

# **Avvänjning av patient från respirator**

## **- ur sjukskötarens perspektiv**

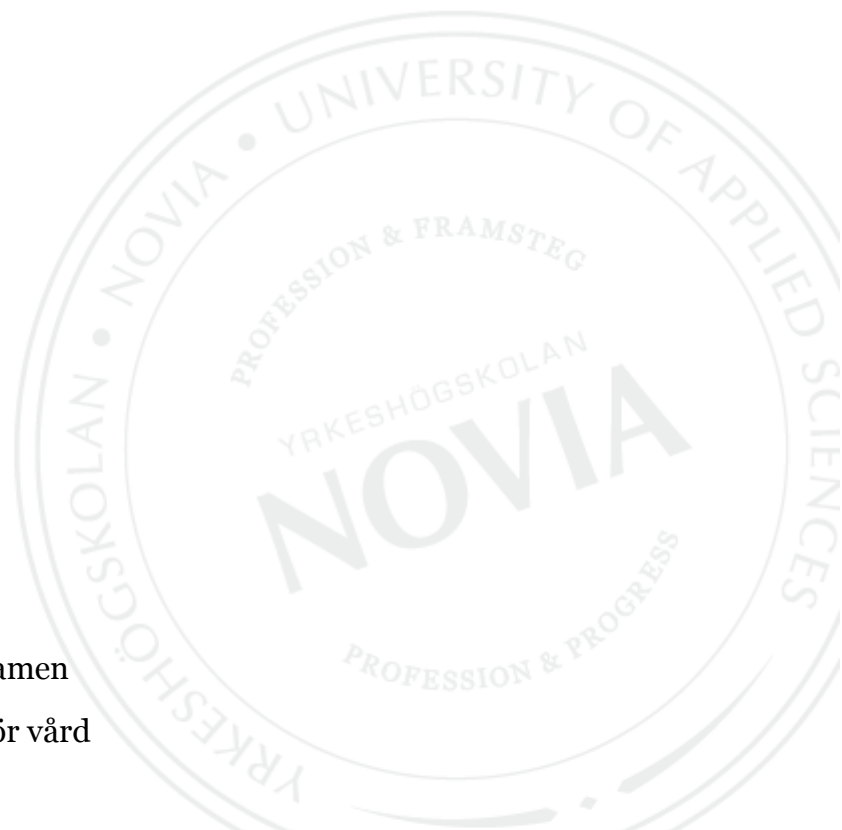
Heidi Puiras

Jonas Sandbacka

Examensarbete för YH-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



## EXAMENSARBETE

Författare: Heidi Puiras & Jonas Sandbacka  
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa  
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete  
Handledare: Lisen Kullas-Nyman

Titel: Avvänjning av patient från respirator  
– ur sjukskötarens perspektiv

---

Datum April 2011 Sidantal 42 Bilagor 4

---

### Sammanfattning

Syftet med detta examensarbete var att undersöka hur sjukskötaren upplever en avvänjning av en patient från respirator. Forskningsfrågorna var: Hur upplever sjukskötaren avvänjningen av en patient från respiratorn? Vilka kunskaper krävs av sjukskötaren för att hjälpa till vid avvänjningen från respirator? De teoretiska utgångspunkterna var Erikssons (1995) och Watsons (1993) tankar om etiskt ansvar samt Lindströms (1994), Erikssons (1986) och Segestens (1994) tankar om trygghet. Detta är ett beställningsarbete från en intensivvårdsavdelning på ett sjukhus i Finland. Undersökningen är kvalitativ och datainsamlingen utfördes med hjälp av enkäter. Dataanalysen genomfördes med hjälp av innehållsanalys. Resultatet tolkades mot de teoretiska begreppen samt speglades mot tidigare forskning.

Resultatet visar att sjukskötarens upplevelser av avvänjningen av en patient från respirator var olika beroende på arbetserfarenheten. Resultaten visade också att sjukskötaren har ansvaret över det praktiska under avvänjningen av patient från respirator. Detta kräver att sjukskötaren bland annat har kunskap om andningen, hemodynamiken samt respiratorn.

---

Språk: Svenska Nyckelord: respiratoravvänjning, trygghet, ansvar

---

Förvaras: Yrkehögskolan Novia & Thesus.fi

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Heidi Puiras & Jonas Sandbacka

Degree Programme: Health care

Specialization: Nursing

Supervisors: Lisen Kullas-Nyman

Title: Weaning a patient from a respirator  
– from a nurse perspective

---

Date	April 2011	Number of pages	42	Appendices	4
------	------------	-----------------	----	------------	---

---

### **Summary**

The aim of this study was to examine nurse experiencing of a weaning of patient from the ventilator. The research questions were: How do nurse experience weaning the patient from the respirator? What skills are required of a nurse to assist with weaning the patient from the ventilator? The theoretical approach was Eriksson's (1995) and Watson's (1993) ideas of ethical responsibility, and Lindström's (1994), Eriksson's (1986) and Segersten's (1994) thoughts on safety. This is a commissioned work from a critical care unit at a hospital in Finland. The study is qualitative and data collection was conducted using questionnaires. Data analysis was conducted using content analysis. The results were interpreted against the theoretical concepts as well as reflected in previous research.

The results shows that the nurse's experiences of weaning the patient from a respirator was different depending on work experience. The results also showed that the nurse has the responsibility of the practice during the weaning of the patient from a respirator. This requires the nurses in particular are aware of breathing, hemodynamic, and respirator.

---

Language: Swedish	Key words: weaning, safety, ethical responsibility
-------------------	--

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Heidi Puiras & Jonas Sandbacka  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoito, Vaasa  
Suuntautuminen/Syventävät opinnot: Hoitotyö  
Ohjaaja: Lisen Kullas-Nyman

Nimike: Potilaan vieroittaminen respiraattorista  
– sairaanhoitajan näkökulmasta

---

Päivämäärä Huhtikuu 2011 Sivumäärä 42 Liitteet 4

---

### Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten sairaanhoitaja kokee potilaan vieroittamisen respiraattorista. Tutkimuskysymykset olivat: Miten sairaanhoitaja kokee potilaan vieroittamisen respiraattorista? Mitä tietoja sairaanhoitaja tarvitsee auttaakseen potilaan vieroittamista respiraattorista? Teoreettinen viitekehys perustui Erikssonin (1995) ja Watsonin (1993) ajatuksiin eettisestä vastuusta, sekä Lindströmin (1994), Erikssonin (1986) ja Segestenin (1994) ajatuksiin turvallisuudesta. Tämä on erään Suomessa sijaitsevan teho-osaston tilaama tutkimus. Tutkimus on kvalitatiivinen ja tietojen hankkimiseen käytettiin kyselylomaketta. Tietoanalyysi tehtiin sisältöanalyysin avulla. Tuloksia verrattiin viitekehukseen ja aikaisempiin alan tutkimuksiin.

Tuloksissa kävi ilmi, että sairaanhoitajien kokemukset potilaan vieroittamisesta respiraattorista olivat riippuvaisia työkokemuksesta. Tulokset osoittivat myös, että sairaanhoitajalla on käytännöllinen vastuu potilaan vieroittamisesta respiraattorista. Tämä edellyttää sitä, että sairaanhoitaja on muun muassa tietoinen hengityksestä, hemodynamiikasta ja itse respiraattorista.

---

Kieli: Ruotsi Avainsanat: respiraattorista vieroittaminen, turvallisuus, vastuu

---

Arkistoidaan: Yrkeshögskolan Novia & Thesus.fi

# Innehåll

1	Inledning .....	1
2	Syfte och problemprecisering .....	2
3	Teoretiska utgångspunkter .....	2
3.1	Ansvar .....	3
3.2	Trygghet .....	4
4	Teoretisk bakgrund .....	5
4.1	Ventilation .....	5
4.2	Respirator .....	6
4.3	Intensivvårdsavdelning .....	8
5	Tidigare forskning .....	9
6	Undersökningens genomförande.....	16
6.1	Undersökningsgrupp .....	16
6.2	Undersökningsmetod .....	16
6.2.1	Datainsamlingsmetod .....	18
6.2.2	Dataanalysmetod .....	18
6.2.2.1	Innehållsanalys .....	19
6.2.2.2	Deskriptiv statistik .....	19
6.3	Undersökningens praktiska genomförande .....	20
7	Resultatredovisning .....	21
8	Tolkning .....	32
8.1	Tolkning mot teoretiska utgångspunkter .....	32
8.2	Tolkning mot tidigare forskningar .....	34
9	Kritisk granskning .....	38
9.1	Perspektivmedvetenhet .....	38
9.2	Intern logik .....	38

9.3	Etiskt värde .....	39
9.4	Struktur .....	40
9.5	Pragmatiska kriteriet .....	40
10	Diskussion .....	41

Litteratur

Bilagor

# 1 Inledning

Respiratorbehandling är en viktig del i vården av kritiskt sjuka och skadade patienter. Att avvänja patienter från respirator utgör en stor utmaning på intensivvårdsavdelningar. Varje försening i avvänjningsprocessen kan öka antalet komplikationer för patienten och leda till större kostnader samt ett ökat antal vård dygn.

Den viktigaste funktionen med respiratorbehandlingen är att ersätta patientens respiratoriska muskelfunktion. Det går ut på att färsk gas blåses in i lungorna med ett övertryck som kan förbättra gas utbytet och minska eller avlasta andnings arbetet. (Larsson & Rubertsson, 2005, 274)

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från en intensivvårdsavdelning på ett sjukhus i Finland. I examensarbetet kommer respondenterna att undersöka hur sjukskötaren upplever avvänjningen av en patient från respirator samt vilka kunskaper som krävs av sjukskötaren. Respondenterna har sedan tidigare arbetserfarenhet av prehospital sjukvård och har därmed intresse att fördjupa sig i detta ämne, som ger respondenterna en fördjupad kunskap inom respiratorvården.

På en intensivvårdsavdelning vårdas ofta patienter med svikt i vitala organ och då kan patientens mentala hälsa få en mindre betydelse. Därför är det viktigt att just den mentala hälsan observeras och bedöms. Blodtryck kan kontinuerligt övervakas och larm kan ställas in som signalerar ifall det går utanför gränserna. Det mentala tillståndet kan inte mätas på samma sätt. (Dybwik, 1997, 104-105)

## 2 Syfte och problemprecisering

Syftet med detta examensarbete är att utgående från aktuell forskning och litteratur samt en enkätundersökning analysera hur sjukskötaren upplever en avvänjning av en patient från respirator. Examensarbetet görs för att vara till hjälp i det dagliga arbetet för personal som arbetar med respiratorpatienter. Resultatet ska kunna ge en bild av nuläget samt förslag på förbättring och utveckling.

Problempreciseringen består av de frågor som kommer att styra hela examensarbetet:

1. Hur upplever sjukskötaren avvänjningen av en patient från respiratorn?
2. Vilka kunskaper krävs av sjukskötaren för att hjälpa till vid avvänjningen från respirator?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

På en intensivvårdsavdelning ställer de stora variationerna och den ibland pressade situationen höga krav på sjukskötaren. Patientens tillstånd kan snabbt förändras och då måste sjukskötaren kunna reagera snabbt.

Begreppet ansvar valde respondenterna att lyfta fram utgående från Watson (1993) vars teori om mänsklig omsorg betonar ansvaret att bevara det mänskliga, värdigheten och helheten hos självet, samt från Eriksson (1995) som beskriver det som ett inre ansvar, ett djupt personligt ställningstagande eller som ett yttre ansvar, en plikt.

Begreppet trygghet valde respondenterna att lyfta fram utgående från Lindström (1994) som identifierar fem dimensioner i trygghetsbegreppet: medvetenhets-



dimensionen, trosdimensionen, stabilitetsdimensionen, intimitetsdimensionen samt inre och yttre säkerhetsdimensionen, samt från Eriksson (1986) och Segesten (1994) som båda beskriver att trygghet kan indelas i inre trygghet och yttre trygghet.

### **3.1 Ansvar**

Etik innebär ansvar och det etiska ansvaret förs i den stund då man står ansikte mot ansikte med en annan människa. Eriksson (1995, 28) menar att vårdandets etik är en ansvarsetik där en närmare studie visar att olika synvinklar på ansvar framträder. Ansvaret kan uppfattas på två olika sätt; som ett inre ansvar, ett djupt personligt ställningstagande eller som ett yttre ansvar, en plikt. Det inre ansvaret medför att man går in i en vårdrelation, ett möte mellan människor, som kräver att man ger något av sig själv. Det yttre ansvaret framhåller att man ansvarar för något bestämt, som är upplagt enligt regler eller direktiv. Detta ansvar kan slutföras utan någon djupare personligt inblandning, även om detta givetvis inte är uteslutet.

