



Det helsevitenskapelige fakultet

Masteroppgave

Hvilke utfordringer fører til begrenset bruk av daglig vekking på mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelinger?

Maja Aufles Valberg

Masteroppgave i intensivsykepleie, SYP-3902, Mai 2022

Ord: 14836

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hensikt og formål.....	3
2	Teori og tidligere forskning.....	4
2.1	Daglig vekking	5
2.2	Sykepleierens rolle ved respiratoravvenning	7
2.3	Teoretisk rammeverk.....	9
3	Metode.....	12
3.1	Litteraturstudie	12
3.2	Søkeprosessen	13
3.3	Kvalitetsvurdering av artiklene	18
3.4	Min forforståelse	19
3.5	Forskningsetiske hensyn	20
3.6	Analyse av data	20
3.7	Dataanalyse	21
4	Resultat.....	24
4.1	Konsekvenser for pasienten	27
4.2	Sykepleieutfordringer	29
4.3	Usikkerhet knyttet til metoden	31
5	Diskusjon.....	33
5.1	Konsekvenser for pasienten	33
5.2	Sykepleieutfordringer	35
5.3	Usikkerhet knyttet til metoden	41
6	Konklusjon	43
6.1	Betydning for praksis	45
6.2	Videre forskning.....	45
6.3	Metodediskusjon	46

6.4	Styrker og svakheter med studien	46
	Referanseliste	48
	Vedlegg 1, Oversikt over litteratursøk	52
	Vedlegg 2, CASP sjekkliste	53
	Vedlegg 3, Kvalitetsvurdering av artikler	58
	Vedlegg 4, Dataekstraksjonsmatrise	59

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært krevende, men også spennende og lærerikt. Krevende fordi jeg aldri har skrevet en så omfattende og stor oppgave, mens jeg samtidig har startet i ny jobb. Det har vært spennende og lærerikt å jobbe med et tema som er så aktuelt i mitt yrke.

Ønsker å takke for meget god hjelp og rettledning med skrivearbeidet til min veileder Matias Rasi. Jeg har følt meg veldig heldig som fikk deg som veileder. Du har alltid vært lett tilgjengelig og hatt tydelige konstruktive tilbakemeldinger. Vil også takket bibliotekar Grete Overvåg ved Universitetsbiblioteket i Tromsø for god veiledning og hjelp i søkeprosessen. Vil gi en stor takk til mitt søskenbarn Mona som var så snill å korrekturlese for meg i påsken.

Tromsø, Mai 2022

Maja Aufles Valberg

Sammendrag

Bakgrunn: På intensivavdelinger behandles mange med respirator og de fleste får i tillegg sedasjon. Mekanisk ventilasjon i form av respiratorbehandling og bruk av sederende legemidler har flere potensielle bivirkninger. Intensivsykepleiere har derfor en viktig jobb med å jobbe for å få pasienten av respiratorbehandlingen og begrense bruken av sedativa. Studier som har tatt for seg daglig vekking, har vist at metoden bl.a. bidrar til kortere tid på respirator og kortere intensivopphold. Likevel er bruken av metoden lav. Jeg ønsket derfor å se på hva som gjør daglig vekking utfordrende for sykepleiere på intensiv.

Problemstilling: Hvilke utfordringer fører til begrenset bruk av daglig vekking på mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelinger?

Metode: Litteraturstudie med systematisk tilnærming. Det er totalt fem inkluderte studier. Fire kvalitative studier og en oversiktsartikkel. Litteratursøkene er gjort i databasene PubMed, Cinahl og Oria. For å analysere funnene i artiklene er det brukt Aveyard (2019) sin metode for tematisk analyse.

Funn: Funnene kan deles inn i tre hovedområder; konsekvenser for pasienten, sykepleieutfordringer og usikkerhet knyttet til metoden. Daglig vekking kan gi konsekvenser for pasienten i form av stress, ubehag, agitasjon og pasienten kan autoseponere utstyr. Dette er konsekvenser intensivsykepleierne synes det er potensielt vanskelig å skulle utsette pasienten for. Vekkeforsøk er utfordrende for sykepleiere på intensiv da det kan føre til merarbeid og det ofte kan være vanskelig å få hjelp i slike situasjoner. Flere liker ikke metoden og rapporterer manglende samarbeid med legene. Selv om det finnes protokoller for daglig vekking så er det mye usikkerhet rundt målet med metoden, når det er vellykket og hvem som ikke kan få daglig vekking.

Konklusjon: Siden daglig vekking ble introdusert for tjue år siden, har mye skjedd. Flere metoder har siden da blitt tatt i bruk for å forbedre sedasjonshåndtering og for å begrense bruken av sedativa. Implementering av evidensbasert praksis er en tidkrevende og lang prosess. Daglig vekking er av en slik alder at metode nok flere steder ikke er skikkelig implementert enda, samtidig som den noen steder allerede er blitt erstattet til fordel for andre og nyere sedasjonsmetoder. Daglig vekking har mange potensielle utfordringer ved seg, men den er god egnet til flere typer pasienter. Ved hjelp av god planlegging og en motivert sykepleier, så kan daglig vekking gjennomføres på en så kontrollert og trygg måte som mulig.

Nøkkelord: Sykepleier, intensivsykepleier, daglig vekking, daglig sedasjonssavbrudd, intensiv, barrierer, utfordringer.

Abstract

Background: In intensive care units patients are often treated with mechanical ventilation, and often sedation is needed as well. Mechanical ventilation with respiratory therapy and use of sedative agents has several potential side effects. That's why it is so important for intensive care nurses to get the patient off the ventilator and to reduce the sedatives. Studies exploring daily sedation interruption (DSI) has shown that DSI reduces the time on the ventilator and reduces the length of stay in the intensive care unit. Despite this, the use of DSI is low. I therefore wanted to see what makes DSI challenging for intensive care nurses.

Research problem: What kind of challenges leads to limited use of daily sedation interruption on mechanically ventilated patients in intensive care units?

Method: A literature review with a systematic approach. In total five articles are included. Four qualitative studies and one review. The literature search has been carried out in PubMed, Cinahl and Oria. To analyse the findings in the articles, Aveyards (2019) method for thematic analysis was used.

Findings: The findings can be divided into three main areas; consequences for the patient, nursing challenges and uncertainty related to the method. The method might have consequences for the patient in the form of stress, discomfort, agitation and the patient may remove their tube or lines. These are all consequences the intensive care nurse find potentially difficult to expose the patient to. Daily sedation interruption (DSI) is challenging for the intensive care nurse because it can lead to more work and it can be difficult to get help in a situation like that. Several dislike the method and report missing collaboration with the doctors. Although there are protocols for DSI there is uncertainty regarding the purpose of the method, when it's successful and how not eligible for DSI.

Conclusion: Since DSI was introduced twenty years ago, much has happened. Several other methods have since then been used to improve sedation management and to reduce the use of sedation. Implementing evidence based practice is a time-consuming process. Daily sedation interruption is of such an age that the method has probably not been properly implemented in several places yet, at the same time in some places it has probably already been replaced in favor of other and newer sedation methods. Daily sedation interruption has many potential challenges, but is still well suited for several types of patients. With the help of good planning and a motivated nurse, DSI can be carried out in as controlled and safe manner as possible.

Keywords: Nurse, intensive care nurse, daily sedation interruption, sedation holds, ICU, barriers, challenges.

1 Innledning

I en intensivavdeling utøver man den mest avansert behandling som helsevesenet kan tilby, til alvorlig syke pasienter. Behandlingen innebærer kontinuerlig overvåkning av kroppens vitale funksjoner. Ved å overvåke pasienten kontinuerlig kan en kartlegge og registrere avvik fra normal organfunksjon, for så å bruke denne informasjonen om det aktuelle avviket som grunnlag for å diagnostisere, behandle eller vurdere om behandlingstiltak har hatt ønsket effekt. Intensivbehandling innebærer å understøtter eller erstatte organfunksjon(er) til pasienter som har en akutt eller livstruende organsvikt (Språkrådet, 2021).

En intensivpasient er en person som har en alvorlig eller truende, akutt svikt i en- eller flere organfunksjoner, og man tror at svikten vil kunne være reversibel (Lauvsnes & Konstante, 2015). Pasientens tilstand kan være ustabil og tidvis livstruende og prognosen kan da være meget usikker (Schmidt & Juul, 2016). De vanligste årsakene til at pasienter havner på intensiv er:

- Respirasjonsbesvær
- Sirkulasjonssvikt
- Utsatt for traumer
- Gjennomgått omfattende kirurgisk inngrep
- Intoksikasjon
- Store medisinske eller nevrologiske tilstander

(Schmidt & Juul, 2016)

For å kunne overvåke intensivpasientene innebærer det bruk av en rekke medisinsktekniske utstyr, både invasive og non-invasive. En stor andel av intensivpasientene har behov for invasiv mekanisk ventilasjon, respiratorbehandling (Rose & Paulus, 2019). Både utstyr som brukes og prosedyrer som utføres på disse pasientene, kan være ubehagelig eller smertefull for pasienten. I mange tilfeller blir det nødvendig å gi pasienten sedasjon (Schmidt & Juul, 2016). «Sedasjon er en avslappende tilstand preget av ro eller lett søvn» (Opdahl, 2018). Den fremkalles ved hjelp av beroligende legemidler, kalt sedativa. Sedasjon brukes i hovedsak på intensivavdelinger for å redusere angst, bedre pasientens komfort, fremme søvn og å bedre ventileringen til pasienter som mottar mekanisk ventilasjon (Marik, 2015).

Bruk av sedativa bør begrenses fordi sedasjon kan fremkalle delir, medikament(er) kan akkumulere i kroppen og dermed forlenge tiden på respiratoren og forlenge

intensivoppholdet, redusert hukommelsen og fører til høyere mortalitet på lang og kort sikt (Berry & Zecca, 2012; Borkowska et al., 2018; Flynn Makic, 2014; Nassar & Park, 2016).

En metode som brukes bl.a. for å redusere bruken av sedativa er daglig vekking. Daglig vekking er; midlertidig opphold eller stans av intravenøse sedasjonsmidler (Azzam et al., 2019). Daglig vekking innebærer å stanse alle sedasjonsinfusjoner for å vekke pasienten. Metoden benyttes for å redusere sedasjonsdosen, muliggjøre nevrologisk undersøkelse, som en del av ventilatoravvenning, for å redusere lengden på intensivoppholdet og/eller for å vurdere smerter og ubehag (Miller et al., 2012). Daglig vekking har en viktig forebyggende og rehabiliterende funksjon ved å få pasienten raskere av respiratorbehandlingen, redusere bruken av sedativa og raskere få pasienten ut fra intensivavdelingen. Metoden kan dermed bidra til å forebygge komplikasjoner som oppstår som følge av respiratorbehandling, bivirkninger og komplikasjoner som kan oppstå ved bruk av anestetika og generelle komplikasjoner som oppstår ved sengeleie og sykehusopphold.

Selv om daglig vekking har mange potensielle positive konsekvenser for pasienten, så er daglig vekking ikke så mye brukt. Forskning viser at daglige vekking har vært både vanskelig å implementere og er i svært varierende grad brukt av både sykepleiere og leger på intensivavdelinger (Everingham et al., 2014; Miller et al., 2012; Roberts et al., 2010; Rose et al., 2015; Sneyers et al., 2016).

Personlig ble jeg introdusert for daglig vekking relativt tidlig på studiet og leste om temaet i flere av lærebøkene. Til tross for at jeg fikk en oppfattelse av at daglig vekking var mye i bruk gjennom undervisningen, opplevde jeg at daglig vekking ikke ble brukt på avdelingene jeg hadde praksis på. Jeg ble nysgjerrig på hvorfor det var slik.

I denne oppgaven vil jeg se på hvilke utfordringer det er som fører til begrenset bruk av daglig vekking på mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelinger. Ved å identifisere hva det er som oppleves som utfordrende med daglig vekking, vil det forhåpentligvis være lettere å finne eventuelle forbedringer eller løsninger på det enkelte problemområdet.

1.1 Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å identifisere hvilke utfordringer som begrenser dagens bruk av metoden daglig vekking gjennom tidligere forskning. Ved å identifisere alle utfordringene som sykepleiere har rapportert, vil denne forskningen kunne være til hjelp for å forstå hvorfor bruken av daglig vekking er begrenset. Gjennom å kartlegge utfordringene, vil det være lettere å gjøre forbedringer på evt. protokoller og rutiner relatert til daglig vekking. Denne oppgaven vil også kunne hjelpe den enkelte sykepleier, slik at han eller hun best mulig kan planlegge i forhold til eventuelle utfordringene som kan forekomme ved vekkeforsøk. Ved å identifisere hva som faktisk er utfordrende med daglig vekking og komme med løsninger eller forbedringer, vil det bli enklere å benytte seg av daglig vekking. Slik vil flere pasienter kunne få kortere tid på respirator og kortere intensivopphold.

Problemstillingen er som følger:

Hvilke utfordringer fører til begrenset bruk av daglig vekking på mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelinger?

Oppgavens disposisjon

I kapittel to vil tidligere forskning og teoretisk perspektiv fremlegges. I kapittel tre fremlegges oppgavens metode. I kapittel fire presenteres analyseprosessen samt min forforståelse. I kapittel fem presenteres de inkluderte studiene, og funn fra disse studiene med sitater presenteres. I kapittel seks blir studiens funn diskutert opp mot tidligere forskning samt mot valgt teori, evidensbasert praksis. I kapittel syv kommer konklusjon, oppgavens betydning for praksis, videre forskning, metodediskusjon og styrker og svakheter med studien.

2 Teori og tidligere forskning

Som tidligere beskrevet har en stor andel av intensivpatientene behov for sedasjon. Ved bruk av sedasjon er det alltid en risiko for å sedere pasienten for dypt eller for lett, i forhold til den ønskelige sedasjonsdybden. For dyp sedasjon kan bl.a. føre til respirasjonsdepresjon, nyresvikt og forlenget tid på respirator, som igjen vil kunne føre til forlenget tid på intensivavdeling for pasienten. For lett sedasjon vil kunne påføre unødvendig stress og belastning på pasienten i form av bl.a. tachykardi, hypertensjon, arytmi og agitasjon (Elliott & Aitken, 2019). Fordeler med lett sedasjon sammenlignet med dyp, er at pasienten kan kommunisere, delta i mobilisering og tidligere ekstubereres (Samuelson et al., 2008).

Et verktøy for å vurdere hvilket sedasjonsnivå pasienten befinner seg på er å benytte seg av Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). RASS er et skåringsverktøy spesielt utviklet for å vurdere sedasjonsdybde hos intensivpasienter. Verktøyet gjør det mulig for helsepersonell å vurdere sedasjonsnivået/våkenhetsnivået etter samme kriterier, og dermed blir vurderingene mindre tilfeldige. RASS skalaen har fire nivåer som dekker angst og agitasjon (fra +1 til +4), et nivå for rolig pasient (0), og fem nivåer av sedasjonsdybde (-1 til -5) (Sessler et al., 2002).

De siste årene har bruk av sedasjonsprotokoll blitt mer fremtredende. Hensikten med sedasjonsprotokoll er å forbedre sedasjonshåndteringen ved å oppmuntre til regelmessig diskusjon vedrørende sedasjonsnivå i pasientteamet, og bidra til å gjøre det mer klart for sykepleieren hvordan han eller hun bør jobbe videre i forhold til sedasjon (Elliott & Aitken, 2019).

Aspekter som med fordel bør implementeres som en del av sedasjonsprotokollen er:

- Hvilken sedasjonsskala som skal benyttes.
- Hvilke beroligende legemidler som kan være aktuelle å administrere, og hvordan disse bør administreres i forhold til administrasjonsmåte samt dosering.
- Ønsket sedasjonsnivå.
- Når man skal starte, øke, redusere eller stanse med sedativa.
- Når man bør ha en ny gjennomgang med lege.

(Elliott & Aitken, 2019)

2.1 Daglig vekking

I 2000 publiserte Kress et.al. en studie hvor de så på om daglig avbrudd i sedasjonsinfusjoner (DSI) hos kritisk syke pasienter som mottok mekanisk ventilasjon, kunne redusere varigheten av mekanisk ventilasjon og lengden på intensivoppholdet. Resultatet fra studien var en reduksjon på 2,4 døgn på respirator og gjennomsnittlig 3,5 døgn kortere intensivopphold hos de som mottok daglig vekking. Av pasientene som fikk daglig avbrudd i sedasjonsinfusjoner ble nesten femti prosent skrevet ut til hjemmet sitt, sammenlignet med førti prosent av de som mottok vanlig sedasjonsbehandling (Kress et al., 2000). Studien hadde flere positive utfall og dannet grunnlaget for bruken av det vi i dag kaller daglig vekking.

