

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K 2018:41

Tidig mobilisering av intensivvårdspatienten

Hinder och implementering

Karin Aus
Eva Bengtsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Tidig mobilisering av intensivvårdspatienten Hinder och implementering
Författare:	Karin Aus Eva Bengtsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Fristående kurs
Handledare:	Gabriella Norberg Boysen
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Tidig mobilisering av patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning (IVA) har visat sig minska risken för komplikationer under och efter vårdtiden samt förkorta tiden i respirator. Trots påvisad god effekt har det visat sig vara svårt att få genomslag för denna behandlingsåtgärd. Syftet med denna litteraturstudie var att studera vilka hinder/barriärer som finns mot införandet av tidig mobilisering och vad som gjorts för att implementera denna förändring av IVA-vården på andra kliniker. Studien är en litteraturstudie baserad på artiklar utvalda enligt förutbestämda kriterier ur databaserna Cinahl och Medline. Resultaten summerades i två huvudteman ”Hinder för tidig mobilisering” respektive ”Implementering av tidig mobilisering”. Resultaten visade att hinder för tidig mobiliseringen ofta berodde på en kombination av följande faktorer: okunskap, kulturen på avdelningen, bristande samarbete, resursbrist och patientrelaterade faktorer. Okunskap gäller både brist på kunskap om varför tidig mobilisering är bra, men även om hur och när mobilisering kan genomföras. Om det inte fanns någon kultur för tvärprofessionellt samarbete så upplevdes detta som ett stort hinder på vägen. Implementering av tidig mobilisering gick mycket ut på att överbrygga de barriärer som definierats. Utbildning för att möta bristen på kunskap, organisatoriska förändringar såsom prioriterade samarbete mellan olika yrkesgrupper och tydliggörande av var och ens roll i processen samt ett väl genomarbetat protokoll för hur tidig mobilisering skulle genomföras, utgjorde grundstenarna för en lyckad implementering. För att öka tillämpningen av tidig mobilisering inom svensk intensivvård föreslår författarna en strukturerad plan enligt ovan.

Nyckelord: *Tidig mobilisering, intensivvård, hinder, implementering, teamarbete, protokoll, utbildning.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Intensivvård	1
Intensivvårdspatienten	1
Tidig mobilisering	2
Komplikationer av immobilisering	2
Teamarbete	3
PROBLEMFORMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling	4
Analys	5
RESULTAT	5
Hinder för tidig mobilisering	5
<i>Okunskap</i>	6
<i>Kultur/bristande teamarbete</i>	6
<i>Resursbrist</i>	6
<i>Patientrelaterade faktorer</i>	7
Implementering	7
<i>Utbildning</i>	8
<i>Organisatorisk förändring</i>	8
<i>Protokoll</i>	9
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
SLUTSATSER	11
REFERENSER	12
Bilaga 1	15
Sökprocessen	15
Bilaga 2	16
Artikelöversikt	16

INLEDNING

Intensivvårdspatienter har ett stort omvårdnadsbehov på flera sätt. Förutom rent medicinska behandlingar och åtgärder finns fysiska och psykiska behov som måste tillgodoses. Som intensivvårdssjuksköterskor med mångårig erfarenhet har författarna under årens lopp sett att tidig mobilisering blivit allt mer prioriterat. Patienten ligger inte längre djupt sederade utan skall vanligtvis vara så kommunicerbar som möjligt och komma ur sängen så snart det går. Vad är det då som kan medföra att tidig mobilisering inte alltid blir av? Hur kan tidig mobilisering bli en naturlig del i intensivvården? Dessa frågeställningar har väckt vårt intresse och ligger till grund för denna litteraturstudie.

BAKGRUND

Intensivvård

På IVA vårdas svårt sjuka patienter som är i behov av kontinuerlig övervakning och avancerad medicinsk behandling. Det är en högteknologisk avdelning med apparatur och hjälpmedel för att upprätthålla vitala funktioner såsom andning och cirkulation. Inom verksamheten arbetar anestesiläkare, specialistutbildade sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter.

Intensivvårdspatienten

Intensivvårdspatienten (IVA-patienten) är en patient med en ofta komplex sjukdomssituation. Intagningskriterier för att vårdas på en svensk intensivvårdsavdelning (IVA) är enligt Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård SFAI (SFAI.se, 2015) en patient med: *”Hotande, eller manifest, akut svikt i en eller flera vitala organfunktioner. Tillståndet ska vara potentiellt reversibelt eller åtgärdbart (till exempel genom transplantation). Vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på lägre vårdnivå”*

Många av patienterna vårdas i respirator¹, är sederade², har kontinuerlig dialys³, övervakning i form av elektrokardiografi (EKG), artärnål⁴, central venkateter (CVK)⁵ med mera. De har också flertalet läkemedel och infusioner som administreras kontinuerligt över dygnet med hjälp av sprut- och infusionspumpar.

¹ medicinsk utrustning som hjälper patienten med andningen

² kontinuerlig tillförsel av lugnande läkemedel som håller patienten sovande

³ en behandling där blodet renas då njurarna inte fungerar

⁴ kärlkateter i pulsåder för blodtrycksmätning och blodprovstagning

⁵ kärlkateter i stor ven för tillförsel av infusioner och läkemedel

Tidig mobilisering

Med mobilisering inom medicin menas enligt Svenska Akademiens ordlista, SAOL "Få patient att röra på sig" och enligt Nationalencyklopedin, NE "Göra rörlig". Inom dagens intensivvård läggs det stort fokus på mobilisering av patienten, helst så tidigt som möjligt i vårdförloppet. Inom intensivvården används ofta begreppet "tidig mobilisering". Definitionen av tidig mobilisering beskrivs enligt Schweickert et al. (2009) som den mobilisering som startar inom 72 timmar efter insatt respiratorbehandling.

I daglig praxis inom intensivvården sker mobiliseringen gradvis. Initialt innebär detta passiva rörelser, så kallad kontrakturprofylax ofta utförda av fysioterapeut. Vidare mobilisering innebär att patienten hjälps upp till sittande på sängkanten, står på golvet, sitter i fåtölj och i bästa fall går några steg. Är inte detta möjligt kan patienten sättas upp i rullstol, för att på så sätt få ett annat kroppsläge. Teknisk utrustning/hjälpmiddel som är individuellt utprovade måste också finnas. Mobilisering förutsätter att patienten är stabil i sina vitalparametrar såsom respiration, cirkulation och är kommunicerbar. Runt om i världen har det bedrivits forskning för att ta reda på vinsterna med tidig mobilisering av intensivvårdspatienten (Engel, Needham, Morris, Gropper 2013; Schweickert et al. 2009). Vidare beskrivs hur överlevnaden påverkas vid tidig mobilisering, hur vårdtiden på IVA/vårdavdelning påverkas positivt samt huruvida patientens chanser att återgå till en god livskvalitet efter sjukhusvistelsen ökar.

