

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2011:100

Finns det evidensbaserade kliniska riktlinjer för
omvårdnaden av den drogpåverkade patienten?
En explorativ studie över Sveriges sjukhusbundna akutmottagningar

Karin Nilsson
Emelie Sundqvist Lemessova



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Finns det evidensbaserade kliniska riktlinjer för omvårdnaden av den drogpåverkade patienten? En explorativ studie över Sveriges sjukhusbundna akutmottagningar
Författare:	Karin Nilsson och Emelie Sundqvist Lemessova
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Magisterprogrammet i vårdvetenskap med inriktning mot akutsjukvård
Handledare:	Henrik Andersson
Examinator:	Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

Evidensbaserade riktlinjer är en del i vårdkontexten vilka tillsammans med strukturer inom utbildning, ekonomi och ledarskap finns för att stärka sjuksköterskans omvårdnadsutförande och patientens möjlighet att få god vård. Patientgruppen som vårdas på akutmottagningen till följd av drogpåverkan har ett komplext vårdbehov vilket förutsätter ett kunskapsbaserat och professionellt omhändertagande. Kompetensen vad gäller vården till dessa individer är dock bristfällig och patientgruppen möts ofta av stigmatiserande attityder från vårdpersonal. Behovet av evidensbaserade riktlinjer för att säkerställa vårdkvaliteten till denna patientgrupp är därför påtaglig. Syftet med studien är att kartlägga förekomsten av kliniska omvårdnadsriktlinjer specifika för patienter som söker vård till följd av drogpåverkan, samt bedöma dess evidensgrad. Studien utfördes enligt kvantitativ metod med explorativ ansats. En postenkät med 15 frågor utskickades till de (N = 72) svenska sjukhusbundna akutmottagningarna, och svarsfrekvensen uppgick till 62,5%. Studieresultatet redovisades med hjälp av deskriptiv statistik och förekommande riktlinjer evidensgranskades utifrån AGREE II. Resultatet visade att fem av de sjukhusbundna akutmottagningarna svarade att de hade riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter. AGREE II evidensgranskning av dessa riktlinjer visade på likartade låga resultatpoäng, där det lägsta poängresultatet återfanns i domänen Stringens i framställningen, det vill säga avseende riktlinjernas kunskapsbaserings. Resultatet av den slutgiltiga sammanställningen av evidensbedömningen tydliggjorde att ingen av riktlinjerna kunde rekommenderas som stöd för patientkategorins omvårdnad.

Nyckelord: *Drogpåverkad patient, Riktlinje, Akutmottagning, Evidensbaserad omvårdnad, God vård, Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II (AGREE II).*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
God vård och patientsäkerhet	5
Sjuksköterskans kompetens och ansvarsområde	6
Omvårdnad för att förhindra vårdlidande	7
Evidensbaserad kunskap	9
Vårdkontext och vetenskapligt arbete i klinisk praxis	11
Epidemiologi	12
Komplext omhändertagande	13
Möten mellan vårdare och drogpåverkade patienter	15
Omvårdnadsriktlinjer	17
Begreppsdefinitioner	17
Drogpåverkad patient	17
Riktlinje	18
PROBLEMFÖRMULERING	18
SYFTE	19
METOD	19
Urval	19
Datainsamling	20
Instrument	22
Enkät	22
AGREE II	22
Analys	24
Forskningsetik	25
RESULTAT Enkät	25
Deltagare	25
Personalens kompetens	26
Arbetsmodell	27
Omvårdnadsriktlinjer	28
Prevalens drogpåverkade patienter	28
Riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter	29
Presentation av riktlinjerna	30
Granskning med AGREE II	31
Mål och syfte	33
Berörda intressenters delaktighet	34
Tillämpbarhet	37
Redaktionell självständighet	38
DISKUSSION	39
Metoddiskussion	39
Ansats	39
Datainsamling	39
Analys	40
Resultatdiskussion	42
Förekomst av kliniska omvårdnadsriktlinjer för drogpåverkade patienter	42

AGREE-bedömning _____	44
Vårdkontext och tillämpning av evidensbaserad kunskap _____	46
Arbetsituationen på en akutmottagning _____	50
Konklusion _____	51
<i>REFERENSER</i> _____	52
Bilaga 1 Missivbrev _____	67
Bilaga 2 Frågeformulär _____	68
Bilaga 3 Påminnelsebrev _____	69

INLEDNING

Dagligen vårdas en betydande andel patienter på svenska och internationella akutmottagningarna som sökt eller förts till sjukhus till följd av drogpåverkan (Kelleher, 2007; Indig, Copeland, Conigrave & Rotenko, 2009; SOU 2011:6). Vården av personer som använder droger har nyligen kartlagts och analyserats i en nationell missbruksutredning (SOU 2011:6), vilken i likhet med internationell forskning tyder på att vården av denna patientkategori präglas av stigmatiserande attityder, bristande kunskap och därtill föråldrade arbetsmetoder varför utformning av riktlinjer för omhändertagande och bemötande av dessa patienter föreslagits (Kelleher, 2007; Peckover & Chidlaw, 2007; Ford, Bammer & Becker, 2008; Ford, Bammer & Becker, 2009).

Utifrån ekonomiska verksamhetsmål för hälso- och sjukvård, inte minst vad beträffar akutverksamhet, eftersträvas idag en effektivisering av vårdens tillgängliga resurser för att patientens vårdtid skall bli kort, produktiv och ändamålsenlig (Rycroft-Malone, 2004). Kliniska evidensbaserade riktlinjer är grundläggande redskap för att säkerställa vårdkvaliteten för den enskilda patienten, så att dennes vårdbehov blir tillgodosett och att omhändertagandet utförs i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999; Burgers, Grol, Klazinga, Mäkelä & Zaat, 2003; Grol & Grimshaw, 2003).

Utifrån målsättningen att, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), tillhandahålla en god vård till samtliga patientkategorier ställs således frågan huruvida det idag förekommer evidensbaserade kliniska riktlinjer på de svenska sjukhusbundna akutmottagningarna till stöd för akutsjuksköterskans omvårdnad av drogpåverkade patienter.

BAKGRUND

Allmänhetens syn på personer som använder droger och inriktningen för vården av dessa har historiskt sett främst relaterats till rådande politisk ideologi och socioekonomiska strukturer i samhället; med konsekvensen att missbruksvården och dess arbetsmetoder inte utvecklats i hälsovetenskaplig regi och inte heller lämnats att växa fram utifrån vetenskapligt förankrad

kunskap (Oscarsson, 2011). Under våren 2011 publicerades en av regeringen initierad utredning (SOU 2011:6) av svensk missbruks- och beroendevård, från vilken åtgärdsförslag ämnas ligga till grund för framtida beslutsfattande kring vårdens utförande.

Missbruksutredningen betonar framför allt den drogpåverkade patientens rätt till god evidensbaserad vård. Rådande vårdinriktning under 1900-talet, med fokusering främst vid socialt och moraliskt uppfostrande metoder, anses idag förlegad och bör enligt utredningen istället ersättas av ett omhändertagandeperspektiv utifrån forskningsförankrade metoder, med ambition om en kunskapskompetent vård som utgår från den enskildes behov (ibid).

I utredningens slutbetänkande (SOU 2011:35) föreslås bland annat tidiga insatser för att upptäcka risk- och missbruk av droger till förmån för att kunna sätta in preventiva åtgärder, samt att vårdpersonal redan i sin grundutbildning skall få en bättre kunskap och kompetens för att stärka vårdkvaliteten till drogpåverkade patienter. Det efterfrågas också en tydligare ansvarsfördelning mellan kommun och landsting för möjlighet till lika vård i hela Sverige samt att de insatser som sätts in skall utgå från ett modernt synsätt där drogbruk ses som ett sjukdomstillstånd och inte som ett socialt problem (ibid).

Beträffande intoxicationstillstånd av akut art framhävs också behovet av omvårdnad och medicinsk övervakning för tillgodosedd patientsäkerhet, med rekommendation att dessa patienter i första hand skall omhändertas och vårdas i regin av medicinskt kunnig personal samt att tillnyktring ej skall åligga andra myndigheter såsom polisväsendet (SOU 2011:6; SOU 2011:35).

God vård och patientsäkerhet

Att tillhandahålla god individuell vård är enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763) målsättningen med verksamheten inom hälso- och sjukvården. Med god vård menas enligt Socialstyrelsen (2006) en vård som är baserad på kunskap och klinisk erfarenhet vilken vilar på en vetenskaplig och beprövad erfarenhetsgrund. Vården skall vara säker, effektiv, jämlik, kunskapsbaserad, ändamålsenlig och patientfokuserad. God vård innebär även att den tillhandahålls under så effektiva former som möjligt, att den utförs inom en acceptabel tidsperiod, samt att personal, utrustning och lokaler som är nödvändiga för vården finns tillgängliga (ibid). Inom akutvårdsverksamheterna är det angeläget att vården som tillhandahålls samtliga patienter präglas av såväl medicinsk kompetens som holistisk

omvårdnad (Nyström, 2003). Patienterna ska under en kort avgränsad tid erhålla omsorg och medicinska åtgärder, och vårdarna ska under de få och intensiva timmarna på akutmottagningen tillgodose att individen känner sig väl bemött och bekräftad. För merparten av patienterna utgör akutmottagningen det första mötet med vården, därmed vårdapparatens ansikte utåt. För patienten kan också tiden på akutmottagningen vara individens första erfarenhet av sjukdom, hjälplöshet och lidande (ibid). Varje individs vårdbehov skall bekräftas och så långt det är möjligt skall vården utföras ur ett rättighetsperspektiv om lika vård till alla (Socialstyrelsen, 2006).

Vårdarbetet skall också utföras på ett sådant sätt att patienten inte skadas eller utsätts för risk att skadas (Socialstyrelsen, 2006). Patienten har rätt att känna sig trygg med sin vård, och medarbetarna inom vård och omsorg måste kunna verka inom en organisation där en säker vård kan tillhandahållas (ibid). Genom den nya Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har vårdgivaren en lagstadgad skyldighet att bedriva förebyggande arbete i syfte att förhindra vårdskador. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet ska tillgodose att ordning och rutiner skapas för att eliminera risker och möjligheter för medarbetarna att begå misstag (Socialstyrelsen, 2006). Organisationens system måste också kontinuerligt förbättras och utvärderas för att tillgodose att verksamheten leds ändamålsenligt utifrån dess uppställda mål. För att tillgodose att vården utförs med tillräcklig kunskap och tillförlitliga metoder skall således ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete med kvalitetsutveckling bedrivas inom verksamheten (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2004; Socialstyrelsen, 2006). Efterfrågan på implementering av evidensbaserad kunskap i den vardagliga vården är ett led i att efterfölja riktlinjerna i HSL (SFS 1982:763) om utveckling av vården. En grundförutsättning för god individuell patientvård är att omvårdnaden är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet (SSF, 2004).

Sjuksköterskans kompetens och ansvarsområde

Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod är sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att främja hälsa och förebygga sjukdom, samt att återställa hälsa och lindra lidande (SSF, 2008a). Sjuksköterskan bär också ansvar för att kritiskt reflektera över de befintliga rutiner och arbetsmetoder som tillämpas, tillgodogöra sig och analysera ny kunskap, ta initiativ till införande av nya arbetssätt och verka för att omvårdnaden utförs och utvecklas i överensstämmelse med gällande vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005).

Vidare har sjuksköterskan också ett dokumentationsansvar för omvårdnaden och en skyldighet att kontinuerligt planera och utvärdera riskbedömning, diagnostik, måluppföljning samt genomförandet av åtgärder (ibid).

Omvårdnaden skall utgå från ett etiskt förhållningssätt och sjuksköterskan ska möta patienter och deras närstående med empati och kunskap samt tillhandahålla en personcentrerad vård, där personen blir sedd utifrån sina individuella behov (SSF, 2010). Omhändertagandet ska syfta till att bevara integritet och värdighet, tillvarata personens resurser samt bekräfta individens livsvärld. Bemötandet vårdtagaren får är avgörande för hur denne upplever vårdinsatserna. Det hör därför till sjuksköterskans ansvar att etablera en god vårdrelation till patienten och dennes anhöriga, vilken karaktäriseras av ett professionellt engagemang oavsett vårdtidens längd (ibid).

I kompetensbeskrivningen för akutsjuksköterskan (Riksföreningen för akutsjuksköterskor [SENA], 2010) inkluderas också ett ansvar för att identifiera patienternas omedelbara vårdbehov och tillgodose att de åtgärder och specifika insatser som behövs sätts in. Akutsjuksköterskan ansvarar också för att omhändertagandet bedrivs enligt systematisk standard samt att ge ”avancerad omvårdnad baserad på evidens och bästa praxis oavsett allvarlighetsgrad till den akut sjuka patienten på ett professionellt sätt” (SENA, 2010, s. 7).

Omvårdnad för att förhindra vårdlidande

Sedan Socialstyrelsens allmänna råd om Omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) upphävts saknas idag en väletablerad definition av omvårdnadsbegreppet. I denna studie avser författarna tillämpa begreppet främst för den vårdverksamhet som sjuksköterskan bär huvudansvar för (om än även andra yrkesgrupper kan komma att delta i och utföra detta arbete). Det vill säga de handlingar som utförs på personnivå för att tillgodose individens fysiska och psykiska behov, i syfte att lindra lidande och leda till välmående samt en upplevd hälsa hos patienten, utöver medicinska och farmakologiska åtgärder (SSF, 2009a). Författarna härleder här även den definition som tillämpades i Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad i hälso- och sjukvården att ”*syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död*” (SOSFS 1993:17, s. 17).

Hälsobegreppet omfattar således inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning, utan ett integrerat tillstånd av hela patientens fysiska, psykiska och sociala sundhet, friskhet och välbefinnande (Wiklund, 2003; Wiklund, 2008). Referensvärde för hälsa är föränderligt och ligger således i patientens egen upplevelse, oberoende av samhällets eller vetenskapens bedömning av tillståndet (Wiklund, 2003).

För att akutsjuksköterskan på bästa sätt skall identifiera den akut sjuke patienten och eventuella anhörigas omvårdnadsbehov är det betydelsefullt att mötet genomsyras av förtroende, respekt och acceptans (Pytel, Fielden, Meyer & Albert, 2009). Sjuksköterskan måste ha goda färdigheter i kommunikation, bemötande och informationsteknik för att i varje enskilt fall kunna individanpassa omvårdnaden (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). I resultatet från Pytel et al (2009) enkätstudie framhölls sjuksköterskans kommunikativa förmåga också som avgörande för hur väl patientens omvårdnadsbehov tillgodoses. De tillfrågade patienterna i studien tyckte främst att det var av vikt att bli informerad av sjuksköterskan om testresultat och behandlingar, att sjuksköterskan besvarade deras frågor, att sjuksköterskan brydde sig om patientens oro, att sjuksköterskan visade dem respekt samt att sjuksköterskan visade genuin oro och medkänsla (ibid). Enligt Nyström (2003) utgör patientens grundläggande behov av att känna sig trygg i vården en grundsten för att lyckas med att involvera patienten i vården. Det är viktigt att patienten förstår och känner sig delaktig i sin vård, och Nyström (2003) menar att sjuksköterskan, för att kunna nå en lyckad behandling, måste vinna patientens förtroende och bjuda in denne att delta i sitt omhändertagande. Om sjuksköterskan i det mellanmänskliga mötet med den akut sjuke patienten inte har dessa färdigheter kan det resultera i ett vårdlidande för patienten (ibid).

Lidande utgör enligt Eriksson (2001) en central del av patientens tillvaro och upplevelser. Lidandet är i sig en naturlig del av människans liv och utgör inte nödvändigtvis hinder för att patienten ska uppleva hälsa och välbefinnande. Patientens upplevelse av hälsa är istället beroende av att lidandet är uthärdligt (ibid). Lidandet delas in i tre former; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande (Wiklund, 2003). Till sjukdomslidande hör de fysiska symptomen samt konsekvenser dessa innebär. Vårdlidande syftar till lidandet patienten upplever som resultat av bristande eller uteblivna vård- och behandlingsinsatser. Livslidande hör ihop med hela människans existens, bilden av oss själva och vår verklighet.

Vårdlidande utgör ont och meningslöst lidande vilket patienten således upplever till följd av tillkortakommanden inom vården (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Wiklund, 2003). På akutmottagningen kan långa väntetider utgöra en svåråtgärdad problematik, men vårdlidandet kan också frammanas av att patientens basala behov inte uppmärksammas av sjuksköterskan, så som exempelvis bristande tillgång på mat och dryck, obekväma kroppsställningar eller smärta som lämnas obehandlad (Nydén, Petersson, & Nyström, 2003). Från Muntlin, Gunningberg och Carlssons (2005) studieresultat framkom även att patienter på akutmottagningen upplevde det negativt att inte ha tillgång till telefon eller någonstans att låsa in sina värdesaker.

Vården på en akutmottagning utförs under snäva tidsmarginaler där såväl patientens medicinska och omvårdnadsmässiga behov skall tillgodoses (Nyström, 2003). Inom akutverksamheterna ses dock ofta en tendens att omhändertagande inriktas mot ett medicinskt perspektiv, med utgångspunkt från läkarkårens ordinationer, och att den omsorgsinriktade omvårdnaden av icke medicinsk karaktär därmed kommer i skymundan (Nyström, 2003; Wiman & Wikblad, 2003). Om sjuksköterskorna enbart fokuserar sig på de medicinska uppgifterna och inte involverar patienterna kan detta dock leda till att patientens upplevda känsla av medverka i vården försvinner (Nydén, Petersson, & Nyström, 2003). Dahlbergs (2002) resultat från intervjuer med patienter framhäver också att innebörden av vårdlidandet är att patientens värdighet kränks och individen fråntas rätten till delaktighet i den egna hälsoprocessen. Utan att bli sedd, hörd eller uppmärksammas åsidosätts patienten och förnekas som lidande människa. Eriksson (2001) menar att vårdlidande inte sällan uppstår till följd av bristande kunskap och omedvetet, oreflekterat, handlande inom vården. Grundmotiv för sjuksköterskans etiska kodex och omvårdnad syftar till att lindra patientens lidande, varför tillvägagångssätt för att eliminera vårdlidande således framstår som vårdvetenskapens primära syfte (Kasén, Nordman, Lindholm & Eriksson, 2008).

