

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP

VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

2011: M201199

Kliniska riktlinjer för patienttillsyn vid Sveriges  
akutmottagningar

ERIKA HÖRLIN

MARLENE MANNINEN



HÖGSKOLAN I BORÅS

VETENSKAP FÖR PROFESSION

Uppsatsens titel: Kliniska riktlinjer för patienttillsyn på Sveriges akutmottagningar  
Författare: Erika Hörlin och Marlene Manninen  
Ämne: Vårdvetenskap  
Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng  
Kurs: Magisterprogram i Vårdvetenskap med inriktning mot Akutsjukvård  
Handledare: Henrik Andersson  
Examinator: Björn-Ove Suserud

## Sammanfattning

Höga patientflöden och långa väntetider för patienter är något alla akutmottagningar kämpar med. Forskning visar att patienter huvudsakligen är ganska nöjda med akutsjukvården men att väntetider upplevs mycket negativt, bland annat på grund av bristfällig omsorg och kontakt med vårpersonalen. Organiserad och standardiserad patienttillsyn kan förbättra patienters upplevelse av vården och därtill patientsäkerheten. En metod att organisera och standardisera vården är användandet av kliniska riktlinjer. Då inga tidigare Svenska studier med fokus på patienttillsyn kunnat identifieras, finns ett behov av att undersöka om det finns kliniska riktlinjer för patienttillsyn på svenska akutmottagningar samt hur de är utformade

Syftet med studien är att granska och jämföra variationer i kliniska riktlinjer som finns för patienttillsyn samt undersöka hur de överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Studien, som omfattar Sveriges samtliga (n=74) akutmottagningar, är gjord med kvantitativ metod och har en deskriptiv, explorativ ansats. En enkät användes för insamlandet av deskriptiv data, för att granska riktlinjerna har instrumentet AGREE använts.

Enkäten riktades till akutmottagningarnas 1:a linje chefer och 50 (68 %) av dessa besvarade den, utav dessa angav 38 (76 %) att de har riktlinjer för patienttillsyn. Slutligen granskades 19 riktlinjer med AGREE. Resultatet visar att vissa riktlinjer har väl beskrivna syften och rekommendationer, men att samtliga riktlinjer saknar vetenskaplig förankring och dokumenterad utvärdering av riktlinjernas tillämpbarhet.

Det finns riktlinjer för patienttillsyn bland Sveriges akutmottagningar, dock kan de granskade riktlinjerna inte rekommenderas då varken vetenskaplig förankring eller kontrollerad tillämpbarhet presenteras. Tillsyn har betydelse för akutvårdens kvalitet varför de befintliga riktlinjerna bör utvecklas. En riktlinje för tillsyn kan belysa områden som smärta, information, basala omvårdnadsbehov samt tillsynsfrekvens, och då reglera en tillsyn som kan vara en del i en god vård på vetenskaplig basis.

Nyckelord: *patienttillsyn, klinisk riktlinje, akutmottagning, AGREE, god vård, patientsäkerhet*

INLEDNING .....	5
BAKGRUND .....	5
Akutmottagningens verksamhet och uppdrag .....	5
Väntetider på akutmottagningen.....	6
Patienters upplevelser av tillsyn på akutmottagning .....	8
Patientsäkerhet på akutmottagning.....	8
Tidigare forskning om regelbunden och individuellt utformad tillsyn.....	9
Begreppet tillsyn.....	10
Kliniska riktlinjer .....	10
Vårdlidande och behovstillfredsställelse .....	11
PROBLEMFÖRMULERING .....	12
SYFTE.....	12
METOD.....	12
Urval.....	12
Deltagare .....	13
Enkät.....	13
Riktlinjer.....	13
Datainsamling.....	13
Instrument.....	14
Enkät.....	14
AGREE.....	14
Bortfall .....	15
Enkät.....	15
Riktlinjer.....	15
Dataanalys .....	15
Forskningsetiska överväganden.....	17
RESULTAT .....	17
Resultat av granskningen med AGREE .....	18
Domän 1: Mål och syfte .....	18
Domän 2: Berörda intressenters delaktighet.....	19
Domän 3: Stringens (noggrannhet) i framställningen .....	20
Domän 4: Tydlighet och framställning.....	21
Domän 5: Tillämpbarhet.....	21
Domän 6: Redaktionell självständighet.....	22
Helhetsbedömning.....	22

DISKUSSION .....	22
Metoddiskussion.....	22
AGREE.....	23
Resultatdiskussion.....	24
Konklusion .....	26
Fortsatt forskning .....	26
REFERENSER.....	27
Bilaga 1	
Bilaga 2	

## **INLEDNING**

Socialstyrelsen har vid olika inspektioner konstaterat att verksamheterna vid landets akutmottagningar huvudsakligen fungerar bra men att förbättringar är nödvändiga inom vissa områden, däribland de långa väntetiderna samt tillsyn av patienterna (Socialstyrelsen, 2011). Långa väntetider och bristande tillsyn är faktorer som påverkar patienter negativt. De negativa upplevelserna kan vara bristande patientsäkerhet och bristande omsorg, det framkommer både via forskningsresultat (Nyström, Nydén, & Petersson, 2003; Larsson Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad, & Wimo, 2004; Wellstood, Wilsona, & Eyles, 2005) och som klagomålsärenden till landets patientnämnder (Patientnämnderna Västra Götalandsregionen, 2011; Patientnämnden i Stockholms län, 2011; Socialstyrelsen, 2003).

