



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

Magisteruppsats

# Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator

*En kvalitativ intervjustudie*



*Författare:* Rebecka Augustsson  
och Sofie Olsson

*Handledare:* Jalal Safipour

*Examinator:* Anna Kristensson-  
Ekwall

*Termin:* VT 2016

*Ämne:* Vårdvetenskap,  
självständigt arbete, 15 hp

*Nivå:* Avancerad

*Kurskod:* 4VÅ50E

## Abstrakt

**Titel:** Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator: En kvalitativ intervjustudie.

**Bakgrund:** Den kritiskt sjuke intensivvårdspatienten behöver såväl resurskrävande som komplicerad behandling. Sedering administreras till patienter i ventilatorbehandling för att lindra ångest och smärta. Intensivvården bygger på multiprofessionellt samarbete och strävar efter individuellt anpassad sedering för att upprätthålla komfortabel sederingsnivå. Riktlinjer och bedömningsskalor är viktiga hjälpmedel vid bedömning och titrering av sedering. Det är utmaningar i att vårda sederade patienter och det ställer stora krav på intensivvårdssjuksköterskan.

**Syfte:** Syftet var att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning.

**Metod:** Studien genomfördes med en kvalitativ design genom individuella semistrukturerade intervjuer med tio intensivvårdssjuksköterskor. Nio av deltagarna var kvinnor och en var man. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Studiens resultat frambringade i följande tema *Bedömning – En väg av utmaningar* som belyste intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator. Resultatet presenteras under två kategorier: *Osäkerhet vid sederingsnivå* och *Brister vid sedering*. Osäkerhet vid sederingsnivå blev påtaglig på grund av otydliga riktlinjer, svårigheter i att upprätthålla en individuell sederingsnivå och utifrån den komplicerade kommunikationen med patienten. Brister vid sedering blev påtaglig på grund av känsla av otillräcklighet och brist på både samarbete och kunskap försvårade ytterligare intensivvårdssjuksköterskans bedömning och titrering av sedering.

**Slutsats:** Studien identifierar utmaningar som bidrar till osäkerhet och brister vid sedering. Dessa utmaningar bör förhindras genom utbildning för att bibehålla patientsäkerheten och möjliggöra god vård. Intensivvårdssjuksköterskan bör få insikt i de samhällsekonomiska vinster som god följsamhet till riktlinjer och bedömningsskalor frambringar.

## Nyckelord

Bedömningskala, erfarenheter, intensivvård, intensivvårdssjuksköterska, kommunikation, sedering och ventilator.

# Innehåll

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 Inledning</b>  | <b>1</b>  |
| <b>2 Bakgrund</b>   | <b>1</b>  |
| 2.1 Patient i ventilator på intensivvårdsavdelning                  | 1         |
| 2.2 Sederig vid behandling i ventilator                             | 1         |
| 2.3 Bedömning av sederad patient                                    | 2         |
| 2.3.1 Dagligt avbrott i sederingen (daily wake-up)                  | 3         |
| 2.4 Intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av sederade patienter   | 4         |
| 2.5 Teoretisk referensram   | 4         |
| 2.5.1 Vårdrelation  | 4         |
| 2.5.2 Delaktighet   | 5         |
| <b>3 Problemformulering</b>   | <b>5</b>  |
| <b>4 Syfte</b>  | <b>5</b>  |
| <b>5 Metod</b>  | <b>5</b>  |
| 5.1 Urval   | 6         |
| 5.2 Datainsamling   | 6         |
| 5.3 Dataanalys  | 7         |
| 5.4 Förförståelse   | 8         |
| 5.5 Etiska överväganden   | 8         |
| <b>6 Resultat</b>   | <b>9</b>  |
| 6.1 Osäkerhet vid sederingsnivå                                     | 9         |
| 6.1.1 Avsaknad av riktlinjer  | 10        |
| 6.1.2 Individuell sederingsnivå                                     | 10        |
| 6.1.3 Svårigheter vid kommunikation med patient                     | 11        |
| 6.2 Brister vid sedering  | 12        |
| 6.2.1 En känsla av otillräcklighet                                  | 12        |
| 6.2.2 Erfarenheter av brist på samarbete mellan yrkesprofessionerna | 13        |
| 6.2.3 Erfarenheter av brist på kunskap                              | 14        |
| <b>7 Diskussion</b>   | <b>15</b> |
| 7.1 Metoddiskussion   | 15        |
| 7.2 Resultatdiskussion  | 17        |
| 7.2.1 Avsaknad av riktlinjer  | 17        |
| 7.2.2 Individuell sederingsnivå                                     | 17        |
| 7.2.3 Svårigheter vid kommunikation med patient                     | 18        |
| 7.2.4 En känsla av otillräcklighet                                  | 18        |
| 7.2.5 Erfarenheter av brist på samarbete mellan yrkesprofessionerna | 19        |
| 7.2.6 Erfarenheter av brist på kunskap                              | 20        |
| <b>8 Slutsats</b>   | <b>20</b> |
| <b>9 Kliniska implikationer</b>                                     | <b>20</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>10 Förslag till fortsatt forskning</b>        | <b>21</b> |
| <b>Referenser</b>                                | <b>22</b> |
| <b>Bilagor</b>                                   | <b>I</b>  |
| Bilaga A. Motor Activity Assessment Scale (MAAS) | I         |
| Bilaga B. Informationsbrev till verksamhetschef  | II        |
| Bilaga C. Informationsbrev till avdelningschef   | IV        |
| Bilaga D. Informationsbrev till deltagare        | VI        |
| Bilaga E. Intervjuguide                          | VIII      |
| Bilaga F. Etisk egengranskning                   | X         |

# 1 Inledning

Intensivvårdssjuksköterskan möter i det närmaste dagligen den sederade patienten i sitt arbete. Sedering är ett centralt område inom intensivvård och intensivvårdssjuksköterskan utgör en nyckelroll vid bedömning av sederade patienter i ventilator och förväntas kontrollera balansgången av en komfortabel sederingsnivå. Att använda bedömningsskalor vid bedömning av sederade patienter i ventilator har i studier visat på gynnsamma effekter för intensivvårdspatienten. Under fältstudieveckorna har författarna uppmärksammat den tveksamhet som råder kring bedömning av sederade patienter och hur den implementerade bedömningsskalan används på avdelningarna. Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator är obetydligt utforskat, därför vill författarna med följande studie synliggöra denna komplexitet i dagens intensivvård.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Patient i ventilator på intensivvårdsavdelning

Patienter som är för sjuka för att vårdas på en vanlig vårdavdelning vårdas istället på en intensivvårdsavdelning. Kriterier för att bli inlagd på en intensivvårdsavdelning är svikt i ett eller flera organ och att den kritiskt sjuke patienten behöver resurskrävande och komplicerad behandling. För att övervaka patienten krävs högteknologisk medicinteknisk utrustning och specialistutbildad personal finns ständigt närvarande. Intensivvården bygger på ett multiprofessionellt samarbete och målsättning är att optimera förutsättningarna för att patienten ska återfå hälsa och ha möjlighet att återgå till ett liv med en kvalitet som patienten kan acceptera (Stubberud, 2009). I Sverige vårdades totalt 40 381 patienter på allmänna intensivvårdsavdelningar år 2015. Sammantaget vårdades 807 av dessa patienter på den undersökta kliniken och andelen som behandlades med invasiv ventilator var totalt 210 patienter (Svenska Intensivvårdsregistret, 2016). Indikation för behandling med invasiv ventilator är patienter med allvarlig till livshotande organsvikt. Vid otillräcklig syresättning av blodet och icke adekvat gasutbyte är oftast intubation av luftvägen och invasiv behandling med ventilator nödvändig. Det åtgärdas genom inläggning av en endotrakealtub i luftstrupen mellan stämbanden och luft sprutas in i en kuff, för att förhindra risk för aspiration och att gasen som ventileras ner i lungorna inte läcker tillbaka upp. Endotrakealtuben kopplas till ventilatorn och patienten ventileras (Bakkelund & Thorsen, 2009). Intensivvårdspatienten befinner sig i en situation att tolerera såväl endotrakealtuben och ventilatorbehandlingen, som den bristande förmågan att kommunicera och uttrycka sig till följd av endotrakealtuben som sitter mellan stämbanden. Målet är att snabbast möjligt få patienten tillbaka till normal egenandning och extubererad. För att klara av denna behandling behöver majoriteten av patienterna sedering (Gulbrandsen, 2009).

### 2.2 Sedering vid behandling i ventilator

Sedering definieras som ett läkemedelsframkallat tillstånd med lugnande effekt som spänner från sömnhet eller dåsighet (lätt sedering) till djup sömn (djup sedering) (Gulbrandsen, 2009). Midazolam, Propofol och Fentanyl är vanliga förekommande läkemedel inom intensivvården och administreras ofta som kontinuerlig infusion i olika kombinationer. En del sederande läkemedel har en analgetisk effekt, men om inte, kombineras det sederande läkemedlet ofta med en opioid (Gulbrandsen, 2009; Patel & Kress, 2012; Wøien, Stubhaug & Bjørk, 2012a). För att lindra såväl ångest som smärta och för att öka patientens välbefinnande används sedering till patienter i ventilator (Jacobi et al., 2002; Patel & Kress, 2012; Samuelson, Larsson, Lundberg & Fridlund,

2003). Sederig möjliggör att patienten blir bättre synkroniserad till ventilatorbehandlingen (Ogundele & Yende, 2010). I dagens intensivvård eftersträvas individuellt anpassad sederig och att minsta möjliga sederig ska ges för att uppnå komfortabel sederingsnivå (Gulbrandsen, 2009). Det ideala är en lugn, samarbetsvillig, smärtfri patient, med en tydlig dygnsrytm, det vill säga vaken patient dagtid och en främjad god nattsömn (Berggren, 2012).

Intensivvårdssjuksköterskans arbete med patienter i ventilator inbegriper till stor del sederig och titrering av sederingsnivå. Adekvat sederig för den enskilda patienten inverkar på bästa möjliga utfall av ventilatorbehandlingen (Ogundele & Yende, 2010). Patientens komfort och sederingsnivå bör bedömas regelbundet för att upprätthålla en optimal sederingsnivå (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007). Tidigare forskning av DeGrado, Anger, Szumita, Pierce och Massaro (2011) rekommenderar att sederingsnivå ska bedömas varannan timme. När det gäller sederingsnivå kan följaktligen både för djup sederig som för lätt sederig vara skadligt och innebära ogynnsamma effekter för intensivvårdspatienten (Brattebø, Hofoss, Flaatten, Muri, Gjerde & Plsek, 2002; Jacobi et al., 2002; Kollef, Levy, Ahrens, Schaiff, Prentice & Sherman, 1998; Kress, Pohlman, O'Connor & Hall, 2000; Nortvedt, Kvarstein & Jønland, 2005; Patel & Kress, 2012). För lätt sederig kan medföra komplikationer, lidande och stress för intensivvårdspatienten (Kress, Pohlman & Hall, 2002). Således menar Nortvedt et al. (2005) att vid val av sederingsnivå måste alltid hänsyn tas till patientens eventuella grundsjukdomar och medicinska tillstånd.

Som en följd av trendskiftet mot lättare sederig reduceras såväl patientens vårdtid på intensivvårdsavdelningen som behandlingstiden i ventilatorn, eftersom ventilatorassocierade komplikationer som till exempel pneumonier kan förhindras (Almgren, Lundmark & Samuelson, 2010; Barr et al., 2013; Kress et al., 2000; Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2008). I större utsträckning ifrågasätts behovet av djup sederig och en del i orsaken till trendskiftet från djup till lättare sederig antas beror på ökad användning av bedömningsskalor (Egerod, Christensen & Johansen, 2006). Vanligtvis ges sederig som kontinuerlig infusion, men kan också ges intermittert vid omvårdnadsåtgärder, vilket i sig utgör en riskfaktor för att patienten ska bli för djup sederad (Randen & Bjørk, 2010). Stressad personal till följd av hög arbetsbelastning och en patient som är orolig eller agiterad leder många gånger till en för djup sederad patient. Faktum är att det anses skapa gynnsammare förutsättningar för personal att ha en djup sederad patient snarare än lätt sederad patient som är orolig eller agiterad (Kress et al., 2002; Tingsvik, Bexell, Andersson & Henricson, 2013). Kontinuerlig sederig kan beroende på sederingsnivå försvåra neurologiska bedömningar och den kritiskt sjuke intensivvårdspatienten kan utveckla neurologiska komplikationer (Patel & Kress, 2012). Djup sederig kan vid vissa sjukdomstillstånd vara nödvändig, men de negativa effekterna av kontinuerlig och för djup sederig kan undvikas genom att inte administrera mer sederig än nödvändigt (Jacobi et al., 2002; Patel & Kress, 2012).

