



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdeleningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors strategier för att främja patienters mobilitet i sjukhusmiljö

En kvalitativ intervjustudie

Lisethe Karlsson
Kimberly Storm

2015

Examensarbete, Grundnivå, 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Urban Torstensson
Examinator: Annika Nilsson

Sammanfattning

När individer drabbas av svår sjukdom eller komplicerad fraktur kan det krävas sjukhusvård med immobilisering som följd. Tidigare studier har visat att immobilisering påverkar kroppen negativt och kan leda till exempelvis lunginflammation, blodproppar och förstoppning. En tidig och ökad mobilisering har visat sig leda till färre komplikationer, kortare vårdtid och en positivare sjukhusvistelse. Det är därför viktigt för sjuksköterskor att ha strategier för att främja mobilisering för patienter på sjukhus. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors strategier för att främja patienters mobilitet i sjukhusmiljö. Studiens *design* var beskrivande med kvalitativ ansats. Deltagarna i studien var åtta sjuksköterskor från tre kirurgavdelningar och en ortopedavdelningen på ett sjukhus i Mellansverige. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades. *Resultatet* av studien visade fyra övergripande områden av strategier som sjuksköterskor använder sig av för att främja mobiliseringen. Dessa var *sjuksköterskans information till patienten, sjuksköterskans förutsättning för bra mobilisering, sjuksköterskans hjälp av andra professioner och hjälpmedel* samt *sjuksköterskan som kunnig och kompetent*. *Slutsats*, en god mobilisering av patienter på kirurg- och ortopedavdelningar är betydelsefull för omvårdnaden. För att främja mobiliseringen använde sig sjuksköterskorna av strategier som information, lämpliga platser gå till, andra professioner, hjälpmedel, utarbetade vårdplaner samt kunskap om mobiliseringssätt. Det behövs mer kunskap om vilka strategier sjuksköterskor kan använda för att främja mobilisering i sjukhusmiljö.

Nyckelord: mobilisering, omvårdnad, omvårdnadsstrategier, sjukhusvård, sjuksköterska.

Abstract

Suffering from severe illness or complicated fracture may require hospitalization with immobilization as a consequence. Previous studies have shown that immobilization adversely affect the body and can lead to pneumonia, thrombus and constipation. An early and increased mobilization has been shown to lead to fewer complications, shorter length of stay and a more positive hospitalization. It is therefore important for nurses to have strategies to promote mobilization of patients in hospitals. The *purpose* of this study was to describe nurse's strategies to promote patient mobility in the hospital environment. The *design* of the study was descriptive with qualitative approach. The participants of the study were eight registered nurses from three surgical wards and an orthopedic ward in a hospital in the central part of Sweden. The interviews were transcribed and analyzed. The *result* of the study showed four categories of strategies that the registered nurses use to promote mobilization. These were *the nurse's information to the patient, the nurse prerequisite for good mobilization, the nurse's use of other professions and aids and nurses as knowledgeable and competent. Conclusion*, a good mobilization of patients in surgical and orthopedic wards are important for the nursing. To promote mobilization nurses used strategies like information, suitable places to visit, other professionals, tools for mobilization, developed care plans and knowledge about mobilization methods. Further knowledge is needed about mobilization strategies and how nurses can use them to promote mobilization in hospitals.

Keywords: mobilization, nurse, nursing, nursing in hospitals, nursing strategies.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Följder av immobilisering	1
Åtgärder som främjar mobilisering	2
Effekter av mobilisering	2
Sjuksköterskans ansvar och hinder	3
Omvårdnadsteori	4
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Design	4
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
Datainsamlingsmetoder	5
Tillvägagångssätt	5
Dataanalys	6
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	8
Sjuksköterskans information till patienter	9
<i>Belysa effekter av mobilisering och immobilisering</i>	9
<i>Informera innan operation</i>	9
<i>Upprepa informationen kring mobilisering</i>	10
Förutsättningar för god mobilisering	11
<i>Använda miljön och lokalerna för mobilisering</i>	11
<i>Individanpassa mobiliseringen</i>	11
<i>Främja mobilisering med smärtlindring</i>	12
<i>Skapa trygghet och lugn för patienten</i>	12
Sjuksköterskans hjälp av andra professioner och hjälpmedel	13
<i>Använda andra professioner i mobiliseringsarbetet</i>	13
<i>Använda hjälpmedel i mobiliseringsarbetet</i>	14
Sjuksköterskan som kunnig och kompetent	15
<i>Kommunicera och veta vikten av mobilisering</i>	15
<i>Främja mobilisering med vårdprogram, rutiner och förflyttningsteknik</i>	16
Diskussion	16
Huvudresultat	16
Resultatdiskussion	17
<i>Sjuksköterskans information till patienten</i>	17
<i>Förutsättningar för bra mobilisering</i>	17
<i>Sjuksköterskans hjälp av andra professioner och hjälpmedel</i>	19
Metoddiskussion	20
Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning	23
Slutsats	23
Referenser	25

Introduktion

Mobilisering definieras som en “metod inom manuell medicin att med speciella handgrepp på ett mjukt sätt lindra smärta och återställa funktion i rörelseorganen” (Nationalencyklopedin 2015). Människans naturliga tillstånd är att röra sig och inte att vara stilla och sängliggande. I samband med svår sjukdom eller komplicerad fraktur är sjukhusvård med immobilisering som följd oundvikligt (Asp & Ekstedt 2009). I kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor redogörs att sjuksköterskan bland annat ska ha förmåga att bevara det friska hos patienten, tillämpa kunskaper inom omvårdnad, medicin, habilitering/rehabilitering och samhälls- och beteendevetenskaper (Socialstyrelsen 2005).

Följder av immobilisering

Immobilisering inverkar negativt på kroppen och det psykiska välbefinnandet (Asp & Ekstedt 2009, Rydholm Hedman 2009). I en studie uppmättes hur mycket patienterna rörde på sig under en sjukhusvistelse med hjälp av trådlösa accelerometrar. Under sjukhusvistelsen spenderade patienterna i genomsnitt 83,3 % av tiden i sängen vilket innebar 20 timmar per dag (Brown et al. 2009). Äldre patienter har oftast låg mobiliseringsnivå på sjukhus och i många fall utan medicinsk anledning. Den låga aktivitetsnivån kan kopplas till dödsfall, nedsatt fysik och minskad förmåga att klara sin dagliga hygien (Brown 2004). Sängläge som varar i längre än två dagar efter operation kan bidra till fördröjd funktionell återhämtning samt en avsaknad av frihet (Oldmeadow et al. 2006). Andra negativa faktorer av immobilisering kan vara påverkan på mag-tarmkanalens funktion, tarmtömning, blodtryck, lungfunktion och muskelfunktion. Immobilisering kan även ge konsekvenser i form av sjukdomstillstånd som kontraktur (upphävd rörlighet), ventrombos (blodpropp) och urinretention (svårighet att tömma blåsan) (Rydholm Hedman 2009). Immobilisering är även den största riskfaktorn för trycksår, speciellt hos äldre som är inlagda på sjukhus (Lindgren et al. 2004, Rydholm Hedman 2009). Vid kirurgisk behandling ökar risken för blodpropp och en annan vanlig komplikation är lunginflammation, då andningen blir inskränkt och ytlig vid sängläge (Asp & Ekstedt 2009). Sängläge i tio dagar för friska individer kan medföra försvagning av muskler, främst i de nedre extremiteterna vilket i sin tur kan leda till svårigheter att gå i trappor (Kortebein et al. 2008).