Tidigare var det bara enstaka patienter som kom ifråga för mobilisering under vårdtiden på IVA, ofta så kallade "långliggare" med kroniska sjukdomar, övriga patienter låg tryggt sederade så länge de vårdades i respirator. Idag har denna inställning förändrats och mycket forskning talar för att sedationsavbrott och tidig mobilisering kan minska risken för komplikationer efter respiratorbehandling och kan bidra till att förkorta vårdtiden för patienten (Goodson et al. 2017; Schweickert et al. 2009). Trots att det uppenbarligen finns vinster med tidig mobilisering är det inte alltid en självklarhet i det vardagliga kliniska arbetet (Hodgson et al. 2016). Det finns olika studier som ger förslag på hur tidig mobilisering kan införas i praktiken till exempel genom att utforma ett mobiliseringsprotokoll, som är en manual där mobiliseringen beskrivs stegvis. De visar också vilka effekter som kan uppnås efter implementering av ett sådant protokoll (Constantin 2016; Engel et al. 2013). Intensivvårdssjuksköterskan skall aktivt stödja patienten i den tidiga mobiliseringen. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom intensivvård som Svensk riksförening för anestesi och intensivvård (2012) ger ut beskrivs att intensivvårdssjuksköterskan ska kunna verka för och främja att patientens kroppsuppfattning bevaras samt motverka fysisk och psykisk inaktivitet och komplikationer.

Komplikationer av immobilisering

Välkända komplikationer vid långvarig respiratorvård och immobilisering, som ofta blir en följd av det svåra sjukdomstillståndet, är delirium, påverkan på kognitiva funktioner samt negativ påverkan på fysisk styrka och återhämtning efter IVA-vården (Hizden

2013). Det finns väl beskrivet hur patienter i behov av intensivvård mycket tidigt utvecklar muskelatrofi (Puthucheary et al. 2013). Forskning har visat att den immobilisering som oftast följer på det svåra sjukdomstillståndet är ogynnsamt för patienten ur flera perspektiv (Stevens et al. 2007). Därför bör mobilisering komma igång så fort som möjligt. Vidare påverkas flera organsystem ogynnsamt av immobilisering såsom lungor, hjärta/cirkulation, mag-tarmkanal, och hud. Detta kan leda till pneumoni⁶, ortostatism⁷, ventrombos⁸, obstipation⁹ samt decubitus¹⁰.

Teamarbete

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor som Svensk sjuksköterskeförening (SSF) ger ut beskrivs det att sjuksköterskor ska kunna initiera, samordna och planera teamarbetet kring patienten och säkerställa att information når alla i teamet (SSF 2017). Omvårdnaden av IVA-patienten är komplex. Flera yrkesgrupper såsom undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter är involverade, var och en med sin specifika kompetens och kunskap (Dietz et al. 2014). I samband med mobilisering behöver hänsyn tas till olika parametrar, till exempel är optimal sedationsnivå en grundförutsättning samt att det inte finns några kontraindikationer, såsom instabilt blodtryck, obehandlade frakturer eller andra medicinska hinder för mobilisering.

Undersköterskan utför ofta en stor del av den direkta patientomvårdnaden, till exempel hygien, bäddning och vändning. Fysioterapeuten har kunskap om vikten av att mobilisera patienten. Han/hon har dessutom erfarenhet av lämpliga metoder för mobilisering efter till exempel ortopediska ingrepp och även kunskap om tillämpning av hjälpmedel. Ytterligare en yrkeskategori som kan behöva involveras i samband med mobilisering är arbetsterapeuten som utprovar rullstolar, liftar och andra nödvändiga hjälpmedel. Samordning och kommunikation är A och O. Varje dag ska en plan med mål för kommande dygn läggas upp för den enskilde patienten avseende diagnostik, behandling och omvårdnad (SFAI 2015) Det finns olika faktorer att ta hänsyn till såsom planerade eller akuta undersökningar och konsultationer. Även patientvila och besök av anhöriga kan bidra till att mobilisering inte utförs som planerat.

⁶ lunginflammation

⁷ yrsel eller svimningskänsla då man reser sig upp

⁸ blodpropp

⁹ förstoppning

¹⁰ trycksår

PROBLEMFORMULERING

Att vara svårt sjuk och vårdas på IVA kan fort leda till immobilisering. Det i sin tur påverkar patienternas fysiska, psykiska och kognitiva förmågor. Tidig mobilisering medför vinster för patienterna genom minskad risk för komplikationer till intensivvård och snabbare återhämtning. Bland många konkurrerande omvårdnadsåtgärder är det lätt att mobilisering prioriteras bort. Det är dock IVA-sjuksköterskans ansvar att detta utförs. Genom att identifiera hinder för mobilisering och sätt att implementera mobilisering i daglig vård ökar chanserna till att det blir utfört.

SYFTE

Syftet är att belysa de hinder som finns för tidig mobilisering av IVA-patienter samt hur tidig mobilisering kan implementeras.

METOD

Studien är en litteraturstudie där vetenskapliga artiklar granskades enligt den metod som Friberg beskriver (Friberg 2012 ss.133-143). Gemensamma nämnare söktes men även faktorer som skilde studierna åt. Detta ledde fram till den indelning som blev till grund för resultatets olika teman. Litteraturstudie som metod för aktuell studie på kandidatnivå ansågs lämplig, då det gav möjlighet att under en begränsad tid få överblick av relevant forskning inom det aktuella problemområdet. Artiklar söktes i databaserna Cinahl och Medline utan hänsyn till kvantitativ respektive kvalitativ inriktning. Ett stort material visade sig finnas inom området, därför utökades inte sökningen till fler databaser. Eftersom området ständigt beforskas kunde urvalet begränsas till att gälla de senaste tio åren. Det var relativt lätt att hitta gemensamma benämningar på teman för att kategorisera artiklarna (se bilaga 1).