Om man ser ansvaret som en skyldighet innebär det att man uppfattar sig som ansvarig för något, som en förpliktelse. Man kan dra paralleller mellan ansvarstagande och ett yttre ansvar medan det i begreppet skyldighet finns både en yttre och en inre sida. I ansvar som förbindelse eller förpliktelse kommer den inre sidan klart fram, alltså ansvaret som ett mellanmänniskt möte. I detta finns löftet, vars innehåll refererar till det som man förbinder sig att ansvara för. Att uppfatta ansvar som skuld och svar har samband med den inre sidan av ansvar, det innebär att ge svar och därigenom bekräfta den andra. I djupare mening hör skuld och ansvar ihop, då skuld är bunden till kärlek, välvilja och till en önskan att tjäna och hjälpa någon. (Eriksson, 1995, 28-29)

Omsorgen framställs som ett moraliskt ideal för omvårdanden, med ansvaret att bevara det mänskliga, värdigheten och helheten hos självet enligt Watsons (1993) teori om mänsklig omsorg. Den enskilde patienten ses som förändraren, men även sjukskötaren kan medverka i förändringen genom den mänskliga omsorgsprocessen. Detta synsätt innefattar ett åtagande i riktning mot ett speciellt mål bakom sjukdomen och det patologiska i sig, nämligen det

moraliska idealet att bevara harmoni i kropp, själ och ande samt att bibehålla mänsklig värdighet och integritet. Mänsklig omsorg kräver att sjukskötaren innehar specifika avsikter, en vilja, värden och engagemang för ett ideal med intersubjektiva, mellanmänskliga omsorgshandlingar som riktar sig till att bevara personligheten och det mänskliga hos både patient och sjukskötare. (Watson, 1993, 92-94)

## 3.2 Trygghet

Vad är trygghet? *Bonniers synonymordbok* (1999) beskriver ordet trygghet som lugn, ro, säkerhet, skydd och garanti.

Enligt Lindström (1994, 104-105) kan man identifiera fem dimensioner i trygghetsbegreppet: medvetenhetsdimensionen, trosdimensionen, stabilitetsdimensionen, intimitetsdimensionen samt inre och yttre säkerhetsdimensionen.

Medvetenhetsdimensionen är vårdaktiviteter som leder till förståelse, det vill säga att tolka, förklara och undervisa. I trosdimensionen blir aktiviteter av jagstödande karaktär och autonomitetsstödande aktiviteter betydelsefulla samt betydelsen av sammanhanget mellan hopplöshet-hoppfullhet. Intimitetsdimensionen förutsätter aktiviteter som på bästa sätt skyddar patientens revir. Detta kräver att sammanhanget närhet-distans fungerar på bästa möjliga sätt. Inom stabilitetsdimensionen är aktiviteten i ett kontinuerligt vårdförhållande central i skapandet av en pålitlig relation mellan vårdare och patient. Säkerhetsdimensionen består av en yttre säkerhet och en inre säkerhet. För patienten är yttre säkerhet vårdaktiviteter som riktas mot vårdklimatet. Dessa är bland annat stämningen på avdelningen, samt då den inre säkerheten är relaterad till vårdaktiviteter som visande av respekt, jagstöd och stöd av autonomitet. Vårdarens närvaro och tillgänglighet framstår som betydelsefulla vårdaktiviteter som kan bidra till patientens upplevelser av trygghet. (Lindström, 1994, 104-105)

Enligt Eriksson (1986, 22, 24) kan trygghet indelas i inre trygghet och yttre trygghet. Med inre trygghet menar hon att människan känner sig förtröstansfull,

säker, fredad, självmedveten och lugn. Under livets gång får man en ökad inre trygghet då man genomgår olika kriser, traumatiska kriser samt utvecklingskriser. Inre trygghet uppnår man då man har tagit sig igenom de olika kriserna och på så vis mognat. Med en yttre trygghet avser Eriksson (1986, 22, 24) en omgivning fri från direkta faror. En viktig faktor för den yttre tryggheten är relationer till andra människor. Kunskaper och kontroll över situationer, miljö och materiella villkor räknas även till den yttre tryggheten.

Den inre tryggheten kan hos vuxna byggas upp enligt Segesten (1994, 13) genom erfarenhet, positiva upplevelser samt medveten bearbetning av otryggheten. Den yttre tryggheten är faktorer som hör till individens omvärld, som materiell trygghet, miljötrygghet och relationstrygghet.

## 4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel kommer respondenterna att redovisa begreppen ventilation, respirator och intensivvårdsavdelning. Kunskap i dessa ämnen behövs för att läsaren skall få en bättre inblick i respondenternas undersökning.

### 4.1 Ventilation

Syre måste ständigt tillföras cellerna för att näringsämnenas energi skall utnyttjas effektivt och upprätthålla cellernas funktion. Ämnesomsättningen bildar koldioxid som ständigt måste avlägsnas. Detta utbyte mellan syre och koldioxid kallas respiration. Respirationen har flera steg, bland annat ventilation och gasutbyte. (Haug, 1992, 342)

Lungornas ventilation betyder att luft transporteras fram och tillbaka mellan lungalveolerna och atmosfären. Inandning är då luft transporteras till lungorna, vilket även kallas inspiration. Utandning, även kallad expiration, är då luft transporteras ut ur lungorna. Inspirationsmusklerna gör att brösthålan utvidgas och genom detta skapas det ett undertryck i lungorna och luft strömmar in genom luftvägarna till alveolerna. Då inandningen avslutas slappas de elastiska

krafterna i lungorna och inspirationsmusklerna av och bröstkorgen drar ihop lungorna. Detta resulterar i ett övertryck i lungorna och luft pressas ut ur lungorna. Om ventilationen ökar, används muskler i bröstkorgen och bukväggen för att påtvinga utandningen. I normala fall är utandningen en passiv rörelse. Vid varje inandning i vila används en luftmängd på ca 500 milliliter, Denna volym kallas tidalvolym. Med en normal andningsfrekvens på 12 andetag per minut blir ventilationen ungefär 6 liter per minut. Den så kallade effektiva ventilationen blir betydligt mindre då en del luft blir kvar i luftvägarna och inte deltar i gasutbytet. Den effektiva ventilationen blir ca 4 liter per minut. (Haug, 1992, 342)

Sammandragningen och avslappningen måste ske rytmiskt så att lungalveolerna oavbrutet skall förses med syrgas och avge koldioxid. Rytmiken sker automatiskt och vi korrigerar ständigt tidalvolymen och andningsfrekvensen utan vårt medvetande. Viljemässigt kan vi göra korta pauser i andningen. Detta resulterar i ökad koldioxid i blodet och vi kommer efter en stund att börja andas igen eftersom koldioxid stimulerar respirationen. När den kemiska stimulationen blir tillräckligt stark kan man inte uppehålla den viljestyrda kontrollen av respirationen. Rytmiken regleras från respirationscentrum, en samling nervceller i förlängda märgen, medulla oblongata. (Haug, 1992, 362-363)

## 4.2 Respirator

Respiratorn är en apparat som transporterar in och ut gaserna ur luftvägarna. Namnet respirator är enligt Dybwik (1997, 94) missvisande då den inte deltar i gasutbytet. Ett bättre namn, enligt honom, skulle vara ventilator.

Med respiratorbehandling menas att man på konstgjord väg tar över patientens andning, helt eller delvis. Detta för att avlasta och förbättra patientens eget andningsarbete. Det är patientens tillstånd som avgör om respiratorbehandling är nödvändig, bland annat patientens syra-bas-status. Det går slangar från respiratorn till ett uttag i väggen för syrgas och luft. Dessutom går det slangar från respiratorn till patienten. Det är via dessa slangar som respiratorn blåser in en blandning av syrgas och luft i patientens lungor samt leder utandningsluften från patienten till respiratorns utandningsventil. (Bergbom, 1981, 13-14)

Respiratoranvändandningen kan spåras tillbaka till 1920-talet. Understycksrespiratorer blev då använda. Det var en trycktank i vilken patienten placerades, utan endotrakealtub. Undertrycket hjälpte patienten att andas. Köpenhamn drabbades år 1952 av en allvarlig polioepidemi. Trots att man använde understycksrespiratorer var dödligheten 90 %. Efterhand började man förstå att dödsorsaken var koldioxidförgiftning och inte polio. Blodgasanalyser togs från patienterna och chefen för det kliniska laboratoriet bekräftade antagandet. Patienterna trakeostomerades med en tub med kuff och blev handventilerade. Inom loppet av några veckor föll dödligheten till 25 % från 90 %. (Dybwik, 1997, 94-95)

En enorm utveckling har skett under de senaste årtiondena inom data och elektronik som gjort att även respiratorn utvecklats. De nya respiratorerna har medfört att patienten själv har utfört mycket av arbetet, vilket i sin tur lett till minskat obehag och minskat behov av sedering. (Dybwik, 1997, 96)

Sjukskötaren måste känna till normal och onormal respirationsfysiologi, oönskade biverkningar av respiratorbehandling samt veta hur respiratorn fungerar för att kunna observera patienten. Observationen av en respiratorpatient kräver att sjukskötaren vet vad han observerar, hur och hur ofta. Observationen ger upplysningar som tolkas av sjukskötaren och sjukskötaren sätter igång med egna åtgärder i en prioriterad följd. Läkaren skall vid behov informeras om patientens tillstånd och sjukskötaren måste veta när det skall ske. Att se patienten i sin helhet kan vara svårt för en ny sjukskötare på en intensivvårdsavdelning. På en intensivvårdsavdelning vårdas ofta patienter med svikt i vitala organ och då kan patientens mentala hälsa få en mindre betydelse. Därför är det viktigt att just den mentala hälsan observeras och bedöms. Blodtryck kan kontinuerligt övervakas och larm kan ställas in som signalerar ifall det går utanför gränserna, men det mentala tillståndet kan inte mätas på samma sätt. (Dybwik, 1997, 104-105).

### **Avvänjning och extubering**

När patientens tillstånd är tillräckligt stabilt kan avvänjningen från respiratorn påbörjas. Det är läkaren som avgör när avvänjningen från respiratorn skall

påbörjas. Beslutet grundar sig på patientens allmäntillstånd och respirationsstatus. Innan man påbörjar avvänjningen från respiratorn och extuberingen bör vårdaren ta sig tid att berätta för patienten hur det går till. Kriteriet för att avvänja patienten från respiratorn är att hon kan spontanandas genom tuben utan ansträngning eller utmattning och behålla en normal syrabas-status. En avvänjning från respiratorn tar olika lång tid för patienterna. (Bergbom, 1981, 17-18)

Respiratorbehandling är för de flesta patienter tillfällig och används för att hjälpa patienten en begränsad tid. Därför är avvänjning från respirator och extubation viktigt att ha i tankarna redan vid beslut om respiratorbehandling. Oöverskådliga situationer kan inträffa och det kan bli nödvändigt med intubation och respiratorbehandling före man har beslutat om den fortsatta vården. Detta vid till exempel akuta situationer. Patienter med allvarliga sjukdomar och svikt i ett eller flera organ har ökat i antal. Detta har resulterat i att flera får respiratorbehandling. En dåligt genomförd och planerad avvänjning från respirator medför en onödig påfrestning för patienten med onödiga dygn i respirator. Vårdtiden blir längre och sannolikt också tillfrisknandet. Många undersökningar har påvisat att kontinuitet med minsta möjliga personal i behandlingsteamet förbättrar och stärker behandlingen betydligt. Kontinuiteten ger möjlighet att skapa en närhet i behandlingssituationen och lära känna patienten därtill att bygga upp en trygg behandlingsmiljö kring patienten och anhöriga. (Gulbrandsen & Stubberud, 2009, 320)

Speciellt under den första tiden av avvänjningsprocessen behöver patienten intensiv uppföljning. Av förklarliga orsaker är flera patienter rädda för att inte få tillräckligt med luft. Till den första bättringsfasen hör ofta ångest och depression. Det börjar klarna för patienterna hur dåliga de har varit, de tänker framåt och på hur det kommer att gå för dem. Aktiv närvaro, uppmuntran och motivering är av största betydelse. (Gulbrandsen & Stubberud, 2009, 326)

### **4.3 Intensivvårdsavdelning**

På en intensivvårdsavdelning är det inte patientens diagnos utan tillståndet som är avgörande. På en intensivvårdsavdelning kan både kirurgiska och

medicinska patienter vårdas, likaså barn och neurologiska patienter. De allra sjukaste och svårast skadade, som sjukhusets övriga avdelningar inte kan ta hand om, blir vårdade på en intensivvårdsavdelning. Kriterier för inläggning på en intensivvårdsavdelning är akut svikt i flera vitala organ, risk för svikt i flera vitala organ eller om tillståndet är reversibelt. Patienterna är i de flesta fall kritiskt sjuka och deras tillstånd är ofta instabilt. För att förse patientens tillstånd, sköta teknisk apparatur och ta hand om patientens anhöriga kan det behövas en eller flera intensivvårdsskötare. (Gulbrandsen & Stubberud, 2009, 20-21)

Med en akut sjuk patient menas en patient med en sjukdom eller en skada som uppstått akut. En kritiskt sjuk patient betyder att tillståndet är mycket allvarligt för patienten och i många fall livshotande. Skillnaden mellan liv och död är fin. Patienternas behandlingsbehov varierar från mycket medicinsk behandling som ständigt förändras till periodisk terapi för att undvika störningar i livsviktiga organfunktioner. Snabba fysiologiska förändringar och perioder kännetecknar situationer som ofta kräver en medelbar reaktion av sjukskötaren. Dessa situationer kräver att patientens vitala funktioner registreras och att patienten kontinuerligt övervakas. (Gulbrandsen & Stubberud, 2009, 19)

## 5 Tidigare forskning

Respondenterna använde sig av databaserna Ebesco, Cinahl, PubMed och Swemed+ samt manuell sökning vid sökandet av tidigare artiklar. Sökord som användes var weaning, mechanical ventilation, critical care nurse, intensive care, suffering och communication.

