape et rolig miljø rundt pasienten. På den andre siden forteller informantene om utfordringer til hvordan intensivsykepleieren kan tilrettelegge for et rolig miljø rundt pasienten når avdelingen ikke møter dette. Det kan være utfordringer som at flere pasienter må ligge sammen på storsal grunnet avdelingens planløsning og lav bemanning. Dette var med på å øke aktivitet og støynivået i avdelingen.

4.2.2 Avdelingens utforming og struktur

Informantene vurderte også avdelingens utforming og struktur i forhold til tilrettelegging av pasientens søvn. Avdelingens planløsning var en fellesnevner som kom frem i alle intervjuene. Alle nevnte fordelen med å ha enerom, fremfor å legge pasienten på en storsal. Det ble sagt at i storsalen var det ofte sterkt lys og pasientene som lå på respirator ble ofte

samlet der. Dette var en løsning for avdelingen, slik at intensivsykepleierne kunne hjelpe og observere flere pasienter på en gang. Det var lettere å ha to sykepleiere på flere pasienter, enn to sykepleiere bundet til et enerom. En annen utfordring i forhold til tilrettelegging av søvn var at ulike pasientgrupper ble lagt på storsalen til samme tid. Dette kunne være agiterte pasienter, som laget mye støy og uro i avdelingen, og dermed var de en forstyrrende faktor for de pasientene med lang liggetid i intensivavdelingen. Pasienter med lang liggetid var de med et lengre sykdomsforløp, som dermed krevde lang intensivbehandling for eksempel respiratorpasienter. «Intoxer som kommer inn blir gjerne lagt ved siden av respiratorpasienter på samme storsal, så det blir jo veldig mye bråk.»

Enkelte informanter påpekte utfordringen med å tilrettelegge for søvn, da avdelingens fasiliteter ikke var tilrettelagt for dette. En av informantene opplevde at redusert lys gav henne utfordringer, da hun opplevde det vanskelig å arbeide i mørket, ettersom avdelingen ikke var utstyrt med gode nok arbeidslamper. «Så begynner jeg å bli gammel i øyene, og er avhengig av arbeidslys (…) vi fikk noen sånn lamper (…) som vi skulle ha på bordet foran pasienten. De var jo kjempedårlige.» På en annen side var informantene positive til det nye overvåkningsutstyret de hadde fått i avdelingen. Det nye utstyret gav mulighet til å dempe både lyd og lys.

Det ble vist en frustrasjon i forhold til undersøkelser som blodprøvetaking fra laboratoriet og røntgenundersøkelser som ble utført på nattetid. Dette opplevde informantene var med på å forstyrre søvnen til pasientene. «For det verste er jo det når labben kommer, og pasienten endelig har sovna. Så kommer labben for å ta blodprøver klokka 07.00.»

Avdelingens vaktstruktur ble nevnt flere ganger som en negativ faktor i forhold til tilrettelegging av intensivpasientens nattesøvn. Informantene erfarte at nattevakten startet for sent, da den startet klokken 22.45. Nattesøvnen til intensivpasienten ble forstyrret på grunn av at nattevakten ville gjøre sine egne observasjoner av intensivpasienten på starten av vakten, som resulterte i sen ro rundt pasienten.

> Jeg føler natta blir kort. I hvert fall når det kommer blodprøver klokken 07.00. Og så går det en stund før folk kommer seg hjem (på kvelden), og klokken blir fort 00.00 før det roer seg. Så medikamentelt klarer man å unngå ting på natta. Men man har nok en bit å gå, når det kommer til god nattesøvn i forhold til vaktskiftet. Hadde vaktskiftet vært klokka 22.00 liksom så hadde en fått en time ekstra å gå på.

Noen av informantene reflekterte over at søvnens rolle i avdelingen varierte ut i fra hva som var fokus i avdelingen. Når avdelingen tok initiativ til å bevisstgjøre intensivsykepleierne rundt temaet søvn, ble det sett et økt fokus på dette i arbeidet til intensivsykepleieren. Dette kunne være initiativ som internundervisning, månedsfokus, fagdager og prosjekter som foregikk i avdelingen.

4.3 Planlegging av døgnrutiner

Denne kategoriens subkategorier, døgnrytme, planlegging av natten og dokumentasjon, omhandler hvilke vurderinger intensivsykepleieren utfører gjennom hele døgnet for å tilrettelegge for en optimal nattesøvn hos pasienten.

4.3.1 Døgnrytme

Alle informantene sa at de utførte en vurdering og tilrettelegging for å oppnå en normal døgnrytme for pasienten. En normal døgnrytme innebar å skille dag, kveld og natt. Intensivsykepleieren startet dagen med å sette på lys, utføre morgenstell og gi morgenmedisiner. Alle prosedyrer og skiftninger ble utført på dagtid og det var viktig å utføre mobilisering på dag- og kveldstid for å opprettholde normal døgnrytme. På kvelden var det fokus på å utføre et godt kveldstell, gi optimal ernæring for at pasienten ikke skulle kjenne på sultfølelse, dempe lys og gi innsovningsmedisin til rett tid for å oppnå en så normal døgnrytme som mulig for pasienten. Mobiliseringen ble gjort i den hensikt at pasienten skulle bli naturlig trett, som igjen fremmet bedre nattesøvn. «Prøver å slite ut pasienten på kvelden, slik at pasienten får kommet seg opp av sengen, mobiliseres, ha et godt og langt stell, og tilstrebe et godt leie.» Informantene presiserte at innsovningsmedisin skulle gis av nattevaktene, slik at nattevakten kunne få oversikt over pasienten før innsovning. Det ble også presisert at innsovningsmedisin ikke må gis for sent på natten, da pasientene ble svært trøtte dagen derpå.

> Ja, jo det går jo på alle skiftene, det er jo ikke bare nattevaktene som skal sørge for tilretteleggingen. Er viktig at man på dagvakt får gjort prosedyrer, og på kvelden har lyset på, at man skiller mellom natt og dag.

Flere av informantene nevnte også at det må holdes en balanse mellom aktivitet og hvile for pasienten på dagtid. «Pasienter som er trøtte på ettermiddagen, da tenker jeg kanskje du kan ta en ettermiddagslur, men ikke noe mer etter det, for da får du kanskje ikke sove til natta.» Flere mente også at søvn må være et fokus på alle vaktskiftene. Dagsplan/timeplan var et begrep som kom frem. Informantene nevnte dette som et verktøy de brukte for å planlegge og strukturere pasientens døgn. «Pasienten bør ha en timeplan for dagen, som innebærer mobilisering og aktivitet.» Informantene erfarte at pasienter som hadde hatt dårlig søvn i intensivavdelingen kunne få endret døgnrytme, og de kunne oppleves utilfredse. «Pasienten blir utilpass. Pasienten snur døgnet, og noen ganger har pasienten fått sovemedisin for sent, og dette henger i neste dag.»

4.3.2 Planlegging av natten

De fleste av informantene mente at planlegging av natten var nødvendig for å fremme pasientens søvn. Det informantene mente med planlegging var å ha en plan for natten. Dette innebar hvilke medisiner som skulle gis, hvilke tiltak som måtte utføres i løpet av natten, og når snuing av pasienten skulle gjøres. På forhånd informerte de pasienten om de ulike tiltakene som ville bli utført i løpet av natten. Flere av informantene sa at de vurderte hvordan de kunne planlegge stellet, medisiner og sykepleietiltak på en fornuftig måte. Det å samle prosedyrer og tiltak ble her en fellesnevner. Informantene hadde god erfaring med å lage en plan for natten, som pasienten også kunne påvirke og medvirke i.

Noen av informantene nevnte at de også lagde en plan for natten, i den hensikt å skape minst mulig berøringer og forstyrrelser. Dette kunne innebære å hente inn medisinene på rommet, og fylle på med utstyr som det var behov for gjennom natten.

> Man må hele tiden gjøre observasjoner (…) Jeg prøver å samle oppgaver som skal utføres rundt pasienten, noen andre gjør det, andre ikke. Ved noen få justeringer og endringer kan man få samlet ting man skal utføre, slik at man slipper å forstyrre pasienten så hyppig. Dette kan være som å flytte litt på medisiner, eller utsette en snuing til et mer tilpasset tidspunkt.

Det ble nevnt at en plan for natten må påbegynnes allerede på dagvakten. Det ble presisert at det må tas hensyn til at pasienter har ulike søvnvaner og søvnbehov. Noen pasienter bruker å

legge seg tidlig, andre legger seg sent. Noen pasienter er tilfreds med fire timer søvn, andre trenger åtte timer søvn. Å samle inn data om pasientens tidligere søvnvaner var vesentlig for å kunne gjøre en vurdering og en planlegging av pasientens søvn.

> Utgangspunktet er her viktig, hva er pasienten vant med søvn fra før? Et eksempel er en pasient som kom inn som hadde fått ny kneprotese, han hadde i forkant hatt sterke smerter i kneet, og sovet veldig lite de siste ukene, han var jo fornøyd med et par timer sammenhengende.

4.3.3 Dokumentasjon

De fleste av informantene dokumenterte primært søvnen i sykehusets programvare for dokumentasjon, Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus, (DIPS), under punktet «smerte, søvn og hvile». Noen av informantene førte også søvn på observasjonskurven. Flere informanter opplevde en usikkerhet i forhold til dokumentering av søvn, det vil si en usikkerhet i forhold til hvor de førte det opp, og hvordan de gjorde det. Det ene sykehuset manglet en rubrikk i observasjonskurven til å føre søvn, derfor måtte denne dokumentasjonen utføres på eget initiativ. «Jeg skriver ned mine observasjoner, slik som sovet i perioder (…) Jeg skriver også på kurven og i DIPS.»

