

Omvårdnadsvetenskap
15 hp, avancerad nivå
Intensivvård
2013

”GÖR SOM NI BRUKAR”

**INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSORS UPPFATTNING OM URTRÄNING
FRÅN VENTILATOR**

”DO AS YOU USUALLY DO”

ICU NURSES´ PERCEPTION OF VENTILATOR WEANING

Författare: Malin Hedberg & Leila Tavallaey Roodsari

SAMMANFATTNING

Bakgrund: För tidig eller för sen urträning från ventilator kan ge negativa konsekvenser för patienten, därför bör det identifieras när patientens tillstånd tillåter detta. Med anledning av det och att ansvaret för urträningen övergått mer från läkarna till sjuksköterskorna har det utvecklats hjälpmedel såsom evidensbaserade urträningsprotokoll. Dessa medför en mer samstämmig behandling och har också visat sig leda till kortare behandlingstid med ventilator. Olikheter i vårdpersonalens kunskap, utbildningsnivå, erfarenhet, ansvarsområden och hur organisationen ser ut påverkar hur urträningen genomförs. **Syfte:** Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om urträning från ventilator. **Metod:** En empirisk fokusgruppintervjustudie med kvalitativ och deskriptiv ansats genomfördes. Antal deltagare var sex intensivvårdssjuksköterskor. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Det framkom tre huvudkategorier, *Organisationen, Intensivvårdssjuksköterskan och Patienten* samt fyra subkategorier, *Rutiner, Samarbete, Kompetens och Omvårdnad*.

Slutsats: Det behövs en tydlig struktur i organisationen för att urträningsprocessen ska fungera tillfredsställande. Denna struktur kan skapas med rutiner, fungerande samarbete, tydlig kommunikation och hjälpmedel så som urträningsprotokoll. Urträningen för patienterna skulle underlättas, bli mer effektiv och leda till kortare behandlingstid.

Klinisk betydelse: Studien kan bidra till diskussion om vilka förutsättningar som behövs för att bedriva en effektiv urträning utifrån god och säker evidensbaserad vård. Dessa förutsättningar kan bidra till ökad patientsäkerhet, kortare vårdtid och lägre vårdkostnader.

Nyckelord: *ventilatorbehandling, urträning, urträningsprotokoll, intensivvårdssjuksköterskor, uppfattningar.*

ABSTRACT

Background: Weaning onset should be initiated when the patient's condition permits it, too early or late onset can have negative consequences for the patient. To help the nurse perform weaning, tools such as evidence-based weaning protocols have been developed and results in more consistent treatment shown to shortening duration of ventilator treatment. Differences between health profession, i.e. educational level, experience, responsibilities and organization structure, affect how the weaning is performed. **Objective:** To describe ICU nurses' perception of ventilator weaning.

Method: An empirical focus group study with a qualitative and descriptive approach was conducted. Six intensive care nurses were included. Data was analyzed using content analysis.

Results: Three main categories were revealed, *the Organization, the Intensive care nurse and the Patient* along with four subcategories, *Procedures, Collaboration, Competence and Nursing*.

Conclusion: For the weaning process to work satisfactorily a clear structure is needed. This can be created with routines, effective collaboration, clear communication and tools such as weaning protocols. For the patients weaning would be facilitated, become more efficient and shorten the duration of treatment.

Clinical significance: The study may contribute to the discussion about the conditions needed to conduct effective weaning based on good and reliable evidence-based care. These conditions may contribute to increase patient safety, shorter hospital stay and lower health care costs.

Keywords: *mechanical ventilation, weaning, weaning protocols, intensive care nurses, perceptions.*

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND..... | 2 |
| Centrala begrepp..... | 2 |
| Ventilatorbehandling..... | 2 |
| Patientperspektiv på ventilatorbehandling..... | 2 |
| Urträning från ventilatorbehandling | 3 |
| Internationellt perspektiv på urträning..... | 4 |
| Urträningens processens utveckling | 4 |
| Urträningens processen idag..... | 5 |
| Urträningens protokoll | 5 |
| IVA- sjuksköterskors perspektiv på urträning och urträningens protokoll | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING..... | 8 |
| SYFTE | 9 |
| METOD | 9 |
| Design..... | 9 |
| Urval | 9 |
| Datainsamlingsmetod..... | 10 |
| Dataanalys | 11 |
| ETISKA ASPEKTER | 12 |
| RESULTAT | 13 |
| Organisationen..... | 14 |
| <i>Rutiner</i> | 14 |
| <i>Samarbete</i> | 17 |
| Intensivvårdssjuksköterskan | 18 |
| <i>Kompetens</i> | 18 |
| Patienten | 19 |
| <i>Omvårdnad</i> | 19 |
| DISKUSSION | 21 |
| Metoddiskussion..... | 21 |
| Förförståelse | 21 |
| Urval | 21 |
| Datainsamling..... | 22 |
| Dataanalys..... | 25 |

| | |
|---|----|
| Resultatdiskussion | 27 |
| Organisationen | 27 |
| Intensivvårdssjuksköterskan | 30 |
| Patienten | 30 |
| Slutsats | 31 |
| Klinisk betydelse | 32 |
| Förslag på vidare forskning/utveckling..... | 32 |
| REFERENSER | 33 |
| BILAGOR | 37 |

INLEDNING

För patienter som behandlas med ventilator kan det uppstå problem när urträning blir aktuell och ju längre tid behandlingen tar desto svårare kan urträningsprocessen komma att bli. Intensivvårdssjuksköterskan har stor delaktighet och ett stort ansvar i att urträning sker patientsäkert och med patientens fysiska och psykiska välbefinnande i fokus. Förlängd behandlingstid med ventilator kan leda till bland annat skador på luftvägarna, behov av ökad sedering, oavsiktlig extubering och ökad mortalitet. Förhastade beslut om ändringar i ventilatorbehandlingen under urträningen kan leda till uttrötning av andningsmuskulaturen eller cirkulatorisk instabilitet, vilket ytterligare påverkar behandlingstiden med ventilator och ökar riskerna för patienterna. Det har gjorts flertalet studier där evidensbaserade och standardiserade urträningsprotokoll visat sig ha god effekt för att minska denna behandlingstid. Utformningen av dessa protokoll är dock väldigt varierande och förekommer inte i den utsträckning som vi förväntat oss. Författarnas upplevelse kring när urträningen påbörjas och hur den genomförs är att det ofta sker med stor variation och därmed på bekostnad av kontinuiteten och säkerheten för patienterna. Som oerfarna intensivvårdssjuksköterskor är ventilatorbehandling och urträning nya omvårdnadsområden där vi upplever en stor osäkerhet och rädsla och vill därför fördjupa oss inom detta.

BAKGRUND

Centrala begrepp

Urträning innefattar avvänjning från invasivt andningsstöd.

Intensivvårdssjuksköterska benämns i studien som IVA-sjuksköterska. I de fall där endast *sjuksköterska* nämns är det för att det är den benämning som används i respektive vetenskaplig artikel.

I denna studie görs ingen åtskillnad mellan *extubering* och *dekanylering*.

Urträningsprotokoll benämns ibland som enbart protokoll.

Ventilatorbehandling innefattar endast invasivt andningsstöd.

Ventilatorbehandling

För intensivvårdspatienter är ofta ventilatorbehandling en livsnödvändig grundbehandling, men den kan samtidigt orsaka en rad olika komplikationer som har stor inverkan på deras morbiditet och mortalitet. Därför är det viktigt att bestämma sig för rätt ventilationsmetod och när behandlingen tidigast kan avslutas (Rose & Nelson, 2006).

Det finns olika uppfattningar om vad korttids- respektive långtidsbehandling med ventilator innebär. En del drar gränsen vid tre dagar medan andra menar att gränsen för långtidsbehandling går vid sju dagar (Lavelle & Dowling, 2011). Det som dock kan sägas med större säkerhet är att ju längre tid det tar innan urträning påbörjas desto längre tid kommer ventilatorbehandlingen att ta. Det har dessutom visat sig att urträningsprocesser som tar längre än en vecka ökar mortalitetsrisken (Peñuelas et. al, 2011).

Patientperspektiv på ventilatorbehandling

Patienter som behandlas med ventilator utsätts för fysisk och psykisk stress. Förutom de behandlande och livräddande effekterna kan behandlingen bli väldigt stressande för patienten (Chen, Jacobs, Quan, Figueredo & Davis, 2011). Tidigare studier har visat att patienter som behandlas med ventilator upplever stress, panik, ångest, hallucinationer, osäkerhet, hjälplöshet och obehag. Det har även visat sig att vid lång behandlingstid med ventilator ökar risken för PTSD – post traumatisk stress disorder (Schou & Egerod, 2008).

Det har gjorts ett fåtal studier de senaste 10-15 åren angående patienternas upplevelser vid ventilatorbehandling. I en dansk studie av Schou och Egerod (2008) har man intervjuat patienter som behandlats med ventilator i minst 24h efter en CABG – coronary artery bypass grafting operation (kranskärlsoperation). Av deras berättelser framkom att de upplevde obehag från tuben, kvävningsskänslor, osäkerhet, förlorat självförtroende till att kunna andas själv, kommunikationssvårigheter, förlorad kontroll över sig själv, hjälplöshet, ensamhet och en förvrängd tidsuppfattning (a.a.).

Psykologiska faktorer som frustration, osäkerhet, hopplöshet, rädsla och brist på kontroll kan leda till svårigheter i urträningen (Cook, Meade & Perry, 2001). Dessa upplevelser kan förstärkas av ett misslyckat urträningsförsök och de konsekvenser som detta medför. Ett misslyckat urträningsförsök kan vara en skrämmande upplevelse för patienten. Upplevelsen skapar oro vilket påverkar andningsfunktionen negativt. Det i sin tur kan leda till senare misslyckanden i urträningen, varvid en ond cirkel uppstår av upprepade misslyckanden och förlängd behandling med ventilator (Chen et al., 2011).

Urträning från ventilatorbehandling

Urträning innebär en övergång från kontrollerad eller assisterad andning till spontanandning. Det är en process som sker i olika steg men hur denna ska genomföras finns det ingen enighet i (Rose & Nelson, 2006).

En strategi vid urträning kan vara att först sänka syrgashalten med 10 % i taget tills FiO₂ (fraction of inspired oxygen) är < 50 %. Därefter sänks PEEP (positive end-expiratory pressure) till en nivå < 5 cm vatten och efter det sänks TU (tryckunderstödet) med 2 cm vatten åt gången. När detta är genomfört med gott resultat, det vill säga att patienten är cirkulatoriskt och respiratoriskt stabil, kan spontanandningstest påbörjas. Om patienten orkar spontanandas i 30-120 minuter så ses försöket som lyckat och andningsstödet kan avvecklas (Blomqvist, Larsson, Fredén, Lindén & Nellgård, 2012).

De olika strategierna för urträning skiljer sig åt mellan olika sjukhus och avdelningar och beror bland annat på arbetsplatsens kultur, personaltäthet, kunskaper, erfarenheter och organisation (Rose & Nelson, 2006).