Arman och Rehnsfeldt (2007) har gjort en kvalitativ forskning där syftet var att finna empiriska, kliniska indikationer för vad god etisk vård är och undersöka substansen i vad idealiskt vårdande är i praktiken. I forskningen deltog sex sjukskötare, fyra sjukskötarstuderande och två före detta patienter. Man intervjuade sjukskötarna och sjukskötarstuderandena om vad de anser att idealiskt vårdande är. Patienterna fick berätta om sina upplevelser av god vård. Forskarna antog och fann att lidande i relation till hälsa i huvudsak var att

patienten inte blev sedd som en hel människa och att patienternas existentiella lidande inte sågs av vårdare. Forskarna poängterade att man som vårdare borde ge "det lilla extra". Detta betyder att man frångår rutinerna och att man känner att det alltid finns mer att ge åt patienterna. Det är viktigt att man ser patienten som en helhet, att man ser den friska personen där inne och att man respekterar dennes önsknings.

Wang, Zhang, Li och Wang (2008) har gjort en kvalitativ analys av patienters intensivvårdserfarenheter under respiratorbehandling. Syftet med forskningen var att förstå patienters intensivvårdserfarenheter under respiratorbehandling. I forskningen deltog elva respiratorbehandlade personer. Deltagarna intervjuades ingående om sina erfarenheter av respiratorbehandling på en intensivvårdsavdelning. Resultatet blev att deltagarna kände att de var i en okonventionell miljö, de beskrev det som om de hade varit i en annan värld. Deltagarna kände ett fysiskt lidande, de förklarade känslan av hjälplöshet, att inte kunna röra på sig. Psykiskt lidande beskrevs av deltagarna som hallucinationer och mardrömmar. Självpupmuntran är viktigt och större delen av deltagarna menade att man behövde viljestyrka och rätt inställning för att kunna tillfriskna. Självreflektion visade också hur intensivvård och respiratorbehandling haft en djupgående effekt på dem under vårdtiden. Forskarna skriver att en intensivvårdsavdelning ska vara en plats för patienten att leva som en människa, inte bara en plats att överleva på.

Finke, Light och Kitko (2008) gjorde en systematisk granskning av effektiviteten i kommunikationen mellan sjukskötare och patienter med komplexa kommunikationsbehov samt med fokus på alternativ kommunikation. Undersökningen analyserades med betoning på följande teman: vikten av kommunikation, hinder för en effektiv kommunikation, stöd för en effektiv kommunikation och rekommendationer för att förbättra effektiviteten i kommunikationen mellan sjukskötare och patienter. Forskarna har systematiskt gått igenom tidigare forskningar om kommunikation mellan sjukskötare och patienter. Forskarna skriver att kommunikationen mellan sjukskötare och patient är avgörande för en effektiv vård. Både sjukskötare och patienter har rapporterat oro och frustration när kommunikationen inte är tillräcklig. Svårigheter i kommunikationen mellan sjukskötare och patient uppkommer när



patienter inte kan prata. Problemet kompliceras ytterligare eftersom sjukskötare vanligtvis får liten eller ingen utbildning alls i hur man använder sig av alternativ kommunikation. Forskarna anser att den grundläggande betydelsen av kommunikation mellan sjukskötare och patienter visar på behovet av en effektiv utbildning för att utrusta sjukskötare med en kompetens att kommunicera effektivt med patienter med komplexa kommunikationsbehov. En utbildning i hur man kommunicerar med patienter skulle förbereda sjukskötare att ta större ansvar för att främja ett framgångsrikt samspel.

Newmarch (2006) har skrivit två artiklar om vården av en respiratorbehandlad patient. Denna artikel fokuserar på själva avvänjningen från respirator och syftar till att ge läsaren en förståelse för principerna för avvänjning av en patient från respirator. Artikeln beskriver vården kring en patient som avväns från respirator, vilka kriterier som skall uppfyllas före påbörjande av avvänjning och vilka komplikationer eller svårigheter som kan uppstå. Man ska också förstå skillnaden mellan kortsiktig och långsiktig avvänjning samt förstå vikten av den psykologiska vården. I artikeln framkommer att patienter kräver fortlöpande psykiskt stöd och uppmuntran av vårdaren. Vårdaren kan främja en lyckad avvänjning genom att ge information och stöd till patienten för att kompensera stress som är orsakad av osäkerhet i samband med avvänjningen. Patientens förståelse av avvänjningen måste utvärderas med jämna mellanrum så att eventuella avvikelser kan upptäckas och därefter åtgärdas. Det framkommer också i artikeln att en effektiv kommunikation är en viktig del av avvänjningen från respirator.

Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008) gjorde en undersökning om förekomsten av vårdlidande och lidande utöver vad sjukdomen orsakar. I undersökningen ingick skriftliga reflektioner från 11 enheter, dock saknas det exakta antalet vårdare. Syftet med undersökningen var att beskriva hur sjukskötare karaktäriserar patienternas vårdlidande samt hur vårdlidandet kan förebyggas. Undersökningen visar att en förstenad organisation, en icke flexibel vårdkultur eller en oreflekterad vårdrelation kan bidra till uppkomsten av vårdlidande. För att förhindra sådant betonar sjukskötarna sitt personliga ansvar att påverka den organisation som de arbetar för och deras del i att skapa en karitativ vårdande kultur. Vid upprättandet av en vårdrelation, betonar

sjukskötare vikten av reflekterande över ojämlikheter i vårdrelationer, att känna igen tecken på patientens vårdlidande samt att sträva efter att använda vårdvetenskapens grundläggande värderingar och kunskap vid vården av en patient.

Hansen och Severinsson (2009) studerade läkarnas uppfattningar om protokollstyrd avvänjning. I allmänhet accepterades protokollstyrd avvänjning, eftersom det ansågs ha en positiv inverkan på avvänjning, vilket resulterar i ett ökat intresse, en ökad effektivitet, och en gemensam förståelse. De rapporterade också att protokollet hade gjort det lättare att agera och ta ansvar. Vissa hinder hade också identifierats, såsom ett misslyckande med avvänjningen med "svårt-att-avvänja" patienter och ett minskat intresse för avvänjning. Det fanns några upprörda svar, om att protokollet var gjort för att tillfredsställa sjuksköterna. Deltagarna tyckte inte om att begränsningar av en klinisk bedömning infördes i protokollet. Protokollet var huvudsakligen utvecklat för sjuksköterskor och vissa läkare hade aldrig läst eller hänvisat till det. Tvetydighet uttrycktes på grund av rapportering av två olika metoder för avvänjningsprocessen när problem uppstod. Kontinuitet och yrkeskompetens uppfattades som viktiga faktorer i avvänjningsprocessen. De beskrev hindren för protokollets användning, t.ex. att man underlåter att underlätta för svår använda patienter, restriktioner på sina egna kliniska bedömningar och risken för minskat intresse för avvänjning bland läkare. Vissa uttalanden visade en nedlåtande attityd gentemot sjukskötarens intresse för avvänjning. Oklara, informella mönster om ansvaret för avvänjningsprocessen beskrevs. Vissa trodde att sjuksköterna använde protokollet hela tiden, medan andra ansåg att det var sällan använt. De var ändå förvånade över dess positiva effekt. De gick själva in i avvänjningsprocessen då sjuksköturen begärt om hjälp. De rapporterade att avvänjningen hade en låg prioritet bland läkare och att de var lättade när sjuksköterna föreslog en protokollstyrd avvänjning. Bristen på kontinuitet och en tung arbetsbelastning, även utanför intensivvårdsavdelningen, rapporterades som skälen till denna brist på intresse. Protokollets användning gjorde att avvänjningen påbörjades utan läkarnas närvaro och det ledde till ett ökat intresse för avvänjning hos sjuksköterna, samt minskade förseningarna i avvänjningen och avvänjning blev därefter en standardiserad åtgärd.

Rose, Nelson, Johnston och Presniell (2007) gjorde en studie på intensivvårdsavdelningar i Australien och Nya Zeeland. Deras syften och mål var att få en analys av omfattningen av sjukvårdspraxis och yrkesansvar för beslutsfattande i respiratorfrågor. Som datainsamlingsmetod använde de enkäter. Det genomsnittliga antalet sjukskötare sysselsatta per avdelning var 47 i Australien och 42 i Nya Zeeland. Alla enheter rapporterade 1:1 sjukskötare till patientförhållande för mekaniskt ventilerade patienter och 1:2 sjukskötare till patientförhållande för ej mekaniskt ventilerade patienter. Viktiga beslut angående ventilationen, även bedömning av avvänjning och extuberingsberedskap, görs huvudsakligen i samarbete med sjukskötare och läkare. Sjukskötarna har i hög grad inom självständighet och inflytande det övergripande beslutsfattandet. Beslut om att ändra respiratorinställningar gjordes självständigt av sjukskötare. Sjukskötarna, antingen självständigt eller i samarbete med medicinsk personal, är mer frekvent involverade i beslutet att inleda en avvänjning och igenkännandet för avvänjning och extuberings misslyckande. Beslutsfattande genom samarbete var den vanligaste metoden, exempel, extuberingsbeslutet togs vanligen i samarbete men beslutet om avvänjning togs oftast utan sjukskötare. Beslutet att justera FiO<sub>2</sub>, frekvensen och tryckstödet gjordes självständigt av sjukskötare, baserat på deras eget beslutsfattande och utan direkta samråd med övrig personal i de flesta situationer.

Crocker och Timmons (2009) gjorde en studie för att identifiera innebörden av teknik med anknytning till avvänjning från respirator samt att utforska hur tekniken används i praktiken av intensivvårdssjukskötarna. En etnografisk studie genomfördes och data samlades in på en intensivvårdsenhet på ett stort universitetssjukhus under en 6 månaders period år 2004. Observationer och intervjuer genomfördes med ett urval av 12 sjuksköterskor som hade observerats. Respiratorn har blivit en symbol för en allvarlig sjukdom och sjukskötare i denna studie såg patienter som användes som "inte verkligen svårt sjuka ". Detta syntes tydligt i ett antal fall, t.ex. bland oerfarna sjukskötare till patienter som användes, då det råkade brist på dokumentation av observationer och då respirator bortkopplingen före avvänjningen hade avslutats. Sjuksköterskor såg avvänjningen som en uppgift som ålagts dem, av läkare och som har potential att störa deras arbete och de lade fram strategier för att hantera detta. Avvänjning hade aldrig en hög prioritet, vilket visas på det

sätt som det lämnades förrän alla andra omvårdnader och medicinska åtgärder hade slutförts. Sjukskötare använde arbetsbesparande strategier som gjort organiseringen av arbetet mindre komplext och mera lätthanterligt. Bortkopplandet av en patient från en respirator och till en extern krets var ett exempel (en extern krets avses här en krets oberoende av respiratorn, t.ex. ett T-stycke). Detta innebar att sjuksköterskorna spenderade mindre tid med teknisk utrustning, vilket resulterade i inga larm och ett minskat antal observationer som skall utföras. Avvänningsprotokoll är sällan skriftliga eller uppdateras dagligen och oerfarna sjukskötare verkade ovilliga att ta på sig ansvaret för avvänjning. Avvänjning som teknik formades av behovet av att sjuksköterna ville kontrollera sitt arbete. De såg det som en uppgift och det var oftast det sista i deras anteckningar över uppgifter. För att avvänjningen skall vara mest effektiv måste det ske när patienten är pigg efter en god natts sömn och före tvätt, fysioterapi och uppesittande i sängen, vilket kan leda till trötthet. Det fanns emellertid exempel när en erfaren sjukskötare tolkar tekniken, inte som medicinsk teknologi, utan använder den för att förbättra vården och därav resultatet för patienter som avvänjdes. Uppfattningen grundade sig på behovet av att se patienten i ett helhetsperspektiv. Med hjälp av en systematisk bedömning får man information om patientens förmåga att bli avvänjd. Dessutom ansåg den erfarna sjuksköterskan att avvänjning inte är så enkelt att man kan följa ett protokoll, men individuella protokoll kan göras upp utefter patientens möjligheter.

Hansen, Fjælberg, Nilsen, Lossius och Søreide (2008) utförde en retrospektiv studie på en 12-platsers intensivvårdsavdelning på ett universitetssjukhus med syftet att identifiera och kvantifiera skillnaderna mellan den tillgängliga tiden för avvänjning och tiden som faktiskt används för avvänjning. Vidare ville de också analysera patientens och systematiska faktorer som förknippas med avvänjning. Avvänningsdata samlades in från 68 vuxna patienter och registrerades i form av respiratorperioder. En respiratorperiod definierades som en 8-timmars period för omvårdnad av en patient. Totalt analyserades 2000 perioder, varav 572 perioder av avvänjning. De fann att endast 46 % av perioderna tillgängliga för avvänjning verkligen har använts för avvänjning. Läkar ordinationer om avvänjning hade samband med en ökad avvänjning. En

stor mängd (22 %) avvänjning skedde dock utan läkar ordination. Både en ökad omvårdnadsbelastning och nattsift var associerade till en minskad avvänjningsaktivitet. Under studietiden var det en betydande ökning av utförda avvänjningar, både ordinerade och inte ordinerade. Deras studie identifierade ett stort gap mellan den tillgängliga tiden och tiden som faktiskt användes för avvänjning. Medan olika patienter och systematiska faktorer var kopplade till avvänjningsaktiviteten, var den viktigaste faktorn i deras studie om vårdarna hade använt sig av den tillgängliga tiden för avvänjning.