Åtgärder som främjar mobilisering

Patienter med svårigheter att ändra läge själv har en ökad risk för nämnda följder av immobilisering. En förebyggande åtgärd för att bibehålla sin muskelstyrka under sjukhusvistelsen är att vara uppe ofta och gå samt röra på vader och leder (Kortebein et al. 2008, Rydholm Hedman 2009, Asp & Ekstedt 2009). Det är viktigt med regelbundna lägesändringar i sängen, att sitta upp med jämna mellanrum och att aktivera sig så ofta som möjligt (Asp & Ekstedt 2009). Strategier som kan främja rehabilitering och mobilitet efter höftfraktur hos äldre är optimism, delaktighet och motivation. Det kan ha betydelse för ökad rehabilitering om patienterna får en pedagogisk broschyr med grundläggande information gällande rörlighet som främjar optimal återhämtning (Murphy et al. 2011). Det kan även ha betydelse på mobiliteten hur väl tillgängligt gånghjälpmedel och hjälpmedel för självständighet är. Individuella instruktioner med sjukgymnast och uppmuntran och stöd till mobilisering från alla medarbetare kan även det främja mobilitet (Stolbrink et al. 2014). Innebörden av rörlighet kan både ses som en åtgärd och en erfarenhetsprocess som innehåller ett stort utbud av aktiviteter, bland annat rörelser i sängen eller en promenad för att besöka platser eller personer utanför sjukhuset (Bourret et al. 2002). Åtgärder som att sitta uppe, sträcka upp armarna med egen kraft och korta promenader har visat sig vara säkra och genomförbara på patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning (Bourdin et al. 2010).

Effekter av mobilisering

En tidig mobilisering kan leda till tidigare utskrivning, färre komplikationer och ökad patienttillfredsställelse (Murphy et al. 2011). Tidig mobilisering och uppmuntran till självständighet under vårdtiden kan även minska förekomsten av vårdrelaterade lunginflammationer och därmed minska vårdtiden (Stolbrink et al. 2014). I en studie framkom det att för samhällsförvärvad lunginflammation räckte det att komma ur sängen 20 minuter och dagligen mobiliseras för att minska risken för negativa följder (Mundy et al. 2003). Ett mobilitetsprogram där sjuksköterskor, sjukgymnaster, respirationsterapeuter och läkare arbetat för att främja patienternas mobilisering tidigt har visat sig ge kortare sjukhusvistelse, mindre benägenhet för lunginflammation, luftvägskomplikationer och vaskulära komplikationer (Clark et al. 2013). En ökad mobilisering som att sitta upp och gå ofta har visat sig underlätta för andningsorganen och minska risken för kardiovaskulära förändringar (Bourdin et al. 2010).

Sjuksköterskans ansvar och hinder

En sjuksköterskas fyra grundläggande ansvarsområden enligt International Council of Nurses (ICN) är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (ICN 2014). Det är viktigt att sjuksköterskan förstår konsekvenserna av immobilisering och har kunskap om strategier för att motverka dess komplikationer (Asp & Ekstedt 2009). Sjuksköterskan är viktig som stöd för patienterna som genomgår en förändring, exempelvis efter en stor operation (Rydholm Hedman 2009). Det är även viktigt att sjuksköterskan kan motivera patienterna och att hela vårdteamet hjälps åt för att främja mobilitet (Bourret et al. 2002). I en intervjustudie på patienter, sjuksköterskor och läkare i USA framkom att det fanns många hinder för mobilisering på ett sjukhus. De hinder för mobilisering som identifierades av både patienter och omvårdnadspersonal var brist på personal, tidsbrist och patienters symtom och urinkatetrar. Sjuksköterskorna och läkarna ansåg även att brist på motivation från patienterna, få gånghjälpmedel och medicinska skäl var vanliga hinder för mobilisering. Även droppställningar var i vägen för patienternas mobilisering och det var betydelsefullt att vårdpersonalen hade kunskap om hur de på ett smidigt sätt skulle mobilisera patienterna med droppställning. Att hjälpa patienterna med mobilisering prioriterades ofta efter andra arbetsuppgifter. En lösning på tidsbristen kunde vara att beställa sjukgymnastik till patienterna då sjuksköterskorna inte ansågs sig ha tiden som krävdes för en god mobilisering. Själva patientsalarna hade få stolar och var för små för att främja mobilitet (Brown et al. 2007). Tidsbrist och brist på personal var även identifierat i en studie från Storbritannien som en huvudanledning till att rehabiliteringen och mobiliseringen inte fungerade hos patienter som var ineliggande på sjukhus (Kneafsey et al. 2013).

Rädsla för att skada patienterna har identifierats som en orsak till varför sjuksköterskor och undersköterskor inte vågar mobilisera. Det är viktigt att ha tillräckligt med personal samt stöd från chefer. Stress, brist på tid, att få ta emot personlig kritik och att konstant vara ensam om att upprätthålla patientsäkerheten kan vara skäl till att omvårdnadspersonal oroar sig vid omvårdnadsarbetet (Kneafsey et al. 2014). I en studie ansåg personalen att förflyttningar inte var tillräckligt viktigt och vårdpersonalen var inte intresserad av att mobilisera (Doherty-King et al. 2014).

Omvårdnadsteori

Patricia Benner föddes år 1948 i Hampton och växte upp i California där hon tidigt tog sin sjuksköterskeexamen. Hon skaffade sig en kandidatexamen år 1964 och 1970 en magisterexamen inom omvårdnad med inriktning mot medicin och kirurgi. Benner har stor erfarenhet inom sjuksköterskeyrket och områden som medicin, kirurgi, akut och hemsjukvård (Brykczynski 2010). Enligt Benner (1999) delas sjuksköterskans kompetens upp i fem stadier: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Experten har inte bara kunskap om vad som behövs göras, utan också om hur patientens mål ska uppnås. Dessa sjuksköterskor som uppnått expertstadiet har förmågan att förstå en konkret situation, identifiera relevanta förändringar och utifrån dessa modifiera sitt perspektiv på situationen som helhet.

Problemformulering

När individer drabbas av en svår sjukdom eller en komplicerad fraktur är sängläge på sjukhus oundvikligt. Immobiliseringen påverkar många delar av kroppen negativt. En tidig och ökad mobilisering leder ofta till kortare vårdtid, färre komplikationer samt en positivare sjukhusvistelse för patienten. I omvårdnadsarbetet är det viktigt att sjuksköterskan ger stöd och motivering till mobilisering och har den kunskap som krävs för att motverka komplikationerna av immobilisering. Det finns studier som visar att strategier som optimism, delaktighet och motivation främjar mobilisering. Även hjälpmedel för att gå och för självständighet samt individuella instruktioner, uppmuntran och stöd har visat att de främjar mobilitet. Det finns få studier inom området i Sverige och det är därför av betydelse att ta reda på vilka strategier erfarna svenska sjuksköterskor använder sig av för att främja mobiliseringen av patienter som vanligtvis är sängliggande. Genom denna studie kan fler sjuksköterskor få ta del av kunskap om bra strategier att använda sig av för att tidigare och bättre mobilisera patienter och på så vis minska de negativa konsekvenser som immobiliseringen medför.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskors strategier för att främja patienters mobilitet i sjukhusmiljö.

Metod

Design

Studien var beskrivande med kvalitativ ansats som enligt Polit och Beck (2012) lämpar

sig bra vid studier som vill beskriva och förstå individers upplevelser och erfarenheter.

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Studiens intervjudeltagare valdes ut enligt ändamålsurval för att finna sjuksköterskor med den information studien var ute efter (Polit & Beck 2012). Studiens undersökningsgrupp bestod av åtta sjuksköterskor från fyra olika avdelningar, två sjuksköterskor från varje avdelning och där samtliga var av kvinnligt kön. Inklusionskriterierna för intervjudeltagarna var minst fyra års arbetserfarenhet som legitimerad sjuksköterska, att arbeta på antingen en kirurgavdelning eller ortopedavdelning på ett sjukhus i Mellansverige och att de talade svenska. Studiedeltagarnas ålder varierade mellan 26-63 år, medelvärdet var 38.13 år. Arbetslivserfarenheten hade ett medelvärde på 10,5 år och en median på 6.5 år. Erfarenhet från den avdelning de var verksam på hade ett medelvärde på 9.313 år. Inget bortfall av intervjudeltagare förekom under studien.

