

"ICU mobility scale"- norsk versjon: et nyttig verktøy for å vurdere og dokumentere mobiliseringsnivået hos intensivpasienter

Ann-Marie Storsveen. Ledende spesialsykepleier fag, MNsc, Generell intensiv 1 RH Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus
Kontakt: astorsve@ous-hf.no

Helene Berntzen. Phd-student, MNsc, Fagutviklingssykepleier, PO/INT – avdelingen, Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus

Hilde Wøien. PhD, MNsc, Generell intensiv 1, RH, Akuttlinikken, Oslo universitetssykehus

Sammendrag

Introduksjon: Tidlig mobilisering av intensivpasienter har vist seg å ha gunstig effekt, blant annet redusert respiratortid, redusert varighet av delirium og forbedret muskelstyrke etter intensivoppholdet. Mobilisering av intensivpasienter er trygt, men er avhengig av forberedelser og kunnskap hos personale som gjennomfører prosedyren. Ved å bruke et validert mobiliseringsverktøy kan pasientens fysiske funksjonsnivå følges på en systematisk måte, og samtidig gi muligheter for å sammenligne egen praksis med andre gjennom forskning. ICU mobility scale er et skåringsverktøy som er enkelt å bruke for intensivsykepleiere i vurdering og dokumentasjon av intensivpasientens mobiliseringsgrad. Verktøyet krever begrenset opplæring før det kan tas i bruk og er kompatibel med elektronisk kurve. ICU mobility scale har vist seg å ha en høy grad av pålitelighet i vurdering av pasientens mobiliseringsgrad. Verktøyet kan med fordel benyttes til forordning av daglige mål for mobiliseringsnivå og dermed bidra til å gi behandlingsteamet et definert, felles mål.

Hensikt. Hensikten med denne artikkelen er å gjøre den norske versjonen av ICU mobility scale kjent og tilgjengelig for intensivsykepleiere i Norge.

Samtidig ønsker vi å vise prosessen med oversettelse av et verktøy til norsk ved hjelp av internasjonale retningslinjer.

Metode. Vitenskapelig oversettelse og kulturell tilpasning etter anerkjente retningslinjer.

Konklusjon. ICU mobility scale er et pålitelig verktøy som er enkelt å bruke for sykepleiere på intensivavdelinger. Verktøyet kan bidra til å vurdere og dokumentere pasientens evne til mobilisering på en systematisk måte og kan også brukes til å ordinere daglige mål for mobiliseringsnivå. ICU mobility scale brukes i stor grad internasjonalt, og bruken gir mulighet for å sammenligne seg med hvordan andre intensivavdelinger mobiliserer sine pasienter og vise effekten av dette. Vi anbefaler at den norske versjonen av ICU mobility scale blir implementert i norske intensivavdelinger.

Abstract

"ICU mobility scale" – the Norwegian version: a useful tool for assessing and documenting the level of mobilization in intensive care patients

Introduction. Early mobilization of intensive care patients has been shown to have beneficial effects, including reduced respiratory time, reduced duration of delirium and improved muscle strength after intensive care. Mobilization of intensive care patients is safe, but depends on the preparation and knowledge of staff performing the procedure. By using a validated mobilization tool, the patient's physical level of functioning can be systematically monitored, and at the same time opportunities to compare their own practice with others through research



are provided. The ICU mobility scale is a scoring tool that is easy to use for intensive care nurses in the assessment and documentation of the intensive care patient's degree of mobilization. The tool requires limited training before it can be used and it is compatible with the electronic chart. The ICU mobility scale has been found to have a high degree of reliability in assessing the patient's degree of mobilization. The tool can



Foto: Anne-Brit Mathiesen

advantageously be used for the regulation of daily goals for the mobilization level and thus help to give the treatment team a defined, common goal.

Purpose. The purpose of this article is to promote the Norwegian version of the ICU mobility scale and make it available to intensive care nurses in Norway. Furthermore, we aim to show the process of translating a tool

into Norwegian using international guidelines.