Brattebø, Gjerde, Muri, Aarland, Flaatten och Hofoss (2003) undersökte om man med hjälp av målinriktad sedering och införande av ett nytt sedationsprotokoll skulle minska patientens tid i respirator. Projektet genomfördes genom att använda flera småskaliga experiment och den så kallade genombrottsmetoden. 138 patienter som behandlades enligt det nya protokollet i en 11-månaders period jämfördes med de senaste 147 patienterna som behandlades före omändringen. Samtliga patienter var sederade längre än 24 timmar. Enligt protokollet ordinerade den ansvarige läkaren en önskad grad av sedering för patienten varje två gånger dagligen. Detta skulle då mätas och dokumenteras flera gånger per dag med en skala för motorisk aktivitet (Motor Activity Assessment Scale). Sjuksköterskorna kunde på egen hand anpassa läkemedelsadministrationen till en önskad grad av sedering, som beskrivs i protokollet. De kom fram till att den genomsnittliga respiratortiden minskade med 28 %, från 7,4 dagar till 5,3 dagar, utan tecken på negativa resultat för patienterna. Genomsnittliga vårdtiden på intensivvårdsavdelningen minskade med 11 %, från 9,3 dagar till 8,3 dagar. Allvarlighetsgraden på patientens sjukdom var oförändrad. Mortaliteten var något lägre för den sista perioden (22 %) än före omändringen (27 %), men förändringen var inte signifikant. Personalens utvärdering av protokollet visade att det inte fanns några stora problem med att genomföra ändringen. Det uppstod inte heller några situationer med oväntad extubering eller andra negativa konsekvenser för patienterna.

## 6 Undersökningens genomförande

Hur en undersökning skall genomföras beror på hurdana frågor man önskar få svar på och vad man skall lära sig av undersökningens resultat. Hur studiegruppen skall se ut, hur informationen skall samlas in, hur undersökningen skall uppläggas och sedan genomföras är alla frågor som måste utredas samtidigt som den tid och de medel som man har till sin hjälp tas i beaktande. När informationen har samlats in, måste det bearbetas systematiskt för att resultatet skall kunna ge svar på de frågor som man ställt, här kan man välja mellan kvalitativa och kvantitativa metoder. (Patel & Davidson, 1994, 40-41, 90)

### 6.1 Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen består av 38 sjukskötare från en intensivvårdsavdelning på ett centralsjukhus i Finland. Undersökningsgruppen har varierande ålder och arbetserfarenhet.

### 6.2 Undersökningsmetod

Som datainsamlingsmetod i denna forskning har respondenterna valt enkät, eftersom studiegruppen är relativt stor och respondenterna anser att de får bäst svar på sina frågor genom att dela ut enkäten åt alla sjukskötare på avdelningen för att få ett tillförlitligt resultat.

I den kvalitativa forskningen är tillvägagångssättet förutsättningslöst och forskaren försöker konfrontera situationen som om den alltid vore ny. Forskaren strävar efter en helhetsförståelse av speciella förhållanden, allt för att få en så fullständig bild som möjligt av situationen. (Olsson & Sörensen, 2007, 63)

Det finns fyra principer genom vilka man kan ta sig an en frågeställning. Närhet till undersökningsenheterna är den första principen. Forskaren och enheten skall mötas ansikte mot ansikte, vilket resulterar i en social närhet med en grund av tillit från båda sidorna. Andra principen är en sann eller riktig framställning av vad som skett och det syftar till att forskaren på ett objektivet sätt

skall beskriva händelserna. Den tredje principen beskriver hur rapporten bör innehålla utpräglade deskriptiva beskrivningar exempelvis handlingar och människor så långt som det är viktigt för att kunna förstå de undersökta förhållandena. Den sista principen innebär att forskningen bör innehålla direkta citat som visar individernas egna uttryckssätt. Detta för att få bästa möjliga förståelse. (Holme & Solvang, 1997, 93)

Enligt Olsson och Sörensen (2007, 13) är forskaren i en kvalitativ forskning subjektiv, står "innanför" och har ofta långvarig kontakt med försökspersonen. Den kvalitativa forskningen är flexibel och frågeställningarna fördjupas successivt. Forskningen bygger på ett successivt framväxande där fenomenet upptäcks och klargörs. Resultaten grundar sig på ett litet antal individer och ett stort antal variabler. Resultaten går på djupet och gäller specifika miljöer, omständigheter och tidpunkter, det vill säga specifika kontexter.

Kvalitativ forskning är ett begrepp som betyder att ett specifikt vetenskapligt paradigm där syftet med forskningen är att beskriva kvaliteter hos fenomen hellre än mängder eller egenskaper. Kvalitativ forskning kan också beskrivas som en tolkande och förståelseorienterad metod där kvalitativa datainsamlings- och analysmetoder dominerar. Lokala traditioner, rådande metodtrender eller bristande kunskap om alternativ får inte styra forskarens uppläggning eller inriktning utan forskaren måste ta ställning på ett medvetet sätt. (Nylén, 2005, 10-13)

Kvantitativa tillvägagångssätt utgör idag en mycket stor och viktig del av det samhällsvetenskapliga forsknings- och utredningsarbetet. Kvantitativt bearbetar man informationen med hjälp av deskriptiv data. Metoden används för att ordna, beskriva, bearbeta och analysera data samt belysa forskningsproblemet med hjälp av siffror. (Patel & Davidsson, 1994, 90; Holme & Solvang, 1997, 149)

I en kvantitativ forskning skall forskaren ha ett jag-det-förhållande till undersökningsobjekten. Forskaren skall stå på avstånd och observera och inte själv vara en del av det som undersöks. Forskaren har i förväg bestämt vilka frågor som skall ställas och i förväg tänkt ut vilka svar som är tänkbara. Man kan även kombinera kvalitativa och kvantitativa metoder. Genom att kombinera

dem kan man få ett mera helhetsinriktat och ett mera giltigt resultat. (Holme & Solvang, 1997, 82, 86, 151)

### **6.2.1 Datainsamlingsmetod**

En enkät eller ett frågeformulär kan variera mycket enligt syfte, omfattning och utseende. Med enkätmetod menas att man samlar in information med hjälp av papper och penna. Denna metod kan tillämpas på personer som befinner sig långt borta från frågeställaren och på stora populationer. Frågorna skall höra ihop med syftet för studien och vara klart formulerade så att de inte kan misstolkas. Frågorna kan vara bundna eller öppna. Till de bundna hör ja/nej och rätt/fel-frågor. Till öppna frågor hör information om bland annat känslor, värderingar och synpunkter. Vissa enkäter innehåller både bundna och öppna frågor. (Notter & Hott, 1996, 108-110; Denscombe, 2009, 207-209)

I en enkät är det vanligt att börja med bakgrundsfrågor som man behöver. De första frågorna i en enkätundersökning skall vara neutrala. Man kan ta upp svårare frågor mot slutet och till sist kan man ha några tomma rader ifall informanterna har något att tillägga som inte kom upp bland frågorna.

(Patel & Davidson, 2003, 73)

Då enkäten skickas ut skall det medfölja ett följebrev. Där skall det bland annat framkomma undersökningens syfte, vilka personer som ingår i undersökningen, om deltagandet är anonymt eller ej samt att deltagandet är frivilligt. Man skall alltid förbereda sig på ett visst bortfall. Det finns två former av bortfall; externt bortfall och internt bortfall. Externt bortfall är om någon i undersökningsgruppen inte kan eller vägrar delta. Internt bortfall är om någon i undersökningsgruppen inte svarat på en skild fråga i enkäten. Genom att skicka ut en påminnelse kan man undvika ett visst bortfall. (Eljertsson, 2005, 25-27, 39-41)

### **6.2.2 Dataanalysmetod**

Med analys syftas till en inspektion av en text ur olika metodologiska perspektiv för att få fram dess uppbyggnad, uppfattning, substans eller innebörd. Beroende på vilken typ av text man har för avsikt att analysera eller vilket syfte



man har med analysen finns det olika analysmetoder. (Svensson & Starrin, 1996, 170)

### **6.2.2.1 Innehållsanalys**

Forskarens uppgift är att undersöka data på ett sätt som hjälper till att identifiera de avgörande beståndsdelarna som kan förklara egenskaper i forskningen. Analysen betyder att man letar efter saker som ligger under ytinnehållet i datan. (Denscombe, 2009, 319)

Innehållsanalys är en analysmetod som hjälper respondenterna att analysera data i dokumenten. Väsentliga styrkan i analysen ligger i att den möjliggör en kvalificering av innehållet i en text med en metod som är tydlig och som i princip kan upprepas av andra respondenter. (Denscombe, 2009, 307-308)

För att ge läsaren en möjlighet att följa arbetet steg för steg är det viktigt att forskaren beskriver sin analys så noggrant som möjligt. Forskaren vill fånga den upplevda erfarenheten av ett fenomen och beskriva upplevelsen av fenomenet precis som den direktupplevs av den enskilde. (Olsson & Sörensen, 2007, 136)

### **6.2.2.2 Deskriptiv statistik**

Deskriptiv statistik är en grundläggande analysmetod där data presenteras med hjälp av diagram och tabeller. Genom att framställa tabeller och diagram kan man på ett kort och innehållsrikt sätt förmedla information. En viss information måste alltid finnas med i en tabell eller ett diagram; en titel, information om vad som presenteras samt information om datakällan. När det gäller tabeller och diagram är enkelhet en dygd som är svår att överbetona. För mycket data leder till att tabellens eller diagrammets effekt går förlorad. Forskaren blir ofta tvungen att kompromissa mellan mängden information som går att uttrycka och tabellens eller diagrammets visuella effekt. (Denscombe, 2009, 394-352)

## 6.3 Undersökningens praktiska genomförande

Syftet med undersökningen var att klargöra hur sjukskötaren upplever en avvänjning av en patient från respirator samt sjukskötarens ansvar och kliniska kompetens i förhållande till patienten. Undersökningen gjordes på en intensivvårdsavdelning på ett centralsjukhus i Finland och som informanter fungerade sjukskötare. Efter godkänt planframförande anhöll respondenterna om tillstånd av överskötaren på ifrågavarande intensivvårdsavdelning att få utföra undersökningen. Till ansökningsplanen bifogades datainsamlingsmaterialet.

Som datainsamlingsmetod valde respondenterna att använda enkät. Frågorna var utformade enligt teoretiska referensramen, teoretiska bakgrunden och de tidigare forskningarna. Respondenterna gjorde enkäter på finska och på svenska. Enkätfrågorna diskuterades med intensivvårdsavdelningens avdelningsskötare, respondenternas handledare och respondenterna. En del korrigeringar gjordes.

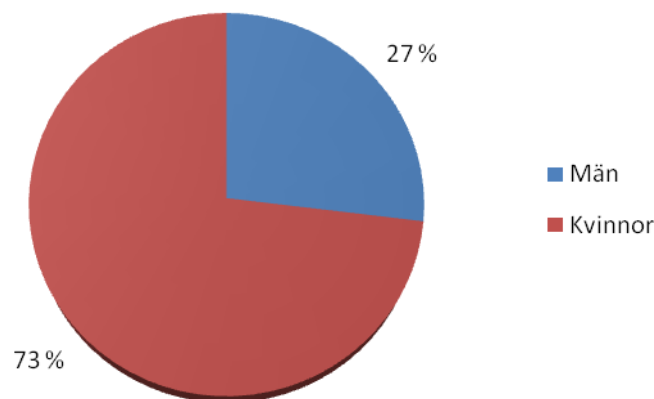
Då överskötaren för intensivvårdsavdelningen godkände enkätfrågorna besökte respondenterna avdelningen den 23.11.2010 och delade ut 38 enkäter. Respondenterna lämnade en svarslåda för ide fyllda enkäterna på avdelningen. Informanterna hade två veckor på sig att fylla i enkäterna. Efter två veckor besökte respondenterna intensivvårdsavdelningen och räknade enkäterna. Totalt fanns 22 enkäter. Enligt en överenskommelse med intensivvårdsavdelningens avdelningsskötare skickade hon ut en påminnelse till informanterna om enkäterna och om en förlängd svarstid med en vecka. Respondenterna fick ytterligare fyra enkäter. Totala antalet ifyllda enkäter var 26, vilket innebar att svarsprocenten blev 68,4 %.

Respondenterna läste igenom enkäterna för att få en helhetsbild av svaren. Svaren överflyttades i elektronisk form för att underlätta kodningen och analyseringen. Materialet sammanställdes med text, olika tabeller och diagram samt citat. Då resultatet blivit hade tolkat gjordes en spegling mot den teoretiska referensramen och tidigare forskning. Till sist gjordes en kritisk granskning av materialet.

## 7 Resultatredovisning

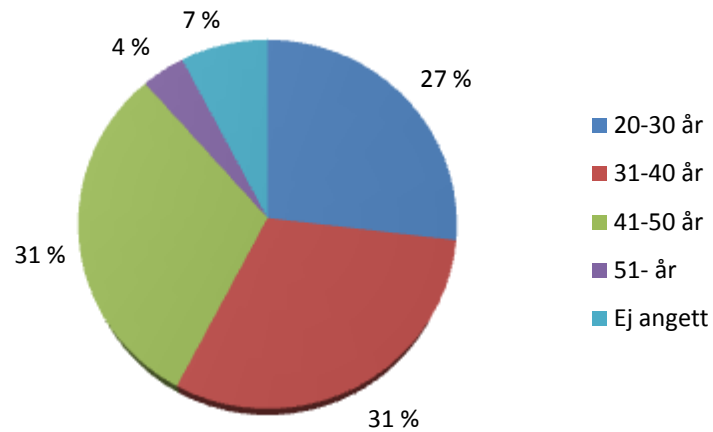
I resultatredovisningen redovisas det material som respondenterna har samlat in med hjälp av enkäterna. Svaren på frågorna redovisas med hjälp av innehållsanalysens kategorisering och deskriptiv statistik. Med diagram och tabeller ges en överskådlig bild av hur svaren var fördelade. De kategorier som valdes har skrivits med **fet stil** och de är belysta med hjälp av citat. Citaten redovisas både på svenska och finska för att undvika misstolkningar.

