Patientvila på intensivvårdsavdelning under dagtid - Utopi eller verklighet?

Daytime resting in intensive care unit –

Utopia or reality?

Författare: Donia Bayat och Ewa Lindborg
Sammanfattning

**Bakgrund:** Patienter i behov av intensivvård är även i behov av en plats av lugn och ro för läkning. Intensivvården är en miljö som utsätter patienter för frekventa stimuli dygnet runt. För att få möjlighet till både fysisk och psykisk läkning krävs fullständig sömn. Intensivvårdspatienter har mer ytlig sömn på grund av att sömnrytmen ofta är störd. Genom att vila mitt på dagen i sammanhängande 90 minuter kan individen kompensera för en otillräcklig nattsömn. Bristen på vila och sömn är en komplikation som bidrar till sämre hälsa och kan leda till akut förvirringstillstånd, förlängd vårdtid och högre vårdkostnader. **Syfte:** Syftet var att kartlägga intensivvårdspatienters perioder med och utan fysiska stimuli under dag- och kvällstid (07.00-21.30). **Metod:** Författarna samlade in data som icke deltagande observatörer. Sövda och intuberade patienter placerad på flerbäddssal valdes. Alla närvarande på sal som kom i kontakt med patient observerades, alla fysiska stimuli registrerades på ett observationsschema. **Resultat:** Under dag- och kvällstid var det ingen av patienterna som fick en period på lika med eller mer än 90 minuter av vila. **Slutsats:** Patienterna på intensivvårdssavdelningen hade dålig möjlighet att under dagtid kompensera för en störd nattsömn.

**Nyckelord:** Intensivvård, fysiska stimuli, vila, sömn.
Abstract

Background: Patients in need of intensive care also require a calm surrounding for healing. Intensive care units have an environment which exposes the patients to frequent stimuli at all hours of the day. In order to be able to heal both physically and mentally a sufficient sleep quality is needed. Intensive care patient have a more superficial sleep as their sleep cycle is often disturbed. By being able to rest for 90 minutes consecutively during daytime the patient is given the opportunity compensate for an inadequate night sleep. The lack of rest and sleep is an issue that can contribute to a worsening of the health and can lead to delirium, prolonged hospital stay and health costs. Aim: The aim of this study was to chart the intensive care patients periods with and without physical stimuli during day- and evening time (07.00-21.30). Method: The authors collected data as non-participant observers. Sedated and intubated patients placed in multi-bed rooms were selected. All staff and family in direct contact with the patients were observed. All physical stimuli were registered on a observation-schedule. Result: None of the observed patients had a period of 90 minutes or longer of rest during day- or evening time. Conclusion: Patients at the intensive care unit had poor opportunity to compensate for a disturbed night sleep during the day.

Keywords: Intensive care, physical stimuli, rest, sleep.
1 Inledning


2 Bakgrund

2.1 Intensivvård

2.2 Intensivvården stressar


orsakade mest oro och smärta var vändningar för de vuxna och såromläggningar för de yngre vuxna.


2.3 Sömn


Individens behov av sömn styrs av dygnssyftet, så kallad cirkadianska rytm. Denna rymt styr ett antal processer, som ämnesomsättning och växlingar mellan vila och aktivitet. Inom cirkadianska rytm finns det naturliga toppar och dalar som regleras av melatonininhalter. Melatonin utsöndras från tallkottkörteln i epifysen och är ett mörkerhormon som fungerar som tidgivare i kroppen. Hormonet börjar utsöndras på kvällen i mörker och når högst värde vid 02-tiden på natten. Själva insomnandet påskyndas av melatonin (Broman, 2009; Shilo et al., 1999).