Evidensbaserad kunskap

Förutsättningen för en god vård, resulterande i patientens välmående och tillfrisknande i enlighet med Socialstyrelsens (2006) föreskrifter, utgörs av att metoder och åtgärder som utförs har kunskapsbaserats. Vårdhandlingarna måste kontinuerligt och systematiskt verifieras så att den vård som patienterna erhåller utvärderas och ständigt förbättras och sjukvårdspersonalen måste hålla sig à jour med tillgänglig kunskap och tillämpa den i klinisk

praxis (Nolan & Bradley, 2008). Samlingsnamn för gällande forskningsresultat och beprövad erfarenhet är evidensbaserad kunskap, och den kliniska tillämpningen av dessa rön utgör evidensbaserad vård (ibid).

Idag tillämpas ett större antal benämningar vilka åsyftar (och vanligen innehåller) evidensbegreppet (Cullum, Ciliska, Marks & Haynes, 2008; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Genomgående utgår dessa dock från definitionen av Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes och Richardson (1996), vilka beskrev evidensbaserad medicin som ”*ett samvetsgrant utvecklande och förnuftigt användande av de bästa aktuella vetenskapliga bevisen som beslutsgrund för beslutsfattningen vid den individuella patientvården*”. Sackett med flera påpekar vidare att det inte bara räcker med att använda dessa grunder för att nå den bästa vården, utan att den kliniska erfarenheten i verksamheten är minst lika viktig för att nå de bästa resultaten i den individuella patientvården. De flesta ansluter sig också till uttalandet att evidens innebär ”kunskap härledd från en variation av källor vilka prövats och ansetts trovärdiga” (Higgs & Tichens, 2000, s. 311). Ett evidensbaserat arbetsutövande innebär således ett grundläggande tankesätt där vården bedrivs utifrån beprövad erfarenhet och vetenskapligt verifierad metod, kombinerat med ett noga individuellt övervägande i varje enskilt fall (Sackett et al., 1996; Cullum et al., 2008; Willman et al., 2011).

När termen evidensbaserad omvårdnad används avses följaktligen tillämpning av omvårdnadsinterventioner utifrån omvårdnadsvetenskapliga forskningsresultat, där sjuksköterskans omvårdnadsutförande bygger på specifik forskning inom området omvårdnad (Ingrasoll, 2000; Willman et al., 2011; Scott & McSherry, 2008). I vårdsituationen söker man bearbeta forskningsrön i vilka kunskapen kvalitetsgranskas, tolkas och värderas, för att sedan tillämpas som beslutsunderlag i klinisk praxis. Evidensbaserad omvårdnad i detta avseende innebär då att veta vilken tillgänglig kunskap som finns om aktuell omvårdnadssituation och respektive åtgärdsalternativ (ibid). Sammanfattningsvis ligger därmed väsentligheten i att sjuksköterskan efter kritiskt granskande av tillgänglig vetenskap vet vilka metoder som finns att tillämpa och vilka bevis som finns för dessa (Willman et al., 2011). Vårdvetenskapen har därefter vidgat evidensbegreppet ytterligare; utöver vetenskapens traditionella värderingsprinciper där främst effekterna av respektive insatser premieras, vill Eriksson, Nordman och Myllymäki (1999) samt Eriksson och Nordman (2004) även inkludera etiska och estetiska värderingar. En viktig skillnad mellan medicinens syn på evidensbaserad omvårdnad är också tillvägagångssättet att nå evidens (Willman et al., 2011).

Den typ av studier som traditionellt utgör vetenskaplig gyllene standard, såsom meta-analyser och randomiserade studier, förekommer inte i samma utsträckning inom omvårdnadsforskningen, och lämpar sig inte alltid för vårdvetenskapliga frågor. För evidensbaserad omvårdnad premieras därför även andra vetenskapliga metoder, och fokus läggs främst vid metodologisk hygien oavsett vilken typ av ansats som tillämpas (ibid).

Vårdkontext och vetenskapligt arbete i klinisk praxis

För att öka tillgänglighet och spridning av evidensbaserad kunskap kan riktlinjer för omvårdnaden hjälpa sjuksköterskor och övrig personal i deras strävan att ge god individuell vård (Grol & Grimshaw, 2003; SSF, 2004; Socialstyrelsen, 2006). Dessvärre är det dock inte alltid som den nya kunskapen når ut i den verkliga fysiska vårdssituationen och kommer patienten till gagn (Grol & Grimshaw, 2003). För att lyckas med att införa evidensbaserad kunskap är sammanhanget och kontexten, det vill säga verksamhetens kulturella, sociala, ekonomiska och fysiska miljöer, betydelsefull för hur införandet blir (Kitson, Harvey & McCormack, 1998; McCormack et al., 2002). Det är därför viktigt att kvalitetsarbetet genomsyrar vårdverksamhetens samtliga delar, inklusive organisation, kompetens, ändamålsenliga lokaler, samverkan, resursfördelning och vårdkultur för att arbetet skall bli lyckosamt (SSF, 2004; Socialstyrelsen, 2006). Vårdkulturen på avdelningen speglas av det stöd och uppmuntran som finns från chefskap och inom sjuksköterskegruppen för omvårdnadsforskning, verksamhetsutbildning och akademiska utbildningar (Kitson et al., 1998; McCormack et al., 2002; Kajermo et al., 2008).

Belägg finns också för att tillhandahållandet av god och jämlik omvårdnad, samt huruvida arbetsförändringar kan komma till stånd, kan påverkas negativt av sjuksköterskans egna attityder, såsom bristande engagemang, oförmåga till teamarbete, osäkerhet gentemot införandet av nya metoder samt motvilja att ta till sig ny vetenskaplig kunskap (Retsas, 2000; Bryar et al., 2003; Carrion, Woods & Norman, 2004; Mazurek Melnyk et al., 2004; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford & Miller, 2007; Mehrdad, Salsali & Kazemnejad, 2008). Mehrdad et al. (2008) påvisar att införande av evidensbaserade metoder i omvårdnadskontexten är starkt kopplat till sjuksköterskans yrkeskänsla. Saknas utbildning, erfarenhet och kunskapsbaserad omvårdnad, och sjuksköterskan känner sig otrygg i sin roll och sina yrkesmetoder kan patientens möjlighet att få god vård hotas. Då sjuksköterskor istället för att stödja sig på sitt eget kompetensområde anammar en tro på att det enbart är medicinska

behandlingar som bidrar till patientens hälsa, försummas patientens mänskliga behov av trygghet och upplevelse av att bli sedd vilket medför vårdlidande (ibid). Hannes et al. (2007) och Kajermo et al. (2008) resultat visar även att utbildningsnivån är av stor betydelse för akutsjuksköterskans förståelse för att vetenskapligt tänkande och beprövade arbetsätt utgör grundförutsättningar för god vård.

Införande av evidensbaserad omvårdnad (Hannes et al., 2007) och riktlinjer (Muntlin, Carlsson & Gunningberg, 2010) på akutmottagningar kan även stöta på hinder inom vårdkulturen då sjuksköterskor och läkare kommer från olika organisationer. Grundproblemet för detta menar Hannes et al. (2007) samt Muntlin et al. (2010) är att sjuksköterskor oftast är fast anställda på akutmottagningen medan läkarna däremot har sin anställning på en annan enhet. Hannes et al. (2007) tydliggjorde svårigheterna för sjuksköterskorna att få gehör för akutmottagningens riktlinjer då läkarna själva ville ge ordinationer om hur vården skulle utföras. Bryar et al. (2003) resultat pekar på att problematiken kan bottna i ohörsamhet och samarbetssvårigheter mellan de båda yrkesgrupperna. Men även själva kontexten där sjuksköterskan befinner sig kan ha en negativ inverkan på den evidensbaserade omvårdnaden, då det inte avsätts rimligt med tid för att ge god vård, eller då det inte finns ett stödjande och uppmuntrande ledarskap och mentorskap på avdelningen. Vidare kan ekonomiska resurser i form av avsatt arbetstid för att läsa och förkovra sig i vetenskapliga texter, avdelningens utformning och otydlig verksamhetsmålsättning ses som hinder för att skapa förutsättningarna till god vård (Ploeg et al., 2007; Kajermo et al., 2008; Mehrdad et al., 2008).

Den drogpåverkade patienten

Epidemiologi

Patienterna som vårdas på akutmottagningen till följd av drogpåverkan inbegriper såväl intoxicationsfall som personer med beroende och kontinuerligt drogmissbruk (Jenner et al., 2006). I Sverige beräknas 500 000 personer ha någon typ av beroende eller missbruk av droger, men mörkertalet anses vara stort (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 2009; SOU 2011:35). Inom gruppen återfinns uppskattningsvis 330 000 personer med ett skadligt bruk av alkohol, 65 000 med läkemedelsberoende, 29 500 tunga narkotikamissbrukare, och 10 000 som använder sig av dopningsmedel (ibid). Det beräknade antalet personer som dör till följd av alkohol- och narkotikamissbruk samt andra former av drogrelaterade dödsfall, såsom olyckor eller självmord, beräknas uppgå till 2 500

åriligen i Sverige (CAN, 2009; SOU 2011:35; Tønnesen, 2011). Avsiktlig förgiftning är en av de vanligaste metoderna vid suicidförsök i Sverige, och antalet dödsfall till följd av intoxicationer är ca 550 per år (Jönsson, Holmgren, Druid & Ahlner, 2004).

Litteraturgenomgång från Charalambous (2002) och Indig et al. (2009) har uppskattat att ca 2-40% av patienterna på akutmottagningar vårdas till följd av direkt eller indirekt alkoholrelaterade åkommor, och bakgrundssammanställning i Cape, Hannah och Sellman (2006) samt Kelleher och Cotters (2009) studier synliggör att upp till 50% av alla inläggningar orsakas av åkommor direkt relaterade till olika former av substansmissbruk.

I flertalet studier påtalas också svårigheter att skatta antalet patienter som akutvårdas till följd av drogpåverkan, främst med anledning av att det saknas rutin för att mäta detta (Anderson, Eadie, MacKintosh & Haw, 2001; Charalambous, 2002; Indig, Copeland, Conigrave & Rotenko, 2008). Patientgruppen är också svårdefinierad avseende relaterade åkommor, och de mätningar som gjorts har baserats på en stor variation av tillvägagångssätt för att få fram sifferunderlaget (ibid). Exempelvis påvisades i Indig et al. (2008) studie endast 24% av de alkoholrelaterade akutvårdsbesöken som undersöktes genom diagnoskoder, medan resterade andel identifierades först via journalanteckningar från patienternas triagering. Troligen varierar även patientgruppens storlek mellan olika stora akutmottagningar och karaktäristikan mellan dess respektive upptagningsområden (Anderson et al., 2001).

Enligt irländsk statistik beräknas 1 av 4 patienter söka akutvård till följd av drogrelaterade sjukdomar eller skador, och var 8:e patient på akutmottagningarna vara intoxikerad (Hope et al., 2006; Kelleher, 2007), och en australiensisk studie påvisar att ca 4,5% av vårdtillfällena på akutmottagningen utgörs av alkoholrelaterade åkommor samt att patienter med riskbruk av alkohol även identifieras som särskilt frekventa akutvårdsbesökare (Indig et al., 2008). 1,2-5% av alla medicinska sjukhusinläggningar i Australien anses också bero på avsiktliga intoxicationer, och i Storbritannien uppskattas 10% av patienterna på akutmottagningarna vårdas till följd av avsiktligt självskaðebeteende (Boyce, Carter, Penrose-Wall, Wilhelm & Goldney, 2004).

Komplext omhändertagande

Gruppen av patienter som vårdas akut på grund av drogpåverkan utgör en varierad population med självskaðebeteende i form av såväl naiva förstagångsintoxicationer av alkohol eller

narkotika, som oavsiktlig överdos hos långvarigt tunga missbrukare, samt avsiktligt självskadebeteende med eventuellt suicidsyfte och varierande grader av, och kombinationer dessa emellan (Boyce et al., 2004; Jenner et al., 2006; Jönsson, Holmgren & Ahlner, 2007). Både intoxikeringsavsikt och grundläggande fysiskt, psykiskt respektive socialt mående varierar (Ford et al., 2009), liksom även patientens inställning till vården och huruvida denna utförs på frivillig basis enligt HSL (SFS 1982:763) eller enligt olika former av tvångsomhändertagande utifrån Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) (SFS 1988:870), Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128), Lag om omhändertagande av berusad person mm (LOB) (SFS 1976:511) respektive vid omhändertagande av berusade personer enligt LOB (Ds 2001:31).

Medicinska komplikationer av drogpåverkan rör sig över ett kontinuum från relativt mild berusning till grav förgiftning med direkt livshotande tillstånd och utveckling av letala toxidrom (Jenner et al., 2006; Stenkilsson & Dryver, 2011). Utöver medicinska vårdbehov i form av observation och respektive omhändertagande utifrån fysiskt tillstånd och diagnostik utgör patientgruppen också en komplex utmaning för vårdpersonalens omvårdnadsmissiga omhändertagande (Boyce et al., 2004; Ford et al., 2009; Indig et al., 2009; Natan, Beyil & Netan, 2009). Risk- och missbruk av droger är nära kopplat till social problematik, och psykiatrisk samsjuklighet vid droganvändande och självskadebeteende är hög (Happell, Carta & Pinikahana, 2002; Boyce et al., 2004; Jönsson et al., 2007; SOU 2011:6). Självskadebeteende erfodrar omhändertagande baserat på engagemang och medkännande med respekt för patientens integritet. Patienten behöver stöd och får inte utelämnas ensam i sin hopplöshet och sårbarhet (Boyce et al., 2004).

Målsättningen med det brådskande omhändertagandet är att trygga patientens säkerhet genom att stabilisera medicinska tillstånd, behandla förgiftningsskador samt förebygga potentiellt självskadebeteende (Boyce et al., 2004). Huvudfokus för den fortsatta omvårdnaden på akutmottagningen är därefter att identifiera underliggande psykiskt illabefinnande och initiera psykosocialt stöd, inte minst på grund av att motiv till avsiktligt självskadebeteende ofta är hjälpsökande. Suicidförsök och självdestruktivt beteende kan vara symtom på oförmåga att hantera stress vid påfrestande livshändelser, och ska alltid ses som allvarliga varningstecken. Risken för försämring med återfall av eskalerande allvarlighetsgrad är påtaglig, och suicidrisken inom populationen anges upp till 100 gånger högre än generellt (ibid). Patienter

med narkotikamissbruk löper även en signifikant ökad risk för förtida död (Jönsson et al., 2007).

Noteras bör även, att emedan de mest frekventa alkoholkonsumenterna i en population (utgörande ca 10 %) löper en påtagligt förhöjd risk att drabbas av substansrelaterade skador, är det ändå resterande 90 % som står för majoriteten av denna typ av åkommor (Littlejohn & Holloway, 2008). Rutiner för att uppmärksamma potentiellt riskbruk har därför en betydande preventionsroll, och då akutbesöken inte sällan utgör denna patientgrupps enda kontakt med vården, har akutmottagningar identifierats med särskilt stor potential att screena för farlig alkoholkonsumtion samt detektera risk- respektive missbruk tidigt i förloppet, inte minst bland unga (Anderson et al., 2001; Kelleher, 2007; Littlejohn & Holloway, 2008; Indig et al., 2009).

Möten mellan vårdare och drogpåverkade patienter

Studier har påvisat att sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal upplever drogpåverkade patienter som svårhanterade (Rassool, Villar-Luis, Carraro & Lopes, 2006; Kelleher & Cotter, 2009; Natan et al., 2009). Beroende på berusningssubstans kan den drogpåverkade patienten stå under influens av ämnen vilka kan komma att påverka omdöme, medvetandegrad, sensorik, hörsel och uppfattning om omvärlden (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2004; Jenner et al., 2006; Stenkilsson, 2011). Dessa symtom kan således medföra en förvrängd verklighetsuppfattning och medföra att patienten uppvisar avvikande reaktioner och ett säregt beteende, vilket i sin tur kan medföra att negativa attityder induceras gentemot patientgruppen (Happell & Taylor, 2001; Boyce, 2004). Patienterna upplevs som vårdtunga i avseende på ett omfattande medicinskt vårdbehov med komplikationsrisk och svåra behandlingsöverväganden (Boyce et al., 2004). Till detta tillkommer också att patienterna utgör en utmaning för omvårdnadsutövaren då de kan vara hotfulla eller våldsamma, vilket gör att sjuksköterskor är rädda för att vårda dem och uppfattar vårdandet som riskfullt (Peckover & Chidlaw, 2007; Indig et al., 2009; Natan et al., 2009). Kopplingen mellan alkohol och aggression är väldokumenterad, och alkohol- och drogpåverkade patienter står för en betydande andel av hot- och våldsincidenter på akutmottagningarna (Ferns & Cork, 2008). Ferns och Cork (2008) framhåller därför att det i viss mån finns belägg för vårdpersonalens oro, och påpekar att alkohol har en hämmande effekt på självreflektion, behärskning och förmåga att härleda det egna beteendet i nuet till framtida konsekvenser. Patienter under

alkoholpåverkan har därför nedsatt förmåga till problemlösning och frustrationstolerans vilket kan medföra konfrontationssituationer i mötet med akutvården (ibid).

Patienternas beteende kan dock skapa så pass negativa känslor hos sjuksköterskorna att de utifrån rädsla och fördomar utvecklar ett stigmatiserande förhållningssätt gentemot gruppen, vilket i sin tur resulterar i att patienten utsätts för bristfälligt omhändertagande (Kelleher, 2007; Natan et al, 2009). McLaughlin, McKenna och Leslie (2000) och Kellehers (2007) litteraturgenomgångar för sina respektive studier tydliggör att diskriminerande attityder, nedvärderande åsikter och fördomar gentemot drogpåverkade patienter har påvisats kontinuerligt över de senaste fyra decennierna. Patienterna antas ha dålig karaktär och deras åkommor tycks självförvållade, varför de inte anses förtjäna vård (McLaughlin, McKenna, Leslie, Moore & Robinson, 2006; Lovi & Barr, 2009). I exempelvis Abed och Neira-Munoz (1990) studie framkom att hela 10 % av den tillfrågade vårdpersonalen höll med uttalandet att ”Drogmissbrukare förtjänar vilka olyckor som än drabbar dem”. Sjuksköterskor uttrycker också en specifik ovilja att vårda just dessa patienter (McLaughlin et al., 2006; Lovi & Barr, 2009). Bristande vårdutförande framträder också i patienternas egna upplevelser, där vårdtagarnas berättelser vittnar om nedvärderande och distanserat bemötande från vårdpersonal (McLaughlin et al., 2000; Boyce et al., 2004; Peckover & Chidlaw, 2007; Natan et al., 2009). Skinner, Feather, Freeman och Roche (2007) framhäver även att svårigheterna att få ett gott omhändertagande leder till att patienterna drar sig för att söka vård.