Det brukes flere ulike begreper for å beskrive daglig vekking på engelsk. Jeg har oversatt de ulike begrepene til daglig vekking, daglig sedasjonsstopp og daglig sedasjonsavbrudd. Disse begrepene vil brukes om hverandre i denne oppgaven.

I etterkant av studien har flere lignende studier blitt gjennomført, og flere av dem sier det er god evidens for å bruke daglig vekking på intensiv. Dette gjelder studier som er utført på voksne, over 18 år.

Daglig vekking er forbundet med en viss risiko. Mange intensivpasienter har et relativt dramatisk sykdomsforløp i forkant av innleggelsen på intensivavdelingen, og kanskje husker de ikke at de ble syk eller skadet. Når de da brått skal vekkes, vet vi ikke hvordan de vil reagere. Nye omgivelser, tube i halsen, slanger og ledninger rundt omkring på kroppen og helsepersonell i hvit uniform, kan forståelig nok være svært skremmende når du ikke har noe minne om hva som har hendt og hvorfor du befinner deg på et nytt og ukjent sted. Faren for at pasienten skal autoseponere utstyr som endotrakealtube/tracheostomi, sentralvenøst kateter (CVK/SVK), arteriekrans, dren, kateter osv., er tilstede (Sharma et al., 2021). Påkjenningen og stresset over å være bevisst i denne situasjonen kan ha svært negative konsekvenser for noen pasienter. Det er derfor ikke alle som egner seg til daglig vekking. Dette gjelder spesielt pasienter med alvorlige hodeskader hvor høyt intrakranielt trykk må unngås, ved hypotermibehandling, status epilepticus eller andre former for pågående kramper, eller pasienter som mottar muskelblokker (Berry & Zecca, 2012; Toft et al., 2014).

Daglig sedasjonsstopp egner seg for pasienter som er over den kritiske fasen. Den kan egne seg for traumepasienter, postoperative pasienter, sepsis pasienter, intox pasienter og pasienter med respirasjonssvikt bl.a. (Kayir et al., 2018). Daglig sedasjonsstopp kan gjennomføres

daglig over en periode på pasienter man antar vil få et langtrukket forløp, eller den kan utføres med den hensikt å få pasienten ekstubert samme dag. Det siste eksemplet kan være meget hensiktsmessig bl.a. hos pasienter med en form for utviklingshemming, f.eks. downs syndrom. Dette fordi de ikke har forutsetningene for å kunne samarbeide med respiratoren i våken tilstand, og de vil ikke klare å følge instruksjoner fra sykepleier i forhold til respiratorbehandlingen. For pasienter med sykehuskrekk kan dette også være en hensiktsmessig metode, fordi det kan oppleves som mindre skremmende og påfører mindre traumer enn å skulle våkne sakte til eller å bli vekket for så å bli sedert igjen gjentatte ganger. Informasjon fra pårørende kan derfor være viktig i valg av metode.

De første årene etter at Kress et al. (2000) publiserte sin studie, konkluderte de fleste studiene med lignende funn som i Kress et al. studien. Etter hvert som årene har gått og det har blitt utført flere studier på daglig vekking, så er resultatene noe mer tvetydige.

Studier som jeg har lest har sammenlignet daglig vekking med sedasjonsprotokoll, dyp sedasjon, lett sedasjon eller ingen sedasjon.

To studier som sammenlignet daglig vekking med bruk av sedasjonsprotokoll, konkluderte begge med at tid på respirator og lengden på intensivoppholdet var likt i de to gruppene (Mehta et al., 2012; Nassar & Park, 2016). I Studien til Mehta et al. (2012) viste det seg at bruken av sedativa og analgetika var høyere hos de som mottok daglig vekking.

En mindre studie utført i Tyrkia som sammenlignet sykepleiestyrt sedasjonsprotokoll vs. daglig vekking, resulterte i færre ventilatordøgn og intensivdøgn hos de som mottok daglig vekking (Yılmaz et al., 2010). En studie som sammenlignet daglig vekking med ingen sedasjon, konkluderte med at daglig vekking ikke gav noen fordel i forhold til verken tid på respirator eller kortere intensivopphold (Strøm et al., 2010). Det var dog ingen forskjell i forhold til uønskede hendelser med autoseponering av utstyr hos pasientene, ventilatorassosiert pneumoni (VAP) eller behov for re-intubasjon. Insidensen for delirium var betydelig høyere hos intervensjonsgruppen som mottok ingen sedasjon enn kontrollgruppen som hadde sedasjon og daglig vekking.

Ved sammenligning av daglig vekking og kontinuerlig sedasjon, ses det en positiv tendens til at daglig vekking reduserer tid på respirator og lengden på intensivoppholdet (Kallet et al., 2018; Kayir et al., 2018). En nylig publisert oversiktsartikkel viser at daglig vekking fører til

signifikant kortere tid på ventilator, kortere intensivopphold, kortere tid på sederende legemidler og lavere risiko for VAP (Chen et al., 2022).

Studier som har sett på bruken av daglig vekking hos premature barn har dog vist seg å være negativ. Pasientene får verken kortere tid på respirator eller redusert antall liggedøgn. Faktisk viste en studie fra Nederland at mortaliteten økte hos de premature barna som ble behandlet med daglig vekking i tillegg til sedasjonsprotokoll, sammenlignet med de som bare hadde sedasjonsprotokoll (Vet et al., 2016).

Det er altså noe varierende resultater når det kommer til bruken av daglig vekking. Men de tre nyeste studiene jeg har lest, konkluderer alle med at daglig vekking har positive utfall. Ettersom Chen et al. (2022) sin oversiktsartikkel baserer seg på hele 45 forskningsartikler og er publisert i år, tenker jeg at det er god evidens for å bruke daglige sedasjonsavbrudd.

2.2 Sykepleierens rolle ved respiratoravvenning

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved klinisk utøvelse av intensivsykepleie innebærer en helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, og en lindrende og palliativ funksjon (NSFLIS, 2017). Daglig vekking er et ledd i respiratoravvenningen og kan være et forebyggende tiltak, det kan også bidra til å forkorte rehabiliteringsforløpet til pasienten.

Respiratoravvenning er kompleks prosess som krever godt samarbeid mellom pasient, sykepleier og lege (Kjær & Holm, 2016). For at man skal ha størst sjanse til å lykkes med respiratoravvenningen må pasienten samarbeide med sykepleier og lege, sykepleieren må være godt forberedt, sykepleier og lege må i samråd ha lagt en tydelig plan, og legen må ha gjort tydelige ordinasjoner.

Sykepleieren har tette kontakt med pasienten og har derfor et godt grunnlag for å kunne vurdere om pasienten er klar for respiratoravvenning (Tingsvik et al., 2015). Sykepleieren observerer og vurderer kontinuerlig endringer i pasientens tilstand. Sykepleieren vurderer pasienten ut fra vitale parametere som til en hver tid kan avlese ved hjelp av medisinsk-teknisk utstyr, sansing, skåringsverktøyer, blodprøver, ut fra hva pasienten uttrykker eller ved hjelp av tilbakemeldinger fra pårørende (Schmidt & Juul, 2016; Schmidt et al., 2016). Sykepleiere på intensiv benytter seg også mye av ABCDE metoden, som gir en systematisk gjennomgang av pasientens fysiologiske funksjoner (Kjær & Holm, 2016). Med bakgrunn i dette har sykepleieren et godt grunnlag for å vurdere om pasienten er en kandidat for

respiratoravvenning, samtidig som disse vurderingene er essensielle under selve avvenningen for å vurdere om pasienten tolererer respiratoravvenningsforsøket.

Sykepleieren må ta hensyn til måten pasienten opplever avvenningen på samtidig som hun må vurdere de fysiske behovene pasienten har. For noen pasienter vil det oppleve som svært tungt og ubehagelig å måtte gjøre så mye av pustearbeidet selv og de vil kunne gi uttrykk for at de ikke ønsker å få utført respiratoravvenning. Det er derfor en viktig oppgave for sykepleieren å motivere pasienten slik at han eller hun akseptere situasjonen og mobiliserer styrken som kreves for å klare avvenningsprosessen (Tingsvik et al., 2015).

Et godt hjelpemiddel ved respiratoravvenning er en avvennings-protokoll. Dette bidrar ofte til at mer uerfarne sykepleiere føler seg tryggere på å gjennomføre tiltaket. I tillegg har bruk av protokoll vist seg å gi mer effektiv respiratoravvenning samt bedre resultater (Tingsvik et al., 2015).

Daglig vekking er noe annerledes enn mer «tradisjonell» respiratoravvenning, siden en ikke får informert pasienten om hva som skal skje ettersom han eller hun er dypt sedert. Det er derfor svært viktig å observere hvordan pasienten tolererer å være uten sedasjonsmidler, om pasienten er stabil respiratorisk, sirkulatorisk samt om sykepleieren oppnår kontakt med pasienten. Sykepleierens oppgave kan også dreie seg om å informere pasienten underveis i vekkingen dersom han eller hun våkner til. Dersom man oppnår kontakt med pasienten, bør sykepleieren informere pasienten om hvor han eller hun befinner seg og hvorfor vedkommende er innlagt på intensivavdelingen. Dersom han eller hun blir urolig, agitert får forhøyet puls, blodtrykk eller respirasjonsfrekvens, spør direkte i forhold til smerter. Er det noe som er ubehagelig? Ligger du dårlig? Er du redd? Det er viktig at intensivsykepleieren er trygg og rolig. Kanskje er det små endringer som skal til, for at pasienten aksepterer å være våken uten sedasjon.

Det finnes bl.a. en protokoll som kalles «Wake Up and Breathe» protokoll som kan være til god hjelp for å vurdere om pasienten tolererer å få utført daglig vekking og om pasienten er klar til å få utført et spontant pusteforsøk (SBT) (Sharma et al., 2021). SBT bidrar til å vurdere om pasienten er klar til å bli ekstubert (Kjær & Holm, 2016). «Wake Up and Breathe» protokollen sier noe om hvilke tegn og tilstander pasienten ikke kan ha før et eventuelt vekkeforsøk gjøres. Andre indikasjoner som protokollen ikke nevner kan være svært urolige pasienter, pasienter som må ligge i bukeleie, eller pasienter som trenger høye

respiratorinnstillinger og som ikke aksepterer dette i våken tilstand (Egerod, 2016). Protokollen sier også noe om hvilke tegn som kan tyde på at vekkeforsøket ikke var vellykket.

De er som følger;

- Angst, agitasjon eller smerter
- Respirasjonsfrekvens over 35
- Saturasjon under 88%
- Åndenød
- Ny-oppståtte arytmier

(Sharma et al., 2021)

Om sykepleieren observerer noen av disse skal hun ifølge protokollen starte opp den eller de sedativa som pasienten sto på før vekkeforsøket på halv dose. Et evt. nytt vekkeforsøk bør ikke forsøkes før etter 24 timer (Sharma et al., 2021).

2.3 Teoretisk rammeverk

Evidensbasert praksis

Forskning innenfor helse og sosialomsorg fikk sin opptur på 1970- og 1980-tallet, og det ble fokus på at forskningen måtte realiseres i praksis (Aveyard, 2019). Praktiserende helsepersonell begynte å stille spørsmålstegn til daværende praksis og begynte å søke etter vitenskapelig begrunnelse for deres praksis. Tidligere hadde man utøvd praksis på den enkelte måten grunnet tradisjon og erfaring (Aveyard, 2019).

Innenfor helsesektoren brukes flere forskjellige begreper som omhandler evidensbasert praksis (EBP), både evidensbasert sykepleie og evidensbasert medisin er mye bruk.

Evidensbasert praksis og kunnskapsbasert praksis brukes også mye om hverandre. Det er likevel litt forskjell på disse to begrepene.

Evidensbasert praksis defineres både som;

Å gjøre det riktige på den riktige måten for riktig pasient på rett tid.

Og som;

Evidensbasert sykepleie er bruk av gyldig, relevant, forskningsbasert informasjon ved beslutningstaking.

(Barker, 2013)

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om å ta faglige beslutninger som baserer seg på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens behov eller ønsker i den enkelte situasjonen (Helsebiblioteket, u.å.).

Evidensbasert praksis fokusere mer på valg av metode, og at denne metoden skal være aktuell og ha vist gode resultater. Mens ved kunnskapsbasert praksis er det mer fokus på hva den enkelte pasientens ønsker samt erfaringer som er gjort på det aktuelle området.

Evidensbasert praksis skal bidra til å tette gapet mellom det forskningen sier, og det som praktiseres innenfor helsesektoren. Dette skal igjen kunne bidra til bl.a. en mer lik behandling av samme type pasientgruppe på ulike sykehus. EBP kan gi bedre kvalitet på pasientbehandlingen, redusere kostnader, bidra til mer fornøyde pasienter og pårørende, samt fagutvikling av de ansatte (Jordan et al., 2016; Warren et al., 2016).

Forskning som utføres på mennesker må innfri strenge etiske krav, og det er egne lover som regulerer dette. Ved implementering av forskning i praksis er det også viktig å forholde seg til etikken. En må først og fremst se mennesket og være i stand til å sette etikken foran evidensen (Ekeland, 2009). Selv om forskningen konkluderer med at det er god evidens for noe, så vil det være pasientgrupper og enkeltpersoner som ikke egner seg til den typen behandling, prosedyre eller medisin som forskningen har sett på.

For å kunne levere evidensbasert sykepleie er det flere steg man må gå igjennom. Stegene er som følger:

1. Identifisere et område hvor det enten er mangel på kunnskap eller er et problem.
2. Undersøk om denne utfordringen/problemet er en prioritet for avdelingen eller sykehuset.
3. Sett sammen en gruppe som vil arbeide med utvikling, evaluering og implementering av ny evidensbasert praksis.
4. Samle og analyser forskning på det aktuelle området. Dette innebærer et godt formulert forskningsspørsmål ved hjelp av PICO(T) og systematiske litteratursøk.
5. Kritisk vurdere forskningen som ble funnet, og vurdere om funnene virker vitenskapelig forsvarlig.

6. Stopp og vurder om det er tilstrekkelig forskning til å implementere dette i praksis. Hvis ja, gå videre.
7. Gjør en pilot studie.
8. Evaluer resultatene. Er endringene gjennomførbare i praksis og vil det resultere i bedre resultater? Er det hensiktsmessig å implementere den/dem i praksis?

(Cabarrus College of Health Sciences, 2022)

Helsepersonelloven § 4 sier klart at: *“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”* (Helsepersonelloven, 1999). Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer sier; *«Sykepleieren skal holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis»* (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Med andre ord vil det være uetisk som sykepleiere å ikke forholde seg til nyeste forskning. En risikere å ikke gi forsvarlig helsehjelp om man tviholder på gamle rutiner eller vaner.

Pasientene har mest sannsynlig en forventning om at helsepersonell skal basere sine beslutninger på oppdatert klinisk relevant informasjon. Pasientene har også en forventning til at helsepersonell er i stand til å vurdere om forskning som publiseres i media har relevans for den enkelte pasient (Barker, 2013). Det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om hvordan en skal gå frem for å finne kunnskap om emnet og å kritisk vurdere den kunnskapen man finner.

Sykepleiere er jevnt over positive til evidensbasert praksis, men de er ofte ikke kjent med nyeste forskning på området (Barker, 2013). Sykepleiere blir lært til å stole på sin intuisjon, tradisjon og lokale prosedyrer, noe som er motstridende i forhold til å utføre pleie etter nyeste evidens.

Innenfor helsesektoren er jevnt over de fleste positiv til evidensbasert praksis, det ses likevel en god del utfordringer rundt implementering av ny evidens. Utfordringene ligger både på individnivå og på organisatorisk nivå. Barrierer på individuelt nivå kan dreie seg om holdninger, oppfatninger og kunnskap rundt bruken av EBP i egen praksis (Jordan et al., 2016). Organisatoriske barrierer kan dreie seg om mangel på støtte fra ledelse, motstand mot endringer, mangel på ressurser, mangel på tilrettelegging for implementering av EBP,

ingen/manglende tid til å lese litteratur på området og stor arbeidsbelastning (Jordan et al., 2016).

Ofte er ny evidens vanskelig å implementere i praksis. Mange tar det for gitt at dersom man implementerer evidens fra forskningen i praksis, så vil man gjenskape resultatene fra forskningen og slik skape en bedre praksis. Det er dog sjeldent man faktisk klarer å gjenskape de samme resultatene fra tidligere forskning (Ekeland, 2009). Det dreier seg ofte om små forskjeller mellom pasientgruppen eller organisatoriske forskjeller som gjør at evidensen ikke egner seg til å implementeres i en annen avdeling eller sykehus. Som Aveyard skriver så kan man likevel si at det gagnar seg å bruke den evidensen vi har, enn å overse den (Aveyard, 2019).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

For å besvare min problemstilling har jeg valgt å gå for en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie utgår fra et klart formulert forskningsspørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015). Gjennom søk og analyse av litteraturen leder den til ny kunnskap og forståelse innenfor emnet. Dette er bare mulig å oppnå når man ser ny relevant informasjon i lys av annen informasjon fra andre kilder (Aveyard, 2019).