Internationellt perspektiv på urträning

Det finns stora internationella skillnader inom intensivvård. Dessa beror på sociala, politiska, ekonomiska och kulturella skillnader som påverkar hur organisation och profession ser ut. I Skandinavien, England, Australien och Nya Zeeland har sjuksköterskan ett större ansvar och mer självbestämmande i urträningssprocessen (Lavelle & Dowling, 2011; Rose & Nelson, 2006). Det är fortfarande ett samarbete mellan sjuksköterska och läkare men huvudansvaret ligger hos sjuksköterskan att träna ur patienten från ventilatorn. I USA och Kanada däremot ligger denna uppgift i huvudsak hos de så kallade andningsterapeuterna. De har en tvåårig specialistutbildning i andningsvägarnas anatomi och fysiologi och hanterar ventilatorn och extuberingarna i samförstånd med läkarna (Rose & Nelson, 2006; Blackwood, Alderdice, Burns, Cardwell, Lavery & O'Halloran, 2009; Lavelle & Dowling, 2011).

Urträningssprocessens utveckling

Enligt Burns (2012) har urträningssprocessen under 1980-talet komplicerats av att man inte haft tillgång till standardiserade hjälpmedel. Det som främst fokuserades på var den enskilde patientens lungfunktion i samband med urträning. Därefter börjades det, under sent 1990-tal, att utforskas olika urträningssmetoder där protokoll för urträning och riktlinjer för sederingsbehandling användes (a.a.).

Vidare hänvisar Burns (2012) till studier som påvisat att urträningssprotokoll bidragit till kortare behandlingstid med ventilator oavsett vilken inställning på ventilatorn som använts. Dessa protokoll var dock inte generellt standardiserade utan individuellt utformade. Det som bidrog till den minskade behandlingstiden var att alla följde samma protokoll för den enskilde patienten. Dessutom poängterar Burns (2012) att det också under samma period gjordes studier där de i samband med urträning med protokoll också testade spontanandningen hos patienterna. I de fall spontanandning upprätthölls i 2 h extuberades patienten. Även dessa studier resulterade i en kortare ventilatorbehandling och minskade antalet komplikationer som reintubation och tracheotomi (a.a.). Tracheotomi innebär att ett strupsnitt görs på halsens framsida för att skapa fri luftväg (<http://www.varhandboken.se>).

Trots forskningsframgångarna påverkades inte vårdtiden på intensivvården för dessa patienter och inte heller tiden på sjukhus. Därför började sederingsbehandlingen ses

över med hjälp av så kallade ”wake up-test”. Det innebar att det gjordes dagliga avbrott i sederingsbehandlingen för att lättare hitta lägsta nivå för sedering för den enskilde patienten. På så sätt minskades behandlingstiden med ventilator ytterligare och vårdtiden på intensivvårdsavdelning och sjukhus förkortades. Dessutom var det färre patienter som drabbades av IVA-delirium under vårdtiden och färre som avled inom ett år efter utskrivning från sjukhuset (Burns, 2012).

Enligt Burns (2012) publicerades år 2001 det första dokumentet för urträning baserat på vetenskapligt samförstånd. Där rekommenderades att försök till urträning inte bör påbörjas innan patienten uppnått stabilitet i kliniskt tillstånd och vitala organ. Efter detta har det gjorts flertalet försök att ta fram urträningsprotokoll som är allmängiltiga men inget har fram till idag fått det breda genomslag som önskats (a.a.).

Urträningsprocessen idag

Det gäller att snabbt identifiera när patientens tillstånd tillåter att urträning kan påbörjas. Urträning som påbörjas för tidigt eller för sent kan ge negativa konsekvenser för patienten, som till exempel VAP – ventilator associerad pneumoni, ökad morbiditet, längre vårdtid samt försvåra reintubering (Rose & Nelson, 2006).

Det finns inte någon enighet om kriterier och metoder för urträning. Det innebär bland annat att det tillämpas hundratals olika kriterier för urträning inom intensivvården. Vid ett försök att identifiera dessa fann man 462 olika kriterier som delades in i sex olika kategorier: demografiska egenskaper, subjektiva tecken, hemodynamiska variabler, lungfunktion, gasutbyte och svårighetsgrad av sjukdom (Rose & Nelson, 2006). Exempel på urträningskriterier som bör vara uppfyllda är MAP (median arterial pressure) 60-90 mm Hg utan vasoaktivt eller inotropiskt stöd, puls 60-100/min, normal kroppstemperatur, normaliserad blodgas med pH > 7,3, SpO₂ (syremättnad) >90 % med FiO₂ ≤ 40 %, andningsfrekvens < 30/min och att patienten inte ska vara agiterad (Blomqvist et al., 2012; Morton & Fontaine, 2009). Enligt Rose och Nelson (2006) är index för snabb och ytlig andning ett kriterium som har högt valideringsvärde och som används i stor utsträckning i praktiken.

Urträningsprotokoll

När urträning ska påbörjas och vilken metod som ska användas är enligt Blackwood et al. (2009) ofta beroende av den ansvarige läkarens omdöme och erfarenhet. Detta medför att det ofta blir en subjektiv bedömning med stora variationer i behandlingen

av patienterna. Detta är en av anledningarna till att det framarbetats hjälpmedel såsom urträningsprotokoll (*Bilaga 1*). Dessa bygger på evidensbaserad kunskap vilket medför en mer objektiv infallsvinkel med färre variationer, alltså en mer samstämmig behandling (a.a.).

Urträningsprotokollen är vanligtvis utformade utifrån tre grundläggande delar. Det handlar om generella kliniska parametrar som talar om när patienten är redo för urträning, (till exempel cirkulatoriskt stabil, PEEP <10 cm vatten, PaO₂/FiO₂ - fraktion av inandad syrgas ≥ 18 kPa), riktlinjer för hur man ska minska andningsunderstödet under urträning och vilka kriterier som avgör när patienten kan extuberas (Værland & Kristoffersen, 2011; Blackwood et al., 2009). De befintliga urträningsprotokollen som används idag har dock stor variation till innehåll. Det finns inte heller här någon enighet om hur protokollen ska se ut (Blackwood et al., 2009).

I Rose och Nelsons studie (2006) har det visats i ett flertal studier att urträning med hjälp av standardiserade hjälpmedel såsom ett urträningsprotokoll leder till kortare behandlingstid med ventilator. Det råder en viss motstridighet i detta då ett fåtal studier visar på att det inte blir någon skillnad i morbiditet, mortalitet, behandlingstid eller i utförandet av urträningen oavsett om man använt sig av ett protokoll eller inte (a.a.).

Urträningsprotokoll har visat sig vara ett säkert och effektivt hjälpmedel för sjukvårdspersonal. Dock finns det flera faktorer att ta hänsyn till vilket gjort det problematiskt att standardisera dem och få de praktiskt användbara (Blackwood et al., 2009; Lavelle & Dowling, 2011). Andra menar att det istället handlar om personaltillgänglighet, vilka åtgärder som utförs och hur ronderna är utformade (Brochard, 2008).

IVA- sjuksköterskors perspektiv på urträning och urträningsprotokoll

Utvecklingen har lett till att ansvaret för urträning har övergått mer från läkarna till sjuksköterskorna. Detta har också varit en av anledningarna till varför det utvecklats hjälpmedel som urträningsprotokoll (Rose & Nelson, 2006). Numera är det sjuksköterskan som är närmast patienten under större delen av tiden. Sjuksköterskan har därför en god möjlighet att bedöma fysiologiska och psykologiska förändringar hos patienten. För en lyckad urträning behövs det dock ett gott samarbete mellan den

patientnära sjuksköterskan och den patientansvarige läkaren (Rose & Nelson, 2006; Hansen & Severinsson, 2007).

Ett interprofessionellt samarbete kan enligt Herbert (2005) leda till ett mer aktivt deltagande i kliniskt beslutfattande för alla yrkeskategorier inom vården. Dessvärre tyder studier på att detta samarbete inte fungerar tillfredställande inom intensivvården på grund av oförmåga till fungerande kommunikation och problemlösning mellan yrkesgrupperna (Garland, 2005). Dels har detta att göra med skiftarbete, läkarnas ständiga rotationer på grund av randning, neddragning av personal och dels den stora omsättningen av olika patienter och deras behov (Hawryluck, Espin, Garwood, Evans & Lingard, 2002).

I en svensk intervjustudie av Eckerblad, Eriksson, Kärner och Edéll-Gustafsson (2009) beskrivs hur IVA-sjuksköterskor på två intensivvårdsavdelningar gör för att underlätta urträningen för ventilatorbehandlade patienter. Inte på någon utav de två intensivvårdsavdelningarna hade det utformats en standardiserad strategi eller ett protokoll för urträning. Det framkom att strategierna för urträning skiljde sig åt mellan IVA-sjuksköterskorna beroende på individuell kunskap, erfarenhet och syn på urträningssprocessen. Det som låg till grund för frustration hos många IVA-sjuksköterskor var bland annat bristen på riktlinjer och uppsatta mål för urträning. Detta gjorde att många upplevde att vårdandet kunde bli godtyckligt och bero på vem som var läkare för dagen, speciellt under helger och semestertider då rotationen på olika läkare kunde vara stor. De urträningsplaner som gjorts upp innan kunde helt frångås när en ny läkare var rondansvarig (a.a.).

Vad gäller IVA-sjuksköterskornas syn på urträningsprotokoll skiljde de sig åt även här. De med mindre erfarenhet ansåg att ett protokoll kunde vara till hjälp medan andra mer erfarna IVA-sjuksköterskor menade att det kunde upplevas som ett hinder för en bra urträningssprocess. De erfarna ansåg att protokoll inte tar hänsyn till individuella skillnader och sjukdomstillstånd hos patienterna samt IVA-sjuksköterskans kunskap och erfarenhet (Eckerblad et al., 2009). Även i Værland och Kristoffersens studie (2011) framkom det att urträningsprotokollen framförallt sågs som ett hjälpmedel för de mer oerfarna IVA-sjuksköterskorna medan de mer erfarna använde det som en vägledning och istället gick mer på känsla i sina bedömningar. Generellt tyckte IVA-sjuksköterskorna att det fanns vissa begränsningar med protokollen då det var svårt att ta hänsyn till helheten och patientens egna upplevelser

av utträningen (a.a.). Andra studier visar också på att protokoll inskränker sjuksköterskornas analytiska och kritiska tänkande och hämmar dem i utträningsprocessen. Mer oerfarna sjuksköterskor överanvänder protokollen vilket gör att de styrs mer av detta än sin egna kliniska kunskap. Svårigheter att följa ett protokoll kan också förekomma i samband med utträning av patienter som behandlats med ventilator under längre tid, eftersom deras tillstånd ofta är mer komplexa (Rose & Nelson, 2006).

Olikheter i vårdpersonalens kunskap, utbildningsnivå, erfarenhet och ansvarsområden påverkar hur utträningen går till. Dessa faktorer samt hur organisationen ser ut påverkar också vårdpersonalens förmåga att arbeta mer självständigt eller mer i team under utträningen. Sjuksköterskans roll vid utträning varierar inte bara mellan olika länder utan också nationellt mellan olika sjukhus och landsting. Därför är användningen av utträningsprotokoll i praktiken ett komplext område. Hur och när det ska användas avgörs av organisationens struktur samt av personalens kompetens och tillgänglighet (Blackwood et al., 2009; Rose & Nelson, 2006).