Begge sykehusene hadde innført bruk av behandlingsplan, som er en elektronisk sykepleieplan som brukes i dokumentasjonsprogrammet DIPS. Alle informantene poengterte at vurdering av søvn og planlegging av søvnen hadde lite fokus i behandlingsplanen, og at dette kunne de bli bedre på. «Nei, vi bruker jo kurven som et arbeidsredskap, vi bruker veldig sjeldent behandlingsplanene.»

RASS-skalaen ble også nevnt som et verktøy til vurdering og dokumentasjon av søvn. Spesielt ved det ene sykehuset nevnte alle informantene at i vurderingen av pasientens søvn ble RASS-skalaen brukt. Dette verktøyet brukte de til både intuberte og ikke intuberte pasienter. «Jo, vi har RASS, så skal legen ha forordnet RASS på dagen og RASS på natten. Vi skriver på den linjen en S, som står for søvn, og hvor lenge pasienten har sovet.»

Informantene involverte pasienten i dokumentasjonen av søvn. Informantene spurte pasientene om hvordan deres oppfatning av søvnen var, for å se om det var samsvar med intensivsykepleierens egen vurdering.

> Det er ofte to forskjellige ting hva jeg tror og hva pasienten mener selv. Men jeg kan jo ikke mase om søvn hele natten kanskje, men kan jo spørre om morgen og skrive det i rapporten. Pasienten opplever sånn eller sånn. Pasientene har ikke selv opplevd å sove, selv om det har sett slik ut.

4.4 Konsekvens av søvnkvalitet

Denne kategoriens subkategorier omfatter informantenes erfaringer med å vurdere konsekvenser av søvnkvaliteten til intensivpasienten. Informantene var samstemte i at pasientens søvnkvalitet gav ringvirkninger i pasientens sykdomsforløp. Samtidig med dette ble det også reflektert over at søvnen i intensivavdelingen hadde en sammenheng med utvikling av delirium.

4.4.1 Sykdomsforløp

Det var stor enighet blant informantene hvordan dårlig søvn påvirket pasienten. De pasientene som hadde sovet dårlig over lengre tid ble uklare, urolige og plukkete. Informantene erfarte også at pasientene ble trøtte, uopplagte og irritable. Flere av informantene konkluderte ut i fra egne erfaringer med at intensivpasientens sykdomsforløp kunne bli forlenget ved dårlig søvn. Dette gav en lengre rehabiliteringsprosess, og kunne gi pasienten forlenget opphold på intensivavdelingen. Dette kunne igjen resultere i utsatt overflytning til sengepost. «Det forlenger jo forløpet veldig. Man får jo ikke gjort de tiltakene som skal for å komme videre i behandlingsplanen for å komme videre. Det stopper opp.»

Informantene formidlet også erfaringer med hva god søvn innebar for pasientene. De syntes dette gav pasienten mer energi, økt motivasjon for mobilisering, bedre humør og at pasienten ble klar for aktivitetene som var på dagtid. En konsekvens av dette gav raskere overflytning til sengepost. «Har en da sovet godt så er en jo mer forberedt på å takle dagen. I forhold til når de er helt utslitte. Da er enn jo et eller flere skritt tilbake.»

4.4.2 Delirium

Flere av informantenes erfaring var at delirium er et mulig utfall av dårlig søvn. «Pasientene som har sovet dårlig over tid, kan plutselig bikke til delir, spesielt de som er i faregruppen.» Grunnet delirium sa flere informanter at liggetiden på intensivavdelingen ble forlenget.

En årsak til forlenget liggetid var at sengepostene ikke tok imot pasienter som var i en deliriumtilstand, selv om pasienten var respiratorisk og sirkulatorisk stabil. Kun en av informantene nevnte at intensivsykepleieren må tenke tilrettelegging av søvn som et forebyggende tiltak av delirium.

> Intensivdelir er jo en hyppig konsekvens egentlig. (…) de får lengre liggetid her, vi får de ikke ut herifra før de er ute av intensivdeliret, det er jo en dårlig erfaring jeg har. Så kan man jo ikke alltid vite om det er søvnen som er avgjørende for intensivdelir, det kan jo være mange ting, men jeg tenker søvn er veldig viktig for å forebygge intensivdelir.

4.5 Intensivsykepleierens evne til å vurdere og tilrettelegge pasientens søvn har innvirkning på pasientens sykdomsforløp

Det overordnende temaet er en fortolkning av de fire kategoriene: Kliniske vurderinger, Omgivelsen sin påvirkning på søvnen, Planlegging av døgnrutiner og Konsekvens av søvnkvalitet.

I en intensivavdeling forstyrres pasientenes søvn av for eksempel støy, lys, høyt aktivitetsnivå og avdelingens utforming og struktur. Intensivsykepleierens evne til å vurdere og tilrettelegge søvnen er derfor meget betydningsfull og indikerer å ha betydning for at pasienten får en raskere opptrening og dermed kortere liggetid på intensivavdelingen. For at intensivsykepleierne skal kunne utføre sine vurderinger i henhold til søvn hele døgnet, stilles det krav til kunnskap, handling og ferdighet, samt et fokus på søvn i intensivavdelingen. Dette er nødvendig for å kunne tenke helhetlig sykepleie i den rehabiliterende funksjonen til intensivsykepleieren.

5.0 Diskusjon av funn

Hensikten med denne studien er å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet.

Gjennom arbeidet med intervjuene og innholdsanalysen kom vi frem til fire kategorier som vi her presenterer med en kort oppsummering. I funnene kom det frem at informantene utførte kliniske vurderinger av intensivpasientens søvn, som innebar vitale parametere og behov for medikamenter. Informantene beskrev hvordan de vurderte og tilrettela omgivelsene for å fremme pasientens søvn, og hvordan intensivavdelingens omgivelser påvirket søvnen. Dette var påvirkninger som støy og lys og avdelingens utforming og struktur. Videre utførte informantene planlegging av døgnrutiner, som innebar hvilke vurderinger intensivsykepleieren utførte gjennom hele døgnet for å tilrettelegge for en optimal nattesøvn hos pasienten. For informantene innebar det å vurdere og tilrettelegge døgnrytme, planlegging av natten og dokumentasjon. Informantene så også konsekvenser av pasientens søvnkvalitet. Det vil si at søvnkvaliteten til intensivpasienten gav ringvirkninger i pasientens sykdomsforløp. Det ble reflektert over at dårlig søvn i intensivavdelingen kunne ha en sammenheng med utvikling av delirium.

I diskusjonen diskuteres funnene opp mot tidligere forskning, søvnens fysiologi, intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder, sykepleieteori og egne erfaringer fra praksis. Videre i kapittelet vil det bli presentert metodiske overveielser og implikasjoner for praksis.

5.1 Kliniske vurderinger

Det å utføre vurderinger av søvn kan være en utfordrende oppgave for intensivsykepleieren. Intensivsykepleieren møter akutt og/eller kritisk syke intensivpasienter. I tillegg til sin sykdomstilstand, er intensivpasienten også i et nytt miljø, og ute av sin normale kontekst. Dette er pasienter som ofte har behov for ulike medikamenter og behandling (Stubberud, 2010, s. 66).

I våre funn kom det frem at de fleste av informantene utførte kliniske vurderinger i sine observasjoner av pasientens søvn. Informantene fortalte at de fulgte med på vitale parametere som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. Dette var lett tilgjengelige verktøy i en intensivavdeling, da alle pasientene er tilkoblet monitorering, og i de fleste tilfeller er intensivsykepleieren inne hos pasienten store deler av vakten. Det er lett å se endringer i disse verdiene da det føres opp vitale parametere på observasjonskurven hver time. Flere av informantene registrerte søvn når pasienten lå rolig, og vitale parametere som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens ble lavere. Ritmala-Castren et al. (2016) sin studie er med på å styrke våre funn om at vitale parametere må være med i en total vurdering av søvnen. Resultatet i deres studie var at intensivsykepleierens vurderinger av søvnen og objektiv vurdering som polysomnografi korresponderte i 68 % av tilfellene. Konklusjonen i studien var at skulle intensivsykepleierens vurderinger bli tilfredsstillende må de vitale parametere være med i vurderingen av søvn. Tambo og Parker (2009) viser her til at enkeltvis kan ikke vitale parameter alene være med på å understreke at pasienten sover, det må en helhetlig vurdering til.

Under søvn skjer det fysiologiske endringer. Det parasympatiske nervesystemet aktiveres, og pasienten får blant annet lavere blodtrykk og puls under søvn (Ursin, 1996). I tillegg er urinproduksjonen redusert. Antidiuretisk hormon (ADH) har sitt høyeste nivå om natten, slik at urinproduksjonen blir lav (Heier & Wolland, 2011, s. 23). I studien vår nevnte flere av informantene at intensivsykepleierne må godta lavere vitale parametere under søvnen. Samtidig fortalte flere av informantene, og som vi også har erfaring av fra praksis, når intensivpasienten har lavere vitale parametere sammen med redusert urinproduksjon, kan dette trigge intensivsykepleierens patologikunnskap til å tenke en forverring i tilstanden hos intensivpasienten. Dette kan resultere i at intensivsykepleieren prøver å få kontakt med pasienten, for å sjekke mental status og få oversikt i situasjonen, noe som igjen vil føre til forstyrrelser av pasientens søvn. Som forskere av intensivsykepleierens vurdering av søvn, mener vi at det kreves mer kunnskap hos intensivsykepleiere rundt emnet søvnens fysiologi, for å oppnå at de riktige vurderingene blir gjort. Tembo, Parker og Higgins (2013) påpeker i deres studie at det er et behov å forsterke undervisningen i sykepleieutdanningen med tanke på kunnskapen om hvilke faktorer som kan ha innvirkning på søvnen, samt at sykepleieren har kunnskap om hvilke komplikasjoner søvnmangel kan gi.