Datainsamling

Sökningar efter artiklar i det valda ämnet gjordes i databaserna Cinahl och Medline som är inriktade på forskning inom omvårdnad och medicin. Sökord som användes var: *ICU, intensive care, critical care, early ambulation, early exercise, mobil* nurs**. Sökorden användes i olika kombinationer för att finna relevanta artiklar. Först gjordes en bred sökning där cirka 400 artiklar hittades. Därefter begränsades sökningen genom att välja artiklar från 2008 och framåt som dessutom var vetenskapligt granskade (peer reviewed). Efter dessa begränsningar kvarstod 105 artiklar från Cinahl och 14 artiklar från Medline. Efter denna sökning lästes samtliga titlar igenom. Intressanta artiklar valdes ut och abstrakt i dessa lästes. Därefter utsågs tio artiklar, åtta från Cinahl och två från Medline som svarade mot syftet. De artiklar som då hade exkluderats beskrev studier gjorda på intensivvårdsavdelningar som var högspecialiserade såsom barn-, brännskade- och neurokirurgisk intensivvård (se bilaga 1). Denna exkludering gjordes då förutsättningarna för mobilisering av dessa patientgrupper kan vara annorlunda. Artiklarna som inkluderades var från USA, Kanada samt Australien och hade både kvalitativ och kvantitativ ansats.

Analys

De tio inkluderade artiklarna lästes noggrant igenom. Färgmarkeringar i texten och minnesanteckningar gjordes för att lätt kunna återkomma till det i artiklarna som berörde vald frågeställning. Artiklarna delades upp mellan författarna som först läste och granskade dem enskilt. Därefter bytte författarna artiklar med varandra för att sedan diskutera innehållet gemensamt. Artiklarna sammanställdes enligt Friberg i en tabell avseende titel, författare, publiceringsår, tidskrift och land. Även syfte, metod/urval och resultat redovisades (Friberg ss. 45). På detta sätt blev det en överskådlig presentation av artiklarna för läsaren, men även en struktur för författarna under arbetets gång (se bilaga 2). Författarna jämförde gemensamma funna teman i artiklarna. Dessa teman sammanfattades i två huvudteman: *Hinder för mobilisering* och *implementering av tidig mobilisering* (tabell 1).

RESULTAT

Resultatet belyser de hinder för tidig mobilisering som finns samt hur implementering av tidig mobilisering kan ske.

Tabell 1

Huvudtema	Undertema
<i>Hinder för tidig mobilisering</i>	<ul style="list-style-type: none">● <i>Okunskap</i>● <i>Kultur/ bristande teamarbete</i>● <i>Resursbrist</i>● <i>Patientrelaterade faktorer</i>
<i>Implementering av tidig mobilisering</i>	<ul style="list-style-type: none">● <i>Utbildning</i>● <i>Organisatorisk förändring</i>● <i>Protokoll</i>

Hinder för tidig mobilisering

Ur de tio artiklarna definierades de som handlar om upplevda hinder för tidig mobilisering. I en studie har det gjorts telefonintervjuer med 500 IVA-avdelningar i USA (Bakhru, Wiebe, McWilliams, Spuhler & Schweickert 2015), i en annan användes ett validerat formulär som skickades ut till samtliga yrkeskategorier vid tre IVA avdelningar i Kanada (Anekwe et al. 2017). En studie har använt en kvalitativ forskningsmetodik där man satt samman fokusgrupper med olika professioner för att utröna vad som uppfattas som hinder för tidig mobilisering. De största hinder som identifierades var kulturen på avdelningen, kommunikation mellan yrkesgrupper samt resursbrist (Barber et al. 2015). Ett enklare alternativ har varit ett öppet möte där alla fått ventilera sina frågor och vilka hinder som sågs för att genomföra tidig mobilisering (Hunter et al. 2017). I ett flertal artiklar gjordes en genomgång av hur vanligt det var med mobilisering innan en utbildning i tidig mobilisering påbörjades (Drolet et al. 2013; Hunter et al. 2017; Messer, Comer & Forst 2015; Dammeyer et al. 2013a).

Okunskap

En viktig barriär mot tidig mobilisering visar sig vara okunskap. Dels handlar det om okunskap kring den potentiella nyttan av tidig mobilisering, som i sin tur leder till låg motivation för ett förändrat arbetssätt, och dels handlar det om bristande kunskap om i vilken grad olika patienter kan mobiliseras och tillvägagångssätt för detta. Artiklarna beskriver hur okunskap leder till rädsla för tidig mobilisering och därmed blir det en viktig barriär mot förändringsarbetet. Messer, Comer och Forst (2015) visar att utbildning om mobilisering ökar IVA-sjuksköterskans kunskap om nyttan av mobilisering men även hur mobiliseringen ska utföras. Detta medförde att betydligt fler patienter mobiliserades till sängkant än tidigare (Messer, Comer & Forst 2015). Det saknas också praktisk kunskap om tillvägagångssätt för att mobilisera svårt sjuka patienter med till exempel pågående respiratorbehandling. Anekwe och medarbetare (2017) fann att 58 % (n=138) av de som arbetade kliniskt på en intensivvårdsavdelning upplevde att de hade för lite kunskap om fördelarna och riskerna med tidig mobilisering av respiratorbehandlade patienter (Anekwe et al. 2017).

Kultur/bristande teamwork

Flera författare har påpekat att den rådande kulturen, på arbetsplatsen utgör ett hinder för att införa tidig mobilisering. Som exempel på detta kan nämnas sederingsregim, det vill säga hur djupt patienterna sederas, placering av övervakningsutrustning samt i vilken grad tidig mobilisering prioriteras (Barber et al. 2014; Hunter et al. 2017; Dammeyer, Dickinson, Packard, Baldwin & Ricklemann 2013b). Brist på kommunikation och samarbete mellan olika personalkategorier har visat sig vara en barriär för införande av tidig mobilisering. Barber och medarbetare (2014) fann att samtliga yrkesgrupper som deltog i fokusgrupper gällande tidig mobilisering poängterade att kulturen på just deras avdelning var ett hinder för tidig mobilisering av patienter, speciellt de med respirator (ibid). Om inte ansvarsfördelningen är tydlig och det är klarlagt vilka arbetsuppgifter varje yrkeskategori har, finns det inga goda förutsättningar för att införa ett mobiliseringsprotokoll (Hunter et al. 2017). I de flesta studier har IVA-sjuksköterskan varit den som har ansvaret för genomförandet av tidig mobilisering (Drolet et al. 2013; Hunter et al. 2017; Messer, Comer & Forst 2015; Bakhru et al. 2015) även om det har föreslagits i en av studierna att fysioterapeuten skall ha huvudansvaret (Barber et al. 2014).