Method. Scientific translation and cultural adaptation according to recognized guidelines.

Conclusion. The ICU mobility scale is a reliable tool that is easy to use for nurses in intensive care units. The tool can help to assess and document

the patient's ability to mobilize in a systematic manner and can also be used to prescribe daily mobilization level. The ICU mobility scale is widely used internationally, and its use provides an opportunity to compare with how other intensive care units mobilize their patients and show the effect of this. We recommend that the Norwegian version of the ICU mobility scale is implemented in Norwegian intensive care units.

Introduksjon

Mobilisering av intensivpasienter har vist seg å bidra til å redusere varighet av delirium, tid på respirator og antall dager på intensiv, samt forbedre muskelstyrke og funksjonell uavhengighet etter intensivoppholdet (1, 2). Best resultat vises til når mobiliseringen påbegynnes i løpet av de første dagene av intensivoppholdet (3). De positive effektene av mobilisering har medført økt interesse for tidlig fysisk rehabilitering og mobilisering i intensivavdelinger (4, 5). I de nye kliniske retningslinjene til Devlin et al. (2018) anbefales det at mobiliseringen starter innen 72 timer etter innleggelse på intensiv (6). Per i dag mangler vi en klar definisjon av hva "tidlig mobilisering" innebærer. I en fersk systematisk oversiktsartikkel fastslås det at det er behov for mer forskning for å avgjøre det optimale tidspunktet for tidlig mobilisering av respiratorbehandlede intensivpasienter (7).

En annen systematisk oversikt viser til at tidlig mobilisering av intensivpasienter er trygt, med en forekomst av uønskede hendelser på mellom 0,6 og 2,6 % (8). Til tross for den relativt lave risikoen er det usikkerheten rundt mobilisering og risikoen for uønskede hendelser som ifølge Hodgson et al., (2018) utgjør den viktigste årsaken til at pasienter ikke blir mobilisert (9). Mobilisering av intensivpasienter krever derfor gode forberedelser, kunnskap om pasientens medisinske tilstand og tilrettelegging med tanke på respirator og annet medisinsk teknisk utstyr.

En tverrfaglig ekspertgruppe har utarbeidet sikkerhetskriterier knyttet til pasientens medisinske tilstand for å gi føringer for når det er trygt å mobilisere (10). Kriteriene er utarbeidet som et "trafikklys" der rødt lys betyr at pasienten ikke bør mobiliseres, gult lys indikerer en risiko som må avveies

Tabell 1. Trafikklys- sikkerhetskriterier for trygg mobilisering

	Pasienten bør ikke mobiliseres
	Indikerer en risiko som må avveies i forhold til de positive effektene av tidlig mobilisering
	Indikerer lav risiko for uønskede hendelser ved tidlig mobilisering

i forhold til de positive effektene tidlig mobilisering gir og grønt lys indikerer lav risiko for uønskede hendelser. For å vurdere hvor på trafikklyset pasienten befinner seg, gjøres vurderinger ut fra følgende; 1. Respiratoriske hensyn som intubasjonsstatus, ventilasjonsparametere og behovet for tilleggsbehandling, 2. Kardiovaskulære hensyn som arytmier, blodtrykk og behov for invasivt utstyr, 3. Nevrologiske hensyn som våkenhetsgrad, delirium, intrakranielt trykk, og 4. Andre hensyn som inkluderer medisinsk-teknisk utstyr og kirurgiske eller medisinske tilstander.