Vår erfaring fra praksis er at ved fall i blodtrykk og redusert urinproduksjon under søvn, så blir det ofte startet opp med vasokonstriguerende medikamenter, eksempelvis Noradrenalin. Disse medikamentene stimulerer det retikulær aktiverende system og pasientene kan få innsovningsproblemer, eller forstyrret søvn (Honkus, 2003, s. 184). Intensivsykepleierens erfaring med vurdering av søvn er viktig for at rette vurderinger blir gjort. Dermed viser vi til intensivsykepleierens ansvar- og kompetanseområde, at det stilles krav til økt kunnskap innen søvn, hvile og rehabilitering (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Vi ser her hvor viktig det er at intensivsykepleieren kan skille mellom søvnens fysiologiske påvirkning og symptomer som indikerer forverring av sykdommen for at optimale tiltak blir utført for å fremme søvnen hos intensivpasienten.

Flere av informantene i vår studie sa at vitale parametere ikke må brukes alene for å vurdere søvnen, men må sees i en sammenheng med pasientens opplevde velvære. Tidligere forskning som omhandlet søvnproblemer på intensivavdelingen, viste at fravær av velvære gav redusert søvn. Faktorer som gav fravær av velvære var ubehagelige sykehussenger, dårlig sengeleie, monitoreringsutstyr, ugunstig temperatur og oksygen som var slimhinneirriterende (Honkus, 2003, s. 183). I vår studie ble elimineringsmetoden nevnt for å tilrettelegge for velvære. Dette innebar å ha en systematisk gjennomgang av hva som kunne plage pasienten. Flere nevnte viktigheten av å utføre en slik gjennomgang før sovemedikamenter ble gitt. En av informantene påpekte at smertestillende kunne ha god effekt, slik at intensivpasienten sov bedre. Frisk og Norström (2003) fant i deres studie at smerter var det som plaget intensivpasienten mest, og gav dårlig søvn.

Det at intensivavdeling har en åpen ordinasjon på sovemedisiner, gjorde at intensivsykepleieren kunne gjøre en selvstendig vurdering i bruk av sovemedikamenter, men som igjen gir rom for individuelle variasjoner hos intensivsykepleierne.

En kartleggingsundersøkelse utført ved 50 intensivavdelinger i Norge, viste at de fleste registrerte søvn når pasienten lå i ro, og omtrent halvparten registrerte respirasjonsfrekvensen og blodtrykk (Dahl et al., 2015). Kombineres ulike observasjoner kan dette være med på å gi oss et bedre inntrykk av intensivpasientens søvn (Drouot, Cabello, d'Ortho, & Brochard 2008). Alle informantene vurderte søvnen også utfra om innsovningsmedikamentet som var gitt hadde effekt. I utførelse av sykepleie mente Virginia Henderson at sykepleie skulle gis individuelt til hver enkelt pasient, og skape seg en oversikt over pasientens grunnleggende behov (Mathisen, 2006, s. 28). Utfra vår forskning ser vi en tendens, at det er enklere for

intensivsykepleieren å gjøre en vurdering av den medikamentelle planen og eventuelt øke sovemedikamentet, enn å gjøre enkle individuelle tiltak for å fremme pasientens søvn. I følge Ritmala-Castren et al. (2016) trengs det mer forskning på området for at intensivsykepleieren skal kunne gjøre desto bedre vurdering av intensivpasientens søvn.

5.2 Omgivelsen sin påvirkning på søvnen

Å bli innlagt på en intensivavdeling vil for mange være en stor belastning. Spesielt med tanke på avdelingens høyteknologiske og aktive miljø, kan dette medvirke til søvnproblemer hos intensivpasienten (Stubberud, 2010, s. 66). I vår studie fremkom det i informantenes erfaringer at pasientene ofte hadde problemer med å sove, på grunn av høy aktivitet. Dette samsvarer med en studie som viste at intensivpasienter ofte har nedsatt søvnkvalitet, og oppnår kun søvnstadiene 1 og 2 (Honkus, 2003). Hva er det som forstyrrer søvnen i intensivavdelingen? En av de største årsakene til forstyrret søvn på intensivavdelingen er støy (Eliassen & Hopstock, 2011, s. 141).

Forskning har vist at kun 3-4 % av intensivpasientene oppnår optimal REM-søvn. Flere andre studier har vist at støy kan være med på å skape et urolig miljø rundt pasienten (Honkus, 2003; Heier & Wolland, 2005; Leonardsen, 2016). I vår studie kom det frem at informantene hadde erfaring med intensivpasienter som ofte hadde problemer med å sove på grunn av den høye aktiviteten i avdelingen. For pasienten kan støy derfor by på utfordringer for å oppnå søvnstadiene 3 og 4 (Heier & Wolland, 2005, s. 47). Hvor mye pasienten får med seg av det som skjer rundt avhenger av hvilket søvnstadium pasienten befinner seg i (Ursin, 1996). Ved hyppig avbrutt søvn vil intensivpasienten kunne få problemer med å oppnå optimal REM-søvn, som er viktig for den mentale restitusjonen (Heier & Wolland, 2005, s. 49).

I vår studie var det kun en av informantene som nevnte bruk av øreproppper til intensivpasienten, noe som vi stiller oss spørrende til, da dette er enkle og rimelige tiltak for å fremme søvn. Det er gjort flere studier på området. Le Guen et al. (2013) utførte en studie der det ble utdelt øreproppper og øyemasker til intensivpasientene, dette for å undersøke om søvnen ble uforandret, i forhold til hvordan pasienten sov hjemme. Ved hjelp av en kontrollgruppe viste det seg at de som fikk utdelt øreproppper og øyemasker bevarte i stor grad samme søvnkvalitet som de hadde i hjemmet (Le Guen et al., 2013). Dette kom også frem i en annen studie, der pasientene også fikk utdelt øreproppper og øyemaske. Det viste seg at de sov

i lengre perioder enn de som ikke fikk dette, men samme studie viste også at flere av deltakerne vurderte bruk av øreproppper til å være ubehagelig (Richardson, Allsop, Coghill, & Turnock 2007b). Og en kan da spørre seg om det er det beste tiltaket for pasienten.

Informantene uttrykte frustrasjon over hvor mye støy andre ansatte og kollegaer skapte. Informantene fortalte at det ble ført mange forskjellige samtaler av personalet og pårørende rundt intensivpasientene. Dette samsvarer med mye av den tidligere forskning som er funnet. Akansel og Kaymakçi (2008) viser i sin studie at støy fra personalet var en av de mest forstyrrende faktorene. Samtidig viste samme forskning at pasienter oftest oppfatter lyder og støy fra personalet som betryggende, og at de blir ivaretatt. Dette påpeker også Gundersen (2003) i sin studie, pasientene som ble intervjuet sa at søvnen var hyppig avbrutt grunnet forstyrrelser i miljøet, og mye av forstyrrelsene var forårsaket av personalet som i hovedsak var sykepleierne. Tross dårlig og avbrutt søvn under oppholdet, hadde pasientene hatt en sterk opplevelse av trygghet. Pasientene fortalte at denne tryggheten ble knyttet i stor grad til intensivsykepleierens tilstedeværelse.

Etter støy er lys en annen forstyrrende faktor for søvnen til intensivpasienten. En av de viktigste fysiologiske faktorene som styrer søvn er «vår indre klokke», som igjen reguleres av lysets stimuli. Lyset reduserer produksjonen av melatonin, og som kjent fra tidligere er melatonin et søvnfremmende hormon (Heier & Wolland, 2005, s. 40). I vår studie var det ingen av informantene som nevnte medikamentelle preparater med innehold av melatonin som et søvnfremmende tiltak, til tross for at pasienten var utsatt for mye lysstimuli.

I vår studie kom det frem at informantene hadde kunnskapen om å redusere støy og slukke/dimme lys for å tilrettelegge for optimal søvn. Men på en annen side erfarte de at dette i praksis kunne være utfordrende, da ikke alltid arbeidsforholdene lå til rette for det. Det ble nevnt at det på natten var utfordrende for intensivsykepleierne å arbeide eller dokumentere i et mørkt rom. Avdelingen hadde løst dette med å ha arbeidslamper på intensivsykepleierens arbeidsbord. Disse arbeidslampene opplevde noen av informantene som svært dårlige, og gav ikke optimale arbeidsforhold for intensivsykepleieren. Dette kunne resultere i at lyset i taket ble stående på og pasientene ble liggende eksponert for lys store deler av natten.

Ved intensivavdelingene som studien ble utført på, var det nytt monitoreringsutstyr med en rekke nye funksjoner. Monitoreringsutstyret gav muligheter til å redusere både lys og dempe lydnivået på alarmene. Det var også mulig å sette hele monitoreringen i lydløs modus, men da

måtte intensivsykepleieren selv følge nøye med. Hvor vidt de ulike funksjonene var i bruk, var det ingen av informantene som utdypet. En tanke er derfor at de intensivsykepleierne som hadde erfaring med å redusere støy og lys på monitoreringen, også tenkte gjennom dette for å redusere støy på det andre medisinsktekniske utstyret. Studien til Dahl et al. (2015) viste at bare en liten andel av respondentene rutinemessig slukket eller dempet lyset på monitoreringsutstyret.