Ved en litteraturstudie får man ny innsikt som belyser forskningsspørsmålet og kunnskapshull på området identifiseres. Dette indikerer at forskningsspørsmålet på nåværende tidspunkt ikke kan besvares tilstrekkelig, og dermed er det behov for videre forskning (Aveyard, 2019).

Litteraturstudier er viktige fordi de oppsummerer tilgjengelig forskning på området. I en litteraturstudie presenteres og analyseres tilgjengelig litteratur på et bestemt område, slik at leseren ikke trenger å søke opp hvert enkelt studie (Aveyard, 2019). Dette er viktig fordi det finnes svært mye forskning der ute, og de fleste har ikke mulighet til å lese alle de ulike.

For å besvare min problemstilling så jeg det som mest hensiktsmessig å gå for en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Både med tanke på å finne informasjon om emnet, men også med tanke på tidsperspektivet.

3.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen til denne litteraturstudien består av flere steg i en bestemt rekkefølge, dette er en fremgangsmåte som bør benyttes for å imøtekomme kriteriene til en systematisk litteraturstudie. Prosessen har bestått av å utvikle logiske og relevante søkeord ut fra problemstillingen, definere inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense søket og gjennomføre søk i ulike databaser (Aveyard, 2019). Jeg vil nå beskrive de ulike stegene litt nærmere.

Søkeord

For å finne frem til relevante søkeord tok jeg utgangspunkt i et PICO(t)-skjema (Tabell 1). Et PICO(t)-skjema hjelper forskeren til å vurdere flere ulike aspekter i forskningsspørsmålet. Ved å få forskeren til å ta stilling til flere forhåndsdefinerte komponenter, vil forskningsspørsmålet kunne bli mer balansert og fokusert (Aveyard, 2019). I starten søkte jeg på flere enkeltord i ulike databaser, med noe varierende treff. Etter hvert forstod jeg det var nødvendig å benytte MeSH-termer for å få flere relevante treff på området. MeSH-termer er medisinske emneord. Det medisinske emneordet har fått et nummer i et hierarkisk system som er knyttet til flere begreper som omhandler akkurat denne tilstanden. Dermed skal den som søker etter forskning lettere og med større sikkerhet finne forskning som omhandler dette temaet, også om forskningen er skrevet på et annet språk (Aksnes, 2020).

Emneordene brukt i denne oppgaven ble funnet ved hjelp av søking i PubMed sin egen søkedatabase for MeSH, samt ved å benytte MeSH-søkemodulen til Universitetet i Agder (UiA, 2022).

Ettersom jeg ikke kunne finne MeSH termer på alle områdene av problemstillingen var det nødvendig å bruke fristilte søkeord i tillegg. Ved å bruke en kombinasjon av MeSH termer, samt enkeltord, så tror jeg at de fleste relevante artiklene har dukket opp i mine søk.

Søkeordene som står i PICO(t)-skjemaet har blitt brukt i forbindelse med litteratursøk. I de innledende søkene så ble alle de ulike begreper som omhandler daglig vekking som nevnt i tabell 1, søkt på. I det endelige søket så ble ordet sedation brukt da det var dekkende for alle de ulike begrepene. De endelige søkeordene og hvordan søkene er gjennomført, kan ses i vedlegg 1.

Tabell 1 – PICO(t) skjema

	Norske nøkkelord	Nøkkelord på engelsk	MeSH-termer
P = Populasjon (populasjon)	Intensivpasient Sedasjonsbehandling Respiratorbehandling	Sedation Mechanical ventilation Patient	Ventilators, Mechanical Patients
I = intervensjon (intervention)	Daglig vekking	Sedation Sedation holds Daily sedation interruption Sedation vacation Daily awakening Wake-up test	Sedation, moderate
C=Kontekst (context)	Intensivavdeling	Intensive care unit ICU	Intensive care unit(s) Unite, intensive care Critical care Critical care nursing
O= Utfall (Outcome)	Sykepleier(e) Utfordringer Barriere Erfaringer	Nurs* Challenges Barriers Experience	
T= Type studie (type of study)	Kvalitativ studie Oversiktsartikkel	Qualitative study Qualitative design Interview* Review	Qualitative research Review

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Pasienter >18 år
- Forskningsartikler på norsk, svensk, dansk og engelsk.
- Sykepleieperspektivet
- Studier med kvalitativ metode eller oversiktsartikler

Eksklusjonskriterier:

- Forskningsartikler som er fra 2009 eller tidligere
- Artikler som tar for seg lett sedasjon + daglig vekking
- Studier med kvantitativ metode

Jeg har valgt å ekskludere barn i min forskning, da jeg jobber på en avdeling hvor det er et betydelig flertall av voksne intensivpasienter og fordi jeg som ny-utdannet i utgangspunktet ikke blir satt til å jobbe med barn. Kvantitative studier er blitt ekskludert da denne metoden ikke egner seg til å besvare problemstillingen min, ettersom jeg ønsker å finne svar på hva sykepleiere erfarer, opplever og synes.

Gjennomførelse av søk og utvelgelse av valgte artikler

Til å begynne med startet jeg med relativt enkle søk for å få en oversikt over hvor mye forskning det fantes på emnet. Antall treff og relevans var svært varierende. Jeg fant etter hvert ut at det anvendes mange ulike type begreper for metoden daglig vekking, og tilpasset søket mitt mer etter alle disse begrepene.

Søkene ble utført i såkalt avansert søk, for å få et mer oversiktlig og presist søk. Søkeordene jeg brukte fant jeg vet hjelp av mitt PICO(t)-skjema (tabell 1), fra relevante artikler, samt tips jeg fikk fra medstudent på et masterseminar. Både MeSH ord og enkeltord har blitt kombinert ved hjelp av kombinasjonsordene *AND* og *OR*. Trunkering ble også brukt på enkeltordet nurs og interview.

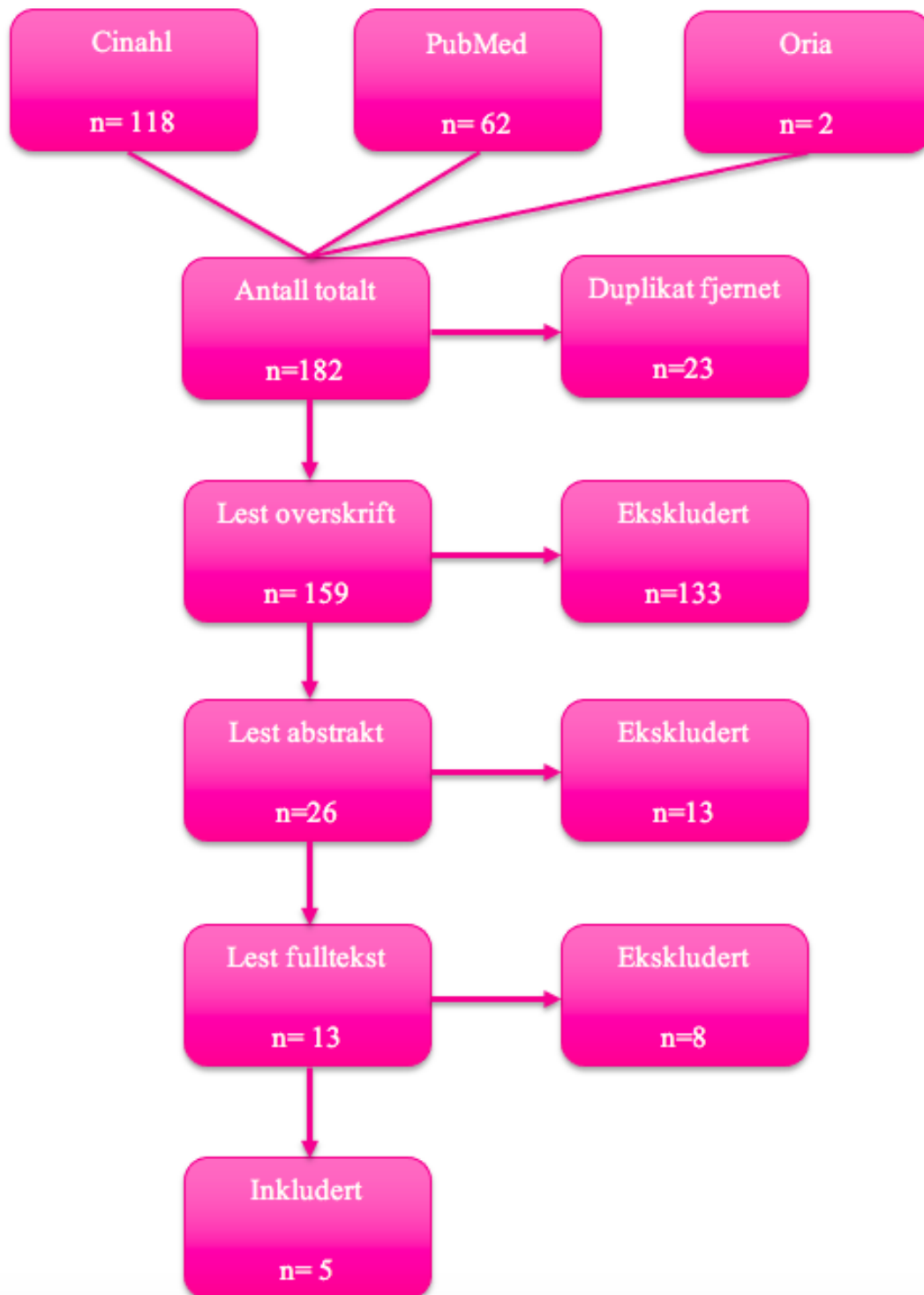
Søkene har blitt utført i flere omganger med ulik kombinasjon av ord og rekkefølgen på søkeordene har også vært forsøkt omrokkert på. I de innledende søkene mine dokumenterte jeg ikke søkeprosessen så nøye, men etter hvert som jeg ble mer trent ble dette skrevet ned.

Jeg utførte søk i databasene PubMed og Cinahl. Jeg brukte MesH termer og enkeltord som er skrevet i tabell 1. Jeg brukte noen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene for å avgrense søket ytterligere.

Selv om det var en god del antall treff på mine søk så fikk jeg en utfordring, da det var et flertall med forskningsartikler som hadde brukt kvantitativ metode på sine studier. Jeg satt igjen med for få forskningsartikler i forhold til minimumskravet for en masteroppgave.

Forsøkte derfor å gjennomføre et vidt søk i oria (UiT universitetsbiblioteket sin egen database), der fant jeg noen artikler som jeg ikke hadde funnet i de andre databasene. Der var ikke utvelgelsesprosessen like grundig som i de resterende databasene, da jeg gjorde dette mest som et tilleggs-søk.

Prisma-flow skjema



Åtte artikler ble ekskludert i forbindelse med at jeg leste dem i fulltekst. En av artiklene ble ekskludert da studien kun fantes i poster-presentasjon og trolig ikke har blitt fullført. En ble ekskludert da den tok for seg erfaring rundt bruken av skåringsverktøyer hos pasienter som mottok daglig vekking, og ikke hadde noe fokus på hvordan det var å ta seg av disse

pasientene. To av artiklene hadde sammenlignet daglig vekking med lett sedasjon. Fire ble ekskludert fordi de hadde brukt kvalitative metode. Disse fire artiklene vil likevel bli brukt i diskusjons-delen, da de har flere interessante og relevante funn.

3.3 Kvalitetsvurdering av artiklene

I oppgaven har jeg valgt å benytte meg av sjekklister til CASP i all hovedsak (CASP, u.å). Dette fordi jeg følger Aveyard (2019) sin metode for hvordan å gjøre en litteraturstudie, og det er denne typen sjekklister hun i all hovedsak anbefaler. Ved å benytte meg av sjekklister fra CASP har jeg klart å vurdere både styrker og svakheter ved de fem inkluderte studiene. Fire av artiklene har blitt vurdert til å ha høy kvalitet, mens den femte artikkelen har moderat kvalitet. Hvordan hver artikkel er blitt vurdert kommer frem i tabell 2.

Tabell 2 – Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene

Artikkel	Kvalitet	Svakheter	Styrker
DeGuzman & Wayner (2014)	4 av 10 ja på sjekklisten for oversiktsartikler. Moderat kvalitet	Mangler når det kommer til kritisk vurdering av de inkluderte artiklene. Vanskelig å vurdere resultatene grunnet blanding av kvalitative og kvantitative studier. Kun brukt en database.	Er basert på ni artikler.
Everingham et al. (2014)	8 av 10 ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet	Intervjuene foregikk på pasientrom, med pasient tilstede. Forskeren har selv tilknytning til avdelingen.	18 intervju-objekter bestående av både menn og kvinner. Mange utsagn blir representert. Forskeren har selv tilknytning til avdelingen.

Kydonaki et al.(2019)	7 av 10 ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet.	Utvalgsstrategi mangler. Flere bidragsyttere som har hatt stor innvirkningen på studien. Kan de ha hatt en personlig agenda?	Mange intervjuobjekter, med god størrelse på fokusgruppene. God variasjon i ansiennitet hos intervjuobjektene. Mange eksempler som underbygger funnene.
Miller et al.(2012)	9 av 10 ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet.	Få deltagere, 21 stk. totalt. Bare 8 av dem er sykepleiere.	Får godt frem hva som oppfattes som utfordrende med bruken av daglig vekking.
Sneyers et al.(2014).	8 av 10 ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet.	Sykepleierne utgjør bare halvparten av intervjuobjektene. I resultat-delen skilles det ikke mellom de ulike yrkesgruppene.	Intervjuobjektene har mellom 2-20 års erfaring. Mange utsagn blir presentert. Metode-delen er godt beskrevet.

3.4 Min forforståelse

Temaet daglig vekking jobbet jeg med under arbeidet med min prosjektplan. Da var vår oppfatning (jeg og min medstudent som jeg samarbeidet med på oppgaven) at daglig vekking var en metode som var lite i bruk. Dette grunnlaget baserte vi kun på vår erfaring fra praksis på intensiven i Tromsø, hvor vi ikke hadde sett metoden praktisert. Vårt inntrykk var at metoden hadde flere positive utfall, og at det ville være hensiktsmessig om den ble tatt mer i bruk. Fokuset vårt var da å se på hvilke faktorer som påvirket bruken av daglig vekking, både i form av fremming og hemming. Da ble vi bevisst på vår forforståelse, og at vi burde se etter forskning som kunne motbevise vår oppfatning. Vi håpte nok da først og fremst å finne forskning som kunne bidra til fremming av daglig vekking, og at vi på sikt kunne bidra i form av å forsøke å implementere metoden på våre nye arbeidsplasser.

Etter å ha jobbet med prosjektskissa satt jeg igjen med en oppfatning av at bruk av daglig vekking kanskje ikke var så lett eller enkel å praktisere som først antatt. Kanskje var ikke valget om å ikke benytte seg av metoden så personavhengig. Jeg gjorde videre søk på temaet og så bl.a. at selv om flere sykehus hadde en protokoll for nettopp daglig vekking, så ble nesten ikke daglig vekking utført.

Fokuset mitt på masteroppgaven ble derfor å se på hva sykepleiere på intensiv har erfart, opplevd og synes er utfordrende med daglig vekking.

Ettersom jeg selv ikke har jobbet så lenge som intensivsykepleier og ikke har benyttet meg av metoden selv, så tror jeg det er mer sannsynlig at jeg vil ha et objektivt syn på funnene og at det er mindre sannsynlighet for bias.

3.5 Forskningsetiske hensyn

Forskning som utføres med mennesker i fokus må innfri strenge etiske krav. I Norge har vi en egen lov som regulerer dette, helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2009).

Helsinkideklarasjonen er et sett med etiske retningslinjer som omhandler forskning på mennesker, som forskere rundt omkring i verden må forholder seg til. Dens formål er å beskytte pasienter fra skade, mens de er deltagere i et studie og å bevisstgjøre forskeren på det ansvaret hun eller han har når det nå gjennomføres et forskningsprosjekt på mennesker (World Medical Association, 2018).

I en litteraturstudie så benytter man seg av allerede gjennomført forskning. Dermed skal etiske overveielser allerede ha blitt vurdert ved hver enkelt studie. Likevel vil etiske aspekter bli vurdert for hver enkelt artikkel i denne oppgaven, ved hjelp av sjekklister fra CASP (CASP, u.å).