2.4 Vila

Asp (2002) förklarar i sin avhandling termen vila som lugn, ro, avslappning, stillhet, rekreation och avspärrning. Asp beskriver även att begreppet vila har varit en bred terapiform med mål att ”skänka vårdsagaren en naturlig läkning” (s.29). Fram till slutet av 1940-talet användes vila i form av strikt sämläge som en behandling till många psykiatiska och somatiska åkommor. Efter 1940-talet när blodpropp- och embolioproblematiken uppmärksammades började den strikta sämlägesvilen ifrågasättas. För att möjliggöra vila menar Asp (2002) att det bör finnas en ”överenskommelse mellan vilja, känsla och handling, samt en överenskommelse mellan den inre verklighetens behov och den yttre verklighetens beskaffenhet” (s.185). Innan vila är möjlig bör dessa komponenter vara i harmoni (a.a). För att kunna utföra en vilobefrämjande handling kan man till exempel avbryta något som upplevs som stressande och övergå till något mer avslappnande. Asp påpekare även hur individens behov av vila måste överensstämma med den omgivande miljön och dess stimuli. Vid behov av vila är det av stor vikt att optimera förutsättningarna, såsom avskildhet och lugn och ro (a.a.).

2.5 Intensivvården stör vila och sömn


Patienter på intensivvårdsavdelning vårdas ofta intuberade och med hjälp av ventilator. Cooper, Thornley, Young, Slutsky, Stewart & Hanly (2000) visade i sin studie att sömnen hos dessa patienter är svårt fragmenterad på grund av många uppvaknanden. De fann att nattsömnens kvalité var kraftigt reducerad.


framkom det att intensivvårdspatienter stördes med fysiska stimuli genomsnitt 59,5 gånger per natt och hade som längst en sammanhängande viloperiod på 43 minuter.

Edwards (1993) beskriver i sin studie att patienterna hade ostörd tid på 60 minuter 2,2 gånger per dygn. I studien beskrivs de störande momenten som blodtryck- och temperaturmätning, vändningar, munvård samt sugning i övre och nedre luftvägar.


Flertalet studier visar att sömnfrämjande åtgärder såsom att skapa lugn och ro, dämpning av belysning eller minskning av beröring av patienten inte prioriteras på samma sätt som de mer medicinskt avancerade åtgärder (Honkus, 2003).

### 2.6 Utebliven vila och sömn


Friese, Diaz-Arrastia, McBride, Frankel och Gentilello (2007) beskriver i sin studie att patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning har en försämrad sömn och det är motiverat att arbeta fram strategier som främjar sömn under intensivvårdstiden. Friese et al. (2007) skriver vidare i sin diskussion att hos patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar är bristen på sömn en förbisedd komplikation som bidrar till sämre hälsa och välbefinnande om


2.6.1 Akut förvirringstillstånd


Att tidigt upptäcka och förebygga utvecklingen av de kliniska symtomen på intensivvårdssyndrom kan vara svårt för vårdpersonalen då mönstret är unikt för varje patient, men att försöka förebygga diagnostisera och behandla intensivvårdssyndrom har både mänskliga och sociala fördelar (Hewitt, 2002).
2.7 Sjuksköterskans omvårdnadsansvar


3 Problemformulering
Betydelsen av sömn är känt och att intensivvårdspatienten lider av sömnbrist likaså. Sömn är inte viktigt bara av humanitära skäl utan också viktigt för tillfrisknandet. Som patient på en intensivvårdsavdelning befinner man sig i en stressande miljö med högteknologisk utrustning och medicinsk avancerad vård. All denna övervakning och utrustning utgör ett hinder för att patienten ska kunna vila, och har en negativ inverkan på fysisk och psykisk läkning och återhämtning. Sömn är ofta något som glöms bort och inte alltid prioriteras för den kritiskt sjuka patienten. När litteraturen beskriver intensivvårdssyndrom betonas att bristen på vila och sömn är en av de bidragande faktorerna.

Det skulle kunna vara rimligt att förutsätta att behovet av att kunna få vila på dagen ökar då möjligheterna att erbjuda en god och kontinuerlig nattsömn kan vara begränsade. Sjuksköterskan har det yttersta ansvaret att befrämja vilan då patienten inte alltid är kapabel till att kunna förmedla sina önskemål. För att kunna planera vila bör intensivvårdssjuksköterskan vara medveten om när utrymme för detta finns och vilka hinder i form av fysiska stimuli som gör vilan svår att uppnå.

