

Undersøgelse af respiratorbehandling og ansvar ved aftrapning.

Baggrund

Der findes ganske lidt empirisk materiale, som beskriver sygeplejerskens rolle i beslutningsprocessen i forbindelse med respiratorbehandling og dens aftrapning. De fleste undersøgelser beskriver implementering af sygeplejerskeledet aftrapningsprotokoller. Disse identificerer signifikante reduktioner i varigheden af respiratorbehandlingen, når der bruges aftrapningsprotokoller¹⁻⁵. Ud fra disse undersøgelser kan man sige, at protokollerne gør det muligt for sygeplejerskerne at fortage beslutninger i forbindelse med respiratorbehandlingen. Det er dog fortsat usikkert, om det er protokollerne eller den øgede rolle, som sygeplejersken får, der er årsag til reduktionen i varigheden af behandlingen. Man kan udlede, at varigheden af respiratorbehandlingen og fravæning kan anskues som sygeplejerske-følsomme resultater, der er positivt påvirket af de stigende sygeplejeforslag i beslutningsprocesserne.

Inden for litteraturen er en stigende sygeplejeautonomi i den kliniske beslutningsproces blevet knyttet til forbedrede patientresultater, jobtilfredshed, fastholdelse af personale, forbedret patienttilfredshed og kvalitet i behandlingen⁶⁻¹³. Andre vigtige aspekter af den organisatoriske struktur, som viste sig at påvirke patienternes resultater, er samarbejde og teamwork^{12,14-16}. Moderne intensivbehandling kræver en samarbejdende tilgang¹⁷. En nyere nordamerikansk undersøgelse¹³ har påvist en forbindelse mellem en lavt standardiseret dødelighed ratio (SMR) og et høj score i teamwork.

Mål

Formålet med dette projekt er at udvikle en rolleprofil for sygepleje og ansvar i beslutningsprocessen i forbindelse med respiratorbehandling og afvæning.

Målsætning

Vores primære målsætning er at beskrive den faglige gruppe og anciennitet med ansvar for fastsættelse af:

- (I) udvælgelse af oprindelige ventilationsindstillinger
- (II) titrering af ventilationsindstillinger
- (III) fravænningsvillighed
- (IV) fravænningsmetoder
- (V) extubationsvillighed
- (VI) fravænningsfiaskoer

Vores sekundære mål er at beskrive:

1. Sygeplejerske-til-patient-forhold for patienter, der fik invasiv og ikke-invasiv ventilation.
2. Opfattelsen af sygepleje autonomi og sygepleje bidrag i beslutningsprocessen under respiratorbehandlingen.
3. Anvendelse af retningslinjer, politikker eller protokoller til forvaltning af mekanisk ventilation og afvænnning.
4. Adgang til uddannelse i mekanisk ventilation og tilhørende processer for sygeplejersker.

Metode

1. Undersøgelses design:

Til at opfylde vores undersøgelses mål vil vi gennemføre en spørgeskemaundersøgelse på alle voksen-intensivafdelinger i de deltagende lande. Denne undersøgelse vil søge at identificere det nuværende rolleansvar i forbindelse med respiratorbehandling og afvænnning, som det indberettes af sygeplejerskeledere eller en udpeget ledende klinisk sygeplejerske fra hver afdeling. Hertil kommer, at opfattelsen af sygeplejerske-autonomi og bidrag til respiratorbehandlingens beslutningstagning vil blive identificeret. I forbindelse med denne undersøgelse defineres "selvstændighed" som: Evnen til at træffe beslutninger for respiratorbehandling og gennemføre dem uden direkte opsyn af en læge.

2. Undersøgelsens deltagere

Deltagerne i undersøgelsen vil omfatte ledende sygeplejersker fra alle voksne intensivafdelinger i de deltagende lande. Den ledende sygeplejerske kan uddelegere færdiggørelsen af spørgeskemaet til en højtstående klinisk sygeplejerske. Pædiatriske intensivafdelinger eller andre afdelinger, som ikke rutinemæssigt benytter respiratorbehandling, er udelukket fra at deltage.

3. Undersøgelsens procedure

Undersøgelsen vil blive distribueret via mail til kontaktpersonen på hver enkelt intensivafdeling. Deltagerne opfordres til at gemme en kopi af spørgeskemaet. Spørgeskemaerne vil blive opbevaret fortroligt under undersøgelsen og vil efterfølgende blive destrueret. To uger efter det oprindelige spørgeskema er blevet sendt via mail, vil der blive sendt en bekræftelse for modtagelse til dem som har returneret spørgeskemaet. De, som på dette tidspunkt endnu ikke har returneret spørgeskemaet, vil blive opfordret til at gøre det snarest. Fire uger efter undersøgelsens distribution, vil de, der endnu ikke har reageret, få tilsendt et udskrevet eksemplar af spørgeskemaet med en påmindelse. De, som ikke responderer på det udskrevne spørgeskema, vil blive kontaktet via telefon efter yderligere to uger som en sidste påmindelse.

Data fra undersøgelsen vil blive indtastet i et specielt designet Excel program.

Efter endt undersøgelse vil der blive udarbejdet en rapport ud fra de indsamlede data.

Referencer

1. Randolph AG, Wypij D, Venkataraman ST, et al. Effect of mechanical ventilator weaning protocols on respiratory outcomes in infants and children: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:2561-8.
2. Ely EW, Baker AM, Dunagan DP, et al. Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N Engl J Med*. 1996;335:1864-9.
3. Kollef MH, Shapiro SD, Silver P, et al. A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 1997;25:567-74.
4. Marelich GP, Murin S, Battistella F, Inciardi J, Vierra T, Roby M. Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by respiratory care practitioners and nurses: effect on weaning time and incidence of ventilator-associated pneumonia. *Chest*. 2000;118:459-67.
5. Schultz TR, Lin RJ, Waltzman HM, et al. Weaning children from mechanical ventilation: a prospective randomised trial of protocol-directed versus physician directed weaning. *Respir Care*. 2001;46:772-82.
6. Kennerly S. Perceived worker autonomy: the foundation for shared governance. *J Nurs Admin*. 2000;30:611-7.
7. Boyle D, Bott M, Hansen H, Woods C, Taunton R. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *Am J Crit Care*. 1999;8:361-71.
8. Charboyer W, Najman J, Dunn S. Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. *Int J Nurs Studies*. 2001;38:153-61.
9. Wade G. A model of the attitudinal component of professional nurse autonomy. *J Nurs Educ*. 2004;43:116-25.
10. Finn C. Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *Int J Nurs Studies*. 2001;38:349-57.
11. Blanchfield K, Biordi D. Power in practice: a study of nursing authority and autonomy. *Nurs Admin Q*. 1996;20: 42-49.
12. Baggs J, Schmitt M, Mushlin A, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Med*. 1999;27:1991-8.
13. Wheelan S, Burchill C, Tilin F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2003;12:527-34.
14. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centres. *Ann Int Med*. 1986;104:410-8.
15. Baggs J, Phelps C, Johnson J. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung*. 1992;21:18-24.
16. Baggs J, Ryan S. ICU nurse-physician collaboration and nursing satisfaction. *Nurs Econ*. 1990;8:386-92.
17. Coombs M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19:125-35.