Flertalet studier påvisar kunskapsluckor och otillräcklig utbildning hos vårdpersonal beträffande omhändertagande av drogpåverkade patienter (McLaughlin et al., 2000; Anderson et al., 2001; Happell & Taylor, 2001; Happell et al., 2002; McLaughlin et al., 2006; Rassool et al., 2006; Peckover & Chidlaw, 2007; Ferns & Cork, 2008; Ford et al., 2008; Indig et al., 2009; Kelleher & Cotter, 2009; Lovi & Barr, 2009), och de bristande kunskaperna anses bidra till utvecklingen av negativa attityder (McLaughlin et al., 2000; Peckover & Chidlaw, 2007; Lovi & Barr, 2009). Även Missbruksutredningen (SOU 2011:35) belyser hur stigmatiserande inställningar hos personalen många gånger bottnar i okunskap och att de personer som arbetar med drogpåverkade personer ofta saknar adekvat utbildning och kompetens för sina arbetsuppgifter. SOU 2011:35 belyser även behovet av tydliga rutiner för vården utifrån dessa grunder.

Omvårdnadsriktlinjer

För att skapa förutsättningar för sjuksköterskor och läkare att ge god vård till drogpåverkade patienter efterfrågar Ford et al. (2008) samt Kelleher och Cotter (2009) evidensbaserade riktlinjer för denna patientgrupp. Då patienterna har ett omfattande vårdbehov, med både medicinska riskfaktorer och psykologisk komplexitet, och även ett potentiellt beteende som kan framkalla negativa känsloeffekter, utgör de stora utmaningar för vårdaren. Författarna framhåller därför att det behövs både specifik utbildning, evidensbaserade riktlinjer och tillhandahållt stöd för sjuksköterskorna i sin yrkesroll, för att skapa förutsättningar för att säkerställa ett kvalitetsmässigt omhändertagande (ibid). Natan et al. (2009) menar också att en tydlig omvårdnadsteoretisk referensram för vårdutförandet på avdelningen, i syfte att stärka sjuksköterskornas holistiska patientsyn kan leda till en positivare syn på den drogpåverkade patienten. Boyce et al. (2006) förordar även kliniska riktlinjer med tanke på patienternas psykiska skörhet och risken för suicid, vilka förutsätter en välorganiserad vårdprocess där kliniska riktlinjer kan vara av nytta för att underlätta patientsäker handläggning, effektivt vårdflöde och ett gott och hälsofrämjande bemötande. Peckover och Chidlaw (2007) åberopar vidare utveckling av policys för riskbedömningar inom denna patientgrupp vid olika former av öppenvårdsinstanser.

Flertalet studier förespråkar även utvidgad utbildning (McLaughlin et al., 2000; Anderson et al., 2001; Happell et al., 2002; Indig et al., 2009) och kontinuerlig handledning (Happell & Taylor, 2001; Boyce et al., 2006; Ford et al., 2008) för att optimera omhändertagandet av dessa patienter. Natan et al. (2009) menar att stöd- och handledning i mindre grupper, där sjuksköterskor tillåts dela sin frustration, och diskutera problemområden i omvårdnadsarbetet, kan bidra till en ökad medvetenhet om svårigheterna att vårda dessa patienter, och därmed också medföra en förbättrad vårdkvalitet.

Begreppsdefinitioner

Drogpåverkad patient

“A drug is defined as any substance or product that is used or intended to be used to modify or explore physiological system or pathological states for the benefit of the recipient” (World Health Organization [WHO], 1969, s.7). I studien används således ordet drog som benämning för samtliga produkter eller substanser med berusningseffekt, och med begreppet drogpåverkad patient avses den person som söker akutsjukvård till följd av påverkan eller

intoxikation av denna typ av drog. Författarna väljer också att tillämpa ordet tillnyktring för återhämtningsfasen efter drogpåverkan, oavsett vilken respektive substans som orsakat berusningen.

Riktlinje

Lind och Pettersson (2003) samt Schöld (2006) har föreslagit engelskans "guideline" som motsvarande översättning till svenskans "riktlinje". Begreppet guideline definieras enligt Institute of Medicine som "*systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances*" (Woolf et al., 1999, s. 527). Lind och Petersson (2003, s. 1) svenska översättning av begreppet "guideline" är "*Riktlinjer är systematiskt utvecklade direktiv som framtagits för att bistå praktikers och patienters beslut kring en ändamålsenlig hälso- och sjukvård under specifika kliniska omständigheter*" (ibid). Riktlinje är också det ordval man använt sig av i den svenska versionen av bedömningsinstrumentet The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) (Socialstyrelsen, 2003).

Motiveringen till varför riktlinjer är betydelsefulla menar Grol (1997) är för att den "*evidensbaserade kunskapen bör implementeras i vårdarbetet på ett evidensbaserat vis*" (1997, s. 315). Själva riktlinjen i sig själv är ett sätt att kvalitetssäkra patientvården då det vid själva införandet av ett nytt arbetsätt eller behandlingsmetod kan uppstå tveksamheter hur arbetet skall utföras. Om det då finns en tydlig riktlinje kan den motverka osäkerheten och stärka patientsäkerheten (ibid). Utarbetningen av riktlinjer följer enligt Shekelle, Woolf, Eccles och Grimshaw (1999) en systematisk struktur. Till att börja med identifieras ämnet/området som riktlinjen skall beröra, vidare utses ett speciellt arbetsteam avsett för att skapa en kunskapsgrund genom att sammanställa de faktiskt redovisade forskningsresultaten. Avslutningsvis utförs en extern översyn, som en kvalitetskontroll av riktlinjen innan den införs i vårdverksamheten.

PROBLEMFORMULERING

Då drogpåverkade patienter enligt empirin har ett betydande omvårdnadsbehov, utgör en stor utmaning för akutsjuksköterskans yrkesutövande och dagligen vårdas vid de svenska akutmottagningarna (Ford et al., 2008; Kelleher & Cotter, 2009; SOU 2011:6), framträder

behovet av riktlinjer för denna patientgrupp. Utvecklingsansvar för omvårdnaden åliggande såväl ledning som den enskilda sjuksköterskan, samt lagstadgade rättigheter till hälso- och sjukvård, förutsätter ett omhändertagande i enlighet med beprövad erfarenhet och evidens i värn om patientens bästa (Socialstyrelsen, 2005). Kliniska riktlinjer utgör ett stöd för vårdpersonalens arbete, och säkrar vårdkvaliteten även vid en hög arbetsbelastning (Jenner et al., 2006). Varvid forskningsfrågan ställs om det i dagsläget finns kliniska riktlinjer på svenska sjukhusbundna akutmottagningar för omvårdnaden av denna patientgrupp, och om dessa är utarbetade i enlighet med evidensbaserad kunskap.

SYFTE

Syftet med studien är att kartlägga förekomsten av kliniska omvårdnadsriktlinjer specifika för patienter som söker vård till följd av drogpåverkan, samt bedöma dess evidensgrad.

METOD

Studien utfördes med kvantitativ metod med explorativ ansats. Den kvantitativa metoden tillämpas för att utforska förekomst, medan målsättningen med en explorativ design är att studera och belysa förekomsten av det undersökta fenomenet (Polit & Beck, 2006; LoBiondo-Wood & Haber, 2010).

Urval

Studien genomfördes som en totalundersökning (Höst, Regnell & Runesson, 2006) över de sjukhusbundna akutmottagningarna i Sverige utifrån registerförteckning från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2010). Listningen, vilken också tillämpats av Socialstyrelsen (2011), omfattande totalt 74 sjukhusbundna akutmottagningar. En uppdatering av förteckningen över akutmottagningarna utfördes i samband med datainsamlingen, då det framkom att två akutverksamheter lagts ned. Det totala antalet sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige var vid undersökningens genomförande således 72. Valet att genomföra en totalstudie relaterade främst till att ingen tidigare studie med motsvarande

undersökningsfokus utförts, varför författarna ville skapa en så övergripande lägesbild som möjligt. Utifrån en undersökning inom hela populationen skapas större möjligheter att generalisera populationens karakteristika än vid studier baserade på urvalsgrupper (Boswell & Cannon, 2007), och då den hanterbara populationsstorleken gjorde detta praktiskt och ekonomiskt genomförbart fanns ingen anledning att exkludera akutmottagningar från studien (Ejlertsson, 2003).

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom kodade postenkäter enligt Trost (2007). Missivbrev (Bilaga 1) med inbjudan om deltagande i studien försändes till chefssjuksköterska/vårdenhetschef vid respektive akutmottagning, tillsammans med en beskrivning av studiens bakgrund, syfte och avsedda metod. Postenkäten efterfrågade förekomst av omvårdnadsriktlinjer samt demografiska fakta om verksamheten. Vidare framfördes också en förfrågan att få ta del av eventuellt förekommande kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter, och dess tillhörande referensmaterial. Respondenten försågs med frankerat svarskuvert, och samtycke till studien lämnades i och med respondering. Två veckor efter att missivbrevet skickats utsändes påminnelsebrev 1 (Bilaga 3), och ytterligare två veckor därefter utgick sedan påminnelsebrev 2 (Bilaga 3). Efter att de två påminnelsebrevet utskickats via post var svarsfrekvensen 37, motsvarande 51%. Ytterligare 8 responderande akutmottagningar tillkom sedan efter telefonkontakt i samband med studiens bortfallsanalys, varvid det slutliga antalet inkluderade akutmottagningar uppkom till 45, med en svarsfrekvens om 62,5%.

Bortfallsanalys

Externt bortfall

Efter studiens samtliga tre brevutskick hade totalt 37 akutmottagningar tackat ja till deltagande i studien, samt 3 akutmottagningar via mejl eller returnerat tomt frågeformulär meddelat att de avböjt medverkan. Bortfallsanalysen inleddes således med att det för denna studie saknades svar från totalt 32 akutmottagningar. Försök gjordes att komma i kontakt med chefsjuksköterskor/vårdenhetschefer vid de resterande akutmottagningarna via telefon. Författarna lyckades nå 12 akutmottagningar, varav 6 akutmottagningar valde att delta i studien, medan övriga 6 valde att avstå medverkan. För de resterande 20 akutmottagningar som ej kunnat nås efter upprepade påringningar gjordes även kontaktförsök via arbetsmejl,

varvid svar erhöles från ytterligare två mottagningar vilka valde att delta i studien. Resterande 18 akutmottagningar gick ej att nå för bortfallsanalys.

Av de akutmottagningar som vidtalats i samband med bortfallsanalysen uppgav 5 att de inte hade fått något av de brev som tillskickats dem och var därmed ovetandes om studien. Samtliga av dessa valde också att delta i studien efter studieförfattarnas kontakt. Av de respondenter vilka avböjt medverkan angavs främst tidsbrist som primär orsak till uteblivet deltagande. Respondenterna påpekade också att årstiden var olämplig då de var upptagna med att planera sin sommarverksamhet, att de var mitt i en omorganisation, eller att de nyligen tillträtt sin chefsposition och av den anledningen hade prioriterat bort att svara på enkäten. Försändelsemetoden med brevenkät genom traditionell postgång angavs också som skäl för avböjd medverkan då flera respondenter uppgav att de hade föredragit mejlkontakt. Genomgående svarade de åtta akutmottagningar som avböjde medverkan också att de under våren och försommaren fått många erbjudanden från högskolor och andra verksamheter om studiedeltaganden varvid tidsbristen blivit än mer uttalad. Vissa av dem hade därför konsekvent valt att inte delta i någon studie, medan en del hade valt ut de studier vilka de tyckte hade verkat viktiga och intressanta att besvara.

Tabell 7 Bortfallsspridning

Akutmottagningar indelning enligt patientbesök/år	Antal respondenter i gruppen n = 45 (62,5%)	Bortfallsfördelning i respektive grupp n = 27 (37,5 %)
<20 000	15	12
20 000-39 999	18	8
40 000-59 999	6	6
60 000-79 999	4	1
≥80 000	2	-

Då analysen av det externa bortfallet var slutförd uppgick studiedeltagandet till totalt 45 responderande sjukhusbundna akutmottagningar, motsvarande en svarsfrekvens på 62,5%. Andelen bortfall omfattade

således totalt 27 sjukhusbundna akutmottagningar (37,5%), och fördelades i likhet med de inkluderade respondenterna i avseende på akutmottagningarnas patientinflöde/år (se Tabell 7).

Internt bortfall

Studien har också ett fåtal interna bortfall i form av att respondenterna utelämnat svar på de demografiska frågorna i enkäten. De frågor som främst berördes av uteblivna svar var förfrågan om akutmottagningens antal specialistutbildade sjuksköterskor samt antalet patienter akutmottagningen vårdade till följd av drogpåverkan per år. Orsaksförklaring till att respondenten ej kan eller vill ange sjuksköterskornas utbildningsnivå har ej framkommit,

medan de uteblivna svaren för den senare frågan diskuteras i studien och förekommer som välkänt fenomen inom empirin. Studiens resultatredovisning och demografiska karakteristika vilar på de faktiska svar som respondenterna angivit och de interna bortfallen synliggörs i de resultattabeller där detta varit möjligt (i förekommande fall i tabellredovisning markerade med ett ^b).

Instrument

Enkät

Frågeformulär med demografiska frågor (se Bilaga 2) utformades efter inspiration från Muntlin et al (2010) studieresultat beträffande vårdkontext och dess påverkan på evidensbaserad praxis. Frågornas typografi utformades efter Trost (2007) och var uppbyggda som sakfrågor med enkel frågeställning i tabellarisk uppställningsformation. Sex frågor var utformade med kryssalternativ och nio frågor var öppna frågeställningar inriktade på antalsberäkningar. Frågornas inbördes ordningsföljd delades in så att de inledningsvis fokuserade på demografisk fakta som berörde respondenten vid respektive akutmottagningen, för att därefter belysa vidare delar i akutmottagningens vårdkontext. De demografiska frågorna behandlade således den responderande chefens kompetensbakgrund, akutmottagningens storlek utifrån patientkapacitet, sammansättning av verksamhetens personalstyrka och dess kompetensfördelning samt arbetsrutiner. Frågeformuläret hade också två frågor vilka berörde tillämpning av omvårdnadsriktlinjer och eventuell förekomst av kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter. Utarbetningen och dispositionen av enkäten och dess utseende skedde stegvis utifrån handledning och genom egen prövning av instrumentet där frågeformuläret granskades inför användning. Enligt Trost (2007) kan en svarsfrekvens om 50-70% vara att förvänta för denna typ av studie.

AGREE II

För bedömning av de kliniska riktlinjerna tillämpade författarna bedömningsinstrumentet The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II (AGREE II) (Brouwers et al., 2010a). Det finns flertalet bedömningsinstrument för kvalitetsvärdering av kliniska riktlinjer, av vilka AGREE är välanvänt och idag betraktas som gyllene standard (Graham & Harrison, 2008). Riktlinjesgranskning med denna typ av instrument syftar till att systematiskt värdera och jämföra riktlinjer utifrån standardiserade kriterier, och AGREE syftar till att evaluera

kvaliteten hos kliniska riktlinjer utifrån dess utvecklingsprocess och hur väl denna är beskriven i riktlinje respektive medföljande bakgrundsmaterial (Graham & Harrison, 2008; Brouwers et al., 2010a).

Instrumentet, som kan användas inom såväl lokala, regionala samt nationella vårdverksamhetsinriktningar, består av sex domäner med separata frågepunkter, där varje domän syftar till värdering av en separat kvalitetsdimension (Cluzeau, 2003; Socialstyrelsen, 2003; Brouwers et al., 2010a). Bedömningen utförs genom att varje påståendepunkt inom respektive domän poängsätts mellan 1 och 7, där 1 utdelas då bedömaren inte alls instämmer med frågans påstående, och 7 utdelas då granskaren instämmer helt. Beräkning av granskningsresultatet utförs sedan separat för varje domän, och räknas om till procentuell värdering enligt angiven formel;

$$\frac{\text{Erhållna poäng} - \text{lägsta möjliga poäng}}{\text{Högsta möjliga poäng} - \text{lägsta möjliga poäng}}$$

Högsta möjliga poäng = maxpoäng per punkt ^x totalt antal punkter i domänen ^x antal bedömare

Lägsta möjliga poäng = minimipoäng ^x totalt antal punkter i domänen ^x antal bedömare (ibid).

Poängresultatet summeras separat för varje domän och totalpoäng kan inte sammanställas generellt för en hel riktlinje (Graham & Harrison, 2008; Brouwers et al., 2010a). Detta då det inte går att väga betydelsen av de olika domänerna i förhållande till varandra (ibid).

Bedömningspunkterna inom respektive domän i AGREE II behandlar;

Mål och syfte punkt 1-3	riktlinjernas övergripande mål, preciserade kliniska frågor samt beskrivning av patientmålgruppen
Berörda intressenters delaktighet punkt 4-6	Utsträckningen i vilken riktlinjerna återspeglar åsiktsuppfattningen hos de tilltänkta användarna
Noggrannhet vid framställningen punkt 7-14	insamlingsprocess och sammanställning av evidens, formuleringsmetoder och rekommendationer om uppdatering
Tydlighet och framställning punkt 15-17	riktlinjernas språk, struktur och utformning
Tillämplighet punkt 18-21	barriärer och faciliteter gällande implementering, strategier för att förbättra upptaget, samt resurser och innebörden av att applicera riktlinjen
Redaktionell självständighet punkt 22-23	rekommendationernas självständighet och medvetenheten om att det kan uppstå intressekonflikter i den grupp som utvecklat riktlinjerna
Övergripande bedömning	avslutande beräkning av riktlinjens övergripande kvalitet och om riktlinjen kan rekommenderas för praktisk tillämpning

Författarnas egen översättning efter Brouwers et al. (2010a).

Bedömningen ger således en skattning för den kliniska riktlinjens vetenskaplighet utifrån materialets beskrivning av dess framställningsprocess (Graham & Harrison, 2008). Instrumentet granskar beskrivningen för rekommendationernas evidensbaserings och insamlingsprocessen med vilken bakgrundsfakta framtagits och värderats (Cluzeau, 2003; Socialstyrelsen, 2003; Graham & Harrison, 2008; Brouwers et al., 2010a). Inom AGREE-domänerna bedöms också riktlinjens praktiska överförbarhet till kliniskt vårdarbete, dess för- respektive nackdelar, samt att omkostnader vid ett eventuellt införande av riktlinjen medför övervägts (ibid). Även om instrumentet tillhandahåller en uppskattning om troligheten i att riktlinjen bidrar till dess förväntade effekt och uppnår önskad målsättning, ger verktyget således inte någon bedömning för riktlinjens patientnytta (Gerrish, 2010). Det bör även observeras att en stringent framställd riktlinje kan erhålla låga bedömningspoäng om processen inte finns beskriven (Graham & Harrison, 2008).