4 Syfte
Syftet är att kartlägga intensivvårdspatienters perioder med och utan fysisk stimuli under dag- och kvällstid (07.00-21.30).
5 Metod

5:1 Design

Alla som var i direkt kontakt med patienten, såväl sjukvårdspersonal som anhöriga, observerades och data registrerades. Inga data gällande patienternas ålder, kön eller diagnos har samlats in.

5:2 Urval
Centrala intensivvårdsavdelningen på Karolinska sjukhuset i Solna har tre flerbäddssalar med tre till fyra sängplatser i varje samt fyra enkelsalar. Flerbäddssalarna är varandra lika med en till två sängplatser i vardera sidan av rummet med en övervakningsmodul i mitten. Från övervakningsmodulen kan personalen övervaka patienter genom glasfönster. Inuti modulen sker mestadels av rondarbetet samt telefonsamtal och samtal mellan övriga vårdgivare.

Samtliga observationer ägde rum på flerbäddssal.

För att renodlat mäta fysiska stimuli valdes intensivvårdspatienter som inte kunde kommunicera och påverka sin situation. För att uppnå detta valdes intuberade patienter och som vårdats mer än 24 timmar på intensivvårdsavdelning, detta på grund av att det normalt är en högre aktivitet kring patienten det första dygnet. Patienterna skulle vara övervakade med basal intensivvårdsövervakning (SFAI, 2009). Patienter som behandlades med Hyper Bar Oxygen (HBO) och patienter som planerades för operation exkluderades då dessa patienter inte var kvar på sin sängplats under en längre tid. All fysisk kontakt med patienten och även tillstötning, höjning och sänkning av patientens säng registrerades på ett observationsschema (bilaga 1).
5:3 Observationsschema


5:4 Genomförande

Observationerna skedde under sex dagar, uppdelt på tre förmiddagspass (07.00-14.00) och tre eftermiddagspass (14.00–21.30). Då personalen som arbetar kvällsskiftet börjar klockan 13.30 och kommer igång med patientvård cirka klockan 14 valdes att ta brytpunkten för denna observationsstudie mellan för- och eftermiddagspass vid det klockslaget.

Kliniklärare och/eller sektionsledare bistod författarna med lämplig patient, gällande urvalskriterier, inför varje observation.

5:5 Dataanalys
Databearbetning skedde genom summering av registreringarna på observationsschema. Aktiviteter och åtgärder riktade mot patienten placerades in i en tidslinje. Registreringarna för varje pass överfördes till varsitt diagram, totalt sex stycken (tre förmiddagsspass \( Fm \) och tre eftermiddagsspass \( Em \)). Alla kontakter och deras längd i minuter fördes över till tidslinjen och på så sätt tydliggjordes den tid som patienten varit utan fysiska stimuli. Alla fysiska stimuli som varade mindre än eller lika med en minut registrerades som en minut för att i diagrammet få en översikt på tiden då patienterna var med eller utan fysiska stimuli.

6 Etiska aspekter

Vid anhörigs närvaro tillfrågades dessa om tillåtelse för observationen med hjälp av både muntlig och skriftlig information (bilaga 4). I de fall anhörig inte var närvarande hos patienten utgick författarna från presumtivt samtycke. De data som samlades in kan inte kopplas till patientidentifikation. Patient har inte utsatts för risk eller skada, däremot kan resultaten i denna studie komma att användas till gagn för framtida kvalitetsäkerhetsarbete.

Resultaten som redovisas i denna studie kommer att kunna kopplas till verksamhet men inte till individ.
7 Resultat
Sammanlagt observerades tre förmiddagspass (Fm1-3), mellan 07.00-14.00 motsvarande 420 minuter, och tre eftermiddagspass (Em1-3), mellan 14.00–21.30 motsvarande 450 minuter.