### 2.3 Bedömning av sederad patient

Sederigen bör följa intensivvårdspatientens behov och vara individuell (Jacobi et al., 2002; Walker & Gillen, 2006). Trots denna kunskap används bedömningsskalor i begränsad omfattning i Sverige (Samuelsson et al., 2003). Genom utformning av sederingsrutiner och bedömningsskalor, inklusive upprättat sederingsmål, kan titrering av sederig försiggå mer kontrollerat och noggrant till den ideala dosen, vilket i sig kan förbättra kortsiktiga och långsiktiga utfall för patienten (Brattebø et al., 2002; Brook,

Ahrens, Schaiff, Prentice, Sherman, Shannon & Kollef, 1999; Kress et al., 2000). Att kunna bedöma sederingsnivå är nödvändigt för att kunna titrera sederingen. Bedömningsskalor baseras på intensivvårdssjuksköterskans observation av den sederade patientens svar på stimuli och utgör ett hjälpmedel vid bedömning av sederingsnivå (Brook et al., 1999; Jacobi et al., 2002). Mirski, LeDroux, Lewin, Thompson, Mirski och Griswold (2010) jämför bedömningsskalor och bland de mest fördelaktiga skalorna återfinns Motor Activity Assessment Scale (MAAS). MAAS är en numerisk bedömningsskala som sträcker sig mellan noll och sex (se bilaga A). Vid siffran noll är patienten okontaktbar och vid siffran sex är patienten farligt agiterad och samarbetsovillig. En lugn och samarbetsvillig patient eftersträvas och bedöms befinna sig vid siffran tre i bedömningsskalan (Devlin et al., 1999).

Samuelson et al. (2003) visar att endast 14 av totalt 89 intensivvårdsavdelningar i Sverige använder bedömningsskalor. Sederingsrutinerna styrs istället utifrån personalens attityder och lokala traditioner, i utbyte mot en målinriktad sedering med bedömningsskalor som hjälpmedel (ibid.). Olika uppfattningar kan i personalgruppen föreligga om vad en lätt respektive djup sederad patient innebär. För att säkerställa att bedömningen av sederingen inte blir subjektiv bör en bedömningsskala för bedömning av sederingsnivå användas. Likaså förenklas möjligheten att utvärdera en given behandling när det finns möjlighet att jämföra upprepade bedömningar med varandra (Jacobi et al., 2002). Tvärtom menar Walker och Gillen (2006) att en kombination av bedömningsskala och intensivvårdssjuksköterskans omdöme är bästa tillvägagångssätt för att bedöma sederingsnivå hos intensivvårdspatienten. Å andra sidan upplever intensivvårdssjuksköterskor att kollegor inte besitter den kunskap och erfarenhet som fordras för att kunna göra en korrekt bedömning av sederingsnivån (Tingsvik et al., 2013). Intensivvårdspatienter som har svårigheter att förstå och följa instruktioner till exempel demenssjukdom, hjärnskador eller bristande språkförbindelser kan utgöra hinder för en korrekt bedömning av sederingsnivån (Almgren et al., 2010).

Tidigare forskning från Norge (Wøien et al., 2012a) visar att varken sederingsprotokoll eller bedömningsskalor används, trots att MAAS implementerades på avdelningen år 2008. Trots allt, är majoriteten av patienterna komfortabelt sederade mer än två tredjedelar av tiden i ventilatorn. Anledningen ansågs vara den öppna diskussion för sedering som finns på avdelningen, likaså att det är ett uppmärksammat och aktuellt ämne (ibid.).

### **2.3.1 Dagligt avbrott i sederingen (daily wake-up)**

Vid kontinuerlig infusion av sedering bör dagligt avbrott i sederingen utföras för att bedöma neurologstatus och för att undvika för djup sedering. Metoden innebär att all sedering stängs av under en kort stund och intensivvårdssjuksköterskan gör en bedömning av patientens neurologiska tillstånd och medvetandenivå genom att kommunicera med patienten. Förfarandet ger möjlighet att uppnå acceptabel sederingsnivå (Gulbrandsen 2009; Kress et al., 2000). Dagligt avbrott i den kontinuerliga sederingen reducerar vårdtiden på intensivvårdsavdelningen och behandlingstiden i ventilatorn. Personalen bör göra en avvägning om det är lämpligt med dagligt avbrott i sederingen, eftersom det finns patienter som kan vakna snabbt och riskerar komplikationer såsom ofrivillig extubation (Almgren et al., 2010; Berggren, 2012; Kress et al., 2000; Kress et al., 2002). Tidigare forskning av Strøm, Martinussen och Tofs (2010) visar dock att ofrivillig extubation inte skiljer sig åt mellan de som genomgick dagligt avbrott i sedering och de som endast erhöll analgetika.

## 2.4 Intensivvårdssjuksköterskans erfarenhet av sederade patienter

Att vårda lätt sederade patienter upplevs som en utmaning för intensivvårdssjuksköterskan, eftersom det påyrkas större kunskap, erfarenhet, närvaro och kreativitet än vid djupt sederade. Dessutom måste intensivvårdssjuksköterskan inneha respekt för patientens medbestämmande och kunna individualisera sederingen utefter behov. Att lämna en lätt sederad patient obevakad utgör en risk för att exempelvis endotrakealtuben oavsiktligt rycks ut. Ett viktigt uppdrag för intensivvårdssjuksköterskan är att motivera patienten till att samarbeta och vara delaktig i vården (Gulbrandsen, 2009; Tingsvik et al., 2013). En lätt sederad patient ge ökad respons på behandlingar och omvårdningsprocedurer eftersom kommunikationen underlättas. Likaså ökar möjligheterna att medverka vid mobilisering och intensivvårdssjuksköterskorna upplever känsla av arbetstillfredsställelse när respons på vården kan erhållas från patienten. Men när sederingen minskas så att patienten är mer vaken är det svårt att hitta rätt sederingsnivå inom rimlig tid, vilket många gånger upplevs frustrerande. Arbetet med den sederade patienten kräver stor respekt för dennes vilja, integritet och personlighet (Tingsvik et al., 2013).

## 2.5 Teoretisk referensram

Studien har ett vårdvetenskapligt synsätt med fokus på vårdrelation och delaktighet. Vårdvetenskap ger kunskap om det goda vårdandet och har som utgångspunkt att varje människa är unik (Wiklund, 2003). Ett vårdvetenskapligt synsätt utgår från människans perspektiv och utifrån människans egna erfarenheter skapas förståelse (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). En beskrivning av intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator tydliggörs utifrån vårdvetenskapens begrepp: vårdrelation och delaktighet.

### 2.5.1 Vårdrelation

Wiklund (2003) menar att den vårdande relationen präglas av ömsesidig tillit, respekt och den uppmärksamhet vårdaren ger till patienten. En välfungerande vårdprocess fordrar en fungerande vårdrelation och utan vårdrelationen reduceras vårdandet till att bli ett utförande av arbetsuppgifter. Det är i vårdrelationen som vårdandet kan äga rum och relationen ska alltid värna om patientens integritet. Målet med vårdrelationen är att stödja patientens hälsoprocesser, men då relationen alltid är asymmetrisk på grund av den maktposition vårdaren besitter i sitt yrke och i sin kunskap, är det viktigt för vårdaren att reflektera över den egna makten. Vårdrelationen möjliggör att patienten kan växa och att vårdaren kan ta del av patientens uttryckta begär, behov och problem. Genom att se patientens behov kan vårdaren stötta patienten i vården och främja hälsoprocesserna. Vidare ansvarar vårdaren för att vårdrelationen bidrar till att ge patienten möjlighet att växa utifrån egen vision. Alla människor vill i någon mån värna om sin integritet, om sitt innersta. Det betyder att vårdarens utmaning är att erbjuda relationen som en möjlighet, men också vara lyhörd och invänta patientens inbjudan, så att patienten inte upplever sig invaderad av vårdaren. Eftersom vårdaren är den som är i maktposition måste denne se till att relationen utvecklas till en kraftkälla där både patient och vårdare är delaktiga i att ge kraft och lindra lidande. Om respekt och lyhördhet inte finns kan det istället bidra till ett vårdlidande för patienten. Vårdaren har ett etiskt och moraliskt ansvar, att så långt det är möjligt, tillsammans med patienten formge vården och sträva mot gemensamma mål (ibid.).



### 2.5.2 Delaktighet

Dahlberg och Segesten (2010) menar att vården i möjligaste mån ska bekämpa ohälsa och sjukdom, men vårdens syfte bör även vara att stärka patientens livskraft så att de själva kan ta ansvar för att förbättra sin hälsosituation. Om patienten ska kunna göra hälsofrämjande val är det en förutsättning att patienten görs delaktig i vården. För att kunna utöva sitt expertkunnande måste ett vårdande möte mellan vårdare och patient uppstå där patienten får möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och kunskaper. En kombination av vårdarens och patientens kunskap och erfarenheter behövs i samspel för en god vård. Vårdaren och patienten har tillsammans ett ansvar för patientens hälsa och vård, men medvetlösa patienter som är oförmögna att kommunicera och vara delaktiga i sin egen vård kan inte ta det ansvaret. Om möjlighet till dialog mellan patient och vårdare inte finns måste beslutet om vården grunda sig på annat än det som normalt ses som delaktighet. I de situationer där patientens livsvärld inte är tillgänglig att ta del av måste ställföreträdande personers tolkningar av delaktigheten tas i beaktning. Kommunikation är särskilt viktig i vården, men kan ibland vara svår att genomföra och förstå. I mötet med den sederade patienten är kommunikationen försvårad på grund av uttrycksproblematik, detta innebär högre krav på vårdarens öppenhet och följsamhet. I vårdarens etiska kompetens ingår en kommunikativ skicklighet samt förmågan att reflektera och argumentera gällande olika beslut som tas kring patienten (ibid.).

## 3 Problemformulering

För intensivvårdssjuksköterskan i den högteknologiska miljön på intensivvårdsavdelningen utgör sedering en utmanande arbetsuppgift. Sedering har många syften och krav att uppfylla i intensivvård och detta ställer höga krav på intensivvårdssjuksköterskans förmåga att bedöma sederade patienter i ventilator. Väl genomarbetade riktlinjer och rutiner för sedering bör eftersträvas på alla intensivvårdsavdelningar för att främja patienten och i dagens tider med besparingar och effektiviseringar på många sjukhus skulle detta vara gynnsamt. Trendskiftet har under senare år övergått mot allt vaknare intensivvårdspatienter. När patientens vakenhetsgrad ökar ställs också större krav på intensivvårdssjuksköterskans tillgänglighet och kommunikation till patienten. Arbetet kring den sederade patienten i ventilator förutsätter ett gott multiprofessionellt samarbete. För intensivvårdssjuksköterskans beslutsprocess råder det en balansgång för att upprätthålla och bedöma individuell sedering för patienten. Brist på kunskap och erfarenhet av bedömningsskalor i kombination med ofullständiga riktlinjer äventyrar en god och säker vård. Med följande studie önskar författarna lyfta fram intensivvårdssjuksköterskans egna erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator, för att skapa en mångfacetterad och djupare bild av sederingens utmaningar i dagens intensivvård.

## 4 Syfte

Syftet var att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning.

## 5 Metod

Denna intervjustudie genomfördes med en kvalitativ ansats för att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning. Kvalitativ ansats ansågs lämplig för att studien skulle generera fördjupad förståelse för människors upplevelser och erfarenheter. Kvalitativ forskning karakteriseras av att helheter studeras utifrån en induktiv ansats och ger

upphov till beskrivande data. Ofta är ord det bästa tillvägagångssättet för att beskriva människors erfarenheter, upplevelser och uppfattningar (Henricson & Billhult, 2012). Ur en hermeneutisk vetenskapsteori med rötter för förståelse och tolkning härstammar studiens metodval. Genom denna metod växte tolkningen successivt fram och genererade förståelse mellan helheter och delar för att slutligen frambringa i en ny helhet (Birkler, 2012; Nyström, 2012).

## 5.1 Urval

Studien är baserad på intensivvårdssjuksköterskor verksamma på sjukhus i södra Sverige. Genom ett strategiskt urval inkluderades intensivvårdssjuksköterskor verksamma på två intensivvårdsavdelningar tillhörande samma klinik med erfarenhet av ämnet. På de aktuella avdelningarna vårdades kirurg, ortoped, medicin- och traumapatienter. För att studien skulle generera ett rikt resultat utifrån fenomenet strävade författarna i enlighet med Henricson och Billhult (2012) efter deltagare med tillräcklig erfarenhet av att vårda sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning. Endast specialistsjuksköterskor inom intensivvård med minst två års erfarenhet av att arbeta inom intensivvård inkluderades i studien. För att generera god variation i berättelserna, samt bred och djup data, inkluderades intensivvårdssjuksköterskor med olika erfarenheter, bakgrund, kön och ålder.