PROBLEMFÖRMULERING

Utträning från ventilator är en komplex process som sker i olika steg. Det finns olika uppfattningar om hur och när utträning ska ske samt vilka steg som ska tas. Det kan ibland ske trots icke uppfyllda utträningskriterier. Att påbörja utträningen för tidigt eller för sent kan ge negativa konsekvenser för patienten. IVA-sjuksköterskan har ett stort ansvar i utträningen, vilket upplevs utmanande beroende på dennes kompetens, erfarenhet och hur väl samarbetet med de andra yrkeskategorierna fungerar. För att undvika stora variationer i utträningen och underlätta bedömningen av patientens förmåga inför den har hjälpmedel såsom utträningsprotokoll framarbetats med god evidens. Dessa har bland annat bidragit till kortare behandlingstid med ventilator för patienterna. Om och hur utträningsprotokoll ska användas i kliniken finns det dock inte någon enighet i och beror dels på organisationens struktur, personaltätheten samt på IVA- sjuksköterskornas och läkarnas kompetens och erfarenhet.

SYFTE

Att beskriva IVA- sjuksköterskors uppfattning om urträning från ventilator på en allmän intensivvårdsavdelning i Sverige.

METOD

Design

En empirisk fokusgruppintervjustudie med kvalitativ och deskriptiv ansats.

Urval

Studien genomfördes på en allmän intensivvårdsavdelning i en storstadsregion i Sverige där urträningsprotokoll inte används vid urträning från ventilator. Inklusionskriteriet för att delta i studien var minst ett års yrkeserfarenhet som IVA-sjuksköterska. Alla IVA-sjuksköterskor på avdelningen som uppfyllde inklusionskriteriet fick möjlighet att anmäla sitt intresse att delta i studien. Detta innebär att deltagarna inkluderades utifrån ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2008). Önskat antal deltagare för studien var 4-6 stycken IVA-sjuksköterskor.

Informationsbrev (*Bilaga 2*) om studiens syfte och utformning samt förfrågan om tillstånd om muntlig presentation av studien på ett personalmöte skickades via mail till verksamhetschefen och chefssjuksköterskan. Chefssjuksköterskan var behjälplig med en lista på mailadresser till samtliga IVA- sjuksköterskor med undantag av de som var sjukskrivna eller var på annan ledighet. Deltagarinformation (*Bilaga 3*) skickades därefter till samtliga mailadresser och sattes även upp i personalrummet i samband med personalmötespresentationen. IVA- sjuksköterskorna ombads att maila in sitt intresse till deltagande i studien tillsammans med kontaktinformation. Det skickades även en påminnelse via mail efter en vecka. Efter två veckor hade sju intresseanmälningar kommit in. Eftersom det var svårt att få till en gemensam dag för deltagande i fokusgruppsintervjun valdes den att utföras på den dag då flest antal, det vill säga tre av de sju intresserade IVA- sjuksköterskorna, samtidigt var i tjänst. De övriga fyra intresserade som inte var i tjänst den aktuella intervjudagen erbjöds att vara med varpå samtliga avstod. De IVA- sjuksköterskor som var planerade att arbeta dagen för

intervjun tillfrågades var och en allt eftersom de anträffades. På detta sätt tillfrågades fem IVA- sjuksköterskor varav tre gav sitt samtycke till medverkan i studien. Två dagar innan fokusgruppsintervjun skickades en påminnelse via sms och mail till de deltagande angående tid och plats för utförandet. Ett meddelande skrevs även på anslagstavlan i personalrummet.

Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod genomfördes en fokusgruppsintervju. Enligt Wibeck (2010) möjliggör en fokusgrupp diskussion mellan deltagarna, där nya idéer och tankar kring ämnet utvecklas och ger ett bredare dataunderlag. IVA- sjuksköterskorna fick här möjlighet att prata fritt kring urträning och beskrev sina erfarenheter och uppfattningar med egna ord. Datainsamlingen utfördes vid ett tillfälle, intervjun tog 50 minuter och bandinspelades med hjälp av två mobiltelefoner och en diktafon.

Fokusgruppsintervjun ägde rum i ett ostört rum i nära anslutning till avdelningen och genomfördes i samband med skiftbytet mellan två arbetspass. Deltagarna tillsammans med moderator och observatör fick sätta sig på valfri plats kring ett runt bord. Fokusgruppsintervjun började med en introduktion där deltagarna fick information om syftet med studien, om vad en fokusgruppsintervju innebär samt det planerade upplägget för den. Deltagarna fick möjlighet att ställa frågor innan start och vid detta tillfälle informerades de åter om frivilligt deltagande, att de närsomhelst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande. För att försäkra god ljudkvalitet och fungerande ljudupptag placerades tre inspelnings apparater mitt på bordet och testades innan intervjun startade. Vid test av inspelnings apparaterna fick deltagarna var och en presentera sig med namn, ålder och antal år de arbetat som IVA- sjuksköterskor samt om de jobbat på annan intensivvårdsavdelning än den aktuella.

Intervjun utfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide med fem frågor (*Bilaga 4*). Uppdelningen var sådan att moderatören ställde frågorna medan observatören iakttog dynamiken, stämningen och samspelet i gruppen och förde stödanteckningar. Den första frågan var formulerad för att få igång tankar och diskussion kring ämnet. Deltagarna började omgående diskutera med varandra och delade med sig av sina egna erfarenheter och uppfattningar vilket gjorde att moderatören inte behövde ställa nästkommande fråga. Under intervjuens gång var både moderator och observatör

uppmärksamma på att frågorna och syftet besvarades. Det var endast vid några få tillfällen som stödfrågor ställdes på grund av längre pauser eller att de kom ifrån ämnet. Då diskussionen börjat avta frågade moderatorn om det fanns något ytterligare att tillägga varpå alla var nöjda och intervjun och bandinspelningen avslutades. Efter intervjun hade moderator och observatör en kort avstämning där en genomgång av stödanteckningar gjordes och materialet avidentifierades.

Dataanalys

Fokusgruppsintervjun bearbetades enligt kvalitativ manifest innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Den inspelade intervjun lyssnades igenom gemensamt och transkriberades ordagrant till skriftlig text i nära anslutning till intervjutillfället. Under transkriberingen noterades det när deltagarna pratade i mun på varandra och även känslouttryck, till exempel skratt, hummanden och pauser skrevs ned. Texten lästes igenom var för sig tre gånger, anteckningar fördes i marginalen och viktiga meningar i texten underströks. Därefter lästes texten igenom tillsammans sida för sida. Det diskuterades och resonerades fram till vilka meningsbärande enheter som svarade på syftet och därmed skulle lyftas fram ur texten varpå dessa grupperades efter innehåll. En diskussion fördes kontinuerligt och texten lästes igenom upprepade gånger för att inte missa något väsentligt och inte förlora sammanhanget. Därefter kondenserades meningsenheter i de olika grupperna för att göra texten mer lätthanterlig för vidare analysering. De kondenserade meningsenheterna kodades med ett ord eller kortare mening som gav en kortfattad beskrivning av meningsenhetens betydelse utan att förlora dess innebörd. Koderna delades sedan in efter bland annat likheter, skillnader, motsättningar och olika perspektiv (*Tabell 1*). Dessa indelade koder bildade kategorier. Under hela analysprocessen har författarna gått tillbaka till transkriberingen för att vidare diskutera och reflektera och på så sätt undvika egna tolkningar och vara texten trogen.

Tabell 1. Exempel på tillvägagångssätt vid innehållsanalysen

| Meningsbärande enhet | Kondenserad meningsbärande enhet | Kod | Subkategori | Kategori |
|--|---|--|-------------|----------------|
| Jag tycker det skulle vara jättebra, då ser man vilka tecken, vad det är man ska titta efter eller kanske när det inte går så bra, när man ska backa lite, det skulle vara super. Och åt andra hållet att säga att nu kanske det kan vara läge för lite uträning här, det ser ju bra ut. | Jättebra, visar när man ska backa och vilka tecken att titta efter. När det är läge för uträning | Vägledande | Rutiner | Organisationen |
| Har man ett protokoll eller riktlinjer eller ett hjälpmedel då måste det också underlätta samarbetet mellan involverade personalkategorier, följer samma spår och även från pass till pass så att det inte blir att en ny doktor eller sjuksköterska då går man på problemet på ett annat sätt, att man håller en linje. | Protokoll eller riktlinjer underlättar samarbetet så att man följer samma spår från pass till pass, att man håller en rak linje | Arbeta mer konsekvent-underlättar samarbetet | Samarbete | |
| Då skulle patienten få samma möjlighet att träna ur oavsett vem som jobbar. Nu kanske det blir bättre för att man har en erfaren eller så kan det bli sämre bara för den är mer "blasé". | Samma möjlighet oavsett vem som jobbar | Får samma möjlighet | Omvårdnad | Patienten |

ETISKA ASPEKTER

Enligt Vetenskapsrådet (2002) bör forskning i huvudsak ta hänsyn till fyra etiska principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

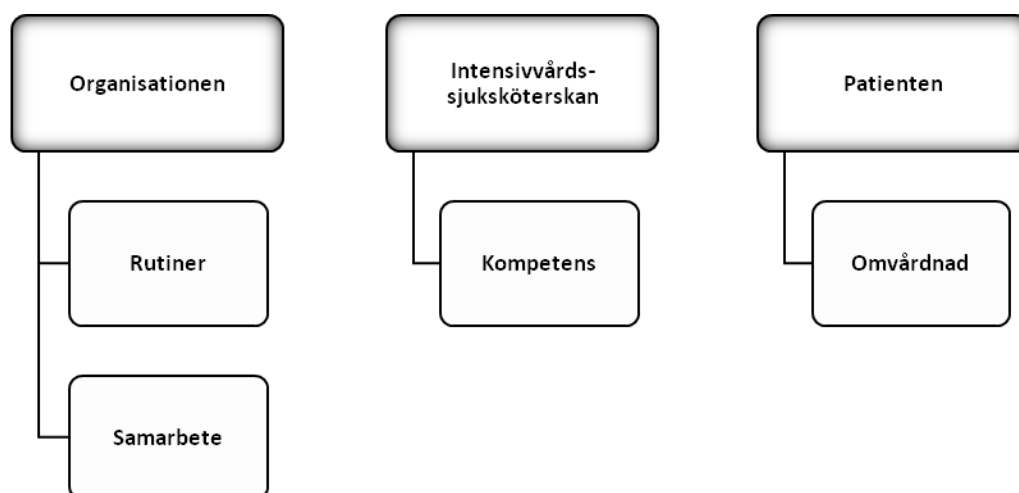
Informationskravet: För godkännande av studien kontaktades verksamhetschef och chefsjuksköterska via mail. Deltagarna fick information om syftet för studien samt beskrivning av intervjuens upplägg både via deltagarinformationsbrevet och vid introduktionen till fokusgruppsintervjun. Information om frivilligt deltagande framgick

tydligt både vid den muntliga presentationen av studien, i deltagarinformationsbrevet samt vid intervjutillfället. *Samtyckeskravet och Konfidentialitetskravet:* Samtycket till medverkande i studien skedde via mail samt personlig kontakt och insamlad data hanterades konfidentiellt. Datamaterialet avidentifierades direkt efter det att intervjun var avslutad och den inspelade intervjun raderades från samtlig inspelnings apparatur efter transkriberingen. *Nyttjandekravet:* Materialet som samlats in kommer endast att användas för denna studies syfte. Deltagarna fick dessutom information om att studien kommer att finnas tillgänglig för avdelningen när studien är färdigställd och godkänd.