7.1 Perioder utan fysiska stimuli

Figur 1. Kartläggnings av fysiska stimuli under tre förmiddagspass (Fm) mellan kl 07.00-14.00.
Förmiddagspass 1 (Fm1, figur 1) hade 256 minuter utan fysiska stimuli, motsvarande 61 % av den totala observerade tiden på 420 minuter. Längsta period utan fysiska stimuli var 58 minuter på morgonen innan morgonarbetet startat. Som man kan se i figur 1 finns tre längre perioder utan fysiska stimuli mellan 11.30–13.00. De är på 37 min, 28 min och 31 min, tillsammans med tiden för avbrotten hade de gett en sammanhängande tid på 112 minuter utan fysiska stimuli om de inte hade avbrutits.

Förmiddagspass 2 (Fm2, figur 1) fick 211 minuter utan fysiska stimuli, det motsvarar 50,2 % av den observerade tiden på 420 minuter. De längsta perioderna utan fysiska stimuli var på 28 minuter på morgonen vid observationsstart, senare även 25 minuter och 23 minuter, dessa perioder var inte sammanhängande. Noterbart är att patienten hade pågående kontinuerlig dialysbehandling.

Förmiddagspass 3 (Fm3, figur 1) fick 106 minuter utan fysiska stimuli, motsvarande 25 % av den observerade tiden på 420 minuter. Längsta sammanhängande tid utan fysiska stimuli var 38 minuter innan arbetet startades på morgonen. Näst längsta sammanhängande tid utan fysiska stimuli var en period på 15 minuter mitt på dagen.
Figur 2. Kartläggning av fysiska stimuli under tre eftermiddagsspass (Em) mellan kl 14.00–21.30.

Eftermiddagspass 1 (Em1, figur 2) hade 283 minuter utan fysiska stimuli, motsvarande 63 % av den observerade tiden på 450 minuter. Sammanhängande tid med frånvaro av fysiska stimuli registrerades till 88 minuter och 13 minuter, avbrottet däremellan varade en minut. Tillsammans utan avbrott hade det gett en sammanhängande tid på 102 minuter utan fysiska stimuli. Föregående detta finns även en period om 39 minuter mellan klockan 16.52–17.31 då patienten varit utan fysiska stimuli.
Eftermiddagsspass 2 (Em2, figur 2) fick 251 minuter utan fysiska stimuli, det motsvarar 56 % av den totala observerade tiden på 450 minuter. Två längre perioder utan fysiska stimuli registrerades på 43 minuter och 19 minuter, avbrott mellan dessa perioder varade i 2 minuter. Tillsammans utan avbrott hade de gett en sammanhängande tid på 64 minuter utan fysiska stimuli. Senare finns det även en period på 27 minuter utan fysiska stimuli framåt kvällen.

Eftermiddagsspass 3 (Em3, figur 2) hade 313 minuter utan fysiska stimuli, vilket motsvarar 69,5 % av den totala observerade tiden på 450 minuter. Längsta sammanhängande period utan fysiska stimuli är på 73 minuter. Det finns även en period på 47 minuter som följs av en period på 34 minuter utan fysiska stimuli, avbrottet mellan är på 7 minuter. Tillsammans utan avbrott hade de gett en sammanhängande tid på 88 minuter utan fysiska stimuli.

Tabell 1. Längsta period utan fysiska stimuli i minuter.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Fm1</th>
<th>Fm2</th>
<th>Fm3</th>
<th>Em1</th>
<th>Em2</th>
<th>Em3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Minuter</td>
<td>58</td>
<td>25</td>
<td>38</td>
<td>88</td>
<td>43</td>
<td>73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Antalet perioder utan fysiska stimuli räknades till totalt 155 under de sex observerade passen. Dessa är alla av varierande längd. 51 % av perioderna utan fysiska stimuli varade i mindre än fem minuter. Det ger ett genomsnitt på 13,2 perioder per pass.