Inledningsvis presenterades information om studien för verksamhetschefen, som gav godkännande till genomförandet av studien (se bilaga B). Därefter presenterades information om studien för avdelningscheferna för respektive intensivvårdsavdelning (se bilaga C) som veckan innan intervjuerna påbörjades ombads tillfråga möjliga intensivvårdssjuksköterskor om deltagande i studien. Avdelningscheferna ansågs vara väl förtrogna i såväl verksamheten som i dess bemanning, därför lämnade dem informationsbrev till de aktuella deltagarna. Samtliga tio tillfrågade deltagare gav informerat samtycke till deltagande av studien, såväl muntligt som skriftligt (se bilaga D). Totalt deltog tio intensivvårdssjuksköterskor i en ålder mellan 30-63 år och samtliga hade arbetat som intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av att vårda sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning i mellan 2-35 år. Nio av deltagarna var kvinnor och en var manlig.

## 5.2 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer för att ge djup och bredd åt materialet (Danielson, 2012). Semistrukturerade intervjuer ansågs bidra till flexibilitet genom att samtliga öppna frågor inte behövde tas i en särskild ordningsföljd, utan frågorna kunde anpassas till vad som uppkom under intervjuens gång. Samtliga intervjuer genomfördes med stöd av en, av författarna skapad, intervjuguide (se bilaga E) med en översikt över de ämnen som studien avsåg att undersöka. För att besvara studiens syfte var frågorna utarbetade för att kunna generera relevant data och fånga nyanser i intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter. En pilotintervju genomfördes med en intensivvårdssjuksköterska på en av de aktuella avdelningarna, för att testa vilken data som genererades utifrån intervjuguiden. Pilotintervjun inkluderades i datainsamlingen eftersom data genererades som svarade mot studiens syfte och frågorna behövde inte omformuleras efter pilotintervjun. Däremot resulterade det i ett muntligt förtydligande av innebörden av sedering och sederingsnivå. Intervjuerna inleddes med en presentation av författarna och deltagarna informerades skriftligt och muntligt om studiens syfte. Inledningsvis betonades att det var intensivvårdssjuksköterskans

erfarenheter som efterfrågades för att undvika svar som inte var relevanta för studiens syfte.

Intervjuerna genomfördes under februari år 2016 i ett avskilt rum utanför intensivvårdsavdelningarna och när deltagarna inte arbetade i patientvården, detta för att möjliggöra en trygg och lugn miljö utan stress. Intervjuerna registrerades genom att använda två separata digitala ljudinspelare. Genom att använda två separata ljudinspelare hade båda möjlighet att samtidigt lyssna igenom inspelningarna. Vid samtliga intervjuer deltog båda författarna aktivt för att skapa nyansering i samtalen, men också för att säkerställa att informationen uppfattades likadant. Följdfrågor användes med avsikt att följa upp deltagarens svar, få uttömmande svar och för att styra tillbaka mot forskningsfenomenet om intensivvårdssjuksköterskans egna erfarenheter. I direkt anslutning efter varje genomförd intervju transkriberades materialet ordagrant, inklusive skratt, suckar, pauser och harklingar. Enstaka ord som inte gick att uppfatta ersattes med (...) detta möjliggör enligt Danielson (2012a) att innebörden och känslan i samtalen behålls. Intervjuerna varade mellan 25-60 minuter och avslutades med att fråga deltagarna om de hade någonting som de ville tillägga. Det resulterade många gånger i en sammanfattning av deltagarnas erfarenheter. För att förenkla tolkningen och bidra till djupare data uppmanades deltagarna att ge konkreta exempel för att förtydliga och förankra de beskrivna erfarenheterna. Genom att ta del av gester, kroppsspråk och hållning gjordes en första tolkning av materialet vid intervjutillfället, medan en andra tolkning av materialet gjordes under transkriberingen. Samtliga intervjuer avidentifierades och textdokumentet kodades med nummer ett till tio. Det transkriberade materialet kontrollerades mot ljudinspelningen för att förhindra att något hade misstolkats eller missats.

### 5.3 Dataanalys

Det transkriberade materialet analyserades gemensamt genom Graneheim och Lundmans (2004) modell för kvalitativ innehållsanalys influerad av hermeneutik utifrån ett manifest och latent perspektiv. Den kvalitativa innehållsanalysen inriktas på forskning inom vårdvetenskap utifrån tolkning och granskning av stora mängder texter, karakteriserade av människors erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Karakteristiskt för kvalitativ innehållsanalys är identifiering av likheter och skillnader i en text, det manifest som uttrycks i kategorier på en beskrivande nivå (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En latent innehållsanalys fokuserar på det underliggande i texten, det dolda och uttrycks i form av teman som kräver djupare nivå av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv ansats valdes eftersom studien syftade till att belysa erfarenheter och utifrån en induktiv ansats sker analys av texter förutsättningslöst.

En innehållsanalys genomfördes på ett systematiskt sätt utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivna tillvägagångssätt. Den transkriberade texten kontrollerades mot ljudinspelningarna, för att sedan läsas först noggrant och upprepade gånger av båda författarna för att få god kunskap om innehållet och tills en känsla av helhet upplevdes. Därefter startade organisering av data, meningsenheter, så kallade meningsbärande delar av texten, motsvarande studiens syfte, valdes fram av varje författare enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Gemensamt kondenserades dessa meningsenheter, gjordes mera lätthanterliga och kortare med ett väsentligt bevarat huvudinnehåll. Den kondenserade texten abstraherades, lyftes till en högre abstraktionsnivå, genom att koder bearbetades och urskiljdes, som kortfattat belyste det specifika innehållet i kondenseringen. Koder med liknande innehåll indelades i underkategorier och

underkategorier med liknande innehåll bildade slutligen kategorier. Samtliga kategoriers innehåll skiljer sig från den andra kategorins innehåll. Sedan tolkades den underliggande meningen i samtliga kategorier, vilket resulterade att ett tema framstod. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan ett tema uttrycka textens latent innehåll, den övergripande meningen av de framkomna kategorierna. Under hela analysprocessen vandrade författarna tillbaka till syftet för att säkerställa att materialet svarade mot syftet. Nedan följer exempel på analysförfarandet i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysförfarande

| Meningsbärande enhet   | Kondensering   | Kod          | Under-kategori               | Kategori                    | Tema                             |
|--|--|--------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <i>”Det kan absolut bli missförstånd när jag säger orolig och sedan kommer nästa sjuksköterska och säger att det är ganska okej, fast det fortfarande är oroligt” (4)</i>                        | Felaktig tolkning i kommunikation mellan personal              | Missförstånd | Avsaknad av riktlinjer       | Osäkerhet vid sederingsnivå | Bedömning – En väg av utmaningar |
| <i>”Jag måste kunna vara hos patienten och vara en beredskap så inte någonting händer och då kanske man inte kan ha två andra svårt sjuka patienter samtidigt, det är ju ett riskmoment” (6)</i> | Närhet till patienten för att förhindra riskfyllda situationer | Krav         | En känsla av otillräcklighet | Brister vid sedering        |                                  |

## 5.4 Förförståelse

I en kvalitativ studie är det viktigt att forskaren har reflekterat över sin egen erfarenhet och kunskap i det valda forskningsfenomenet (Henricson & Billhult, 2012). Då en av författarna har erfarenhet av intensivvård fanns en viss förförståelse för ämnet innan studien påbörjades. Bakgrundens litteraturgranskning gav en översikt av det aktuella forskningsläget och därmed en fördjupad kunskap i forskningsfenomenet. Den egna erfarenheten av att bedöma sederade patienter i ventilator utgjorde en del av förförståelsen. Innan datainsamlingen påbörjades diskuterades och klargjordes förförståelsen. Det framkom att författarna hade uppmärksammat oklarheter i att bedöma sederade patienter i ventilator och att det kunde bero på bristfälliga riktlinjer. Författarna lade förförståelsen åt sidan och gick med öppna sinnen in i forskningsfenomenet för att undvika att förförståelsen skulle inverka på resultatet.

## 5.5 Etiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationens (2013) riktlinjer gällande medicinsk forskning som involverar människor. De fyra etiska huvudkrav

författarna tagit hänsyn till för att beakta mänskliga rättigheter var informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (ibid.). Innan studien påbörjades gav berörd verksamhetschef skriftligt godkännande att få utföra datainsamlingen (se bilaga B). Samtliga deltagare förmedlades skriftlig och muntlig information om studien innan den frivilliga intervjun genomfördes, därmed uppfylldes kravet på information och samtycke. Vid transkriberingen oidentifierades deltagarna och förblev även så i redovisningen av resultatet. Citat oidentifierades för att inte kunna härledas till enskild person. Materialet användes inte till annat ändamål än till studien och därmed uppfylldes kravet på konfidentialitet och nyttjande. Deltagarna informerades om ovanstående i informationsbrevet (se bilaga D) som de återigen uppmanades läsa igenom, för att sedan signera innan intervjun påbörjades. Informationen repeterades även muntligt för att säkerställa att informationen var korrekt uppfattad för deltagaren, samt informerades möjligheten att avböja att svara på frågor eller avbryta intervjun när som utan förklaring om så önskades. De signerade informationsbrevet innehåller deltagarnas identitet och förvaras oåtkomligt för obehöriga.

När transkriberingen var klar raderades ljudfilerna från intervjuerna och textdokumenten sparades som pappersutskrift på en säker plats oåtkomliga för obehöriga. För att förhindra spårbarhet och bevara deltagarnas konfidentialitet har klinikkens identitet dolts. Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska forskningen vara hälsofrämjande och inte utsätta deltagarna för skada. Tidigare forskning inom ämnet har funnits i begränsad mängd och studiens syfte ansågs vara av nytta för att få ökad förståelse för intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning. En egen granskning genomfördes via Etikkommittén Sydost (se bilaga F) som visade att en fullständig ansökan till Etikkommittén i Sydost inte var nödvändig.

## 6 Resultat

Utifrån analysen baserad på intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator frambringades följande tema *Bedömning – En väg av utmaningar*. Författarna identifierade att bedömning av sedering upplevdes som en utmaning för intensivvårdssjuksköterskorna. Utmaningarna alstrades utifrån svårigheterna i att upprätthålla individuell sederingsnivå till följd av otydliga riktlinjer och försvårad patientkommunikation. Intensivvårdssjuksköterskans bedömning och titrering av sedering försvårades ytterligare till följd av att vara otillräcklig för patienten och den brist på både samarbete och kunskap som förelåg. Utifrån detta tema skapades två kategorier: *Osäkerhet vid sederingsnivå* och *Brister vid sedering*.

### 6.1 Osäkerhet vid sederingsnivå

Osäkerheten innebar att intensivvårdssjuksköterskorna inte var säkra på att bedöma sederade patienter i ventilator på grund av flera faktorer. Följande faktorer speglas i tre underkategorier: *Avsaknad av riktlinjer* belyser att otydliga riktlinjer vid bedömning av sedering skapade osäkerhet hos intensivvårdssjuksköterskorna. *Individuell sederingsnivå* belyser intensivvårdssjuksköterskors osäkerhet i att upprätthålla en individuell sederingsnivå för patienten. *Svårigheter vid kommunikation med patient* belyser osäkerheten i den komplicerade kommunikationen med den sederade patienten.

### 6.1.1 Avsaknad av riktlinjer

Otydliga riktlinjer innebar att intensivvårdssjuksköterskorna upplevde en osäkerhet i att använda bedömningsskalan MAAS, vilket i sin tur resulterade i bristande användning. Alla uppgav att de kände till att det var MAAS som användes på kliniken för att bedöma sederade patienter, men vid implementering av bedömningsskalan ansågs användandet vara bättre, eftersom de blev påmind om att regelbundet använda bedömningsskalan. Att frekvent vårda sederade patienter i ventilator ansågs dessutom kunna förbättra användningen av bedömningsskalan. Avsaknad av tydliga riktlinjer och ordinerad sederingsnivå enligt MAAS resulterade i att intensivvårdssjuksköterskorna inte kunde styra sederingen efter målvärde, utan sederingen styrdes efter egen uppfattning om välmående för patienten. Bedömning med hjälp av dagligt avbrott i sederingen upplevdes falla mellan två stolar på grund av otydliga riktlinjer och det var delade meningar om det skulle utföras på initiativ av intensivvårdssjuksköterskan eller på ordination av läkare. Betydelsen av att inneha en ordinerad sederingsnivå enligt MAAS eller beslut om dagligt avbrott i sederingen skulle för många innebära enklare titrering av sederingen, men också en samstämmighet hos personalen att sträva mot gemensamma mål i sederingsbehandlingen.