I föreliggande studie valdes den uppdaterade versionen av instrumentet; AGREE II (Brouwers et al., 2010a). Omarbetningen har gjorts i syfte att förfinas och förbättra instrumentets metod, för att bli mer lättarbetat även vid tillämpning av ovana användare (Brouwers et al., 2010a; 2010b; 2010c; 2010d). Den senare versionen har därför genomgått omstrukturering och diverse omformuleringar, framförallt som en anpassning till att granska praktiska riktlinjer. Den tidigare likertskalan om 4 poängnivåer har också breddats till en sjugradig skala för att ge en mer differentierad bedömning. Uppdateringarna av den senare versionen har således konstaterats generera tydligare utslag vid granskningar (ibid). I enlighet med detta påvisar också resultat från Rosumeck, Sporbeck, Rzany och Nasts (2011) studie, i vilken båda versionerna tillämpades och jämfördes, en poängskillnad mellan AGREE och AGREE II. Den senare tillhandahöll generellt lägre poäng men gav tydligare variationer i poänggraderingen av de olika riktlinjernas kvaliteter (ibid).

Analys

Vid bearbetning av studiens inkomna demografiska data tillämpades kvantitativ analys (Polit & Beck, 2006; LoBiondo-Wood & Haber, 2010). Enkätsvaren sammanställdes och strukturerades i tabeller för att göra materialet överskådligt och hanterbart. Svarsdata beräknades manuellt och sammanställdes som deskriptiv data baserat på antal och procentsatser enligt Ejlertsson (2003). Inkommen demografisk data tillämpades sedan för att beskriva studiens försökspersoner (den undersökta populationen) efter inspiration från

Backman (2008).

Analys av riktlinjerna utfördes utifrån AGREE II (Brouwers et al., 2010a). Efter inspiration från Polit och Becks (2006) metodbeskrivning för säkerställande av intern reliabilitet utfördes granskningarna av respektive riktlinje individuellt av studiens båda författare vartefter slutsummeringen inom varje domän jämfördes. Denna metod tillgodoser också de rekommendationer som anges i AGREE-instrumentets manual om att resultatet bör vila på minst två granskares sammanställda bedömningar för att säkra granskningens tillförlitlighet (Brouwers et al., 2010a). För att ytterligare säkerställa att de båda författarna var överens om bedömningsresultatet utfördes också ytterligare en granskning av samtliga riktlinjer gemensamt tre veckor efter den första genomgången. Poängtilldelningen överensstämde genomgående väl mellan de båda studieförfattarna.

Forskningsetik

Denna studie utförs inom utbildning på avancerad nivå varvid prövning i forskningsetisk nämnd ej är behövligt (SFS 2003:460). Deltagande i studien var frivilligt och i missivbrevet meddelades respondenterna om möjligheten att när som helst under studiens gång kunna avbryta medverkan i densamma. Postenkäterna var kodade för att säkerställa respondenternas anonymitet och författarna garanterade även att den förmedlade informationen hanteras konfidentiellt samt att analysresultatet publiceras på ett sådant sätt att akutmottagningar eller personer inte går att identifiera. Besvär eller negativa upplevelser som medverkan i studien kan komma att medföra för informanten, så som att besvarandet av enkäten upplevs tidskrävande eller att dess frågor skulle upplevas som identitetskränkande, kan anses som ringa samt rymmas inom arbetets verksamhetsramar (Hermerén, 2007).

RESULTAT

Enkät

Deltagare

Totalt 45 sjukhusbundna akutmottagningar deltog i studien. Av de responderande chefssjuksköterskorna/ vårdnethetscheferna (se Tabell 1) var merparten kvinnor. Åldersfördelningen varierade mellan 25 och 64 år, med en dominans av personer i

åldersgruppen mellan 45-54 år. Merparten av de responderade cheferna delade ledarskapet, och beträffande chefanställningens längd dominerade de längre tidsperioderna, där de flesta besatt chefposition i >5 år. En svag majoritet av de tillfrågade chefsjuksköterskorna/vårdenhetscheferna hade någon typ av specialistutbildning, merparten av dessa var vidareutbildningar av äldre slag, främst inom intensivvård i eventuell kombination med anestesi. Ingen av cheferna angav innehav av magisterutbildning i vårdvetenskap med inriktning mot akutvård, men fyra hade den äldre vidareutbildningen Akut och olyckfall.

Tabell 1 Responderande chefer

Responderande chefsjuksköterskor	<i>n</i> = 45
	<i>n</i> (%)
<u>Genus</u>	
Kvinna	35 (78)
Man	10 (22)
<u>Ålder</u>	
25-34	1 (2)
35-44	12 (27)
45-54	20 (44)
55-64	12 (27)
<u>Specialistutbildning</u>	
Ja	24 (53)
Nej	21 (47)
<u>Ledarskap</u>	
Eget	27 (60)
Delat (med 1-4 personer)	18 (40)
<u>Anställningslängd med chefposition</u>	
<1 år	4 (9)
1-3 år	10 (23)
>3-5 år	10 (23)
>5 år	20 (45)

Personalens kompetens

De flesta akutmottagningarna tillämpar en personalfördelning mellan undersköterskor och sjuksköterskor där de senare utgör den större andelen. Vanligast fördelningsprocent är att sjuksköterskegruppen utgör 60-69% av omvårdnadspersonalen, spridningen varierar dock från under 50% till hela 100% inom vissa verksamheter. Bland antalet anställda akutläkare är spridningen än större, där merparten av akutmottagningarna (29 mottagningar) saknar egna läkare, samtidigt som det vid tre akutmottagningar finns >45 anställda akutläkare.

Förekomsten av sjuksköterskor med specialistutbildning och akutmottagningarna varierar också mellan akutmottagningarnas respektive storlek (se Tabell 2). En hög täthet specialistsjuksköterskor förekommer främst vid de mindre mottagningarna (<20 000 patientbesök per år), antalsmässigt är dock mängden specialistsjuksköterskor fler i den näst största gruppen (60 000-79 999 besök/år). Lägst procentuell andel, och minsta antal specialistsjuksköterskor, föreligger vid de största akutmottagningarna med >80 000 årliga patientbesök. Akutmottagningarna är istället vanligast vid akutmottagningarna inom de två större storleksgrupperna.

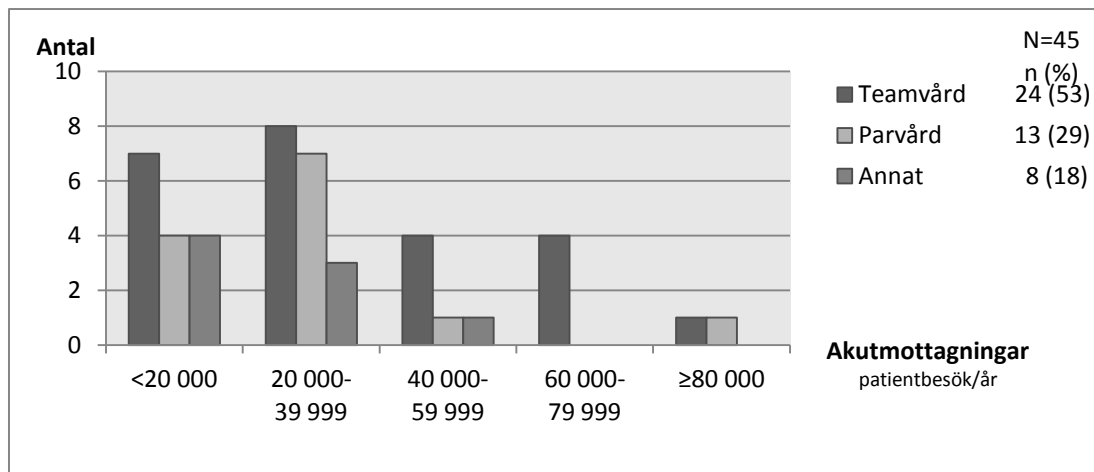
Tabell 2 *Kompetens*

Akutmottagningar indelning enligt patientbesök/år	Sjuksköterskeandel av omvårdnadspersonal % <i>n</i> = 45	Specialistutbildade sjuksköterskor Antal*/akm <i>n</i> = 42	Specialistutbildade sjuksköterskor Procentfördelning*/akm <i>n</i> = 42	Anställda akutmottagning medelvärde av antal/akm <i>n</i> = 44
<20 000	69	10 ^b	44 ^b	1
20 000-39 999	63	9	27	1
40 000-59 999	63	7 ^b	15 ^b	7
60 000-79 999	60	12	17	32 ^b
≥80 000	68	3 ^b	2 ^b	24
*avser medelvärden	^b bortfall			

Arbetsmodell

Merparten akutmottagningar tillämpar teamvårdsbaserat arbete, en arbetsmodell för vård och omvårdnad med samarbete mellan sjuksköterska, undersköterska och läkare. Denna arbetsmetod var vanligast förekommande inom samtliga storleksgrupper (se Diagram 1). Parvård, med samarbete mellan sjuksköterska och undersköterska, tillämpas vid ungefär en tredjedel av landets akutmottagningar. Strax under en femtedel av akutmottagningarna tillämpar någon annan form av arbetsmodell, varav en angett att de har en koordinator med assisterande funktion. På akutmottagningar med <20 000 patientbesök/år tillämpades alla tre metodalternativ, med en övervikt om 46% för teamvård. Vid akutmottagningar med 40 000-59 999 patientbesök/år tillämpade 67% teamvård, och vid akutmottagningar i storleksordningen 60 000-79 999 patientbesök/år använde 100% teamvårdsmodellen. Vid akutmottagningarna med >80 000 patientbesök/år hade 50% teamvård och 50% parvård.

Diagram 1 Arbetsmodell



Omvårdnadsriktlinjer

Riktlinjer för omvårdnad, generella eller specifika för olika tillstånd eller patientgrupper, tillämpas vid 33 av de 45 deltagande akutmottagningarna (motsvarande 77%). Förekomsten av riktlinjer fördelades mellan samtliga storleksgrupper (se Tabell 3), och utgjordes exempelvis av riktlinjer för tillsyn, omhändertagande av akut/svårt sjuk patient, tillstånd såsom hjärtsvikt, höftfrakturer, med mera.

Tabell 3 Förekomst av kliniska omvårdnadsriktlinjer

Akutmottagningar indelning enligt patientbesök/år	Förekomst av omvårdnadsriktlinjer antal akutmottagningar n (%)	Förekomst av omvårdnadsriktlinjer för drogpåverkad patient antal akutmottagningar n (%)
<20 000	12	0
20 000-39 999	14	2
40 000-59 999	5	0
60 000-79 999	3	2
≥80 000	2	1
Totalt	33 (77)	5 (11)

Prevalens drogpåverkade patienter

I tabell 4a respektive b nedan illustreras den uppskattade förekomsten av patienter som vårdas till följd av drogpåverkan vid studiens deltagande akutmottagningar. Totalt 13 akutmottagningar angav en numerär skattning (Tabell 4a), medan 25 akutmottagningar angav sifferlösa svar (anges ord för ord i Tabell 4b). Resterande 7 respondenter lämnade frågan

obesvarad. Den angivna prevalensen patienter varierar kraftigt mellan de respektive akutmottagningarna, och den beräknade procentandel dessa patienter utgör rör sig över ett spann från 0,16-15,4%. Såväl det minsta och det högsta skattningsvärdet återfinns inom de två största sifferangivande akutmottagningarna, medan övriga mottagningar skattar värden mellan 0,3-5,7%.

Tabell 4a Prevalens av drogpåverkade patienter

Akutmottagningar angivet antal patientbesök/år	Patienter som söker vård till följd av drogpåverkan uppskattat antal/år n (%)
79 800	129 (0,16)
65 000	10 000 (15,4)
44 000	649 (1,5)
29 000	229 (0,79)
29 000	400 (1,4)
27 000	500 (1,9)
18 300	181 (0,99)
17 500	1 000 (5,7)
14 000	36 (0,3)
14 000	588 (4,2)
10 880	544 (5,0)
10 000	100 (1,0)
9 000	100 (1,1)
Totalt: 367 480	14 456 (3,9)

Tabell 4b Prevalens av drogpåverkade patienter

Sifferlösa svar antal patientbesök/år till följd av drogpåverkan	Antal svarande akutmottagningar N=25
Har ingen siffra	3
Har ej statistik	3
Inga uppgifter	1
Ingen aning	1
Minimalt/inte många	2
Oklart antal	1
Svårt att säga	1
Vet ej	5
?	9

Riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter

Totalt fem av de responderande 45 sjukhusbundna akutmottagningarna uppgav att det hade kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter. Då studiens resultat presenteras oidentifierat har de inkomna riktlinjerna för omvårdnaden av drogpåverkade patienter namngivits från A-E. De demografiska svaren från dessa akutmottagningar, illustrerade i Tabell 5, motsvarar i huvudsak de svar som framkommit i de totala sammanställningarna inom respektive storleksgrupper (illustrerade ovan). Inte heller beträffande respektive chefskaraktäristika förelåg några avvikande demografiska data jämfört med den totala populationen, då respondenternas svar fördelades utspjutt över åldersfördelning, kön, utbildningsnivå, anställningslängd och delat respektive eget ledarskap, motsvarande den totala sammanställningen (se Tabell 1 ovan).

Tabell 5 Akutmottagningar med omvårdnadsriktlinjer för drogpåverkade patienter

Riktlinje	Akutmottagningar indelning enligt patientbesök/år	Antal drogpåverkade patienter/år n (%)	Sjuksköterskeandel av omv.personal %	Specialistutbildade sjuksköterskor n (%)	Anställda akutläkare	Arbetsmodell för omv.arbete
A	20 000-39 999	400 (1,4)	66,7	6 (15)	0	Annat
B	20 000-39 999	229 (0,79)	64,1	9 (36)	0	Teamvård
C	40 000-59 999	-(-)	68,3	15 (35)	0	Teamvård
D	40 000-59 999	-(-)	78,1	6 (12)	22	Teamvård
E	≥80 000	-(-)	55,3	-(-)	45	Parvård

Presentation av riktlinjerna

De granskade riktlinjerna för omvårdnad av drogpåverkade patienter hade varierande inriktningar och var uppbyggda utifrån till synes olika definitioner av omvårdnad. Riktlinje A, benämnd; PM, Checklista intox: Riktlinjer för akut omhändertagande av patient som intoxikerat sig, är uppbyggd i punktform för sjuksköterskans arbete med patienterna i huvudsakligen kronologisk ordning från ankomsten till akutmottagningen. Merparten av åtgärderna är medicinska eller utgår från ett medicinskt omvårdnadsfokus, exempelvis ”Tag omvårdnadsstatus. Vad har pat. tagit?, Hur mycket och vilken tid?”.

Riktlinje B, med titel; PM, Handläggning av berusade/drogpåverkade på akutmottagningen, representerar också en huvudsakligt medicinsk omvårdnad. Riktlinjen utgår också från ett kronologiskt perspektiv, med utgångspunkt från huruvida sjuksköterskan skall triagera patienten sedvanligt eller, baserat på angivna exklusionskriterier, tillkalla läkare från respektive specialitet för bedömning. Riktlinjen innehåller förhållandevis få omvårdnadsåtgärder, och rekommendationerna formuleras exempelvis enligt modellen ”Berusad eller drogpåverkad patient som kommer gående till akutmottagningen ska genomgå avancerad triage enligt RETTS inklusive alkometertest, för bedömning av patientens somatiska tillstånd och besiktning av patienten för bedömning av berusningsgrad och beslut om fortsatt handläggning”.

Riktlinje C, namngiven; Övergripande rutin för omvårdnad, Omhändertagande av GHB-förgiftad patient, berör främst remittering av patienter för fortsatt vård efter vistelsen på akutmottagningen och avser främst läkarens arbetsuppgifter. Exempel på åtgärder är anmälan enligt Socialtjänstlagen (SOL) vilken görs ”av behandlande läkare eller av läkaren utsedd person med delegation att utföra uppgiften”. Att denna riktlinje inte exkluderats från studien

är främst på grund av dess titel och därför att berörd akutmottagning tillförsänt författarna dokumentet och således följaktligen definierat detta som en riktlinje för omvårdnad.

Riktlinje D, benämnd; PM - Omvårdnad, Intoxikation, är en utförlig beskrivning av sjuksköterskans medicinska övervakning av patienten samt omvårdnadsåtgärder och omsorgsrelaterade tankegångar kring patientens psykosociala problematik och vårdarens bemötande. Ett representativt utdrag ur denna riktlinje är att ”Det är av stor vikt att patienterna känner sig sedda och att det finns tid för dem”.

Slutligen är Riktlinje E; Riktlinjer, Intoxikerad patient med suicidmotiv, Omvårdningsriktlinjer för bemötande, fokuserad på omvårdnaden i avseende på bemötande av den suicidala intoxikationspatienten. Riktlinjen inleds med en bakgrund om patientgruppen och personalens bemötande av densamma, varefter de rekommenderade åtgärderna kortfattat presenteras i punktform. I bakgrunden synliggörs en omvårdnadssyn utifrån att ”en patient som vaknar upp efter ett suicidförsök befinner sig troligen i ett chocktillstånd, där denne använder alla sina psykiska resurser för att distrahera sig bort från verkligheten /.../ Det kan vara svårt att alltid finnas till hands för dessa patienter med tanke på det stressiga arbetsklimat som tidvis råder på akuten, men det är viktigt att de inte negligeras eller på annat sätt behandlas med nedlåtenhet”. Det är således främst riktlinje D och E som bygger på en omvårdnadssyn som undertecknande valt i denna studies begreppsdefinition.

Granskning med AGREE II

Granskningen av riktlinjerna har skett utifrån respektive riktlinjes inriktning, och om än flertalet nämnare inom vissa domäner är gemensamma oavsett riktlinjeskategori bör jämförelser ske med försiktighet. Tabell 6 är utformad efter inspiration från Brouwers et al. (2010a) och illustrerar resultatet från bedömningen av riktlinjerna A-E. Bedömningskillnader och poängsättning beskrivs därefter separat för varje domän. Bedömningen resulterade i genomgående låg evidensgrad för samtliga riktlinjer, och ingen av riktlinjerna uppnådde domänresultat över den 60-procentsgräns som skaparna till AGREE II menar motsvarar ett bra resultat (Brouwers et al., 2010a).