Tabell 2. Antal perioder utan fysiska stimuli uppdelat i tidsintervall.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Fm1</th>
<th>Fm2</th>
<th>Fm3</th>
<th>Em1</th>
<th>Em2</th>
<th>Em3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 5 min</td>
<td>6</td>
<td>20</td>
<td>13</td>
<td>18</td>
<td>16</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>5-29 min</td>
<td>9</td>
<td>14</td>
<td>6</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>30-59 min</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>60-89 min</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 90 min</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Summa antal perioder utan fysiska stimuli</td>
<td>18</td>
<td>34</td>
<td>20</td>
<td>32</td>
<td>29</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Uttalad patientvila</td>
<td>Ja</td>
<td>nej</td>
<td>nej</td>
<td>nej</td>
<td>nej</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

För att belysa frekvensen av samtliga perioder utan fysiska stimuli visas tidsintervaller kontra antal i tabell 2. Vid två av observationstillfällen uttalades att patienten skulle få vila.
7.2 Perioder med fysiska stimuli

Intensivvårdspatienterna utsätts frekvent för flertalet fysiska stimuli. I medeltal under förmiddagspassen påbörjades 23,67 (3,38st/h) fysiska stimuli och på eftermiddagspassen 27,67 (3,69st/h) fysiska stimuli. Det totala genomsnittet gällande samtliga sex observerade pass är 25,67 fysiska stimuli per patient och pass.

Under de sex pass som observerades registrerades det 154 perioder med fysiska stimuli av olika längd. Antalet perioder med fysiska stimuli som varade mindre än en minut var 72 stycken, detta motsvarar 46,8 %.

De fysiska stimuli som varade mindre än en minut delades in i sju kategorier. Arträrblodgas, status (kontroll av vakenhet, infarter, temperatur, endotrachealtub samt distalstatus), administrering av läkemedel (inhalationer, subkutana injektioner, ögondroppar och sondhantering) felsökning övervakningsapparatur, positionsändring (ej vändning), handpåläggning (dra i lakan, hej/hejdå av personal) och tillstötning/lutning mot säng.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabell 3. Antal fysiska stimuli under en minut samt orsakerna.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Artärblodgas</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Status</td>
</tr>
<tr>
<td>Administrering av läkemedel</td>
</tr>
<tr>
<td>Felsökning övervakningsapparatur</td>
</tr>
<tr>
<td>Positionsändring</td>
</tr>
<tr>
<td>Handpåläggning</td>
</tr>
<tr>
<td>Tillstötning/lutning mot säng</td>
</tr>
<tr>
<td>Summa fysiska stimuli &lt; 1min</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Det registrerades totalt 24 icke vårdrelaterade tillstötningar eller lutning mot patientsäng under de sex pass som observerades, det ger ett medeltal på 4 per patient och pass. Av dessa är 17 under en minut och 7 med längre varaktighet, som längst på 7 minuter.
Gemensamt för de observerade förmiddagsspassen är att tider med minskad frekvens av fysiska stimuli tycks förekomma vid passets start samt mitt på dagen vid lunchtid för personalen. Vidare presenteras dessa perioder mitt på dagen där det funnits potential för sammanhängande vila.

Fm1 hade 164 minuter med fysiska stimuli, vilket motsvarar 39 % av den totala observerade tiden på 420 minuter. Som synes i figur 3 är interventionerna i det första avbrottet spridda och genererar en total tid på 8 minuter. Dessa är, i tidsordning, på grund av tillstötning av säng, läkemedelsadministrering två gånger och handplåggning. Nästkommande avbrott har också en sammanlagd tid på 8 minuter, detta är på grund av administrering av läkemedel vilket sker två gånger med 4 minuters mellanrum. Den sista stapeln markerar början på en längre period av fysiska stimuli.

![Diagram](image)

**Figur 3.** Förstoring på tid mellan 11.30–13.30 från förmiddagsspass 1 (Fm1).

Fm2 hade 209 minuter med fysiska stimuli, vilket motsvarar 49,8 % av den totala observerade tiden på 420 minuter. Som synes i figur 4 finns flera fysiska stimuli på mindre än eller lika med en minut. Dessa avbrott från potentiell viloperiod är, i tidsordning, felsökning av övervakningsapparatur, administrering av läkemedel, handplåggning, tillstötning av säng, felsökning av apparatur, handplåggning. Därefter följer ett avbrott på 9 minuter för bortkoppling av dialysbehandling. Från ca 12.30 påbörjas förberedelser inför överflytt till annan avdelning.
Förstoring på tid mellan 11.30–13.00 från förmiddagspass 2 (Fm2).