*”Inte så mer än att man har MAAS-skalan, men inga riktlinjer.”* (Deltagare 2)

Som en följd av bristande riktlinjer i att bedöma utifrån en bedömningsskala fick intensivvårdssjuksköterskorna istället vara lyhörda för de gester, kroppsspråk och ansiktsuttryck som intensivvårdspatienten uttryckte och bedöma sederingsnivå utefter det. Tvärtemot att ange en siffra på bedömningsskalan beskrevs sederingsnivån med ord som ”väl sederad”, ”ytligt sederad” eller ”tuggar på tuben”. Nackdelen med ofullständiga riktlinjer i bedömning var att det kunde utgöra risk för missförstånd mellan kollegor, eftersom subjektiv beskrivning efter eget omdöme kunde tolkas varierande. Trots detta ansågs det som en positiv erfarenhet att bedöma efter eget omdöme, eftersom det sammanfattade patientens sederingsnivå under en längre tid och under fler moment, till skillnad från de punktbedömningar som annars görs med hjälp av MAAS. Den kliniska blicken belystes som ett viktigt redskap som inte ska förglömmas i en miljö med högteknologiska apparaturer.

*Nä, men överlag att man kan bli bättre så att du vet vad jag menar när jag säger ytlig eller väl sederad. Eller vad man nu använder för olika, // men att man helt enkelt kan bli bättre på att använda de instrument som finns.* (Deltagare 4)

### 6.1.2 Individuell sederingsnivå

Flertalet upplevde det som en utmaning i att upprätthålla en komfortabel sederingsnivå för varje enskild patient och att det ytterligare försvårades på grund av otydliga riktlinjer. Erfarenhetsmässigt gynnades vissa patienter av djup sedering, medan andra gynnades av att vara vaknare i ventilatorn. Den samlade bilden var att det i förväg inte gick att säga hur den optimala sederingen skulle vara, utan var beroende på patienten och dennes sjukdomstillstånd. De flesta beskrev hur de eftersträvade att ge minsta möjliga sedering till en patient som uppfattades komfortabel och välmående, men belyste betydelsen av att utvärdera sederingen. Det ansågs bli ett stresspåslag för patienten att minska på sederingen i ett alltför tidigt skede och att det istället kunde innebära ogynnsamma effekter för patienten. Vidare beskrevs om patienten var för djup sederad och inte rörde på kroppen så minskades sederingen för att kontrollera om patienten tolererade att vara vaknare. Flera illustrerade hur sederingen minskats och patienten varit lugn och samarbetsvillig till att helt plötsligt vakna upp och vilja dra i

slangar och infarter. Många upplevde det som en konflikt mellan att ha patienterna så vakna som möjligt, men ändå komfortabla och lugna.

*Det är ju obehagligt att ha en patient som man inte har kontroll på, när man inte vet vad dem ska göra liksom. Samtidigt som det är obehagligt att sova ner dem mer också, för då vet man ju inte hur de mår, // det måste ju vara en hanterbar situation för patienten också. (Deltagare 7)*

Sålunda uppgavs vikten av att vara lyhörd för patienten och en känsla av förtvivlan kunde infinna sig när den oroliga patienten inte blev lugn och komfortabelt sederad. En tillfredsställande känsla kunde istället upplevas när patienten uppfattades vara lugn och hade en komfortabel sederingsnivå, oavsett om det var när patienten var lätt eller djup sederad. Vidare upplevdes det som en utmaning i att hitta en balans för patienten att vara vaken dagtid och sova under natten.

*När man märker liksom att de har det jobbigt eller har ont och man inte kan fråga om var eller att man märker att dem vill någonting, och man kan inte fatta vad det är de vill, // då känner man sig otillräcklig liksom. (Deltagare 4)*

Den ovan illustrerade osäkerheten minskades när intensivvårdssjuksköterskan haft kontinuitet till samma patient och lärt känna såväl patientens ansiktsuttryck som kroppsspråk och byggt upp en vårdrelation till patienten. Vidare bidrog denna situation till att det var enklare att uppnå en individuell sederingsnivå som var anpassad efter den enskilde patienten.

### **6.1.3 Svårigheter vid kommunikation med patient**

En känsla av osäkerhet infann sig hos intensivvårdssjuksköterskorna i att bedöma och upprätthålla en individuell komfortabel sederingsnivå på grund av svårigheterna att kommunicera med den sederade patienten. Informationen till en djup sederad patient kunde många gånger vara försummad, vilket överlag inte kändes bra för intensivvårdssjuksköterskorna och det skapade en känsla av osäkerhet. Trots allt uppfattade ändå de flesta att de blivit bättre på att kommunicera med patienten, trots svårigheten i att berätta vad som sker utan någon respons från patienten. Det ansågs enklare för intensivvårdssjuksköterskorna att tolka uttryck och gester hos en lätt sederad patient, eftersom möjligheten att kommunicera via kroppsrörelser och mimik förelåg.

*Det är ju mer tillfredsställande att ha en patient som är mer lätt sövd om man säger så, då man får lite mer kontakt med dem, när man ser att de kan nicka, skaka på huvudet och att man ser att de även tolererar att de delvis är vakna. (Deltagare 7)*

En lätt sederad patient uppfattades i högre grad kunna göras delaktig i information och inneha möjlighet att uppfatta sin situation, något som poängterades vara gynnsamt för vårdrelationen och hålla osäkerheten på avstånd. I dessa situationer påtalades betydelsen av att upprepade gånger informera och förklara för patienten vad målet är, men också att göra patienten trygg i vårdrelationen. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde det som positivt att arbeta med den lätt sederade patienten i situationer när patienten var vaken, men kommunikativ och lugn. Den samlade erfarenheten av att vårda sederade patienter i ventilator var dock att det var roligt och givande. En förutsättning för att det skulle upplevas som givande var att det fanns tillräckligt med tid till att kommunicera och interagera med patienten. Intensivvårdssjuksköterskorna tog sig an ansvaret att vara patientens ombud samt att se till den sederade patientens behov när denne saknade makt

och kontroll. Kort sagt upplevde intensivvårdssjuksköterskorna det som ett ansvarsfullt åtagande.

*Det är en svår uppgift tycker jag, en väldigt ansvarsfull uppgift. Eftersom att jag känner att patienterna är helt utelämnade till personalen. Så det gäller att man är väldigt seriös, uppmärksam och kunnig. (Deltagare 8)*

## 6.2 Brister vid sedering

Bristerna innebar för intensivvårdssjuksköterskorna flera hinder i att bedöma sederade patienter i ventilator. Dessa hinder speglas i tre underkategorier: *En känsla av otillräcklighet* belyser känslan av att vara otillräcklig för intensivvårdspatienten till följd av höga krav samt personal- och tidsbrist. *Erfarenheter av brist på samarbete mellan yrkesprofessionerna* belyser hur intensivvårdssjuksköterskans bedömning av den sederade patienten ytterligare försvåras. *Erfarenheter av brist på kunskap* belyser den kunskapslucka i att sederingsbehandlingen inte utvecklas efter individuella behov och mål.

### 6.2.1 En känsla av otillräcklighet

Nackdelen till följd av trendsiftet mot lättare sedering med ökad vakenhetsgrad var högre krav på intensivvårdssjuksköterskan och känsla av otillräcklighet kunde ofta förekomma. Arbetet med lätt sederade patienter i ventilator upplevdes stundvis som jobbigt, stressande och svårt, eftersom en lätt sederad patient ställde ökade krav på intensivvårdssjuksköterskan, till skillnad mot en patient i ett djupare sederat tillstånd. Den mest uppenbara skillnaden upplevdes vara en betydligt mer krävande övervakning och svårigheter i att lämna patienten för andra nödvändiga arbetsuppgifter. Det krävdes viss självsäkerhet och erfarenhet i rollen som intensivvårdssjuksköterska att våga ha patienterna lätt sederade, med den ökade patientnära kontakten som det innebar att hålla handen, sitta bredvid patienten och lugna genom att finnas tillhands. Det ansågs vara en patientsäkerhetsrisk att vårda flera lätt sederade patienter samtidigt, eftersom det vid bristfällig uppsikt kunde medföra potentiella risker såsom ofrivillig extubation, extraktion av central infart eller att patienten klättrade ur sängen. Som en följd av denna otillräcklighet framfördes kravet på ökad medvetenhet att inte lämna patienten ensam och att vara i beredskap genom närvaro för att bibehålla patientsäkerheten.

*Att man får signalera om det blir alldeles outhärdligt med vakenheten, att man liksom inte klarar av att hantera det, för det är ju faktiskt inte patientsäkert, om man inte klarar med information och annat så att patienten blir lugn, för då kan de extubera eller vad som helst. (Deltagare 9)*

När intensivvårdssjuksköterskan ansvarade för mer än en patient samtidigt upplevdes det som svårt att finnas för båda patienterna samtidigt, i synnerhet om patienterna var lätt sederade. Det kunde resultera i att patienterna ibland blev djupare sederade eller till och med för djupt sederade och att det var en konsekvens av de patientsäkerhetsrisker det innebar att ha till exempel en stressad eller agiterad patient för ytligt sederad.

*”När det brister i antal personal så tror jag nog att det ofta händer att man söver patienterna djupare än vad man egentligen skulle behöva.” (Deltagare 8)*

Det ansågs som en tillfällig lösning att i situationer av otillräcklighet sedera patienter djupare än nödvändigt, men efteråt kunde ett moraliskt dilemma tynga intensivvårdssjuksköterskan, eftersom patientens möjlighet till delaktighet inte tagits i



beaktning. Att sedera en patient djupare än dennes behov ifrågasattes av några intensivvårdssjuksköterskor, eftersom det erfarenhetsmässigt åsamkade ytterligare negativa komplikationer och effekter för patienten. Följaktligen upplevdes det mer personal- och tidskrävande att vårda patienter med högre vakenhetsgrad, medan det framkom att en djup sederad patient inte krävde samma engagemang, eftersom patienten inte fick för sig något oväntat. Många framhöll den uppfattningen att patienterna skulle kunna vara betydligt mer vakna, men att problemet utgjordes av personal- och tidsbrist, att det blev en ansträngd situation, men det framkom också vara beroende på vem som arbetade och engagemanget för patienten.

*”En del tycker nog det är mer bekvämt att ha en patient som sover djupt. Det blir ju mindre jobb med en sådan patient om man säger så.”* (Deltagare 7)

Följaktligen kunde det kännas obekvämt att vårda en mer vaken patient, att i de situationer känna med patienterna när de var motoriskt oroliga, medan andra upplevde det som härligt när det såg en patient som rörde på armar och ben, såvida patienten var införstådd med att denne hade en slang i halsen. Dagligt avbrott i sederingen beskrevs som ett användbart sätt för att utvärdera patientens medvetandenivå, dessutom kunde neurologiskt status samtidigt utföras. En aspekt som lyftes var att det dagliga avbrottet i sederingen kunde bli ett riskfyllt moment med ofrivillig extubation och att det därför krävdes beredskap av personal för att kunna vara nära patienten om det skulle resultera i ett komplicerat uppvaknande. Å andra sidan kunde det ge intensivvårdssjuksköterskan ett kvitto på patientens sedering och neurologiska tillstånd.

### **6.2.2 Erfarenheter av brist på samarbete mellan yrkesprofessionerna**

Känslan av otillräcklighet ökade när kommunikation och samarbete mellan yrkesprofessionerna inte fungerade önskvärt. Intensivvårdssjuksköterskorna upplevde att de fick både stöd och hjälp av kollegor i att bedöma och styra sederingen, men det var delade meningar om hur väl samarbetet fungerade mellan yrkesprofessionerna. Det framkom brister i samarbete gällande läkarnas lyhörddhet, som gav intensivvårdssjuksköterskorna en känsla av att inte bli lyssnad på vid framförande av egna synpunkter och förslag angående patientens sedering. Det beskrevs stor variation i samarbete och att det främst berodde på vilken ansvarig läkare det var. Den gemensamma uppfattningen var att samarbetet vid bedömning av den sederade patienten dock kunde bli betydligt bättre inom samtliga yrkesprofessioner.

*”Så många gånger vill man säga att jag tycker att dem ska få sova lite, men det får man kanske inte gehör för.”* (Deltagare 3)

På samma sätt kunde en känsla av irritation och minskad arbetsglädje uppkomma när samarbete och kommunikation inte fungerade mellan yrkesprofessionerna. Närmare bestämt när kollegor kom till arbetet och utförde sina arbetsuppgifter, men utöver det inget ytterligare. En erfarenhet som lyftes var att skillnad i utbildningsnivå mellan yrkesprofessionerna ibland kunde ligga till grund för brister i förståelse och samarbete.

*”Sen är det ju så också, att ibland är ju undersköterskorna väldigt på och så att patienten inte sover och ligger inte still, // dagtid måste ju patienten kunna få vara lite rörlig också.”* (Deltagare 7)

När allt kom omkring framkom att ett välfungerande samarbete och en god kommunikation vilade på det nära samarbete som intensivvårdssjuksköterskorna och

undersköterskorna bildade i vården av den sederade patienten. Undersköterskans betydelsefulla arbete belystes, främst deras goda kännedom om patientens reaktioner på stimuli och vakenhetsgrad.