Resursbrist

Mobilisering är resurskrävande. I ett mobiliseringsprotokoll föreslås att respiratorbehandlade patienter skall lämna sängen tre gånger per dag (Dammeyer et al. 2013b). Barber och medarbetare (2014) redovisar hur både läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter nämner att brist på personal, men även brist på särskilt kunnig personal, såsom fysioterapeuter ofta är ett hinder för mobilisering (ibid). Liknande resultat registrerades i studien gällande 500 intensivvårdsavdelningar i USA (Bakhru et al. 2015) och i Montreal, Kanada (Anekwe et al. 2017). Även brist på anpassad utrustning för mobilisering av svårt sjuka patienter ses som ett hinder. (Barber et al. 2014; Hunter et al. 2017; Bakhru et al. 2015; Anekwe et al. 2017).

Brist på personal påtalas som ytterligare ett hinder men att förändring kunnat genomföras utan ökade resurser (Dammeyer et al. 2013a). Messer och medarbetare (2015)

påtalade tydligt att sjuksköterskorna upplevde tidsbrist som ett hinder för mobilisering eftersom det fanns annat som måste göras. När projektet med tidig mobilisering hade pågått under två år hade två extra personal anställts för att kunna genomföra programmet.

Patientrelaterade faktorer

För att en patient skall bli aktuell för tidig mobilisering behöver flera olika faktorer samverka. Det måste finnas en kultur på avdelningen där mobilisering anses viktigt och där rutiner för till exempel sedationsavbrott är utarbetade. Det kommer dock alltid till en bedömning av om man ”vågar” mobilisera den aktuella patienten. Vilka faktorer i patientens medicinska status som påverkar möjligheten till mobilisering ses olika av sjuksköterskor och fysioterapeuter. Cirkulatorisk instabilitet och dialysbehandling ses som större hinder för sjuksköterskorna medan fysioterapeuterna upplever neurologisk nedsättning som en större barriär (Dammeyer et al. 2013a; Anekwe et al. 2017; Garzon-Serrano et al.2011). I flera studier beskrivs tydliga exklusionskriterier för tidig mobilisering eller för att gå från enkla övningar i sängen till högre grader av mobilisering. En detaljerad genomgång av dessa kriterier ligger utanför syftet med aktuell studie, men hemodynamiskt¹¹ instabila patienter (>2 vasoaktiva droger¹² eller pågående dositering), patienter med högt syrgasbehov (>60%), svår anemi¹³ eller blödningsbenägenhet samt spinala skador/färsk stroke har framförts som vanliga exklusionskriterier. Dessa kriterier skall inte förväxlas med de barriärer som olika personalkategorier beskriver innan de fått adekvat utbildning. De argument som nämns kan vara att patienten måste exempelvis få vila, vårdas i respirator och dialysbehandlas (Barber et al. 2014; Hunter et al. 2017; Bakhru et al. 2015; Dammeyer et al. 2013b; Anekwe et al. 2017; Garzon-Serrano et al.2011).

Implementering

Många av de valda artiklarna beskriver hur ett program för tidig mobilisering kan implementeras i befintlig IVA-verksamhet (Dammeyer et al. 2013a; Drolet et al. 2013; Messer, Comer & Forst 2015; Dammeyer et al. 2013b; Perme & Chandrashekar 2009). Andra har koncentrerat sig på att beskriva och värdera specifika utbildningsinsatser (Hunter et al. 2017; Messer, Comer & Forst 2015) Mycket av implementeringen går ut på att möta de hinder som beskrivits tidigare i aktuell studie. Även gemensamma teman för implementering av mobilisering har funnits i artiklarna. Dessa är utbildning, organisatorisk förändring och protokoll.

¹¹ blodcirkulation

¹² läkemedel vid cirkulatorisk instabilitet

¹³ blodbrist

Utbildning

Huvudsyftet med utbildning var att beskriva nyttan av tidig mobilisering och därigenom få fram engagemang och motivation hos personalen och förståelse för att tidig mobilisering inte är farlig, om det görs på rätt sätt och på lämplig patient. Utbildningen byggde både på teoretisk och praktisk genomgång av hur mobilisering genomförs. Utbildningen kunde antingen ske i form av att olika personalgrupper var direkt involverade i att utveckla ett program för tidig mobilisering (inklusive litteraturstudier) och på det viset inhämtade kunskap (Drolet et al. 2013; Dammeyer et al. 2013b). I andra studier beskrevs en mer formell utbildning med föreläsning och kunskapstest före och efter utbildningen (Hunter et al. 2017; Messer, Comer & Forst 2015).

Några sjuksköterskor specialutbildades inom mobilisering för att utbilda sina kollegor under en två timmar lång utbildning. Denna utbildning bestod av teori och praktik, med både föreläsning och diskussion. En omfattande litteraturstudie låg till grund för utbildningsprogrammet (Messer, Comer & Forst 2015). Mycket av den fortsatta utbildningen och vidmakthållandet av kunskapen över tid bygger på engagemang från ”mobility champions” som undervisar sina kollegor. Dessa bör finnas i alla yrkeskategorier menar Dammeyer et al. (2013a) och Messer, Comer och Forst (2015). Sammantaget har den formella utbildningen en plats i utvecklandet av ett program för tidig mobilisering men kan inte enskilt utgöra grunden för en lyckad förändring (Dammeyer et al. 2013a; Drolet et al. 2013; Messer, Comer & Forst 2015; Bakhru et al. 2015). Det beskrivs hur en utbildningsinsats av sjuksköterskor ökade deras kunskap om riskerna av immobilisering och nyttan av tidig mobilisering och också förändrade metoderna för mobilisering, till exempel att sitta på sängkanten (Messer, Comer & Forst 2015). Ett annat sätt att utbilda har varit att låta samtliga inblandade yrkeskategorier skriva var sin del i ett gemensamt protokoll för tidig mobilisering (Drolet et al. 2013).