Informanterna bestod till 73 % (19) av kvinnor och 27 % (7) av män.



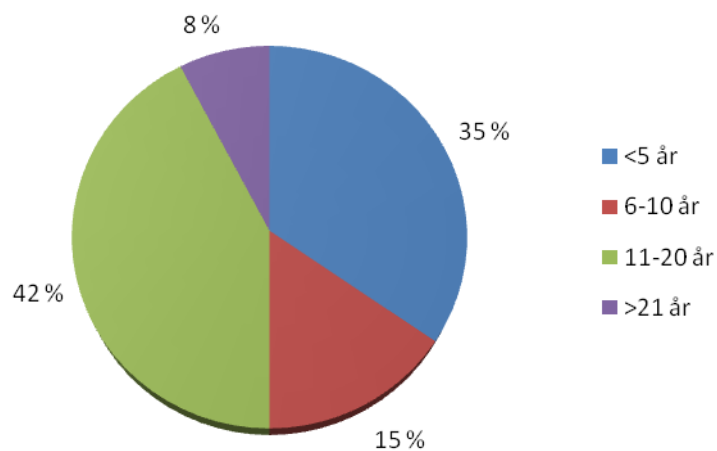
Figur 1. Kön.

Av informanterna var 27 % (7) i åldern 20-30 år, 31 % (8) i åldern 31-40 år, 31 % (8) i åldern 41-50 och 4 % (1) i åldern över 51 år, medan 7 % (2) av informanterna inte hade angett sin ålder.



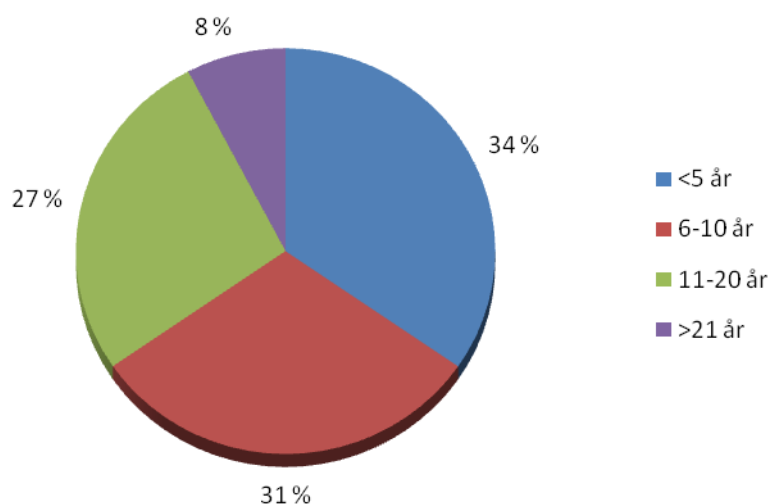
Figur 2. Ålder.

Av informanterna hade 35 % (9) mindre än 5 års arbetserfarenhet som sjukskötare, 15 % (4) hade 6-10 års arbetserfarenhet som sjukskötare, 42 % (11) hade 11-20 års arbetserfarenhet som sjukskötare och 8 % (2) hade över 21 års arbetserfarenhet som sjukskötare.



Figur 3. Arbetserfarenhet som sjukskötare.

I frågan om arbetserfarenhet inom intensivvård hade 34 % (9) mindre än 5 års arbetserfarenhet, 31 % (8) hade 6-10 års arbetserfarenhet, 27 % (7) hade 11-20 års arbetserfarenhet och 8 % (2) hade över 21 års arbetserfarenhet.



Figur 4. Arbetserfarenhet inom intensivvård.

I frågan om hur sjukskötaren upplever avvänjningen av patienten från respiratorn framkom det att samtliga informanter hade avvänt patienter från respirator. Respondenterna fick fram huvudkategorin **omsorg** och till underkategorier bildades **erfarenhet**, **individuell** och **framsteg**.

I den första kategorin, **erfarenhet**, framkom det att informanterna med längre arbetserfarenhet ansåg att avvänjningen av en patient från respirator är en del av det dagliga arbetet och en rutinåtgärd. Informanter med endast några års erfarenhet såg avvänjningsprocessen som mera krävande.

*"Med åren (erfarenhet) har det ju blivit lättare...."*

*"Rutinåtgärd som ändå skall göras med eftertanke"*

*"Vieroittaminen on osa työtä, en koe sitä vaikeaksi"*

*"Melko haastava toimenpide, jossa tulee ottaa huomioon monia asioita."*

I den andra kategorin, **individuell**, var informanterna av den åsikten att det finns stora variationer bland avvänjningarna av patienterna från respirator. Avvänjningen av en patient från respirator är oftast problemfri, men patienter som har varit en längre tid i respiratorvård eller har någon kronisk sjukdom kan vara mera utmanande. Ibland går avvänjningsprocessen snabbt, ibland tar den lång tid, till och med flera dagar.

*"Det är så olika på patienten."*

*"Riippuu potilaasta on tosi helpottavaa kun potilas pääsee pois hengityskoneesta."*

*"...kroniska kan vara mer bekymmersamma."*

I den tredje kategorin, **framsteg**, betonade informanterna att en avvänjning av en patient från respirator alltid är något positivt. Kommunikationen underlättas och sjukskötaren har en apparat mindre att ta i beaktande samt att patienten gör framsteg och mår bättre.

*"Upplever det som ett steg åt rätt håll för patienten."*

*"Hengityskoneesta vieroittaminen on tavallaan aina yksi askel eteenpäin."*

*"Kontinuerlig observation och övervakning av både patienten och respirator är A och O → helhetssyn och helhetsvård."*

I frågan om hur sjukskötaren tar patienten i beaktande under avvänjningsprocessen framkom huvudkategorin **omgivning** och de tre underkategorierna **information**, **närvaro** och **vital funktion**.

I den första kategorin, **information**, betonade informanterna betydelsen av information. Informanterna ansåg att kommunikationen är viktig; att berätta varför patienten är i respiratorvård, vad som kommer att hända samt hur länge det tar. Att höra efter patientens välbefinnande betonades också av informanterna.

*"Kertomalla mitä tehdään ja kuinka kauan suurin piirtein kestää."*

*"Potilaan informointi on erittäin tärkeää."*

*"Kommunikation skall fungera mellan patient och vården."*

*"Frågar även patienten hur han/hon tycker att det går"*

I den andra kategorin, **närvaro**, ansåg informanterna att närvaro är mycket viktigt vid avvänjning av en patient från respirator. Begreppen som informanterna använt sig av är närhet, trygghet, stödja, lugna och kontakt. Dessa begrepp var likartade varav den ovanstående kategorin enligt respondenterna blev den mest lämpade.

*"Beaktar helhetsmässigt patienten...."*

*"Finns nära till hands."*

*"Huomioin potilaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena...."*

I den tredje kategorin, **vital funktion**, framkom det att informanterna följer med olika parametrar, bland annat andning, medvetandegrad och hemodynamik. Med dessa parametrar kan man enligt informanterna följa med hur patienten reagerar på avvänjningen från respiratorn.

*"Ser till att patienten drar tillräckligt stora tidalvolymmer."*

*"Hyvin monia asioita. Hengitys, tajunta, hemodynamiikka. Potilashan se periaatteessa on se joka vieroituksen tekee."*

*"Man följer med hur patienten orkar när man minskar på värden i respirator samt tar astrup för att se hur bra patienten klarar att syresätta sig."*

I frågan om hur sjukskötaren förhåller sig till patientens lidande, ångest och oro under avvänjningsprocessen bildades huvudkategorin **trygghet** samt underkategorierna **information**, **smärtlindring**, **lugn och ro** samt **redo för avvänjning**.

I den första kategorin, **information**, betonade informanterna ännu en gång betydelsen av information. Informanterna förklarar vad och varför vissa saker görs samt vad som kommer att hända. Genom att kommunicera minskar informanterna patientens lidande, ångest och oro under avvänjningsprocessen.

*"Kertomalla kuinka kauan kestää."*

*"Potilaan informointi on tässä asiassa erittäin tärkeä."*

*"Samtalar med patienten."*

Den andra kategorin, **smärtlindring**, har en central betydelse enligt informanterna. Smärtor hör till en viss del ihop med lidandet och om smärtorna lindras så lindras också lidandet. Smärtlindring bör ges med viss eftertanke eftersom den är andningsdeprimerande.

*"Absolut viktigt är att lindra patientens lidande; s.s. smärtor, tubens irritation och andra ev. olägenheter."*

*"Pat. skall ha ordentligt med smärtmedicin hela tiden"*

*"Kipulääkettä siinä määrin, että jaksaa hyvin hengittää."*

I den tredje kategorin, **lugn och ro**, poängterar informanterna hur viktigt det är att patienten känner sig trygg. Trygghet skapas genom att vara närvarande, lugna patienten och eventuellt hålla handen. Ett lugnt bemötande inger också en känsla av trygghet.

*"Jag försöker inge trygghet genom att själv vara lugn."*

*"Tuska ja ahdistus hoidetaan olemalla potilaan lähellä ja läsnäololla."*

*"Potilas pyritään rauhoittamaan ja saamaan mukaan vieroittamiseen."*

I den fjärde och sista kategorin, **redo för avvänjning**, ansåg informanterna att avvänjningen från respirator möjligtvis kan ha påbörjats för tidigt om patientens lidande, ångest och oro blir för stor. I sådana fall avbryts avvänjningen från respirator och man återgår till inställningarna som var före avvänjningen från respiratorn påbörjades.

*"Kommer det för mycket ångest och oro kan detta vara ett tecken på att avvänjningen påbörjats för tidigt."*

*"Jospa ei ole vielä valmis vieroitukseen jos ym. oireet."*

*"Stoppar avvänjning om det blir för jobbigt för patienten."*

I frågan om vilken roll sjukskötaren har vid avvänjning av patienten från respirator framkom huvudkategorin **sjukskötarens förhållningssätt** och därav skapades underkategorierna **verkställa, ansvar, observation** och **information**.

Inom den första kategorin, **verkställa**, framhöll informanterna att läkaren ordinerar och sjukskötaren är den som förverkligar ordinationen. Sjukskötaren är den som oftast reglerar respiratorn under avvänjningen och är även den som extuberar.



*"... fullföljer ofta allt från början till slut enligt läkarens ordinationer eller med konsultation av läkare."*

*"Det är vi som avvänjer patienten från respiratorn."*

*"Vieroittamisen toteutus teknisesti..."*

I den andra kategorin, **ansvar**, ansåg informanterna att sjukskötaren har huvudrollen vid avvänjningen av patienten från respirator. Sjukskötaren måste kunna se till att avvänjningen av en patient från respiratorn går till så riskfritt som möjligt samt veta när man skall kontakta läkare.

*"... tarvittaessa ilmoittaa lääkärille asioista, jos tilanne sitä vaatii."*

*"Meillä tehollaa sairaanhoitaja ottaa usein yksin vastuun koko tapahtumasta."*

*"Sairaanhoitaja vieroittaa potilaan, eli on pääroolissa tehtävässä."*

I den tredje kategorin, **observation**, betonar informanterna hur väsentligt det är att vara uppmärksam på patientens tillstånd. Man skall följa med patientens andningsarbete, syresättning och ventilation. Sjukskötarens skall kunna reagera även på små förändringar, som kan ha stor betydelse för avvänjningen av patienten från respiratorn.

*"Beakta och observera pat:s allmäntillstånd, både det fysiska, psykiska och tekniska."*

*"...seuraa hapetusarvojen ja hengitystyön kulkua."*

*"Potilaan tarkkailu; jaksako potilas hengittää?"*

I den fjärde kategorin, **information**, påpekade informanterna om hur viktigt det är med information, närvaro och patientens välmående. Om man som sjukskötare tar detta i beaktande så menar informanterna att det skapar en trygghet för patienten.

*"Olla läsnä, tukea, informoida....."*

*"Ge information åt patienten."*

*"Att finnas vid patientens sida. Skapa en trygghet."*

I frågan om sjukskötaren själv bestämmer om hur avvänjningen av patienten från respirator görs bildades det endast en kategori; **läkarordination**.

Hela 92 % (24) av informanterna svarade att avvänjningen ordinerar av en läkare men att det praktiska verkställs av en sjukskötare, men 8 % (2) av informanterna nämde inget om läkarordinationer.