### **6.2.3 Erfarenheter av brist på kunskap**

Brister i samarbete ansågs bero på den kunskapslucka som utgjordes mellan yrkesprofessionerna och att bedöma sederade patienter ställde många gånger intensivvårdssjuksköterskans kunskaper på sin spets. Brist på kunskap och engagemang kunde synliggöras när sederingsbehandlingen inte utvecklats efter individuella behov och mål. Detta frambringade irritation och frustration. Likaså framkom även en känsla av uppgivenhet i att följa ordinationer som inte är ordinerade utefter vetenskaplig bevisning, i synnerhet en djupare sedering trots att behov inte förelåg. Denna kunskapsbrist väckte frustration med tanke på att patienten inte stod i centrum, trots påpekande om att patienten inte är komfortabel i ventilatorn. En nackdel som belystes var att i dagens intensivvård utnyttjas inte den kunskapsgrund som specialistjuksköterskan besitter i att titrera sedering inom ordinerat intervall.

*Vi har ändå en specialistutbildning på ett år så det måste ge oss någonting mer än en allmänsyrre om man säger så, så det tycker jag att vi ska klara. Får man bara en bra ordination så brukar det gå bra. (Deltagare 4)*

Ansvar för att titrera sederande läkemedel och hantera komplicerade situationer underlättades mot bakgrund av intensivvårdssjuksköterskans kunskapsgrund, erfarenheter och tryggheten i den egna yrkesrollen. Det ansågs vara en positiv fördel om läkarna fick större förståelse för den kunskap och de befogenheter som intensivvårdssjuksköterskan innehar i att administrera sederande läkemedel. Sammantaget så fanns en kunskapsbrist i att bedöma sederade patienter med hjälp av bedömningsskalan MAAS och därför önskades internutbildning i såväl bedömningsskalan som sederande läkemedel. Att möjliggöra ronder till en källa för kunskapsutbyte så att intensivvårdssjuksköterskan tillsammans med läkare fick möjlighet att diskutera sederingen ansågs kunna bidra till ökat självförtroende. Detta till följd av den kunskap och utveckling som ronderna skulle kunna medföra. Intensivvårdssjuksköterskorna framförde brister i ordinationer som bidrog till patientsäkerhetsrisker, eftersom det i akuta situationer ordinerats sederande läkemedel som inte funnits i avdelningens sortiment. Därför yttrades en önskan om att tillsammans med läkare skriva ordinationslistor.

*Ha en tydligare rond, så går man igenom allt tillsammans med doktorn, att man sätter sig ner och tittar på provsvar tillsammans, att man diskuterar om ventilatorbehandlingen, så man får ställa frågor och få förklarat och jag tror inte minst om man är ny ivasyrra, // ordinationer kommer lite då och då. (Deltagare 5)*

Att kunna se till egna brister och kunskapsluckor i kompetensen var att ta ansvar för den egna yrkeskunnigheten. Om den kompetens som den aktuella situationen krävde saknades menade intensivvårdssjuksköterskorna att det var viktigt att be läkare om hjälp. Detta eftersom läkare förlitade sig på att intensivvårdssjuksköterskorna gjorde en korrekt bedömning av sederingsnivån och att sederingen styrdes därefter.

## 7 Diskussion

Intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning belyser att bedömning är en väg av utmaningar. De mest framträdande fynden visar att utmaningar alstras utifrån svårigheterna i att upprätthålla individuell sederingsnivå orsakad av otydliga riktlinjer och svår patientkommunikation. Intensivvårdssjuksköterskors bedömning och titrering av sedering försvåras ytterligare till följd av vara otillräcklig för patienten och den brist på både samarbete och kunskap som föreligger. Studiens huvudfynd kommer att diskuteras i resultatdiskussionen.

### 7.1 Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie valdes eftersom syftet är att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning. Metoden anses betydelsefull för att frambringa djupare förståelse för människors upplevelser och erfarenheter. Intervjuer ger möjlighet att skapa förståelse för deltagarnas erfarenheter genom att deltagarna får berätta med egna ord om sin erfarenhet av olika situationer (Henricson & Billhult, 2012). En nackdel med kvalitativ intervju är att transkriberingen och analysen av textutskriften kan vara tidskrävande (Kvale & Brinkmann, 2014). En begränsning med kvalitativa studier är enligt Wibeck (2012) att resultatet inte är möjligt att statistiskt generalisera, utan endast överförbar till den individ eller grupp som undersöks. Överväganden gjordes, men med hänsyn till att djupare erfarenheter och nyanser eftersträvades, uteslöts en kvantitativ design innehållande enkäter med svarsalternativ som endast kunnat redovisa vissa erfarenheter.

Föreliggande studie baseras på tio deltagare med erfarenheter av fenomenet. Kan deltagarna reflektera över sina erfarenheter och inneha en god kommunikation, kan tillräcklig datamängd, som besvarar syftet, fångas med ett litet urval. Vidare framhålls att variationsrika berättelser kan utmynna ur variation i erfarenhet, ålder och kön hos deltagarna (Henricson & Billhult, 2012). I föreliggande studie har dessa variationer bidragit till nyansering i resultatet, eftersom variationsrika erfarenheter kan återspeglas i deltagarnas berättelser, något som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) bidrar till studiens trovärdighet. Efter att materialet transkriberats och analyserats bedömdes det vara tillräckligt omfattande och rikt på beskrivningar som ger svar på studiens syfte. Fler intervjuer skulle möjligen kunna berika resultatet och stärka tillförlitligheten ytterligare, men förmodligen hade huvudfynden varit detsamma eftersom datamättnad förelåg.

En intervjuguide utgjorde stöd vid intervjuerna och möjliggjorde en uppstramning av intervjun utifrån frågor om det huvudsakliga och enligt Danielson (2012a) anses det vara en fördel att som forskare använda en intervjuguide. En nackdel med semistrukturerad intervju är om frågorna är för detaljerade så att interaktionen i intervjusituationen förstörs av att intervjuaren är styrd av intervjuguiden (ibid.). Genomförande av en pilotstudie innan datainsamlingen påbörjades intygade att undersökningsinstrumentet kunde generera relevant data, vilket stärker studiens trovärdighet och tillförlitlighet enligt Danielson (2012b). En svårighet vid intervjuerna var att undvika ledande frågor, å andra sidan kan med fördel ledande frågor ställas som följdfrågor för att i ett redan givet svar testa validiteten (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna spelades in på två separata ljudinspelare, vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) ger möjlighet att fokusera både på dynamiken i intervjun och på ämnet. Likaså för att säkerställa god ljudkvalitet och som säkerhet vid tekniska problem

under eller efter. Som intervjuare gick det inte helt att undvika de svårigheter som intervjuare ställs inför, men såväl skicklighet som självförtroende växte successivt fram genom att författarna under intervjuerna gav varandra stöd och hade ett öga på intervjuguiden. Viss erfarenhet saknades av att intervjua och med risk för brister i intervjuteknik, genomfördes samtliga intervjuer gemensamt. En svaghet enligt Kvale och Brinkmann (2014) är den risk av underläge en deltagare kan känna om två forskare intervjuar. En medvetenhet för denna risk fanns, men då önskan om fördjupad förståelse för materialets innehåll och erfarenhet av datainsamlingen förelåg, övervägdes denna risk. Deltagarna informerades således redan i informationsbrevet om båda författarnas närvaro under intervjun. Den gemensamma upplevelsen är ändå att det hos deltagarna inte infann sig en känsla av att vara i underläge.

Då en av författarna är verksam på en av de berörda intensivvårdsavdelningarna där datainsamlingen utfördes och därmed har en relation till några deltagare, finns risk att resultatets trovärdighet påverkats, eftersom deltagarnas svar kan inverkas av en eventuell beroendeställning och relation. Under forskningsprocessen har författarna noga tagit detta i beaktning och urvalet utgörs av deltagare som författaren inte har någon privat relation till och som anses erfarna nog i sin yrkesroll för att dela sina erfarenheter.

Författarna innehar en viss förförståelse som gjorts medveten under hela processen. Genom att diskutera och klargöra förförståelsen med varandra lyftes förförståelsen fram i ljuset, något som möjliggjorde att gå in i studien med öppna och okritiska ögon. Enligt Priebe och Landström (2012) är denna medvetenhet viktig för att kritiskt kunna reflektera över sitt förhållningssätt till datamaterialet och reflexivitet utgör basen för att studien ska bli trovärdig. Trots författarnas medvetenhet finns det en risk att förförståelsen påverkat studien till viss del. Den respons som författarna gav under intervjuerna kan ha påverkat deltagarna. Å andra sidan kan det vara en styrka att författaren har kunskap och erfarenhet inom det aktuella området och behöver därför inte påverka trovärdigheten av studien negativt.

Materialet transkriberades direkt efter genomförd intervju med syfte att bevara betoningar och kroppsspråk, något som enligt Kvale och Brinkmann (2014) ökar förståelsen och tillförlitligheten av materialet. Då båda författarna läst materialet flera gånger skapades stor förståelse och kunskap för materialet, något som stärker resultatets tillförlitlighet. Ett öppet förhållningssätt och en medveten reflektion om den egna förförståelsen har bidragit till att analysprocessen inte berörs. I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) utfördes innehållsanalysen noggrant. Initialt analyserades materialet enskilt och text motsvarande studiens syfte markerades, därefter jämfördes materialet gemensamt. Författarna urskilde texten likartat och liknande markeringar valdes, vilket gör att interkodarreliabilitet uppstår som enligt Polit och Beck (2012) stärker analysförfarande och tillförlitligheten i resultatet. Kondensering, kodning och kategorisering genomfördes gemensamt, vilket ökar resultatets tillförlitlighet. Genom att använda en analysmetod som är enkel att förstå och följa, förhindras risk för fel i analysprocessen och därmed stärks analysens tillförlitlighet. För att höja trovärdigheten har en noggrann beskrivning eftersträvat av metodens genomförande och därför anses resultatet med viss möjlighet även vara överförbart till liknande intensivvårdsavdelningar i Sverige. Lämpliga citat i resultatet kan enligt Graneheim och Lundman (2004) öka läsarens möjlighet att bedöma trovärdigheten.

Genomförs intervjuer på arbetstid kan stress, tidsbrist och miljö påverka deltagaren så att kvaliteten på intervjun försämras, detta undveks genom att deltagarna inte arbetade patientnära vid intervjutillfället. En egengranskning via Etikkommittén Sydost resulterade i att en fullständig rådgivande ansökan till Etikkommittén Sydost inte behövde utföras, eftersom deltagarnas frivillighet inte kan ifrågasättas samt syftet utgår inte från att påverka deltagarna psykiskt eller fysiskt.

## 7.2 Resultatdiskussion

### 7.2.1 Avsaknad av riktlinjer

Resultatet från föreliggande studie som baseras på intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator identifierar att avsaknad av tydliga riktlinjer vid bedömning av sedering skapar osäkerhet och minskad användning av bedömningsskalan. I gengäld använder intensivvårdssjuksköterskor en kombination av sina erfarenheter, klinisk blick och bedömningskala. Mot bakgrund av ovanstående visar Sessler och Pedram (2011) att implementering av tydlig sederingsbehandling är såväl utmanande som tidskrävande och att klinikerna måste stöttas med tillräckliga resurser för att införandet ska bli framgångsrikt. Sålunda rekommenderar tidigare forskning tillämpning av tydliga riktlinjer, sederingsprotokoll och bedömningsskalor för optimal titrering av sedering och för god kvalitet i sederingsbehandlingen (Guttormson, Chlan, Weinert & Savik, 2010; Jacobi et al., 2002; Sessler & Pedram, 2011; Sessler & Varney, 2008). Även Wøien och Bjørk (2013) har funnit att intensivvårdssjuksköterskor använder sin kunskap och erfarenhet runt ett sederingsprotokoll vid bedömning av sedering. Trots dessa goda vinster används bedömningsskalor och sederingsprotokoll i liten utsträckning (Payen et al., 2007; Wøien, Vaerøy, Aamodt & Bjørk, 2012). Enligt teorin om vårdrelation måste vårdaren ta ett etiskt och moraliskt ansvar för att, så långt det är möjligt, tillsammans med patienten formge vården och sträva mot gemensamma mål (Wiklund, 2003). Med andra ord kan otydliga riktlinjer influera på intensivvårdssjuksköterskors möjlighet att ge god vård, å andra sidan patientens möjlighet att få goda behandlingsresultat. Konsensus av tydliga riktlinjer och rutiner för bedömning av sedering innebär att patientens möjligheter till att återfå hälsa och välbefinnande förbättras. Likväl ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det en vinst med tydliga riktlinjer och rutiner för att förhindra översedering. Enligt Stubberud (2009) råder det i Sverige en begränsad resurs på såväl intensivvårdsplatser som intensivvårdssjuksköterskor. Därav vore det beklagligt om intensivvårdspatienterna kvarstannar på intensivvårdsavdelningar på grund av översedering som eventuellt bidragit till förlängd vårdtid och komplikationer. Mot bakgrund av att det är kostsamt att vårda patienter inom intensivvården skulle det vara en ekonomisk vinst att patienterna inte upptar intensivvårdsplatser mer än nödvändigt.