Organisatorisk förändring

För att införa tidig mobilisering är ett multidisciplinärt samarbete viktigt och är påtalat i alla de artiklar som beskriver genomförandet av ett tidigt mobiliseringsprogram (Dammeyer et al. 2013a; Drolet et al. 2013; Barber et al. 2015; Hunter et al. 2017; Messer, Comer & Forst 2015; Bakhru et al. 2015; Dammeyer et al. 2013b) Statistiskt oberoende variabler som karakteriserade enheter med tidig mobilisering var: “Dedikerad fysioterapeut/arbetsterapeut på IVA”, “Dokumentation av dagliga mobiliseringsmål för patienten” samt “Multidisciplinärt deltagande vid den dagliga rondan” (Bakhru et al. 2015). En individuell mobiliseringsplan bör diskuteras dagligen på en tvärprofessionell rond. Samtliga personalkategorier som är inblandade i vården är då medvetna och informerade om planen för mobilisering. Det påpekas i flera studier att en framgångsrik tidig mobilisering kräver att hela vårdkedjan fungerar (Dammeyer et al. 2013a; Anekwe et al. 2017).

Om en patient som vårdas i respirator ska mobiliseras till stående måste sedationsavbrott planeras i tid, röntgenundersökningar inte vara inplanerade samtidigt, infarter såsom

CVK och artärkateter ska vara säkrade och bandagerade, trakealtuben¹⁴ fixerad och en bedömning av patientens allmäntillstånd behöver göras. Ett återkommande tema är att ett fullt genomfört program för tidig mobilisering är arbetskrävande. Även om mycket går hand i hand med andra rutiner på IVA såsom sedationsavbrott, kräver själva mobiliseringen av en respiratorbunden patient upp till fyra personal (Perme & Chandrashekar 2009). Införandet av ett framgångsrikt program för tidig mobilisering har ett år efter införande resulterat i att två extra heltidsanställda personer anställts till en intensivvårdsavdelning med 14 platser (Messer, Comer & Forst 2015).

Protokoll

Vid en genomgång av tidig mobilisering med intensivvårdsavdelningar representerade över hela USA var ett dedikerat protokoll en av de framgångsfaktorer som kunde identifieras (Bakhrum et al. 2015). I stort sett alla studier som beskriver hur man genomfört ett tidigt mobiliseringsprogram har använt någon form av protokoll (Dammeyer et al. 2013a; Drolet et al. 2013; Messer, Comer & Forst 2015; Dammeyer et al. 2013b; Perme & Chandrashekar 2009). Syftet med protokollet är att tidig mobilisering skall ske automatiskt, men med hänsyn taget till den enskilda patienten. Detta för att minimera riskerna för patienten och därmed öka tryggheten hos personalen. Alla protokoll innehåller en lista över kontraindikationer för mobilisering. I två studier har det beskrivits ett mer detaljerat protokoll (Dammeyer et al. 2013b; Perme & Chandrashekar 2009). Syftet med dessa är att inkludera alla patienter i någon form av mobiliseringsprogram genom att placera dem i olika faser beroende på hur svårt sjuka de är. Varje dag kategoriseras patienten, av olika personalkategorier, till en fas där vissa åtgärder ingår per automatik. På detta vis inkluderas alla patienter och värderas för att kunna genomgå en mer aktiv mobilisering med mål att i bästa fall kunna gå. Det är bekräftat att fysioterapeuter lyckas mobilisera patienter till en högre mobiliseringsnivå jämfört med sjuksköterskor (Garzon-Serrano et al. 2011), vilket understryker behovet av ett multidisciplinärt arbetssätt. En annan studie gällande både IVA-patienter och en betydligt större andel "lätt-IVA" (avdelning med cirkulatoriskt stabila patienter dock vanligtvis med trakeostomi¹⁵ och ibland respirator) användes ett strukturerat protokoll som gjordes av sjuksköterskan men där det fanns definierat i vilka fall som fysioterapeut eller arbetsterapeut skulle tillkallas. På detta vis ökades kraftigt andelen ambulera patienter inom 72 timmar efter ankomst till IVA. 20,2 % (n=426) av IVA-patienter och 71,8 % (n=358) av "lätt-IVA patienter" kunde lämna sängen med hjälp av detta protokoll (Drolet et al. 2013).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Alla artiklar kommer från anglosaxiska länder och därför kan det vara svårt att tolka dem ur ett svenskt perspektiv. Det finns fler yrkeskategorier, till exempel är sjuksköterskorna indelade i fler nivåer utefter akademisk utbildning och yrkeserfarenhet, jämfört med i Sverige. Vissa sjuksköterskor inom intensivvården har en "superspecialisering" som ger

¹⁴ andningsrör i luftstrupen som kopplas till respirator

¹⁵ öppning i halsen för andningsrör

dem möjlighet att utföra vissa uppgifter som i Sverige endast utförs av läkare. Det finns även en speciell yrkesgrupp som ansvarar för respiratorbehandling (respiratory therapist). Nackdelen med att europeisk litteratur saknas kan eventuellt uppvägas av att artiklarna kommer från studier utförda på stora intensivvårdsavdelningar i USA, Kanada och Australien och därmed ger ett stort material att studera. Intensivvården i dessa länder verkar bedrivas på liknande sätt som i Sverige avseende medicinsk handläggning, synsätt på omvårdnad och teamarbete. Det hade däremot varit intressant att hitta någon artikel som beskrev problemområdet ur en annan infallsvinkel. Extra spännande hade det varit med en studie utförd i Sverige.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att studera hinder för tidig mobilisering av IVA-patienten samt hur tidig mobilisering kan implementeras inom intensivvården. Resultatet kan sammanfattas i teman som återkommer i artiklarna. Oavsett om studierna har utförts på små eller stora sjukhus med lite olika utgångspunkter verkar framgångsfaktorerna för tidig mobilisering vara gemensamma. En förutsättning för att kunna införa tidig mobilisering är att identifiera tänkbara hinder. Artiklarna beskriver liknande resultat, det vill säga att hinder finns och är av olika karaktär. De hinder som beskrivs är *okunskap* hos personalen om hur viktigt det är att tidigt mobilisera IVA-patienten och hur mobilisering sker på ett säkert sätt, både för patient och personal.

Kulturen på avdelningen har stor betydelse. Faktorer som är direkt patientrelaterade till exempel respiratorbehandling, vilka läkemedel för sedering som används, eller hur infarter/katetrar placeras, kan försvåra mobilisering. Detta bekräftas i den studie av Nydahl et al. (2014) där intuberade patienter iaktogs under ett dygn för att studera mobiliseringsnivå, hinder för att uppnå en högre nivå, samt vilka komplikationer som uppkom under mobiliseringen (ibid).