Implementering av "trafikklyset" sammen med tidlig mobilisering og skåringsverktøy har vist gode resultater i en nylig gjennomført intervensjonsstudie (11). I intervensjonsgruppen fikk helsepersonell opplæring i "trafikklyssystemet", og i utfylling av en «premobiliserings-sjekkliste». Skåringsverktøyet ICU mobility scale (12, 13) ble implementert og det ble satt av tid til å diskutere barrierer for innføring av tidlig mobilisering. Studiens resultater viste at pasientene i intervensjonsgruppen ble mobilisert til sittende på sengekant og ut av sengen tidligere enn pasientene i kontrollgruppen, og at helsepersonell opplevde protokollen som trygg. I en stor multinasjonal spørreundersøkelse

blant leger om mobilisering av intensivpasienter, svarte 80% at tidlig mobilisering ble forordnet, men kun 21% at de benyttet mobiliseringsskalaer for å vurdere og dokumentere mobiliseringsnivå (14). Å benytte et validert mobiliseringsverktøy kan bidra til at utviklingen av pasientens fysiske funksjonsnivå kan følges på en systematisk måte, noe som samtidig gjennom forskning kan gi mulighet for å sammenligne egen praksis med andre som bruker samme skala. Flere ulike mobiliseringskalaer finnes, men mange av skalaene benyttes først og fremst til å utrede pasientens fysiske funksjonsnivå og er primært tilpasset fysioterapeuter og ergoterapeuter (14).

ICU mobility scale er et skåringsverktøy som er enkelt å bruke for intensivsykepleiere i vurdering og dokumentasjon av intensivpasientens mobiliseringsgrad (15). Skalaen strekker seg fra 0 – 10, der 0 tilsvarer «ingen aktive bevegelser» (ligger i seng) og 10 tilsvarer «går selv uten bruk av hjelpemidler». Det kreves lite opplæring før skalaen kan tas i bruk og den er kompatibel med elektronisk kurve, for eksempel Metavision. En studie viser til at ICU mobility scale har en høy grad av pålitelighet i vurdering av pasientens mobiliseringsgrad (12). Verktøyet kan også med fordel benyttes til forordning

av daglige mål for mobiliseringsnivå og dermed gi teamet rundt pasienten et definert, felles behandlingsmål (15).

Å oversette et verktøy eller en skala fra et språk til et annet bør gjøres vitenskapelig. «The translation and cultural adaptations group» (TCA), ble etablert etter at man hadde identifisert en generell mangel på retningslinjer for hvordan pasientnære instrumenter ble oversatt. Fokus i retningslinjen som TCA - gruppen utarbeidet omfatter både oversettelse og kulturell tilpasning (16).

Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å gjøre den norske versjonen av ICU mobility scale kjent og tilgjengelig i Norge slik at flere intensivavdelinger kan implementere og benytte den i praksis, samt å øke fokus på tidlig mobilisering. En videre hensikt er å vise prosessen med oversettelse av et verktøy til norsk ved hjelp av en internasjonal retningslinje.

Metode for oversettelse

Den publiserte originalversjonen av ICU mobility scale (12, 13) ble oversatt til norsk etter retningslinjen utarbeidet av TCA gruppen (16). Retningslinjen består av ti trinn (se tabell 2).

Tabell 2. TCA gruppens ti- trinns retningslinje for oversettelse

1. Forberedelser
2. Oversettelse
3. Tilpassing
4. Tilbake - oversettelse
5. Gjennomgang
6. Harmonisering
7. Forståelse i forhold til bruk
8. Gjennomgang av funn og slutføring
9. Korrekturlesing
10. Sluttrapport