3.6 Analyse av data

For å analysere funnene i artiklene jeg inkluderer, har jeg benyttet Aveyard (2019) sin metode for tematisk analyse. Først må man se på funnene i hver enkelt artikkel, for så å sammenligne funnene med de ulike inkluderte artiklene. Her vil man finne likheter og kontraster mellom de ulike artiklene. Så skal en forsøke å definere egne temaer som kan oppsummere funnene. Målet med å utvikle egne temaer er å lage en tolkning av funnene som er mer dekkende og beskrivende enn resultatene i hver enkelt artikkel (Aveyard, 2019).

3.7 Dataanalyse

I dataanalysen har jeg sett etter hvilke utfordringer som begrenser intensivsykepleieres bruk av daglig vekking på intensiv. Dette er gjort ved hjelp av Aveyard (2019) sin metode for tematisk analyse. Denne metoden ble valgt da den egner seg godt for noveller som gjør en litteraturstudie innenfor helse- og sosialsektoren, og dermed egnet seg godt for denne oppgaven.

Første steg i analysen går ut på å identifisere temaer fra resultat-delen i hvert enkelt studie (Aveyard, 2019). Hver resultatdel ble lest grundig, og underveis ble enkeltord som virket beskrivende for temaet som ble diskutert, gullet ut med markeringstusj. Her ble kun deler som omhandlet daglig vekking inkludert.

Steg to var å identifisere gjennomgående temaer (Aveyard, 2019). Dette ble gjort ved å lage en tabell (se tabell 3) som viser alle de ulike temaene som ble identifisert fra alle de inkluderte artiklene. Dette gav en god oversikt over identifiserte temaer i hver enkelt artikkel, og det kom godt frem hvilke temaer som var mest fremtredende når jeg sammenlignet alle de fem artiklene.

Tabell 3 – Identifiserte temaer

Tema	DeGuzman & Wayner (2015)	Everingham et al. (2014)	Kydonaki et al. (2019)	Miller et al. (2012)	Sneyers et al. (2014).
Mangel på kjennskap/opplæring med daglig vekking			x		x
Merarbeid med våken pasient		x			x
For få ressurser		x	x		x
Risiko for autoseponering av tube samt medisinsk utstyr	x	x			x
Kortsiktige ulemper		x			x
Agitasjon	x	x	x		
Målet med metoden?	x			x	
Hva er et vellykket forsøk på daglig vekking?				x	
Misliker metoden	x				x
Kontraindikasjoner for å bruke DSI	x		x	x	x
Manglende samarbeid mellom lege & sykepleier	x		x		x
Forhold på arbeidsplassen	x		x		

Steg tre handler om å finne gjennomgående temaer og navngi disse (Aveyard, 2019). Nå skal temaer som har likhetstrekk eller fellesnevnerer slås sammen til et definert tema. Navnet på temaet må være beskrivende for alle de inkluderte undertemaene som ble tatt fra tabell 3, og oppsummere hovedfunnene fra de inkluderte artiklene. For å finne de nye tema-navnene startet jeg med å skrive ned alle de identifiserte temaene. Deretter studerte jeg temaene og satt sammen de som omhandlet den samme delen av problemområdet til en og en gruppe. Å beslutte hvilke navn disse gruppene skulle få var vanskelig, men min veileder var til god hjelp og kom med forslag til hva de kunne hete, og dermed utgjøre de nye temaene. Flere navn ble forsøkt før jeg kom frem til de endelige tema-navnene (se tabell 4).

Tabell 4 – Nye definerte hovedtemaer

Hovedtemaer	Inkluderte undertemaer
Konsekvenser for pasienten	Kortsiktige ulemper Agitasjon Autoseponering
Sykepleieutfordringer	Merarbeid For få ressurser Mangel på samarbeid Misliker metoden Forhold på arbeidsplassen
Usikkerhet knyttet til metoden	Målet med metoden? Hva er et vellykket forsøk? Kontraindikasjoner Mangel på kjennskap/opplæring med metoden.

Steg fire går ut på å kontrollere at temaene er beskrivende og passende for de individuelle inkluderte temaene (Aveyard, 2019). I denne delen anbefaler Aveyard at man får hjelp fra noen til å se over temaene og sammenligne dem med de inkluderte artiklene. Under skriveprosessen med denne oppgaven har jeg mottatt veiledning og dette var en av delene jeg diskuterte grundig med min veileder.

4 Resultat

I denne litteraturstudien er det inkludert totalt fem artikler. Alle de fem artiklene er kort presentert i tabell 5. Studiene er publisert fra perioden 2012-2019. Fire av studiene er kvalitative, mens den femte er en oversiktsartikkel. Studiene er gjennomført i Europa, Amerika og Australia. I de inkluderte studiene har både intensivsykepleiere, sykepleiere, leger, fysioterapeuter og respirator-terapeuter som jobber på intensivavdelinger blitt intervjuet. Intensivsykepleierne og sykepleierne utgjør over halvparten av intervjuobjektene til sammen.

Oversiktsartikkelen inneholder bl.a. en av de andre inkluderte artiklene, artikkelen til Miller et al. (2012). På de områdene hvor oversiktsartikkelen til DeGuzman og Wayner (2014) bare refererer til Miller et al. (2012) sin studie, vil det kun henvises til primærkilden i teksten.

Ved hjelp av Aveyard (2019) sin metode for tematisk analyse, har jeg kommet frem til tre hovedtemaer; konsekvenser for pasienten, sykepleieutfordringer og usikkerhet knyttet til metoden (se tabell 4).

For å gi en kort fremstilling av de inkluderte artiklene har jeg laget en litteraturmatrise (se tabell 5).

Tabell 5 - Litteratormatrise

Tittel	Forfatter	Årstall	Hensikt	Metode	Funn
<p>Nursing and organizational barriers to daily interruption of sedation in U.S. hospitals: A thematic review of the literature</p> <p>Land: USA, Danmark, Australia</p>	DeGuzman, & Wayner	2014	<p>Forstå hvordan sykepleie og organisatoriske barrierer kan påvirke overholdelse av protokoll for daglig vekking.</p>	Review	<p>Den ene studien fant ingen organisatoriske eller strukturelle faktorer som påvirket bruken av daglig vekking.</p> <p>En av de største barrierene til daglig vekking er mangel på aksept fra sykepleierne til protokollen.</p> <p>Uenigheter rundt hvorfor man utfører daglig vekking og mangel på konsensus rundt årsaker til hvorfor pasienter er uegnet for daglig vekking.</p> <p>Fare for autoseponering av livsviktig utstyr var en stor barriere til å gjennomføre daglig vekking.</p>
<p>Targeting sedation : the lived experience of the intensive care nurse</p> <p>Land: Skottland</p>	Everingham et.al.	2014	<p>Undersøke sykepleiere på intensiv sin erfaring rundt sedasjonshåndtering, spesielt implementering av sedasjonsavbrudd.</p>	Kvalitativ	<p>Sykepleierne opplever det som utfordrende å se pasientenes ubehag og umiddelbare reaksjon ved daglig sedasjonsavbrudd.</p> <p>Våken pasienter er mer krevende og fører til økt arbeidsbelastning. Å ha nok ressurser ved daglig</p>

					<p>sedasjonsavbrudd er en utfordring.</p> <p>Pasientene som blir utsatt for daglig sedasjonsavbrudd blir ofte agitert og faren for uønskede hendelser øker.</p>
<p>Challenges and barriers to optimising sedation in intensive care: a qualitative study in eight Scottish intensive care units</p> <p>Land: Skottland</p>	Kydonaki et al.	2019	<p>Undersøke klinikerens oppfatninger rundt utfordringer i forhold til optimal sedasjon, i forbindelse med et kvalitetsforbedringsprosjekt.</p>	Kvalitativ	<p>Enkelte pasientgrupper er svært utfordrende å sedere. Lett sedasjon eller våkne pasienter i denne gruppen fører ofte til agitasjon, vold og aggresjon.</p> <p>Mangel på helsepersonell og økt arbeidsbelastning fører til at daglig vekking ikke blir prioritert.</p> <p>Sykepleierne savner støtte fra kollegaer når det kommer til sedasjons-håndtering.</p> <p>Det er manglede utdanning og opplæring rundt sedasjons-håndtering hos mange av de ansatte.</p>
<p>Implementation challenges in the intensive care unit: The why, who, and how of daily interruption of sedation</p>	Miller et al.	2012	<p>Å søke/finne nye barrierer tilknyttet daglig vekking.</p>	Kvalitativ	<p>Ulike oppfatninger og begrunnelser til hvorfor man utfører daglig vekking.</p> <p>Alle er enige i at alle pasienter bør vurderes i forhold til om de er aktuelle kandidater for</p>

Land: USA					<p>daglig vekking. Det er derimot relativt stor uenighet i forhold hva som er kontraindikasjoner for å utføre daglig vekking.</p> <p>Usikkerhet til hva som er et vellykket forsøk på daglig vekking og hvordan dette bør utføres.</p>
<p>What stops us from following sedation recommendations in intensive care units? A multicentric qualitative study</p> <p>Land: Belgia</p>	Sneyers et. al.	2014	Utforske helsepersonells oppfatninger rundt sedasjonsanbefalinger.	Kvalitativ	<p>Mangel på kunnskap og fortrolighet rundt sedasjonsanbefalingene fører til avvik fra rutinen eller ordinasjonen.</p> <p>Tidligere negative erfaringer fra da man utførte anbefalt sedasjonsordinasjon, medfører redusert vilje til å følge en slik anbefaling/ordinasjon igjen.</p> <p>Frykt for alvorlige hendelser ved utførelse av daglig vekking og økt arbeidsbelastning er en stor barriere til å bruke daglig vekking.</p>

Hovedtemaer med tilhørende funn vil nå bli presentert.

4.1 Konsekvenser for pasienten

Daglig vekking har som kjent flere positive sider, når man ser langsiktig på det. En utfordring forskerne fant hos sykepleierne, var de kortsiktige konsekvensene. Sykepleierne klarte ikke å overse den umiddelbare effekten sedasjonsavbrudd hadde på pasienten (Everingham et al., 2014). Ubehaget vekkingen førte til, samt tanken på å skulle ha blitt utsatt for samme metode selv, var utfordrende for noen (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). I den ene studien som er inkludert i DeGuzman og Wayner's (2014) artikkel fant de at nesten alle av sykepleierne

mente at mekanisk ventilasjon var ubehagelig og de mente også at dette var stressende for pasienten. Flestparten mente det var nødvendig med sedasjon for pasienten sin komfort, og nesten alle sykepleierne hadde selv ønsket sedasjon om de skulle ha fått behov for respiratorbehandling (DeGuzman & Wayner, 2014).

«For the patient, it can't be very pleasant to be woken up, put to sleep, woken up again, put to sleep again. There's an issue of patient comfort there. Yes, because if I was intubated myself, I'm not so sure I would like people waking me up every day, knowing that I have this tube in my mouth and that they will have to put me to sleep again...»

(Sneyers et al., 2016, s. 295)

«Does it help the patient being woken up every day? ... Are we ... getting to that stage that the patients are remembering the waking periods... I don't know if that is helping them or not...»

(Everingham et al., 2014, s. 698)

En pasient som brått våkner til, kan fort bli utagerende. Dette er en krevende pasientgruppe å ta vare på, og kan være til fare for seg selv og helsepersonellet som skal ta vare på vedkommende. Agitasjon er en kjent og fryktet utfordring ved daglig vekking (Everingham et al., 2014; Kydonaki et al., 2019). Enkelte pasientgrupper er mer utfordrende å smertelindre og sedere. Pasienter med hodeskader, abstinenssymptomer og psykotiske pasienter er utfordrende, da de etter oppvåkning ofte er agiterte, voldelige og aggressive (Kydonaki et al., 2019). Sykepleierne ville i slike tilfeller være svært selektive med hvem de utførte daglig vekking på. I disse pasientgruppene ble sedasjonen ofte økt for å håndtere agitasjon gjennom natten, og for å øke pasientsikkerheten (Kydonaki et al., 2019). Agitasjon er ikke bare utfordrende med tanke på pasienten sin opplevelse, men også fordi det går ut over sykepleierens evne til å gi effektiv og god pleie (Everingham et al., 2014).

«You are 'stuck' at the end of the bed when the patient is off sedation. They are continuously agitated by the fact that they are intubated and the sedation has been put off and we are just expected to get on with it and continually watch the patient all day long.»

(Everingham et al., 2014, s. 699)

Et eksempel som gis i Everingham et al. (2014) artikkelen, er så agiterte pasienter at man må øke bemanningen. Det nevnes også at noen leger ikke ønsker å sedere pasienten igjen, og at det da oppleves som utrygt å ha ansvar for pasienten for sykepleieren. Et av funnene i DeGuzman og Wayner's artikkel var at det var mindre sannsynlig at sykepleierne utførte daglig sedasjonsstopp hvis pasienten var dypt sedert eller hadde vært agitert de siste 24-48 timene (DeGuzman & Wayner, 2014).

Som en konsekvens av agitasjon, kan uønskede hendelser oppstå. Helsepersonell frykter spesielt for at pasienten skal autoseponere livsviktig utstyr (DeGuzman & Wayner, 2014; Everingham et al., 2014; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). I Sneyers, Laterre, Bricq et al. studie (2014) trekker helsepersonellet frem at de ved bruk av daglig vekking er spesielt redd for uønskede hendelser (selv-ekstubering, drag i tuber og dren og bruk av makt) og at pasienten skal oppleve ubehag. I den ene inkluderte studien fra DeGuzman og Wayner (2014) fant de at 1/5 del av alle intervju-deltakerne oppgav fare for autoseponering som en barriere for å utføre daglig vekking. Hendelser som fører til at pasienten autoseponerer luftvei, dren, venetilganger osv., gir også en følelse hos flere av sykepleiere som at de har feilet i sin jobb som sykepleier og/eller en følelse av misnøye over den pleien de har gitt (Everingham et al., 2014). Dersom en uønsket hendelse skulle oppstå er det flere av sykepleierne som står igjen med spørsmålet; kunne jeg ha forhindre dette? Sykepleierne kjenner på et ansvar for å beskytte pasientene fra skade, noe som er utfordrende i en hektisk avdeling hvor man blir pålagt flere og flere arbeidsoppgaver (Everingham et al., 2014).

«I just think that people waking up is one of the hardest things we have to witness here, because people are uncomfortable; they get a fright... It is quite nerve racking sometimes because you don't know what is going to happen...»

(Everingham et al., 2014, s. 700)

4.2 Sykepleieutfordringer

Oppfattelsen av at en våken eller lett sedert pasient er mer krevende å ta hånd om enn å ha en dypt sedert pasient er gjentagende (Everingham et al., 2014; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). I Everingham et al. (2014) sin studie beskriver sykepleiere at de bruker mer tid på å roe og trygge pasienter som hold på å våkne eller var våkne som følge av redusert sedasjon. De forteller at daglig vekking fører til en så våken tilstand hos pasienten, at de blir agiterte. Dette påvirker sykepleierens evne til å gi god pleie og omsorg til pasienten. Et utsagn fra en av sykepleierne er følgende:

« If they are more awake, they are going to be at greater risk... be more agitated... be more unsettled. They are probably going to cough more... It's more difficult... It's more stressful for yourself , and you can't do your things, because you need to attende the patient, make sure they are safe.. not pulling ther tubes.»

(Everingham et al., 2014, s. 699)

Noen sykepleiere mener at denne oppfatningen kanskje ikke helt er berettiget (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Noen av grunnene til dette er at en lett sedert eller våken pasient kan være lettere å ta hånd om, fordi pasienten kan bidra i egen pleie. Noen trakk frem forhold som fremmede autonomi, eller at det var mer tilfredsstillende å ta hånd om en rolig og samarbeidende våken pasient.

Å stanse sedasjonen kan gi en våken pasient, som potensielt kan bli svært urolig eller agitert. Dette vil kunne føre til en mer krevende pasient enn hva han eller hun var før vekkeforsøket. Ettersom det er et usikkerhetsmoment hvordan pasienten vil reagere når han eller hun våkner, er det viktig å ha tilgjengelig personell på avdelingen. I Sneyers, Laterre, Bricq et al. (2014) studie var alle deltagerne enige om at arbeidsmengden var en barriere for å gjennomføre daglig vekking. Sykepleierne var ofte på flere pasienter, og det var da utfordrende og vanskelig å skulle utføre daglig vekking når dette krevde full overvåkning av pasienten under vekkingen. Til tross for at sykepleier-pasient ratioen på noen sykehus er en til en, fører mangel på personell og økende arbeidsoppgaver til at man må utsette eller unnlate å utføre prosedyrer overfor pasienten, som bl.a. daglig vekking (Kydonaki et al., 2019).