Datainsamlingsmetoder

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med en intervjuguide innehållande nio frågor (se bilaga 1) för att vara säker på att det aktuella ämnet togs upp. Intervjun inleddes med bakgrundsfrågor om namn, ålder, antal år som legitimerad sjuksköterska och antal år på avdelningen. Intervjufrågorna utformades utifrån syftet och så öppna som möjligt för att inte riskera att styra studiedeltagarnas svar. Vidare ställdes relevanta följdfrågor relaterade till de nio frågorna om det behövdes. Exempelvis ställdes följdfrågorna "Vad gjorde situationen svår?", "Vad gjorde ni för att få situationen bättre?" och "Hur gjorde ni då?" på frågorna angående en situation där det gått bra att mobilisera och en situation där det inte gått bra att mobilisera. På frågor där svaret blev smärtlindring ställdes följdfrågan "Vilken sorts smärtlindring?" och "Finns det riktlinjer för den" (Polit & Beck 2012).

Tillvägagångssätt

För att kunna genomföra intervjuerna kontaktades de ansvariga verksamhetscheferna för division kirurgi och ortopedi via regionens hemsida. Verksamhetscheferna fick via mail det godkända PM'et samt informationsbrev. Efter godkännande från dem togs kontakt med enhetscheferna för de utvalda avdelningarna. Samtliga intervjudeltagare blev uttagna av verksamhetschefen som enskilt gjorde den bedömningen att de hade rätt

kompetens för att kunna besvara intervjufrågorna. Alla intervjudeltagarna fick både skriftlig och muntlig information kring studien. Innan de riktiga intervjuerna ägde rum genomfördes en pilotintervju där båda författarna medverkade. Pilotintervjun utfördes på en legitimerad sjuksköterska som inte var aktuell för studien. Detta gjordes för att testa intervjufrågornas funktion och att komma in i rollen som intervjuare samt testa inspelningsmetoden. Efter pilotintervjun ändrades några av frågorna som ansågs vara för svåra för deltagaren att förstå och vars svar inte var tillräckligt kopplat till syftet. Exempelvis ändrades "Kan du berätta om en konkret situation där en patient varit sängliggande?" till "Hur vanligt är det med sängliggande patienter på er avdelning?" med följdfrågan "Var brukar patienterna på avdelningen befinna sig under dagarna?". Frågan "Vad är mobilisering för dig?" ställdes för att få en bild av vad mobilisering betyder för sjuksköterskan. Frågorna "Hur ser eftervården ut för opererade patienter, riktlinjer/mobilisering?" och "Vad är viktigt på en avdelning för att en bra mobilisering ska vara möjlig?" lades till för att lägga fokus på kirurgpatienter och att mobiliseringen sker i sjukhusmiljö.

De slutgiltiga intervjuerna ägde rum avskilt, fritt från störningsmoment i anslutning till arbetstiden på ett sjukhus i Mellansverige på tre kirurgavdelningar samt en ortopedavdelning. Författarna gjorde fyra intervjuer vardera och de spelades in via mobiltelefon som var på "flygplans-läge" för att undvika störningsmoment under intervjun (Polit & Beck, 2012). Varje intervju varade mellan 15-30 min och i genomsnitt 22 minuter. Det inspelade materialet laddades över från mobiltelefonen till ett usb inom en tvåtimmarperiod och transkriberades samma dag som intervjun. Det transkriberade materialet låg på författarnas datorer tills det blev analyserat och utskrivet. Därefter hölls det inlåst tillsammans med usb:et med inspelningarna hos en av författarna.

Dataanalys

En manifest kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) har använts för att bearbeta det insamlade materialet. De inspelade intervjuerna transkriberades av intervjuaren inom en tvåtimmarsperiod och lästes sedan igenom av båda författarna upprepande gånger för att få en helhet. Författarna utgick från att hela transkriberingstexten var analysenheten. Texten delades upp i textenheter vilket är meningar och ord som är den centrala betydelsen från transkriberingen. Nästa steg i

analysprocessen var att kondensera textenheterna där man förkortade texten men behöll kärnan. Därefter sattes en kod på varje kondensering för att få en “etikett” på textenheten, se tabell 1 för exempel på dataanalys. Båda författarna kontrollerade och diskuterade de valda textenheterna, kondenseringarna och koderna. Alla koder fick sedan en färg för att kunna hållas isär samt klipptes ut för att spridas ut på ett bord framför författarna då detta underlättade för en överblick. Utifrån kodernas betydelse, likheter och olikheter skapades elva subkategorier för att slutligen delas in i fyra mer övergripande kategorier. Koder som svarade mot syftet användes sedan till resultatet. En oberoende part anställd vid Högskolan i Gävle har kontinuerligt granskat analysen för att öka studiens trovärdighet.

Tabell 1. Exempel på dataanalys

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod
Ja, jamen man kan ju säga att, ah, om du inte kommer upp så riskerar du ju få lunginflammation å nå proppar, å så kan man ju köra med. Måste upp.	För att motivera patienter att komma upp kan man informera kring de negativa sidorna med immobilisering	För att motivera patienter informerar man dem om konsekvenser.
Kan de sitta på sängkanten så gör vi det och är det så att de är så de kan sitta i fåtöljen så tar vi upp de i fåtöljen.	Man anpassar nivån av mobilisering efter vad patienten klarar av	Anpassad mobilisering utifrån patienten.
Vi vill gärna ha ut de i matsalen och vi går med de liksom till matsalen för att de ska få äta. Bara det kan ju räcka.	Vill gärna ta patienterna i matsalen för att äta, det kan räcka	Det kan räcka för patienten att gå till matsalen.

Forskningsetiska överväganden

Deltagandet i studien var frivilligt, vilket har framgått genom både den muntliga och skriftliga informationen som studiedeltagarna fick. Anonymitet kunde inte garanteras då

intervjuerna utfördes ansikte mot ansikte och att kvalitativa studier ska inneha ett interagerande författare/intervjuare (Polit & Beck 2012). Genom att avidentifiera studiedeltagarna och ge dem koder under analysprocessen uppnåddes konfidentialitet. Materialet användes enbart för studiens syfte och endast författarna samt en oberoende part såg innehållet i intervjuerna. Enligt Polit och Beck (2012) ska deltagarna ha rätt att ställa frågor, vägra att lämna ut information och hoppa av studien utan någon förklaring vilket tillämpades i denna studie.

Resultat

Resultatet i föreliggande studie presenteras under fyra kategorier och elva subkategorier, dessa kategorier var de som framkom i analysprocessen och redovisas i tabell 2. Resultatet redovisas i löpande text och för att stärka studiens trovärdighet tydliggörs varje subkategori med ett till två citat. Citaten härrör från samtliga intervjuer och varje intervjudeltagare har fått en siffra för att upprätthålla konfidentialitet.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier

Subkategorier	Kategorier
Belysa effekter av mobilisering och immobilisering	Sjuksköterskans information till patienten
Informera innan operation	
Upprepa informationen kring mobilisering	
Använda miljön och lokalerna för mobilisering	Förutsättningar för bra mobilisering
Individanpassa mobiliseringen	
Främja mobilisering med smärtlindring	
Skapa trygghet och lugn för patienten	
Använda andra professioner i mobiliseringsarbetet	Sjuksköterskans hjälp av andra professioner och hjälpmedel
Använda hjälpmedel i mobiliseringsarbetet	
Kommunicera och veta vikten av mobilisering	Sjuksköterskan som kunnig och kompetent
Främja mobilisering med vårdprogram, rutiner och förflyttningsteknik	

Sjuksköterskans information till patienter

Denna kategori består av subkategorierna *belysa effekter av mobilisering och immobilisering*, *informera innan operation* och *upprepa informationen kring mobilisering* och beskriver hur sjuksköterskan använder sig av information i sitt mobiliseringsarbete.

Belysa effekter av mobilisering och immobilisering

Många av sjuksköterskorna beskriver information som en strategi för att mobilisera patienterna. Den vanligaste informationen som framgår handlar om vilka konsekvenser som kan uppkomma av att inte mobiliseras. Detta fungerar som en strategi för att motivera patienterna och få de att förstå varför de ska utsätta sig för den eventuella smärtan som kan uppstå. Några av konsekvenserna som sjuksköterskorna informerar kring är risken för lunginflammation, proppar, trycksår, förstoppning och illamående. De upplever det svårt att motivera patienter att mobilisera sig men att tydlig och rak information samt förklaring brukar fungera.