I første trinn innhentet vi tillatelse til å gjøre den norske oversettelsen fra Carol Hodgson som har utviklet ICU mobility scale, og som er rettighetshaver. Hodgson ga tillatelse under forutsetning av en tydelig referanse til originalartikkelen der ICU mobility scale ble publisert (12). I trinn to og tre ble verktøyet oversatt til norsk av tre engelskkynndige intensivsykepleiere (artikkelens forfattere) som alle har erfaring med oversettelse av vurderingsinstrumenter. Hver av intensivsykepleierne kom med uavhengige delutkast til en norsk versjon. Innholdet i de tre versjonene ble diskutert i felleskap med fokus på at oversettelsen skulle fange den begrepsmessige betydningen. Det var ønskelig å være så tro mot den engelske versjonen som mulig. Rettighetshaver ble kontaktet med spørsmål om oversettelse av begrepet "bridging" og vi fikk en god forklaring som resulterte i bruken av ordet «seteløft» i den norske oversettelsen. I trinn fire ble den norske versjonen oversatt tilbake til engelsk av en profesjonell oversetter med erfaring innenfor medisinske fag. I trinn fem og seks ble den engelske oversettelsen sammenlignet med den opprinnelige engelske versjonen av de tre norske oversetterne. Konklusjonen etter sammenligningen var at innholdet i den oversatte versjonen samsvarte godt med originalverktøyet. I trinn syv ble tilbake-oversettelsen av den norske versjonen av ICU mobility scale oversendt rettighetshaver for godkjenning. Hodgson hadde en kommentar vedrørende skår 5 i skalaen. I den profesjonelle tilbake-oversettelsen var ordet "haul" benyttet, som ifølge Hodgson viser til at noe blir passivt flyttet. I den norske oversettelsen står det "I stand til å ta et skritt eller slepe/dra føttene." Kommentaren ble dermed vurdert til å gjelde en feil i tilbake-oversettelsen fra norsk til engelsk (trinn fire), og krevde dermed ingen nye endringer ettersom ordet var rett benyttet i den norske versjonen. I trinn åtte ble den norske oversettelsen pilot-testet av tre

erfarne intensivsykepleiere ved to ulike intensivseksjoner og en fysioterapeut, alle ved Oslo universitetssykehus (OUS). Ingen av disse hadde vært involvert i oversettelsesprosessen. Sykepleierne i pilot-testen ble bedt om å fokusere på om den norske versjonen var forståelig og anvendbar i praksis. De stilte spørsmål ved hvorfor det å sitte på sengekant (aktivitet i seng) fikk høyere skår (skår 3) enn passiv forflytning til stol (skår 2). Spørsmålet ble videresendt til Carol Hodgson som svarte at inndelingen baserte seg på oppfatningen av at det uansett krever mer av pasienten å sitte på sengekanten enn passivt å bli flyttet til stol. Tilbakemeldingene for øvrig var positive, og det ble ikke uttrykt ønske om endringer. Korrekturlesing ble gjort i trinn ni, og i trinn ti oppfordres det i retningslinjen til at det gjøres rede for hvordan oversettelsesprosessen ble gjennomført, slik vi har beskrevet i denne artikkelen.

Figur 1 viser den norske versjonen av ICU mobility scale.

Norsk versjon av ICU Mobility Scale Hodgson C et al (2013) Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale, Heart & Lung 43 19e24		
Skår	Beskrivelse	
0	Ingen aktive bevegelser (ligger i sengen)	Blir passivt snudd eller passive øvelser blir utført av personalet, men beveger seg ikke aktivt selv.
1	Sitter i sengen, gjør øvelser i seng	Enhver form for aktivitet i seng, inkludert snuing, seteløft, aktive øvelser, ergometersykling og aktive assisterte øvelser. Beveger seg ikke ut av sengen eller til sengekant.
2	Forflyttes passivt til stol (står ikke)	Heis, løftes passivt eller forflyttes/skyves over i stol uten å stå eller sitte på sengekant.
3	Sitter på sengekant	Innebærer å sitte på sengekant med noe kontroll på overkroppen. Kan bli assistert av personalet.
4	Står	Holder seg oppreist med vekt på bena, med eller uten assistanse. Kan innebære bruk av hjelpemidler for å stå.
5	Forflytning fra seng til stol	I stand til å ta et skritt eller slepe/dra føttene fra stående stilling til stol (innebærer aktiv vektoverføring fra et ben til det andre for å forflytte seg til stol). Dersom pasienten er blitt plassert i stående stilling med bruk av et hjelpemiddel, må han ta et skritt eller slepe/dra føttene til stolen (gjelder ikke dersom pasienten trilles i en stående løfteanordning)
6	Går på stedet (ved sengen)	I stand til å gå på stedet ved å løfte føttene alternerende (må være i stand til å trå minst fire ganger, to ganger med hver fot), med eller uten assistanse
7	Går med assistanse av 2 eller flere personer	Går minst 5 meter fra sengen/stolen med assistanse fra 2 eller flere personer.
8	Går med assistanse av 1 person	Går minst 5 meter fra sengen/stolen med assistanse fra 1 person.
9	Går selv med bruk av hjelpemidler	Går minst 5 meter fra sengen/stolen med hjelpemiddel, men uten assistanse fra andre personer. For personer som har behov for rullestol innebærer dette aktivitetsnivået å kjøre rullestolen selv 5 meter fra sengen/ stolen
10	Går selv uten bruk av hjelpemidler	Går minst 5 meter fra sengen uten hjelpemiddel eller assistanse fra andre.