Uenigheter rundt hvem som har ansvaret for hva under daglig sedasjonsopphold, mangel på sedasjonsordinasjoner og manglende utførelse av sedasjons-ordinasjoner er gjentakende utfordringer (DeGuzman & Wayner, 2014; Kydonaki et al., 2019; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). På dette området er det noe uenighet og frustrasjon mellom sykepleierne og legene. Noen leger forteller at de ikke setter noe daglig sedasjonsmål som ordinasjon, fordi de opplever at sykepleierne ikke følger disse uansett (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Et funn i DeGuzman og Wayners (2014) studie var at nærmere halvparten av sykepleierne ikke var enige i sedasjonsnivået som legene ordinerte.

Sykepleiere forteller de opplever at legene ikke titrerer medisinene, til tross for at sykepleierne har brukt sedasjonsskalaer. Kydonaki et al. (2019) forteller at sykepleierne og legene ikke stoler godt nok på hverandre.

« The teams are huge, with a massive turnover: we don't know people well enough anymore, there is a lack of trust! »

(Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014, s. 295)

Sykepleiere fortalte at de manglet støtte fra de mer erfarne sykepleierne og legene på avdelingen. Å bli beskyldt i forbindelse med en uønsket hendelse (som ved at pasienten ekstuberer seg selv), gjorde at sykepleieren følte seg maktesløs.

« No-one believes you when you say they (the patient) tried to punch me. »

(Kydonaki et al., 2019, s. 7)

Tidligere negative erfaringer knyttet til å ha fulgt sedasjonsanbefalinger, bidrar til at sykepleieren mangler motivasjon til å følge disse anbefalingene i etterkant av en slik hendelse (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). En av de største barrierene for å gjennomføre eller bruke daglig vekking var mangel på aksept til protokollen (DeGuzman & Wayner, 2014).

Kydonaki et al. (2019) og studien til DeGuzman og Wayner (2014) så på om system-faktorer og/eller organisatoriske forhold kunne påvirke bruken av daglig vekking. Kydonaki et al. (2019) så at størrelsen på avdelingen eller utformingen av pasientrom, kunne ha en påvirkning. Dette fordi det kunne være vanskelig for sykepleieren å få kontakt eller hjelp fra noen andre, om pasienten f.eks. ble urolig eller agitert. I to av studiene fra DeGuzman og Wayner's (2014) artikkel fant de ingen sammenheng mellom utforming på avdelingen og bruken av daglig vekking.

4.3 Usikkerhet knyttet til metoden

Hva som er de absolutte kontraindikasjonene for å utføre daglig vekking er det mye usikkerhet rundt (DeGuzman & Wayner, 2014; Kydonaki et al., 2019; Miller et al., 2012; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). I Miller et al. (2012) sin studie var det enighet om at alle pasientene burde vurderes i forhold til om de var kandidater for daglig vekking hver dag. Men når de ble spurt om hvilke pasienter de tenkte var uegnet for daglig vekking, kom de med mange ulike eksklusjonskriterier. Dette dreide seg om positivt endeekspiratorisk trykk (PEEP), FiO₂, temperatur, prosedyrer som er nært forestående, bruk av vasopressor, inspirasjons og ekspirasjons-forhold (I:E forhold) og om de er paralysert. Sneyers, Laterre, Bricq et al. (2014) fant høyt intrakranielt trykk, ustabil hemodynamikk og akutt

lungesviktsyndrom (ARDS) som kontraindikasjoner. Kydonaki et al. (2019) fant hodeskader, mentale underliggende tilstander og personer med abstinenssymptomer som potensielle kontraindikasjoner. Hos DeGuzman og Wayner (2014) var hovedårsakene til ikke å utføre daglig vekking nevrologisk status, ustabil respiratorisk status eller ustabil kardiovaskulær status.

Hvorfor utfører man daglig vekking? Det er fem årsaker til å gjennomføre daglig vekking; redusere sedasjonsdosen, nevrologisk undersøkelse, ventilatoravvenning, redusere lengden på intensivoppholdet og for å vurdere smerter og ubehag (Miller et al., 2012). Det viste seg at det var uenigheter rundt hva som var den viktigste årsaken til å utføre daglig vekking. Grunnen til å utføre daglig vekking hadde en del å si, da det gav ulike personlig motivasjon til å gjennomføre ordinasjonen og det kunne påvirke utførelsen og evnen til å lykkes med vekkeforsøket (Miller et al., 2012).

På flere sykehus finnes det protokoller for hvordan man skal utføre daglig vekking. I Miller et al. (2012) sin studie fortalte flere av intervjuobjektene at det var nødvendig å avvike fra protokollen, da det var behov for individuell tilpasning. I protokollen var det definerte endepunkter/resultater. Intervjuobjektene opplevd til tross for definerte endepunkter/resultater så var det ikke lett å vurdere om et forsøk var vellykket. Et eksempel som trekkes frem fra det ene intervjuobjektet var usikkerheten rundt hvilket endepunkt/resultat man ønsket å oppnå i det enkelte tilfellet, og hvordan man evt. skulle gå videre derfra (Miller et al., 2012).

Mangel på kjennskap til metoden daglig vekking eller manglende opplæring er en utfordring (Kydonaki et al., 2019; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Kydonaki et al. (2019) forteller at det er en pågående mangel på utdanning innenfor sedasjon og smertelindring. I Skottland hvor studien er utført har det de siste ti årene vært en nedgang i finansiell støtte til utdanning for intensivsykepleiere. Noe som igjen fører til intensivsykepleiere som er mindre forberedt på utfordringer relatert til sedasjon og smertelindring (Kydonaki et al., 2019). Sneyers, Laterre, Bricq et al. (2014) fant at nesten alle intervju-deltagerne manglet grunnkunnskaper relatert til sedasjon. De rapporterte manglende tilgang på informasjon vedrørende sedasjonspraksis og manglende kunnskapsoverføring i praksis. Overlegene rapporterte at de feilet i å gi opplæring til sykepleierne (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014).

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å se på hva som gjør bruken av daglig vekking utfordrende for sykepleiere på intensiv. Problemstillingen for studien er: Hvilke utfordringer fører til begrenset bruk av daglig vekking på mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelinger?

Funnene dreier seg i hovedsak om konsekvenser for den enkelte pasient, sykepleieutfordringer og usikkerhet knyttet til metoden. Funnene vil bli diskutert opp mot tidligere forskning og evidensbasert praksis (EBP).

Jeg vil diskutere hvilken betydning funnene vil ha i praksis og forslag til videre forskning på området. Til slutt vil styrker og begrensninger med studien, samt metode bli diskutert.

5.1 Konsekvenser for pasienten

De umiddelbare konsekvensene

Studiens resultater viser at utførelse av metoden daglig vekking gir så mye ubehag til pasienten at den er vanskelig for sykepleiere på intensiv å gjennomføre (DeGuzman & Wayner, 2014; Everingham et al., 2014; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014).

I en belgisk studie rapporterte nesten halvparten av sykepleierne at frykten for respiratorisk forverring samt ubehag for pasienten, var en barriere mot å utføre daglig vekking. Andre barrierer som også ble nevnt var faren for autoseponering av livsviktig utstyr, fare for agitasjon samt at det ble utfordrende å ta vare på pasienten (Borkowska et al., 2018). Et av funnene hos DeGuzman og Wayner (2014) er at flesteparten av sykepleierne mener sedasjon er nødvendig, da respiratorbehandling er så ubehagelig. Det kan virke som om mange sykepleiere mener sedasjon er løsningen på det som er ubehagelig. Men dette er ikke riktig. Selve endotrakealtuben eller trakeostomien kan være vond, og det gis derfor vanligvis smertestillende legemidler i kombinasjon med anestetika. I Odense i Danmark har de benyttet seg kun av smertelindring til pasienter som mottar respiratorbehandling helt siden 1999 (Strøm et al., 2010). Med andre ord så er det ikke nødvendigvis nødvendig å gi sedasjon til pasienter som mottar respiratorbehandling. Smertelindring i form av opiater kan være tilstrekkelig for å tolerere respiratorbehandlingen.

Det vil derfor være hensiktsmessig å planlegge i forkant av sedasjonsavbruddet, ved å administrere smertestillende til pasienten. Noe form for ubehag og uro vil nok pasienten

oppleve uansett, ettersom han eller hun våkner brått. Dette vil trolig bedre seg når pasienten er blitt bevisst og har fått orientert seg litt.

Agitasjon

Et funn som kommer frem i resultatene er frykten for at daglig vekking skal føre til en agitert pasient (Everingham et al., 2014; Kydonaki et al., 2019).

Det kan virke i de inkluderte studiene som at agitasjon bare kan oppstå i forbindelse med bruk av metoden daglig vekking. Men dette er jo ikke tilfellet. Både agitasjon, forvirring og delir er hyppige rapporterte problemer i forbindelse med reduksjon av sedasjon (Borkowska et al., 2018). Jeg har selv også sett og erfart at dette ofte oppstår i forbindelse med nedtrapping av legemidler i forbindelse med vekking av pasient, så det er ikke unikt for daglig sedasjonsstopp.

God planlegging i forkant kan være til hjelp. Ved å administrere smertelindrende legemidler i forkant av metoden, så vil trolig pasienten ha mindre smerter når han våker og dermed vil risikoen for agitasjon være lavere.

Autoseponering

I resultatene fremkommer det at frykten for selv-ekstubering og autoseponering av medisinsk utstyr er hyppig rapportert hos sykepleierne (DeGuzman & Wayner, 2014; Everingham et al., 2014; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). I Sneyers, Laterre, Bricq et al. studie (2014) trekker helsepersonell frem at de ved bruk av daglig vekking er spesielt redd for uønskede hendelser (selv-ekstubering, drag i tuber og dren, bruk av makt) og at pasienten skal oppleve ubehag. 1/5 del av alle intervjudeltagerne i DeGuzman og Wayner's studie (2014) oppgav fare for autoseponering som en barriere til å utføre daglig sedasjonsstopp. Hendelser som førte til autoseponering av luftvei, dren, venetilgang osv. gikk personlig inn på sykepleierne som følte seg ansvarlig for at dette hadde skjedd (Everingham et al., 2014).

En studie utført i Canada og USA med et pasientgrunnlag på 430 pasienter, viste at daglig vekking førte til kortere tid tilkoblet ventilator og kortere sykehusopphold, men at utilsiktet ekstubering forekom hyppigere (Mehta et al., 2012). Med andre ord er frykten for ekstubering reell. Selv om det også i den ene studien fra Berry & Zecca (2012) var økt insidens av selv-ekstubering hos pasienter som ble utsatt for daglig vekking, så var det ingen forskjell når det

kom til andelen som måtte re-intuberes mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Noe som vil bety at pasienten trolig tidligere i forløpet var klar til å ekstuberes, enn tidligere antatt. En oversiktsartikkels som baserer seg på RCT studier vedrørende daglig vekking, så ingen økt insidens av selv-ekstubering i sin studie (Augustes & Ho, 2011). Om pasienten våkner såpass til at han drar i luftveien sin, så kan det hende at pasienten faktisk ikke er i behov for den typen ventilasjonsstøtte han eller hun er tilkoblet. Det kan da være tilfellet at pasienten er sterkere eller i bedre form, enn hva helsepersonellet har klart å vurdere mens han eller hun var sedert. Kanskje kan pasienten klare seg med non-invasiv ventilasjonsstøtte. Det trenger derfor ikke være negativt at pasienten ekstuberer seg selv, da dette kan føre til at pasienten raskere kommer seg av respiratorbehandlingen samt raskere ut fra intensivavdelingen.

En u-planlagt ekstubasjon er ikke en situasjon man i utgangspunktet ønsker. Ettersom faren for selv-ekstubering er tilstede ved daglig vekking, kan det være en fordel å planlegge litt i forkant. Det kan være lurt å ha svelgtube og/eller intuberingsutstyr på rommet. Propofol tilkoblet pasienten, slik at man raskt kan sedere pasienten ned om han blir for ivrig etter å dra i tuben, og å ha alarm-knappen plassert slik at man når den fra begge sidene av sengen. På den måten vil man føle seg litt bedre forberedt om uhellet skulle være ute.

5.2 Sykepleieutfordringer

En mer krevende pasient

I resultatene kommer det frem at våkne pasienter er mer krevende å ta hånd om enn dypt sederte pasienter (Everingham et al., 2014; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Dette er en oppfatning mange sykepleiere har, og bekrefte av andre studier (Guttormson et al., 2010).

Som tidligere nevnt så er det en fare for at pasienten kan bli agitert, autoseponere tuber/dren/venetilganger, få forhøyet blodtrykk, puls eller respirasjonsbesvær for å nevne noe. Disse usikkerhetsmomentet rundt hvordan pasienten vil reagere etter hvert som han eller hun våkner, fører til at sykepleieren må være i umiddelbar nærhet til pasienten og kan potensielt bidra til merarbeid for sykepleieren dersom noe av dette skulle oppstå.

At våkne pasienter er mer krevende kan diskuteres, og det vil nok herske en del uenighet rundt dette. Det har blitt utført forskning på nettopp hvor krevende det oppleves for sykepleiere og respirator-terapeuter å ta vare på pasienter som blir utsatt for daglig vekking.

Fra et pilot-forsøk rapporterte sykepleierne at pasientene var svært enkle til relativt enkle i over åtti prosent av tilfellene å ta vare på (Berry & Zecca, 2012). Fra en oppsummerende artikkel som tar for seg akkurat dette med dypt sederte pasienter, mener bl.a. pasientene det vil kunne være en fordel å være våken, da pårørende lettere kan hjelpe til (Peitz et al., 2013). Sneyers, Laterre, Bricq et al. (2014) mener våkne pasienter kan være lettere å ta hånd om. To av grunnene er at pasientene kan bidra i egen pleie, og at det er mer tilfredsstillende å ta hånd om en rolig og samarbeidende pasient. Dette tyder på at pasienten som blir utsatt for daglig vekking ikke nødvendigvis er mer krevende, men sykepleierne frykter for at det skal bli merarbeid, og derfor velger å avstå fra å utføre metoden.

Sykepleiere liker å være i komfortsonen sin. Å skulle utføre en ny prosedyre som potensielt vil øke stressnivået, kan føre til motvilje til å utføre prosedyren (Barker, 2013). Dette er en av utfordringene med å få sykepleiere til å endre praksis å ta i bruk evidensbasert praksis.

Dersom sykepleiere hadde vært mer vant til å søke etter forskningslitteratur, kunne de ha oppdaget forskningen som nevnt ovenfor. Det er viktig å skape en kultur hvor man legger tilrette for at de ansatte skal kunne holde seg oppdatert på nyeste forskning. Dette kan bl.a. en fagutviklingssykepleier bidra med. Fagutviklingssykepleieren kan tilrettelegge slik at sykepleiere får delta i revidering og utvikling av prosedyrer. I den forbindelse vil det være naturlig å kurse sykepleierne i litteratursøk, og i kritisk vurdering av forskningsartikler (Christiansen et al., 2009). På den måten vil sykepleierne bli oppdatert på forskning innenfor et vist/visse område(r), men de vil også være i stand til å lete etter forskningslitteratur på egenhånd. På den måten vil det å oppdatere seg og forholde seg til EBP bli lettere og mer naturlig for den enkelte. Slik vil det også kunne bli enklere for den ansatte å forstå hvorfor man vil endre dagens praksis, når en selv kan søke og finne forskning som støtter opp i det som nå skal implementere i praksis.

For få ressurser

Resultatene i studien viser at for mange arbeidsoppgaver og for lite personell på avdelingen fører til at daglig vekking ikke prioriteres (Kydonaki et al., 2019; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014).

Innenfor helsesektoren tilkommer det stadig ny behandling, teknologi og kunnskap. Dette i tillegg til pasienter med komplekse medisinske og kirurgiske problemstillinger må helsepersonell håndtere (Redden & Evans, 2014). Arbeidsdagene er ofte hektiske og mange

ganger strekker ikke tiden helt til. En problemstilling mange sykepleiere kjenner litt for godt til.

Selv om arbeidsdagen til sykepleierne ofte er hektisk, så blir de viktigste oppgavene gjort. Spørsmålet da blir om nettopp daglig vekking er en så viktig oppgave at den må prioriteres. Hva skal eventuelt vike til fordel for daglig vekking, og klarer man å utføre den forsvarlig om det er så knapt på ressurser?

For å få implementert nye evidens i praksis krever det støtte på individuelt og organisatorisk nivå. Barrierer på organisatorisk nivå er bl.a. både mangel på ressurser og stor arbeidsbelastning (Jordan et al., 2016). Det kan tenkes at det ikke har vært en evaluering av resultatene, etter at metoden daglig vekking ble tatt i bruk på avdelingen. Dermed har ikke organisasjonen eller ledelsen blitt gjort oppmerksom på hvor tidkrevende og hvor mye ressurser det faktisk kreves for å kunne utføre metoden forsvarlig. Dermed blir det heller ikke gjort noen endringer eller tilrettelegginger som gjør det lettere for sykepleierne å benytte seg av daglig vekking.