Alle informantene sa de gjorde en vurdering av støy fra det ulike medisinsktekniske utstyret som var i avdelingen. De oppgav eksempler som: Å skru ned alarmgrenser og alltid ha klare nye medikamenter for å unngå at medisinpumpene alarmerte når infusjonen var gitt. Om dette alltid blir utført i praksis er vi skeptiske til. Studien gjennomført av Akansel og Kaymakçi (2008), ønsket å måle støy rundt sengen til pasienten. Dette ble målt i desibel (dB). Det ble tatt utgangspunkt i The World Health Organizations (WHO) anbefalinger av lydnivå på sykehus. Studien viste at det generelle støynivået var nesten dobbelt så høyt enn hva WHO anbefalte, både på dag- og nattestid (Akansel & Kaymakçi, 2008). Denne studien alene kan ikke være med på å generalisere til alle intensivavdelinger, men den forteller oss at støynivået har lett for å bli forhøyet i et aktivt miljø.

Hvordan de forskjellige intensivavdelingene i vår studie var utformet, og hvordan planløsningen var, kan ha innvirket på søvnen til pasientene. Stubberud (2010) trakker frem at det er vist i flere studier at støynivået er vesentlig høyere der pasienter ligger på storsal, enn hvor pasienter har enerom (Stubberud, 2010, s. 67). Vi kan her tenke oss at dette er en selvfølge, desto flere mennesker på samme rom, vil gi desto høyere støy- og aktivitetsnivå. Alle våre informanter hadde best erfaring med enerom til intensivpasientene med tanke på pasientens søvn.

Informantene fortalte at storsalen ofte ble brukt grunnet avdelingens vaktstruktur og bemanning. Det kan hevdes at for avdelingen var dette en gunstig løsning, da det var bedre å ha to intensivsykepleiere på flere pasienter enn to bundet til et enerom. Informantene så på det som en utfordring med mange pasienter på storsalen, men la til at det var dette som var løsningen, for å få kabalen til å gå opp. Erfaringene deres var at nye pasienter, spesielt på nattestid, ofte ble lagt på storsal. Dette var med på å skape uro, og ekstra støy. Forskning har også vist at en annen forstyrrende faktor på en intensivavdeling var andre pasienter som gråt, snorket, eller mottak av ny pasient i avdelingen på nattestid. Sengeplassene som var nærmest vaktrommet i avdelingen, hadde et høyere målt støynivå, enn sengeplassene som var lengre i

fra vaktrommet (Akansel og Kaymakçi, 2008). Denne studien bekrefter erfaringer fra praksis, da det kan bli mye støy inne på vaktrommet. Dette kan være støy som samtaler og diskusjoner blant ansatte, bursdagsfeiringer og høy latter. Vi ser også at det ofte blir glemt å lukke dører inn til vaktrommet. Samtidig ser vi også en fordel med å ha vaktrommet i nærheten av pasientrommene da sykepleierne er lett tilgjengelige for pasienter og pårørende.

Informantene stilte seg spørrende til hvordan vaktstrukturen var satt opp. Noen av informantene syntes det ikke var bra at nattevakten startet så sent som klokken 22.45. En informant påpekte at klokken fort nærmet seg midnatt før hun hadde oversikt over pasientene. Dette ville resultere i at natten startet sent for intensivpasienten, og ofte ble det noen oppvåkninger også på natten, som igjen gjorde natten kortere. Dersom nattvakten hadde startet klokken 22.00, og intensivsykepleieren brukte en time på å motta rapport og få en oversikt, kunne det kanskje vært ro rundt pasienten klokken 23.00.

Informantene i vår studie uttrykte en frustrasjon til blodprøvetaking hver morgen klokken 07.00. Det var forståelse til hvorfor det ble tatt blodprøver, men at dette opplevdes som frustrerende for intensivsykepleieren om pasienten omsider hadde sovnet sent. Samtidig har en studie vist at i kun 7 av 33 av tilfellene våknet pasientene av blodprøvetaking (Ritmala-Castren et al., 2015). Denne rutinen mener vi handler om logistikk, og hvordan avdelingen styres. Legene ønsker angivelig å ha blodprøvesvarene ferdig til legevisitten.

På de to intensivavdelingene som vi utførte vår studie varierte det hvor høyt fokus søvn hadde, og her var det også splittende meninger blant informantene. Hos noen av informantene virket det til at søvn ikke var i fokus, på grunn av at det pågikk andre prosjekter eller undervisninger i avdelingen som «stjal» fokus. En erfaring hos informantene var at dersom avdelingen tok initiativet til å ha et økt fokus på søvn, ble også intensivsykepleierne ytterligere oppmerksomme og bevisste på det. Men det stilles krav til intensivsykepleieres faglige kompetanse, og i intensivsykepleierens ansvar- og kompetanseområdet skal intensivsykepleieren ha økt kunnskap innen søvn, hvile og rehabilitering (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Det vil da si at det er intensivsykepleierens ansvar å tilstrebe et optimalt miljø for intensivpasienten å sove i. Har intensivsykepleierne kunnskap om omgivelsenene sin påvirkning på søvnen, så vil forhåpentligvis de også gjøre en bedre vurdering og tilrettelegging av omgivelsene for å fremme søvn hos intensivpasientene. Vi vil her også trekke frem det positive ved at videreutdanning i intensivsykepleie har blitt en mastergrad. En tanke her er at hver enkel utdannet intensivsykepleier som har utført et

selvstendig vitenskapelig arbeid gjennom en masteroppgave, er bedre rustet til å gå i dybden i «kunnskapshull» og holde seg oppdatert på ny forskning og kunnskap ute i praksis.

5.3 Planlegging av døgnrutiner

I en intensivavdeling kan det være aktivitet hele døgnet. Å skille dag og natt kan intensivpasienten oppleve som utfordrende. Vi mener at det å skape døgnrutiner for pasienten inngår i intensivsykepleierens rehabiliterende funksjon. Stubberud (2010) har påpekt at rehabiliteringen starter allerede i det akutte stadiet. Det innebærer tiltak og vurderinger intensivsykepleieren utfører i forbyggende hensikt for å hindre komplikasjoner, og for å fremme pasientens funksjonsnivå (Stubberud, 2010, s. 36). Et funn i vår studie var at informantene hadde erfaring med å opprettholde en normal døgnrytme, for å fremme pasientens søvn. Dette innebar at informantene måtte utføre en vurdering av sin planlegging. Flere av informantene nevnte at de laget en dagsplan for pasienten, slik at prosedyrer og mobilisering ble utført på dagtid og kveldstid. Informantene nevnte også at de tilstrebet å få gitt alle medisiner på dag- og kveldstid. Dette for at det da skulle være aktivitet rundt pasienten, og ro på natten. Samtidig med dette sa alle informantene at de ikke brukte behandlingsplanen i sin dokumentasjon. Som forskere stiller vi oss da spørrende til hvor dagsplanen ble dokumentert, eller om den ble dokumentert. Vi ser det som utfordrende å opprettholde kontinuitet i dagsplanen gjennom alle tre skiftene hvis den ikke er dokumentert. Vår erfaring fra praksis er at intensivsykepleieren har en visuell dagsplan som ikke er skrevet ned.

REM-syklusen har en varighet på ca. 90 minutter, som vanligvis blir repetert 4-5 ganger i løpet av natten (Ursin, 1996, s. 25). Ritmala-Castren et al. (2015) sin studie viste at under oppholdet i intensivavdelingen var det kun 21 % av deltakerne som oppnådde alle fire søvnstadiene og 50 % av deltakerne oppnådde ikke den dype søvnen eller REM-søvnen. I vår studie kom det frem at flere av informantene hadde erfaring med å prøve og samle prosedyrer og tiltak for å fremme søvn og døgnrutine for pasienten. Informantene sa målet med å samle prosedyrer og tiltak var for å unngå at intensivsykepleieren stadig berørte og forstyrret intensivpasienten, som igjen resulterte i at pasienten ikke opplevde fred og ro. Samtidig nevnte flere informanter at det ikke var lett å unngå hyppig berøring og forstyrrelser, da det stadig er ting som må justeres eller flyttes på i intensivpasientens nære omgivelser. Ritmala-

Castren et al. (2015) viste i sin studie at intensivsykepleieren utførte i gjennomsnitt sykepleie til pasienten hvert 35. til 40. minutt. Denne studien mener vi er meget relevant til dagens praksis i intensivavdelingen, da vår erfaring er at pasienten blir hyppig berørt og forstyrret. Med bakgrunn fra vår praksis spør vi om dette er reelt i praksis, at prosedyrer og tiltak blir fullstendig samlet opp slik som informantene sier de tilstreber. Det å samle prosedyrer og tiltak krever nøye vurdering og planlegging hos intensivsykepleieren. Samtidig kreves det kunnskap hos intensivsykepleieren om søvnsyklusen sin ulike stadier, samt kunnskap om konsekvens og ringvirkninger av å bryte en søvnsyklus. Ved å trekke sammen funnene, forskning (Ritmala-Castren et al., 2015) og teori (Stubberud, 2010 s. 66) kan man se at pasienten blir hyppig forstyrret, og at en time sammenhengende søvn er ikke nok for at intensivpasienten får optimal fysisk og psykisk restitusjon. Ut av dette kan man videre trekke at intensivsykepleieren er med på å forstyrre søvnens behandlende effekt hos intensivpasienten.