Vidare beskrivs att god *kommunikation* mellan olika yrkesgrupper som deltar i patientvården är nödvändig. Ansvarsfördelningen mellan sjuksköterska och fysioterapeut är viktig att klargöra för att undvika missförstånd. Författarna uppfattar det som att intensivvårdsavdelningarna i studierna har fler fysioterapeuter än det vanligen är på svenska IVA-avdelningar. Fysioterapeutens del i teamarbetet i svensk IVA-vård skulle kunna stärkas till exempel genom delaktighet i den dagliga rondan. *Resursbrist* beskrivs som ett hinder, då mobilisering involverar många personer, men även rätt utrustning och hjälpmedel krävs.

För att lyckas implementera tidig mobilisering är *utbildning* av personalen samt multidisciplinära ronder och *teamarbete* av stor vikt. Organisatoriska förändringar kan därför vara nödvändiga. Ett intryck är att för att lyckas införa ett program för tidig mobilisering måste olika yrkesgrupper vara engagerade i projektet. Tidig mobilisering bör också vara ett av avdelningens mål för verksamheten. Även författarna Dafoe, Chapman, Edwards och Stiller (2015) beskriver dessa faktorer som viktiga då de undersökte hur hinder för mobilisering går att överbrygga (Dafoe, Chapman, Edwards & Stiller 2015). För att införa nya rutiner och arbetssätt i vården behövs noggranna förberedelser, till exempel att identifiera nyckelpersoner som är villiga att driva förändring och se vilka hinder som finns i den egna verksamheten. Detta beskriver författarna Grol och Grimshaw (2003) i sin artikel om hur ny forskning kan förändra rutiner och arbetssätt i patientvården (Grol & Grimshaw 2003).

Någon form av *protokoll* att följa ökar chanserna för att tidig mobilisering utförs. Dessa kan utformas på olika sätt, men gemensamt är att tydliga inklusionskriterier anges. Protokollen fungerar som en manual där tydliga steg för mobiliseringen beskrivs, där patienten successivt mobiliseras mer och mer. Målet är att patienten från att ha varit helt sängliggande så småningom ska kunna gå. Det finns även exklusionskriterier, till exempel att patienten inte klarar av sedationsavbrott, är cirkulatoriskt eller respiratoriskt instabil. Ny utvärdering görs dagligen för att så snart som möjligt kunna starta mobilisering. Vi har ingen egen erfarenhet av mobiliseringsprotokoll men anser att det skulle vara spännande att prova det i svensk intensivvård. Inom flera omvårdnadsområden finns protokoll utformade för att säkerställa ett evidensbaserat arbetssätt. För att införa ett mobiliseringsprotokoll skulle en tvärprofessionell arbets- grupp utses med uppgift att utbilda personalgruppen och gemensamt utforma protokollet. Support under implementeringsfasen skulle krävas samt uppföljning och utvärdering efter införandet. Även ur patientsäkerhetsperspektiv är ett protokoll viktigt.

Att få genomslag för nya behandlingsmetoder i rutinsjukvård är svårt, även om den bakomliggande evidensen är stark. Damschroder och medarbetare (2009) har visat på en möjlig modell för implementering av ny vetenskap i rutinsjukvård (Damschroder et al 2009). Det är en komplex modell som visar att de svårigheter man ser vid införandet av en ny rutin såsom tidig mobilisering, inte är unikt för intensivvården utan återfinns inom många områden i den medicinska världen. Att arbeta tvärprofessionellt är en absolut förutsättning för att en organisation, här en IVA-avdelning, skall kunna utnyttja sina resurser på bästa sätt. Ponzer och medarbetare skrev (2009) om värdet av ökad samverkan mellan olika vårdprofessioner för att möta patienternas mångfasetterade vårdbehov (Ponzer, Faresjö och Mogensen 2009).

Sammanfattningsvis ger vår litteraturstudie värdefulla insikter i hur ökad acceptans för tidig mobilisering kan uppnås i svensk intensivvård.

SLUTSATSER

Studien har givit insikt i hur komplext det kan vara att införa ett nytt arbetssätt kring tidig mobilisering i vården. Intensivvårdssjuksköterskor har det yttersta omvårdnadsansvaret för patienten, vilket även inkluderar att initiera mobilisering tidigt i vårdförloppet. Kunskap bland personalen, både om nyttan av tidig mobilisering, men även om hur det praktiskt genomförs är en förutsättning för att fler patienter på IVA-avdelningarna ska bli tidigt mobiliserade. Kunskap genom *utbildning*, ett fungerande *teamarbete*, samt *mobiliseringsprotokoll* är de verktyg som behövs för att nå framgång med tidig mobilisering.

REFERENSER

Anekwe D.E., Kin-Yue Koo K., de Marchie M., Goldberg P., Jayaraman D., Spahija J. (2017) Interprofessional Survey of Perceived Barriers and Facilitators to Early Mobilization of Critically Ill Patients in Montreal, Canada. *Journal of Intensive Care Medicine* ss. 1-9. <https://doi.org/10.1177/0885066617696846>

Bakhru R.N., Wiebe D.J., McWilliams D.J., Spuhler V.J., Schweickert W.D., (2015) An Environmental Scan for Early Mobilization Practices in U.S. ICUs. *Critical Care Medicine* 43(11), ss. 2360–2369

Barber E.A., Everard T.B., Holland A.E., Tipping C.B., Scott J.B., Hodgson C.L. (2015)
Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: A qualitative study
Australien Critical Care (28) 177-182

Constantin J.M. (2016) Early Mobilization in ICU: From concept to reality- Four steps to change patient outcomes *ICU management & Practice* 16(4).
<https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/early-mobilisation-in-icu-from-concept-to-reality-four-steps-to-change-patient-outcomes>

Dafoe S, Chapman M. J., Edwards S., Stiller K. (2015)
Overcoming barriers to the mobilisation of patients in an intensive care unit
Anaesth Intensive Care 2015 43 (6) ss. 719-727

Dammeyer, A.J., Baldwin, L.N., Packard, L.D., Harrington, L.S., Christofferson, L.B., Christopher, L.J., Strachan, L.C., Iwashyna, L.J. (2013 a)
Mobilizing Outcomes: Implementation of a Nurse-Led Multidisciplinary Mobility Program *Critical Care Nursing Quarterly* 36(1), ss. 109-119

Dammeyer J., Dickinson S., Packard D., Baldwin N., Ricklemann C. (2013b) Building a Protocol to Guide Mobility in the ICU *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), ss. 37-49

Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A., Lowery J.C (2009)
Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science *Implementation science* 4 (50)
<https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-4-50>