RESULTAT

Fokusgruppen bestod av sex IVA-sjuksköterskor varav fyra kvinnor och två män i åldrarna mellan 44-56 år. Deltagarna hade arbetat minst tio år som IVA-sjuksköterskor med undantag av två som arbetat 5 år respektive 1,5 år.

Under dataanalysen framkom det 76 koder som delades in i fyra subkategorier och tre huvudkategorier (*Figur 1*). Resultatet kommer att presenteras med rubriker utifrån dessa kategorier och innehållet tydliggörs med citat från deltagarna.



Figur 1 Kategorisering

Organisationen

Rutiner

IVA-sjuksköterskorna var eniga om att utträningen inte fungerar tillfredsställande på avdelningen. De uttryckte att det ofta tas hastiga beslut på grund av platsbrist och att utträningen inte tillåts vara en process i tillräcklig utsträckning. En IVA-sjuksköterska ansåg att de är för inaktiva i utträningsprocessen, att de oftare borde pröva och utvärdera olika inställningar på ventilatorn för att utträningen ska lyckas bättre.

”Om jag ska vara helt ärlig, när jag hör utträningsprocess, existerar det på den här avdelningen? För mig blir det: aha extubation! Platsbrist, vi måste extubera...det tänker jag på när jag hör utträning, så hör jag nog inte process utan då tänker jag att vi ska extubera”.

IVA-sjuksköterskorna uppgav att de saknar struktur på ronderna, att diskussionerna kring utträning ofta blir ytliga med inte så väl genomtänkta målsättningar som möjligt som följd. De talade om att det ibland inte finns någon tydlig ordination vilket gör det svårare för dem att ta ansvar i utträningen eftersom de då inte har något att förhålla sig till. Eftersom målen inte uppfattas vara så väl genomtänkta så blir inte heller den uppsatta planen för patientens utträning optimal. De menade att det då blir svårt att följa denna och en ny plan och nya målsättningar måste formuleras.

”Man hör på ronderna ofta att man diskuterar utträning men inte på djupet och inte strukturerat (...).det är ingen ordination, det är JA ska träna ut men inte hur man gör när man tränar ut”.

Det framkom att det kan finnas ett behov av ett utträningsprotokoll men att detta inte bör ses som en regel. Istället menade de att det bör fungera som ett hjälpmedel som bidrar till bättre rutiner, något som skulle kunna användas som ett slags dokumentationsunderlag för att öka överskådligheten.

”Jag tror att det finns ett behov”.

”Jag har inte tänkt på att det finns ett behov förrän ni har tagit upp den här frågan, ett protokoll. Jag har tänkt på att det finns ett behov av riktlinjer men ju mer vi pratar om det här så ser jag faktiskt att det kan vara jättestora fördelar, just det här med dokumentationen också, att man ser framåt och bakåt, vad händer”.

Vidare menade IVA-sjuksköterskorna att ett protokoll som arbetsredskap kan skapa struktur där alla har en gemensam plattform att utgå ifrån och förhålla sig till så att alla är på samma nivå. På så sätt skulle utträningen kunna underlättas och bli mer effektiv. De påvisade att protokoll även skulle kunna vara till hjälp för de oerfarna underläkare som arbetar på jourtid och på så sätt ge dem en strategi att gå efter.

”Hjälpmedel, ett hjälpmedel för alla personalkategorier att hålla sig till”.

”Läkare och undersköterskor, så att alla är på samma nivå, nu kan en ha en tanke och en annan en annan”.

De ansåg att ett utträningsprotokoll med kriterier för utträning kan komma att underlätta genom att ge mer klarhet i vad som behöver göras. Det skulle kunna ge en vägledning, till exempel vilka tecken att titta efter för att avgöra om utträning är aktuell, när det är dags att gå vidare samt när det är dags att avbryta.

”Ett protokoll ska ju också kunna ge en tendens tillbaka i tiden, hur har det varit med parametrarna de senaste dagarna eller sista veckan, det är en bra sak med protokoll, en hjälp, hur har det sett ut”.

”Svart på vitt”.

IVA-sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten är otroligt viktig i utträningsprocessen men att detta är svårt att upprätthålla i vårdrelationen till patienterna på grund av ständig personalomsättning. De menade att då ny personal kommer, som inte har träffat patienten och inte vet var i utträningsprocessen patienten befinner sig, är risken större att det blir onödiga uppehåll i utträningen och att processen avstannar. Ett protokoll skulle kunna underlätta kontinuiteten och ge en bättre överblick vid täta personalbyten. Vidare menade de att det skulle kunna bidra till att viktig information stannar kvar och inte försvinner på vägen vid dessa personalbyten.

”Det är tråkigt om det är så att påbörja en utträningsprocess och sen blir det uppehåll i 24 timmar, för att det kommer nya som inte har riktig koll och så måste man starta igen”.

Genom nyanställda kollegor från andra intensivvårdsavdelningar har IVA-sjuksköterskorna uppmärksammat hur olika urträningen kan gå till mellan olika verksamheter.

”Jag tycker sista tiden är vi mer medveten alla de här nya som har börjat som kommer ifrån alla andra IVA-ställen har jättemycket frågor(...)de kan säga, nej vadå, sätter ni på tub, ska de andas på näsa, jaha, det gör vi, det har vi aldrig gjort”.

De menade också att läkare inom samma verksamhet gör olika men att det är ofrånkomligt samt att det ibland kan vara bra att ändra strategi för urträning då den kanske inte var rätt från början.

”Det kan ju vara bra eller hur? Ibland måste man ju ha en avstämning och ändra strategi, för det behöver ju inte vara rätt det man har sagt först”.

IVA-sjuksköterskorna betonade att ett urträningsprotokoll skulle kunna göra dem mer observanta på vad som ska prioriteras. Det kan då bli mer påtagligt vilka saker som är viktiga. Urträningens utformning skulle på så sätt inte bli individuellt bunden till ansvarig sjuksköterska eller läkare.

Funderingar kring hur urträningsprotokollen kan se ut, vilka som är bra och vilka som är mindre bra, om alla är validerade framkom under intervjun.

De kände en viss oro kring att det kan bli för generellt styrt med ett urträningsprotokoll, att alla patienter måste in i en och samma mall. Samtidigt uppgav de att förutom att hänsyn måste tas till de uppsatta förhållningskriterierna är det patientens tillstånd och behov som måste vara det styrande i urträningen.

”Men jag skulle vilja se också hur en sån där ser ut, det måste ju finnas en massa olika, en del kanske är helt värdelösa, jag menar det måste ju finnas någon som är utprovad på nåt sätt”.

De betonade att de vill ha riktlinjer att följa hellre än ett styrt schema. Det bör inte heller vara någon form av checklista att kryssa i utan diskussion. Det rådde enighet om att urträningsprotokoll bör vara anpassat för den aktuella verksamheten och då behöver justeras innan det implementeras i verksamheten.

”Då ska det vara någon typ av riktlinjer (...) snarare än att nu är det dag ett, då ska vi göra det och det, eller följa något slags schema, det skulle jag aldrig vilja ha”.

Det framkom att de uppfattar att det finns begränsningar med protokollen eftersom de inte tar hänsyn till ”de mjuka frågorna” som till exempel patienternas motivation, upplevelser, sömn, oro, fysiska ork och muskelfunktion. Dessa saker, enligt IVA-sjuksköterskorna, kan vara svåra att ringa in i en mall eller skala.

Samarbete

Det framkom även brister i samarbetet där IVA-sjuksköterskorna upplevde att de hela tiden måste motivera och försvara sina synpunkter kring utträningen gentemot läkarna. De gav uttryck för att de får dåligt gehör från läkarna som de upplever struntar i vad de säger ibland. Den frustration som kan uppstå när olika doktorer kommer med olika direktiv beskrevs också som ett uttryck för bristande samarbete.

”Just det där, där man försvarar sin patient, jag tror inte det kommer gå något bra och så får man ändå jo men vi ska ändå”.

IVA-sjuksköterskorna föreslog att ett utträningsprotokoll skulle kunna ge en bättre sammanfattning och mer tydlig information och kommunikation. De menade att argumenten då skulle kunna lyftas fram på ett bättre sätt eftersom IVA-sjuksköterskan och läkaren då har något mer konkret att gå på i sina beslut. Detta skulle kunna förbättra och underlätta kommunikationen och samarbetet.

Det framkom att ett utträningsprotokoll skulle kunna underlätta vid de tillfällen som den IVA-sjuksköterska som är ”bedside” inte är överens med läkaren under utträningsprocessen och när beslut ska tas för extubering.

”Det händer ju ofta att vi inte är överens med läkarna tycker jag, är det här lämpligt att extubera nu och varför är det inte lämpligt. Sjuksköterskan har ju varit med patienten kanske hela dagen och har lite mera koll på de senaste parametrarna (...) det skulle komma upp på ett bättre sätt om man hade de här protokollen och kunde sammanfatta hur är det med det här än att man bara samtalar lite löst”.

En av IVA-sjuksköterskorna föreslog att protokoll skulle kunna sammanföra de olika yrkeskategoriernas perspektiv på ett bra sätt. Vidare menade IVA-sjuksköterskorna att utträningsprotokollet också skulle kunna vara till underlag för diskussion kring utträningen på rondan, att det innefattar en avstämning för att komma fram till en gemensam plan. De påvisade även att samarbetet med sjukgymnasterna skulle kunna förbättras med ett gemensamt protokoll eftersom deras kunskap skulle tas tillvara och utnyttjas på ett bättre sätt i utträningen då.

De framhöll att utträningsprotokoll eller någon form av riktlinjer skulle kunna göra att arbetet blir mer konsekvent mellan arbetspassen.

”(...)har man ett protokoll eller riktlinjer eller ett hjälpmedel då måste det också underlätta samarbetet mellan involverade personalkategorier, följer samma spår och även från pass till pass, så att det inte blir att en ny doktor eller ny sjuksköterska, då går man på problemet på ett annat sätt, att man håller en linje”.

Intensivvårdssjuksköterskan

Kompetens

IVA-sjuksköterskornas uppfattning var att det tar minst ett arbetspass innan de har en uppfattning om patienternas förmåga till utträning. De hävdade att oavsett om ett protokoll används eller inte är det svårt att veta vad som är den bakomliggande orsaken till de fysiologiska parametrarna och att det alltid är en balansgång när man gör bedömningar.

Behov av utträningsprotokoll uppfattades bero på hur erfaren IVA-sjuksköterskan är. De menade att de som är erfarna vågar ta initiativ i utträningen medan de oerfarna inte vågar eftersom de är mer osäkra och rädda och inte riktigt vet hur de ska gå till väga. Eftersom utträning inte är någonting den oerfarna IVA-sjuksköterskan stött på innan så har denne inga referenser att förhålla sig till.

”När jag var ny och inte hade träffat den här typen av patienter och inte hade en aning, att jag kände mig rädd och jag visste inte och jag var jätterädd att ta bort respen och sen var jag rädd att sätta tillbaka den igen (...), om jag hade haft det här att titta på så hade många utav de här sakerna blivit lite klarare, hade haft något att falla tillbaka på lite”.

IVA-sjuksköterskorna menade att de vid urträning måste använda mycket av sin erfarenhet och känsla. Det innebär att de först behöver jobba upp erfarenheten för att få den kompetens, säkerhet och trygghet som behövs i urträningen.