Fm3 hade 314 minuter av 420 minuter med fysiska stimuli, motsvarande 75 % av den totala observerade tiden. Orsaken till det höga antalet minuter av fysiska stimuli är en omfattande omläggning som skedde på operation, transport till och från operation samt förberedelse och omhändertagande efteråt.

Gemensamt för de observerade eftermiddagspassen är att tider med minskad frekvens av fysiska stimuli tycks förekomma vid tid då personalen har måltidsuppehåll samt vid passets slut. Vidare presenteras dessa perioder under kvällen där det funnits potential för sammanhängande vila.

Em1 hade 167 minuter med fysiska stimuli, vilket motsvarar 37 % av den totala observerade tiden på 450 minuter. I figur 5 belyses det fysiska stimuli som avbryter den längsta perioden utan fysiska stimuli. Avbrottet där emellan beror på en frånkoppling av antibiotika som genererar en minut.

Förstoring på tid mellan 18.06–19.48 från eftermiddagspass 1 (Em1).
Em2 hade 199 minuter med fysiska stimuli, vilket motsvarar 44 % av den totala observerade tiden på 450 minuter. I figur 6 belyses de fysiska stimuli som orsakar avbrotten i den potentiellt längsta perioden utan fysiska stimuli. Det första avbrottet genererar 2 minuter och berodde på besök av personal från vårdavdelning. Nästföljande avbrott är på grund av felsökning av övervakningsapparatur. Utan dessa avbrott hade perioden utan fysiska stimuli uppmätt 69 minuter.

![Figur 6](image)

**Figur 6.** Förstoring på tid mellan 17.50–18.59 från eftermiddagspass 2 (Em2).

Em3 hade 137 minuter med fysiska stimuli, vilket motsvarar 30,5 % av den totala observerade tiden på 450 minuter. I figur 7 ses ett avbrott på 7 minuter som berodde på tillstötning av säng i samband med teknisk uppgradering kring sängplats. Detta följs av ytterligare en tillstötning av säng som genererar 1 minut. Utan dessa hade perioden utan fysiska stimuli uppmåts till 92 minuter.

![Figur 7](image)

**Figur 7.** Förstoring på tid mellan 16.34–18.06 från eftermiddagspass 3 (Em3).
8 Diskussion

8:1 Metoddiskussion


Vid observationstillfällen upplevde ingen av observatörerna att det var svårt att hålla reda påkategorierna. Detta kan bero på att fokus var mer riktad på start- och stopptid av fysiska stimulor. När väl starttiden var registrerad fanns tid för att beskriva det fysiska stimulit. Utformningen av observationsschemat gjorde det enkelt att registrera fysiska stimulor, start- och stopptid och även skriva kommentarer.

Beslutet att inkludera observationen för förmiddagspass 3 trots omläggning på operation grundade sig på att denna inte var planerad i förväg. Patienten operationsanmäldes under pågående observation. Valet att inkludera observationen representerar hur svårt det kan vara att planera för en dag samt hur oförutsägbar intensivvården är.


För att undvika påverkan hos de observerade hade videoinspelning kunnat användas, det är lättare att dölja en kamera än en observatör. Videoinspelning ger en möjlighet till att kontrollera råmaterial för ytterligare genomgång och kan förse med mer information än vad observatören kan se med blotta ögat (Polit & Beck, 2004). Anledningen till att denna studie inte har använt videoinspelning som observationsmetod är tidsbrist samt hinder i form av etiska övervägningar och tillståndsansökningar.

