

# En intensiv dag: Fysioterapi for de aller sykeste

Ingen dag er lik for intensivfysioterapeuten. Pasientene er svært syke og kan ofte ikke uttrykke seg. Fysioterapeut Marit Follesund Viravong synes hun har verdens mest spennende jobb.

TEKST og FOTO Heidi Johnsen, hj@fysio.no



**FORDELING** Spesialfysioterapeutene Maret Tomm og Marit Follesund Viravong går gjennom listene og fordeler pasientene.

**FYSIOTERAPEUTEN** fulgte Marit Follesund Viravong en hel arbeidsdag i oktober. Viravong er spesialfysioterapeut i intensiv fysioterapi ved Medisinsk Klinikk, Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Hun er også deltids masterstudent ved Høgskolen i Bergen. Ved Medisinsk klinikk er det rundt 34 fysioterapeuter og et av arbeidsfeltene er intensiv- og akuttmedisin. Viravong jobber turnus. Det betyr blant annet at hun jobber hver 6. helg og har kveldsvakter. Avdelingen har alltid fire studenter og to turnuskandidater.

Dagen starter med avdelingsmøte fra klokken åtte til ni, ledet av sjefsfysioterapeut

Merete Brandt. Her tar man opp ulike administrative og faglige utfordringer. Hver torsdag morgen er satt av til fagmøter som kan være gjennomgang av en relevant vitenskapelig artikkel som alle skal lese på forhånd.

– På møtet går vi gjennom artikkelen, diskuterer og stiller spørsmål. Forsker Birgitta Blakstad Nilsson leder denne sekvansen.

– Vi går gjennom sjekkliste som Kunnskapssenteret har satt opp. Ett av spørsmålene er om det artikkelen tar opp fører til at vi endrer klinisk praksis. For meg er dette viktig læring og påfyll av kunnskap, sier Viravong.

– Vi har forresten Norges beste medisinske bibliotek her, så det er ingen grunn til å gå rundt og ikke være faglig oppdatert. Hver fredag har vi tverrfaglige møter hvor ulike temaer innenfor feltet blir presentert og diskutert, legger hun til.

Etter møtet diskuterer Viravong og spesialfysioterapeut Maret Tomm fordeling av pasienter. Her får de også informasjon om nye pasienter og pasienter en av dem ikke har hatt tidligere. Deretter går Viravong inn og sjekker journalene til de pasientene hun har ansvaret for. Hun er spesielt opptatt av dagens blodprøver (eksempelvis hemoglobin og CRP), billeddiagnostiske svar (røntgen thorax, CT, med mer).

### Svært dårlige

Pasientene hun skal behandle er svært dårlige. Mange ligger i respirator. Å få tilgang til journaler og røntgenbilder har ikke alltid vært naturlig for fysioterapeutene. Viravong forteller at det i sin tid var en kamp om tilgang.

– Journalen er et viktig verktøy for fysioterapeutene. Den gir informasjon om pasientens tilstand og hvilken behandling de trenger. Jeg sjekker alltid blodgasser, fordi jeg må vite om pasienten har en respiratorisk eller metabolsk alkalose eller acidose, om pasienten er hypoxisk eller retinerer CO<sub>2</sub>. Det er viktig at jeg vet hvorfor en pasient kompenserer ved å puste ut carbondioksyd. En pasient som har økende carbondioksyd vil etter hvert få lav pH-verdi. Da kan jeg påvirke respirasjonen med min behandling, slik at den øker. Jeg må vite hvorfor pasienten holder igjen, sier hun.

Viravong sjekker også CRP (blodprøve), et inflammasjonsparameter som forteller om pasienten har inflammasjon i kroppen, noe som ofte tilsier infeksjon. Hun sjekker røntgen thorax i forhold til hjerte- og lungefysioterapi.

På vei til avdelingen forteller Viravong at hun underviser alle nyansatte, turnuskandidater og studenter i bruk av stetoskop for å



**MOBILISERINGSSTOL** Fysioterapeuten viser fram et viktig hjelpemiddel i tidlig rehabilitering.



**UTNYTTER TIDEN** Mens Viravong venter på assistanse mobiliserer hun pasientens anklr.

lytte på pasientens pust. Selv har hun stetoskopet med seg hele dagen og bruker det mye.

Hun påpeker også at det er viktig å lese om pasienten i journalen. Selv sjekker hun blant annet hva slags yrke pasienten har og bruker det i samtalen der det passer inn.