Sjuksköterskorna beskriver hur de förklarar för patienten varför de ska röra på sig. De informerar om att tarmen kommer igång vid rörelse, att de blir piggare, tillfrisknar snabbare och i sin tur får åka från sjukhuset snabbare. De ger tydlig och mängder med information om varför patienterna ska upp. När patienten visar rädsla att röra sig informerar sjuksköterskan om att det inte är farligt att resa sig upp utan att det tvärtom är mycket bättre än att ligga still. Sjuksköterskorna är extra tydliga i sin information till de patienter som har en bild av att de bara ska ligga still i sängen efter operation. Patienterna får information om att det är svårast att mobilisera sig första gången, men att det sedan går lättare och lättare och om en patient inte kan komma upp informerar sjuksköterskan om att vicka på tårna samt lägesändringar i sängen istället.

“Ja, jamen man kan ju säga att, ah, om du inte kommer upp så riskerar du ju få lunginflammation å nå proppar, å så kan man ju köra med” (sjuksköterska 5).

Informera innan operation

Av sjuksköterskorna upplevs det som enklast att mobilisera patienter som ligger inne för planerade operationer. De patienterna får information om mobilisering och att de

förväntas mobilisera sig nyopererade på en preoperativ mottagning. Sjuksköterskorna informerar och förbereder patienterna innan de ska ner på operation, där de förklarar att de ska sitta på sängkanten och stå bredvid sängen när de kommer tillbaka. En av sjuksköterskorna informerar även om hur det kommer att kännas att mobiliseras efter operation för att patienten ska vara förberedd på känslan. Denna förberedande information upplever sjuksköterskorna gör det lättare att mobilisera patienterna efter operation.

*“... dom elektiva patienterna är ju oftast enklare å mobilisera för dom är så välinformerade redan innan, för vi har sån där preopmottagning, som de kallas. Så att ungefär 1-2 månader innan en planerad operation få får man komma hit å så träffar man en läkare, å så träffar man en sjuksköterskan å så träffar man en narkosläkare”
(sjuksköterska 7).*

Upprepa informationen kring mobilisering

Sjuksköterskorna beskriver att de ibland upprepar informationen gällande mobilisering till patienten genom att tjata och pusha patienterna när de inte vill mobiliseras första gången. De upplever att patienterna ibland behöver höra samma information upprepas från olika professioner, som sjuksköterskor, läkare, undersköterskor och sjukgymnaster. De tar upp att det är viktigt att patienten får höra samma information från flera håll och att alla jobbar åt samma mål. Sjuksköterskan och annan vårdpersonal upplever att de inte får ge sig utan fortsätta informera patienten tills den mobiliseras. Om patienten inte vill upp och mobiliseras förbereder sjuksköterskan patienten att hon återkommer om ett visst antal minuter för att försöka igen. Sjuksköterskorna beskriver att det händer att patienter blir bekväma av sig med allt serverat på vårdavdelningen, detta åtgärdar de genom att smärtlindra, informera och pusha för mobilisering.

“Man får vara lite tjatig på såna patienter som bara vill ligga i sängen. Man får vara väldigt tjatig, tycker jag, för det är ju viktigt (att

mobiliseras). För det för ju väldigt mycket med sig om man blir liggandes” (sjuksköterska 4).

Förutsättningar för god mobilisering

Denna kategori består av subkategorierna *använda miljön och lokalerna för mobilisering, individanpassa mobiliseringen, främja mobilisering med smärtlindring och skapa trygghet och lugn för patienten*. Här återger sjuksköterskorna vad de kan använda för yttre omständigheter samt hur de väljer att rikta mobiliseringen till olika patienter.

Använda miljön och lokalerna för mobilisering

Många sjuksköterskor beskriver matsalen som en bra strategi att använda sig av för att främja mobilitet. De patienter sjuksköterskorna anser vara pigg nog att gå ut i matsalen kommer upp till måltider och att det kan räcka för en del. De beskriver också att ett allrum med god utsikt är av betydelse för patienterna, att de där får miljöombyte och en promenad dit och därmed de positiva effekterna av att sitta upp istället för att ligga ner. Andra sätt att få patienter mobiliserad är att uppmuntra de att gå och handla något eller köpa en tidning och att påminna patienten om att ta sig på toaletten. En sjuksköterska upplever att personalen ibland är alldeles för snäll i sitt sätt att hantera patienter och många sjuksköterskor beskriver hur man också kan hjälpa patienten med mobilisering genom att be hen hämta saker själv, till exempel ett glas vatten.

“Att vi inte tar in maten utan vi säger att maten serveras och lunchen serveras ute i matsalen. Då får de lite gratis motion och sen så träffar de dom andra patienterna och börjar prata och då kan de och sådär” (sjuksköterska 2).

Individanpassa mobiliseringen

Sjuksköterskorna upplever att man fick anpassa sitt sätt att motivera patienter till mobilisering. De beskriver strategier som att individanpassa metoderna, att mobiliseringssättet beror på vilken patient man har framför sig och man ibland kompromissar fram en lösning med patienten. Flera sjuksköterskor beskriver hur man ibland behöver byta approach eller taktik, att personalen måste testa olika

kommunikationssätt med patienten och att de ibland byter personal då patienterna går ihop bättre eller sämre med viss personal. De upplever också att ju friskare patienten blir ju mer vill hen klara själv. Ibland räcker det att erbjuda stöd och andra gånger är det självförtroende patienten behöver. Sjuksköterskorna beskriver även att individualiserad upptrappning av mobilisering fungerar som en strategi. Sjuksköterskorna använder sig av små steg och accelererar intensiteten av mobilisering för att nå ett mål de sätter upp för den enskilde patienten. I mobiliseringsarbetet utgår sjuksköterskorna ifrån vad patienten klarar av och låter patienten börja med något enkelt för att sedan utmana mer och mer för varje dag.

*“Vi började nog bara med informationen och så
“nu får du sitta på sängkanten, nu måste du ställa
dig med gåbordet, nu går vi några steg, nu får du
börja tvätta dig själv”. Att vi tog lite småsteg i
taget och det, det ger ju resultat” (sjuksköterska
1).*

Främja mobilisering med smärtlindring

Sjuksköterskorna beskriver smärtlindring som en tydlig strategi vid mobilisering. En bra smärtlindrad patient är också betydligt enklare att få upp och mobiliserad. En sjuksköterska beskriver hur hon på ansiktsuttryck bedömer om patienten har ont vid förflyttning eller inte, om patienten inte själv kan förklara vart hen har ont. En annan sjuksköterska berättar om hur hon informerar patienterna att även smärtan blir bättre med mobilisering, att det känns fruktansvärt i början men att smärtan kommer minska successivt.

*“Och en bra smärtlindrad patient, dom är det
inga problem med. Det är ju de flesta utav våra
patienter är ju det. Mh, för det flesta får ju
epiduralbedövning och sådär. Och då är dom,
mår dom bra alltså” (sjuksköterska 2).*

Skapa trygghet och lugn för patienten

Sjuksköterskorna upplever att de agerar stöd för att lugna patienter inför mobilisering. Vissa patienter beskriver en oro och rädsla att operationssåren ska spricka då de ska upp och gå. Sjuksköterskan förklarar då att det inte är särskilt troligt och kommer med tips

på åtgärder för att minska patientens oro, till exempel en kudde att hålla mot operationsåret. Sjuksköterskorna beskriver också hur patienter som har svårt att gå blev lugnare och tryggare om personalen bad dem ringa på larmet om de skulle röra på sig. De upplever att patienterna måste ges tid att försöka klara av saker själva och att man som sjuksköterska ibland måste offra tid till att ge patienten utrymme för att mobiliseras. En sjuksköterska beskriver hur patienterna känner sig lugna och trygga då personalen har tid för mobilisering och inte förmedlar en känsla av tidspress och stress.