”(...) om man inte har då något protokoll eller så att följa, det enda man kan göra då är att gå på att jobba upp sin erfarenhet (...)”

De hävdade att de ofta får höra ”gör som ni brukar” men en som är oerfaren har inget att förhålla sig till eftersom erfarenhet saknas.

”(...) oftast är det som så att gör som ni brukar”.

”Ja precis, men jag har inget brukar för jag har varit här i två månader och jag vet inte vad brukar innebär (...)”

En av de mer oerfarna IVA-sjuksköterskorna uppgav att ett protokoll skulle kunna vara ett stöd, något att falla tillbaka på i urträningsprocessen för den som saknar erfarenhet. Det framkom att det även för erfarna IVA-sjuksköterskor kan vara bra att komplettera erfarenhet och känsla med ett validerat protokoll.

”Men som det är nu så går man väl ganska mycket på erfarenhet och känsla (...)men det vore ju fint att komplettera det med en manual som är validerad”.

Patienten

Omvårdnad

Urträning från ventilator beskrevs av IVA-sjuksköterskorna som en process som tar tid, det är samma process för alla patienter men den tar olika lång tid för olika patientgrupper. De menade att denna tid ofta är både jobbig och krävande för patienten och utmanande för de själva.

” (...) de här patienterna där det tar lång tid, i och ur respen, att det är en väldigt jobbig vårdperiod för patienten, att det blir utmanande för oss att ta hand om de under den där jobbiga långa tiden”.

IVA-sjuksköterskorna lyfte fram att urträningen är en viktig process för patienten och att denne behöver optimeras inför detta. De menade att det skulle vara bra med ett urträningsprotokoll för att det kan ge ett gemensamt utgångsläge så att de som har ett

ansvar i utträningen vet vad som ska göras. Detta skulle kunna minska risken för att patienterna upplever utträningen som traumatisk. På så sätt tror de att man kan undvika bakslag i utträningen samt att det skulle kunna bidra till att patienterna får samma möjlighet till lyckad utträning oavsett IVA-sjuksköterskans erfarenhetsnivå.

”(...) kan vara ur hela natten om det ser bra ut (...) de vågar knappt somna för att de är rädda att de ska...och så orkar de inte träna ur dagen efter, så blir det ett enormt bakslag för patienten att ha respiratorn igen (...)hur ska det gå”

”Och det kanske är så här det blir när man inte har ett protokoll att gå efter, man kanske undviker det lättare om man sänker successivt på...”

”Då skulle patienten få samma möjlighet att träna ur oavsett vem som jobbar. Nu kanske det blir bättre för att man har en erfaren eller så kanske det blir sämre bara för att den är mer blasé”.

En av IVA-sjuksköterskorna lyfte fram forskning som visat på att användning av utträningsprotokoll snabbare lett till lyckade extuberingar och menade att ett protokoll ger större chans att i praktiken lyckas med utträningen, vilket då borde vara mer patientsäkert. Dessutom menade de att ett protokoll kan bidra med att lättare inge trygghet hos patienterna och bygga upp ett förtroende. En annan fördel som IVA-sjuksköterskorna uppgav var att en lyckad extubering ger en ledig plats till en annan behövande patient. Vidare menade de att det alltid kommer att uppstå situationer där ett protokoll inte är lämpligt på grund av individuella skillnader hos patienterna.

”Men jag menar alla sådana här grejer kommer ju alltid finnas patienter som faller ur eller att det funkar inte helt enkelt, eller de individuella avvikelserna är så att man får frångå eller anpassa de”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Förförståelse

Studien har genomförts på en intensivvårdsavdelning där det fanns en relation som arbetskollegor till deltagarna sedan tidigare. Författarna har arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterskor inom främst kardiologi. Då ingen tidigare yrkeserfarenhet av intensivvård finns innebär det att aktuella kunskaper och erfarenheter av urträning från ventilator är begränsade. Bryman (2008) menar att en beskrivning av förförståelsen ger läsaren en möjlighet att avgöra hur den kan ha påverkat urval, datainsamling och analys. Detta är en viktig del i tolkning av resultat i kvalitativa studier.

Urval

Studien omfattade sex stycken deltagare vilket ansågs vara ett lämpligt antal för att ge ett tillräckligt och hanterbart dataunderlag och ge dynamik till fokusgruppen. En större grupp än sex deltagare ansågs försvåra bearbetningen och analysen av data, vilket styrks av Wibecks (2010) uppfattning om begränsningen av en fokusgrupps storlek till max sex deltagare. Materialet hade då blivit för stort att hantera inom tidsramen för denna studie. I enlighet med Polit och Beck (2008) och Halkier (2010) bestämdes att minsta antalet deltagare blev fyra IVA-sjuksköterskor på grund av att ett mindre urval än så riskerade att ge ett otillräckligt dataunderlag och otillräcklig dynamik. Det hade dessutom blivit mer sårbart för avhopp av deltagare.

Vid urvalet för denna studie var det nödvändigt att ta hänsyn till schemaplanering och treskiftsarbete. För att lätt få tillgång till deltagare till studien föll därför valet på ett bekvämlighetsurval, vilket även Bryman (2008) förespråkar. Urvalet för denna studie är därmed inte representativt men enligt Bryman (2008) är det av mindre vikt i kvalitativa studier då dessa inte har för avsikt att framställa generaliserbara resultat. Eftersom det var nödvändigt att ta hänsyn till schemaplanering och treskiftsarbete uppstod det problem att sammanföra de som på eget initiativ anmält sitt intresse att delta i studien. Därför tillfrågades även IVA-sjuksköterskor personligen som jobbade den dagen intervjun var planerad att genomföras. Denna muntliga tillfrågan kan ha påverkat deras möjlighet att undanbe sitt deltagande.

Det kan vara en fördel att använda sig av en gatekeeper vid urvalet av deltagare till en fokusgrupp (Polit & Beck, 2008). Denna kan underlätta vid rekrytering av lämpliga deltagare då det inte finns någon kännedom om den population som ska ingå i studien samt vara en hjälp för att urvalet ska bli så representativt som möjligt (a.a.). Vid urvalet i denna studie valdes att inte använda en gatekeeper, dels för att ha kontroll över urvalsprocessen men också för att miljön och personalen sedan tidigare var kända. Detta samt att inklusionskriterier inte var mer utförligt definierade kan ha bidragit till att det inte finns någon större spridning i urvalet vad gäller deltagarnas erfarenhet och ålder.

Datainsamling

I denna studie har en fokusgrupp använts som datainsamlingsmetod. En av fördelarna med metoden, vilket Bryman (2008) också beskriver, var att det gick att frambringa mycket dataunderlag vid ett och samma tillfälle. Dessutom kunde deltagarna i fokusgruppen tillsammans jämföra och diskutera sina individuella uppfattningar och erfarenheter med varandra, vilket enligt Halkier (2010) också är en fördel. Avsikten med fokusgruppsintervjun var det sociala samspelet mellan deltagarna och det de gemensamt kom fram till, vilket enligt Halkier individuella intervjuer inte hade kunnat åstadkomma på samma sätt. På detta sätt fick deltagarna möjlighet att ta del av varandras åsikter och uppfattningar vilket gav möjlighet till ett bredare och djupare dataunderlag (Halkier, 2010). Det var i huvudsak deltagarna själva som förde diskussionen framåt. Moderatören och observatören deltog inte aktivt i diskussionen, detta i enlighet med Wibeck (2010) för att minska risken att överföra förförståelsen till deltagarna. Detta stärker objektiviteten och ökar studiens giltighet. För att ändå få struktur på diskussionen och hålla den inom studiens syfte användes en semistrukturerad intervjuguide.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) spelar relationen och interaktionen mellan intervjuaren och deltagarna i en intervju en stor roll för resultatet. Med tanke på att det fanns en relation som arbetskollegor till deltagarna sedan tidigare kan detta ha påverkat stämningen och diskussionen i fokusgruppen. Även deltagarnas relationer som arbetskollegor sinsemellan kan ha en inverkan på detta (a.a.). Detta kan ses vara till en fördel för fokusgruppen då deltagarna verkade bekväma i situationen och de kom igång snabbt med diskussionen. De flesta pratade mycket och engagerat vilket i denna studie

uppfattas som en öppenhet. Dessutom genomfördes intervjun i en miljö och omgivning som deltagarna var bekanta med, vilket enligt Wibeck (2010) ytterligare kan gynna interaktionen och därmed studiens giltighet. Denna relation kan dock även ha påverkat fokusgruppen negativt genom att gruppen uttrycker det de tror är förväntat av dem. Det kan ha inneburit att de inte vågat uttrycka sina egentliga uppfattningar.

Nackdelarna med fokusgrupper kan till exempel vara att tystlåtna deltagare inte kommer till tals eller att mer talföra deltagare tar över. Det är då viktigt att moderatören går in och är aktiv och försöker få med alla i diskussionen igen (Bryman, 2008). För att få med de mer tystlåtna deltagarna i diskussionen i denna studie ställde moderatören en fråga direkt till dem. Vidare uppfattades det inte som att det fanns någon enskild deltagare som tog över diskussionen utan aktivt deltagande var jämnt fördelat i gruppen. Det framkom liknande åsikter bland deltagarna i studien, vilket Bryman (2008) menar kan bero på att de slutar tänka kritiskt under diskussionen och börjar bilda en gemensam åsikt. Deltagarna kan också ha påverkats av grupptryck och börjat uttrycka de åsikter som de tror gruppen förväntar sig av dem, vilket också Bryman (2008) påpekar. De kan också ha uttryckt uppfattningar som de tror moderatören och observatören förväntar sig av dem. Detta var inget som moderator och observatör upplevde bland deltagarna i denna fokusgrupp vilket Wibeck (2010) menar gynnar studiens trovärdighet.

Gruppens sammansättning var homogen relaterat till ålder och arbetslivserfarenhet, vilket enligt Halkier (2010) också kan ha påverkat gruppens sociala interaktion och därmed deras uppfattningar kring syftet och intervjufrågorna. Risken vid homogena grupper är att de har mycket lika uppfattningar i ämnet och därmed inte upplever att de har något nytt att tillföra gruppen (Halkier, 2010). De flesta av deltagarna hade arbetat länge som IVA-sjuksköterskor samt dessutom jobbat på samma avdelning under större delen av denna tid vilket bidragit till att de känner varandra väl. Detta samt att de var relativt jämgamla, menar Halkier (2010) ger en trygghet då de delar erfarenheter och uppfattningar. Det kan göra att det underlättar interaktionen och diskussionen och fördjupar deras uppfattningar vilket därmed kan öka studiens giltighet (Wibeck, 2010). Om fokusgruppen hade varit mer varierad i ålder och erfarenhet så hade interaktionen och diskussionen kunnat se annorlunda ut. Det hade då möjligen framkommit mer

skilda uppfattningar vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ytterligare kunnat öka studiens trovärdighet.