### 7.2.2 Individuell sederingsnivå

Denna intervjustudie visar intensivvårdssjuksköterskors utmaningar i att bedöma sedering och att upprätthålla en individuell sederingsnivå. Dessa svårigheter utmynnar i såväl otydliga riktlinjer som patientens sjukdomsbild och respons på sedering. Den samlade bilden hos intensivvårdssjuksköterskorna är att djup sedering inte är gynnsamt, istället eftersträvas minsta möjliga sedering. Det går i linje med Egerod et al. (2006) som menar att lätt sedering hos patienter i ventilator är en populär behandlingsregim. Egerod, Albarran, Ring och Blackwood (2013) framhåller att de nordiska länderna tycks vara mer förtrogna med lätt sederade patienter. Fraser och Riker (2007) poängterar att förbättrade behandlingsresultat uppnås genom att eftersträva optimal sederingsnivå. Flera studier har funnit att längre ventilatorbehandling och förhöjd risk för delirium föranleds av översedering (Sessler & Pedram, 2011; Rock, 2014). Å andra sidan kan

variationer i sederingsnivå utgöra risk för delirium (Svenningsen, 2013). Vidare beskriver Grap et al. (2012) svårigheterna i att uppnå såväl fysiskt som psykiskt stabilt tillstånd hos patienten oavsett sederingsnivå och att en djupare sedering än den som rekommenderas idag inte tvärt ska uteslutas. Mot bakgrund av detta förutsätter den professionella vårdrelationen att vårdaren har professionell kunskap, öppenhet och följsamhet till varje enskild patient. Vårdrelationen förutsätter engagemang som utgår från patientens behov av vård för att stödja hälsoprocesser (Dahlberg & Segesten, 2010). Vidare framhävs vikten av att vårdaren tar patientens uttryckta behov och begär i beaktning för att möjliggöra en god vårdrelation (Wiklund, 2003). Sammantaget är det mer eller mindre svårt beroende på sederingsnivå att främja patientens delaktighet och intensivvårdssjuksköterskor bör beakta den skyldighet som Patientlag (SFS 2014:821) för med sig gällande delaktighet. Insikten om dessa svårigheter förutsätter att intensivvårdssjuksköterskan än mer behöver vara öppen och följsam till varje patients individuella behov av sedering.

### **7.2.3 Svårigheter vid kommunikation med patient**

I föreliggande studie framträder en känsla av osäkerhet i att bedöma och upprätthålla en individuell komfortabel sederingsnivå på grund av utmaningar i att kommunicera med den sederade patienten. Utmaningar består i att korrekt tolka den sederade patientens uttryck, men också att finna vägar till kommunikation som möjliggör delaktighet. Dock uppfattas kommunikationen betydligt mer angelägen när patienten är lätt sederad, men samtidigt upplevs känsla av välbehag då patienten görs delaktig i vården. Som en följd av att den sederade patienten är utelämnad till vårdpersonalen ser intensivvårdssjuksköterskorna det som ett stort ansvar att vara patientens ombud. Liknande har Samuelsson et al. (2008) funnit i sin studie att fördelar med lätt sedering är bättre kommunikation. Däremot beskriver Laerkner, Stroem och Toft (2016) att sedering med enbart analgetika möjliggör att patienten kan interagera och kommunicera med personalen på ett mer fördelaktigt sätt. Följaktligen är det viktigt för vårdrelationen och det ger dessutom intensivvårdssjuksköterskorna en unik möjlighet att övervaka medvetandeförändringar (ibid.). Faktum är att patient och vårdare har ett gemensamt ansvar för patientens hälsa och vård, men medvetlösa patienter kan inte ta det ansvaret att vara delaktiga i samma utsträckning. När patient och vårdare inte verbalt kan kommunicera måste beslut om vården grunda sig på annat än det som vanligtvis uppfattas som delaktighet. Vidare i teorin om vårdrelation behöver patienter med begränsningar i sin autonoma förmåga, till följd av förändrat medvetandetillstånd eller uttrycksproblematik, bemötas med stor öppenhet och för att ta del av deras behov måste vårdaren hitta andra vägar som underlättar förståelsen av patientperspektivet (Dahlberg & Segesten, 2010). Således anser författarna till föreliggande studie att det är väsentligt att intensivvårdssjuksköterskan bjuder in till en vårdrelation, oavsett sederingsnivå, genom att aktivt kommunicera och informera patienten. Det är av största vikt att intensivvårdssjuksköterskan har insikt om det ansvar och makt som denne besitter i att vårda en sederad patient, eftersom patientens förmåga att kommunicera och ansvara för sin egen kropp uteblir. Information om kommunikationens betydelse bör ges till intensivvårdssjuksköterskan i syfte för att kunna upprätthålla en god vårdrelation så att patienten görs delaktig.

### **7.2.4 En känsla av otillräcklighet**

I denna intervjustudie framkommer utmaningar som tids- och personalbrist i att vårda en patient med högre vakenhetsgrad och det resulterar många gånger i en känsla av otillräcklighet. Det är tydligt att en lätt sederad patient kräver större engagemang än en djup sederad intensivvårdspatient. En tillfällig lösning vid hög arbetsbelastning innebär

ibland att patienterna sederas djupare än behov. Följaktligen för att minska behovet av fysisk närhet, men efteråt bidrar det dock till ett moraliskt dilemma. Det är tydligt att självsäkerhet och erfarenhet har betydelse för hur situationen hanteras. Däremot menar Laerkner et al. (2016) att patienter med endast analgetika som sedering ger minskad arbetsbelastning. Har avdelningen dessutom en kultur eller inställning till att undvika sedering och istället ge patienten trygghet genom närvaro kan arbetsbelastningen reduceras (ibid.). Även Karlsson och Forsberg (2008) menar att fysisk kontakt som att hålla handen kan hjälpa patienterna att bättre hantera situationen i ventilatorn. Likaså styrks detta av Nortvedt et al. (2005) som belyser vikten av närhet och god omvårdnad vid patientsängen. Sedera en patient djupare motsätter sig vårdarens etiska krav att ge god vård. Å andra sidan går det inte att i varje situation förutsäga vad som är god vård. För att kunna vårda professionellt måste vårdaren vara helt närvarande i det vårdande mötet med patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Författarna till föreliggande studie anser att det inte ska behöva uppkomma situationer då intensivvårdssjuksköterskan ska behöva sedera patienten djupare än behov på grund av arbetsbelastning. För att förhindra ökad stress samt moraliska och etiska dilemman som kan bidra till upplevelser av ohälsa, måste personaltäteten styras efter antal patienter och deras behov, eftersom arbetsbelastningen på en intensivvårdsavdelning kan liknas vid en berg- och dalbana. Därav är det väsentligt att ha en förståelse kring känslan av otillräcklighet som kan frambringas vid skiftningar i arbetsbelastning.

### **7.2.5 Erfarenheter av brist på samarbete mellan yrkesprofessionerna**

I föreliggande studie är samarbete och kommunikation viktiga hörnstenar i en högteknologisk intensivvårdsmiljö med omfattande krav på intensivvårdssjuksköterskan. Det är tydligt att intensivvårdssjuksköterskorna får hjälp av kollegor i sederingsbehandlingen, men det råder delade meningar om hur samarbetet fungerar med övriga yrkesprofessioner. En känsla av irritation och bristande arbetsglädje infinner sig när samarbete och kommunikation inte fungerar, vilket leder till brister vid bedömning av sedering. Egerod et al. (2013) poängterar att organisatoriska förutsättningar såsom storlek på intensivvårdsavdelning, bemanning och interprofessionellt samarbete är bidragande faktorer för en framgångsrik sederingsbehandling. Däremot om det brister i samarbete och förtroende mellan professionerna leder det till att hanteringen av sederingen inte blir optimal och istället orsakar det oavsiktlig översedering (ibid.). Det överrensstämmer med Randen och Bjørk (2010) som poängterar att samarbetet med läkarna är viktigt vid bedömning av sedering. Vidare beskrivs att intensivvårdssjuksköterskorna upplever att läkarna är lyhörda för deras åsikter, något som bidrar till en tillfredställande sederingsregim (ibid.). Mot bakgrund av ovanstående krävs god kommunikation mellan samtliga yrkesprofessioner i vårdlaget och tydliga definitioner för optimal sedering för att åstadkomma en resultatrik sederingsbehandling (Grap et al., 2012). Enligt teorin om vårdvetenskap måste vårdarna vara skickliga i att kommunicera, reflektera och argumentera kring beslut beträffande patienten och ansvara för att dennes individuella behov tillgodoses (Dahlberg & Segesten, 2010). Sammantaget upplever författarna till föreliggande studie att brister i samarbete och kommunikation kan förhindras genom tydlighet och samstämmighet i riktlinjer för sedering och genom ökad förståelse för varandras yrkeskompetens. Det anses betydelsefullt att gemensamt arbeta mot uppsatta mål och att förutsättningar ges för att uppnå målen i vården av den sederade patienten. En öppen avdelningskultur med hög acceptans för varandras olikheter i kunskapsnivå kan bidra till att öka patientsäkerheten och att kravet på god vård upprätthålls. Det är av betydelse att eliminera situationer som frambringar frustration för att vården med klarsynthet ska kunna bedrivas utifrån patientens behov.

## 7.2.6 Erfarenheter av brist på kunskap

Denna intervjustudie åskådliggör att brister i samarbete beror på den brist i samsyn som finns mellan yrkesprofessionerna och att intensivvårdssjuksköterskors kunskap många gånger blir ställd på sin spets vid bedömning av sederade patienter. Brist på engagemang och kunskap blir uppenbar när sederingsbehandlingen inte följer patientens individuella behov. Följaktligen är det betydelsefullt att som intensivvårdssjuksköterska få utnyttja den kunskapsgrund som införskaffats i specialistutbildningen. Enligt Strøm et al. (2010) råder det skillnader i såväl utformning av intensivvårdsavdelningar som intensivvårdssjuksköterskors specialistutbildning, likväl inverkar autonomi och professionellt samarbete på hur väl sederingsbehandlingen fungerar (ibid.). Bedömning, övervakning och titrering av kontinuerlig sedering för kritiskt sjuka patienter ligger på intensivvårdssjuksköterskans ansvar (Varndell, Elliot & Fry, 2015). Liknande finns beskrivet i *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård* (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) att utifrån patientens unika behov identifiera, använda bedömningsskalor, bedöma, åtgärda och utvärdera sedering. Mot bakgrund av detta förutsätts hög kompetens, kunskap och skicklighet vid hantering av sedering för kritiskt sjuka patienter i ventilator (Aitken, Marshall, Elliott & McKinley, 2009). Genom tillgång till rätt bedömningsinstrument, utbildning och stöttning kan intensivvårdssjuksköterskor ta objektiva beslut som förbättrar kvaliteten på patientvården. Däremot behöver mindre erfarna intensivvårdssjuksköterskor mer uppmuntran och stöttning i att fatta självständiga beslut vid sedering (Beck & Johnsson, 2008). Samtal som sker vårdare emellan vid överrapportering, ronder eller under arbetets gång utgör viktig del i kunskapsutvecklingen. I den vårdvetenskapliga teorin beskrivs att informella samtal kan innebära att kunskap och bekräftelse erhålls av varandra, vilket övertygar vårdaren att denne gjort sitt bästa utifrån föreliggande förutsättningar (Dahlberg & Segesten, 2010).

## 8 Slutsats

Författarna har i föreliggande studie åskådliggjort att intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator är en väg av utmaningar. Osäkerheten att upprätthålla en individuell sederingsnivå blir påtaglig vid otydliga riktlinjer och utifrån den försvårade patientkommunikationen. När det brister i såväl kunskap som samarbete, brister det i tillämpning och korrekt bedömning av sedering. Intensivvårdssjuksköterskan upplever många gånger en otillräcklighet i rådande tids- och personalbrist för att ha förutsättningar för att arbeta mot gemensamma mål. Med vetskapen om dessa kunskapsbrister och patientsäkerhetsrisker anser författarna att det är av största vikt att identifiera befintliga kunskapsluckor och åtgärda dessa genom utbildning och handledning. Avslutningsvis bör intensivvårdssjuksköterskan få insikt i de samhällsekonomiska vinster som god följsamhet till riktlinjer och bedömningsskalor frambringar, för att åstadkomma patientsäkerhet och möjliggöra ökat välbefinnande för intensivvårdspatienten. Studien har bidragit till ökad kunskap och förståelse för intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator. Som blivande intensivvårdssjuksköterskor anser författarna att den förståelse och medvetenhet som erhållits kommer vara användbar i framtida arbetsliv.