“Men de är nog tror jag överlag när patienten känner att vi har tid. När vi är, kan va, lugn å ro, å när dom känner sig trygga att dom, vi förmedlar att vi vet vad vi håller på med, å ah, när vi kan förklara hur vi ska gå tillväga å så. I lugn å ro, brukar de oftast gå bra” (sjuksköterska 3).

Sjuksköterskans hjälp av andra professioner och hjälpmedel

Denna kategori består av subkategorierna är *använda andra professioner i mobiliseringsarbetet* och *använda hjälpmedel i mobiliseringsarbetet*. Här beskriver sjuksköterskorna att de tar hjälp av andra professioner och olika sorters hjälpmedel i mobiliseringen.

Använda andra professioner i mobiliseringsarbetet

Det nära samarbetet med sjukgymnasten beskrivs som mycket positivt när det gäller att mobilisera patienter. Sjuksköterskorna gör en bedömning av patienten ifall hen behöver komma i kontakt med en sjukgymnast, det kan vara de som gjort stora operationer eller de som är svåra att mobilisera av andra orsaker. Sjukgymnasten frågar sjuksköterskan vad den vill ha hjälp med och sedan uppdaterar sjukgymnasten sjuksköterskan om hur mobiliseringen går. I och med det vet sjuksköterskan hur mycket och på vilket vis de kan mobilisera patienten. Många av sjuksköterskorna tar upp att sjukgymnasten är guld värd och att de kommer med mycket bra idéer och tips för mobilisering. En sjuksköterska lägger vikt på att sjuksköterskor inte får vara rädd att ta hjälp av sjukgymnasten om de inte vet hur man ska mobilisera en patient. Fler sjuksköterskor tar

upp att sjukgymnasten brukar lyckas mobilisera patienterna när annan vårdpersonal har misslyckats.

När en patient är mycket sängliggande eller inte kan röra sig själv är det vanligt att sjukgymnasten gör ett schema över sträck-, böj- och tånjövningar för att undvika kontraktioner. Sjuksköterskorna får veta hur ofta övningarna ska ske och ser sedan till att de blir gjorda. Några av sjuksköterskorna tar upp arbetsterapeuten i mobiliseringsarbetet och att de brukar vara till hjälp när patienten behöver hjälpmedel, som till exempel rullstol.

*“Ofta försöka blanda in sjukgymnasten för att få hjälp vid mobilisering i början, å så prata med arbetsterapeuten för att få hjälpmedel”
(sjuksköterska 8).*

“Å sen så kopplar man in sjukgymnast, å i dom fall vi har sängliggande som kanske skulle behöva jatabstol eller sånna saker så kopplar vi in arbetsterapeut. För att dom ska få komma upp å mobiliseras” (sjuksköterska 6).

Använda hjälpmedel i mobiliseringsarbetet

Sjuksköterskorna beskriver att de använder sig av hjälpmedel för att mobilisera patienterna. Många av sjuksköterskorna anser att bra och tillräckligt med hjälpmedel är en förutsättning för att kunna mobilisera patienterna på ett smidigt och lätt sätt.

Sjuksköterskorna använder sig mycket av rollatorer, gåbord och rullstolar men även av kryckor och betastöd. För patienter som har svårt att förflytta sig själv mellan säng och rullstol används lift, glidbräda och/eller bälten. När en patient är sängliggande och inte har möjlighet att sitta eller stå upp används hjälpmedel för att lägesändra patienten i sängen. De använder glidlakan, kuddar i form av kilar och hälavlastande kuddar för att lägesändra och avlasta olika kroppsdelar. Glidlakan kan även användas så att patienten själv kan lägesändra. En sjuksköterska berättar om en stol som både kan vara i plant läge och i sittande läge, en så kallad jatabstol. Den används av patienter som inte kan sitta i vanliga rullstolar men ändå ska få möjlighet att sitta upp. Sängarna på sjukhuset

anses vara bra att använda sig av för att få patienterna i ett mer sittande läge och på så vis underlätta andningen. Ett par sjuksköterskor anser att det är väldigt viktigt att patienten har en god komfort när de sitter för att de ska vilja komma upp ur sängen. För att skapa en skön ställning i exempelvis en fåtölj används vanliga kuddar eller kuddar i form av en orm för att palla upp som stöd runt patienten och bertilplattor under fötterna för de patienter som annars inte når golvet. Sjukgymnasten ger ibland patienter gummiband för att träna överkroppen och sjuksköterskorna påminner patienten om att använda.

*“Vi har ju dels rullstolar, har vi ju såklart och så har vi dom här gåborden också, de är bra. Och så har vi rollatorer både med och utan droppställning ifall de behöver vätska”
(sjuksköterska 1).*

Sjuksköterskan som kunnig och kompetent

Denna kategori består av subkategorierna *kommunicera och veta vikten av mobilisering och främja mobilisering med vårdprogram, rutiner och förflyttningsteknik*. Här återger sjuksköterskorna synen på hur olika rutiner, vårdprogram och utbildningar kan vara till hjälp i mobiliseringsarbetet.

Kommunicera och veta vikten av mobilisering

Sjuksköterskor upplever att kommunikationen mellan dem fungerar som en strategi för att kunna främja mobilisering. De delar med sig av strategier vid mobiliseringsproblem, de frågar varandra om tips och har en ständig dialog. Sjuksköterskorna beskriver hur de delar med sig av viktig information kring mobilisering och flera av intervjudeltagarna beskriver hur de hjälps åt om de har en tung patient. Att använda kommunikation som en strategi underlättar mobiliseringsarbetet betydligt då hela personalstyrkan vet vad som gäller för varje patient och vad det kan tänkas behövas för hjälpmedel och hur dagens mobiliseringsarbete ska läggas upp. Sjuksköterskor beskriver även att kunskap kring mobilisering i sig kan fungera som en strategi. Det beskrivs vara viktigt för hela personalstyrkan att veta varför man ska mobilisera patienter och hela tiden vara medveten i sitt mobiliseringsarbete. Att inneha kunskap som behövs för att mobilisera patienter upplevs medföra att man tar mobiliseringsarbetet på allvar.

“Mer så blir det att efter ett tag kommer man in i det. Hur vi ska göra och så. Det blir mer att man lär sig av varandra, än att vi har någon specifik utbildning” (sjuksköterska 3).

Främja mobilisering med vårdprogram, rutiner och förflyttningsteknik

Sjuksköterskorna upplever att rutiner och riktlinjer hjälper dem med att mobilisera patienter. Rutinerna bestämmer det särskilda sättet patienten ska mobiliseras på och riktlinjerna ger tydliga indikationer på hur mobiliseringen ska gå till. Två sjuksköterskor beskriver även vårdprogram som ett redskap i arbetet att mobilisera patienter. I vårdprogrammen tillkommer scheman och uppmaningar på mobilisering med mera och detta ser sjuksköterskorna som positivt eftersom att det då finns en tydlig plan för patienterna. En sjuksköterska upplever vårdprogrammen som särskilt gynnsamt då hon ser tydliga positiva effekter på både patienternas välmående och de förkortade vårdtiderna. Sjuksköterskorna beskriver att utbildningar inom förflyttningsteknik var av värde i mobiliseringsarbetet. De upplever att arbetet att mobilisera patienter blir betydligt lättare då personalen vet hur de ska få upp patienter utan att riskera skador. Rädslan för att lägga en alltför stor vikt på sin kropp hindrade mobiliseringen ibland och sjuksköterskorna berättar att utbildningar inom förflyttningsteknik tillsammans med sjukgymnast är viktigt för att ens våga mobilisera patienter som är fysiskt krävande.

“Vi har ju vissa färdiga beställda vårdprogram för olika patientgrupper, till exempel protesknän, proteshöfter, frakturerade höfter, ehm, som vi alla försöker å följa” (sjuksköterska 7).