Tabell 6 Granskning av riktlinjer enligt AGREE II

Domän	A	B	C	D	E
Frågor					
Mål och syfte					
1. Riktlinjens övergripande mål beskrivs ingående.	2	2	4	2	3
2. Är den specifika hälsofrågan beskriven på ett heltäckande sätt i riktlinjen?	1	1	4	5	1
3. Är populationen (patient, målgrupp, etc.) som riktlinjen är syftad att användas för specifikt angiven?	2	1	4	5	3
Beräknade poäng (%)	2/18	1/18	9/18	9/18	4/18
	11,11	5,56	50,00	50,00	22,22
Berörda intressenters delaktighet					
4. Den arbetsgrupp som tar fram riktlinjer inkluderar personer från samtliga yrkesgrupper.	1	1	1	1	1
5. Har visningar och preferenser för den tänkta populationen (patienter, målgrupp, etc.) eftersökts?	1	1	1	1	2
6. Riktlinjens målgrupp är tydligt definierade.	1	2	1	2	1
Beräknade poäng (%)	0/18	1/18	0/18	1/18	2/18
	0,00	5,56	0,00	5,56	11,11
Stringens (noggrannhet) i framställningen					
7. Systematiska metoder har använts för att söka efter evidens.	1	1	1	1	1
8. Evidensens urvalskriterier beskrivs tydligt.	1	1	1	1	2
9. Den vetenskapliga grundens styrkor och begränsningar har tydligt beskrivits.	1	1	1	1	1
10. De metoder som använts för att formulera rekommendationerna beskrivs tydligt.	1	1	1	1	1
11. De positiva hälsoeffekterna samt biverkningarna och risker har beaktats när rekommendationen har formulerats.	1	1	1	2	1
12. Det finns en tydlig koppling mellan rekommendationerna och stödjande evidens.	1	1	2	1	1
13. Riktlinjen har granskats av externa experter före publicering.	1	2	2	2	3
14. Metoder finns framtagna för att uppdatera riktlinjen.	1	5	1	1	1
Beräknade poäng (%)	0/48	6/48	2/48	2/48	3/48
	0,00	12,50	4,17	4,17	6,25
Tydlighet och framställning					
15. Rekommendationerna är specifika och entydiga.	2	2	2	2	2
16. De olika alternativen för hur man hanterar ett tillstånd eller hälsotillstånd är tydligt preciserade.	1	1	1	1	1
17. Huvudrekommendationerna är lätta att urskilja.	2	5	1	2	5
Beräknade poäng (%)	2/18	6/18	1/18	2/18	5/18
	11,11	33,33	5,55	11,11	27,78
Tillämpbarhet					
18. Riktlinjen beskriver faciliteter och barriärer för dess applicerbarhet.	1	1	1	3	2
19. Riktlinjen föreslår råd och verktyg till hur rekommendationerna kan bli omsatta i praktisk verklighet.	1	1	1	1	1
20. Den potentiella innebörden av resursåtgång vid tillämpningen av rekommendationerna har övervägts.	1	1	1	1	1
21. Riktlinjens presenterar monitorerings- och/eller kontrollkriterier.	3	3	1	1	3
Beräknade poäng (%)	2/24	2/24	0/24	2/24	3/24
	8,33	8,33	0,00	8,33	12,5
Redaktionell självständighet					
22. Grunden och innehållet för riktlinjen har inte influerats av några finansiella intressen.	2	2	2	2	2
23. Motstridigheter inom arbetsgruppen av riktlinjen har tagits upp och dokumenterats.	1	1	1	1	1
Beräknade poäng (%)	1/12	1/12	1/12	1/12	1/12
	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33

Övergripande analys av riktlinjen

1. Värdera den totala kvaliteten på riktlinjen.	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg
2. Jag skulle rekommendera den här riktlinjen.	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Författarnas egen översättning efter Brouwers et al. (2010b).

Mål och syfte

I AGREE-instrumentets första domän, vilken bedömer huruvida riktlinjens syfte tydliggjorts och om den berörda hälsofrågan och patientgruppen beskrivits och specificerats, återfinns granskningens högsta poängnoteringar. Poängtilldelningen grundas på tydligheten i riktlinjernas upplägg, definitioner, skriftspråk respektive layout. Både riktlinje C och D uppnår här sina högsta noteringar med vardera 50%, vilket också är de högsta värden som framkommit i granskningen.

Riktlinje C har ett tydligt formulerat syfte under en separat punkt, och den berörda hälsofrågan samt riktlinjens och implikation är ytterligare tydliggjord under rubricerad bakgrund. Titeln stämmer dock inte riktigt överens med rutinens målsättning, då denna indikerar att riktlinjen avser omvårdnad, men syftet berör främst läkarens yrkesarbete varvid poängtilldelningen således inte erhåller högre bedömningsvärden. Granskarna noterar även att patientgruppen i fråga är angiven och avgränsad genom att man uppger att riktlinjen berör ”Alla patienter som vårdas på [sjukhusets namn] för akut GHB-förgiftning”. Det är dock oklart vad som avses med ordvalet ”akut” och hur länge man då betraktar att förgiftningen i fråga är akut. Vidare övergår texten i utgångspunkten att patientgruppen utgörs av ungdomar, trots att man initialt tillämpar ordvalet ”alla”, samt att man inte angivit någon avgränsning beträffande eventuell åldersgrupp. Målsättningen i riktlinje D är inte uttalat beskriven utöver att titeln anger att riktlinjen berör ”omvårdnad” och ”intoxikation”, däremot är patientgrupp och avsedd hälsofråga tydligt beskrivna inkluderande symtombild, bakomliggande orsaker och syfte, intoxikationsämnen, administreringsväg, typpatienter samt vanligt förekommande samsjuklighet.

Riktlinje B saknar en uttalat beskriven målsättning utöver att titeln anger att riktlinjen berör ”handläggning” och patientgruppen är heller inte definierad utöver namnbeskrivningen i titeln ”berusade och drogpåverkade patienter”. Hälsofrågan framgår således inte tydligt då varken berusning eller åsyftade droger beskrivs. Vem som utgör typpatient, hur patientgruppen som riktlinjen avser känns igen, samt en eventuell avgränsning för vilka inom gruppen som riktlinjen avser saknas. På motsvarande sätt är heller inte målsättningen för riktlinje A

beskriven utöver att titeln anger att riktlinjen berör ”akut omhändertagande”. Patientgruppen definieras inte utöver namnbeskrivningen ”patient som intoxikerat sig”. Även en beskrivning av vem som utgör typpatient, eller hur patientgruppen som riktlinjen avser skall kännas igen i praktiken saknas varvid hälsofrågan således inte är välbeskriven.

Riktlinje E har ingen explicit rubricerad eller angiven målsättning, men finns att läsa mellan raderna. Texten inleds med en bakgrund om patientgruppen och den omvårdnad man önskar ge inom verksamheten. Titeln specificerar vidare att omvårdnadsriktlinjen i fråga fokuseras vid bemötandet av denna patientgrupp. Hälsofrågan är däremot endast betitlad, men inte beskriven eller definierad. Riktlinjen har även förlorat bedömningspoäng då dess titel anger en patientavgränsning till ”intoxikerad patient med suicidsyfte”, men något förtydligande för hur dessa patienter sällas från övriga framkommer dock inte.

Berörda intressenters delaktighet

Bedömningarnas sämsta poängresultat återfinns inom denna domän, där både riktlinje A och C erhållit en totalsummering om 0%. Samtliga riktlinjer saknar beskrivning för frågepunkterna i domänen. För samtliga riktlinjer råder oklarheter kring textförfattarnas respektive yrkeskompetenser varvid det inte går att bedöma huruvida riktlinjerna skapats utifrån olika former av multiprofessionella samarbeten. Det framgår heller inte om man vid framställningen tagit hänsyn till åsikter inom patientgruppen eller bland riktlinjens tillämpare för de rekommendationer som presenteras. I riktlinje E förekommer referenshänvisning till en socialpsykologisk bok ”Att möta människor i kris”, men det är oklart om denna bidragit med åsikter vilka kan representera grupperna av patienter eller tillämpare och övriga riktlinjer saknar referenser helt.

Samtliga riktlinjer är också otydliga med sin målgruppsbeskrivning vad beträffar tillämparna och vem riktlinjen är avsedd för. I riktlinje B, D och E tillämpas ordvalen ”omvårdnad” respektive ”omvårdnadsriktlinje” i titeln vilket bör indikera att målgruppen utgörs av respektive verksamhets omvårdnadspersonal. Eventuell ansvarsavgränsning mellan sjuksköterskor, undersköterskor och eventuella övriga personalkategorier med denna typ av arbetsuppgifter görs dock inte. I riktlinje A ges också endast en vag indikation om mottagargruppen i form av ordvalet ”akut omhändertagande” i titeln, vilket än mindre anspelar gentemot någon specifik målgrupp. Vid granskningen av riktlinje D framkom också

en viss förvirring beträffande tillämpargruppen då titeln anger ”övergripande rutin för omvårdnad” vilket främst enligt ovan beskrivning tolkas som att riktlinjen bör beröra verksamhetens omvårdnadspersonal, medan en annan rubrik anger ”Ansvar: Patientansvarig läkare på akutmedicinsk klinik inom [sjukhusets namn]”, vilket väl främst antagits skall tolkas avse det medicinska patientansvaret.

Stringens i framställningen

Även inom denna domän, vid vilken riktlinjernas vetenskaplighet, framställningsbeskrivning och evidensbaseringsgranskas, erhåller riktlinje A bottennotering om 0%. Övriga riktlinjer uppnår också övervägande låga poäng och samtliga riktlinjer saknar beskrivning av eventuell vetenskaplig förankring och evidensövertägning av respektive rekommendationer. Detta då ingen av de granskade dokumenten tillämpar korrekt referenshantering eller redovisar eventuell datainsamling och analys; samtliga saknar beskrivning för huruvida en systematisk metod tillämpats och hur faktainsamlingen skett, formuleringsmetoderna är inte beskrivna och det finns heller inga tecken till att övertägningar av för- respektive nackdelar gjorts för varje rekommendation. Ingen av riktlinjerna berör heller om eventuella risker, biverkningar eller positiva hälsoeffekter för de interventioner som beskrivs begrundats vid riktlinjernas författande. Endast en av riktlinjerna, E, tillämpar någon form av källhänvisning, och tillämpar då en bok från 1995 vilken inte är vårdvetenskaplig.

Det finns heller inga hållpunkter för att någon av riktlinjerna skulle vara granskade av extern sakkunnig före dess publicering. Flera av riktlinjerna namngår faktaansvarig person, alternativt godkännande eller revidering, av annan person än angivna författare, men kan ej poängtilldelas för detta då funktions- eller kompetensangivelser saknas. Riktlinje E har dock erhållit poäng för att riktlinjen godkänts och reviderats av verksamhetschefen vilket i detta fall tolkats som en bedömning av utomstående sakkunnig.

Merparten riktlinjer uppvisar också stora brister beträffande planerad uppföljning och uppdatering av rekommendationerna. Endast riktlinje B innehar en framtagen metod för uppdatering av riktlinjen där tidplan med färskt godkännandedatum, angivet slutligt giltighetsdatum samt planerat revisionsdatum återfinns. Revisionsdatumet ligger också en månad före giltighetstidens slut vilket indikerar att man inom verksamheten avsatt tid för sammanställning av en uppdatering. Riktlinje A, C och E saknar angiven planering för ny

revidering och upprätthållandet av dess aktualitet. I riktlinje D anges ett sedan länge passerat utgångsdatum.

Tydlighet och framställning

Domänpunkterna behandlar hur de granskade riktlinjernas rekommendationer framförs och presenteras och tydligheten i riktlinjens struktur. Rekommendationerna i respektive riktlinje bedöms således utifrån huruvida dessa är tydliga och om eventuella olika handlingsalternativ preciserats. Gemensamt för samtliga riktlinjer är att de inom denna domän främst erhållit poäng för tydligheten i respektive upplägg, definitioner och layout, medan behandlingsalternativ och differentieringar ibland varit tvetydiga. Riktlinje B uppnår domänens högsta poängtotal, 33%, och har en tydlig och snabböverskådlig design där åtgärder presenteras i punktform utifrån kronologisk ordningsföljd utifrån patientens ankomst till akutmottagningen och fram till triagering alternativt omedelbar läkarbedömning. Däremot är inte samtliga begrepp som tillämpas i riktlinjerna entydiga utan lämnar utrymme för tillämparens egen tolkning; exempelvis definieras inte vilka symtom eller tillstånd som medför att patienten kan anses som ”intensivvårdskrävande” och en rekommendation om att konsultera psykiater (utan omnämning om narkos-/intensivvårdsläkare) för dessa patienter kan även leda till ytterligare begreppsförvirring.

Även riktlinje E är uppställd i punktform med tydlig design där det går att skönja en huvudsakligen kronologisk åtgärdsföljd för de rekommenderade åtgärderna.

Rekommendationerna i riktlinjen är dock inte entydiga och lämnar stort utrymme för tillämparens egna tolkningar. Preciserade skiljelinjer saknas, exempelvis nämns ”tänk på ev. urinretention, kad. Vid osäkerhet tag bladderscan” men inte vad som utgör indikation för katetersättning. En punkt i texten är också ”Om pat är medvetslös, säkra fria luftvägar! Tänk på aspirationsrisken” men hur man avser att säkra luftvägarna framgår inte, och inte heller hur man definierar patientens medvetslöshet, eller respektive åtgärder beroende på nivåskillnader.

I riktlinje D är symtomatologi och åtgärder sammanställda efter rubriker likt indelningen i VIPS-dokumentation (andning, cirkulation, neurologi, elimination, smärta, hud/vävnad, psykosocialt, bemötande) där respektive handläggande kopplas till nämnda problem.

Riktlinjen ger en generell bild för hur personalen ska omhänderta, monitorera och förhålla sig till patienten utifrån rubriceringar som vårdpersonalen har vana av att förmedla information

utifrån. Texten är däremot inte snabbt överskådlig, och då åtgärder och bakgrundsfakta beskrivs tillsammans blir texten omfattande och kliniskt svårtillämpad. Flertalet besvär anges också som observandum utan åtgärdsförslag och riktlinjen ger främst generella rekommendationer för omhändertagandet. Alternativ för övervakning beroende på tillstånd, riskfaktorer och biverkningar anges men utan respektive tillämpningskriterier.

Riktlinjen E uppnår sin inbördes högsta poängtilldelning inom denna domän, 28%, med har en tydlig, lättläst och snabbt överskådlig design där presenterade åtgärder är skrivna i punktform. Riktlinjen inriktar sig på bemötande men rekommendationerna är stundom tvetydiga med vilken typ av omvårdnad som egentligen avses. Exempelvis anges att ”Det kan då vara mycket svårt att etablera ett fungerande samtal och man bör istället koncentrera sig på yttre omsorg liknande traditionell chockbehandling; patienten skall ges vätska och värme”. Granskarna menar att det här blir otydligt om man avser medicinska åtgärder i form av att ge dropp, om man ser det som en handling länkat till bemötande att förse patienten med vätska och filter, eller om det är någon social form av värme som avses med tanke på att detta är en riktlinje för bemötande. I riktlinjen talas också om ”närvaro och omtanke” men inga alternativ för bemötande, såsom samtalsteknik, kommunikationsattityder eller dylikt, förespråkas.

Riktlinje C erhåller domänens lägsta poäng. Åtgärderna är inte sammanställda separat och texten bedöms ostrukturerad och svåröverskådlig. Generella rekommendationer finns formulerade i punktform, men för mycket text med till synes fel utgångsläge resulterar i ett rörigt upplägg. Vidare är också rekommendationerna bristande i sin tydlighet. Riktlinjen berör främst remittering av respektive patient för fortsatt omhändertagande, men rekommendationerna tar bara upp hur och till vilka vårdinstanser man kan lotsa vidare patienterna beroende på ålder, men inte kriterier för dessa val emellan.

Tillämpbarhet

Samtliga riktlinjer erhåller låga poängtilldelningar inom denna domän. Genomgående saknar alla fem riktlinjer förslag på verktyg för implementering, samt beskrivning av faciliteter och barriärer för dess applicerbarhet. Bakgrundsbedömningar för de verksamheter inom vilka respektive riktlinje skall tillämpas saknas och angivna beräkningar för den resursåtgång som rekommendationerna kan komma att innebära saknas i samtliga fall. I riktlinje D och E skönjas dock ett kritiskt tänkande för huruvida riktlinjerna är möjliga att efterfölja kliniskt.

Texten i riktlinje E belyser exempelvis personalens svårighet att börja ett samtal med patienten, och att ”det kan vara svårt att finnas till hands för dessa patienter med tanke på det stressiga arbetsklimat som tidvis råder på akuten”. Denna riktlinje saknar här åtgärdsförslag för att lösa exempelvis tidsbrist, såsom eventuell inringning av personalförstärkning, omfördelning av befintliga personalresurser, assistans från tjänstgörande koordinator med mera. Riktlinje D hänvisar däremot till att man vid motsvarande tillfällen då personalbrist föreligger när en patient har stort övervakningsbehov, enligt hänvisning till PM för inkallning av ytterligare personal kan inkalla resursförstärkning.

Riktlinjerna brister också i att ange gränsvärden och mätmetoder för förekommande monitorering och kontroller. Denna punkt är dock i viss mån svårbedömd för omvårdnadsriktlinjer då jämförbara värden inte alltid föreligger för denna typ av omhändertagande. Riktlinje A och E har därför erhållit högst poängtilldelning på denna punkt, trots att de egentligen inte anger några gränser, då de båda rekommenderar att patienten inte skall lämnas ensam. Detta tolkas således som en övervakningsklassificering (kontinuerlig övervakning av personal). Några möjligheter att skatta patientens mående (exempelvis varningssignaler såsom tecken till begynnande förändring i sinnesstämning, aggression, hot och våld) relaterat till vilka monitoreringsåtgärder som behövs beskrivs inte. I riktlinje B anges heller inga gränsvärden eller mätmetoder för att sälla ut patienterna enligt de exklusionskriterier riktlinjen bygger på, däremot hänvisar man till intagningskriterier för Beroendeenheten varvid man gör en distinktion för vilka kriterier som gäller mellan denna typ av vård och vård inom somatiska kliniker; ”om patienten efter läkarbedömning inte bedöms vara i behov av medicinsk vård på somatisk vårdavdelning/Iva, men har fortsatt behov av medicinsk vård/tillsyn”. Här finns således också en viss särskiljning i kriterierna för övervakningsnivå.