Blant informantene ble det nevnt ulike måter å utføre dokumentasjon av søvnen. Det virket som at informantene måtte finne ut på egenhånd hvor og hvordan de skulle dokumentere ned søvnen, og at det ikke fantes en fastsatt dokumentasjonsmetode i avdelingen. Dette forstod vi på grunn av at informantene måtte tenke seg godt om før de svarte, og det fremkom flere forskjellige svar, også innenfor samme avdeling. Den ene avdelingen hadde heller ikke en tilrettelagt døgnkurve med tilegnet rubrikk til å registrere søvn. Alle informantene ved den ene intensivavdelingen sa at de førte RASS når de dokumenterte pasientens søvn. Med bakgrunn i vår praksis og RASS-skalaen sin funksjon stiller vi oss spørrende til om dette er et tilfredsstillende redskap å bruke i vurdering av søvn. I følge Gulbrandsen (2010) er RASS et kartleggingsverktøy og skåringssystem som intensivsykepleiere og leger bruker i sedasjonsarbeidet (Gulbrandsen, 2010, s. 156). RASS-skalaen skal altså brukes i planlegging og vurdering av sedasjonsnivå når pasienten får kontinuerlig infusjon av sederende medikamenter. Det å bruke denne skalaen for å dokumentere ned søvn er derfor ikke et verktøy som er optimalt å bruke i vurderingen av intensivpasientens søvn. Da vi syntes det er viktig å skille mellom en sedert pasient og en pasient i «normal» søvn. Vi ser også at døgnkurven som intensivsykepleieren fører målinger og registreringer i gjennom hele døgnet, har et forbedringspotensial.

De fleste av informantene spurte pasienten om hans opplevelse av søvnen samsvarte med deres oppfatning av søvnen, før de skrev rapport. Med dette menes rapporten som ble skrevet

i dokumentasjonsprogrammet DIPS, under punktet smerter/søvn/velvære. Studien som er utført av Ritmala-Castren et al. (2014) er en tankevekker. De undersøkte om pasientens opplevelse av søvnen samsvarte med det intensivsykepleieren hadde dokumentert ned. Resultatet var at dette samsvarte i 56 % av tilfellene, noe som ble ansett som veldig lavt. Ritmala-Castren et al. (2014) konkluderte i sin studie med at grunnen til at intensivsykepleierens oppfatning av søvnen kun samsvarte i litt over halvparten av intensivpasientens oppfatninger, var at intensivsykepleierens dokumentasjon av søvnen var lite systematisk og lite omfattende. Studien til Ritmala-Castren et al. (2014) er med på å styrke våre funn der dokumentasjon av søvnen ikke har en bestemt fremgangsmåte. Samtidig samsvarer studien med våre funn at intensivsykepleieren må spørre pasienten om hans opplevelse av søvnen, om pasienten kan gjøre rede for det. Dette for at intensivsykepleierens subjektive vurdering av søvnen alene ikke er nok. En tanke er at det også trengs en kompetanseøkning i intensivsykepleierens subjektive vurdering av pasientens søvn.

5.4 Konsekvens av søvnkvalitet

Studier har vist at søvn er viktig for den kritisk syke pasienten for å overleve og bli raskere frisk (Honkus, 2003; Richardson et al., 2007a; Tembo & Parker, 2009). Weinhouse og Schwab (2006) hevdet også at intensivpasienten lider av søvnmangel. Alle informantene i vår studie mente at forstyrret søvn var vanlig i intensivavdelingen. Alle informantene trakk frem viktigheten av å oppnå tilfredsstillende søvn for raskere rehabilitering. Ifølge Akansel og Kaymakci (2008) kan mangel på søvn være med på å forlenge liggetid og rehabiliteringsprosessen. Jennum (2013) mente det var gjort lite forskning på intensivpasientens søvnkvalitet og forverring av deres kritiske sykdom. Søvn sees som en naturlig prosess med ulike helningsprosesser, som man antar har god behandlende effekt på en som er kritisk syk (Jennum, 2013, s. 193).

Virginia Henderson (1998) skrev om sykepleierens funksjon, der hun trekker frem hvor viktig individuell sykepleie til hver enkelt pasient var. Å utføre god sykepleie for å fremme eller gjenvinne helse, og hjelpe pasienten til å bli selvstendig så raskt som mulig var hennes grunnlag for god sykepleie (Henderson, 1998, s. 45). Ved å trekke dette til intensivavdelingen hvor ingen sykdomsforløp er like, erfarer vi hvor viktig det er med en individuell tilpasning av behandlingen, og individuell tilrettelegging for optimal søvn.

Vi mener at ut i fra intensivpasientens sykdomsforløp, vil det allerede ved innkomst til intensivavdelingen være lurt å begynne å tenke utskrivelse til sengepost. Det at intensivsykepleieren har inngående kunnskap og ferdigheter til å vurdere pasientens behov, og tilrettelegge for å oppnå god søvn vil her være veldig viktig. Ut i fra funnene kan vi strekke dette lengre, og tenke at intensivsykepleierens evne til vurdering og tilrettelegging for søvn, vil videre ha en innvirkning på sykdomsforløpet.

Alle informantene hadde erfaringer fra praksis der intensivpasienter hadde sovet dårlig, og der intensivpasienter hadde sovet godt. De så en klar sammenheng mellom søvnkvaliteten og pasientens sykdomsforløp, og hvordan dette kunne gi ringvirkninger for sykehusoppholdet. Informantene hadde observert endringer i pasientens oppførsel når de over tid hadde sovet dårlig. De opplevde at intensivpasientene ble uklare, urolige, uopplagte, irritable og motorisk urolige. Disse symptomene vil være vanlig å observere når pasienten ikke har fått tilstrekkelig søvn (Honkus, 2003; Stubberud, 2010; Ursin 1996). Noen av informantene mente også at dette var med på å gi intensivpasienten et lengre opphold på intensivavdelingen.

Alle informantene uttrykte at de så en klar sammenheng mellom utvikling av delirium og dårlig søvn hos intensivpasienten. Stubberud (2013) trekker også dette frem som en kjent årsak der pasienter i forbindelse med kritisk sykdom hadde sovet dårlig, og opplevd fysisk og psykisk belastning. Utviklingen av deliriumtilstand vil øke med alder (Stubberud, 2013, s. 71-74). Den vanligste komplikasjonen for kritisk syke eldre er delirium. Personer over 65 år har nedsatt søvnkvalitet i 40 % av tilfellene, og har i løpet av natten mindre av den dype søvnen, og lengre innsovningstid (Ranhoff, 2008, s. 312; Ursin, 1996, s. 28). Som kjent er intensivpasienten i alle aldre, men andelen eldre over 70 år er økende (Stubberud, 2010, s. 208). Her kan vi reflektere over sammenhengen mellom nedsatt søvnkvalitet, og hyppige oppvåkninger på intensivavdelingen. Det kan være forstyrrelser som for eksempel støy og lys. En studie av Ritmala-Castren et al. (2015) viste at sykepleietiltak i løpet av natten også økte i takt med pasientens alder (Ritmala-Castren et al., 2015). Altså ville dette gi den eldre intensivpasienten flere forstyrrelser i løpet av natten.

Informantene var bekreftende til sammenhengen mellom utvikling av delirium og dårlig søvn over lengre tid. De uttrykte at dette gjaldt spesielt dem som var i faregruppen, men ingen av dem fortalte hvem de mente var mest utsatt for utvikling av delirium. Det ble trukket fram at deliriumstilstanden forsinket prosessen med overflytning til sengepost, og pasienten vil da få forlenget sykehusopphold. Dette mener vi igjen kan by på økte samfunnsutgifter. Helse og

Omsorgsdepartementet (2014) skrev på deres nettsider at et gjennomsnittdøgn på sykehus koster om lag 40 000 kroner (Helse og Omsorgsdepartementet, 2014). Og med dette kan vi tenke oss at et døgn på intensivavdelingen vil ha en ytterligere økt kostnad.

Et forebyggende aspekt ble også nevnt av en informant, uansett hva som var årsaken til delirium, måtte dette forsøkes å bli forebygget tidligere i forløpet. For at intensivsykepleieren skal utføre forebyggende arbeid vil det være nødvendig å ha inngående kunnskap om de ulike predisponerende faktorene for utvikling av delirium.

På lik linje med dårlig søvn, hadde alle informantene også erfaring med pasienter som hadde sovet godt på intensivavdelingen. Informanten uttrykte her hva god søvn gjorde med pasientens humør, energinivå, og hvordan de erfarte pasientene var ytterligere klar for å takle dagen og opptreningen. Dette funnet understreker det vi ønsker å få frem, at bedre søvnkvalitet kan være med på å gjøre oppholdet på intensivavdelingen lettere for pasientene og muligens kortere. Men alt dette er igjen med på at intensivsykepleierne må ha kunnskap og evne til å vurdere hva pasientene trenger, og kunne vurdere og tilrettelegge for optimal søvn for intensivpasienten.

5.5 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven reflekteres det over styrker og svakheter som kan være med å påvirke studiens troverdighet. I følge Graneheim og Lundman (2004) skal et hvert forskningsresultat være så troverdig som mulig. Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet er tre viktige begrep for å identifisere forskningens troverdighet. Gyldighet innebærer at data og analyseprosesser vinkles til fokuset på en tilfredsstillende og troverdig måte. (Graneheim & Lundman, 2004). Pålitelighet gjenspeiler hvilke avgjørelser forskeren har utført i løpet av analyseprosessen, og i hvilken grad data blir endret over tid. Overførbarheten henviser til om funnene kan overføres til andre omgivelser eller settinger. Forskerne kan vise eksempler på overførbarhet til praksis, men det er opp til leseren og avgjøre om funnene er overførbare til andre settinger (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi stilte oss spørsmål til om kvalitativ metode var mest gunstig for å besvare vår hensikt, da vi ønsket å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet. Ettersom

studien var ute etter erfaringer og empiriske data så vi det som hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode, da denne metoden søker etter den spesielle erfaringen og dybdekunnskapen hos intensivsykepleieren (Gilje & Grimen, 1993, s. 142). Hadde vi søkt mengde, eller variasjoner av konkrete tiltak som ble utført for tilrettelegging av søvn, kunne vi ha utviklet et spørreskjema, og benyttet kvantitativt design for å gjøre datamaterialet målbart (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 102). Men med denne studien ønsket vi å få fram hvilke vurderinger av intensivpasientens søvn som intensivsykepleieren utførte, hvordan de la til rette for intensivpasientens søvn og hvordan de opplevde at søvn innvirket på intensivpasientens sykdomsforløp. Kvalitativ forskningsmetode er ute etter å beskrive eller forstå ett eller flere fenomener eller sammenhenger (Nordtvedt et al., 2012, s. 196). Ved bruk av kvalitativt design fikk vi frem de erfaringene informantene hadde. Vi så derfor at kvalitativ forskning var hensiktsmessig.