Manglende samarbeid

I resultatene fremkommer det uenigheter rundt hvem som har ansvaret for hva under daglig sedasjonsopphold, mangel på sedasjonsordinasjoner, og manglende utførelse av sedasjonsordinasjoner som gjentakende utfordringer (DeGuzman & Wayner, 2014; Kydonaki et al., 2019; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014).

Barkowska et al. (2018) har skrevet en artikkel om sykepleieres sedasjonspraksis i forbindelse med respiratoravvenning. Artikkelen ble ikke inkludert i min studie da det er benyttet en kvantitativ metode, men den har flere funn som er relevant for min studie. Der trekkes det bl.a. frem for høy arbeidsbelastning, mangel på medisinsk tilsyn og manglende forordning/forslag om å utføre daglig sedasjonsstopp som barrierer (Borkowska et al., 2018). Det ser ut til at både sykepleiere og leger trenger å ta ansvar her. Dette viser et manglende samarbeid mellom leger og sykepleiere når det kommer til bruk og oppfølging av sedasjonsrutiner. Legene glemmer tidvis å ordinere sedasjonsmål eller daglig vekking (Borkowska et al., 2018; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Mens sykepleierne ikke er like flinke til å følge ordinasjonene som blir gitt (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Her tror jeg en må hjelpe hverandre. Sykepleiere bør minne legene på å ordinere sedasjonsmål ved visitt, mens sykepleierne bør vise anerkjennelse overfor den vurderingen legen har gjort når han har

gjort en ordinering. Dersom det er uenighet i sedasjonsmålet legen har satt, må sykepleieren si ifra om dette til den det gjelder. Samarbeidet blir ikke bedre om man ikke hjelper og snakker med hverandre.

Et av Barowska et al. (2018) sine funn når det gjaldt barrierer, var mangel på medisinsk tilsyn. Mangel på medisinsk tilsyn er en problemstilling som ikke har kommet frem i de fem inkluderte studiene i denne oppgaven. Dersom det ikke er gjort en vurdering av lege i forhold til om pasienten er egnet for daglig vekking, så er det vel også lite sannsynlig at metoden blir utført, når den ikke er ordinert. Manglende medisinsk tilsyn vil kunne tyde på en travel avdeling eller mangel på ressurser, etter min erfaring. Da ønsker du heller ikke å utføre et forsøk på daglig vekking, hvis det ikke er en lege eller andre kollegaer tilgjengelige til å hjelpe deg dersom det skulle oppstå komplikasjoner.

Et annet funn i studiens resultater er at sykepleiere synes det er vanskelig å vurdere hva som regnes som et vellykket vekkeforsøk (Miller et al., 2012). I Millers et al. studie viser det seg at selv om det er en protokoll tilstede for daglig vekking med definerte endepunkter, så er det likevel usikkerhet i forhold til om man kom i mål og om vekkeforsøket var vellykket.

Løsningen på denne utfordringen vil gå på samarbeid og utbedring av nåværende protokoll. Det er viktig at mangler i protokollen ikke blir til et hinder for å utføre daglig sedasjonsavbrudd. Når legen beslutter at daglig sedasjonsavbrudd skal utføres, må legen gjøre tydelige ordinasjoner. Dette vil være til god hjelp for sykepleieren, når hun vet hva legen har tenkt i forhold til ønsket utfall med vekkeforsøket. Dersom det skulle oppstå noe form for usikkerhet undervis, bør lege kontaktes for tilsyn eller avklaring over telefon.

Utbedring av protokoll er et arbeid som med stor sannsynlighet vil være noe tidkrevende, og vil kunne være en jobb for en eventuell fagutviklingssykepleier på avdelingen.

Misliker metoden

Studiens resultater viser tidligere negative erfaringer etter å ha fulgt sedasjonsanbefalinger og mangler i prosedyren, bidrar til at sykepleiere mangler motivasjon til å følge sedasjonsanbefalinger eller protokollen (DeGuzman & Wayner, 2014; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014).

En kvantitativ studie utført i USA fant de yngre sykepleiere og de som hadde tatt sedasjonsrelatert utdanning det siste året, til å være mer villig til å utføre daglig vekking dersom de hadde en oppfattelse av at pasienten hadde lite ubehag (Roberts et al., 2010). Dermed ser det ut til at alder og utdanning også har en innvirkning på hvem som er mer sannsynlig til å utføre daglig vekking. Denne trenden ses også innenfor EBP (Jordan et al., 2016; Warren et al., 2016).

En av utfordringene vedrørende evidensbasert praksis er motstand mot å endre praksis fra de ansatte (Jordan et al., 2016). Ofte møter man stor motstand mot endring av dagens praksis, med mindre de ansatte er misfornøyde med dagens praksis (Barker, 2013). Slik jeg ser det, så tror jeg delvis disse utfordringene handler om manglende motivasjon til endring av dagens praksis. Mangler i prosedyren bør ikke være til hinder for å utføre den. Prosedyren kan trenge en oppdatering eller utbedring, men arbeidet med redigering av den kan gjøres på et senere tidspunkt. Uklarheter og mangler kan man ringe til legen å få avklart, slik at prosedyren kan gjennomføres.

I studien til Sneyers, Laterre, Perreault et al. (2014) sier svært mange av helsepersonellet at de selv ikke hadde ønsket å bli utsatt for metoden daglig vekking. Rose et al. (2015) fant også ut at det var et betydelig antall av helsepersonellene som mislikte metoden, da den førte til ubehag for pasienten. Dette kan gi en forklaring på hvorfor bruken av daglig vekking ser ut til å være så lav. Som sykepleier lærer man om ikke-skadeprinsippet, som handler om at du skal påføre pasienter minst mulig ubehag og smerte (Nortvedt, 2021). Med de potensielle risikoene daglig vekking kan medføre, så kan det oppstå en følelse av at man kan gjøre mer skade en nytte. Daglig sedasjonsstopp kan påføre pasienten både smerte, ubehag og potensielt skade dersom pasienten skulle selv-ekstubere seg, eller blir så urolig eller aggressiv at det må utøves fysisk tvang overfor pasienten. Hvordan kan en utføre en slik behandling overfor pasientene, når man blir sittende med slike følelser og tanker?

Som tidligere nevnt så må man alltid ha med seg etikken inn i evidensbasert praksis. I dette tilfellet bør det tenkes litt på konsekvensetikken. Konsekvensetikken er opptatt av at en handling er rett når den fører til det beste resultatet eller konsekvenser for flest mulig av de berørte parter (Nortvedt, 2021). Daglig vekking bidrar til kortere tid på respirator og kortere sykehusopphold (Chen et al., 2022; Kallet et al., 2018; Kayir et al., 2018; Mehta et al., 2012). Pasienter som har fått utført daglig vekking mens de var innlagt på sykehus har også lavere insidens for utvikling av posttraumatisk stressyndrom (PTSD) og angst (Kress et al., 2003).

For pasienten sin del vil det å være selvpustende fjerne risikoen for barotraumer, minske risikoen for VAP, lette kommunikasjon og bidra til slimmobilisering for å nevne noe. Kortere sykehusopphold vil være en fordel for pasienten da det er lavere risiko for å pådra seg nosokomiale-infeksjoner, liggesår og mindre muskelatrofi. Pårørende kan lettere kommunisere med sin kjære, får pasienten raskere hjem og risikoen for at de skal utvikle PTSD blir lavere. For sykepleierne kan dette minske prosedyrer og rutiner som må utføre i forhold til kunstig luftvei og respiratorbehandling. En mer våken pasient kan bidra mer i stell og mobilisering, noe som vil spare sykepleierens kropp for belastning. For samfunnet vil det være kostnadsbesparende når det blir færre liggedøgn og en kan gå ned på medisinbruken ved å stoppe eller kraftig redusere sedasjonsinfusjoner, redusere tilfeller med VAP, redusere antibiotikabruk, minske antall tilfeller med sengeleie-komplikasjoner, det kan føre til mindre bruk av beroligende legemidler/antidepressiva samt mindre behov for oppfølging hos psykolog for å nevne noe.

Slik jeg ser det må vi nok tenke mer på konsekvensetikken og se det store bildet. Vi må se på alt det positive daglig vekking kan føre med seg på lang sikt. For å få pasienten av respiratorbehandling så er det ikke til å unngå å påføre pasienten smerter eller ubehag, under prosessen mot ekstubering. Daglig vekking kan være et stort steg mot ekstubasjon. Smerter kan delvis unngås ved å administrere smertestillende i forkant av vekkeforsøket, men ubehag vil pasienten med stor sannsynlighet oppleve.

Forhold på arbeidsplassen

Resultatene i studien viser at utformingen og størrelsen på avdelingen og pasientrommet kan gjøre daglig vekking utfordrende (Kydonaki et al., 2019). Forklaringen på dette er at det blir utfordrende å få kontakt med kollegaene sine. På en avdeling med bare enerom, medisin-teknisk utstyr som surrer eller piper, så hører du kanskje ikke en gang om din kollega snakker i naborommet. Kanskje om du roper blir du hørt. Men du føler deg ikke helt sikker på det heller der du står helt alene på rommet og muligens ikke har en kollega i rommet ved siden av.

DeGuzman og Wayner (2014) så også på organisatoriske strukturelle forhold i sitt arbeid, men de fant ingen sammenheng med utforming av avdeling og utførelse av daglig vekking.

Jeg ble fortalt av en kollega at daglig vekking hadde vært mye i bruk for noen år tilbake siden på sykehuset. Den gangen da de var på den gamle avdelingen hvor det lå flere pasienter på

samme stue. Etter at avdelingen ble flyttet til en ny fløy i nye lokaler med ene-rom, så forsvant denne rutinen. Jeg tror forklaringen på dette kan være nettopp en helt annen utforming på avdelingen som fører til at hver og en står og jobber stort sett alene, og det er ingen kollega i umiddelbar nærhet til å hjelpe. Så utforming kan nok ha noe å si.

Selv om en avdeling er ny-bygget eller av eldre årgang, vil det alltid være noen utfordringer for dem som jobber i den. Hvordan avdelingen er utformet, kan en ikke få gjort noe med. Den beste løsningen på dette området vil trolig være å flytte pasienten nærmere arbeidsstasjonen, legekontoret eller pauserommet for å være i nærhet til annet personale og å ha en alarm i umiddelbar nærhet til pasientsengen, for å nevne noe.

5.3 Usikkerhet knyttet til metoden

Kontraindikasjoner

I resultatene fremkommer det at det er stor usikkerhet rundt hva som er de absolutte kontraindikasjonene for å utføre daglig vekking (DeGuzman & Wayner, 2014; Kydonaki et al., 2019; Miller et al., 2012; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014). Alle de nevnte artiklene ovenfor oppgir ulike kontraindikasjoner for å utføre daglig sedasjonsstopp. Det er vanskelig å vite hva som er de absolutte kontraindikasjonene, ettersom det oppgis så mange ulike.

To studier nevner høyt intrakranielt trykk, ustabil hemodynamikk og **ARDS** som kontraindikasjoner (Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014; Sneyers, Laterre, Perreault, et al., 2014). Daglig vekking og spontane pusteforsøk på ARDS pasienter viste seg i Kallet et al. (2018) sin studie å ha positive resultater. De fikk både redusert tid på ventilator, samt at det var færre i denne gruppen som døde. Ut fra dette kan en tenke at dette ikke er en absolutt kontraindikasjon. Det bør defineres noen absolutte kontraindikasjoner, og det er noe legen bør ta stilling til ved ordinerer av daglig sedasjonsstopp.

Det er stor variasjon hos sykepleierne når det kommer til hvem de utfører daglig vekking på. En amerikansk studie fant bl.a. forskjeller i motivasjonen/villigheten til å utføre daglig vekking i forhold til alderen og kjønn hos pasienten. Noen sykepleiere har mye lavere terskel for å utføre daglig sedasjonsstopp enn andre. Her tenker jeg det burde vært gjort en sammenligning mellom sykepleiere som har en høy andel av utførte forsøk på daglig vekking sammenlignet med de som har få. For å se hvilke tilstander og verdier som faktisk fører til negativt eller positivt utfall, og om det lønner seg å være mer liberal med daglig

sedasjonsstopp-forsøk. Dette kunne ha bidratt til mer klarhet i hva som faktisk bør være kontraindikasjoner.

Hvorfor utføre daglig vekking?

Resultatene i studiene viser fem årsaker til å gjennomføre daglig vekking; redusere sedasjonsdosen, gjøre det mulig å utføre nevrologisk undersøkelse, ventilatoravvenning, redusere lengden på intensivoppholdet eller for å vurdere smerter og ubehag (Miller et al., 2012). Uenigheter rundt hva som er den viktigste årsaken til å utføre daglig vekking gir ulik personlig motivasjon til å gjennomføre daglig vekking, og kan ha en påvirkning på hvor vidt man lykkes (Miller et al., 2012).

Vurdering av smerter hos pasienter er en grunnleggende oppgave hos sykepleiere (Elliott & Aitken, 2019). Selv om dette er en viktig lege- og sykepleieoppgave, så ser det ut som at det ikke gjøres eller prioriteres så mye. Ifølge Elliot & Aitken (2019) smerte-vurderes kun halvparten (det er i hvertfall det som blir dokumentert). Mange intuberte pasienter på intensiv opplever smerter, selv om de mottar analgetika (Peitz et al., 2013). En studie som så på tegn til smerter og ubehag hos terminale pasienter (hvor det er stort fokus på smertelindring og å lindre ubehag), så tegn til dette hos halvparten (Robert et al., 2020). Slik jeg tolker disse funnene, så er ikke sykepleiere så gode til å tolke og vurdere smerter, som en skulle tro. Å bruke årsaken for å vurdere smerter og ubehag som argument for å utføre daglig vekking, vil trolig være lite motiverende for sykepleieren. Dette fordi de fleste sykepleiere mener de er gode på å vurdere smerte og ubehag hos pasienten sine og mange er nok ikke klar over hva forskningen som nevnt ovenfor sier.

Hvor viktig er det egentlig å definere hvilken årsak som ligger til grunn for å utføre daglig vekking? Jeg tenker kanskje heller at metoden må selges inn på en bedre måte overfor de ansatte. Å kunne vekke pasienten er positivt, og et tegn på at pasienten er i bedring og på rett vei i behandlingen. Daglig vekking bør ses på som en del av respiratoravvenningen, som et ledd i sedasjons-nedtrappingen og ikke minst som et forebyggende tiltak mot PTSD og post-intensive care syndrome (PICS). Dette vil også ha kortsiktige positive utfall, i form av å gjøre det mulig å kommunisere med pasienten, gjøre en nevrologisk vurdering/undersøkelse samt vurdere smerte og ubehag hos pasienten på en mer presis måte. Det er først når pasienten er bevisst, vi kan klare å lokalisere eksakt hvor pasienten har vondt eller opplever ubehag, da det kun er pasienten selv som vet dette.

Manglende erfaring eller opplæring med metoden

I studiens resultater kommer det frem at manglende kjennskap til metoden daglig vekking eller manglende opplæring med den, begrenser bruken av daglig vekking (Kydonaki et al., 2019; Sneyers, Laterre, Bricq, et al., 2014).

Kydonaki et al. (2019) begrunner dette delvis med mangel på utdanning innenfor sedasjon og smertelindring, noe som fører til intensivsykepleiere som er mindre forberedt på utfordringer relatert til sedasjon og smertelindring. Sneyers, Laterre, Bricq et al. (2014) fant at nesten alle intervju-deltagerne manglet grunnkunnskaper i forhold til sedasjon. De rapporterte manglende tilgang på informasjon vedrørende sedasjon-praksis og manglende kunnskapsoverføring i praksis. Overlegene rapporterte at de feilet i å gi opplæring til sykepleierne .