Redaktionell självständighet

Samtliga riktlinjer har erhållit likvärdig poängtilldelning. I denna domänbedömning noteras att innehållet i riktlinjerna genomgående ter sig till synes är fritt från externa ekonomiska intressenters påverkan, men att om så verkligen är fallet inte finns explicit uttalat. Det är också oklart om några bestridigheter förekommit vid dess framställning då författarnas respektive godkännarnas framställningsarbete inte är beskrivet i något av fallen. Granskarnas *Övergripande analys av riktlinjen* blir således att kvalitetsvärderingen anses låg för samtliga riktlinjer, och att ingen riktlinje således kan rekommenderas i dess befintliga skick.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats

Valet att tillämpa en kvantitativ metod vilar på de bakomliggande tankarna för studien med önskan om att utforska, kvantifiera och kartlägga förekomsten av evidensbaserade kliniska riktlinjer för omvårdnad av patienter som vårdas på svenska sjukhusbundna akutmottagningar till följd av drogpåverkan. Metoden, vilken rekommenderas av Polit och Beck (2006) för denna typ av studie, fungerade väl och besvarade studiens frågeställning och syfte, vilket i sig också verifierade metodens validitet.

Datainsamling

Enkäten skulle besvaras av en fysisk person på de sjukhusbundna akutmottagningarna och efter resonemang författarna emellan föll valet på att vända sig till de personer som innehar chefskap över akutmottagningens drift, ekonomi och omvårdnadspersonal. Valet blev att benämna denna person som chefssjuksköterska/vårdenhetschef till följd av att det inte, varken nationellt eller regionalt, gick att finna en entydig benämning för denna position.

Konstruktionen av ett för studien representativt och intresseväckande missivbrev innebar en utmaning, och den slutliga versionen som sändes ut till respondenterna fick inte den skärpa och tydlighet som författarna hade önskat. Det kan inte uteslutas att detta haft inverkan på svarsfrekvensen. Vid bortfallsanalysen framkom även att utskick med traditionella brevöversändelser kan ha inverkat negativt på svarsfrekvensen då det från chefssjuksköterskor/vårdenhetschefer framfördes kritik över att utskicken inte gjorts via mejl. Vid bortfallsanalysen bekräftade också fem akutmottagningar att de inte hade fått något av de brev som tillskickats dem varför författarna misstänker att postgångsproblematik skulle kunna vara en anledning till uteblivna svar då studiens missivbrev inte adresserats med namngivelser utan endast tituleringen chefssjuksköterska/ vårdenhetschef och därför inte utdelats korrekt internt inom respektive verksamhet.

Antalet demografiska frågor i enkäten, dess framställning och formulering, kan även ha inverkat på det slutliga antalet respondenter. Exempelvis kunde frågeställningar ha varit tydligare angående antalet akutläkare som var anställda på akutmottagningen, där en distinktion borde ha gjorts så att det tydligt hade framgått att det var akutläkarspecialiteten som efterfrågades. I efterhand har författarna även upplevt att ett förtydligande för

sjuksköterskors specialistutbildningar möjligtvis kunde ha hjälpt respondenterna att besvara frågan och generera enhetligare svar. Även själva arbetet med postenkäten var mer tidskrävande än författarna beräknat vilket ledde till ytterligare insikt i tidsdispositionen i arbetsprocessen.

Analys

Då de inkomna riktlinjerna visade sig vara begränsade förändrades studiens inriktning under forskningsprocessens gång. Då tilltänkta statistiska beräkningar beträffande bakomliggande faktorer för förekomst respektive avsaknad av omvårdningsriktlinjer för drogpåverkade patienter vilka författarna initialt hade önskat, kunde inte utföras med det knapphändiga antalet inkomna riktlinjer. Kvantitativ svarsdata redovisas därför endast med hjälp av deskriptiv statistik (Ejlertsson, 2003). Då tidigare empiri dock påvisat faktorer vilka påverkar förekomsten av evidensbaserad praktik vid akutmottagningar (Muntlin, Carlsson & Gunningberg, 2010) fanns en misstanke om att förklaringar till det låga antalet riktlinjer och dess bristande evidensgrad stod att finna i studiens bifynd. Från studiens enkätfrågor framkom en dyster bild av situationen beträffande vårdkontexten vid de svenska akutverksamheterna, varför omfattande textyta tillskrevs att illustrera studiens demografiska resultat och utförligt beskriva studiedeltagarna. Beräkningar och grupperingar av resultatet länkades sedan mot dessa bakgrundsfakta. Resonemang förs också i studiens resultatdiskussion kring de mätvärden som kunde illustrera tidigare framforskade förklaringar till bristande evidenstillämpning inom akutverksamheter.

Det framkom också tidigt under resultatsammanställningen att de fem dokument vilka erhöles från akutmottagningarna utifrån efterfrågan av verksamheternas riktlinjer för omvårdnad av drogpåverkade patienter inte motsvarade studiens och tidigare empiris riktlinjesdefinition. Bedömningen utfördes dock utifrån AGREE II såsom tilltänkt då granskningsinstrumentet kan tillämpas på lokal nivå (Brouwers et al., 2010a). Validiteten i analysresultat från de sex domänerna i AGREE II ansågs god då en jämförelse mellan författarnas poängtilldelning överensstämde väl. Bedömningen i AGREE II sker dock utifrån den enskilde användarens förmåga att tolka den förklarande texten som ligger till grund för analysen (Brouwers et al., 2010a), varför bedömningens reliabilitet ej kan garanteras helt då nämnda författare är oerfarna av bedömningsinstrumentet. Tillhörande manual med förklaringar för instrumentets tillämpning är dock enkel och lättförståelig i sin utformning och anses säkerställa godtycklig tillämpning även för den ovane användaren (Brouwers et al., 2010a). Resultatet från

riktlinjesgranskningen med AGREE II redovisas i tabellform utifrån inspiration från hur verktygets upphovsmän själva valt att illustrera denna bedömning (Cluzeau, 2003; Brouwers et al., 2010a) och metoden har även tillämpats av andra publicerade studieförfattare (MacDermid et al., 2005; Hurdowar et al., 2007; Tan et al., 2010; Zadvinskis & Grudell, 2010). För att förtydliga grunden för respektive poängtilldelning beskrevs också bedömningen av riktlinjerna i text för varje domän separat.

Tillämpningen av AGREE II upplevs ha fungerat väl och i möjligaste mån motsvarat dess avsikt, om än det bör nämnas att det föreligger en svårighet i att tillämpa kvantifierande bedömningsverktyg såsom AGREE på omvårdnadsriktlinjer. Instrumentet är utvecklat och huvudsakligen tillämpat inom ett medicinskt paradig, och i granskningen efterfrågas mätmetoder, gränsvärden och ”svart-vit fakta”. Även om vårdvetenskapens och medicinens respektive innebörder av evidensbegreppet kan anses rymmas inom den granskning av riktlinjernas framställning som utförs med AGREE, har författarna ställts inför frågan om alla förehavanden inom omvårdnad låter sig kvantifieras enligt de punkter som AGREE-verktyget bygger på. Precis som nämnts tidigare i studien har Eriksson et al. (1999) lyft problematiken med att vårdvetenskapens frågeställningar inte alltid lämpar sig för granskning utifrån medicinens föredragna metodologi; vissa aspekter inom omvårdnad kanske utgör BRIO-klossar vilka inte kan eller bör tvingas in i de hål på träfigurslådan där de egentligen inte passar. Ett verktyg såsom AGREE, vilket vill översätta dessa ”mjuka” ord till skattbar hårddata, kan således innebära problematik.

Detta fenomen framträdde i studiens analysprocess vid bedömningen av Riktlinje D och E, vilka har ett omsorgsinriktat omvårdnadsfokus och berör personalens bemötande av patienten och dennes psykologiska mående. Tankegångarna i riktlinjerna bär vårdvetenskapligt släktskap och var därför svårbedömda utifrån exempelvis punkt 15 (Rekommendationerna är specifika och entydiga), 16 (De olika alternativen för hur man hanterar ett tillstånd eller hälsotillstånd är tydligt preciserade) eller 21 (Riktlinjen presenterar monitorerings- och/eller kontrollkriterier). Dessa frågepunkter utgör dock inte huvudfokus för granskningen i AGREE, och då bedömningen av riktlinjernas utvecklingsprocess och evidensbaserings skett på motsvarande villkor anses inte ovan nämna dilemma i alltför påtaglig utsträckning påverkat den totala bilden av studieresultatet. Reflektionerna kan dock utgöra implikation för framtida forskning utifrån annan metodologi, där värderingsgrunder bättre lämpade för dessa kvaliteter kan tillämpas.

Resultatdiskussion

Förekomst av kliniska omvårdningsriktlinjer för drogpåverkade patienter

Studien visar att kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter endast förekom vid fem av de 45 deltagande akutmottagningar, motsvarande 11%. Författarna anser att detta är ett lågt antal med tanke på att benägenheten att tillämpa kliniska riktlinjer i omvårdnadsarbetet i övrigt är förhållandevis hög, då förekomsten av olika former av omvårdningsriktlinjer uppkommer till 77% inom samma grupp.

Studier har identifierat drogpåverkade som en patientgrupp i särskilt behov av kliniska riktlinjer (Boyce et al., 2006; Jenner et al., 2006; Ford et al., 2008; Kelleher & Cotter, 2009; Natan et al., 2009). Patienterna har ett omfattande multiprofessionellt vårdbehov, där sjuksköterskans ansvar omfattar så väl medicinsk observation relaterad till komplikationer i form av olika toxidrom samt eventuella bieffekter från insatta behandlingsåtgärder, som avancerad omvårdnad utifrån patientens individuella psykiska och sociala resurser och stödbehov (Jenner et al., 2006). Akutsjuksköterskan måste tillhandahålla kompetent omvårdnad omfattande både direkt åtgärdande av akut problematik och omedelbart livshotande tillstånd, och mer långsiktig behandling i form av riskbedömningar samt planering för fortlöpande uppföljning och utvärdering (Boyce et al., 2006). Kliniska riktlinjer att tillämpa som kunskapsstöd för omvårdnaden torde således vara av stor vikt inom de studerade verksamheterna för att säkerställa att patientgruppen erhåller en god, säker och kompetent vård.

Drogpåverkade patienter utgör också en utmaning för sjuksköterskans professionella vårdutförande då deras ibland avvikande beteenden i kombination med stigmatiserande vårdkulturer och traditionellt låga samhällsstatus kan medföra att sjuksköterskan innehar en negativ attityd gentemot gruppen (Kelleher, 2007; Natan et al., 2009). Riktlinjer vilka förser tjänstgörande personal med standardiserade rutiner för omvårdnaden kan således ses som ett tillvägagångssätt för att förhindra ett bristfälligt omhändertagande till följd av att patientgruppen nedvärderats. Utöver att tillhandahålla kunskap om observationstecken och symtom vilka utgör diagnostiska observandum och föranleder handläggning samt förse vårdaren med de omvårdningsstrategier som är användbara vid de besvär som är vanligt förekommande för drogpåverkade patienter (Jenner et al., 2006) bör därför dessa riktlinjer även utformas i syfte att utgöra ett stöd för vårdarens bemötande av patienten (Boyce et al.,

2006; Cork & Ferns, 2008). Ett vedertaget gemensamt förhållningssätt att arbeta utefter förser då personalen med ett nödvändigt kommunikationsverktyg, och sänder även ut ett tydligt budskap till medarbetargruppen om vilken typ av vårdkultur man önskar eftersträva inom verksamheten (Natan et al., 2009). Rutiner för kommunikationen med dessa individer kan även ses som en arbetsmiljöfråga. Cork och Ferns (2008) påtalar i sin studie om alkoholrelaterat aggressionsbeteende att cirka 5% av vårdpersonalen står för hela 20% av de anmälningar om hot och våldsinceder vilka förekommer på akutmottagningarna. Cork och Ferns menar därför att ett antal individer i medarbetarstyrkan kan antas vara sämre rustade vad gäller kommunikativförmåga och diplomati, och således särskilt gynnas av kommunikativt stöd i sitt arbete (ibid).

Likväl som att den stigmatisering som setts i samhälle, vårdpolitik och vårdkultur gentemot patientkategorin i fråga kan ses som ett starkt argument för att ha riktlinjer är det dock fullt möjligt att denna negativa syn på patienterna också utgör svaret till varför dessa dokument saknas. En nedgradering av den drogpåverkade patientens behov och mänskliga värde medför att indikationen för specifika rutiner och behandlingsplaner för att säkerställa patientsäkerhet och god vård för denna grupp helt enkelt ignoreras, glöms eller prioriteras bort till förmån för andra ”mer intressanta”, viktigare, eller kanske främst önskade och välkomnade patientgrupper.

Förklaring på avsaknaden av riktlinjer för just denna patientkategori kan också antas ligga i den påfallande svårigheten att bedöma dess egentliga storlek och i vilken utsträckning drogpåverkade patienter förekommer inom akutverksamheterna. Från studiens demografiska enkätfrågor framkom att akutmottagningarna hade svårt att precisera antalet personer de vårdar till följd av drogpåverkan, och respondenterna angav bland annat att de inte hade statistik, siffror eller uppgifter som kunde ange detta. Endast 13 akutmottagningar svarade med en tydlig sifferuppgift, och siffrorna spretade så att motsvarande patientandel varierade över hela 16 procentenheter. Även vid de akutmottagningar som hade kliniska riktlinjer för omvårdnaden av denna patientgrupp tycks det råda oklarhet över hur många patienter dessa egentligen berör, då tre av akutmottagningarna hade utelämnat skattningsuppgifter beträffande hur många drogpåverkade patienter de vårdar.

Problemet med registreringen har även åskådliggjorts i tidigare forskning och den bakomliggande orsaken kan vara att det inte finns något brukligt verktyg eller metod i

tillämpning för detta (Anderson et al., 2001; Charalambous, 2002; Indig et al., 2008). I likhet med vad som framkommit i tidigare forskning (Indig et al., 2008) angav också en av akutmottagningarna i studien att de saknade registrerade uppgifter om patientantalet då dessa individer inte alltid söker vård på grund av drogpåverkan utan i stället kommer för andra åkommor, så som buksmärtor eller huvudvärk, och att de därför registreras för dessa sökorsaker/diagnoser. En annan akutmottagning vilken besvarade frågan med siffror baserade på sökordsregistrering för förgiftning/intoxikation påpekade också att de tyvärr ansåg denna mätmetod som missvisande för ändamålet.

Indig et al. (2008) påtalar också att patientgruppens storlek kan vara svåruppskattad då patienterna tenderar att komma i mer koncentrerat antal vid vissa tider, främst kvällar och helger. Relaterat till dessa sökmönster observerar studieförfattarna att det utöver mängdmått också är relevant att bedöma patientgruppens vårdbelastning med patienternas ibland påtagliga vårdtyngd per individ i åtanke. Indig et al. (2008) påpekar att akutmottagningarna generellt har låg personalbemanning vid just de tider drogpåverkade vårdas mest frekvent, varför de med stort vårdbehov eller aggressivt och hotfullt beteende blir särskilt kännbara för personalstyrkan och verksamhetens rullians. Två av de granskade riktlinjerna tar också upp problematiken med den stressiga arbetsmiljön och svårigheterna med att tillgodose den övervakningsnivå som rekommenderas i riktlinjen vid bristande personaltillgång. En av dessa riktlinjer påtalar därför eventuellt behov av att tillkalla ytterligare personal att infinna sig på arbetsplatsen. En reflektion på detta är att det kan tyckas märkligt att man formulerar sina riktlinjer så att dessa kan komma att kräva extra personalresurser, för en patientgrupp som ändå ter sig så pass vanligt förekommande. Svaret till den bristande tillgången på riktlinjer för dessa patienter står kanske således att finna i det faktum att omfattningen av patientgruppen är så pass svårinringad att verksamheterna antingen inte inser vinsterna av att tillämpa riktlinjer för dessa, eller kanske också har svårigheter att leva upp till de rekommendationer de i så fall skulle önska se i skriven text?

AGREE-bedömning

Utifrån AGREE-bedömningen synliggörs en kunskapsbrist ute i den kliniska verksamheten beträffande hur en riktlinje skall vara utformad och framtagen. Riktlinjernas titlar synliggör också att det råder en förvirring kring riktlinjesbegreppets innebörd, där ordvalet används synonymt eller kombinerat med benämningar som PM, rutin eller checklista. De dokument

som inkommit på förfrågan om att få ta del av akutmottagningarnas omvårdnadsriktlinjer för drogpåverkade patienter är inte utformade i enlighet med hur tidigare och aktuella forskare anser att riktlinjer bör framställas (Woolf et al., 1999; Burgers et al., 2003; Grol & Grimshaw, 2003). Samtliga riktlinjer uppvisar påtagliga brister inom alla sex domäner, framförallt fick alla påfallande låga bedömningspoäng i den domän som berör utarbetningsprocessen av riktlinjen, där dess vetenskapliga grund skall återfinnas. Anmärkningsvärt är även att samtliga av riktlinjerna saknade korrekt referenshantering, och att hela fyra riktlinjer helt saknade källhänvisning. Det är också viktigt att riktlinjer som fastslås inte anses statiska utan rekommendationerna måste betraktas som färskvara vilka kontinuerligt är i behov av uppdatering och reevaluering vartefter den bakomliggande kunskapen utvecklas och förändras. Endast en av de granskade riktlinjerna hade en tydlig planeringsangivelse för uppföljning och nytt ställningstagande till dess aktualitet. I värsta fall kan dåligt framtagna respektive uppdaterade riktlinjer leda till att felaktiga rekommendationer efterföljs, varvid patienterna utsätts för risk för potentiella felbehandlingar, vårdskador och vårdlidande.

Det kan tyckas självklart att förutsättningen för att en klinisk riktlinje skall kunna bidra till en kunskapsbaserad vård framförallt ligger vid att denna baseras på evidens vilken systematiskt insamlats, granskats och sammanvägts (SSF, 2008b), men studieresultatet påvisar således att detta inte är den rådande verkligheten på de svenska akutverksamheterna. I AGREE II anges tre bedömningsgrader för dess sista frågepunkt (23), beträffande huruvida riktlinjen kan rekommenderas; att riktlinjen inte kan rekommenderas alls, att riktlinjen kan rekommenderas efter förändringar, eller att riktlinjen kan rekommenderas för tillämpning (Brouwers et al., 2010a). Granskarna anser att det första av dessa alternativ är att föredra för samtliga av de granskade riktlinjerna. Detta då de förändringar som måste till för att förbättra kvaliteten på samtliga riktlinjer är allför omfattande och fundamentala. Att göra om en befintlig riktlinje och baklänges söka evidensbasera rekommendationerna är förmodligen fel väg att gå, och för att skapa en kvalitativ riktlinje måste dennas byggas upp från grunden utifrån en just denna utgångspunkt. En evidensbaserad och vetenskapligt utvecklad riktlinje måste ses som en ”tabula rasa” vilket endast får fyllas med väl övervägt och granskat material.