Informantene som var relevante for vår studie måtte ha jobbet som intensivsykepleier i minimum tre år og arbeidet i tredelt turnus. Disse inklusjonskriteriene ble satt for å sikre relevant arbeidserfaring, og at informantene hadde erfaring fra alle vaktskiftene, dagvakt, kveldsvakt og nattvakt. Disse inklusjonskriteriene ble satt for å styrke studien og øke gyldigheten, ved å få frem hvilke vurderinger og tilrettelegginger av søvn som ble utført hele døgnet. Uten disse inklusjonskriteriene kunne vi opplevd skjevhet og kun innhentet erfaringer til dem som arbeidet på dagtid, hvilket ville skapt en svakhet i studien.

Forespørselen ble gjennomført med hjelp fra enhetslederne ved de to intensivavdelingene. Det ble utført loddtrekking av de ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene. Det ble også tatt hensyn til hvem som var på arbeid de ukene vi hadde satt opp som ønskelige for gjennomføring av intervjuene. Denne loddtrekningen ble utført fra turnusprogrammet GAT. Ettersom det var enhetsleder som forespurte de ansatte om deltagelse i studien, kan dette ses på som en svakhet. Informantene kan ha følt at de måtte delta i studien i og med det var enhetsleder som forespurte, og man her kan oppleve et skjevt maktforhold, og en etisk utfordring i forhold til prinsippet om autonomi, der det vektlegges frivillig deltagelse i studien. Men det var ingen av informantene som ønsket å trekke sitt samtykke, bortsett fra en av informantene som ble syk, og kunne ikke delta i intervjuet. Det ble da ved hjelp av enhetsleder gitt forespørsel til en ny informant. Utvalget besto av syv intensivsykepleiere med ulik ansiennitet og variasjon i alder. Det var kun kvinnelige informanter, hvilket kan ses som en svakhet. Hadde menn vært representert, kunne dette muligens gitt oss et rikere

datamaterialet. Likeså hadde det vært ønskelig med flere informanter for å få et enda mer differensiert datamateriale. Vi ser også at det hadde styrket våre funn med informanter fra flere ulike intensivavdelinger.

Med studien ønsket vi å avdekke meninger, opplevde opplevelser og erfaringer til hver enkelt informant (Polit & Beck, 2014, s. 75). Det ble derfor benyttet semistrukturert dybdeintervju for å få en samtale mellom oss som forskere og informanten, der gangen i samtalen blir styrt av oss som forskere (Polit & Beck, 2014, s. 290). Vi var begge til stede under alle intervjuene da dette var en uvant rolle for oss og for at begge skulle få samme tilhørighet til datamaterialet. Det var også et bevisst valg fra vår side å bytte på rollen som leder av intervjuene. Dette er med på å styrke studien ved at vi begge ble involvert i intervjuene, og informantenes erfaringer. Det ble utført to pilotintervju for å kvalitetssikre intervjuguiden. Dette opplevdes som positivt da det gav oss tilbakemelding på endringer som vi tok med oss ved revidering av intervjuguiden. Vi var også begge nye i intervjuerrollen, og ved å utføre et pilotintervju ble vi også tryggere i rollen som leder av intervjuene.

Det at vi begge kjenner til dem som arbeider ved det ene sykehuset, og at den ene av oss har dette som arbeidsplass, kunne by på etiske utfordringer, og kunne være en svakhet i studien. Vi så dette som en mulig bias som kunne påvirke funnene ved at informantene kanskje ikke svarte ærlig på spørsmålene som ble stilt. Vi var bevisste på dette fra starten, og løste dette med å tydeliggjøre våre roller, og skille mellom forskerollen, og kollegarollen. Dette kan ha vært med på å øke reliabiliteten i intervjusituasjonen. Forskeren med minst kjennskap til intensivsykepleierne på den ene avdelingen ledet intervjuene (Tønsberg, 2009, s. 270-274). Vi syntes at gjennomføringen av intervjuene gikk etter planen.

Intervjuene ble utført på et møterom i de respektive avdelingene. Dette ble gjort i den hensikt at intervjuene kunne ta sted i arbeidstiden, og informantene trengte ikke å stille opp på sin fritid. Som kjent er intensivavdelingen en avdeling med et høyt aktivitetsnivå, der pasienter er akutt- og/eller kritisk syk. Hvor skadet eller hvor syk pasienten er vil være varierende (Stubberud, 2010, s. 23). Intensivsykepleieren som skulle delta i studiene ble tatt ut fra arbeidet som de holdt på med, selv om alle intervjuene var planlagt på forhånd, virket det som i et til to av tilfellene at intervjuet var glemt bort. Vi merket på disse informantene at de var stresset, og at de ble tatt ut av en pasientsituasjon som var svært krevende. Dette kan muligens være en svakhet i studien, da vi opplevde at de egentlig ikke hadde anledning til å delta i studien. Men på en annen side signerte alle samtykkeerklæringen før intervjuet startet og delte

av sine erfaringer. Vi har reflektert over dette i etterkant, det kan ha vært svært krevende situasjoner intensivsykepleieren stod i, og neste øyeblikk skulle de ut av avdelingen for å delta i en studie med et helt annet tema. Vi kan derfor her se at dette kan ha virket inn på datainnsamlingen, og hvor mye informanten klarte å endre fokuset sitt.

Å arbeide med et intervju, transkribere, og analysere datamateriale genererer mye arbeid innen kvalitativ metode. Vi så det som viktig å ha en god systematisk analyse for å forenkle denne prosessen. Dette ville gjøre det lettere å tolke og øke troverdigheten (Polit & Beck, 2014, s. 301). Vi brukte Graneheim og Lundman (2004) sin manifeste og latente innholdsanalyse. Denne har vi sett på som et godt verktøy og et godt hjelpemiddel for å beskrive og tolke innhentet data.

Arbeidet med analysen vil ha en subjektiv tolkning av teksten, dette kan derfor gi teksten flere betydninger. Forskeren som ledet intervjuet transkriberte samme dag som intervjuet ble gjennomført, dette for å ha intervjuet friskt i minne, hvilket vil øke påliteligheten til det transkriberte materialet som skulle arbeides videre med. Vi har arbeidet tett sammen i analyseprosessen for å sikre likhet i behandling av datamateriale. Vi så dette som en gunstig måte for at fokuset mot vår hensikt skulle bli opprettholdt på en troverdig måte. Det har vært tidkrevende, men vi ser det som en styrke i funnenes pålitelighet at vi har fulgt analysetrinnene nøye hvor meningsenhetene ble nøye selektert og kondensert, meningsenhetene var også korte for å ha materiale som var enklere å forholde seg til og desto enklere å trekke ut en kode fra. Vi så at dette nøye arbeidet var med å øke troverdigheten. Kodene ble igjen nøye vurdert før organisering i subkategorier og kategorier. Grunnet bruk av fargekoder av de ulike kodene og kategoriene har ingen av funnene blitt glemt i prosessen. I studiens funnkapittel er det bevisst brukt direkte sitat, for å styrke troverdigheten til funnene, det vil si den interne validiteten.

En styrke i studien var at vi har opparbeidet oss en refleksivitet som har vist seg gjennom at vi var observante våre egne fordommer, og i fremgangsmåten vært kritisk til vårt eget ståsted i forskningsprosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Graneheim og Lundman (2004) mener at virkeligheten kan tolkes på ulike måter, og i en forskningsprosess kan det gi en subjektiv tolkning, som kan påvirke resultatet. Vi har gjennom hele arbeidet vært bevisst vår forforståelse, og forsøkt å la funnene styre i analyseprosessen og da vi navngav de ulike subkategoriene og kategoriene.

Funnene som har kommet frem i denne studien samsvarer i stor grad med annen forskning vi har funnet, som er med på å styrke funnenes pålitelighet og troverdighet.

Graneheim og Lundman (2004) presiserer at en tydelig beskrivelse av kontekst, informanter, datainnsamling og analyseprosessen er viktig for å øke overførbarheten, det vil si den eksterne validiteten, men at dette er opp til leseren å avgjøre. I vår oppgave har vi lagt til rette for at leseren kan avgjøre om funnene er overførbare ved å tydelig forklare utvalg, kontekst, datainnsamling og analyseprosessen i studiens metodekapittel.

5.6 Implikasjoner i praksis

Ut i fra funnene har vi sett behov for endringer som kan gjøres i praksis for at intensivsykepleierens vurderinger og tilrettelegging av intensivpasientens søvn kan bedres.

Intensivsykepleierens kunnskap angående søvnens fysiologiske påvirkning må økes, for at rette vurderinger og tiltak skal bli utført. Knutsen og Swensson (2014) trekker dette frem i deres studie at det trengs et løft i intensivsykepleierens kunnskap til søvn, men også et behov for holdningsendring.