Enligt Wibeck (2010) kan det vara svårt att på förhand avgöra hur många grupper som kommer att behövas för att få tillräckligt med datamaterial för att kunna se återkommande mönster och variationer. Det innebär att det kan bli svårt att tydliggöra allt som finns att upptäcka i det studerade ämnet, en teoretisk mättnad kan då bli svår att uppnå (a.a.). Valet av att endast använda en fokusgrupp i denna studie beror på den begränsade tidsramen för studien och risken att datamaterialet annars kunde bli för stort att hantera. Det material som framkom av fokusgruppen var omfattande och innehållsrikt och antydde att deltagarna i stort hade överensstämmande uppfattningar i ämnet. Dessutom framkom inga nya aspekter kring ämnet mot slutet av fokusgruppsintervjun, istället återupprepades mycket av det som tidigare diskuterats. I enlighet med Bryman (2008) och Polit och Beck (2008) stärker detta studiens trovärdighet.

En semistrukturerad intervjuguide har använts i studien, vilket enligt Bryman (2008) innebär att man utgår ifrån frågor som berör ett specifikt tema men där den som intervjuas fortfarande kan svara fritt. På så sätt kan ledande frågor som formar innehållet i svaren och då hotar studiens tillförlitlighet undvikas (Kvale & Brinkmann, 2009). Denna studies intervjuguide var utformad utifrån att börja brett med ämnet urträning för att därefter komma in mer specifikt på urträningsprotokoll. Tanken med detta upplägg var att ge deltagarna möjlighet till spontana associationer så att de på ett naturligt sätt skulle komma in på diskussionsämnet. Det som talar för att intervjuguiden fungerade för studiens syfte var att gruppens diskussioner i stort höll sig inom studiens ramar och utan upprepade utdragna tystnader. Dessutom behövde moderatorn inte gå in och styra diskussionen ofta eftersom deltagarna själva ställde frågor till varandra som styrde dem i rätt riktning igen. Däremot kunde det ha varit till fördel om moderatorn ställt uppföljningsfrågor för att få deltagarna att utveckla sina svar och på så sätt ge ett mer nyanserat datamaterial. Dock, för att undvika att avbryta den diskussion och dynamik som pågick, gjordes inte detta och ofta var det ändå någon i gruppen som tillslut styrde tillbaka diskussionen mot intervjufrågorna och syftet.

Bryman (2008) rekommenderar att man gör en förstudie, en så kallad pilotstudie, innan huvudstudien genomförs för att pröva intervjuguiden. Detta var inget som genomfördes då det under denna tid var många storhelger efter varandra vilket gjorde att det kunde bli problematiskt att hålla sig inom den uppsatta tidsplanen för studien. I efterhand sett kunde det ha varit till fördel för studien att genomföra en sådan. Det kunde ha varit ett sätt att ta reda på vad som fungerar bra och vad som fungerar sämre med intervjuguidens utformning samt gett en möjlighet att öva på de respektive rollerna som moderator och observatör. På grund av tidsramen utformades istället en checklista med de förberedelser som Wibeck (2010) rekommenderar inför genomförandet av en fokusgruppsintervju. Detta för att vara förberedda på och undvika oförutsägbara händelser under intervjuens gång vilket Polit och Beck (2008) menar ökar tillförlitligheten. Dessutom för att tillgodose en god ljudkvalitet användes tre inspelnings apparater, denna noggrannhet ökar också studiens tillförlitlighet (a.a.).

Eftersom inte avdelningen där studien genomfördes använder urträningsprotokoll funderades det över hur det skulle kunna påverka deltagarna om de fick se ett exempel på ett sådant vid intervjutillfället, ett så kallat stimulusmaterial (Wibeck, 2010). Det valdes att avstå från att visa ett urträningsprotokoll då det ansågs att deltagarna befinner sig på samma kunskapsnivå och har stor erfarenhet av urträning från ventilator. Wibeck (2010) menar att stimulusmaterialet i huvudsak inte bör lägga fram fakta, utan snarare är något som ska leda till diskussion och frågor. Dessutom bör inte alltför många färdiga argument presenteras innan och under fokusgruppsintervjun (a.a.). Med tanke på deltagarnas erfarenhet av urträning ansågs detta kunna uppfyllas utan stimulusmaterial. Däremot kom det upp under intervjun att det var några som aldrig hade sett ett urträningsprotokoll och gärna hade velat se ett.

Dataanalys

Polit och Beck (2008) menar att transkriberingen bör ske noggrant och grundligt för att återge intervjun så trovärdigt som möjligt. Transkriberingen utfördes därför gemensamt och det alternerades mellan den som skrev ned texten och den som spelade upp sekvenserna. Det som sades skrevs ned ordagrant och inkluderade även pauser, skratt, ”hummanden” samt när de avbröt och talade i mun på varandra. Även de sekvenser där deltagarna mumlade och det inte gick att tyda vad som sades skrevs ned. Sekvenserna lyssnades på upprepade gånger för att inte missa något. Trots detta finns det en risk att

det uppstått fel i transkriberingen, vilket i enlighet med Wibeck (2010) är oundvikligt, speciellt vid de sekvenser där de pratade i mun på varandra. Där kan det ha misstolkats vem som pratat eller vad som sagts. Den noggrannhet som beaktades under transkriberingen har dock bidragit till att misstolkningar i så stor utsträckning som möjligt har kunnat undvikas. Det som kunnat förbättra transkriberingen ytterligare är att även betoningarna i det som sades markerades i texten, vilket enligt Polit och Beck (2008) kunnat ge ett bättre tolkningsunderlag vid dataanalysen. Om deltagarna dessutom hade fått möjlighet att läsa igenom den transkriberade texten hade eventuella felaktigheter och missförstånd kunnat rättas till innan analysen påbörjades (a.a.).

I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) har hela analysprocessen skett med syftet och den transkriberade textens sammanhang ständigt i åtanke för att på detta sätt stärka studiens trovärdighet. Utifrån det har de betydelsefulla meningsbärande enheterna extraherats, kodats och kategoriserats. Detta har också illustrerats i *Tabell 1* som visar denna process steg för steg. Under analysprocessen har koder och kategorier omvärderats upprepade gånger för att göra en så tydlig åtskillnad mellan dessa som möjligt, vilket rekommenderas av Graneheim och Lundman (2004) då det också kan stärka studiens trovärdighet. Vidare menar Graneheim och Lundman att problemet när man extraherar de meningsbärande enheterna är att de antingen kan bli för omfattande och därmed förlora innehåll eller att de kan bli för snäva och på så sätt förlora sitt sammanhang när texten kondenseras. Att analysprocessen i denna studie har varit utmanande kan förklaras med att meningsenheterna som extraherats varit för omfattande och innehållet i en meningsbärande enhet då kan ha fått flera betydelser vilket kan ha försvårat kodningen och därmed kategoriseringen. Därför har justeringar av koder och kategorier gjorts upprepade gånger under analysarbetet vilket Graneheim och Lundman (2004) menar kan ha påverkat studiens tillförlitlighet. Den bristande erfarenheten av denna typ av analysförfarande kan därför ha en viss påverkan på det slutgiltiga resultatet för denna studie. Hela datainsamlingen och analysen har skett med lika stor delaktighet. Genom att hela tiden reflektera och diskutera kring det som sägs i texten har förutfattade meningar och konstruerade tolkningar av datamaterialet aktivt försökts undvikas. På detta sätt har objektiviteten i studien beaktats (Bryman, 2008). När de meningsbärande enheterna har extraherats har det skett med hänsyn till att bevara sammanhanget samt till skillnader och likheter i innehållet.

Vid innehållsanalys är det vanligt att det, förutom kategorier, framarbetas teman. Detta innebär, enligt Graneheim och Lundman (2004), att det görs både en manifest och en latent innehållsanalys. I denna studie har endast en manifest innehållsanalys gjorts eftersom endast kategorier framarbetats, vilket rekommenderas som ett lämpligt första steg då erfarenheten av analysmetoden är begränsad (a.a.).

Genom de citat som använts i presentationen av resultatet har, i enlighet med Graneheim och Lundman (2004), studiens trovärdighet stärkts ytterligare. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är överförbarheten av resultat vid kvalitativa undersökningar upp till läsaren att avgöra utifrån den beskrivning av studien som författarna givit. Bryman (2008) pekar också på detta då det handlar om att undersöka subjektiva uppfattningar och erfarenheter. Dessutom är kvalitativa studier ofta små vad gäller antalet individer som studeras eller intervjuas, vilket också påverkar generaliserbarheten av resultaten. På grund av detta anser författarna att det inte är lämpligt att dra generella slutsatser av denna studies resultat utan att den endast representerar IVA-sjuksköterskors uppfattningar där studien utförts.

Resultatdiskussion

I fokusgruppen framkom det att struktur, riktlinjer, fungerande samarbete och kontinuitet är viktiga förutsättningar i uträningsprocessen vilket de beskrev inte fungerade tillfredsställande i den aktuella verksamheten. För IVA-sjuksköterskorna hade erfarenhet och kompetens en stor betydelse för hur de uppfattar uträningen och den utmaning den innebär. Överlag verkade de positivt inställda till hjälpmedel så som uträningsprotokoll eftersom ett sådant skulle kunna tillgodose många utav deras och patienternas behov i uträningsprocessen. Men det framkom även viss tveksamhet och oro inför hur de praktiskt skulle kunna användas.

Resultatdiskussionen nedan presenteras med rubriker utifrån de tre huvudkategorierna.

Organisationen

Det framkom olika problem i hur uträningen fungerar, dels i samarbetet mellan olika yrkesgrupper men också i att det saknas struktur och tanke kring kontinuitet i organisationen. IVA-sjuksköterskorna uppfattade att uträningsprocessen är en utmanande och viktig del av intensivvården som måste få ta tid för att patientens tillstånd ska optimeras, vilket stämmer överens med tidigare forskning (Burns, 2012). Att detta inte fungerar idag menade de bland annat kan bero på hastiga beslut som

framtingas på grund av platsbrist. Ytliga diskussioner, ogenomtänkta målsättningar och avsaknad av tydliga ordinationer var ett uttryck för bristande struktur för IVA-sjuksköterskorna. Detta gavs också uttryck för i studien från Eckerblad et al. (2009) där bristen på riktlinjer och uppsatta mål låg till grund för frustration för många sjuksköterskor. Enlig Rose och Nelson (2006) är uträningen en process som sker i olika steg, där det råder delade meningar om hur och vilka steg som ska tas. Detta gavs även uttryck för i denna studie där IVA-sjuksköterskorna framhöll att läkare kommer med olika direktiv och att detta skapar en viss frustration men med insikt att detta hinder i samarbetet till viss mån är ofrånkomligt.

IVA-sjuksköterskorna tyckte också att det är utmanande att upprätthålla en kontinuitet på grund av ständiga personalomsättningar. Att kontinuiteten är en viktig del i omvårdnaden framgår i Crocker och Scholes studie (2009) där IVA-sjuksköterskorna upplevde att en framgångsrik uträning till viss del var beroende av detta. Dessutom upplevde de att brist på kontinuitet ledde till att uträningen sköts upp och att hela uträningsprocessen på så sätt fördröjdes (a.a.).

IVA-sjuksköterskorna diskuterade kring hur ett uträningsprotokoll skulle kunna påverka deras arbetssituation. De framhöll att uträningsprotokoll med kriterier och riktlinjer skulle kunna vara ett hjälpmedel och vägledning som bidrar till bättre rutiner i uträningen. Det var också något som framkom i Ely et al. (2001) sammanfattning av evidensbaserade kliniska riktlinjer, att protokollen inte ska ses som strikta förhållningsregler utan mer som ett vägledande verktyg. Dessutom menade IVA-sjuksköterskorna, att ett protokoll skulle kunna fungera som ett underlag för dokumentation och ge en bättre överblick över vad som behöver göras. I och med detta, menade de, skulle det bidra till en tydligare struktur, vara ett stöd i beslutsfattande och prioritering samt framförallt ge en gemensam grund att arbeta utifrån.