Diskussion

Huvudresultat

Föreliggande studie beskriver att de strategier sjuksköterskor främst använde sig av för att främja mobilisering var att informera patienten, att använda yttre faktorer så som miljö och lokaler, ta hjälp av andra professioner och utgå från rutiner och olika vårdprogram. Sjuksköterskorna upplevde information som en stor del där de i första hand informerade kring konsekvenserna av immobilisering samt beskrev hur de ibland kan behöva upprepa informationen. Att använda lokalen och matsalen som en strategi

var också vanligt då allmänna utrymmen blev en möjlighet att få ut patienterna på en kortare promenad. Individanpassat mobiliseringssätt utifrån den patient man hade framför sig var också ofta använt. Flera sjuksköterskor beskrev andra professioner, särskilt sjukgymnasten, som en stor hjälp vid mobilisering. Sjuksköterskorna upplevde rutiner och vårdprogram som ett stöd i mobiliseringsarbetet eftersom det gav en tydlig plan för patienten. Utbildningar inom förflyttningsteknik var också en strategi som sjuksköterskorna beskrev.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans information till patienten

Samtliga sjuksköterskor tog upp information till patienter som en stor del i mobiliseringsarbetet. Informationen kom ofta i form av att upplysa patienterna om de dåliga konsekvenserna av immobilisering. Av de sjuksköterskor som intervjuades beskrev de flesta att de är duktiga på att ge information innan operationen för att förbereda patienterna samt förvarna kring de förväntningar på mobiliseringen de har. I föreliggande studie tas det upp att en liten del av patienterna fick information av både sjuksköterska, läkare och sjukgymnast. Att upprepa informationen kring mobilisering och att informationen kommer från olika sortens professioner tyckte sjuksköterskorna fungerar bra. I en studie av Lin et al. (2013) berättade 79 % av patienterna att de fått information av sjuksköterskan kring vikten av mobilisering, en del hade fått informationen innan operation och andra efteråt. En del patienter fick även information kring mobilisering av läkare och av sjukgymnast. Patienter som hade fått information kring mobilisering av sjuksköterskor upplevde en snabbare återhämtning av sin fysiska status jämfört med patienter som inte hade fått information (Lin et al. 2013). För att en människa ska kunna omvandla information till kunskap krävs att hen redan besitter tillräckligt med kunskaper och erfarenheter för att kunna tolka och dra korrekta slutsatser av den tillgängliga informationen (Gedda 2012).

Förutsättningar för bra mobilisering

I föreliggande studie beskrev sjuksköterskorna enkla medel som att låta patienterna äta i matsalen och inte vid sängen som en strategi. I en studie av Brown et al. (2009) visades det att patienter mobiliserade sig som mest under måltider. Sjuksköterskorna i föreliggande studie skildrade även att det är bra att låta patienterna hämta saker själv, exempelvis ett glas vatten och att vårdpersonalen ibland är för snäll vilket får motsatt

effekt på längre sikt. Det framkom även att toalettbesök var något positivt och medförde ett naturligt tillfälle till att mobilisera sig. Att använda en promenad eller att besöka en plats utanför sjukhuset redogör även Bourret et al. (2002) för i sin studie. Det har i en studie av Covinsky et al. (2003) visat sig vanligt att äldre patienter har sämre förmåga att sköta sitt vardagliga liv efter dem varit inlagda på sjukhus i jämförelse med innan sjukhusinläggningen. Till det vardagliga skötandet räknades duschning, påklädning, ätande, förflyttning och toalettbesök. I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor framgår det tydligt att sjuksköterskor ska ha förmåga att bevara det friska hos patienten (Socialstyrelsen 2005). Sjuksköterskorna i föreliggande studie poängterade vikten av att låta patienterna klara saker själv och ge dem tid och utrymme till att mobiliseras. Sjuksköterskorna upplevde att patienterna kände sig mer lugna och trygga om personalen förmedlade en känsla av att ha tid för patienten.

Intervjudeltagarna som ingick i föreliggande intervjustudie beskrev vikten av individuell mobilisering för patienterna. Många sjuksköterskor upplevde att man ibland fick kompromissa med patienterna och ha i åtanke på hur deras förutsättningar såg ut för mobilisering. Ibland fick sjuksköterskorna utgå från patientens tillstånd, anpassa mobiliseringen och börja försiktigt för att sedan accelerera mobiliseringen stegvis. Det är viktigt att utforska de kringliggande bakgrundsfaktorerna för att få en förståelse för patientens tillstånd. Det är även viktigt att individanpassa med bland annat rätt säng- och stolshöjd, möblering och skriftlig information främja patientens fysiska aktivitet och mobilisation under sjukhusvistelsen (Boltz et al. 2012). Även omvårdnadsteoretikern Patricia Benner anser att en erfaren sjuksköterska ska kunna anpassa omvårdnaden efter varje enskild patient och särskilda situation (Brykczynski 2010).

Många sjuksköterskor upplevde smärtlindring som en bra strategi för att främja mobilisering. De beskrev att patienter som har ont också blir svåra att mobilisera och få upp ur sängen. Sjuksköterskorna informerade även patienter kring hur smärtan mildras av rörelse och att smärtan som upplevs i början av mobiliseringsarbetet blir bättre med tiden. I en studie från Hong Kong undersöktes hur ett kortare aktivitetsprogram fungerar för äldre personer som lider av långvarig smärta. De använde sig av muskelträning, stretching av det området som gjorde ont, balans och akupressur. Dessa övningar var

enkla att göra för de äldre och de såg att de som använde sig av aktivitet också upplevde en smärtlindrande effekt (Tse et al. 2014).

Många sjuksköterskor upplevde att för en orolig patient är man tvungen att lugna med hjälp av att berätta om larmet och ge en hjälpande hand om patienten ska upp. Som sjuksköterska måste man ha kännedom kring var patienten står i sin mobilisering samt vara beredd att ge stöd. Enligt Rydholm Hedman (2009) är en människas tankar om framtid, belöning och uppfattning om den egna förmågan att framgångsrikt kunna utföra aktiviteten eller beteendet nyckeln till ett lyckosamt utförande. Det behövs en sorts optimistisk mental acceptans för att en aktivitet ska bli utförd.

Sjuksköterskans hjälp av andra professioner och hjälpmedel

Författarna tror att det är viktigt för sjuksköterskorna att få känna att det mobiliseringsarbete de utför är viktigt och värderas högt. Bandet mellan kollegor, förmågan att kunna kommunicera mellan varandra och ge varandra tips kring mobilisering beskrevs betydande för många av intervjudeltagarna. I en studie i Estland kunde man se att sjuksköterskan hade lättare att sköta sitt jobb om de blev respekterade och bemötta bra. För att motivera sjuksköterskor behövdes själva yrket, arbetsklimatet samt förhållandet till kollegor värderas högt (Toode et al. 2014). Sjuksköterskorna i studien beskrev att en strategi för främjad mobilisering var att ha rätt kunskap och att hela personalstyrkan visste varför mobiliseringsarbetet var viktigt och skulle ske. De beskrev även vikten av att ha kunskap om hur själva mobiliseringen skulle gå till. Enligt Patricia Benners teori är filosofi, praktik, forskning och teori beroende av varandra och skapar tillsammans ett helhetsperspektiv för sjuksköterskan i sitt yrke (Brykczynski 2010). Alla sjuksköterskor tog upp sjukgymnasten som en viktig och hjälpande faktor i mobiliseringsarbetet. Teamarbete sjuksköterska, sjukgymnast och läkare togs upp då de alla arbetade tillsammans för att informera och mobilisera patienter. Samverkan i team är en av de sex kärnkompetenser som Svensk Sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor lyfter fram som centrala för utbildning av vårdprofessioner. Det är viktigt för att kunna möta komplexa behov av vård i högteknologiska miljöer och i mötet med multisjuka patienter (Carlson 2012).

Sjuksköterskorna ansåg att kommunikationen mellan vårdpersonalen bidrar till en ökad kunskap genom att tips om mobiliseringsstrategier delas med varandra. Att ha kunskap

om varför mobilisering är viktigt ansågs även det som betydande. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskor kunna tillämpa kunskaper inom omvårdnad samt kunna kommunicera med och utbilda medarbetare (Socialstyrelsen 2005).