## 9 Kliniska implikationer

Författarna anser att resultatet till viss del bör kunna användas i andra sammanhang eftersom intensivvårdssjuksköterskor dagligen i olika vårdkontexter möter utmaningar i att bedöma. Studien kommer att delges till berörd verksamhet och samtliga deltagare.



På så sätt kan studien ge förståelse och kunskap om det komplexa i att bedöma sederade patienter. Författarnas förhoppning är att verksamheten anammar studiens resultat och fortsättningsvis prioriterar handledning och fortbildning för att reducera den allmänna osäkerheten och på så sätt förbättra patientsäkerheten.

## 10 Förslag till fortsatt forskning

Studiens resultat beskriver utmaningar i att bedöma sederade patienter och utifrån ovan rekommenderar författarna fortsatt forskning för att belägga den osäkerhet och de brister som denna studie uppmärksammat. Resultatet speglar endast en intensivvårdsklinik i södra Sverige och det vore intressant att återupprepa studien till liknande vårdkontext i andra delar av Sverige, för att eventuellt kunna generalisera resultatet. Denna studie är kvalitativ utifrån intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter, men det vore intressant med en kvantitativ studie om bedömningsskalor för att undersöka förekomst och följsamhet till dessa. Kunskapen bör därefter spridas till vårdgivare inom intensivvården, för att förhindra onödigt lidande och för att främja välbefinnande för patienten.

## Referenser

- Aitken, L.M., Marshall, A.P., Elliott, R., & McKinley, S. (2009). Critical care nurses' decision making: Sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 36-45. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02318.x
- Almgren, M., Lundmark, M., & Samuelson, K. (2010.) The Richmond Agitation - Sedation Scale: Translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54, 729-735. doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02173.x
- Bakkelund, J., & Thorsen, B.H. (2009). Respirationssvikt. I T. Gulbrandsen., & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård: Avancerad omvårdnad och behandling* (s. 235-349). Lund: Studentlitteratur AB.
- Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., Ely, W.E., Gélinas, C., Dasta, J.F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Beck, L., & Johnsson, C. (2008). Implementation of nurse-driven sedation protocol in the ICU. *The Canadian Association of Critical Care Nurses*, 19(4), 25-28.
- Berggren, L. (2012). Analgesi och sedering. I A. Larsson., & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s. 704-713). Stockholm: Liber AB.
- Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori - En grundbok*. Stockholm: Liber AB.
- Brattebø, G., Hofoss, D., Flaatten, H., Muri, A.K., Gjerde, S., & Plsek, P.E. (2002). Effect of a scoring system and protocol for sedation on duration of patients' need for ventilator support in a surgical intensive care unit. *British Medical Journal*, 324(7350), 1386-1389.
- Brook, A., Ahrens, T., Schaiff, R., Prentice, D., Sherman, G., Shannon, W., & Kollef, H. M. (1999). Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 27(12), 2609-2615.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur AB.
- DeGrado, J.R., Anger, K.E., Szumita, P.M., Pierce, C.D., & Massaro, A.F. (2011). Evaluation of a local ICU sedation guideline on goal-directed administration of

sedatives and analgesics. *Journal of Pain Research*, 4, 127-134. doi: 10.2147/JPR.S18161

Devlin, J.W., Boleski, G., Mlynarek, M., Nerenz, D.R., Peterson, E., Jankowski, M.,...Zarowitz, B.J. (1999). Motor Activity Assessment Scale: A valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 27(7), 1271-1275.

Egerod, I., Albarran, J.W., Ring, M., & Blackwood, B. (2013). Sedation practice in Nordic and non-Nordic ICUs: A European survey. *Nursing in Critical Care*, 18(4), 166-175. doi: 10.1111.nicc.12003

Egerod, I., Christensen, B.V., & Johansen, L. (2006). Trends in sedation practices in Danish intensive care units in 2003: A national survey. *Intensive Care Medicine*, 32(1), 60-66. doi: 10.1007/s00134-005-2856-1

Fraser, G.L., & Riker R.R. (2007). Comfort without coma: Changing sedation practices. *Critical Care Medicine*, 35(2), 635-637. doi: 10.1097/01.CCM.0000254072.83323.4E

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

Grap, M.J., Munro, C.L., Wetzel, P.A., Bets, A.M., Ketchum, J.M., Hamilton, A., ...Sessler, C.N. (2012). Sedation in adults receiving mechanical ventilation: Physiological and comfort outcomes. *American Journal of Critical Care*, 21(3), 53-62. doi: 10.4037/ajcc2012301

Gulbrandsen, T. (2009). Sederin. I T. Gulbrandsen., & D-G, Stubberud (Red.), *Intensivvård: Avancerad omvårdnad och behandling* (s. 119-131). Lund: Studentlitteratur AB.

Guttormson, J.L., Chlan, L., Weinert, C., & Savik, K. (2010). Factors influencing nurse sedation practices with mechanically ventilated patients: A U.S. national survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 44-50. doi:10.1016/j.iccn.2009.10.004

Helsingforsdeklarationen (WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects). (2013). Hämtad 2016-02-08, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur AB.

Hvarfner, A. (2007). Analgesi och sederin. I A. Larsson., & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s. 635-643). Stockholm: Liber AB.

Jacobi, J., Fraser, G.L., Coursin, D.B., Riker, R.R., Fontaine, D., Wittbrodt, E.T., ... Lumb, P.D. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30(1), 119-141.

- Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning - Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 41-50. doi:10.1016/j.iccn.2007.06.004
- Kollef, M.H., Levy, N.T., Ahrens, T.S., Schaiff, R., Prentice, D., & Sherman, G. (1998). The use of continuous IV sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest*, 114(2), 541-548.
- Kress, J.P., Pohlman, A.S., & Hall, J.B. (2002). Sedation and analgesia in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 166, 1024-1028. doi: 10.1164/rccm.200204-270CC
- Kress, J.P., Pohlman, A.S., O'Connor, M.F., & Hall, J.B. (2000). Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1471-1477.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Laerkner, E., Stroem, T., & Toft, P. (2016). No-sedation during mechanical ventilation: Impact on patient's consciousness, nursing workload and costs. *Nursing in Critical Care*, 21(1), 28-35. doi: 10.1111/nicc.12161.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187-201). Lund: Studentlitteratur AB.
- Mirski, M., LeDroux, S.N., Lewin, J.J., Thompson, C.B., Mirski, K.T., & Griswold, M. (2010). Validity and reliability of an intuitive conscious sedation scoring tool: The nursing instrument for the communication of sedation. *Critical Care Medicine*, 38(8), 1674-1684. doi:10.1197/CCM.0b013e3181e7c73e
- Nortvedt, P., Kvarstein, G., & Jønland, I. (2005). Sedation of patients in intensive care medicine and nursing: Ethical issues. *Nursing Ethics*, 12(5), 522-536. doi:10.1191/0969733005ne819oa
- Nyström, M. (2012). Hermeneutik. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 155-172). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ogundele, O., & Yende, S. (2010). Pushing the envelope to reduce sedation in critically ill patients. *Critical Care*, 14(6), 339-340. doi: 10.1186/cc9339
- Patel, S.B., & Kress, J.P. (2012). Sedation and analgesia in the mechanically ventilated patient. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(5), 486-496. doi: 10.1164/rccm.201102-0273CI.
- Payen, J.F., Changues, G., Mantz, J., Hercule, C., Auriant, I., Leguillou, J-L.,... Bosson, J-L. (2007). Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: A prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology*, 106(4), 687-695.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur AB.

Randen, I., & Bjørk, I.T. (2010). Sedation practice in three Norwegian ICUs: A survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 270-277. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.006

Rock, L.F. (2014). Sedation and its association with posttraumatic stress disorder after intensive care. *Critical Care Nurse*, 34(1), 30-39. doi: 10.4037/ccn2014209

Samuelson, K.A., Larsson, S., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2003). Intensive care sedation of mechanically ventilated patients: A national Swedish survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(6), 350-362. doi:10.1016/S0964-3397(03)00065-X

Samuelson, K.A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressfull experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2), 93-104. doi:10.1111/j.1478-5153.2006.00199.x

Samuelson, K.A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2008). Light vs. heavy sedation during mechanical ventilation after oesophagectomy - A pilot experimental study focusing on memory. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(8), 1116-1123. doi:10.1111/j.1399-6576.2008.01702.x

Sessler, C.N., & Pedram, S. (2011). Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Anesthesiology Clinics*, 29(4), 625-650. doi:10.1016/j.anclin.2011.09.004.

Sessler, C.N., & Varney, K. (2008). Patient-focused sedation and analgesia in the ICU. *Chest*, 133(2), 552-565.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Strøm, T., Martinussen, T., & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: A randomised trial. *The Lancet*, 375(9713), 475-480. doi:10.1016/S0140-6736(09)62072-9

Stubberud, D-G. (2009). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I T. Gulbrandsen., & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård: Avancerad omvårdnad och behandling* (s. 19-23). Lund: Studentlitteratur AB.

Svenningsen, H. (2013). Associations between sedation, delirium and post-traumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. *Danish Medical Journal*, 60(4), 1-22.

Svenska Intensivvårdsregistret. (Tidperiod som rapporterats till SIR, inskrivningsperiod

20150101-20151231). (2016). Hämtad 2016-02-24, från <http://portal.icuregswe.org/Rapport.aspx#>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Hämtad 2016-03-03, från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.och.intensivvard.kompbeskr.pdf>

Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A-C., & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, 26(3), 124-129. doi:10.1016/j.aucc.2012.12.005.

Varndell, W., Elliott, D., & Fry, M. (2015). The validity, reliability, responsiveness and applicability of observation sedation-scoring instruments for use with adult patients in the emergency department: A systematic literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(1), 1-23. doi:10.1016/j.aenj.2014.07.001.

Walker, N., & Gillen, P. (2006). Investigating nurses' perceptions of their role in managing sedation in intensive care: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6), 338-345. doi:10.1016/j.iccn.2006.03.008

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 195-214). Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Wøien, H., & Bjørk, I.T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: Nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardized care: An explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 128-136. doi:10.1016/j.iccn.2012.11.003

Wøien, H., Stubhaug, A., Bjørk, I.T. (2012a). Analgesia and sedation of mechanically ventilated patients - A national survey of clinical practice. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(1), 23-29. doi:10.1111/j.1399-6576.2011.02524.x

Wøien, H., Vaerøy, H., Aamodt, G., & Bjørk, I.T. (2012). Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1552-1561. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04309.x

# Bilagor

## Bilaga A. Motor Activity Assessment Scale (MAAS)

| <b>Nivå</b> | <b>Beskrivning</b>                     | <b>Definition</b>  |
|-------------|--|--|
| 0           | Ingen reaktion                         | Patienten rör sig inte vid smärtstimulering  |
| 1           | Reaktion endast vid smärtstimulering   | Patienten grimaserar ELLER öppnar ögonen ELLER höjer på ögonbrynen ELLER vänder på huvudet mot stimulin ELLER rör armar/ben vid smärtstimulering   |
| 2           | Reaktion vid beröring eller på tilltal | Patienten grimaserar ELLER öppnar ögonen ELLER höjer på ögonbrynen ELLER vänder på huvudet mot stimulin ELLER rör armar/ben vid beröring eller när man kallar på patienten med hög röst  |
| 3           | Lugn och samarbetsvillig               | Ingen yttre stimulering behövs för att framkalla rörelser<br>OCH/ELLER patienten rättar till lakan och kläder avsiktligt<br>OCH/ELLER följer uppmaningar   |
| 4           | Rastlös och samarbetsvillig            | Ingen yttre stimulering behövs för att framkalla rörelser<br>OCH patienten plockar och drar i lakan eller katetrar<br>ELLER drar av sig sängkläderna MEN följer uppmaningar  |
| 5           | Agiterad                               | Ingen yttre stimulering behövs för att framkalla rörelser<br>OCH patienten försöker sätta sig upp ELLER har armar/ben utanför sängen OCH följer inte alltid uppmaningar  |
| 6           | Farligt agiterad, samarbetsovillig     | Ingen yttre stimulering behövs för att framkalla rörelser OCH patienten försöker dra ut tub eller katetrar ELLER slänger sig från sida till sida ELLER slår mot personalen ELLER försöker kliva ur sängen OCH lugnar inte ner sig på uppmaning |

Hvarfner, A. (2007). Analgesi och sedering. I A. Larsson., & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (s. 635-643). Stockholm: Liber AB.