IVA-sjuksköterskorna framhöll också att användning av uträningsprotokoll skulle kunna ge en bättre sammanfattning av patientens aktuella tillstånd och fungera som ett gemensamt underlag för diskussion vilket i sin tur skulle kunna underlätta kommunikationen och det tvärprofessionella samarbetet. I en studie av Grap et al. (2003) framkom att ett protokoll, speciellt framtaget för studien, bidrog till att öka IVA-sjuksköterskornas känsla av självständighet samt gjorde att de kände sig mer

involverade i beslutsfattandet kring patienterna. Det visade sig också att protokollet användes som en ytterligare väg till kommunikation för hela vårdteamet (a.a.). Den som är ”bedside” uppfattades av IVA-sjuksköterskorna i denna studie ofta vara bättre uppdaterad på patientens aktuella tillstånd. Det är då en förutsättning att denne är drivande och kommer med åtgärdsförslag. Denna uppfattning bekräftas i studier av Rose och Nelson (2006) och Hansen och Severinsson (2007) där det framkommer att sjuksköterskan som är närmast patienten större delen av tiden har denna möjlighet. Vidare framkommer det även att det behövs ett gott samarbete mellan sjuksköterskan och läkaren för en lyckad urträning (a.a.), vilket även IVA-sjuksköterskorna i denna studie framhöll. Ett samarbete som uppmuntrar sjuksköterskors inflytande i beslutstagandet kring patienter kan förbättra behandlingsresultaten och minska risken för komplikationer (Rose, Nelson, Johnston & Presneill, 2008). I denna studie upplevde IVA-sjuksköterskorna att när den som är ”bedside” inte är överens med läkarna skulle möjligen ett protokoll kunna hjälpa till att lyfta fram argumenten på ett mer konkret sätt. Enligt IVA-sjuksköterskorna i denna studie skulle också ett urträningsprotokoll kunna underlätta kontinuiteten vid hög personalomsättning genom att arbetet blir mer konsekvent. På så sätt undviker man lättare att urträningen blir individuellt bunden och godtycklig, vilket också bekräftas i studien från Blackwood et al. (2009).

Det som oroade några av IVA-sjuksköterskorna i denna studie var att urträningsprotokoll skulle kunna göra att urträningen blir för generellt styrd. Detta stämmer överens med tidigare forskning där dessa sjuksköterskor dessutom menar att urträningsprotokollen inte heller tar hänsyn till sjuksköterskornas kunskap och erfarenhet (Eckerblad et al., 2009). I Værland och Kristoffersens studie (2011) var den generella uppfattningen att det fanns begränsningar med protokollen vilket gjorde det svårt att ta hänsyn till hela patienten, till exempel deras egna upplevelser av urträningen. Det betonade även IVA-sjuksköterskorna i denna studie med tillägg att de måste anpassas till den aktuella verksamheten. Det har dock visat sig att subjektiva uppfattningar hos patienterna som t.ex. trötthet, andfåddhet och hur de upplever andningsförmågan under urträningen inte har någon direkt inverkan på hur urträningen kommer att gå utan att det som påverkar mest är fysiologiska faktorer (Twibell, Siela & Mahmoodi, 2003). Samtidigt visar Blackwood, Wilsson-Barnett och Trinder (2004) samt Blackwood et al. (2009) att de befintliga urträningsprotokollen som används idag

varierar mycket till innehåll. Det finns alltså inte någon enighet om hur de ska se ut vilket gör det problematiskt att standardisera dessa och få dem praktiskt genomförbara. Det som IVA- sjuksköterskorna i denna studie tydliggjorde var att protokollen inte får vara utformade som ett schema eller en checklista.

Intensivvårdssjuksköterskan

Den generella uppfattningen bland IVA-sjuksköterskorna i studien var att de i arbetet ofta utgår ifrån erfarenhet och känsla. Det framkom att erfarenhet har en betydelse för både deras känsla av trygghet och hur de förhåller sig till uträningen. Som oerfaren har man inget att förhålla sig till, man är osäker och rädd. Därför ansåg de att ett uträningsprotokoll skulle kunna vara ett stort stöd för den som saknar erfarenhet av uträning. Dessutom skulle det kunna vara bra som ett komplement till erfarenhet och känsla. Dessa uppfattningar framkom även i en studie av Værland och Kristoffersen (2011) där uträningsprotokollen framförallt sågs som ett hjälpmedel för de oerfarna och en vägledning för de erfarna. Även Lavelle och Dowling (2011) visar på att det framförallt uppfattas som en hjälp för de annars, i uträningsprocessen, osäkra sjuksköterskorna med lite erfarenhet. Det framkommer även i Crocker och Scholes studie (2009) att de mindre erfarna IVA-sjuksköterskorna ser protokollet som ett bra komplement i uträningsprocessen men att det inte kan ersätta den erfarenhet och kunskap som de kan erhålla från en mer erfaren kollega.

I andra studier skiljde sig uppfattningarna något då de erfarna sjuksköterskorna upplevde protokollen som ett hinder för en bra uträningsprocess där det inskränkte deras analytiska och kritiska tänkande (Eckerblad et al., 2009; Rose & Nelson, 2006).

Något som har påvisats i tidigare forskning, bland annat i Rose och Nelsons litteraturstudie (2006), är en uppfattning om att mer oerfarna sjuksköterskor överanvänder protokollen och låter de styra mer än den egna kliniska kunskapen. En anledning till att detta inte togs upp i fokusgruppen kan vara att IVA-sjuksköterskorna uppfattade att protokollen skulle fungera som ett stöd i arbetet, något att utgå ifrån och inte något schema att strikt följa.

Patienten

IVA-sjuksköterskorna i denna studie menade att det även för patienterna förhoppningsvis skulle kunna ge en positiv verkan genom att med protokoll kunna undvika bakslag och traumatiska upplevelser vid uträning samt lättare inge trygghet.

Att dessa upplevelser och misslyckanden i urträningen har en stor inverkan i hur länge patienterna behandlas med ventilator har också visats i tidigare studier (Cook et al., 2001; Chen et al., 2011). Urträningsprotokoll har dessutom, i en studie av Jarachovic, Mason, Kerber och McNet (2011) visats kunna identifiera risker för samt minska frekvensen av accidentella extubationer. I fokusgruppsdiskussionen lyftes det även fram att aktuell forskning visar på att urträningsprotokoll leder till snabbare och mer lyckade extuberingar vilket också bekräftas av Rose och Nelson (2006). Men, som tidigare visats, så finns det en viss motstridighet i detta då andra studier visat att det inte blir någon skillnad i hur urträningen går till eller hur lång behandlingstiden med ventilator blir oavsett om protokoll använts eller inte (Rose & Nelson, 2006). Jarachovic et al. (2011) menar att en del av framgången med urträningsprotokoll kan vara den generellt höga följsamheten bland främst IVA-sjuksköterskor att följa dessa. I fokusgruppen diskuterades det kring att protokoll kanske inte är lämpligt för alla patienter på grund av individuella skillnader, vilket också lyfts fram av Eckerblad et al. (2009). Även med patienter som behandlats med ventilator under längre tid ses ofta svårigheter för IVA-sjuksköterskor att följa ett protokoll eftersom dessa patienters tillstånd ofta är mer komplexa (Rose & Nelson, 2006). I en studie av Rose (2011) framkom att ett välfungerande tvärprofessionellt samarbete resulterar i förbättrad patientvård och ökad patientsäkerhet. Detta har uppnåtts genom en gemensam vårdplanering där alla involverade fått delta i beslut och målsättningar rörande patienten. Till hjälp har man då haft bland annat checklistor, dagliga mål, protokoll av olika slag och tvärprofessionella ronder (a.a.).

Av resultatet i denna studie framkom en i grunden övervägande positiv uppfattning om urträningsprotokoll som hjälpmedel vid urträning. Detta kan bero på att deltagarna inte har någon tidigare erfarenhet av dessa och därmed inte har något att jämföra med.

Slutsats

I intensivvårdsmiljön behövs en tydlig struktur i organisationen för att urträningsprocessen ska fungera tillfredsställande. Denna struktur kan skapas med hjälp av rutiner, fungerande samarbete, tydlig kommunikation och hjälpmedel så som urträningsprotokoll. Eftersom IVA-sjuksköterskorna är de som arbetar närmast patienterna och har ett stort ansvar vid urträningen kan dessa protokoll verka som ett bra stöd och komplettera deras varierande erfarenhet och kompetens.

Känslan av trygghet och välbefinnande för patienter kan också stärkas genom att omvårdnaden blir mer konsekvent eftersom protokollen innebär att IVA-sjuksköterskor och läkare följer en gemensam uträningsplan. Uträningen för patienterna skulle då underlättas, bli mer effektiv och resultera i kortare behandlingstid.

Klinisk betydelse

Resultatet av denna studie beskriver de förutsättningar som behövs i ansvaret vid uträning från ventilator. Dessa förutsättningar ger en bättre möjlighet att bedriva en mer effektiv uträning utifrån god och säker vård baserad på evidens. Detta leder till kortare behandlingstid i ventilator vilket medför att risken för komplikationer för patienterna minskar, patientsäkerheten ökar, vårdtiden blir kortare och vårdkostnaderna blir lägre. Denna studie kan också bidra till att ge möjlighet till reflektion och diskussion i syfte att tydliggöra potentiella förbättringsmöjligheter för uträning inom intensivvårdsverksamheter.

Förslag på vidare forskning/utveckling

Det skulle kunna vara av intresse att genomföra studier utifrån samma syfte som innefattar fler fokusgrupper och jämför intensivvårdsavdelningar där protokoll används respektive inte används. En annan infallsvinkel som skulle kunna vara intressant att undersöka är hur uträningen uppfattas före och efter att uträningsprotokoll implementerats. Den kliniska intensivvårdsverksamheten skulle också kunna gynnas av att ta reda på hur uträningen upplevs fungera av de som utför den, vad som är bra, vad som fungerar mindre bra och hur det skulle kunna förbättras. Det skulle även vara behövligt att jämföra sjuksköterskors och läkares uppfattningar om uträning och uträningsprotokollens användbarhet.

REFERENSER

Blackwood, B., Wilson-Barnett, J. & Trinder, J. (2004) Protocolized weaning from mechanical ventilation: ICU physicians` views. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 26-34. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03165.x

Blackwood, B., Alderdice, F., Burns, K.E.A., Cardwell, C.R., Lavery, G.G. & O'Halloran, P. (2009). Protocolized vs. non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients: Cochrane review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 957-964. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04971.x

Blomqvist, H., Larsson, A., Fredén, F., Lindén, V. & Nellgård, P.(2012). Respiratorstöd. I B. Larsson & Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (2.uppl., s.361-379). Stockholm: Liber AB.