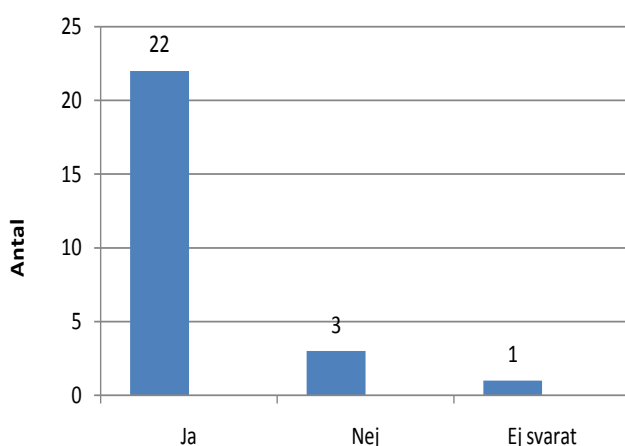
*"Vieroitus tehdään lääkärin ohjeiden ja määräysten mukaan. Jos määräykset ovat selvät vieroitus päätöksen teen itse. Kollegalta voi aina pyytää apua/ohjeita."*

*"Läkaren beslutar långt hur avvänjningen går till. Det är bara takten på avvänjningen som jag beslutar om."*

*"Sjukskötaren har en stor roll och fullföljer ofta allt från början till slut enligt läkarens ordinationer....."*

*"Hoitava hoitaja tekee päätöksen. Mutta kuitenkin on aina joku kolleega jolta kysyä."*

I frågan om det finns avvikelser i det praktiska utförandet i förhållande till läkarens ordinationer svarade 85 % (22) av informanterna att det finns avvikelser och 11 % (3) av informanterna svarade att det inte finns några avvikelser i det praktiska utförandet, medan 4 % (1) av informanterna svarade inte på frågan.



Figur 5. Avvikelser.

Avvikelser som framkom var bland annat att patienten kan vara för trött, ha dålig syresättning, vara orolig, ångestfylld eller aggressiv. Det framkom också

att avvikelser kan bero på sjukskötarna eftersom sjukskötarna har olika tillvägagångssätt.

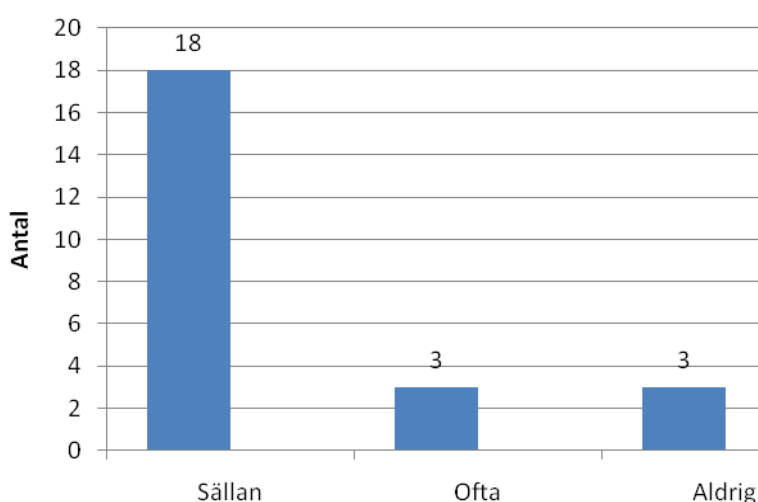
*"Jokainen vieroututtava on yksilö ja jokainen vieroitus kulkee omaa tahtia."*

*"Varje sjukskötare har nog sitt eget sätt" hur man utför saken."*

*"Sjukskötaren tar det ofta långsammare och tar mera i beaktande patienten."*

*"En ole huomannut."*

I frågan om det ofta händer att patienten måste reintuberas svarade 12,5 % (3) av informanterna att det händer ofta och 75 % (18) svarade att det nog förekommer men sällan. Då på grund av att patientens spontana andning inte räcker till. Det finns flera orsaker till att patientens spontana andning inte är tillräcklig, bland annat opiater, för mycket propofol, slemmig och/eller nedsatt lungfunktion. En annan orsak till att patienten måste reintuberas är att avvänjningen gått för snabbt och man har extuberat för tidigt. Hela 12,5 % (3) av informanterna har aldrig upplevt att en patient skulle behövas reintuberas.



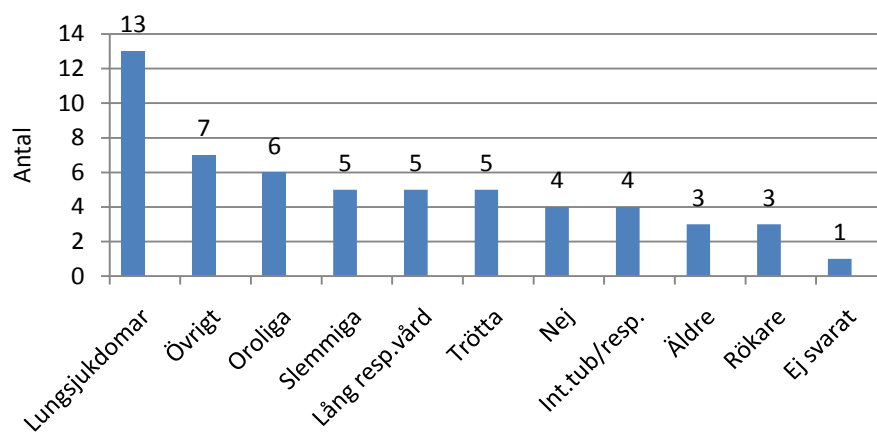
Figur 6. Reintubation.

*"Melko usein. Liian aikainen extubaatio. Potilas ei jaksaa hengittää. Limaisuus. Uni/kipulääkkeen vaikutus."*

*"Joskus voi olla ettei omatoimisesti jaksakaan hengittää tai uupuu pikkuhiljaa, silloin kokeillaan cpap/bpap-hoitoa ja jos ei sekään riitä niin sitten re-intubaatio."*

*"Inte enligt mig."*

I frågan om sjukskötaren upplever att det finns någon patientgrupp som är svår att avvänja från respirator svarade 81 % (21) av informanterna att det finns svåravvänjda patientgrupper. Patientgrupper som framkom var de med lungsjukdomar, de som var oroliga, hade slem, hade varit lång tid i respiratorvård, de som är trötta, patienter som har obehag för intubationstuben eller svårt med respiratorn, äldre patienter eller rökare. Under kategorin övrigt finns patientgrupper som de med neurologiska sjukdomar, stor vätskelast, unga män, överviktiga samt patienter som är svåra att få kontakt med. Av informanterna upplever 15 % (4) att det inte finns någon speciell patientgrupp som är svårare än andra att avvänja från respirator, medan 4 % (1) av informanterna svarade nej på frågan.



Figur 7. Patientgrupp.

*"De som vårdats mycket länge i resp. eller har tidigare lungsjukdom, copd, astma etc. Rökare eller mycket slemmiga pat."*

*"Unga män, 30-40 års åldern, som oftast är mycket ångestfyllda och rädda."*

*"Nej. Inte som jag upplever det."*

I frågan om det finns föreskrifter för respiratoravvänjning på avdelningen svarade 23 % (6) av informanterna att det finns särskilda föreskrifter för hjärtopererade patienter, 23 % (6) av informanterna svarade att det inte alls finns några föreskrifter, medan 12 % (3) av informanterna använder de hjärtopererades föreskrifter också åt övriga patienter.

*"För bypasspatienter finns det, men i princip följer vi samma för andra patienter också."*

*"För hjärtpatienter finns det, då skall man se till att hemodynamiken är stabil, periferin varm, astrup ok, CO<sub>2</sub> inte för högt och frekvensen 4, patienten vaken och följer uppmaningar..."*

*"Sydänleikatuilla ei ole kunnollisia ohjeita. Siihen toivoisin parannusta."*

I frågan om hur föreskrifterna ser ut svarade 42 % (11) av informanterna att det finns så kallade stående ordinationer såsom varm periferi, stabil hemodynamik, astrup inom referensvärden och egen spontan andning. Till och med 31 % (8) av informanterna svarade att läkaren ger ordinationer om hur avvänjningen skall göras, medan 2 % (1) av informanterna svarade att det finns föreskrifter men beskrev inte vad de innehåller.

*"Väldigt korta föreskrifter i clinisoft."*

*"Hengityskonearvojen säätelyä – happi ja CO<sub>2</sub> rajat – hengitysfr. rajat, saturaatorajat"*

*"... arvot mitä seurataan astrupista. Että pot. tila stabiili, että pot. lämmennyt tarpeeksi, että pot. herännyt hyvin, että pot. raajat liikkuvat."*

I frågan om vad föreskrifterna borde innehålla svarade 27 % (7) av informanterna att det är svårt att ha föreskrifter då avvänjningarna är så patientspecifika och en av dessa informanter ansåg att det inte behövs några föreskrifter så länge som läkaren gör ordinationer. Till och med 23 % (6) av informanterna ansåg att föreskrifterna skulle kunna innehålla allmänt om avvänjning, olika metoder att avvänja mer och mera exakta riktlinjer.

*"Kunde bra finnas lite riktlinjer av någon form!"*

*"Voisi olla tarkempi protokolla miten eri ongelmatilanteissa edetään."*

*" Skulle kanske ha mera nerskrivet i våra skriftliga program om hur man exakt gör att vad man tar i beaktande. Så vi alla skulle göra likadant."*

I frågan om annat som de ville kommentera angående respirator avvänjning så citeras följande:

*"Man skall vara kunnig, observant och hundra procent säker på vad man gör. Gör inget du är osäker på utan att ha kontrollerat med läkaren. Fixera dig inte enbart på*

*respiratorn utan kom ihåg att det är en individ du avvänjer och som du som sjukskötare skall vårda som en hel människa.”*

*”Har man ett tydligt protokoll är det även lättare för sjukskötaren att utföra avvänjningen. För hon står nog ganska ensam upp i det.”*

*”Potilaan vieroittaminen vaatii paljon kokemusta sekä respiraattorin tuntemista.”*

*”Det går att ha mycket klarare och tydligare föreskrifter för avvänjning där flera komponenter tas upp...”*

## 8 Tolkning

I detta kapitel har undersökningens resultat speglats och tolkats mot de teoretiska utgångspunkterna samt mot tidigare forskning. Begreppen som respondenterna använde sig av var ansvar och trygghet. De teoretiska utgångspunkterna som respondenterna utgått ifrån var Erikssons (1995) och Watsons (1993) tankar om etiskt ansvar samt Erikssons (1986), Lindströms (1994) och Segestens (1994) tankar om trygghet. Respondenterna började med tolkning mot de teoretiska utgångspunkterna och sedan speglades resultaten mot tidigare forskning.

### 8.1 Tolkning mot teoretiska utgångspunkter

I undersökningen fann respondenterna att majoriteten av informanterna ansåg att sjukskötare har stort ansvar under avvänjningen av en patient från respirator. Informanterna framhöll att läkaren ger ordinationer om hur avvänjningen av patienten från respirator skall gå till men att det är sjukskötaren som genomför avvänjningen från respiratorn. Detta ger sjukskötaren en betydande roll under avvänjningsprocessen. Det framkom dock att med mera arbetserfarenhet sågs det mera som en rutinåtgärd och en del av det dagliga arbetet. En stor del av informanterna nämnde att avvänjningen av patient från respirator är något positivt, ett steg framåt i vården. I undersökningen framkom även att relationen mellan sjukskötare och patient är betydelsefull. För att återspegla mot de teoretiska utgångspunkterna kan man ta fasta vid Erikssons (1995) tanke om inre ansvar och yttre ansvar. Det inre ansvaret är ett djupt personligt ställningstagande. Man går in i en vårdrelation som kräver att man

ger något av sig själv. Det yttre ansvaret är en plikt, att man ansvarar för något bestämt som regler eller direktiv. Eriksson (1995) menar också att i en djupare mening hör skuld och ansvar ihop, då skuld är bunden till kärlek, välvilja och en önskan att tjäna och hjälpa någon. Watsons (1992) teori om mänsklig omsorg betonar ansvaret att bevara det mänskliga, värdigheten och helheten hos självet. Som det framkom i undersökningen så är det oerhört viktigt att sjukskötaren ser patienten som en helhet. Sjukskötaren måste kunna se att bakom all apparatur finns en människa och endast se respiratorn som ett tekniskt hjälpmedel.

Enligt Eriksson (1986) kan trygghet indelas i inre och yttre trygghet. Den inre tryggheten gör att människan känner sig förtröstansfull/hoppfull, säker, fredad, självmedveten och lugn. Eriksson (1986) menar också att en människa kan få en ökad inre trygghet då hon genomgår olika kriser. Den yttre tryggheten enligt Eriksson (1986) är en omgivning fri från direkta faror. En viktig del av den yttre tryggheten är relationer till andra människor. Även Segesten (1994) menar att den yttre tryggheten fås genom relationer till andra människor. I undersökningen framkom det att det är sjukskötarens uppgift att vara nära och finnas till hands för patienten samt att lugna patienten. Enligt Lindström (1994) har tryggheten flera olika dimensioner, varav en är medvetenhetsdimensionen som leder till förståelse, det vill säga att tolka, förklara och undervisa. Enligt informanterna är kommunikationen mellan sjukskötare och patient av stor betydelse. Det är viktigt att få patienten att förstå att denne är i respiratorvård och varför patienten är det. Om detta uppfylls menar informanterna att patienten får en känsla av trygghet. För att återspegla Erikssons (1986) tanke om att trygghet och kris hör ihop, anser respondenterna att vårdtiden på en intensivvårdsavdelning och i respiratorvård kan ses som en kris och möjligen ge en känsla av inre trygghet allteftersom vården framskrider.

## 8.2 Tolkning mot tidigare forskning

I respondenternas undersökning framkom det att man skall komma ihåg att det är en människa bakom all apparatur, att man som vårdare skall se patienten som en helhet. Detta stöds i Armans och Rehnsfeldts (2007) forskning där det poängterades att man som vårdare borde ge "det lilla extra". Med detta menas att man frångår rutinerna och att man känner att det alltid finns mer att ge åt patienterna. Det är viktigt att se helheten, att man ser den friska människan bakom sjukdomen och att man respekterar dennes önsknings. Respondenterna tycker själva att detta är en mycket viktig del av vården på en intensivvårdsavdelning eftersom patienten är i en sårbar situation.