Många sjuksköterskor beskrev hjälpmedlen som en stor del av sitt dagliga mobiliseringsarbete. De hjälpmedlen intervjudeltagarna främst använde sig av var rollatorer, kryckor, gåbord, halksockor och olika glidbrädor och glidlakan. Hjälpmedel för personlig vård och förflyttning är de vanligaste förekommande hjälpmedlen och några exempel på hjälpmedel som Rydholm Hedman (2009) tar upp är käpp, krycka, gåstol, rollator, proteser och rullstol. Hjälpmedel för förflyttning i och ur säng är sänggrind, lyfthjälpmedel och olika band/bälten. Arbetsterapeut och sjukgymnast kan prova ut och förskriva tekniska hjälpmedel som är utformade och anpassade till patientens dagliga sysslor. Det är viktigt att personalen har en positiv attityd och kunskap om hur hjälpmedlen ska användas. Sjuksköterskorna upplevde precis som Rydholm Hedman (2009) att hjälpmedel för rörlighet och förflyttning löste svårigheter för användarna i olika hög grad. Även Stolbrink et al. (2014) beskriver tillgängligheten till gånghjälpmedel och hjälpmedel som en positiv faktor för patientens självständighet i mobiliseringsarbetet. Sjuksköterskorna beskrev att om de vid något tillfälle har en inneliggande sängbunden patient så är det lägesändringar och olika sorters avlastning för patienten som de arbetar med. Detta tar även Rydholm Hedman (2009) upp, att vid total orörlighet behövs hjälp med lägesändring och vändningar i sängen enligt speciella scheman som signeras.

Metoddiskussion

I föreliggande studies metoddiskussion kommer begreppen tillförlitlighet, trovärdighet och överförbarhet tas upp (Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2012).

Syftet med föreliggande studie var att beskriva sjuksköterskors strategier vid mobilisering och därför valdes semistrukturerade intervjuer med kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2012) är detta ett bra tillvägagångssätt för att få kvalitet på informationen och upplevelserna som sjuksköterskorna delar med sig av.

Ett ändamålsurval medför ett smidigt sätt att rekrytera studiedeltagare (Polit & Bevk 2012). Att cheferna på de utvalda avdelningar tog beslutet om vilka sjuksköterskor som skulle delta som intervjudeltagare kan ifrågasättas eftersom de kan komma att känna sig tvingade att ställas upp samt att "svara rätt". Författarna tog ändå det beslutet att lita på chefernas omdöme samt att sjuksköterskorna med lång erfarenhet inom sitt yrke är så pass trygg i sin yrkesroll att de hade tackat nej om de inte hade haft en vilja att delta. Författarna anser att det varit till studiens fördel om inte samtliga studiedeltagare varit kvinnor.

Intervjuerna gjorde författarna åtskilda och det hade kanske varit till studiens fördel om intervjuerna gjorts med båda författarna närvarande. Om så varit fallet hade intervjun kunnat ha en intervjuansvarig och den andra antecknat samt ställt följdfrågor som den ansvarige inte tänkt på. Under en intervju kan det kännas svårt att både tänka på att ställa frågor och ta in intervjudeltagarens svar. Hade båda författarna varit med under intervjusituationen så hade kanske sjuksköterskan känt sig i underläge, men författarna gör den bedömningen att det ändå varit till fördel för studien och inget hinder eftersom en sjuksköterska är så pass trygg i sin yrkesroll.

En av intervjuerna varade endast 15 minuter, däremot innehöll den mycket relevant information och blev sju sidor lång när den transkriberades. Därför anses den korta intervjun inte ha påverkat resultatet. Intervjuerna hölls i ett avskilt rum i anslutning till arbetstiden och arbetsplatsen. En av intervjuerna blev avbruten vilket kan ha påverkat den sjuksköterska som svarade på intervjufrågorna, men författarna anser att detta inte kom att påverka föreliggande studies resultat i sin helhet. I slutändan gavs ändå svar på samtliga intervjufrågor. Att genomföra intervjuerna i ett rum med anslutning till arbetsplatsen kan öka sjuksköterskans stress att alltid finnas tillgänglig och inte kunna släppa tankarna kring arbetet. Däremot togs valet ändå av smidighet för både sjuksköterkorna och författarna. Enligt Polit och Beck (2012) är det en fördel att ha intervjuerna hemma hos den som ska intervjuas men att ett ställe som ett fik eller ett kontor kan fungera lika bra. Det viktigaste är att platsen som väljs erbjuder avskildhet för att minska störande moment i den mån som går och är lämplig att spela in på.

Enligt Polit och Beck (2012) beror tillförlitligheten på förändringar över tid. För att höja studiens tillförlitlighet var tillvägagångssättet för intervjuerna liknande för alla

intervjuer och de genomfördes under kort tidsperiod. Intervjuerna hölls på liknade platser och med samma intervjuguide, men hade kunnat likna varandra mer om båda författarna närvarat under alla intervjuer. Författarna intervjuade istället fyra sjuksköterskor var, en från varje avdelning.

I föreliggande studie användes en pilotintervju för att testa intervjufrågornas relevans samt få författarna att komma in i rollen som intervjuare. Användandet av pilotintervjun samt enkla inledningsfrågor vid intervjutillfället anser författarna är en fördel i studien. Enligt Polit och Beck (2012) kan en pilotintervju öka studiens trovärdighet genom att intervjufrågorna får testas och efter det bearbetas. Även ”kallprat” i början av intervjun vara till förmån för studien då det kan hjälpa både intervjuare och intervjudeltagare att slappna av inför situationen.

De sjuksköterskor författarna intervjuade skulle ha en viss kompetens för att bedömas vara tillräckligt insatt kring strategier för att nå god mobilisering. Därför kom sjuksköterskor som uppnått nivån expert enligt Benner et al. (1999) att vara intressanta som intervjudeltagare. Författarna uppskattar nivån expert som minst fyra års arbetserfarenhet. Utifrån kunskapen och erfarenheten sjuksköterskorna innehav och kunde uppfattas utifrån intervjusvaren anses den valda arbetserfarenheten varit ett bra val. Brykczynski (2010) skriver att enligt Benners teori är sjuksköterskors kunskap och kompetens att praktiskt utföra sitt arbete av stor vikt för hur omvårdnaden blir för patienten.

Att intervjudeltagarna i föreliggande studie hade en variation i ålder (26-63 år) anser författarna vara en styrka i arbetet, då åldersvariation ger olika erfarenheter och kunskaper. Enligt Graneheim och Lundman (2004) och Polit och Beck (2012) kan trovärdigheten i studien stärkas genom att sjuksköterskornas ålder varierade. Medelvärde för sjuksköterskornas arbetslivserfarenhet låg på 10,5 år och ses även det som en styrka då intervjudeltagarna hade erfarenhet kring mobiliseringsarbetet.

Under studiens dataanalysprocess följde författarna tydliga steg enligt Graneheim och Lundman (2004). Där användes meningsbärande enheter och båda författarna var delaktiga i analysarbetet av alla intervjuer. En oberoende part anställd av Högskolan i Gävle kontrollerat och behandlat studien i processen. Allt för att öka studiens

trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004). Ett till två citat för varje subkategori användes även det för att öka studiens trovärdighet (Polit & Beck 2012).

Graneheim och Lundman (2004) beskriver överförbarhet hur väl studiens resultat kan överföras till andra grupper och personer och att denna bedömning görs av läsaren. Författarna till föreliggande studie har varit noga med metodavsnittet då enligt Polit och Beck (2012) läsarens uppfattning av studiens överförbarhet underlättas av en väl förklarad datainsamling, tillvägagångssätt och dataanalys.

Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning

Föreliggande studie kan genom mobiliseringsstrategierna som framkommer underlätta och vara till nytta för sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal i sitt omvårdnadsarbete. Genom att redogöra vad erfarna sjuksköterskor använder sig av för strategier kan andra sjuksköterskor få stöd i sitt mobiliseringsarbete. Mobiliseringen minskar risken för komplikationer och därmed förkortar vårdtiden som i sin tur kan leda till mindre arbetsbelastning och färre överbeläggningar. Genom att själv bli medveten kring vilka strategier som används och vad andra sjuksköterskor använder sig av för strategier kan omvårdnadsarbetet och mobiliseringen förbättras, diskuteras och utvecklas.