– Jeg tror det gir bedre kontakt mellom pasient og terapeut. Det er viktig å få pasienten til å samarbeide. Svært ofte er det vi fysioterapeuter som er kontinuiteten for pasientene. Sykepleierne skifter ofte. Vi har et annet fokus og er opptatt av funksjon og det pasienten kan klare selv.

### Klar for runden

**(09.30)** Så er vi klare for å starte behandlingsrunden, og Fysioterapeutens utsendte har skiftet til hvitt antrekk. Vi går inn på intensivavdelingen hvor fysioterapeuten skal avtale tid. Hun forklarer at avtalt tid ikke alltid holder. Med så syke pasienter skjer det så mye at annen livsviktig behandling kan komme foran. Fysioterapeuten kan ikke ta bilder som viser pasientenes ansikt. De er

for syke til å kunne gi samtykke til fotografering, men vi får informasjon om diagnosen.

På veien viser viser Viravong stolt fram mobiliseringsstolen hun fikk kjøpt inn til avdelingen. Den bruker hun på pasienter som er veldig syke og som vil ha problemer med å sitte på sengekanten eller stå oppreist, og den brukes også som et ledd i tidlig rehabilitering.

Viravong gjør avtale med intensivsykepleier Hilde Bjonner om tidspunkt for behandling av pasienten. Hun får ny informasjon om pasienten, som har ligget i respirator, men som nå er fjernet. 11.30 kan vi komme tilbake. En annen intensivsykepleier stopper Viravong og sjekker om fysioterapiavdelingen har fått rekvisisjon på en ny pasient. Det har ikke avdelingen. Pasienten trenger både PEF-måling og mobilisering. Bestillingen blir rekvirert.

### Komplisert sykehistorie

**(10.30)** Neste pasient er en svært syk kvinne

som ligger i respirator. Hun har ligget lenge på sykehuset med lang og komplisert sykehistorie. Kvinnen er koblet til flere apparater som forteller personalet om tilstanden. Pasienten skal for første gang mobiliseres oppe, og dette er et tilfelle der Viravong bruker mobiliseringsstolen. Pasienten er ved bevissthet, og Viravong snakker til henne før de starter prosessen med å få henne opp i stolen. Hun er engstelig, men Viravong trøster og beroliger og sier at det skal gå bra, og at behandlingen vil gjøre godt. Viravong får hjelp av intensivsykepleier Peter Larsson til å få pasienten over i stolen. Mens hun venter på ytterlig assistanse, lytter Viravong på pasientens hjerte og lunger. Hun informerer Larsson om at pasienten er litt pipete i brystet. Fysioterapeuten utnytter tiden og mobiliserer pasientens anklr.

Pasienten gir tydelig uttrykk for at hun er redd og vil ikke opp i stolen. Marit roer henne og sier hun skjønner frykten, men forklarer at dette er viktig.

– Du er tøff, sier Viravong. Hun trøster



**SAMARBEID** Intensivsykepleierne Peter Larsson og Hilde Albinussen hjelper til for å få pasienten over i mobiliseringsstolen.

og sier dette er et tegn på at hun blir bedre.

– Nå er du over i intensivstolen, og så tar vi den gradvis opp til du er i sittende stilling. Er det noe som er vondt? Har du smerter i brystet?

Pasienten signaliserer nei.

Intensivsykepleier bruker sugemaskinen for å fjerne slim fra lungene. Pasienten signaliserer at det gjør vondt og Viravong spør om smertene er i mage eller i brystkassen. Viravong sier til intensivsykepleieren at det kan være lurt med litt smertestillende. Det får pasienten. Fysioterapeuten mobiliserer armen og pasienten får beskjed om å ta noen dype pust, samtidig som både fysioterapeut og intensivsykepleier sjekker instrumentene. Viravong sjekker pusten igjen og forteller pasienten at hun har vært oppe i stolen i en halvtime.

– Dette er en stor prestasjon, og nå skal du få komme tilbake til sengen.

## **Forgiftning**

Vi er tilbake til første pasient med diagnose

intox (forgiftning). Pasienten skal mobiliseres opp og få opp slim. Viravong har behandlet pasienten mens hun lå i respirator. Det skal foretas en nevrologisk vurdering for å sjekke om pasienten har cerebrale affeksjoner, som kan oppstå ved denne type forgiftning.