8:2 Resultatdiskussion


Under samtliga observationsperioder fann författarna att ingen av patienterna uppnådde en sammanhängande period med frånvaro av fysiska stimuli på 90 minuter eller mer. Det närmaste var 88 minuter som ägde rum under ett kvällspass. På eftermiddagarna observerades längre perioder utan fysiska stimuli som hade kunnat ge mer utrymme för sammanhängande vila. Orsakerna till varför det på eftermiddagstid fanns mer tid för perioder utan fysisk stimuli, kanske beror på att det under dagtid finns mer schemalagda aktiviteter och fler kategorier av vårdgivare som kommer till patienten för att göra bedömningar. Det är även ett större antal personal som cirkulerar på patientsalarna under dagtid.


Vid denna kartläggning gällande fysiska stimuli framkom att patienterna utsattes för fysiska stimuli under kort tid med kort tid emellan. Mer än hälften av samtliga perioder utan fysiska stimuli varade ≤ 5 minuter, detta i kontrast med att drygt hälften (46,8 %) av samtliga interventioner som utfördes varade mindre än en minut visar på fragmentering av tid för vila. Det framkom i studien att det fanns tillfällen där det hade kunnat ges tid för längre sammanhängande tid utan fysiska stimuli. Dessa avbröts vid samtliga observationstillfällen av enstaka vårdinterventioner. Många av interventionerna var av sådan karaktär att det kunnat vara möjligt att reducera dem till antalet och därmed öka möjligheten till vila.


Frekvensen på antal fysiska stimuli per observationstillfälle i denna studie uppgår till 25,7 gånger. Följaktligen påbörjas 3,7 gånger per timma någon form av intervention. Författarna är väl medvetna om patienternas konstanta behov av övervakning och åtgärd men samtidigt är det viktigt att tidigt uppmärksammar onödiga fysiska stimuli och försöka samordna vårdaktiviteter bättre för att möjliggöra vila och sömn.


Observationsstudien visar att många av de fysiska stimuli patienten utsätts för är på grund av tillstötning av säng, positionsändringar och felsökning av övervakningsutrustning. I resultatet kan även läsas att många korta störningar var i relation till trånga utrymmen. 24 fysiska stimuli under samtliga observationstillfällen orsakades av tillstötning av patientsäng. Dessa tillstötningar berodde på trånga arbetsutrymmen och otillgänglig apparatur. Till exempel att ventilator var placerad bakom huvudgaveln på sängen. Personalen stötte till sängarna vid passage eller när de sträckte sig över sängen för att tysta och bekräfta larm. Utöver trånga utrymmen observeras också att personal lutade sig mot patientsängen, dessa var ofta inte i samband med vårdarbete utan mer på grund av samtal mellan personal.


Vid två observationstillfällen kunde författarna notera att intensivvårdsjuksköterskan uttalade att patienten borde få vila och att interventioner skulle begränsas. Svårighet fanns i att uppmärksamma alla närvarande om aktuell patientvila. Med det höga antalet personal som cirkulerar och flera ingångar till sal såg författarna hindret med genomförandet.

I en studie (Valente, Placidi, Oliviera, Bigagli, Morghen, Proietti & Gigli, 2002) beskrivs att patienter hade en bättre prognos och lägre mortalitet vid organiserad vila och sömn.

Denna kartläggning bör stimulera till bättre vårdplanering. Genom att visualisera arbetspassen (figur 1-2) får man en uppfattning hur fragmenterad vilan och interventionerna är för patienten. Resultatet visar på de ofta förekommande korta fysiska stimuli samt dess splittrande effekt på den sammanhängande vilan.

8:3 Slutsatser

8:4 Klinisk betydelse
Införande av vilotid mitt på dagen gynnar patienten och kan även göra arbetet för vårdpersonalen mer behaglig. Denna kartläggning har identifierat antal fysiska stimuli i frekvens och även beskrivit dessa stimuli. Förhoppningsvis ger det stöd för kvalitetsförbättringsarbete som leder till mer vila för patienterna och även lugnare stunder för personalen.

8:5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Många av tillstötningar som framkom i denna studie var orsakade i samband med att personal var lutade mot patientsängen. I det aktiva arbetet med att organisera viloperioder bör personal erkänna patientens säng som tillhörande patientens personliga sfär. Samtal bör begränsas kring patientens säng och längre diskussioner bör föras i avskilda utrymmen.