Dietz, S.A., Pronovost, P.J., Mendez-Tellez, P.A., Wyskiel, R., Marsteller, J.A., Thompson, D.A., Rosen, M.A., (2014)
What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care* (29) 908–914

Drolet A., De Julio P., Harkless S., Kamin E., Leddy E.A., Lloyd J.M., Waters C., Williams S.(2013) Move to Improve: The Feasibility of Using an Early Mobility Protocol to Increase Ambulation in the Intensive and Intermediate Care Settings. *Physical Therapy* 93 (2),ss.197-207

Engel H.J., Needham D.M., Morris P.E.,Gropper M.A., (2013) ICU early mobilization: From recommendation to implementation at three medical centers. *Critical Care Medicine*, 41(9), ss. 69-80

Friberg, F. (red) (2012) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur

Garzon-Serrano, J. et al., (2011) Early mobilization in critically ill patients: Patients' mobilization level depends on health care provider's profession. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 3(4), ss. 307-313

Goodson C et al., (2017) Physical rehabilitation in the ICU: understanding the evidence. *ICU Management & Practice*, 17(3).
<https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/physical-rehabilitation-in-the-icu-understanding-the-evidence>

Grol R. & Grimshaw J. (2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, Volume 362 (11), ss. 1225-1230

Hizden, T. (2013) Avbrott i sedering och användning av sederingsprotokoll i samband med respiratorvård. Kandidatuppsats.Sophiahemmets högskola, Stockholm.
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:634883/FULLTEXT01.pdf>

Hodgson et al., (2016) A Binational Multicenter Pilot Feasibility Randomized Controlled Trial of Early Goal-Directed Mobilization in the ICU. *Critical Care Medicine* 44(6), ss.1145–1152

Hunter O., George E.L., Ren D., Morgan D., Rosenzweiga M., Klinefelter Tuite P. (2017) Overcoming nursing barriers to intensive care unit early mobilisation: A quality improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing* (40) 44-50

Messer A., Comer L., Forst S. Implementation of a Progressive Mobilization Program in a Medical-Surgical Intensive Care Unit (2015) *Critical Care Nurse* 35(5) ss. 28-41

Nydahl et al., Early Mobilization of Mechanically Ventilated Patients: A 1-Day Point-Prevalence Study in Germany (2014) *Critical Care Medicine* 42 (5) ss. 1178–1186

Perme C., Chandrashekar R., Early Mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care (2009) *American Journal of Critical-Care Nurses* 18 (3) ss. 212-221

Ponzer S, Fagersjö T & Mogensen E (2009) *Framtidens vård kräver interprofessionellt samarbete* Läkartidningen nr 13 2009 volym 106 ss. 929-931

Puthuchery, Z.A. et al., (2013) Acute skeletal muscle wasting in critical illness. *JAMA*, 310: ss. 1591-600

Schweickert WD., et al., (2009) Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patient: a randomised controlled trial. *Lancet* 373: ss. 1874-1882

SFAI, Svensk förening för anestesi och intensivvård (2015). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. <https://sfai.se/wp-content/uploads/2015/02/Riktlinjer-Svensk-Intensivv%C3%A5rd-rev-2015>.

Stevens, R.D., Dowdy, D.W., Michaels, R.K., Mendez-Tellez, P.A., Pronovost, P.J., Needham, D.M. (2007) Neuromuscular dysfunction acquired in critical illness: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33(11) ss.1876-1891

Svensk riksförening för anestesi och intensivvård, AnIva (2012) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistexamen med inriktning mot intensivvård* <http://www.aniva.se/kompetensbeskrivningar/>

Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Bilaga 1
Sökprocessen

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Inkluderade
Cinahl	ICU, intensive care, critical care, early ambulation. early exercise, early mobil*, nurs*	Peer reviewed Årtal 2008-2018	105	8
Medline	ICU, intensive care, critical care, early ambulation. early exercise, early mobil*, nurs*	Peer reviewed Årtal 2008-2018	14	2

Sökningen utfördes 26/2-
8/3 2018

Bilaga 2
 Artikelöversikt

Titel, författare, år, tidskrift och land	Syfte	Metod/Urval	Resultat
<p><i>Mobilizing outcomes: Implementation of a nurse-led multidisciplinary mobility program</i></p> <p>Dammeyer A.J., et al.</p> <p>Clinical Care Nurse</p> <p>USA, 2013</p>	<p>Värdera införande av sjuksköterskestyrt protokoll vid tidig mobilisering.</p>	<p>Implementeringsstudie.</p> <p>IVA- patienter på universitetssjukhus, IVA -avdelningar med 20 vårdplatser.</p>	<p>Minskning av antal dagar i respirator, minskad vårdtid på IVA och minskad vårdtid på sjukhus efter införandet av sjuksköterskestyrt mobiliseringsprotokoll.</p> <p>“Superuser” ansvarig för mobilisering.</p> <p>En “lätt-IVA” infördes samtidigt som protokollet togs i bruk, detta kan förklara skillnaden. Därför är det svårt att utvärdera ventilatortiden, vårdtiden på sjukhus sjönk dock.</p> <p>Mobilisering kräver samarbete, kommunikation och daglig planering i det multidisciplinära teamet.</p>
<p><i>Move to Improve: The Feasibility of Using an Early Mobility Protocol to Increase Ambulation in the Intensive and Intermediate Care Settings</i></p> <p>Drolet A., et al.</p> <p>Physical Therapy</p> <p>USA, 2012</p>	<p>Att undersöka effekten av ett sjuksköterskestyrt mobiliseringsprotokoll.</p>	<p>Kvasiexperimentell studie före och efter införande av ett mobiliseringsprotokoll.</p> <p>IVA -avdelningar med 16 vårdplatser och intermediär-avdelning (IMA) med 26 vårdplatser.</p>	<p>Sex månader efter införandet av protokollet sågs en ökning av antalet patienter som mobiliserades inom 72 h efter ankomst till IVA från 6,2 % (n=193) till 20,2%(n=426) och på IMA från 15,5 % (n=349) till 71,8%(n=358)</p>