I Wangs, Zhangs, Lis och Wangs (2008) forskning om patienters intensivvårds- erfarenheter under respiratorbehandling framkom det att patienterna kände fysiskt lidande. De förklarade känslan av hjälplöshet, att inte kunna röra på sig. Detta stämmer till en del överens med vad informanterna har svarat i respondenternas undersökning, eftersom den är ur sjukskötarens perspektiv, inte ur patientens. Det som framkom i undersökningen var bland annat att smärtlindring har en central betydelse, att det är viktigt att lindra patienters fysiska lidande, att se till patientens välmående.

Informanterna ansåg att kommunikationen mellan sjukskötaren och patienten är oerhört betydelsefull. Det framkom i respondenternas undersökning att genom kommunikation minskar informanterna patientens lidande, ångest och oro under avvänjningen. Finkes, Lights och Kitkos (2008) forskning stämmer överens med respondenternas undersökning. Forskarna skriver att kommunikationen mellan sjukskötare och patient är avgörande för en effektiv vård. Man kan läsa i deras forskning att patienter har rapporterat oro och frustration när kommunikationen inte är tillräcklig. Svårigheter i kommunikationen mellan sjukskötare och patient uppkommer när patienter inte kan prata eftersom patienten är i respirator och kan vara sederad. I respondenternas undersökning frågades inget om alternativ kommunikation, så den delen går ej att tolka till.



Newmarch (2006) har i sin artikel skrivit att vårdaren kan främja en lyckad avvänjning genom att ge information och stöd till patienten för att kompensera stress som är orsakad av osäkerhet i samband med avvänjningen. Hon skriver också att patientens förståelse av avvänjningen från respiratorn måste utvärderas med jämna mellanrum så att eventuella avvikelser kan upptäckas och åtgärdas därefter. Detta stämmer överens med respondenternas undersökning där informanterna har svarat att stöd och att finnas till för patienten är viktigt samt att hela tiden ge information till patienten om vad som händer och varför. Det framkom även i undersökningen att sjukskötaren måste kunna observera patientens allmäntillstånd, både det fysiska, psykiska och tekniska. Sjukskötaren skall kunna reagera även på små förändringar.

I Kaséns, Nordmans, Lindholms och Erikssons (2008) undersökning om vårdlidande har respondenterna den åsikten att respiratorbehandling är ett vårdlidande. Ett vårdlidande är något där patienten lider av själva vården och inte av sjukdomen. I respondenternas undersökning framkom att patienten under respiratorbehandlingen bland annat kan ha svårt med kommunikationen, intubationstuben kan irritera, patienten kan kanske inte röra sig eller inte uttrycka sina känslor. Avvänjningen från respiratorn kan ha påbörjats för tidigt eller patienten kan känna ångest och oro som då kan resultera i ett ökat lidande för patienten.

Hansen och Severinsson (2009) studerade läkarnas uppfattningar om protokollstyrd avvänjning. I allmänhet accepterades protokoll styrd avvänjning, eftersom det ansågs ha en positiv inverkan på avvänjningen. Det resulterar i ett ökat intresse, en ökad effektivitet, och en gemensam förståelse. De rapporterade också att protokollet hade gjort det lättare att agera och ta ansvar. Det fanns dock några upprörda svar, där det påstods att protokollet var gjort för att tillfredsställa sjukskötarna. De rapporterade att avvänjningen hade en låg prioritet bland läkare och att de var lättade när sjukskötarna föreslog en protokollstyrd avvänjning. Protokollets användning gjorde att avvänjningen påbörjades utan läkarnas närvaro och ledde till ett ökat intresse för avvänjning hos sjukskötarna, samt minskade förseningarna i avvänjningen och avvänjningen blev en standardiserad åtgärd. Respondenternas undersökningar var ur sjukskötarens perspektiv, inte läkarens, men det fanns ändå likheter. I

undersökningen svarade ungefär hälften av informanterna att det finns så kallade stående ordinationer såsom varm periferi, stabil hemodynamik, astrup inom referensvärden och egen spontan andning. Hela 27 % av informanterna tyckte att det skulle vara svårt att ha färdiga föreskrifter då avvänjningarna är så patientspecifika.

Rose, Nelson, Johnston och Presniell (2007) gjorde en studie på intensivvårdsavdelningar i Australien och Nya Zeeland. Målet med studien var att få en analys av omfattningen av sjukvårdspraxis och yrkesansvar för beslutsfattande i respiratorfrågor. Viktiga beslut om ventilation, bedömningar om avvänjning och extuberingsberedskap görs huvudsakligen i samarbete mellan sjukskötare och läkare. Beslut om att ändra respiratorinställningar gjordes självständigt av sjukskötare. Sjukskötarna är mer frekvent involverade i beslutet att inleda en avvänjning, i igenkännandet av avvänjningsprocessen, i extuberingsmisslyckanden. I respondenternas undersökning framkom det att det är läkaren som ger ordinationen om avvänjning av patienten från respirator, men att det är sjukskötaren som praktiskt sköter om avvänjningen av patienten från respirator.

Crocker och Timmons (2009) gjorde en studie för att identifiera innebörden av teknik med anknytning till avvänjning från respirator samt för att utforska hur tekniken används i praktiken av intensivvårdssjukskötarna. I informanternas svar kan man se att en del av informanterna ser avvänjningen av en patient från respirator som en del av det dagliga arbetet, speciellt de som hade längre arbetserfarenhet. Informanterna tog också upp att tekniken dock endast är en del av avvänjningsprocessen och att det är patienten som avvänjs, inte respiratorn. Crocker och Timmons fann emellertid exempel på när en erfaren sjukskötare tolkar tekniken, inte som medicinsk teknologi, utan använde den för att förbättra vården och resultatet för patienter som avvänjdes. Uppfattningen grundade sig på behovet av att se patienten i ett helhetsperspektiv. Man vill med hjälp av en systematisk bedömning få information om patientens förmåga att bli avvänjd. I respondenternas undersökning framkom dessutom att den erfarna sjukskötaren ansåg att avvänjning från respirator inte är så enkelt att man kan följa ett protokoll, men individuella protokoll kan göras upp efter patientens möjligheter. En del av informanterna önskade dock att riktlinjer skulle göras upp för avvänjning från respirator.

Hansen, Fjælberg, Nilsen, Lossius och Søreide (2008) utförde en retrospektiv studie på en 12-platsers intensivvårdsavdelning med syftet att identifiera och kvantifiera skillnaderna mellan den tillgängliga tiden för avvänjning och tiden som faktiskt används för avvänjning. Vidare ville de också analysera patienten och systematiska faktorer som förknippas med avvänjning. En respiratorperiod definierades som en 8-timmars period för omvårdnad av en patient. De fann att endast 46 % av perioderna tillgängliga för avvänjning verkligen har använts för avvänjning. Läkarordinationer om avvänjning av en patient från respirator hade samband med en ökad avvänjning. En stor mängd (22 %) av avvänjningarna från respirator skedde utan läkarordination. Det fanns inga direkta överensstämmelser mellan denna forskning och respondenternas undersökning. Detta eftersom respondenterna inte hade någon fråga om tiden för avvänjning. Det framkom dock en liten likhet, som var att avvänjningen ordinerades av läkare. Det var bara två av informanterna i respondenternas undersökning som inte nämnt något om läkarordination.

I Brattebøs, Gjerdes, Muris, Aarlands, Flaattens och Hofoss (2003) forskning undersöktes om det gick att minska tiden för patienten i respirator med hjälp av en målinriktad sedering och införande av ett nytt sedationsprotokoll. Resultatet som de fick av forskningen var att den genomsnittliga respiratortiden minskade med 28 %, från 7,4 dagar till 5,3 dagar, utan tecken på negativa resultat för patienterna. Genomsnittliga vårdtiden på intensivvårdsavdelning minskade med 11 %, från 9,3 dagar till 8,3 dagar. Allvarlighetsgraden på patientens sjukdom var oförändrad. Mortaliteten var något lägre för den sista perioden (22 %) än före omändringen (27 %), men förändringen var inte signifikant. Personalens utvärdering av protokollet visade att det inte fanns några stora problem med att genomföra det. Det uppstod inte heller några situationer med oväntade extuberingar eller andra negativa konsekvenser för patienterna. I respondenternas undersökning framkom det att för mycket sedation, otillräcklig andning, nedsatt lungfunktion eller slemmig luftvägar kan bland annat vara orsaker till reintubering efter en misslyckad extubering. T.o.m 75 % av informanterna ansåg att reintubering förekommer men sällan.

## 9 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna att göra en kritisk granskning av examensarbetet. Respondenterna har utgått från Larssons (1994, 163-185) kvalitetskriterier för kvalitativa studier för att på ett kritiskt sätt granska examensarbetet. Respondenterna har valt att använda sig av perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde, struktur och det pragmatiska kriteriet.

### 9.1 Perspektivmedvetenhet

Perspektivmedvetenhet, enligt Larsson (1994, 165-166), innebär att forskaren alltid har en förförståelse för det som skall tolkas. Förståelsen kan beskrivas genom personliga erfarenheter som påverkar tolkningen. Varje tanke skulle i princip kunna påverka tolkningen och tolkas som en förförståelse. Därför handlar det praktiskt om att avgränsa sig till det rimliga och relevanta.

I den teoretiska bakgrunden valde respondenterna bland annat att beskriva begreppen ventilation, respirator och intensivvårdsavdelning. Den teoretiska bakgrunden är skriven med ett enkelt språk, så att även läsare utan tidigare kunskap om respiratorer skall kunna få en uppfattning om examensarbetet. Det var för respondenterna inte något problem att hitta tidigare forskning om ämnet. Kunskapen och förförståelsen för ämnena i fråga ökade medan respondenterna skrev om dessa i den teoretiska bakgrunden. Forskningarna som respondenterna valt till sin undersökning gav också en bättre förförståelse inför tolkningsprocessen.

Respondenterna har sedan tidigare prehospitall erfarenhet men ytterst liten erfarenhet av intensivvård och respiratorbehandling. Den prehospitall erfarenheten har hjälpt respondenterna att förstå och relatera till vissa situationer som informanterna har beskrivit i undersökningen.

### 9.2 Intern logik

Enligt Larsson (1994, 168-170) är intern logik en idé om en helhet som kan relateras till alla enskilda delar. Mellan forskningsfrågan, antaganden om forskningen och det studerade fenomenets natur, datainsamlingen samt

analysmetoden bör det råda harmoni så att de bildar en väl sammanfogad konstruktion.

Syftet och frågeställningarna har utgjort grunden vid valet av metoden för examensarbetet. Syftet med examensarbetet var att utreda hur sjukskötaren upplever avvänjningen av en patient från respirator. Frågeställningarna i examensarbetet var: Hur upplever sjukskötaren avvänjningen av en patient från respiratorn? Vilka kunskaper krävs av sjukskötaren för att hjälpa till vid avvänjningen från respirator? Respondenterna anser att frågeställningarna var relevanta samt att de framträder som en röd tråd genom hela examensarbetet. Utgående från syftet och frågeställningarna valde respondenterna att använda sig av kvalitativ enkät samt kvalitativ innehållsanalys med deskriptiv statistik. En kvalitativ enkätundersökning var enligt respondenterna bästa valet av datainsamlingsmetod eftersom respondenterna ville ha fritt formulerade svar av informanterna. En kvantitativ enkät skulle inte ha gett informanter samma möjlighet att dela med sig av sina åsikter. För respondenterna var innehållsanalys det självklara valet av analysmetod med tanke på datainsamlingsmetoden.

### **9.3 Etiskt värde**

God etik är en viktig del av en undersökning enligt Larsson (1994,171-172). Genom god etik garanterar man alla informanter, organisationer och platser anonymitet så att de inte kan identifieras. Etik och validitet bör noggrant övervägas mot varandra så att anonymiteten behålls men ändå inte sänker undersökningens validitet.

Respondenterna garanterar informanterna, den deltagande avdelningen samt sjukhuset anonymitet i vårt examensarbete. I examensarbetet framkommer aktuell fakta från artiklar och forskningar. En del av litteraturen är otidsenlig men innehåller väsentlig information och har därför använts av respondenterna. I tolkningen var respondenterna omsorgsfulla och strävade efter att undvika feltolkningar. På detta sätt har respondenterna uppnått ett etiskt värde i examensarbetet.

## 9.4 Struktur

Larsson (1994, 173-175) menar att det finns krav på att resultatet av en studie skall ha en god struktur. Resultaten får inte vara suddiga, de skall vara överskådliga. Forskaren skall göra en helhetsbeskrivning av fenomenet som studeras. Enkelhet och klarhet bör eftersträvas samtidigt som den röda tråden skall vara med i hela examensarbetet.

Respondenterna har försökt hålla en god struktur genom hela examensarbetet och man har följt givna anvisningar. Respondenterna har försökt strukturera upp examensarbetet så att läsaren skall ha lätt att förstå innebörden samt kunna följa upp den röda tråden genom hela examensarbetet. Respondenterna har försökt att inte göra några egna tolkningar utan enbart dragit slutsatser med bakomliggande argument.

## 9.5 Pragmatiska kriteriet

Enligt Larsson (1994, 185-186) innebär det pragmatiska kriteriet diskussioner kring om man kan förena sina resultat till praktiken samt tala om vad resultaten har för betydelse i verkligheten. Det pragmatiska kriteriet betyder att resultatet som fås skall vara användbart.