Intensivvårdspatienter är instabila och ibland är det inte alltid det går att ha vila dagtid. Intensivvårdssjuksköterskan kan i sitt dagliga arbete vara öppen för förslag och se till helheten. Om möjlighet till vila uteblivit under förmiddagen bör utrymme för detta försöka skapas på eftermiddagen. Diskussion kring detta bör föras vid överrapportering och skiftbyte.

För att få en mer övergripplig bild på hur situationen i stort ser ut för en intensivvårdspatient bör en större studie genomföras. Fler observationer kan registreras simultant gällande ljud, ljus och fysiska stimuli. Videoinspelad observation vore att föredra då de observerade inte blir påverkade i sitt arbete.
Som en vidareutveckling på denna observationsstudie kan en implementeringsstudie bli aktuell där det införs såkallad Quiet Time. Att undersöka upplevelserna av viloperioder dagtid skulle vara av intresse då andra studier har visat på gynnsamma effekter, inte bara för patienter utan även för personal (Boehm & Morast, 2009).
9 Referenser


32


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kod</th>
<th>Start</th>
<th>Slut</th>
<th>Total tid</th>
<th>Kommentar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Protokoll:


2. Status, ingår ett helt status topp till tå enligt Clinisoft.

3. Sugning luftvägar

4. Hantering av V-sond: Omtejptning, retentionskontroll, admin av läkemedel och sondmat.

5. Omläggning infarter.


7. Läkemedel iv, admin av läkemedel. Även infusioner, ej vid hantering i kranblock.

8. Vändning.


10. Handpåläggning

11. Transport.

12. Vila. I kommentarsfältet förklaras om det var en planerad vila.
Bilaga 3

RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till Verksamhetschef,
Centrala Intensivvårdsavdelningen
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Förfrågan angående genomförande av kvalitetsprojekt.

Vi, Ewa Lindborg och Donia Bayat studerar på specialistsjukskötterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra ett kvalitetsprojekt inom ramen för examensarbete. Preliminiärt namn på projektet är "Patient vilja – Utopi eller verklighet"?

Projektets övergripande forskningsfråga är: Hur många och hur långa "pet-fria" stunder har en intensivvårds patient? Och vilka fysiska stimuli är det som stör?

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av:
(Vg se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datainsamlingen planeras till vecka 2 och 3, 2011.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Uppgifter från de undersökta patienterna kommer att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter inte kan identifieras. Resultaten i projektet kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna projektet på Centralsjukvårdens F21 vid ANOPIVA- kliniken.

Stockholm

Godkännande Verksamhetschef

Ewa Lindborg
E-post ewa.lindborg@karolinska.se

Donia Bayat
E-post doniabayat@yahoo.com

Åsa Krusebrant
Handledare
E-post asa.krusebrant@rkh.se

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600
Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjukköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vårt syfte är att med observation studera vad som sker runt patienten i en flerbäddssal, i ett led att kunna förbättra vården för och kring intensivvårdspatienten. Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande.

Deltagande är självklart frivilligt, dock är det svårt för din anhörig att tacka ja eller nej men Ni kan när som helst och utan förklaring avbryta Er och Eran anhörigs deltagande. Om Ni väljer att inte delta eller om Ni beslutar er för att avbryta kommer detta inte att påverka framtida omhändertagande av er anhörig.

Vi förbinder oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. De uppgifter som registreras från de undersökta patienterna kommer att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enhet och kommer även att finnas på Röda Korsets Högskola.

Under tiden för observationerna finns vi på plats att svara på frågor. Övrig tid nås vi på telefon eller e-mail.

Tack på förhand!

Stockholm

Ewa Lindborg
Donia Bayat
Åsa Krusebrant
Handledare

ewa.lindborg
@karolinska.se
0708-78 77 33

donia.bayat@karolinska.se
0707-41 85 74
asa.krusebrant@rkh.se

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600