<p><i>Barriers and facilitators to early mobilization in Intensive Care: A qualitative study</i></p> <p>Barber E.A. et al.</p> <p>Australian Critical Care</p> <p>2014</p> <p>Australien</p>	<p>Ta reda på vilka barriärer mot tidig mobilisering som finns och vad som främjar detta.</p> <p>Undersöka skillnader i synsätt mellan olika personal- Kategorier gällande tidig mobilisering.</p>	<p>Kvalitativ, deskriptiv studie.</p> <p>25 personal från en IVA-avdelning i Melbourne, indelade i tre grupper: läkare(n =,12) sjuksköterskor(n=6) fysioterapeut(n=7)</p>	<p>Hinder för tidig mobilisering som alla tre yrkeskategorier uppgav var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kulturen på enheten, tex hur patienterna sederades och om det därmed var "lätt" att mobilisera - resursbrist, både vad gäller personal och utrustning - kommunikation, dels brist på kommunikation, men också svårigheter att få tag i "rätt" person som kan avgöra om det är lämpligt att mobilisera <p>Faktorer som främjar mobilisering som alla tre yrkeskategorier uppgav var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisatorisk förändring, tex införa mobilisering som standard, ha ett "mobiliserings-team" - ledarskap tex att mobilisering skall prioriteras av all personal, och att det är viktigt med support från chefsnivå - resurser, tillräckligt med personal och adekvat utrustning
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><i>Overcoming nursing barriers to intensive care unit early mobilisation: A quality improvement project</i></p> <p>Hunter O. et al.</p> <p>Intensive and Care Nursing</p> <p>USA 2016</p>	<p>Att öka följsamheten till mobilisering genom att utveckla ett mobiliseringsprogram för patienterna.</p>	<p>Implementeringsstudie i tre faser.</p> <p>Hjärtintensivvårdsavdelning med 10 sängplatser. Utbildningsprogram och mobiliseringsprotokoll utvecklades. IVA-sjuksköterskor fick fylla i ett frågeformulär före och efter införandet av det nya arbetssättet.</p>	<p>Projektet talade för att ett mobiliseringsprotokoll kunde öka mängden av tidig mobilisering, eller till vilken nivå patienterna mobiliserades. Större studie behöver göras för att visa signifikanta siffror.</p>
<p><i>Implementation of a Progressive Mobilization Program in a Medical-Surgical Intensive Care Unit</i></p> <p>Messer A. et al.</p> <p>Clinical Care Nurse</p> <p>2015 USA</p>	<p>Att utvärdera effekten av utbildning för sjuksköterskor.</p>	<p>Implementeringsstudie.</p> <p>Utbildningsprogram om mobilisering för sjuksköterskor, med skriftlig utvärdering före och efter utbildning. 41 sjuksköterskor på medicinsk/kirurgisk IVA-avdelning med 14 sängplatser.</p>	<p>Signifikant högre frekvens av mobilisering till sängkant efter utbildningen. Utbildning är dock inte tillräckligt för att nå goda resultat, även ledarskap och "coaching" behövs.</p>
<p><i>An environmental Scan for Early Mobilization Practices in U.S. ICUs</i></p> <p>Bakhru R.N. et al.</p> <p>Critical Care Medicine</p> <p>2015 USA</p>	<p>Att undersöka nuvarande mobiliseringsrutiner på IVA-avdelningar, samt att identifiera hinder som finns och hur dessa kan överbryggas.</p>	<p>Telefonintervju med IVA-sjuksköterskor i ledande ställning på 500 olika sjukhus.</p>	<p>Vid implementering av tidig mobilisering krävs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - multidisciplinära ronder - uppsatta, dokumenterade dagliga mål för varje patient - standardiserade protokoll - närvaro av fysioterapeut.

<p><i>Building a Protocol to Guide Mobility in the ICU</i></p> <p>Dammeyer J. et al.</p> <p>Critical Care Nursing Quarterly</p> <p>2013 USA</p>	<p>Presentera kunskapen bakom utvecklingen av ett multidisciplinärt protokoll för tidig mobilisering av intensivvårdspatienter</p>	<p>Implementeringsstudie.</p>	<p>Protokollet är lätt att använda och kan anpassas efter alla patientgrupper. Största utmaningen är kulturen på avdelningen. Personalen har olika kunskap och motivation. Prioriterar inte lika. Måste förstå vikten av att delta i utvecklingen av ett mobiliseringsprotokoll.</p>
<p><i>Early mobility and walking program for patients in intensive care units: creating a standard of care</i></p> <p>Perme C. & Chandrashekar R.</p> <p>American Journal of Critical Care</p> <p>2009 USA</p>	<p>Utvärdera effekten av ett mobiliseringsprotokoll i fyra faser.</p>	<p>Implementeringsstudie.</p>	<p>Användandet av mobiliseringsprogrammet kräver ett samarbete mellan medlemmarna i det multidisciplinära teamet på IVA, för att koordinera vården och mobilisera dessa patienter säkert.</p>
<p><i>Interprofessional survey of perceived barriers and facilitators to early mobilization of critically ill patients in Montreal, Canada</i></p> <p>Anekwe D.E. et al.</p> <p>Journal of Intensive Care Medicine</p> <p>2017 Canada</p>	<p>Utvärdera kunskapsnivån, identifiera upplevda barriärer, samt framgångsfaktorer för tidig mobilisering.</p>	<p>Tvärsnittundersökning</p> <p>Läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, "respiratory-therapists", sammanlagt 138 personer.</p>	<p>49 % (n138) uppfattade inte tidig mobilisering som en "topp-prioritering"</p> <p>Hinder för tidig mobilisering: patientbundet tex.</p> <ul style="list-style-type: none"> - medicinsk instabilitet - intuberad patient - för djup sedering <p>"Miljöbundet" tex.</p> <ul style="list-style-type: none"> - brist på utrustning - inga riktlinjer <p>"Personalbundet" tex.</p> <ul style="list-style-type: none"> - begränsade personalresurser

			<p>- mobilisering prioriteras inte</p> <p>Implementering av tidig mobilisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interprofessionella team - kunskapsöverföring, "teori till praktik"
<p><i>Early mobilization in critically ill patients: patients' mobilization level depends on health care provider's profession</i></p> <p>Garzon-Serrano J. et al.</p> <p>American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation</p> <p>2011 USA</p>	<p>Att jämföra sjuksköterskors och fysioterapeuters grad av mobilisering.</p>	<p>Prospektiv Observationsstudie</p> <p>63 IVA-patienter som mobiliserades vid 179 tillfällen.</p>	<p>Studien visade att fysioterapeuter i signifikant högre grad än sjuksköterskor mobiliserade patienterna. Barriärerna mot mobilisering skattades högre av sjuksköterskorna än fysioterapeuterna.</p> <p>Olika barriärer sågs av IVA-sjuksköterskor respektive fysioterapeuter.</p>