Barker (2013) skriver bl.a. en av utfordringene med evidensbasert praksis er at sykepleierne nettopp ikke er kjent med nyeste evidens. Kanskje vet sykepleiere ikke hvor de skal finne nyeste evidens og kanskje skylder de på at det ikke er tid til å lete etter det. Utfordringen ligger nok mer grunnleggende i sykepleierne. Sykepleiere blir lært til å stole på sin intuisjon, tradisjon og lokale prosedyrer (Barker, 2013). Jordan et al. (2016) sine funn underbygger nettopp dette. Ingen av respondentene ville basere sin kliniske beslutning på evidens. Majoriteten ville basere sin beslutning på hva de hadde lært under utdanningen, tradisjonell praksis, intuisjon og hva de hadde blitt lært på avdelingen. Med andre ord er kanskje ikke sykepleiere så villige til å endre praksisen til nyeste evidens, slik som man kanskje skulle tro. Dette forklarer også hvorfor det tar ca. 17 år å implementere ny kunnskap i praksis (Sneyers et al., 2016). For å få en endring på dette så tenker jeg det allerede på grunnutdanningen må rettes mer fokus mot nyeste evidens. Sykepleiere må bli gjort oppmerksom på at en skal jobbe innenfor et felt som er i kontinuerlig endring, og at det en lærer på skolen eller i praksis ikke nødvendigvis er gjeldene praksis om noen år. Det bør oppmuntres til å gjennomføre litteratursøk fra skolens side, og på arbeidsplassen bør det settes av mer tid til fagutvikling. Slik vil det kunne bli mer naturlig og lettere å endre dagens praksis, slik at ny evidens implementeres i praksis.

6 Konklusjon

Intensivmedisin er i en løpende utvikling. Når bruken av daglig vekking først ble kjent på begynnelsen av 2000-tallet, var det vanlig å bruke dyp sedasjon og forskningen som ble utført på den tiden sammenlignet daglig vekking med nettopp dyp sedasjon. I løpet av de siste årene

har det tilkommet ny forskning og andre hjelpemidler som har vist seg å ha gode resultater. Nå er det mer fokus på å ha en mer våken pasient og å bruke så lite sedasjon som nødvendig. Sedasjonsprotokoll er et hjelpemiddel som er blitt tatt mer og mer i bruk de siste årene for å forbedre sedasjonshåndteringen. Noen avdelinger bruker ingen sedasjon på dagtid, og pasient-administrert sedasjon er også under utprøving hos mekanisk ventilerte pasienter. Det kan derfor virke som om det er andre prosedyrer som er på vei til å erstatte daglig vekking.

Det er mange potensielle utfordringer når det kommer til bruken av daglig vekking. I denne studien har jeg sett på hva sykepleiere på intensiv erfarer, opplever og hva de synes er utfordrende med daglig vekking. Studien viser at det er utfordringer som dreier seg om selve pasienten, sykepleieren sin kapasitet, mangel på samarbeid, sykepleieren sine følelser og oppfattelse av daglig vekking, samt usikkerhet rundt selve metoden. I studien fremkommer det forslag på tiltak som kan iverksettes på enkelte problemområder, mens noen feiloppfatninger blir avkreftet ved hjelp av annen forskning.

Evidensbasert praksis er ikke så enkelt å forholde seg til når man jobber med syke og sårbare mennesker. Intensivpasienter er en komplisert og sårbar pasientgruppe. Problemstillingen(e) til hver og en pasient er komplekse og sammensatte. Som man kan se i denne studien så er det mange ulike formeninger om hvem som egner seg til denne metoden og hva som er kontraindikasjonene mot å bruke den. Daglig vekking vekker mange følelser hos sykepleierne som er med på å utføre den, og mange synes det er krevende å måtte stå i en slik situasjon.

Implementering av forskning i praksis byr på utfordringer. Ved å være for opptatt av å forholde seg til nyeste evidens, risikerer en å ikke se individet og dermed gi en behandling som pasienten ikke egentlig egner seg til. En må ikke glemme etikken når en jobber evidensbasert. Mange tar det for gitt at dersom man implementerer evidens fra forskningen i praksis, vil man gjenskape resultatene fra forskningen og slik skape en bedre praksis. Det fungerer sjeldent slik.

Implementere av ny evidens er en ganske lang prosess, det tar ca. 17 år. I mitt tilfelle med metoden daglig vekking, så oppsto den for 22 år siden. Kanskje rakk man ikke en gang å implementere metoden skikkelig i praksis, før man så at det var andre metoder med mindre risiko som var på vei til å gjøre sin anmarsj. Eller kanskje har daglig vekking ikke vært brukt lenge nok, til at vi har klart å se hvor mye man kan klare å utrette ved å benytte seg av metoden.

Studien viser hvor viktig det er å utføre daglig vekking, med tanke på å få pasienten raskere av respiratorbehandlingen, raskere ut fra intensivavdelingen og å minimere risikoen for PTSD og PICS. Det er mye ved daglig vekking som kan oppleves som vanskelig og utfordrende og for mange kan metoden virke skremmende og risikabel å utføre. Studien viser at ved hjelp av god planlegging og en godt forberedt og motivert sykepleier, så kan daglig vekking gjennomføres på en så kontrollert og trygg måte som mulig.

6.1 Betydning for praksis

Studien kan bidra i form av bevisstgjøring hos sykepleiere på intensiv når det kommer til bruken av metoden daglig vekking. Oppgaven bringer frem flere viktige elementer som det må tas hensyn til før man setter i gang med et forsøk på vekking. Ved å legge en god plan i forkant, kan metoden oppleves tryggere for sykepleieren. Håpet mitt med denne oppgaven er at sykepleiere på intensiv skal få øynene opp for daglig vekking igjen. Ved å bli oppmerksom på metodens positive sider og hvor viktig den er i det lange løp, kan den føre til økt motivasjon hos sykepleierne. Forhåpentligvis vil denne oppgaven bidra til at den enkelte sykepleier ser hvilke tiltak og endringer den kan bidra med, slik at daglig sedasjonsstopp kan oppleves mest mulig trygt for sykepleieren. Jeg håper også noen ser behovet for å utarbeide en ny protokoll for daglig vekking, og tar initiativ til å sette i gang med dette arbeidet.

6.2 Videre forskning

Grunnet tidsbegrensningen på denne oppgaven er det flere områder vedrørende daglig vekking jeg ikke har hatt tid til å se på. Jeg tenker det vil være hensiktsmessig å gjennomføre forskning på pasienter som har vært igjennom daglig vekking, for å undersøke hvordan de opplevde å bli vekket på den måten. Dette vil kunne bekrefte eller avkrefte de oppfatninger som helsepersonell har vedrørende pasientens opplevelse under vekkeforsøket.

Tenker også det vil være interessant å gjøre en studie som ser på hvordan pasienter som bare har mottatt analgetika i forbindelse med respiratorbehandling, syntes dette var. Slik som Odense praktiserer det. Dette virker meget gunstig med tanke på at dette reduserer kraftig bruken av anestetika, og dermed potensielt kunne redusere tid på ventilator og redusere lengden på intensivoppholdet enda mer sammenlignet med bl.a. daglig vekking og ved bruk av sedasjonsprotokoll.

Tidligere forskning viser at implementering av EBP er utfordrende. Forbedringsteamet på UNN sa i sin undervisning at kun 20-30% av de endringene man forsøker å implementere i

praksis blir implementert og Sneyers sier det tar 17 år implementere ny kunnskap. Det hadde etter min mening vært interessant med en studie som sammenligner sengeposter som har klart å implementere nye prosedyrer på mellom 5-10 år f.eks. Hensikten vil være å se hvilke faktorer som ser ut til å være nøkkelen for å lykkes med implementeringen (et av kriteriene må være at prosedyren også er i bruk fem år etterpå). Å sammenligne sengeposter ser jeg som mest hensiktsmessig fordi det er mange ansatte å forholde seg til, mange steder stor turnover og varierende pasientgrunnlag. Forholdene er på mange måter lik intensivavdelingene sine.

6.3 Metodediskusjon

Ut fra min problemstilling; Hvilke utfordringer fører til begrenset bruk av daglig vekking på mekanisk ventilerte pasienter på intensivavdelinger?, var det hensiktsmessig å gå for en litteraturstudie slik jeg ser det. Etersom jeg var interessert i helsepersonell sin opplevelse, valgte jeg å se på studier med kvalitativt design, siden denne metoden best besvarer forskningsspørsmål som handler om erfaringer eller opplevelser på et bestemt område.

En annen metode som fint kunne ha vært benyttet i mitt tilfelle ville ha vært å utføre fokusgruppeintervju, med sykepleiere på intensiv. Resultatene ville ha hatt stor generaliserbarhet siden studien ville ha blitt utført i samme land som den ville ha blitt publisert i, resultatene ville også ha vært meget relevant i forhold til norsk praksis. Jeg så det ikke som mulig å gjennomføre en slik type studie ettersom jeg skriver alene og det var såpass kort tid å skrive på.

Når jeg gjennomførte litteratursøkene, fant jeg flere studier med kvantitativ metode. De hadde mange interessante funn, som jeg tenker er meget relevante innenfor dette temaet. Dermed kunne en mixed method ha vært aktuell i dette tilfellet, men jeg ville ha vært nødt til å formulere problemstillingen. Hvis jeg f.eks. hadde sett på hvilke faktorer som påvirker bruken av daglig vekking, kunne jeg ha fått svar på dette med en mixed method.

6.4 Styrker og svakheter med studien

Oppgaven bærer preg av at jeg ikke har hatt så god tid på å skrive. Den har blitt skrevet på så vidt over fire måneder, samtidig som jeg har jobbet nærmere fulltid i ny jobb.

Grunnet tidsbegrensning på oppgaven, har jeg kun prioritert å gjøre strukturerte søk i to databaser. Det har også vært søkt i tre andre databaser, men da ustrukturert. Dermed er det en sannsynlighet for at jeg kan ha gått glipp av relevante studier. Jeg har kun benyttet meg av publisert materiale, noe som også kan ha begrenset mine funn. Det skal sies det har vært

utfordrende å finne nok forskning på emnet, som har benyttet seg av kvalitativ metode. Jeg fikk derfor hjelp av bibliotekar på UiT til å gjennomføre litteratursøk, for å forsikre meg om at jeg fant mest mulig relevant litteratur på temaet.

De inkluderte artiklene baserer seg stort sett på forskning utenfor norden. I flere av artiklene fortelles det at det er en utfordring å utføre daglig vekking og å ha lettere sederte eller helt våkne pasienter, grunnet bemanning. Jeg forstår det slik at sykepleierne i mange land har ansvar for flere intensivpasienter på forskjellige rom samtidig, og at det derfor blir svært utfordrende å ha våkne pasienter. Dette da disse ofte krever hyppig eller kontinuerlig tilsyn sammenlignet med dypt sederte pasienter.

I Norge er det ikke vanlig å ha ansvaret for flere intensivpasienter samtidig. Om man har ansvaret for to intensivpasienter, så befinner de seg på samme rom. Det kan derfor tenkes at dette ikke er en like aktuell problemstilling her i Norge.

En styrke med denne studien er at jeg ikke har erfaring med å bruke daglig vekking selv. Dermed hadde jeg ikke så mange formeninger om hvorfor bruken av daglig vekking er så lav. Det er derfor mindre sannsynlig at jeg har påvirket resultatene i noes favør i form av bias.

Referanseliste

- Aksnes, K. (2020). *MeSH: Å finne gode søkeord*. Tidende.
<https://www.tannlegetidende.no/asset/2020/tannlegetidende-2020-142-3.pdf>
- Augustes, R. & Ho, K. M. (2011). Meta-analysis of randomised controlled trials on daily sedation interruption for critically ill adult patients. *Anaesthesia and Intensive Care*, 39(3), 401-409. <https://doi.org/10.1177/0310057X1103900310>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Azzam, M. A., Elngar, E. F., Touny, S. A. A., Shaffik, A. T., Hussein, M. H., Sabahy, K. A. & Kamhawy, G. A. (2019). Daily sedation interruption versus routine sedation in critically ill children: A systematic review and meta-analysis. *Egyptian journal of anaesthesia*, 35(1), 77-85. <https://doi.org/10.1080/11101849.2019.1673535>
- Barker, J. (2013). *Evidence-based practice for nurses* (2nd ed. utg.). Sage.
- Berry, E. & Zecca, H. (2012). Daily interruptions of sedation: a clinical approach to improve outcomes in critically ill patients. *Critical Care Nurse*, 32(1), 43-51.
<https://doi.org/10.4037/ccn2012599>
- Borkowska, M., Labeau, S., Schepens, T., Vandijck, D., Van de Vyver, K., Christiaens, D., Lizy, C., Blackwood, B. & Blot, S. I. (2018). Nurses' sedation practices during weaning of adults from mechanical ventilation in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 27(1), 32-42. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018959>
- Cabarrus College of Health Sciences. (2022, 17. mars). *Cabarrus College of Health Sciences Library: IOWA Model* Hentet 17. mars fra
<https://cabarruscollege.libguides.com/c.php?g=465666&p=5283295>
- CASP. (u.å). *CASP Checklists*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Chen, T. J., Chung, Y. W., Chen, P. Y., Hu, S. H., Chang, C. C., Hsieh, S. H., Wang, B. C. & Chiu, H. Y. (2022). Effects of daily sedation interruption in intensive care unit patients undergoing mechanical ventilation: A meta - analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Practice*, 28(2), e12948-n/a.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12948>
- Christiansen, B., Carlsten, T. C. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingspsykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien*, (2), 100-106.
<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/255913.pdf>
- DeGuzman, P. B. & Wayner, C. A. (2014). Nursing and organizational barriers to daily interruption of sedation in U.S. hospitals: A thematic review of the literature. *Clinical nursing studies*, 3(1), 55-61. <https://doi.org/10.5430/cns.v3n1p55>
- Egerod, I. (2016). Intensivsygepleje i et større perspektiv. I L. Langhorn, B. Schmidt & P. Dreyer (Red.), *Sygepleje på intensiv* (s. 259-274). Munksgaard.
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? . I L. I. Terum & H. Grimen (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 145-168). Abstrakt
- Elliott, R. & Aitken, L. (2019). Patient comfort and psychological care. I L. Atiken, A. Marshall & W. Chaboyer (Red.), *Critical care nursing* (4. utg., s. 137-170). Elsevier.
- Everingham, K., Fawcett, T. & Walsh, T. (2014). 'Targeting' sedation: the lived experience of the intensive care nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 694-703.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12058>
- Flynn Makic, M. B. (2014). Daily Sedation Interruption: Current State of the Science. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 29(6), 501-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.09.002>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & kultur.

- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.004>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=forskningsprotokoll>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Jordan, P., Bowers, C. & Morton, D. (2016). Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *The Southern African journal of critical care*, 32(2), 50-54. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2016.v32i2.253>
- Kallet, R. H., Zhuo, H., Yip, V., Gomez, A. & Lipnick, M. S. (2018). Spontaneous Breathing Trials and Conservative Sedation Practices Reduce Mechanical Ventilation Duration in Subjects With ARDS. *Respiratory Care*, 63(1), 1-10.
<https://doi.org/10.4187/respcare.05270>
- Kayir, S., Ulusoy, H. & Dogan, G. (2018). The Effect of Daily Sedation-Weaning Application on Morbidity and Mortality in Intensive Care Unit Patients. *Cureus*, 10(1), e2062-e2062. <https://doi.org/10.7759/cureus.2062>
- Kjær, L. K. & Holm, A. (2016). Patienten i respiratorbehandling II. Langhorn, B. Schmidt & P. Dreyer (Red.), *Sygepleje på intensiv* (s. 101-131). Munksgaard.
- Kress, J. P., Gehlbach, B., Lacy, M., Pliskin, N., Pohlman, A. S. & Hall, J. B. (2003). The Long-term Psychological Effects of Daily Sedative Interruption on Critically Ill Patients. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 168(12), 1457-1461. <https://doi.org/10.1164/rccm.200303-455OC>
- 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.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200005183422002>
- Kydonaki, K., Hanley, J., Huby, G., Antonelli, J. & Walsh, T. S. (2019). Challenges and barriers to optimising sedation in intensive care: a qualitative study in eight Scottish intensive care units. *BMJ Open*, 9(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024549>
- Lauvsnes, M. & Konstante, R. (2015). Hvor stor bør en intensivavdeling være? *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 135(15), 1379-1381.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1616>
- Marik, P. E. (2015). *Evidence-Based Critical Care* (3. utg.). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Mehta, S., Burry, L., Cook, D., Fergusson, D., Steinberg, M., Granton, J., Herridge, M., Ferguson, N., Devlin, J., Tanios, M., Dodek, P., Fowler, R., Burns, K., Jacka, M., Olafson, K., Skrobik, Y., Hébert, P., Sabri, E. & Meade, M. (2012). Daily Sedation Interruption in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients Cared for With a Sedation Protocol: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 308(19), 1-8.
<https://doi.org/10.1001/jama.2012.13872>
- Miller, M. A., Bosk, E. A., Iwashyna, T. J. & Krein, S. L. (2012). Implementation challenges in the intensive care unit: The why, who, and how of daily interruption of sedation. *Journal of Critical Care*, 27(2), 218.e211-218.e217.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.11.007>