Författarna anser att ytterligare studier borde göras i Sverige för att belysa sjuksköterskors strategier för att mobilisera patienter. Det finns flera studier kring konsekvenser av immobilisering och vad det kan betyda för patienterna, men sjuksköterskans perspektiv och deras strategier för mobilisering har det bara hittats få av. Författarna föreslår en intervjustudie för att beskriva erfarna sjuksköterskors mobiliseringsstrategier på medicinavdelningar. Denna kunskap är av vikt då mobilisering är en betydande del av sjuksköterskans omvårdnadsansvar oavsett vårdavdelning.

Slutsats

En god mobilisering av patienter på kirurg- och ortopedavdelningar är betydelsefull för omvårdnaden. För att främja mobiliseringen använde sig sjuksköterskorna av strategier som information, lämpliga platser gå till, andra professioner, hjälpmedel, utarbetade

vårdplaner samt sin kunskap om mobiliseringsätt. Det behövs mer kunskap om vilka strategier sjuksköterskor kan använda för att främja mobilisering i sjukhusmiljö.

Referenser

Asp, M. & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 417-488.

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (1999). *Expertkunnande i Omvårdnad: Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J. & Secic, M. (2012), "Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference?", *Geriatric nursing*, **33**(4), ss. 272-279.

Brown, C.J., Friedkin, R.J. & Inouye, S.K. (2004), "Prevalence and Outcomes of Low Mobility in Hospitalized Older Patients", *Journal of the American Geriatrics Society*, **52**(8), ss. 1263-1270.

Brown, C.J., Redden, D.T., Flood, K.L. & Allman, R.M. (2009), "The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults", *Journal of the American Geriatrics Society*, **57**(9), ss. 1660-1665.

Brown, C.J., Williams, B.R., Woodby, L.L, Davids, L.L. & Allman, R.M. (2007), "Barriers to Mobility During Hospitalization from the Perspectives of Older Patients and Their Nurses and Physicians". *Journal of Hospital Medicine*, **2**(5), ss. 305-313.

Bourdin, G., Barbier, J., Burle, J., Durante, G., Passant, S., Vincent, B., Badet, M., Bayle, F., Richard, J. & Guérin, C. (2010), "The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational one-center study", *Respiratory care*, **55**(4), ss. 400-407.

Bourret, E.M., Bernick, L.G., Cott, C.A. & Kontos, P.C. (2002), "The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities", *Journal of advanced nursing*, **37**(4), ss. 338-345.

Brykczynski, K. A. (2010) Patricia Benner: Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice. I Alligood, M. R. & Tomey A. M. (red.) *Nursing Theorists and Their Work*. 7. uppl. Maryland Heights: Elsevier inc, ss. 137-164.

Carlson, E. (2012). Sjuksköterskan som handledare av interprofessionella studentteam. I Pilhammar, E. (red.) *Pedagogik inom vård och handledning*. Lund: Studentlitteratur ss. 148-162.

Clark, D., E., Lowman, J., D., Griffin, R., L., Matthews, H., M. & Reiff, D., A. (2013), "Effectiveness of an Early Mobilization Protocol in a Trauma and Burns Intensive Care Unit: A Retrospective Cohort Study", *Physical Therapy*, **93**(2), ss. 186-196.

Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., Burant, C. J. & Landefeld, C. S. (2003) Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age, *Journal of the American Geriatrics Society*. 51, ss. 451-458.

Doherty-King, B., Yoon, J., Young, Pecanac, K., Brown, R. & Mahoney, J. (2014), "Frequency and Duration of Nursing Care Related to Older Patient Mobility", *Journal of Nursing Scholarship*, **46**(1), ss. 20-27.

Gedda, B. (2012). Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet - villkor och processer. I Pilhammar, E. (red.) *Pedagogik inom vård och handledning*. Lund: Studentlitteratur ss. 90-113.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse education today*, **24**(2), ss. 105-112.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014).

http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf [2014-11-24]

Kneafsey, R., Clifford, C. & Greenfield, S. (2013), "What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study", *International journal of nursing studies*, **50**(12), ss. 1617-1629.

Kneafsey, R., Clifford, C. & Greenfield, S. (2014), "Perceptions of hospital manual handling policy and impact on nursing team involvement in promoting patients' mobility", *Journal of Clinical Nursing*, **24**, ss. 289-299.

Kortebein, P., Symons, T.B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., Conger, S., Lombeida, J., Wolfe, R. & Evans, W.J. (2008), "Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults", *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, **63A**(10), ss. 1076-1081.

Lin, P., Wang, C., Liu, Y. & Chen, C. (2013), "Orthopaedic inpatient rehabilitation conducted by nursing staff in acute orthopaedic wards in Taiwan", *International journal of nursing practice*, **19**(6), ss. 618-626.

Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M. & Ek, A. (2004), "Immobility -- a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **18**(1), ss. 57-64.

Mundy, L.M., Leet, T.L., Darst, K., Schnitzler, M.A. & Dunagan, W.C. (2003), "Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia", *Chest*, **124**(3), ss. 883-889.

Murphy, S., Conway, C., McGrath, N., B., O'Leary, B., O'Sullivan, M., P & O'Sullivan, D. (2011), "An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period", *Journal of Clinical Nursing*, **20**(23), ss. 3404-3413

Nationalencyklopedin, (2015). Tillgänglig på:

[http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/mobilisering-\(2\)](http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/mobilisering-(2)) [18 Februari 2015]

Oldmeadow, L.B., Edwards, E.R., Kimmel, L.A., Kipen, E., Robertson, V.J. & Bailey, M.J. (2006), "No Rest for the Wounded: Early Ambulation After Hip Surgery Accelerates Recovery", *ANZ Journal of Surgery*, **76**(7), ss. 607-611.

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

Rydholm Hedman, A-M. (2009). Aktivitet, rörelse och rörlighet. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.) *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 385-416.

Socialstyrelsen (2005). Artnr: 2005-105-1.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> [2014-11-24]

Stolbrink, M., McGowan, L., Saman, H., Nguyen, T., Knightly, R., Sharpe, J., Reilly, H., Jones, S. & Turner, A., M. (2014), "The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay", *Journal of Hospital Infection*, **88**(1), ss. 34-39.

Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M. & Suominen, T. (2014), "Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation", *International nursing review*, **61**(3), ss. 361-370.

Tse, M., M.Y., Tang, S., Kwan, Wan, V., T.C. & Vong, S., K.S. (2014), "The Effectiveness of Physical Exercise Training in Pain, Mobility, and Psychological Well-being of Older Persons Living in Nursing Homes", *Pain Management Nursing*, **15**(4), ss. 778-788.

Bilaga 1:

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Namn, ålder, antal år som legitimerad sjuksköterska och antal år på avdelningen.

Frågor

1. Vad är mobilisering för dig?
2. Hur vanligt är det med sängliggande patienter på er avdelning?
 - Var brukar patienterna på avdelningen befinna sig under dagarna?
3. Brukar patienterna delas in beroende på hur mycket de klarar själv?
4. Hur gör du för att få en patient som är sängliggande/rullstolsburen/kan gå för att mobiliseras?
5. Hur ser eftervården ut för opererade patienter, riktlinjer/mobilisering?
6. Kan du berätta om vilka strategier dina kollegor använder sig av för att få en patient mobiliserad?
7. Kan du ge exempel på en situation där det inte gått bra att få en patient mobiliserad?
 - Vad gjorde situationen svår?
 - Vad gjorde ni för att få situationen bättre?
8. Kan du ge exempel på en situation där det gått bra att få en patient mobiliserad?
 - Hur gjorde ni där?
10. Vad är viktigt på en avdelning för att en bra mobilisering ska vara möjlig?

Relevanta följdfrågor tillkom under intervjuens gång.