Det nedslående resultatet från granskningen i denna studie är tyvärr inte unikt, utan tendensen återfinns även tidigare studier där man tillämpat AGREE för bedömning av riktlinjer och erhålligt genomgående bristande kvalitet inom samtliga domäner (Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder & Moran, 1999; Shaneyfelt, Mayo-Smith & Rothwangl, 1999; Grilli,

Magrini, Penna, Mura & Liberati, 2000). Även vid granskning av svenska nationella riktlinjer för astma/allergi respektive diabetes erhöles låga poäng i AGREE (Lindberg, Schöld, Östergren, Tilling & Tunér, 2005). Så som uppmärksammats i denna studie tydliggjordes brister vid kvalitetsbedömningen inom domänen Noggrannhet i framställning, men de granskade riktlinjerna erhöles även låga poäng inom domänerna Redaktionell självständighet, Berörda intressenters delaktighet samt Redaktionell självständighet (ibid).

Vid granskningar av omvårdnadsriktlinjer som publicerats i vetenskapliga tidskrifter och databaser uppmärksammas också bristande kvalitet och stora kvalitetsvariationer (Foureur et al., 2010; Mahmud & Mazza, 2010; Tan, Wolfe, Bulatovic, Jones & Lo, 2010). Resultat från Foureur et al. (2010) studie, där AGREE tillämpades för granskning av sex riktlinjer för vaginal förlossning efter kejsarsnitt, påvisades brister inom flertalet riktlinjer, och trots att ett antal riktlinjer exkluderats till följd av bristande kvalitet förelåg en spridningsskillnad från 0 till 100% mellan riktlinjernas domängraderingar. Också resultatet från Tan et al. (2010) AGREE granskning av 8 internationella behandlingsriktlinjer för psoriasis vulgaris samt Mahmud, och Mazza (2010) granskning av riktlinjer för kvinnor med diabetes förekom spridning i domänresultaten mellan riktlinjerna från 50 till 100%. Vidare noteras också stora variationer och låg poängtilldelning inom flertalet domäner i Wimpenny och Van Zelms (2007) AGREE-granskning av omvårdnadsriktlinjer vid trycksår, där författarnas studieresultat, så som också i denna studie, påvisat brister vid bedömningen av riktlinjernas tillämplighet, dess redaktionella självständighet samt de berörda intressenternas delaktighet i framställningen.

Vårdkontext och tillämpning av evidensbaserad kunskap

Grol och Grimshaw (2003) menar att den kliniska vårdverksamheten inte håller jämna steg med det stora utbudet av ny framforskad kunskap. Bakomliggande faktorer till de svårigheter som ses för implementering av evidensbaserade arbetsmetoder och kliniska riktlinjer kan enligt Bahtsevani, Willman, Stoltz och Östman (2010) utgöras av vilken typ av stöd och vilja som finns inom den berörda personalgruppen för att tillämpa kliniska riktlinjer, i vilken utsträckning avdelningens ledning är engagerad och insatt i implementeringsarbetet samt huruvida förändringsarbetet värdesätts och kontinuerligt följs upp. Införande och värdesättande av evidensbaserade arbetsmetoder förutsätter stort engagemang från ledning, och ett organisatoriskt upplägg vilket främjar införande av nya rutiner med system för informationshantering, tillgodogörande av ny forskning samt individuell kompetensutveckling

(Estabrooks et al., 2008). I Muntlin et al. (2010) studieresultat identifieras barriärer mot organisationsförändringar på svenska akutmottagningar, vilka hämmar möjligheterna till kvalitetsförbättringar, nya rutiner och implementering av evidensbaserad kunskap i vårdverksamheten. Sammanfattningsvis är arten av kunskap, vald implementeringsmetod och den miljö där de nya arbetsmetoderna skall införas avgörande för implementeringens utfall (Kitson et al., 1998).

Den nya Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) lägger fokus på organisationens förutsättningar att ”bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att planera, leda och kontrollera vårdverksamheten” (kap 3 § 1). Förhoppningsvis kan lagen påverka den rådande vårdkulturen, och bidra till att akutmottagningar och sjukhus aktivt eftersträvar implementering av evidensbaserad omvårdnad. Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin och Hayduk (2007) samt Bahtsevani et al. (2010) betonar också chefs- och ledarskapets betydelse för närvaron av vetenskapligt vårdarbete. Tillämpning av en uppmuntrande ledarstil, där sjuksköterskorna stöds i sitt arbete och lockas att utveckla sin kompetens samt sina arbetsmetoder, syftar inte bara till en förbättrad arbetsmiljö för de anställda utan förbättrar även vårdkvalitet och omhändertagandet av patienten (ibid). Det är vidare av stor vikt att klinikledning och förstalinjeschefer intresserar sig för evidensbaserad vårdutvecklingsfrågor, och avsätter tid och ekonomiska medel för arbete med framställning och implementering av kunskapsbaserade kliniska riktlinjer (SFF, 2011). I resultatet från Kajemo et al. (2008) enkätstudie framkom att sjuksköterskor upplever att verksamhetens mål är för snävt uppsatta och hindrar arbetet med att evidensbasera omvårdnaden. Studien påvisade också ett utbrett missnöje med att den närmaste chefen på inte tillhandahöll tillräckligt med stöd för forskning och vetenskapsbetonad vårdutveckling (ibid).

Utbildning och kompetens

Utbildningsnivå har sammankopplats med sjuksköterskans benägenhet att ta till sig nya arbetssätt och förståelse för vikten av evidensbaserad kunskapsgrund (Hannes et al., 2007; Kajermo et al., 2008). Av de responderande chefsjuksköterskorna/vårdenhetscheferna i denna studie svarade 24 av de 45 att de hade genomgått någon form av specialistutbildning. En påtaglig andel (47%) av de tillfrågade cheferna saknade således sjuksköterskespecialisering, och 12 av de som läst vidare visade sig ha gått utbildningar av äldre karaktär. Från de inkomna svaren på studiens demografiska frågor framkom även att en övervägande andel av chefsjuksköterskorna troligen utbildats enligt den tidigare

grundutbildningen, detta baserat främst utifrån deras ålder, angivna examensår för eventuella specialistutbildningar samt antal år i tjänst som chef. Detta medför således att om dessa chefer inte vidareutbildat sig och läst in kandidatexamen i omvårdnad saknar de den vårdvetenskapliga förankring, samt inskolning i vetenskapligt tänkande och tillgodogörande, som dagens grundutbildning avser förse sjuksköterskor med (SSF, 2009b; Willman et al., 2011).

Ur studiens inkomna demografiska svar framkommer också att andelen specialistutbildade sjuksköterskor i medarbetargruppen varierar kraftigt mellan landets akutmottagningar. Mindre akutmottagningar kan naturligtvis tyckas ha en högre andel sjuksköterskor med specialisering till följd av att den enskilde vidareutbildade medarbetaren utgör en större andel av personalgruppen jämfört med förhållandet på större arbetsplatser med fler anställda. Flertalet av akutmottagningarna i de två minsta storleksgrupperna har även olika former av kombinerade verksamheter med exempelvis intensivvård, ambulans och/eller anestesi och operation, vilket förklarar en ökad benägenhet att anställa specialiserad personal. Noterbart är dock att de största akutmottagningarna jämförelsevis har påfallande få anställda specialistsjuksköterskor, även jämfört med de renodlade akutverksamheterna i den näst största storleksgruppen, trots att personalgruppen är större och således rimligen bör rymma fler. Då den nya akutläkarspecialiteten är på frammarsch, och akutklinikerna tillämpar läkarbemanning med fast anställning inom den egna verksamheten, finns en förhoppning om att detta skall ha en positiv inverkan på vårdutveckling och differentiering av akutvården och dess arbetsmetoder (Muntlin et al. 2010). Säfwenbergs (2008) redovisade att det år 2007 vid 11 svenska akutmottagningar fanns läkare anställda att arbeta inom flera specialiteter samtidigt, och att det på fem akutmottagningar fanns läkare med akutvård som specialistkompetens. När undertecknande i denna studies enkätfråga efterfrågade siffror beträffande antalet anställda akutläkare vid respektive mottagning, framkom att 15 akutmottagningar har anställda akutläkare, samt att tre av akutmottagningarna anställer >45 akutläkare. Utifrån svaren kan en distinktion beträffande huruvida dessa är specialiserade eller ej dock inte utföras, men anmärkningsvärt är att hela 29 akutmottagningar svarade att de inte anställer egna läkare, och att detta således saknas vid hela 66% av akutmottagningarna.

Arbetsmetoder och vårdkultur

De arbetsmetoder som styr vårdarbetet på akutmottagningarna efterfrågades också i studiens demografiska frågeenkät. Från svaren framkom att 24 (53%) av akutmottagningarna arbetar

utifrån en teamvårdsbaserad arbetsmodell, där multiprofessionellt samarbete utgör grunden för den enskilda patientens vård. Önskvärt vore om de arbetsmetoder med förbättrat samarbete mellan akutmottagningens yrkesgrupper bidrog till ökat intresse för att specificera akutmottagningens vårdarbete och den typ av vård som bedrivs inom den egna regionen. Resultatet visade dock att påfallande många av de mottagningar som tillämpade teamvårdsprincipen saknade någon form av omvårdnadsriktlinjer. En reflektion är därför huruvida det tvärvetenskapliga arbetet fungerar såsom tänkt. Kanske kan otydlighet beträffande arbetsvisionen med multiprofessionella vårdteam, samt barnsjukdomar och ovana att arbeta gemensamt över yrkesgränserna, medföra att omvårdnaden glöms eller prioriteras bort. Sjuksköterskans ansvarsområde kan här tänkas stå tillbaka för traditionella hierarkier där läkare och medicinska åtgärder står högre, varvid sjuksköterskan förskjuter sitt eget ansvarsområde till förmån för att inta en assisterande roll.

I resultatet från Muntlin et al. (2010) åskådliggörs också en problematik i att sjukhusets organisation och vårdkultur kan bygga på gamla traditioner där sjuksköterskor och läkare tillhör olika organisationskulturer vilket kan leda till bristande samarbete och förmåga att enas kring ett gemensamt förhållningssätt. Resultat från Hannes et al. (2007) studie där sjuksköterskor i fokusgrupper diskuterat evidensbaserad vård utifrån den egna arbetskontexten tydliggör också en hierarki-problematik i form av att läkare ifrågasatte de arbetsmetoder eller behandlingsförslag sjuksköterskorna föreslog, trots ett påtalat vetenskapligt stöd. Vidare hade även sjuksköterskorna i studien en dålig ansvarskänsla för att evidensbasera omvårdnaden (ibid). Kanske kan ett redan sviktande intresse för vårdforskning och kunskapsvaliderat kliniskt arbete från sjuksköterskornas sida således tänkas få ytterligare en törn av negativa och nedtryckande attityder från läkarkollegiet.

Dessa tendenser går även i linje med de resultat Nyström (2002) påvisat i sin studie om sjuksköterskors arbete vid en svensk akutmottagning, där det tydligt framkom hur akutsjuksköterskorna saknade insikt i omvårdnadens innebörd och var djupt involverade i den rådande medicinska vårdkulturen. Läkare och medicinskt vårdarbete hade stark auktoritet och sjuksköterskorna saknade förmåga att ta till sig vårdvetenskaplig kunskap och utveckla sin omvårdnadskompetens. Vårdvetenskapen hade här en undanskymd position där sjuksköterskorna var ointresserade av omvårdnad och negativt inställda till dess kunskapsbaserad, samt oförmögna att se sina patienters behov utifrån ett holistiskt perspektiv. De var också ovilliga att vidareutbilda sig i ämnet då de tyckte att den

omvårdnadsteori de fått under grundutbildningen var tillräcklig, främst eftersom de ansåg medicinsk kunnskap som viktigare och de menade att omvårdnadskunskap ändå inte bidrog till att rädda deras patienter (ibid).

Danielson och Berntssons (2007) studieresultat påvisar vidare hur svenska akutsjuksköterskor rankar de kunskaper de anser att en sjuksköterska behöver i arbetet på en akutmottagning, där biologiska kunskaper upplevs som viktigast (93,8%), därefter medicinska kunskaper (91,5%), humanvetenskap och etik (66,7%), omvårdnad (60,4%), samhällsvetenskapligt kunnande (45,8) och slutligen forskningsmetodik (6,3%). Omvårdnaden kommer således först på fjärdeplats, och kunskaper om forskning och tillvaratagandet av evidensbaserad kunskap faller långt efter övriga områden.

Arbetsituationen på en akutmottagning

En av anledningarna till att riktlinjer behövs i vård och omvårdnad inom just akutmottagningsinrättningar är att verksamheten bygger på snabba vårdprocesser och ibland inbegriper svårberäknade eller oförutsett höga patientflöden (Chu & Hsu, 2011; Nyström, 2003). I den kliniska omvårdnaden finns det sällan tid till reflektion och djupare övervägningar beträffande vilka åtgärder patienten är i behov av, utan den grundläggande kunskapen måste finnas tillgänglig innan sjuksköterskan står vid den fysiska patienten med respektive omgående behov (ibid). Arbetsituationen på akutmottagningen är stressig (Hallin & Danielson, 2007), och tidsbrist, högt arbetstempo samt effektivitetsfokus uppges utgöra ett hinder för sjuksköterskan att utföra ett kvalitativt arbete (Nyström, 2002; Kajermo et al., 2008).

Lyneham, Parkinson och Denholm (2008) framhåller att intuition och känsla för den unika arbetsituationen på en akutmottagning, vilken växer fram utifrån yrkeserfarenhet, är en god egenskap hos akutsjuksköterskan och utgör en viktig komponent i yrkesövning och arbetsförmåga. Av erfarenhet menar dock undertecknande att de sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar har varierande yrkeserfarenhet och anställs ibland innan de varit yrkesverksamma länge nog att utveckla denna typ av kliniska blick eller växa in i sin nya rollidentitet. Riktlinjer som stöd i arbetet kan då enligt författarna utgöra en avgörande skillnad för såväl patientvård som sjuksköterskans kunskapsutveckling och yrkestrygghet. Att dessa riktlinjer bygger på evidensbaserad kunskap och är framtagna enligt vedertagen empirisk praxis är dock en förutsättning för att tillgodose att rutiner och rekommendationer

som efterarbetas verkligen leder till en god och säker vård (SSF, 2008b).

Implikationer

Inga tidigare studier har undersökt förekomsten av kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter vid svenska sjukhusbundna akutmottagningar, varvid studien kan bidra med ny kunskap inom det aktuella forskningsområdet. För vidare forskning föreslås att, med utgångspunkt från vårdvetenskaplig teoretisk referensram gemensamt med strukturen från AGREE, utforma riktlinjer för omvårdnaden av denna patientgrupp.

Konklusion

Resultat från evidensgranskningen enligt AGREE II visar att det inte finns några evidensbaserade kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter på de svenska sjukhusbundna akutmottagningarna. Förekommande riktlinjer i klinisk praktik saknar kunskapsreferenser och är inte utformade enligt vetenskapliga metoder.

REFERENSER

Abed, R.T., & Neira-Munoz, E. (1990). A survey of general practitioners' opinion and attitude to drug addicts and addiction. *British Journal of Addiction*, 85, 131-136.

Anderson, S., Eadie, D. R., MacKintosh, A. M., & Haw, S. (2001). Management of alcohol misuse in Scotland: the role of A & E nurses. *Accident & Emergency Nursing*, 9, 92-100.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., & Östman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 514–522.

Boswell, C., & Cannon, S. (2007). *Introduction to nursing research – incorporation evidence-based practice*. Sudbury: Jones and Bartlett publishers.

Boyce, P., Carter, G., Penrose-Wall, J., Wilhelm, K., & Goldney, R. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 868-884.

Brouwers, M., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. for the AGREE Next Steps Consortium. (2010a). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*. Hämtad 2011, den 25 maj från: <http://www.agreetrust.org/index.aspx?o=1397>

Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Hanna, S.E., & Makarski, J. for the AGREE Next Steps Consortium. (2010b). Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), 1045-1052.

Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Hanna, S.E., & Makarski, J. for the AGREE Next Steps Consortium. (2010c). Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), 472-478.

Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium. (2010d). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Journal of Clinical Epidemiology* 63, 1308-1311.

Bryar, R.M., Jose Closs, S., Baum, G., Cooke, J., Griffiths, J., Hostick, T., et al. (2003). The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Studies*, 40, 73-84.

Burgers, J.S., Grol, R., Klazinga, N.S., Mäkelä, M., & Zaat, A. J. (2003). Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(1), 31-45.

Cape, G., Hannah, A., & Sellman, D. (2006). A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction*, 101, 841-849.

Carrion, M., Woods, P., & Norman, I. (2004). Barriers to research utilisation among forensic mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 613-619.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN]. (2009). *CAN Rapport 117. Drogutvecklingen i Sverige 2009*. Hämtad 2011, den 10 juli från:
<http://www.can.se/documents/CAN/Rapporter/rapportserie/can-rapportserie-117-drogutvecklingen-i-sverige-2009.pdf>

Charalambous, M.P. (2002). Alcohol and accident and emergency department: a current review. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 307-312.

Chu, W., & Hsu, L-L. (2011). The process of acquiring practical knowledge by emergency nursing professionals in Taiwan: A phenomenological study. *Journal of Emergency Nursing*, 37, 126-131.

Cluzeau, F. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. The AGREE Collaboration. *Quality Safe Health Care*, 12, 18-23.

Cluzeau, F.A., Littlejohns, P., Grimshaw, J.M., Feder, G., & Moran, S.E. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 21-28.

Cullum, N., Ciliska, D., Marks, S., & Haynes, R.B. (2008). I: N. Cullum, D. Ciliska, R.B. Haynes, & S. Marks (Red.), *Evidence-based nursing an introduction* (s. 219-230). Oxford: Blackwell Publishing.

Cork, A., & Ferns, T. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part II). *International Emergency Nursing*, 16, 88-93.

Cummings, G.G., Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56(4), 24-39.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 63(22), 4-8.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., & Berntsson, L. (2007). Registered nurses' perceptions of educational preparation for professional work and development in their profession. *Nurse Education Today*, 27, 900-908.