– Pasienten har stigende nyreprøver og får intermitterende dialyse. Jeg må sjekke blodtrykket. MAP (gjennomsnittlig arteriestrykk) bør ligge over 60-65 mmHg. Dette er det viktig å følge med på under mobilisering opp, sier Viravong til Fysioterapeuten.

Hun tar støttestrømper på pasienten før hun starter mobiliseringen, og forklarer at det gjør sjansen for blodtrykksfall litt mindre. Så sjekker hun røntgen av lungene, som viser sløring basalt.

– Da er det viktig at fysioterapeuten kommer inn. De fleste som ligger på respirator får dårlig utlufting dorsalt og basalt (nederst, bakt i lungene).

Fysioterapeuten må vente for å slippe til igjen. Men litt venting må man regne med

når man jobber med intensivpasienter. Pasienten skal opp å sitte på sengekanten og Viravong får hjelp av intensivsykepleier Hilde Bjonnes. Viravong forklarer pasienten hva de skal gjøre og spør om hun klarer å holde balansen? Bjonnes trer støttende til. Pasienten får beskjed om å hoste. Deretter lytter Viravong på pusten. Hun banker lett på ryggen og ber pasienten hoste igjen. Så ber hun pasienten prøve å strekke opp i ryggen, mens fysioterapeuten strekker og tøyer forsiktig på ryggen. Pasienten får beskjed om å hoste for å få opp slimet. Deretter snakker hun rolig med pasienten før hun går videre.

## **Lunsj og møte**

Behandlingen av neste pasient må utsettes, fordi det pågår annen behandling, og neste stopp blir derfor lunsj med kolleger.

**(12.30)** Deretter har Viravong et møte med sjefffysioterapeut Merete Brandt. Hun skal presentere et spørreskjema som skal besvares av alle intensivfysioterapeuter ved Oslo



**SJEKKER** Fysioterapeuten mobiliserer armen, mens intensivsykepleierne Peter Larsson og Hilde Albinussen snakker beroligende til pasienten.

Universitetssykehus. Spørreskjemaet skal kartlegge kompetanse innen intensivfysioterapi. Diskusjonen dreier seg blant annet om skjemaet skal besvares anonymt og hvordan det skal brukes i ettertid. Siden flere avdelinger skal delta, besluttes det at skjemaet skal besvares anonymt.

Viravong må ta noen telefoner til forbindelser for pasienter som skal overflyttes til andre sykehus. Det tar litt tid, for det er ikke alltid lett å få tak i den ansvarlige.

### Til observasjonsposten

**(13.30)** Her ligger blant annet pasienter som er flyttet over fra intensivavdeling. Viravong gjør en lungesjekk på pasienten og hører at det er slim i luftveiene. Hun bestemmer seg for at pasienten skal bruke PEP (mini-PEP/System 22) for å få effektivisert slimmobiliseringen. Her må fysioterapeuten ta et avbrudd. Pasienten må på toalettet. Andre overtar.

Tilbake igjen blåser pasienten i PEP-hjelpemiddelet. Viravong lytter bak på ryg-



**MØTETID** Mellom behandlingene blir det tid til et møte med sjeffysioterapeut Merete Brandt (th).

gen og hører at slimet sitter litt langt opp i luftveiene. Fysioterapeuten får pasienten til å hoste godt og får opp slimet. Pasienten må ta en runde til med PEP, åtte utblåsing som gjentas tre ganger. Deretter hosting. Vi-

ravong forklarer pasienten at slimet må opp for å hindre infeksjon i lungene. I mellomtiden har middagen kommet litt forsinket. Viravong hjelper pasienten med å skjære opp maten i biter, slik at det blir lettere for



**PEP-MÅLING** Pasienten blåser i PEP-måleren, mens Viravong trykker lett under brystet.

henne å spise.

– Hun burde sittet oppe og spist, men det var ingen stol der. Slik blir det når hverdagen er hektisk med mange pasienter som trenger bistand, sier hun da vi går ut.

## Multiorgansvikt

**(14.00)** Neste pasient er en mann med multiorgansvikt. Det startet med en lungebetennelse. Nå ligger han i respirator og må ha di-

alyse. Han får mye sedering, men er allikevel våken og fysioterapeuten prater og forklarer hva hun skal gjøre. Han har vært på CT tidligere på dagen og fysioterapeuten skulle gjerne hatt resultatet av denne for å vurdere hva hun skal og kan gjøre. Hun har gitt pasienten lungefysioterapi tidligere, men så ble han dårligere. Viravong lytter bak på ryggen og sier det høres ut som det er mye slim i lungene.