- Nassar, J. A. P. & Park, M. (2016). Sedation protocols versus daily sedation interruption: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 28(4), 444-451. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160078>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Ykesetiske retningslinjer* Hentet 05.01.22 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke : innføring i sykepleieetikk* (3. utgave. utg.). Gyldendal.
- NSFLIS. (2017, 20. september). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCkwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- Opdahl, H. (2018). *Sedasjon*. <https://sml.snl.no/sedasjon>
- Peitz, G. J., Balas, M. C., Olsen, K. M., Pun, B. T. & Ely, E. W. (2013). Top 10 Myths Regarding Sedation and Delirium in the ICU. *Critical Care Medisin*, 41(9 Suppl 1), S46-S56. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a168f5>
- Redden, P. H. & Evans, J. (2014). It takes teamwork... the role of nurses in ICU design. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(1), 41-52. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000004>
- Robert, R., Le Gouge, A., Kentish-Barnes, N., Adda, M., Audibert, J., Barbier, F., Bourcier, S., Bourenne, J., Boyer, A., Devaquet, J., Grillet, G., Guisset, O., Hyacinthe, A.-C., Jourdain, M., Lerolle, N., Lesieur, O., Mercier, E., Messika, J., Renault, A., Vinatier, I., Azoulay, E., Thille, A. W. & Reignier, J. (2020). Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: a post-hoc analysis of a multicenter study. *Intensive Care Medisin*, 46(6), 1194-1203. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05930-w>
- Roberts, R. J., de Wit, M., Epstein, S. K., Didomenico, D. & Devlin, J. W. (2010). Predictors for daily interruption of sedation therapy by nurses: A prospective, multicenter study. *Journal of Critical Care*, 25(4), 660.e661-660.e667. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.03.007>
- Rose, L., Fitzgerald, E., Cook, D., Kim, S., Steinberg, M., Devlin, J. W., Ashley, B. J., Dodek, P., Smith, O., Poretta, K., Lee, Y., Burns, K., Harvey, J., Skrobik, Y., Fergusson, D., Meade, M., Kraguljac, A., Burry, L. & Mehta, S. (2015). Clinician perspectives on protocols designed to minimize sedation. *Journal of Critical Care*, (30), 348-352. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.021>
- Rose, L. & Paulus, F. (2019). Ventilation and oxygenation management. I L. Aitken, A. Marshall & W. Chaboyer (Red.), *Critical care nursing* (4. utg., s. 493- 538). Elsevier.
- Samuelson, K. A. M., 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. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01702.x>
- Schmidt, B. & Juul, H. (2016). Intensivsykepleje. I L. Langhorn, B. Schmidt & P. Dreyer (Red.), *Sygepleje på intensiv* (s. 23- 39). Munksgaard.
- Schmidt, B., Kjær, L. K. & Jappe, A.-S. (2016). Observation og monitorering. I P. Dreyer, B. Schmidt & L. Langhorn (Red.), *Sygepleje på intensiv* (s. 81-199). Munksgaard.
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P. & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338-1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Sharma, S., Hashmi, M. F. & Valentino III, D. J. (2021). Sedation Vacation in the ICU. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513327/>

- Sneyers, B., Henrard, S., Laterre, P. F., Perreault, M. M., Beguin, C., Wouters, D., Speybroeck, N. & Spinewine, A. (2016). Predictors of clinicians' underuse of daily sedation interruption and sedation scales. *Journal of Critical Care*, 38, 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.021>
- Sneyers, B., Laterre, P. F., Bricq, E., Perreault, M. M., Wouters, D. & Spinewine, A. (2014). What stops us from following sedation recommendations in intensive care units? A multicentric qualitative study. *Journal of Critical Care*, 29(2), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.11.004>
- Sneyers, B., Laterre, P. F., Perreault, M. M., Wouters, D. & Spinewine, A. (2014). Current practices and barriers impairing physicians' and nurses' adherence to analgo-sedation recommendations in the intensive care unit - a national survey. *Critical Care*, 18(6), 655-655. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0655-1>
- Språkrådet. (2021, 14. januar). *Intensiv overvåking, intensivavdeling, intensivbehandling*. <https://www.sprakradet.no/Sprakarbeid/Terminologi/koronaterminologi/intensiv-overvaking-intensivavdeling-intensivbehandling/>
- Strøm, T. D., Martinussen, T. P. & Toft, P. P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet*, 375(9713), 475-480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62072-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62072-9)
- Tingsvik, C., Johansson, K. & Mårtensson, J. (2015). Weaning from mechanical ventilation: factors that influence intensive care nurses' decision-making. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/nicc.12116>
- Toft, P., Olsen, H. T., Jørgensen, H. K., Strøm, T., Nibro, H. L., Oxlund, J., Wian, K.-A., Ytrebø, L. M., Kroken, B. A. & Chew, M. (2014). Non-sedation versus sedation with a daily wake-up trial in critically ill patients receiving mechanical ventilation (NONSEDA Trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 15(1), 499-499. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-499>
- UiA. (2022). *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*. <https://mesh.uia.no/>
- Vet, N. J., de Wildt, S. N., Verlaat, C. W. M., Knibbe, C. A. J., Mooij, M. G., van Woensel, J. B. M., van Rosmalen, J., Tibboel, D. & de Hoog, M. (2016). A randomized controlled trial of daily sedation interruption in critically ill children. *Intensive Care Medicine*, 42(2), 233-244. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4136-z>
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L. & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15-24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>
- World Medical Association. (2018, 9. Juli). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yılmaz, C., Girgin, N. K., Özdemir, N. & Kutlay, O. (2010). The effect of nursing-implemented sedation on the duration of mechanical ventilation in the ICU. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 16(6), 521-526. <https://dx.doi.org/>

Vedlegg 1, Oversikt over litteratursøk

Database	Dato	Søkeord	Antall treff
PubMed	09.03.22	<p>1. Intensive Care Units (MeSH) <i>OR</i> Critical Care Nursing (MeSH) Fra 2010-2022</p> <p>2. Sedation (Title/Abstract)</p> <p>3. #1 <i>AND</i> #2</p> <p>4. Predictors <i>OR</i> Experience <i>OR</i> Challenges <i>OR</i> Barriers (All text)</p> <p>5. #3 <i>AND</i> #4</p> <p>6. Interview* (All text)</p> <p>7. #5 <i>AND</i> #6</p> <p>8. Qualitative research <i>OR</i> Qualitative study <i>OR</i> Qualitative design (All text)</p> <p>9. #5 <i>AND</i> #8</p> <p>10. Qualitative research <i>OR</i> Qualitative study <i>OR</i> Qualitative design <i>OR</i> Interview* (All text)</p> <p>11. #5 <i>AND</i> #10</p>	<p>57.601</p> <p>43.941</p> <p>1.698</p> <p>2.564.508</p> <p>341</p> <p>443.361</p> <p>42</p> <p>263.138</p> <p>47</p> <p>597.297</p> <p>62</p>
Cinahl	28.03.22	<p>1. Nurse <i>OR</i> Nurses <i>OR</i> Nursing Staff <i>OR</i> Health Care Professional (All text) Fra 2010-2022</p> <p>2. Barriers <i>OR</i> Obstacles <i>OR</i> Challenges <i>OR</i> Difficulties <i>OR</i> Issues <i>OR</i> Problems (All text) Fra 2010-2022</p> <p>3. #1 <i>AND</i> #2</p> <p>4. Sedation (All text) Fra 2010-2022</p> <p>5. #3 <i>AND</i> #4</p> <p>6. Critical Care <i>OR</i> Intensive Care <i>OR</i> ICU (All text) Fra 2010-2022</p>	<p>492.856</p> <p>636.333</p> <p>86.989</p> <p>11.277</p> <p>234</p> <p>106.835</p>

		7. #5 AND #6	118
--	--	--------------	-----

Vedlegg 2, CASP sjekkliste

Systematic Review

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' In terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes

Can't Tell

No

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
 - what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Vedlegg 3, Kvalitetsvurdering av artikler

Artikkel	Kvalitet	Svakheter	Styrker
DeGuzman & Wayner (2014)	4 av 10 på sjekklisten for oversiktsartikler. Moderat kvalitet.	Store mangler når det kommer til kritisk vurdering av de inkluderte artiklene. Mangler informasjon om hvilke sjekklister som er brukt, analysemetode. Vanskelig å vurdere resultatene pga. blanding av kvalitative og kvantitative studier? Kun brukt en database.	Har benyttet seg av ni artikler.
Everingham et al. (2014)	8 av 10 Ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet. (Det er ikke beskrevet om forskningen ble forklart for deltagerne, eller om det ble avdekket etiske problemstillinger underveis. Det er ikke utført triangulering eller lignende eller gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene.)	Intervjuene foregikk på pasientrom, med pasient tilstede. Forskeren har selv tilknytning til avdelingen.	18 intervju-objekter bestående av både kvinner og menn. Mange utsagn blir representert. Forskeren har selv tilknytning til avdelingen. (kan ha ført til at noen har åpnet seg opp mer)
Kydonaki et al. (2019)	7 av 10 på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet. (uklart spørsmål 4, nei nr. 6, nr. 10 uklart)	Utvalgsstrategi mangler. Har det vært frivillig? Flere bidragsytere som har hatt stor innvirkningen på studien. Referert til med forkortelser, slik at u.t. ikke kan avgjøre om det er private aktører eller enkelpersoner. Kan de ha hatt en personlig agenda?	Mange intervjuobjekter, med god størrelse på fokusgruppene og variabel erfaring hos intervjuobjektene. Mange eksempler som underbygger funnene. Fokuserer på mekanisk ventilerte intensivpasienter.
Miller et al. (2012)	9 av 10 Ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet. (Kan ikke se at forskerne har evaluert sin egen bias og påvirkning på prosessen. Skrives noe	Få deltagere, 21 stk. Totalt. Bare åtte av dem er sykepleiere.	Får godt frem hva som oppfattes som utfordrende med bruken av daglig vekking.

	om dette, men ikke fullkomment)		
Sneyers et al. (2014)	8 av 10 Ja på sjekklisten for kvalitativ forskning. Høy kvalitet. (Kan ikke se at forskerne har vurdert sin egen rolle, eller vurdert etiske forhold, punkt 7).	Sykepleierne utgjør bare halvparten av intervjuobjektene. I resultat delen skilles det ikke mellom de ulike yrkesgruppene.	Intervjuobjektene har mellom 2-20 års erfaring. Mange utsagn blir representert. Metode delene er godt beskrevet.

Vedlegg 4, Dataekstraksjonsmatrise

Tittel	Forfatter	Årstall	Hensikt	Metode	Funn
Nursing and organizational barriers to daily interruption of sedation in U.S. hospitals: A thematic review of the literature. Land: USA, Danmark, Australia	DeGuzman & Wayner	2014	Forstå hvordan sykepleie og organisatoriske barrierer kan påvirke overholdelse av daglig vekking-protokoller i amerikanske sykehus.	Review	Organisatoriske strukturer påvirker ikke bruken av DSI på verken sykehus eller avdelingsnivå. En av de største barrierene til DSI er mangel på aksept fra sykepleierne til protokollen. Uenigheter rundt hvorfor man utfører DSI. Mangel på konsensus rundt årsaker til hvorfor pasienter er uegnet for DSI. Fare for autoseponering av livsviktig utstyr var en stor barriere til å utføre DSI. En mer samarbeidende kultur kan være nødvendig for å påvirke dagens sedasjons-praksis. Gapet mellom evidens og praksis kan skyldes mangel på utdanning

					hos sykepleierne samt erfaring.
<p>Targeting sedation: the lived experience of the intensive care nurse.</p> <p>Land: Skottland</p>	<p>Everingham et al.</p>	<p>2014</p>	<p>Undersøke sykepleiere på intensiv sin erfaring rundt sedasjonsbehandling, spesielt implementering av sedasjonsstopp som et middel for å oppnå en mer våken pasient.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Sykepleierne opplever den nye måten å håndtere sedasjon på som utfordrende, da den truer deres faglige forpliktelse og ønske om å kunne yte helhetlig pleie og omsorg til pasientene sine.</p> <p>Flere uttrykker utfordringen ved å skulle utføre sedasjonsstopp, da de ikke bare kan se på de langsiktige positive utfallene men også må se på de kortsiktige konsekvensene for pasienten.</p> <p>Å skulle utføre sedasjonsstopp krever planlegging og det er flere overveielser som må tas, før sykepleieren kan sette i gang dette. Dette dreier seg bl.a. om arbeidsoppgaver den enkelte har og bemanning generelt i avdelingen.</p> <p>Agitasjon hos pasientene, var en stor bekymring og utfordring for sykepleierne. Agitasjon medførte frykten for uønskede hendelser, spesielt selv-ekstubasjon. Sykepleiere som hadde erfart at pasienten ekstuberte seg selv, hadde en tendens til å klandre seg selv for det som skjedde selv om det kanskje ikke var uunngåelig.</p>
<p>Challenges and barriers to optimising sedation in intensive care: a qualitative study</p>	<p>Kydonaki et al.</p>	<p>2019</p>	<p>Undersøke klinikers oppfatninger rundt utfordringer i forhold til optimal sedasjon, i forbindelse med et</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Sedasjonspraksisen er i nærmest kontinuerlig endring, og mange av de som jobber i intensivfeltet har måttet tilpasse seg til nye</p>

<p>in eight Scottish intensive care units.</p> <p>Lan: Skottland</p>			<p>kvalitetsforbedringsprosjekt.</p>		<p>metoder og anbefalinger underveis i sin karriere.</p> <p>Det er flere pasientgrupper som er utfordrende når det kommer til sedasjon og våkenhet. Her er det stor usikkerhet rundt hva som er best sedasjonspraksis og hvor vidt det er verdt eller trygt å ha dem våkne.</p> <p>Det er flere utfordringer på systemnivå som gjør det utfordrende å gi optimal eller følge anbefalt sedasjonsprosedyre, som bl.a. omgivelsene i intensivavdelingen (utformingen av pasientrommene og generelt avdelingen), organisatoriske faktorer som bemanning og mangel på utdanning eller erfaring hos personellet. Mangel på helsepersonell og økt arbeidsbelastning fører til at daglig vekking ikke blir prioritert. Sykepleierne savner støtte fra kollegaene når det kommer til sedasjons-håndtering.</p> <p>Helsepersonellet finner det utfordrende å skulle forholde seg til minst mulig sedasjon, når pasienten er agitert eller vanskelig å sedere.</p>
<p>Implementation challenges in the intensive care unit: The why, who, and how of daily interruption of sedation.</p> <p>Land: USA</p>	<p>Miller et al.</p>	<p>2012</p>	<p>Å søke/finne barrierer tilknyttet daglig vekking.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Funn: Det var fem grunner til at de utførte DSI:</p> <p>- For å redusere den totale sedasjonen.</p>

					<p>- Som en del av tilrettelegging for ventilatoravvenning.</p> <p>- For å kunne utføre en nevrologisk undersøkelse.</p> <p>- Som et ledd i reduksjon av lengden på intensivoppholdet.</p> <p>- For å kunne vurdere pasientens opplevelse av smerte, ved å kommunisere direkte med pasienten.</p> <p>Alle var enige i at alle pasienter bør vurderes i forhold til om de er kandidater til å få utført DIS. Det var dog uenigheter rundt hvilke pasienter som kvalifisere til å få utført DSI. Hva er kontraindikasjonene for å utføre DSI</p> <p>Alle deltagerne var kjent med at de hadde en protokoll for DSI, men mange av deltagerne følte at det var behov for å avvike fra protokollen for å kunne tilpasse DIS til den enkelte pasienten. Mange syntes også det var vanskelig å vite hva som var et vellykket forsøk på DSI og hva målet med DIS evt. var.</p>
<p>What stops us from following sedation recommendations in intensive care units? A multicentric qualitative study.</p> <p>Land: Belgia</p>	Sneyers et al.	2014	<p>Utforske helsepersonells oppfatninger rundt sedasjonsanbefalningene.</p>	Kvalitativ	<p>Mangel på kunnskap og fortrolighet rundt sedasjonsanbefalningene hos intervjudeltagerne, fører til at de avviker fra rutinen eller ordinasjonen. Flere rapporterer at de frykter at bruken av sedasjonsprotokoll skal begrense deres egen kliniske vurdering på dette området.</p>

					<p>Tidligere negative erfaringer fra da man utførte anbefalt sedasjonsordinasjon, medfører redusert vilje til å følge en slik anbefaling/ordinasjon igjen.</p> <p>Utfordringer med selve sedasjonsprotokollen dreier seg om hva som er måloppnåelsen med bruken av disse, hvem har ansvaret for hva og uklarheter rundt hvordan man skal utføre anbefalingene.</p> <p>Når det gjelder daglig vekking er frykten for uønskede hendelser og mangel på kontraindikasjoner for bruken av dette de mest fremtredende årsakene.</p> <p>Økt arbeidsbelastning er en stor barriere til å bruke DSI.</p>
--	--	--	--	--	---