Ds 2001:31. *Departementsserien; Omhändertagande av berusade personer enligt LOB*. Hämtad 2011, den 25 maj från: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/06/92/75683255.pdf>

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K., Nordman, T., & Myllymäki, I. (1999). *Den Trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi.

Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K., & Nordman, T. (2004). *Den Trojanska hästen II. Utvecklandet av evidensbaserade vårdande kulturer*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi.

Estabrooks, C.A., Scott, S., Squires, J.E., Stevens, B., O'Brien-Pallas, L., Watt-Watson, J., Profetto-McGrath, J., McGilton, K., Golden-Biddle, K., Lander, J., Donner, G., Boschma, G., Humphrey, C.K., & Williams, J. (2008). Patterns of research utilization on patient care units. *Implementation Science*, 3(31). Hämtad 2011, den 10 april från: <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-3-31.pdf>

Ferns, T., & Cork, A. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part I). *International Emergency Nursing*, 16, 43-47.

Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2452-2462.

Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2009). Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 112-118.

Foureur, M., Ryan, C.L., Nicholl, M., & Homer, C. (2010). Inconsistent evidence: Analysis of six national guidelines for vaginal birth after cesarean section. *BIRTH*, 37(1), 3-10.

Gerrish, K. (2010). Evidence-based practice. I: K. Gerrish, & A. Lacey (Red.), *The research process in nursing* (s. 488-499). Oxford: Wiley-Blackwell.

Graham, I.D., & Harrison, M.B. (2008). Appraising and adapting clinical practice guidelines. I: N. Cullum, D. Ciliska, R.B. Haynes, & S. Marks (Red.), *Evidence-based nursing an introduction* (s. 219-230). Oxford: Blackwell Publishing.

Grilli, R., Magrini, N., Penna, A., Mura, G., & Liberati, A. (2000). Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *The Lancet*, 355(8), 103-106.

Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal (BMJ)*, 315, 418-421.

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

Göransson, K.E., Eldh, A.C., & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagningen*. Stockholm: Studentlitteratur.

Hallin, K., & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1221-1230.

Hannes, K., Vandersmissen, J., De Blaeser, L., Peeters, G., Goedhuys, J., & Aertgeerts, B. (2007). Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 162-171.

Happell, B., Carta, B., & Pinikahana, J. (2002). Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. *Nursing and health sciences*, 4, 193-200.

Happell, B., & Taylor, C. (2001). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 87-96.

Hermerén, G. (2007). *Hantering av integritetskänsligt forskningsmaterial*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2011, den 10 april från:
http://www.vr.se/download/18.aae1aa51132473084980005790/integritetskansligt_forskningsmateria2l.pdf

Higgs, J., & Titchen, A. (2000). Knowledge and reasoning. I: J. Higgs & M. Jones (Red.), *Clinical Reasoning in the health professions* (s. 72-87). Oxford: Butterworth Heineman.

Hope, A., Gill, A., Costello, G., Sheehan, J., Brazil, E., & Reid, V. (2006). *Alcohol and injuries in the accident and emergency department: A national perspective 2005*. Department of Health and Children. Hämtad 2011, den 25 augusti från:
http://www.dohc.ie/publications/pdf/alcohol_%20and_injuries.pdf

Hurdowar, A., Graham, I.D., Bayley, M., Harrison, M., Wood-Dauphinee, S., & Bhogal, S. (2007). Quality of stroke rehabilitation clinical practice guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 657-664.

Höst, M., Regnell, B., & Runesson, P. (2006). *Att genomföra examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Indig, D., Copeland, J., Conigrave, K. M., & Rotenko, I. (2008). Why are alcohol-related emergency department presentations under-detected? An exploratory study using nursing triage text. *Drug and Alcohol Review*, 28, 584-590.

Indig, D., Copeland, J., Conigrave, K. M., & Rotenko, I. (2009). Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *International Emergency Nursing*, 17, 23-30.

Ingrasoll, G.L. (2000). Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152.

Jenner, L., Spain, D., Whyte, I., Baker, A., Carr, V. J., & Crilly, J. (2006). *Management of patients with psychostimulant toxicity: Guidelines for emergency departments*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.

Jönsson, A., Holmgren, P., & Ahlner, J. (2004). Fatal intoxications in Swedish forensic autopsy material during 1992-2002. *Forensic Science International*, 143, 53-59.

Jönsson, A. K., Holmgren, P., Druid, H., & Ahlner, J. (2007). Causes of death and drug use patterns in deceased drug addicts in Sweden, 2002-2003. *Forensic Science International*, 169, 101-107.

Kajermo, K. N., Unden, M., Gardulf, A., Eriksson, L.E., Orton, M.- L., Arnetz, B.B., & Nordström, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16, 305-314.

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider i vården - vårdarens gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*, 88(28), 4-8.

Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 161-165.

Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors and nurses knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17, 3-14.

Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149-158.

Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (Red.). (2004). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. (6th edition.). St Louis: Mosby.

Lind, M., & Petersson, S. (2003). *Riktlinjer i primärvården vid tre enheter. Kartläggning och bedömning - utvärdering av bedömning instrument*. Forsknings- och Utvecklingsenheten för Primärvård och Psykiatri i Östergötland. FoU-nytt 2003:1. Landstinget i Östergötland.

- Lindberg, M., Schöld, A-K., Östgren, C.J., Tilling, B., & Tunér, K. (2005). AGREE-instrumentet praktisk metod för utvärdering av kliniska riktlinjer. *Läkartidningen*, 41(102), 2942-2945.
- Littlejohn, C., & Holloway, A. (2008). Nursing interventions for preventing alcohol-related harm. *British journal of nursing*, 17(1), 53-59.
- LoBindo-Wood, G., & Haber, J. (2010). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 7th edition. St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Lovi, R., & Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study. *Contemporary Nurse*, 33(2), 166-178.
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 101-108.
- MacDermid, J.C., Brooks, D., Solway, S., Switzer-McIntyre, S., Brosseau, L., & Graham, I.D. (2005). Reliability and validity of the AGREE instrument used by physical therapists in assessment of clinical practice guidelines. *BMC Health Services Research*, 5(18), 1-12.
- Mahamud, M., & Mazza, D. (2010). Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Women's Health*, 10(5), 1-7.
- Mazurek Melnyk, B., Fineout Overholt, E., Fishbeck Feinstein, N., Hong, L., Small, L., Wilcox, L., & Kraus, R. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviewson Evidence-Based Nursing*, 3, 185-191.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104.

- McLaughlin, D. F., McKenna, H., & Leslie, J. C. (2000). The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 435-441.
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 682-686.
- Mehrdad, N., Salsali, M., & Kazemnejad, A. (2008). The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2194-2202.
- Muntlin, Å., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: The reality of emergency care. *Journal Emergency Nurse*, 36, 317-323.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2005). Patient's perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas of quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-105.
- Natan, M. B., Beyil, V., & Netan, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 566-573.
- Nolan, P., & Bradley, E. (2008). Evidence-based practice: implications and concerns. *Journal of Nursing Management* 16, 388-393.
- Nyden, C., Petersson, M., & Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 268-274.
- Nyström, M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden – lack of holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 20(4), 403-417.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning - om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

Oscarsson, L. (2011). Missbruksvården och samhället. I *SOU 2011:6. Statens offentliga utredningar; Missbruket, kunskapen, vården*. Missbruksutredningens forskningsbilaga.

Hämtad 2011, den 9 maj från:

http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/SOU_2011_06.pdfwebb%20hela.pdf

Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 238-245.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, P. E. (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Rassool, G. H., Villar-Luis, M., Carraro, T. E., & Lopes, G. (2006). Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 85-89.

Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor (SENA). (2010). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad 2011, den 10 april från:

http://www.swenurse.se/PageFiles/9103/Nr46_1okt_Kompbeskr_akutweb.pdf

Rosumeck, S., Sporbeck, B., Razany, B., & Nast, A. (2011). Disclosure of potential conflicts of interest in dermatological guidelines in Germany – an analysis – status quo and quo valdis. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 9, 297-303.

Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework - A Framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-30.

Sackett, D., Rosenberg, W.C., Gray, J.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Schöld, A- K. (2006). *Riktlinjer i folkhälsoarbetet riktat mot astma, diabetes, och hypertonisjukdom inom primärvården – ett exempel från Östergötland*. Forsknings- och Utvecklingsenheten för Närsjukvården. FoU-urnalen 2006: 1 Landstinget i Östergötland.

Scott, K., & McSherry, R. (2008). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1085-1095.

Shaneyfelt, T.M., Mayo-Smith, M.F., & Rothwangl, J. (1999). Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281(20), 1900-1905.

SFS 1976:511. *Lagen om omhändertagande av berusad person mm (LOB)*. Hämtad 2011, den 25 maj från: <https://lagen.nu/1976:511>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. Hämtad 2011, den 17 april från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)*. Hämtad 2011, den 24 maj från: <https://lagen.nu/1988:870>

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT)*. Hämtad 2011, den 24 maj från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1991:1128>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2011, den 10 april från: <https://lagen.nu/2003:460>

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 2011, den 17 april från:

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>

Shekelle, P. G., Woolf. S. H., Eccles. M., & Grimshaw, J. (1999). Developing clinical guidelines. *The Western Journal of Medicine (WJM)*, 170, 348-351.

Skinner, N., Feather, N. T., Freeman, T., & Roche, A. (2007). Stigma and discrimination in health-care provision to drug users: the role of values, affect, and deservingness judgements. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(1), 163-186.

Socialstyrelsen. (2003). *Instrument för bedömning av riktlinjer för forskning och utvärdering - AGREE instrumentet*. Hämtad 2011, den 15 april från:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10702/2003-119-1_20031191.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2011, den 15 maj från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2011, den 8 april från:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9406/2006-101-2_20061012.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Slutrapport mars 2011. Hämtad 2011, den 22 april från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18284/2011-3-36.pdf>

SOSFS (1993:17). *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad i hälso- och sjukvården*. (Upphävd 1 juli 2008 med hänvisning till SOSFS (2008:14) *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*).

SOU 2011:6. *Statens offentliga utredningar; Missbruket, kunskapen, vården*.

Missbruksutredningens forskningsbilaga. Hämtad 2011, den 9 maj från:

http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/SOU_2011_06.pdfwebb%20hela.pdf

SOU 2011:35. *Statens offentliga utredningar; Bättre insatser vid missbruk och beroende.*

Hämtad 2011, den 20 maj från:

<http://www.regeringen.se/sb/d/14017/a/167105>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Bilaga 1-5. Mallar etc för bedömning av studiernas kvalitet. (SBU-rapport nr 197).* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2011, den 22 april från:

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Bilagor_triage.pdf

Stenkilsson, M., & Dryver, E. (2011). ABC om intoxication på akuten. *Läkartidningen*, 24-25(108), 1302-1307.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2004). *Kvalitetsrevision av omvårdnad.* Hämtad 2011, den 17 maj från: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Kvalitetsrevisionavomv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (SFF). (2008a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Hämtad 2011, den 10 april från:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (SFF). (2008b). *Strategi för att utveckla vården.* Hämtad 2011, den 11 april från:

<http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Strategi%20f%C3%B6r%20att%20utveckla%20v%C3%A5rden.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (SFF). (2009a). *Svensk Sjuksköterskeförening om omvårdnad och god vård.* Hämtad 2011, den 25 april från:

http://www.swenurse.se/PageFiles/5959/OM_Omvardnad.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2009b). *Svensk Sjuksköterskeförening om sjuksköterskans profession.* Hämtad 2011, den 25 augusti från:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/nr%20107,%201%20sept,%20OM%20proffsionen.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (SFF). (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*. Hämtad 2011, den 10 april från: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Strategi%20f%c3%b6r%20utbildnfr%c3%a5gor.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2011). *Verksamhetsplan 2011-2012*. Hämtad 2011, den 20 augusti från: <http://www.swenurse.se/Svensksjukskoterskeforening/Organisation/Verksamhetsplan/>

Säfwenbergs, U. (2008). Akutläkare är på frammarsch i Sverige. 162 ST-block redan ett år efter den nya specialitetens tillkomst. *Läkartidningen*, 105(4), 205-206.

Tan, J.K., Wolfe, B.J., Bulatovic, R., Jones, E.B., & Lo, A.Y. (2010). Critical Appraisal of Quality of Clinical Practice Guidelines for Treatment of Psoriasis Vulgaris, 2006-2009. *Journal of Investigative Dermatology*, 130, 2389-2395.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Tønnesen, H. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. I *SOU 2011:6 Statens offentliga utredningar; Missbruket, kunskapen, vården*. Hämtad 2011, den 11 maj från: http://www.sou.gov.se/missbruk/pdf/SOU_2011_06.pdfwebb%20hela.pdf

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction – Part 1: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2426-2434.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 422-429.

Wimpenny, P., & Van Zelm, R. (2007). Appraising and comparing pressure ulcer guidelines. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(1), 40-50.

Woolf, S.W., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal (BMJ)*, 318, 527-530.

World Health Organization (WHO) (1969). *International drug monitoring. The role of the hospital. Report of a WHO meeting*. World Health organization Technical report series. No. 425. Hämtad 2011, den 10 april från: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_425.pdf

Zadvinskis, I.M., & Grudell, B.A. (2010). Clinical practice guideline appraisal using the AGREE instrument. Renal Screening. *Clinical Nurse Specialist*, 24(4), 209-214.

Bilaga 1 Missivbrev



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Undersökning av förekomsten av kliniska riktlinjer för omvårdnad av drogpåverkade patienter.

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Magisterprogrammet i vårdvetenskap med inriktning mot akutsjukvård vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Ambitionen med vår uppsats är att skapa ny kunskap kring omvårdnaden till drogpåverkade patienter. Aktuella studier och utredningar framhåller behovet av riktlinjer som stöd för omvårdnaden av drogpåverkade patienter för att tillgodose deras individuella vård. Med drogpåverkad patient menas en person som är påverkad av någon typ av substans eller produkt vilket medfört ett illabefinnande (intoxikation). Det vi avser med omvårdnad är det arbete som sjuksköterskan bär huvudansvar för dvs handlingar som utförs för att lindra lidande och leda till välmående samt en upplevd hälsa hos patienten, utöver medicinska och farmakologiska åtgärder.

Syfte med studien är att granska och kartlägga förekomsten av riktlinjer för omvårdnaden till patienter som söker akutsjukvård till följd av drogpåverkan. För att granska riktlinjer utifrån dess grad av evidens ämnar vi tillämpa Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE). Datainsamlingen sker genom att samtliga chefssjuksköterskor/vårdenhetschefer vid Sveriges akutmottagningar tillfrågas om deltagande. Ert deltagande är frivilligt och ni kan när som helst avbryt er medverkan utan närmare förklaring.

Samtycke till studien ges genom returnering av medskickat frågeformulär och tillhörande riktlinje till författarna. Aidentifiering sker genom att enkäten är försedd med en kod och resultatet kommer att publiceras på ett sådant sätt att personer eller akutmottagningar inte går att identifiera.

Tack för din medverkan.

Karin & Emelie

Karin Nilsson
Leg. Sjuksköterska
Magisterstuderande
boffen@telia.com
Tfn: 0768-803007

Emelie Sundqvist
Leg. Sjuksköterska
Magisterstuderande
emelie-sundqvist@hotmail.com
Tfn: 0736-548757

Henrik Andersson
Leg. Sjuksköterska
Handledare
Högskolan Borås
Tfn: 033-4354779

Bilaga 2 Frågeformulär

Kod:.....

Till responderande chefsjuksköterska/vårdenhetschef

1. Vilket år är ni född? _____
2. Ni är Kvinna Man
3. Hur länge har ni varit anställd med chefsposition på akutmottagningen? _____
4. Ni har specialistutbildning: Ja, inom: _____ Examen år: _____
 Nej
5. Har ni delat chefskapet vid er akutmottagningen?
 Ja, med hur många delar ni chefskapet? _____
 Nej
6. Hur många sjuksköterskor är anställda på akutmottagningen? _____
7. Hur många sjuksköterskor har vidareutbildning ? _____
8. Hur många undersköterskor är anställda på akutmottagningen? _____
9. Hur många akutmottagare är anställda på akutmottagningen?

10. Vilken arbetsmodell styr vårdarbetet/omvårdnadsarbetet?
 parvård sjuksköterska/ undersköterska
 teamvård, sjuksköterska/undersköterska/läkare
 annat:

11. Hur många sängplatser finns på sjukhuset?

12. Hur många patienter tar akutmottagningen emot per år?

13. Hur många av dessa patienter söker till följd av drogpåverkan? _____
14. Har ni kliniska riktlinjer för omvårdnadsarbetet på akutmottagningen?
 Ja, för arbetet med:

 Nej
- 15: Har ni kliniska riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter som söker akutvård? Ja Nej

Om ni besvarat fråga nummer 15 med ja, vänligen bifoga en kopia på riktlinjen samt det material som ligger till grund för riktlinjen så som referenslista tillsammans med denna enkät i det bifogade svarsbrevet.

Tack för er medverkan!

Bilaga 3 Påminnelsebrev



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Undersökning av förekomsten av kliniska riktlinjer för omvårdnad av drogpåverkade patienter.

Påminnelse

Hej!

Under de första dagarna av maj fick ni er tillsänt en inbjudan om att delta i vår studie av förekomsten och granskning av riktlinjer för omvårdnaden av drogpåverkade patienter på svenska akutmottagningar.

Enligt våra noteringar har ni ännu inte besvarat frågeformuläret och returnerat svarskuvertet. Ert svar är mycket betydelsefullt för vår studie och vi är tacksamma om ni returnerar det efterfrågade materialet så fort som möjligt. Om formulär eller svarskuvert förkommit kan ni kontakta oss via mejl eller telefon så att vi kan komplettera detta med ett nytt utskick.

Ert deltagande är frivilligt och ni kan när som helst avbryta er medverkan utan närmare förklaring. Samtycke till studien ges genom att ni returnerar medskickat frågeformulär och tillhörande riktlinje till författarna. Avidentifiering sker genom att enkäten är försedd med en kod. Resultatet kommer att publiceras på ett sådant sätt att personer eller akutmottagningar inte går att identifiera.

Skulle ni redan ha skickat in ert svar kan ni bortse från detta meddelande.

Vi är mycket tacksamma för Er medverkan.

Karin & Emelie

Karin Nilsson
Leg. Sjuksköterska
Magisterstuderande
boffen@telia.com
Tfn: 0768-803007

Emelie Sundqvist
Leg. Sjuksköterska
Magisterstuderande
emelie-sundqvist@hotmail.com
Tfn: 0736-548757

Henrik Andersson
Leg. Sjuksköterska
Handledare
Högskolan Borås
Tfn: 033-4354779