Norsk oversettelse juni 2018 ved, A-M Storsveen, intensivsykepleier, MN, Helene Berntzen, intensivsykepleier, doktorgradstudent, H.Wøien intensivsykepleier, PhD, Postoperativ/intensivavdelingen, Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus. Godkjent av Carol Hodgson

Resultat av oversettelsen

Figur 1 viser den norske versjonen av ICU mobility scale.

Konklusjon

ICU mobility scale er et pålitelig verktøy som er enkel å bruke for sykepleiere på intensivavdelinger. Verktøyet kan bidra til vurdering og dokumentasjon av pasientens evne til mobilisering på en systematisk måte og kan også brukes til å ordinere daglig mål for mobiliseringsnivå. Implementering av mobiliseringverktøyet kan også bidra til et økt fokus på tidlig mobilisering, i tråd med internasjonale anbefalinger som igjen kommer våre intensivpasienter til gode. ICU mobility scale brukes i stor grad internasjonalt, og det gjør det interessant med tanke på fremtidig forskning og muligheten for å sammenligne seg med hvordan andre intensivavdelinger mobiliserer sine pasienter, samt effekten av dette. Vi anbefaler at den norske versjonen av ICU mobility scale blir implementert på alle norske intensivavdelinger.

Referanser

1. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;373(9678):1874-82.
2. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019;14(10):e0223185-e.
3. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Int Care Med* 2017;43(2):171-83.
4. Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Int Care Med* 2016;42(5):725-38.
5. Latronico N, Herridge M, Hopkins RO, Angus D, Hart N, Hermans G, et al. The ICM research agenda on intensive care unit-acquired weakness. *Int Care Med* 2017;43(9):1270-81.
6. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* 2018;46(9):e825-e73.
7. Clarissa C, Salisbury L, Rodgers S, Kean S. Early mobilisation in mechanically ventilated patients: a systematic integrative review of definitions and activities. *J Int Care* 2019;7:3.
8. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. Systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14(5):766-77.
9. Hodgson CL, Capell E, Tipping CJ. Early mobilization of patients in intensive care: organization, communication and safety factors that influence translation into clinical practice. *Crit Care* 2018;22 (1):77.
10. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care* 2014;18(6):658-.
11. Nydahl P, Günther U, Diers A, Hesse S, Kerschensteiner C, Klarman S, et al. PROtocol-based MObilizaTION on intensive care units: stepped-wedge, cluster-randomized pilot study (Pro-Motion). *Nurs Crit Care* 2019. Doi:10.1111/nicc.12438.
12. Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. *Heart Lung* 2014;43(1):19-24.
13. Hodgson CL, Berney S, Haines K, Harrold M, Young P, Buhr H, et al. Development of a mobility scale for use in a multicentre Australia and New Zealand: Trial of early activity and mobilisation in ICU. *Am J Resp Crit Care Med* 2013;187:3123.
14. Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JIF, Amare D, et al. World-wide survey of the "assessing pain, both spontaneous awakening and breathing trials, choice of drugs, delirium monitoring/management, early exercise/mobility, and family empowerment" (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med* 2017;45(11):e1111-e22.
15. Parry SM, Nydahl P, Needham DM. Implementing early physical rehabilitation and mobilisation in the ICU: institutional, clinician, and patient considerations. *Intensive Care Med* 2018;44(4):470-3.
16. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 2005;8(2):94-104.