Brochard, L. (2008). Sedation in the intensive-care unit: good and bad? *Lancet*, 371(9607), 95-97. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Burns, S.M. (2012). Weaning from mechanical ventilation-where were we then, and where are we now? *Critical Care Nursing Clinics Of North America*, 24 (3), 457-468. doi: 10.1016/j.ccell.2012.05.001

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2.uppl.). Malmö: Liber AB

Chen, Y-J., Jacobs, W.J., Quan, S.F., Figueredo, A.J. & Davis, A.H.T. (2011). Psychophysiological determinants of repeated ventilator weaning failure: an explanatory model. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 292-302. doi: 10.4037/ajcc2011886

Cook, D.J., Meade, M.O. & Perry, A.G. (2001). Qualitative studies on the patient`s experience of weaning from mechanical ventilation. *Chest*, 120(6), 469-473. Hämtad från databasen Academic search Elite with Full Text

Crocker, C. & Scholes, J. (2009). The importance of knowing the patient in weaning from mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses*, 14(6), 289-296. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00355.x

Eckerblad, J., Eriksson, H., Kärner, A. & Edéll-Gustafsson, U. (2009). Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation-A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 225-232. doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.008

Ely, E.W., Meade, M.O., Haponik, E.F., Kollef, M.H., Cook, D.J., Guyatt, G.H. & Stoller, J.K. (2001) Mechanical ventilator weaning protocols driven by nonphysician health-care professionals: evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 120(6), 454-463. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Garland, A. (2005). Improving the ICU Part 1. *Chest*, 127(6), 2151-64. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text

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

Grap, M.J., Strickland, D., Tormey, L., Keane, K., Lubin, S., Emerson, J., ... Sessler, C.N. (2003). Collaborative practice: development, implementation, and evaluation of a weaning protocol for patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 12(5), 454-460. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. (1.uppl.). Malmö: Liber AB.

Hansen, B.S. & Severinsson, E. (2007). Intensive care nurses' perceptions of protocol-directed weaning- A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 196-205. doi: 10.1016/j.iccn.2007.03.001

Hawryluck, L., Espin, S., Garwood, K., Evans, C. & Lingard, L. (2002). Pulling together and pushing apart: tides of tension in the ICU team. *Academic Medicine*, 77(10), 73-76. Hämtad från databasen PUBMED with Full Text.

Herbert, C. (2005). Changing the culture: interprofessional education for collaborative patient centered practice in Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 1-4. doi: 10.1080/13561820500081539

Jarachovic, M., Mason, M., Kerber, K. & McNet, M. (2011). The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 304-312. doi: 10.4037/ajcc2011334

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Lavelle, C. & Dowling, M. (2011). The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2011(27), 244-252. doi: 10.1016/j.iccn.2011.06.002

Morton, P.G. & Fontaine, D.K. (2009). *Critical care nursing- a holistic approach* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Peñuelas, O., Frutos-Vivar, F., Fernández, C., Anzueto, A., Epstein, S.K., Apezteguía, C., ...Esteban, A. (2011). Characteristics and outcomes of ventilated patients according to time to liberation from mechanical ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184(4), 430-437. doi: 10.1164/rccm.201011-1887OC

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8:th ed.). Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins.

Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *British Association of Critical Care Nurses*, 16(1), 5-10. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text

Rose, L. & Nelson, S. (2006). Issues in weaning from mechanical ventilation: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 73-85. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text

Rose, L., Nelson, S., Johnston, L. & Presneill, J.J. (2008). Workforce profile, organization structure and role responsibility for ventilation and weaning practice in Australia and New Zealand intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1035-1043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02129.x

Schou, L. & Egerod, I. (2008). A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 171-179. doi: 10.1016/j.iccn.2007.12.004

Twibell, R., Siela, D. & Mahmoodi, M. (2003). Subjective perceptions and physiological variables during weaning from mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 12(2), 101-112. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad den 13 maj 2013, från Vetenskapsrådet, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

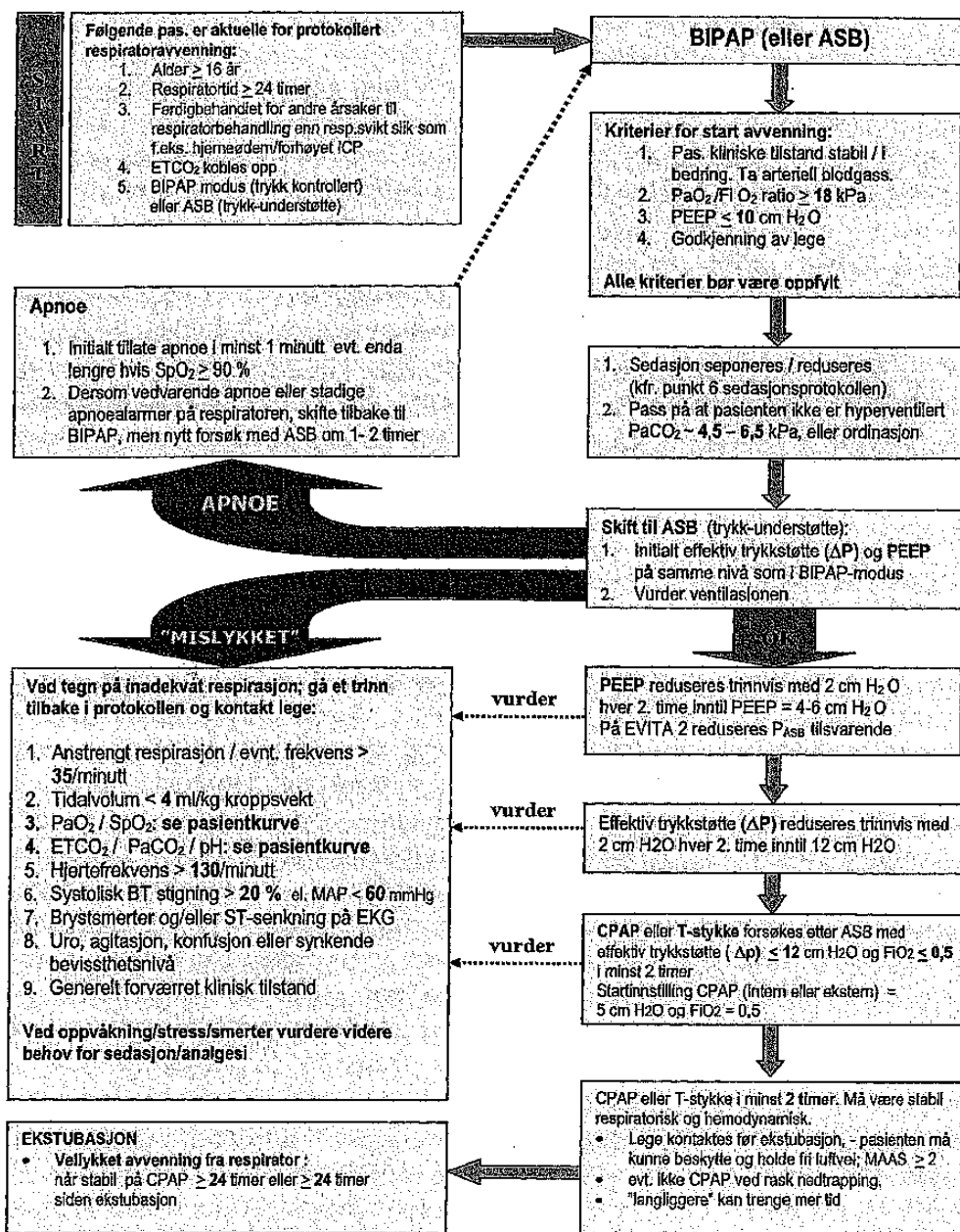
Værland, I.E. & Kristoffersen, K. (2011) Avvenning fra respirator- protokoll og evidens. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(4), 285-298. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. (2.uppl.). Studentlitteratur: Lund.

BILAGOR

Bilaga 1

PROTOKOLL FOR RESPIRATORAVVENNING



Dersom protokollert respiratoravvenning av en eller annen grunn **ikke følges**, så skal dette anføres og begrunnes i døgns forordningskjema.

Haukeland sykehus
Intensivavdelingen (versjon 14.11.01)

Figur 1. Skjematisert avvenningsprotokoll

Bilaga 2



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

**Till chefsjuksköterska/
verksamhetschef vid XXX**

Förfrågan angående genomförande av studie.

Vi, Malin Hedberg och Leila Tavallaey Roodsari studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen 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 en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: *Intensivvårdssjuksköterskans uppfattning om urträningsprotokoll—en kvalitativ intervjustudie*

Studiens övergripande forskningsfråga är: vilken uppfattning har intensivvårdssjuksköterskor om urträningsprotokoll?

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av en fokusgruppsintervju som bandinspelas för vidare bearbetning. Önskat antal deltagare är 4-6 intensivvårdssjuksköterskor och intervjun kommer att ske på avdelningen v 2. alt. v 3 2013. (V.g. se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datainsamlingen planeras att ske v. 2, 2013 alternativt i början av v. 3, 2013.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera intensivvårdssjuksköterskorna i den berörda verksamheten. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (Vg se bifogad deltagarinformation/förfrågan). I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta informanterna att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och den aktuella enheten ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till den berörda enheten.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid avdelning xxx vid xxx-kliniken, xxx-sjukhuset.

Stockholm 2012-12-19

Studenternas namn
Malin Hedberg
Leila T. Roodsari

Handledarnas namn

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

Bilaga 3



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen 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.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: *Intensivvårdssjuksköterskans uppfattning om utträningsprotokoll—en kvalitativ intervjustudie*

Området vi önskar studera är: intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om utträningsprotokoll. Det har gjorts flertalet studier där evidensbaserade standardiserade utträningsprotokoll visat sig ha god effekt för att minska tiden för ventilatorbehandling. Vi har under intensivvårdsutbildningens gång märkt att utträningsprotokoll inte förekommer i den utsträckning som vi förväntat oss. Vår upplevelse kring hur utträningen går till är att det ofta sker med stor variation och på bekostnad av kontinuiteten och säkerheten för patienten.

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervjuundersökning i form av en fokusgruppsintervju angående: att beskriva intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om utträningsprotokoll. Önskat antal deltagare är 4-6 intensivvårdssjuksköterskor och intervjun kommer att ske på avdelningen v 2. alt. v 3 2013.

Intervjun tar ca 2 timmar att genomföra och bandinspelas för vidare bearbetning. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att påverka ditt framtida arbete.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm 2012-12-19

Studentens namn: Malin Hedberg
E-post:

Studentens namn: Leila Tavallaey Roodsari
E-post:

Handledare:
E-post:

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

Bilaga 4

Intervjuguide

1. Vad tänker du på när du hör ”urträning”/”urträningprocessen”?
2. Beskriv dina upplevelser/erfarenheter kring hur urträning kan gå till?
3. Vad tycker du är viktigt att ta hänsyn till vid urträning, vad är viktigt att tänka på?
4. Vad tänker du på när du hör ”urträningsprotokoll”?
5. Vad har du för uppfattning om behovet av urträningsprotokoll?

Stödfrågor :

- För dig som intensivvårdssjuksköterska? (självständighet, beslutstöd, säkerhet/trygghet, planering)
- För patientens välbefinnande/patientsäkerheten? (comfort, medbestämmande, risker, trygghet, kontinuitet, tid i ventilator, tillfrisknande, komplikationer)
- För verksamheten? (bemanning, ekonomi, personaltäthet, läkartillgång, kompetens, samarbete)