Många likheter finns mellan resultatredovisning, teoretiska utgångspunkter, tidigare forskning samt en del av den teoretiska bakgrunden som presenteras i examensarbetet. Respondenterna hoppas på att examensarbetet har gett personalen på undersökningsavdelningen en bild av nuläget samt förslag till förbättring och utveckling för avvänjningen av en patient från respirator.

## 10 Diskussion

I detta kapitel kommer respondenterna att redogöra för och diskutera resultat som framkommit i undersökningen. Syftet med examensarbetet var att utreda hur sjukskötaren upplever avvänjningen av en patient från respirator. Frågeställningarna som undersökningen förväntades svara på var: Hur upplever sjukskötaren avvänjningen av en patient från respirator? Vilka kunskaper krävs av sjukskötaren för att hjälpa till vid avvänjningen från respirator? Respondenterna anser att de i examensarbetet har fått svar på frågeställningarna samt att syftet med examensarbetet delvis har uppfyllts.

Resultatet på respondenternas första frågeställning blev att sjukskötarens upplevelser av avvänjningen av en patient från respirator var olika beroende på arbetserfarenheten. Informanterna med längre arbetserfarenhet ansåg att avvänjningsprocessen var en del av det dagliga arbetet, att det med tiden hade blivit en rutinåtgärd. Informanterna med kortare arbetserfarenhet tyckte att avvänjningsprocessen var en krävande åtgärd. Under tolkningsprocessen märkte respondenterna att deras andra frågeställning inte fick något exakt svar. Respondenterna skulle ha kunnat fråga mera om sjukskötarens kunskap i enkätundersökningen. Respondenterna fick ändå till en del svar på andra frågeställningen. Dessa svar var bland annat att sjukskötaren bör ha kunskap om andning, hemodynamik, teknisk apparatur, smärtlindring samt om blodprover.

Som fortsatta undersökningar föreslår respondenterna en fördjupning i ämnet och av de enkätfrågor som använts i denna studie. Enkäten skulle få innehålla mera frågor om sjukskötarens kunskaper och krav på kunskap.

Respondenterna valde att fördjupa sig i de vårdteoretiska begreppen ansvar och trygghet. Begreppen kan ses som en röd tråd genom hela examensarbetet. I undersökningen framkom det att sjukskötaren har huvudrollen när det gäller avvänjningen av en patient från respirator. Detta betyder att sjukskötaren har ett stort ansvar. Informanterna har påpekat betydelsen av trygghet upprepade gånger i undersökningen. I den teoretiska bakgrunden har respondenterna kort

beskrivit ventilation, respirator, avvänjning och extubering samt intensivvårdsavdelning. Detta för att respondenterna och läsaren skall få en inblick i och förståelse för ämnet som undersöks i respondenternas examensarbete.

Respiratorbehandling och avvänjning från respirator hör till det dagliga arbetet på en intensivvårdsavdelning. Respiratorn och vården kring en respiratorbehandlad patient utvecklas ständigt och nya forskningar görs hela tiden. Vem som helst av oss kan drabbas av någon sjukdom, råka ut för någon olycka eller bli opererad och därför kräva intensivvård. Vi vill väl alla känna att vi är i trygga händer hos ansvarsfulla och kunniga sjukskötare som ger den bästa möjliga vården.

Respondenterna tyckte att examensarbetet har varit intressant och lärorikt. Genom att göra detta examensarbete har respondenterna fått en djupare inblick i respiratorbehandling samt om avvänjning från respirator. Detta har resulterat i en bättre förståelse som vi kan dra nytta av i vårt kommande yrke. Till sist vill respondenterna rikta ett stort tack till alla som möjliggjort för respondenterna att genomföra detta examensarbete.



# Litteratur

Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The little extra that alleviates suffering. *Nursing Ethics* 14 (3), 372-386.

Bergbom Engberg, I. & Hallenberg, B. (1981). *Respiratorvård - patientupplevelser*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur Ab.

Dybwik, K. (1997). *Respiratorbehandling*. Stockholm: Universitetsförlaget

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1986). *Vårdteknologi*. Stockholm: Nordstedts förlag.

Eriksson, K. (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Finke, E. H., Light, J. & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2102– 2115.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D. (2009). *Intensivvård. Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ø. (1992). *Människans fysiologi*. Stockholm: Liber.

Holme, I.M. & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården – vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*, 88 (28) 4-8

Larsson, A. & Rubertsson, S. (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, U. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. (2 uppl.) Stockholm: Liber

Notter, L. & Hott, J. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Newmarch, C. (2006). Caring for the mechanically ventilated patient: part two. *Nursing Standard*, 20,(18), 55-64.

Nylén, U. (2005). *Att presentera kvalitativ data – framställningsstrategier för empiriredovisning*. Malmö: Liber

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2 uppl.) Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Segesten förlag.

Svensson, P-G. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wang, K., Zhang, B., Li, C & Wang, C. (2009) Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (2), 183–190.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.



HADB41

BESTÄLLNING AV LÄRDOMSPROV

1. Enhet/avdelning, organisation, adressuppgifter
2. E-mail adress
3. Projektets syfte och innehåll Projektets syfte är en klinisk  
granskning av litteratur / undersökningen om patientens  
avvänjning från respirator samt ev. ett följefamilj  
intäkt till sjukhotare på för om hur sjukhotare  
upplever avvänjningen från respirator.
4. Projektet skall utmynna i ett lärdomsprov som IVA kan ha nytta  
av
5. Lämplig tidpunkt för projektets utförande hösten 2010
6. Projektansvarig på enheten/avdelningen
7. Deltar avdelningspersonalen i projektet. Ja  ? Nej  Ja, om hjälp bedörs av  
ev handledning
8. Önskemål om antal studerande som deltar i projektet 2
9. Projektet finansieras av beställaren\*. Helt  ? Delvis  Inte alls   
ex. kopier av följefamilj
10. Övrigt \_\_\_\_\_

Ort/Datum 31.3.2010  
Namnunderskrift   
Tjänsteställning avd. skötare

Beställningen skickas till Svenska Yrkehögskolan NOVIA  
Seriegatan 2, 65 320 Vasa

\* separat avtal uppgörs vid behov.

Ansökan om tills-  
tånd för utförande  
av lärdomsprov

02 / 11 2010

Sjukhus

Resultatenhet

Studeranden	Heidi Pirras Genvägen 80 c1 66800 Oravais 050-3434396	Jonäs Sandbacka Bäckvägen 8 bsta 65470 Sundom 040-7260440
Namn		
Adress		
Telefon		
Yrkehögskolan / yr- kesinstitut	Yrkehögskolan Novia	
Utbildningsprogram	Vård	
Handledare	Lisen Kullas-Nyman	
Ansvarsperson vid Vasa sjukvårdsdistrikt	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
Lärdomsprovets namn	Respirator användning av vuxna - ur sjukskötarens perspektiv	
Lärdomsprovets syfte	Att undersöka respirator användning ur sjukskötarens perspektiv	
Informanter	Samtliga sjukskötare på IVA	
Antal	ca. 40 st.	
Datainsamlingsmetoder	Enkät	
Tidpunkt för datainsamling	Vintern 2010	

Analysmetod	Kombination av kvalitativ o. kvantitativ metod.
Tidpunkt då lärdomsprovet beräknas vara färdigt	våren 2011

**Tillstånd för lärdomsprovet**

beviljats enligt anhållan

förkastats

beviljas med följande korrigeringar

Datum 16/12/2010 § 252

Underskrift

---



---



---

## Saatekirje

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulu Noviasta. Teemme parasta aikaa lopputyötä ja tulemme suunnitelmien mukaan valmistumaan keväällä 2011. Lopputyön tarkoitus on tehdä tutkimus aikuisten potilaiden vieroittaminen respiraattorista. Tutkimus perustuu sairaanhoitajan näkökulmaan. Tämän tutkimuksen tulosten toivotaan herättävän uusia ajatuksia ja ideoita potilaan respiraattorista vieroittamisesta.

Tutkimuksen kyselylomake annetaan teho-osaston kaikille sairaanhoitajille.

Tutkimukseen osallistutaan anonymisti ja kaikki tiedot tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Osallistuminen on vapaaehtoista mutta toivomme että mahdollisimman moni vastaisi jotta tulos olisi luotettava. Vastaukset tulisi jättää viimeistään 07.12.2010. Täytetty lomake voidaan jättää siihen tarkoitettuun laatikkoon osastolla. Ylihoitajasi on hyväksynyt tämän kyselyn.

Jos Sinulla on mahdollisia kysymyksiä, ota yhteyttä meihin tai ohjaavaan opettajaamme.

Etukäteen kiittäen.

Ystävällisin terveisin

Heidi Puiras  
050-3434396  
Heidi.Puiras@novia.fi

Jonas Sandbacka  
040-7260440  
Jonas.Sandbacka@novia.fi

Ohjaava opettaja:  
Lisen Kullas-Nyman  
06-328 5325  
Lisen.Kullas-Nyman@novia.fi

Kysely

Kysymys 1. Olen nainen \_\_\_\_ mies \_\_\_\_

Kysymys 2. Ikäni on \_\_\_\_

Kysymys 3. Olen tehnyt sairaanhoitajan työtä \_\_\_\_ vuotta.

Kysymys 4. Olen tehnyt \_\_\_\_ vuotta työtä teho-osastolla.

Kysymys 5. Oletko vieroittanut potilaan respiraattorista?

a) Kyllä \_\_\_\_ Ei \_\_\_\_

b) Miten koet vieroittamisen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 6. Miten otat potilaan huomioon vieroituksen aikana?

---

---

---

---

---

---

---

---



Kysymys 7. Miten suhtaudut potilaan kärsimykseen, tuskaan ja ahdistukseen vieroituksen aikana?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 8. Mikä on sinun mielestäsi sairaanhoitajan rooli potilaan vieroittamisessa respiraattorista?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 9. Teetkö itse päätöksen siitä miten potilaan vieroitus respiraattorista tehdään? Jos et, niin kenen kanssa?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 10. Onko käytännössä poikkeuksia verrattuna lääkärin määräykseen?  
Mitkä ne ovat?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 11. Tapahtuuko usein että potilas joudutaan reintuboimaan  
extubaation jälkeen? Miksi?

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 12. Koetko jonkun potilasryhmän olevan vaikea vieroittaa  
respiraattorista? Perustele.

---

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 13. Onko osastollanne ohjeet potilaan vieroittamiseksi respiraattorista?

a) Kyllä. Mitä se sisältää?

---

---

---

---

---

---

---

b) Ei. Mitä sen pitäisi sisältää?

---

---

---

---

---

---

---

Kysymys 14. Muita mielipiteitä potilaan vieroittamisesta respiraattorista?

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos ajastasi ja osallistumisesta 😊

## Följebrev

Vi är två sjukskötarstuderande från Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi håller nu på med vårt examensarbete och väntas bli klara till sommaren 2011. Syftet med vårt lärdomsprov är att undersöka respirator avvänjningen av vuxna. Undersökningen utgår från sjukskötarens perspektiv. Resultatet av denna studie skall förhoppningsvis väcka nya tankar och idéer kring respirator avvänjning.

Vi kommer att göra en undersökning bland alla sjukskötare på er avdelning.

Undersökningsgruppen är anonym och all information kommer att behandlas konfidentiellt. Deltagandet är frivilligt men vi önskar att så många som möjligt svarar på enkäten för att resultatet skall bli tillförlitligt. Svaren bör inlämnas senast 07.12.2010. Den ifyllda enkäten kan lämnas i svarslådan vi lämnat på avdelningen. Denna undersökning är godkänd av din överskötare.

Vid eventuella frågor ber vi Dig kontakta oss eller vår handledande lärare.

Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Heidi Puiras  
050-3434396  
Heidi.Puiras@novia.fi

Jonas Sandbacka  
040-7260440  
Jonas.Sandbacka@novia.fi

Handledande lärare:  
Lisen Kullas-Nyman  
06-328 5325

Lisen.Kullas-Nyman@novia.fi

Enkät

Fråga 1. Jag är kvinna \_\_\_\_ man \_\_\_\_

Fråga 2. Min ålder är \_\_\_\_

Fråga 3. Jag har arbetat som sjukskötare i \_\_\_\_ år.

Fråga 4. Jag har arbetat på en intensivvårds avdelning i \_\_\_\_ år.

Fråga 5. Har du avvänt patient från respirator?

a) Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_

b) Hur upplever du avvänjningen av patienten från respiratorn?

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 6. Hur tar du patienten i beaktande vid avvänjningen?

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 7. Hur förhåller du dig till patientens lidande, ångest och oro under avvänjningen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 8. Vilken roll har sjukskötaren enligt dig vid avvänjning av patienten från respirator?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 9. Besluter du själv om hur avvänjning av patienten från respirator görs?  
Om inte, med vem?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 10. Finns det avvikelser i det praktiska utförandet i förhållande till läkarens ordination? Vilka?

---

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 11. Händer det ofta att patienten måste reintuberas efter extubation? Varför?

---

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 12. Upplever du att det finns någon patientgrupp som är svår att avvänja från respirator? På vilket sätt?

---

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 13. Finns det föreskrifter för respirator användning på er avdelning?

a) Ja. Hur ser den ut?

---

---

---

---

---

---

---

b) Nej. Vad borde den innehålla?

---

---

---

---

---

---

---

Fråga 14. Annat du vill kommentera angående användning av patienten från respirator?

---

---

---

---

---

---

---

Tack för din tid och medverkan 😊