Informantene fortalte at deres fokus på søvn økte når avdelingen hadde et fokus rettet mot det, som undervisning eller fagdager. Vi ser at hver enkelt intensivsykepleier må ta ansvar for sin egen kompetanse, fordi intensivsykepleierens ansvar og kompetanseområde stiller krav til økt kunnskap innen søvn, hvile og rehabilitering (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Knutsen og Swensson (2014) konkluderer med i deres studie at den beste behandlingen for nedsatt søvnkvalitet vil være å arbeide forebyggende for intensivsykepleieren.

Intensivavdelingene og hver enkelt intensivsykepleier må ha et økt fokus på reduksjon av lys og støy for å fremme intensivpasientens søvn. Vi mener dette gjelder både i avdelingen og inne på rommet hos pasienten. Mulige tiltak kan være å dempe lys i hele avdelingen til natten, bedre tilrettelagt arbeidslys, lukke dører inn til vaktrommet, åpne emballasjer utenfor pasientrommet og dempe nivået av samtaler rundt pasienten. Et annet tiltak som også en informant påpekte, er å minne hverandre på at man må være stille. Ved en eventuell

ombygging eller nybygging av intensivavdeling vil det være gunstig å lage planløsninger som skjermer pasienten for støy og lys.

Vi vil også her foreslå at avdelingene gjør innkjøp av øreproppper og øyemasker, slik at dette er et tilgjengelig tiltak for intensivsykepleieren å tilby intensivpasienten. Samtidig ser vi viktigheten av at intensivsykepleieren oppfordrer til å ta det i bruk, da forskning viser at dette har effekt.

Det at nattevakten hadde startet en time tidligere, altså klokken 22.00, kunne være med på å gi pasientene en lengre natt, samtidig som dette skulle gi nattevakten mer tid før pasienten sovnet til å utføre sine observasjoner og tilrettelegginger. Nattevakten til intensivsykepleieren vil da bli lengre, mens kveldsvakten kortere. Hvordan dette ville bli tatt imot i praksis stiller vi oss spørrende til.

Ritmala-Castren et al. (2014) konkluderte i sin studie med at intensivsykepleierens dokumentasjon av søvnen er lite systematisk og lite omfattende. Vi ser at døgnkurven må lages på en måte som gjør dokumenteringen av søvn enklere og mer oversiktlig, og ikke minst at det legges til rette for at intensivsykepleierne kan utføre dette på samme måte. Dette kan være til hjelp når de skal gjøre sin tilrettelegging og vurdering av nattesøvnen. Hvor mye søvn som er registrert kan være med å styre intensivsykepleierens forventninger til videre våkenhet eller trøtthet hos intensivpasienten, som da kan gjøre at tilretteleggingen av søvn blir bedre. Videre ser vi også at behandlingsplanen er et redskap som må brukes i praksis. Vi mener den er et godt verktøy for å kunne opprettholde kontinuitet i sykepleien, og at bestemte tiltak og dagsplaner blir fulgt opp gjennom alle tre vaktskiftene. Dette igjen kan være med på å påvirke hele sykdomsforløpet til pasienten.

Det at intensivsykepleieren har kunnskap om predisponerende faktorer for utvikling av delirium er viktig. Dette er faktorer som er tilstede før innleggelse, som alder, tidligere kognitiv svikt, alkoholmisbruk og generell helsetilstand (Stubberud, 2010, s. 208-218).

6.0 Konklusjon

I denne studien har vi brukt kvalitativt design for å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn, og hvordan søvnen kan innvirke på sykdomsforløpet. Ut i fra funnene kom det frem at det å gjøre en vurdering og tilrettelegging av intensivpasientens søvn innebærer flere aspekter. Kort oppsummert handler dette om at intensivsykepleieren som arbeider rundt intensivpasienten utfører kliniske vurderinger, gjør en vurdering av omgivelsen sin påvirkning på søvnen, vurderer og tilrettelegger døgnrutiner og utfører en vurdering av søvnkvalitetens konsekvens.

Informantene hadde erfaring med at intensivpasientens søvn innvirket på sykdomsforløpet. De så en sammenheng med at dårlig søvn gav et lengre opphold på intensivavdelingen, og at god søvn gav pasienten økt energi, slik at opptreningen og overflytting til sengepost kunne påbegynnes tidligere.

For å optimalisere og forbedre vurdering og tilrettelegging av søvnen kreves det en økt bevisstgjøring og kunnskap hos intensivsykepleierne om søvnens fysiologi, og om søvnens innvirkning på sykdomsforløpet. Dette ville da også tilfredsstilt intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområdet, som innebærer at intensivsykepleieren skal ha økt kunnskap innen søvn, hvile og rehabilitering.

Med tanke på videre forskning innenfor dette temaet, hadde vi sett det som meget interessant å intervjue pasienter, og fått frem deres opplevelse av hva som forstyrret søvnen i intensivavdelingen. En observasjonsstudie i intensivavdelingen for å kartlegge hva som skaper lyd og lys, og hva som forstyrrer pasientens søvn kunne også vært nyttig.

Litteratur

Akansel, N. & Kaymakci, S. (2008). Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(12), 1581–1590. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02144.x

Boyko, Y., Ørding, H. & Jennum, P. (2012). Sleep disturbance in critically ill patients in ICU, how much do we know? *ACTA Anastesiologica Scandinavica*, *56*(8), 950-958. doi:10.1111/j.1399-6576.2012.02672.x

Dahl, A. F., Foss, H. & Fossum, M. (2015). Norske intensivavdelingers praksis rundt søvn og sedasjon. *Nordic Journal of Nursing Research*, *35*(2), 105-112. doi: 10.1177/0107408315579321

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.* Hentet fra: https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *I Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, *5*(2), 100-113. Hentet fra http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/244/234

Drouot, X., Cabello, B., d'Ortho, M-P. & Brochard, L. (2008). Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews*, *12*(5), 391-403. doi: 10.1016/j.smrv.2007.11.004

Eliassen, K. M. & Hopstock, L. A. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit- A survey of nurses' interventions, *Intensive and Critical Care Nursing*, *27*(3), 138-142. doi: 10.1016/j.iccn.2011.03.001

Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. (2003). *Sykepleierens samarbeid i Norden.* Hentet fra: http://old.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf

Frisk, U. & Nordström, G. (2003). Patients' sleep in an intensive care unit- patient's and nurses perception. *Intensive and Critical Care Nursing*, *19*(6), 342-349. doi.10.1016/S0964-3397(03)00076-4

Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. *De nasjonale forskningsetiske komiteene.* Hentet fra: https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/

Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskaplige forutsetninger, innføring i samfunnsvitskapens vitenskapfilosofi*. Oslo: Universitetsforlag AS.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gulbrandsen, T. (2010). Sedasjon. I D. G. Stubberud. (Red.), *Intensivsykepleie,* (148-163). Oslo: Akribe.

Gundersen, E. (2003). *Søvn i intensivavdelingen - en kvalitativ studie med fokus på pasienters og sykepleieres erfaringer*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Bergen). E. Gundersen, Bergen.

Heier, S. M. & Wolland, A. M. (2005). *Søvn og søvnforstyrrelser*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

Helse og Omsorgsdepartementet. (2014). *Her finner du svarene på noen vanlige spørsmål for tema sykehus*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal/id534086/

Henderson, A, V. (1998). *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Honkus, V. L. (2003). Sleep deprivation in Critical care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, *26*(3), 179-189. doi: 10.1097/00002727-200307000-00003

Jennum, P. (2013). *Søvn*. København: Munkegaard.

Knutsen, K. & Swensson, A. (2014). Intensivpasientens søvnkvalitet. *Inspira* (4), 5-9.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView, introduktion til et håndværk.* København: Hans Reitzels forlag.

Le Guen, M., Nicolas-Robin, A., Lebard, C., Arnulf, I. & Langeron, O. (2013). Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study. *British Journal of Anaesthesia, 112*(1), 89-95. doi: 10.1093/bja/aet304

Leonardsen, A. C. (2016). Støy i intensivavdelingen- på godt og vondt. *Inspira*, (1), 4-9.

Masterhåndboken (2014). Øverby, N. C., Fegran, L., Bjørnestad, J. O. & Johansen, B. T. *Veiledende retningslinjer for mastergrad i helsefag, psykisk helsearbeid, folkehelsevitenskap, idrettsvitenskap og spesialsykepleie*, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap. Universitetet i Agder.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Mathisen, J. (2006). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I U. Knutstad & K. B. Nielsen (Red.). *Sykepleiebok 2 – Teoretisk – metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, (s. 23-37). Oslo: Akribe AS.

Nordtvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, M. L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.

NSFLIS Generalforsamling. (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet fra: https://www.nsf.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-forintensivsykepleier

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research – Appraising evidence for nursing practice*. London: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (s. 311-318). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Richardson, A., Crow, W., Coghill, E. & Turnock, C. (2007a). A comparison of sleep assessment tools by nurses and patients in critical care. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1660–1668. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01546.x

Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E. & Turnock, C. (2007b). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, 12*(6), 278–286. doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00243.x

Ritmala-Castren, M., Axelin, A., Kiljunen, K., Saino, C. & Leino-Kilpi, H. (2014). Sleep in the intensive care unit-nurses documentation and patients perspectives. *British Association of Critical Care Nurses, 1*(8), 1-9. doi: 10.1111/nicc.12102

Ritmala-Castre, M., Virtanen, I., Leivo, S., Kaukonen, K. M. & Leino-Kilpi, H. (2015). Sleep and nursing care activities in an intensive care unit. *Nursing and Health Sciences, 17*(3). 354-361. doi: 10.1111/nhs.12195

Ritmala-Castre, M., Virtenen, I., Vahlberg, T., Leivo, S., Kaukonen, K. M. & Leino-Kilpi, H. (2016). Evaluation of patient`s sleep by nurses in an ICU. *Journal of Clinical Nursing*. Published online, doi: 10.1111/jocn.13148

Stubberud, D. G. (Red.) & Gulbrandsen, T. (2010). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe.