2016-01-26

## **Informationsbrev angående erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator**

### ***Till verksamhetschef***

*- Förfrågan om tillåtelse att genomföra forskningsstudie med intensivvårdssjuksköterskor.*

Vi, Rebecka Augustsson och Sofie Olsson studerar till intensivvårdssjuksköterskor vid Linnéuniversitetet i Växjö. I utbildningen ingår att genomföra en magisteruppsats på 15 högskolepoäng inom huvudämnet vårdvetenskap.

Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning.

Dagligen möter intensivvårdssjuksköterskan den sederade patienten i sitt arbete. Tidigare forskning har visat goda resultat att med validerade mätinstrument bedöma sederade patienter i ventilatorbehandling. Vi har uppmärksammat att viss tveksamhet föreligger vid bedömning av dessa patienter och hur bedömningsskalor används på avdelningen. Sederingsdjup bör bedömas regelbundet för att uppnå optimal sederingsnivå.

Datainsamlingen kommer genomföras med hjälp av semistrukturerade kvalitativa intervjuer och vi planerar att intervjua intensivvårdssjuksköterskor om cirka 45 minuter vardera. Urvalet kommer att baseras på intensivvårdssjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att arbeta med intensivvård. Intervjuerna kommer att ske under vecka 5-6 år 2016. Tid och plats bestäms av deltagaren. Materialet kommer att transkriberas och analyseras med hjälp av innehållsanalys för att sedan redovisas i en uppsats.

Deltagandet i studien är frivilligt. All insamlad data kommer att hanteras konfidentiellt. Uppgifter från deltagarna i studien kommer vara avidentifierade. Samtliga deltagare informeras skriftligt och muntligt innan den frivilliga intervjun genomförs. Informerat samtycke inför deltagande i undersökningen kommer att inhämtas skriftligt före intervjun från alla deltagarna. Författarna har full publiceringsrätt till studien om inte annat avtalas. Vi kommer att återrapportera resultaten i studien till berörd verksamhet.



Vi har gjort en egengranskning via Etikkommittén Sydost för empiriska studentarbeten. Resultatet av egengranskningen har vi diskuterat med vår handledare och en fullständig

rådgivande ansökan till Etikkommittén i Sydost behöver inte göras.

Om Du godkänner att studien genomförs på intensivvårdskliniken, är vi tacksamma för Din underskrift av denna bilaga som sedan återsänds i bifogat svarskuvert.

För ytterligare information om studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänliga Hälsningar

*Studentens signatur*

*Studentens signatur*

Rebecka Augustsson  
rauwp08@student.lnu.se

Sofie Olsson  
so222cq@student.lnu.se

*Handledares signatur*

*Verksamhetschefens signatur*

Jalal Safipour  
jalal.safipour@lnu.se

Linnéuniversitetet  
Box 451  
351 95 Växjö  
Tel. 0772-28 80 00

# Linnéuniversitetet



2016-01-26

## **Informationsbrev angående erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator**

### ***Till avdelningschef***

Vi, Rebecka Augustsson och Sofie Olsson studerar till intensivvårdssjuksköterskor vid Linnéuniversitetet i Växjö. I utbildningen ingår att genomföra en magisteruppsats på 15 högskolepoäng inom huvudämnet vårdvetenskap.

Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning.

Dagligen möter intensivvårdssjuksköterskan den sederade patienten i sitt arbete. Tidigare forskning har visat goda resultat att med validerade mätinstrument bedöma sederade patienter i ventilatorbehandling. Vi har uppmärksammat att viss tveksamhet föreligger vid bedömning av dessa patienter och hur bedömningsskalor används på avdelningen. Sederingsdjup bör bedömas regelbundet för att uppnå optimal sederingsnivå.

Datainsamlingen kommer genomföras med hjälp av semistrukturerade kvalitativa intervjuer och vi planerar att intervjua åtta till tio intensivvårdssjuksköterskor om cirka 45 minuter vardera. Urvalet kommer att baseras på intensivvårdssjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att arbeta med intensivvård. Vi är tacksamma om Du kan tillfråga möjliga intensivvårdssjuksköterskor om intresse av att bli intervjuade. Intervjuerna kommer att ske under vecka 5-6 år 2016. Tid och plats bestäms av deltagaren. Materialet kommer att transkriberas och analyseras med hjälp av innehållsanalys för att sedan redovisas i en uppsats.

Deltagandet i studien är frivilligt. All insamlad data kommer att hanteras konfidentiellt. Uppgifter från deltagarna i studien kommer vara avidentifierade. Samtliga deltagare informeras skriftligt och muntligt innan den frivilliga intervjun genomförs. Informerat samtycke inför deltagande i undersökningen kommer att inhämtas skriftligt före intervjun från alla deltagarna. Författarna har full publiceringsrätt till studien om inte annat avtalas. Vi kommer att återrapportera resultaten i studien till berörd verksamhet.

Vi har gjort en egengranskning via Etikkommittén Sydost för empiriska studentarbeten. Resultatet av egengranskningen har vi diskuterat med vår handledare och en fullständig rådgivande ansökan till Etikkommittén i Sydost behöver inte göras.

För ytterligare information om studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänliga Hälsningar

*Studentens signatur*

*Studentens signatur*

Rebecka Augustsson  
rauwp08@student.lnu.se

Sofie Olsson  
so222cq@student.lnu.se

*Handledares signatur*

*Avdelningschefens signatur*

Jalal Safipour  
jalal.safipour@lnu.se

Linnéuniversitetet  
Box 451  
351 95 Växjö  
Tel. 0772-28 80 00

# Linnéuniversitetet

2016-01-26

## **Informationsbrev**

### ***Till Dig som arbetar som intensivvårdssjuksköterska***

*- Förfrågan om att delta i en intervjuundersökning om erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning.*

Vi, Rebecka Augustsson och Sofie Olsson studerar till intensivvårdssjuksköterskor vid Linnéuniversitetet i Växjö. I utbildningen ingår att genomföra en magisteruppsats på 15 högskolepoäng inom huvudämnet vårdvetenskap.

Dagligen möter intensivvårdssjuksköterskan den sederade patienten i sitt arbete. Tidigare forskning har visat goda resultat att med validerade mätinstrument bedöma sederade patienter i ventilatorbehandling. Vi har uppmärksammat att viss tveksamhet föreligger vid bedömning av dessa patienter och hur bedömningsskalor används på intensivvårdsavdelningarna. Sederingsdjup bör bedömas regelbundet för att uppnå optimal sederingsnivå. Syftet med studien är att belysa intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning.

Vi kommer genomföra semistrukturerade intervjuer som kommer spelas in digitalt och vi båda kommer närvara under denna intervju. Intervjun tar max 45 minuter att genomföra. När studien är färdigställd kommer filerna att raderas. Intervjuerna kommer att ske under vecka 5-6 år 2016. Tid och plats bestäms av Dig.

Deltagandet i studien är frivilligt. Du kan när som och utan förklaring välja att avbryta Ditt deltagande eller att inte svara på vissa frågor. Dina svar hanteras konfidentiellt och textdokumentet kommer att vara avidentifierade. Vi kommer att återrapportera resultaten i studien till berörd verksamhet.

Resultaten i denna forskningsstudie kommer att bidra till ökad kunskap som kan förbättra patientomhändertagande.

För ytterligare information om studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänliga Hälsningar

*Studentens signatur*

Rebecka Augustsson  
rauwp08@student.lnu.se

*Studentens signatur*

Sofie Olsson  
so22cq@student.lnu.se

*Handledares signatur*

Jalal Safipour  
[jalal.safipour@lnu.se](mailto:jalal.safipour@lnu.se)

**Informerat samtycke för deltagande i semistrukturerad intervju om upplevelser av att behandla och bedöma sederade patienter i ventilatorbehandling.**

- Jag har tagit del av den skriftliga informationen angående forskningsstudiens syfte.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i forskningsstudien och är införstådd med att deltagandet är frivilligt.
- Jag är medveten om att jag när som och utan förklaring kan välja att avbryta mitt deltagande eller att inte svara på vissa frågor.
- Jag tillåter att mina uppgifter registreras enligt den information som jag har tagit del av.

Underskrift

Namnförtydligande

Datum

.....

Intervjuguide att använda vid de planerade semistrukturerade kvalitativa intervjuerna.

### Orientering

Presentation av forskarna och beskrivning av syftet med studien. Forskarna försäkrar sig om att deltagarna skriftligt och muntligt tagit del av informerat samtycke. Forskarna ger en kort beskrivning om hur intervjun kommer att fortlöpa.

Ålder och antal år med erfarenhet av intensivvård?

### Frågor

- Kan du berätta om dina erfarenheter av att vårda patienter i ventilator på intensivvårdsavdelning?

Kan du berätta om dina upplevelser av sedering av patienter i ventilator?

Kan du berätta om dina erfarenheter av att bedöma sederade patienter i ventilator?

Kan du berätta om samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare vid sedering av patient?

Hur upplever du att kommunikationen är mellan sjuksköterskor, läkare och patient vid sedering av patient?

- Känner du till någon bedömningsskala som kan användas till sederade patienter i ventilator?

**Om ja**, kan du berätta om dina erfarenheter av att använda den?

Vet du vilka bedömningsskalor som används på din intensivvårdsavdelning?

Kan du beskriva hur du använder dem?

Hur upplever du din kunskap kring dessa bedömningsskalor?

Har du fått utbildning i hur dessa bedömningsskalor används?

**Om nej**, kan du berätta om hur du bedömer en sederad patient?

Hur upplever du att bedöma utifrån det?

- Finns det riktlinjer på din intensivvårdsavdelning för hur sedering ska bedömas?

**Om ja**, kan du berätta om dina erfarenheter av riktlinjerna?

Hur upplever du din kliniks riktlinjer?

Kan du berätta om din uppfattning av din och dina kollegors följsamhet till riktlinjer?

Finns det en lokal kultur kring rutiner vid sedering inom din klinik?

**Om ja**, vad är din erfarenhet kring det? Vad känner du för det?

- Vi är intresserade av sederingsnivå. Kan du berätta hur du bedömer sederingsnivå?

Upplever du att individuell sederingsnivå ordinerar till varje enskild patient?

Kan du berätta om dina erfarenheter av att vårda sederade patienter utifrån ordinerad sederingsnivå?

Upplever du att du får stöd från övrig personal för att kunna uppnå ordinerad sederingsnivå?

Kan du berätta om hur sedering och sederingsnivå diskuteras?

Kan du berätta i vilka situationer du skulle vilja öka eller minska pågående sedering?

Kan du berätta om dina erfarenheter om ”wake-up” test?

### Följdfrågor

Kan du utveckla?

Hur menar du då?

Varför då?

Hur kände du då?

Vad hände då?

Hur påverkar det dig?

Hur upplevde du det?

Hur hanterar du det?

Kan du ge något exempel?

Vad innebär det för dig som intensivvårdssjuksköterska?

Vad skulle kunna göras annorlunda?



**Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt eller motsvarande inför rådgivande etisk granskning**

**Projekttitel:** Beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att behandla och bedöma sederade patienter i ventilatorbehandling.

**Projektledare:** Rebecka Augustsson och Sofie Olsson

**Handledare:** Jalal Safipour

|   |  | Ja | Tveksamt | Nej |
|---|--|----|----------|-----|
| 1 | Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiösa eller filosofiska övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv). |    |          | Nej |
| 2 | Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?   |    |          | Nej |
| 3 | Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)   |    |          | Nej |
| 4 | Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?  |    |          | Nej |
| 5 | Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?   |    |          | Nej |

Om någon av frågorna 1-5 besvarats "Ja" eller "Tveksamt" kan forskningsarbetet, om det genomförs på forskarnivå, kräva godkännande vid en etikprövning av regional etikprövningsnämnd (EPN).

För vidare information om Etikprövningsnämnden se [www.epn.se](http://www.epn.se).

Om frågorna 1-5 besvarats med ett "Nej", fortsätt egengranskningen genom att kryssa när punkten är uppfyllt:

|   |  | Ja | Tveksamt | Nej |
|---|--|----|----------|-----|
| 6 | I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller förorna). Minderårig skall i allmänhet ha vårdnadshavares godkännande (t.ex. enkäter i skolklasser). | Ja |          |     |
| 7 | Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.  | Ja |          |     |
| 8 | Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på respektive förvaltning (PUL-ansvarig).  |    |          | Nej |
| 9 | Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för forskningspersonernas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).   | Ja |          |     |

**Blanketten skall bifogas ansökan och skrivas under av den som genomför projektet och i förekommande fall även av handledare.**





Ovanstående frågor är nogt penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Ort och datum:

Ljungby 20160121

Projektledare:

Rebecka Augustsson Sofie Olsson  
*namn*

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet  
*institution/enhet*

Underskrift projektledare:

*Rebecka Augustsson Sofie Olsson*

Handledare:

Jalal Safipour  
*namn*

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet  
*institution/enhet*

Underskrift av handledare:

*Jalal Safipour*