**ØKER LUNGEVOLUM** Disse to bildene viser at lungevolumet og ventilasjon øker ved manuelle teknikker. Bildet øverst er før og bildet under er etter at Viravong utfører manuelle teknikker over thorax for å flytte på slimet.

Viravong sjekker apparatene som måler pusten og sier oksygeneringen og ventilasjonen varierer ut fra hvilken stilling pasienten ligger i. PCO<sub>2</sub> er bra. Hun jobber og bruker manuelle teknikker over thorax for å flytte på slimet.

– Ved å jobbe slik, får jeg pasienten til å puste dypere. Om jeg klarer det, kan vi lese på skjermen, sier hun og viser oss. Tallene på skjermen viser tydelig forskjell på når hun mobiliserer og ikke mobiliserer (se bilder).

Hun holder også et øye med skjermen som viser blodtrykk og puls for å se om det er stigning eller fall. Pasienten har normal PCO<sub>2</sub>. Hadde dette vært høyt, kunne det vært en fordel å jobbe for å øke ventilasjonen og derved utlufting av CO<sub>2</sub>.

– Nå prøver jeg å få variert ventilasjonen litt og flyttet på slimet. Pasienten er ikke i stand til å få dette opp ved egen hjelp. Det må suges opp, sier hun.

En intensivlege kommer innom og Viravong spør om resultater fra CT. De er ikke klare.



**OPPSUMMERING** En arbeidsdag nærmer seg slutten, men først må Marit Follesund Viravong journalføre status og behandling av pasientene.

### Dagens siste behandling

**(14.35)** Dagens siste pasient er kvinne, rusmisbruker og diabetiker. Pasienten har smerter i venstre flanke, mulig lungebetenget. Kvinnen har falt, men kan ikke forklare noe av hendelsesforløpet. Viravong prater med pasienten og ber henne peke på hvor hun har vondt. Pasienten gir uttrykk for smerte når fysioterapeuten tar bak på ryggen. Hun vil ha pasienten høyere opp i sengen og ber henne bøye beina slik at det blir lettere å komme opp. Det gjør vondt når hun prøver å bevege seg oppover i sengen. Viravong forklarer at det er lurt å sitte litt høyt med overkroppen. Det gir bedre pust. Hun lytter på lungene og ber pasienten trekke pusten dypt inn. Det gjør vondt. Pasienten får beskjed om å trekke beina opp og rugge dem fra side til side. Fysioterapeuten ber også pasienten om å hoste for å få opp slimet, men pasienten sier hun ikke orker fordi det gjør vondt. Fysioterapeuten forklarer at det er lurt å få det opp, ellers kan det fort bli infeksjon. Hun får pasienten til å blåse i

PEP-hjelpemiddelet og sier hun skal blåse i den hver time, 12 blåsinger og gjenta tre ganger. Deretter småprater fysioterapeuten med pasienten, spør blant annet hvor hun kommer fra. Hun har nemlig registrert noen ord som ikke stammer fra Oslo. Det stemmer. Pasienten sier hun føler seg litt «susete» i hodet. Viravong måler blodtrykket. Det er normalt. Før hun forlater pasienten, lover hun å komme tilbake dagen etter.

– Da skal du prøve å komme opp av sen- ga. Det er ikke bra å bli liggende for lenge, sier Marit Follesund Viravong.

Pasientbehandlingen er over. Klokken nærmer seg 15. Journalskrivingen gjenstår. Hver pasients status og fysioterapibehandling dokumenteres. Ingen arbeidsdag er lik. Sist hun jobbet helgevakt hadde hun ni pasienter til behandling søndagen. Men i helgene er det bare to fysioterapeuter på vakt. ■

### Medisinsk klinikk, Ullevål

■ Medisinsk klinikk har noen av landets største avdelinger innen det indremedisinske fagområdet. Klinikken har til sammen 13 avdelinger på Aker sykehus, Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Klinikken har både regionale, flerområde og lokalsykehusoppgaver.

Medisinsk klinikk tar hånd om store pasientgrupper med vanlige lidelser, eksempelvis hjerneslag, diabetes, fødelsesykdommer, hjerte-, lunge- og nyresykdommer.

Pasientene har ofte komplekse problemstillinger og diagnoser som krever utredning og behandling. I tillegg har klinikken både regionale og nasjonale oppgaver innen blant annet katastrofeberedskap og høyrisikosmitte.

Kilde: OUS