Stubberud, D. G. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, Oslo: Gyldendal Norske forlag.

Tembo, A. C. & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing, 25*(6), 314-322. doi:10.1016/j.iccn.2009.07.002

Tembo, A. C., Parker, V. & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care: patients: Findings From a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing, 29*(6), 310-316. doi:10.1016/j.iccn.2013.05.003

Tønsberg, K. (2009). Etiske dilemmaer ved forskning på sine egne kolleger. I G. H. C. Johansen, A. Halvorsen & A. Repstad (Red.). *Å forske blant sine egne*. (s. 268-283). Oslo: Høyskoleforlaget.

Ursin, R. (1996). *Søvn en lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf

Weinhouse, G. L., & Schwab, R. J. (2006). Sleep in the critically ill patient. *Sleep*, *29*(5) 707-716. Hentet fra: https://vpn.uia.no/+CSCO+0h756767633A2F2F6768796E61722E727168++/som/departments/medicine/pulmdis/upload/Sleep-in-ICU-sleep.pdf

Weinhouse, G. L., Schwab, R. J., Watson, P. L., Patil, N., Vaccar, B., Pandhapande, P. & Ely E.W. (2009). Bench-to-bedside review: Delirium in ICU patients-importance of sleep deprivation, *U.S. National Library of Medicine*, *13*(6), 234-241. doi: 10.1186/cc8131

VEDLEGG 1

P **Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem**	**I** **Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon**	**C** **Noter engelske søkeord for evt. sammenligninger**	**O** **Noter engelske søkeord for utfall**
ICU ICU patient Critically sick patient	Sleep Sleep documentation Assessment Noise Light Experiences		Deprivation Nursing Sleep quality Delirium Case history

VEDLEGG 2

INTERVJUGUIDE

Bakgrunnsvariabler:

Kjønn:

Alder:

Ansenitet:

Intervjuspørsmål:

- Kan du fortelle hvordan du vurderer pasientens søvn?
    - Hvilke observasjoner gjør du?

- Hvordan legger du til rette for en god nattsøvn for pasienten?

- På hvilken måte registrerer/dokumenterer du søvn?
    - Involverer du pasienten i forhold til hva som skal dokumenteres om søvn?
    - Spør du pasienten om søvnen?

- Erfarer du at søvn blir tilrettelagt i avdelingen?
    - Opplever du at søvn er et fokus hele døgnet?
    - Dagvakt, Kveldsvakt, Nattvakt?

- Hvilket fokus har søvn i behandlingsplanen?

- Hvilke erfaringer har du med pasienter som har sovet dårlig i intensivavdelingen?

    - Hvordan opplever du dette virker inn på pasientens sykdomsforløp?

- Hvilke erfaringer har du med pasienter som har hatt en god nattsøvn?

- Er dine erfaringer at søvnen har innvirkning på sykdomsforløpet, og liggetiden på intensivavdelingen?

VEDLEGG 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

NSD

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

Ulrika Söderhamn
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 01.09.2015 Vår ref: 44262 / 3 / KH Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.08.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44262	*Intensivsykepleierens erfaring med å vurdere intensivpasientens søvn*
Behandlingsansvarlig	*Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Ulrika Söderhamn*
Student	*Silje C. T. Liane*

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, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontoret / District Offices
OSLO: NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD: SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmoa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 44262

Personvernombudet finner prosjektopplegget tilfredsstillende utformet. Informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

Det er lagt til grunn at det ikke innhentes opplysninger om enkeltpasienter og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2016. Innsamlede opplysninger vil da anonymiseres.
Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:
- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette opptak

VEDLEGG 4

24.8.2015 Innlevering skjema - Kommentar

Innlevering skjema - Kommentar

Navn:	Silje Christina Theresie Liane Silje Sollid
Kommentar:	Kommentert versjon av Søknad til FEK
Kommentar:	Fek behandlet 18.08.15. deres søknad om etisk godkjenning av prosjektet "Intensivsykepleierens erfaring med å vurdere intensivpasientens søvn" Vi ser ingen etiske betenkeligheter under forutsetning av godkjenning fra Nsd. Lykke til med prosjektet. På vegne av Fek Anne Skisland
Karakter:	
Evaluering:	Godkjent

Avbryt

VEDLEGG 5

[redacted]	Foretaksnivå		Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter			Side 1 av 3
Dokument ID: xxx	Godkjent dato: **27.11.2013**	Gyldig til: **27.11.2015**	Revisjon: **3.00**

Foretaksnivå\Organisasjon, ledelse, administrasjon\Forskning og fagutvikling\Kompetanseheving

Til **xxx**	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved **xxx** Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til **xxx**

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING ELLER MASTEROPPGAVER.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende.
I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

FYLLES UT AV STUDENTEN

Navn på student/søker	Silje S. Olsbu og Silje C. T. Liane
Enhet/Avdeling	Intensivavdeling xxx

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Hensikten med denne studien er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med å vurdere intensivpasientens søvn.
Problemformulering	Følgende forskningsspørsmål ønskes å få besvart: •Hvilke vurdering av søvn utfører intensivsykepleieren? •Legger intensivsykepleieren til rette for søvn til intensivpasienten? •Opplever intensivsykepleieren at søvn har innvirkning på intensivpasientens sykdomsforløp?
Veileder ved universitetet	Ulrika Söderhamn
E-post	ulrika.soderhamn@uia.no
Telefon	372 33 789

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Med denne oppgaven har vi som mål å rette fokus på intensivsykepleierens erfaring med å vurdere intensivpasientens søvn i intensivavdelingen.
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Semi-strukturert intervju.
Populasjon/utvalg	☒ Ansatte xxx ☐ Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) ☐ Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)
Forskning på	☐ Friske mennesker ☐ Syke mennesker ☐ Humant biologisk materiale ☐ Helseopplysninger
Ønsket antall respondenter ved xxx	**Vi ønsker:** 7 respondenter
Tidspunkt/varighet ved xxx	**Ønsker å gjennomføre intervjuene før jul 2015.**

Utarbeidet av: **Arbeidsgruppe**	Fagansvarlig: xxx	Godkjent av: **Organisasjonsdirektør** xxx	

Vedlegg (Sett kryss)

Vedlagt	Ikke aktuelt	
☐	☒	Kopi av godkjenning fra REK
☒	☐	Kopi av godkjenning fra FEK
☒	☐	Kopi av godkjenning fra NSD
☒	☐	Kopi av samtykkeerklæring eller informasjonsskriv godkjent av veileder
☒	☐	Prosjektskisse
☐	☒	Taushetserklæring
☐	☒	Databrukerkontrakt

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/ avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med	Navn	E-post	Telefon
	Silje S. Olsbu	siljesollid@hotmail.com	976 26 856

Med hilsen

Dato 2.9-2015

Signatur

Navn student Silje Olsbu og Silje Liane	E-post siljesollid@hotmail.com og silje.liane@hotmail.com	Telefon 97626856 og 47654630

FYLLES UT AV xxx

Tillatelse gitt av xxx

Klinikk:		
Dato:	Enhetsleder/Avdelingsleder:	
Telefon:	E-post:	Enhet:

Innhenting av data må skje etter retningslinje "Datainnsamling. Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter" i EKWeb.

Godkjenning av innsamling av pasient- og pårørende data

Dato:	Forskningssjef:

Godkjenning av tilgang til elektronisk pasientjournal

Omfang av tilganger	
Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningssjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet til xxx

Kryssreferanser

xxx Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

VEDLEGG 6

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Intensivsykepleierens erfaring med å vurdere intensivpasientens søvn»

Bakgrunn og formål
Dette er en forespørsel til deg som intensivsykepleier om å delta i en studie utarbeidet av to sykepleiere i spesialisering, master i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder. Hensikten med denne studien er å undersøke intensivsykepleierens erfaring med å vurdere intensivpasientens søvn.

Vi ønsker et utvalg med intensivsykepleiere som har arbeidet på intensivavdeling i minimum 3 år, og jobber tredelt turnus. Vi vil rekruttere deltakere via Enhet for Utdanning og Utvikling ved XXX, der en tildelt kontaktperson forespør potensielle informanter. Derfor får du nå dette informasjonsskrivet og forespørselen om deltakelse i vår masteroppgave.

Hva innebærer deltakelse i studien?
Om du samtykker til deltakelse i studien vil forskningsansvarlige kontakte deg, og gjøre en avtale om sted og tidspunkt for et intervju, som kan ta inntil en time. Intervjuet vil finne sted i sykehusets lokaler, der vi forsøker å legge det til din arbeidstid. I intervjuet ønsker vi å høre om din erfaring med å vurdere intensivpasientens søvn, og hvilket fokus søvn har i avdelingen. All erfaring er viktig for vår studie. Vi vil i den forbindelse være begge to tilstede under intervjuet, og benytte digital lydopptaker. Bortsett fra å avsette tid, er det ingen andre ulemper med å delta i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?
Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet vil bli lagret på en datamaskin som er passord beskyttet, og vil ikke bli brukt til andre formål. Skriftlig materiale fra intervjuet og navneliste vil ikke bli oppbevart sammen. Etter transkribering vil lydopptakene bli slettet. Når resultatene publiseres vil det ikke være mulig å identifisere deg. Masteroppgaven skal etter planen avsluttes 30.06.2016 og da vil navnelisten slettes.

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Silje Liane tlf. 476 54 630 eller Silje Olsbu tlf. 976 26 856. Veileder er Professor Ulrika Söderhamn, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder, Grimstad, tlf. 372 33 789.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---
(Signert av prosjektdeltaker, dato)