Med organiserad och standardiserad tillsyn av patienter kan både patienters upplevelse av vården samt patientsäkerheten förbättras (Meade, Bursell, & Ketelsen, 2006; Meade, Kennedy, & Kaplan, 2010). En metod att organisera och standardisera vården är att använda sig av kliniska riktlinjer (Bahtsevani, Willman, Stoltz, & Östman, 2010; Ilott, Booth, Rick, & Patterson, 2010). Då patienttillsyn påverkar så viktiga faktorer som patientsäkerhet och patientupplevelse är det intressant att undersöka vilka kliniska riktlinjer som finns för detta på akutmottagningarna i Sverige.

## **BAKGRUND**

### **Akutmottagningens verksamhet och uppdrag**

Akutmottagningar i landet är till för att ta hand om akut sjuka och skadade patienter inom samtliga verksamhetsområden. Eftersom efterfrågan på vård vid akutmottagningar varierar kraftigt har de flesta akutmottagningar öppet dygnet runt alla dagar i veckan (Socialstyrelsen, 2011). Utmärkande för en akutmottagning är att patienter med vitt skilda sökorsaker och allvarlighetsgrad tas om hand (Koziol-McLain, Price, Weiss, Quinn, & Honigman, 2000; Wellstood et al, 2005), de flesta som söker sig dit upplever ett eller flera symtom som de känner oro inför (Ekwall, 2010). Patienter anländer huvudsakligen till akutmottagningen via ambulansintag eller akutmottagningens entré (Göransson, Ehrenberg, & Ehnfors, 2005; Widgren & Jourak, 2008) och flödet in till akutmottagningen varierar över dygnets timmar (SBU, 2010).

Patientens tillstånd bedöms och sedan avgörs hur snabbt personen behöver bedömas av läkare för att få medicinsk diagnos och behandling. Behandling och uppföljning sker ibland på akutmottagningen och patienten kan sedan gå hem, i andra fall initieras behandling på akutmottagningen men patienten skrivs in på sjukhus för fortsatt vård (Göransson et al, 2005; Enander, Lethvall, Letterstål, & Öhlén, 2007; Widgren & Jourak, 2008; SBU, 2010).

Akutmottagningen, liksom alla svenska vårdgivare, är ålagd att tillhandahålla god och kvalitativ vård som tillgodoser patientens behov av trygghet och säkerhet i vården (SFS, 1982:763). Socialstyrelsen (2006 a) beskriver en god vård som säker, jämlik, effektiv samt baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessa kvalitetsområden är definierade internationellt men korrelerar även väl med svensk lagstiftning beträffande krav på hälso- och sjukvården. Den goda vården beskrivs vidare som patientcentrerad och given med lyhördhet och respekt gentemot den enskilde för att uppfatta individens förväntningar och värderingar (Socialstyrelsen, 2006 a). Forskning visar att patienter upplever god vård när den enskilda individens behov uppmärksammas (Bell et al., 2007), detta gäller även sjukvårdspersonal som upplever att vården förbättras då den är patientcentrerad (Kjörsberg, Karlsson, Babra, & Wadensten, 2010). Dock upplever akutuårdspersonal att bristen på återkoppling avseende den vård som givits, minskar motivationen att utveckla den goda vården (Nyström, 2003; Lavoie, Plint, Clifford, & Gaboury, 2009).

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskriver att vården ska skapa god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Kvalitén på den vård som ges ska utvecklas och säkras. I januari 2011 kom en ny patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) som syftar till hög säkerhet mot vårdskador, bland annat genom att varje vårdgivare är ålagd att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete (SFS 2010:659).

## **Väntetider på akutmottagningen**

De allra flesta akutmottagningarna i Sverige har bestämda triagesystem för att sortera och prioritera patienterna efter medicinsk angelägenhetsgrad (Widgren & Jourak, 2008; Socialstyrelsen, 2011). Patienter som bedöms mindre allvarligt sjuka får vänta på läkartid till fördel för patienter med mer akuta behov, efter läkarbedömning kan väntetider uppstå till undersökningar, provsvar eller inläggning (Yoon, Steiner, & Reinhardt, 2003; Enander et al, 2007; SBU, 2010).

Väntetiderna på en akutmottagning kan delas upp i olika faser, de kallas vanligen för ledtider och registreras bland annat för att analysera vad som hindrar respektive underlättar

patienternas flöde genom akutmottagningen. Några vanliga ledder är; tid till triage, tid till läkare och total vistelsetid (Socialstyrelsen, 2011). Den totala vistelsetiden innebär den tid som förflyter från patientens ankomst till akutmottagningen till dess att denne skrivs ut (Yoon et al, 2003; Clifford-Brown, Challen, & Ryan, 2010; Göransson & von Rosen, 2010; Oredsson et al., 2011) Vistelsetiderna på landets akutmottagningar skiftar och de genomsnittliga tiderna varierade år 2010 mellan drygt två timmar till fyra och en halv timmar (Socialstyrelsen, 2011). Nash, Zachariah, Nitschmann, & Psencik (2007) från USA redovisar genomsnittliga vistelsetider på drygt fyra timmar och i en svensk studie av Muntlin et al (2006) var vistelsetiden i genomsnitt 3.7 timmar och varierade mellan 0.4 till 15.2 timmar. De patienter som läggs in på sjukhus tenderade att få längre väntetider än de som skrevs ut till hemmet (Muntlin et al, 2006), det resultatet stöds av en engelsk studie (Downing, Wilson, & Cooke, 2004) som även konstaterade att de längre vistelsetiderna drabbade äldre personer samt de som anlät i ambulans.

För att komma till rätta med väntetiderna har flera åtgärder vidtagits på mottagningar runt om i Sverige och andra delar av världen. Triagesystem med olika flödesprocesser har införts vilket har påverkat vistelsetiderna i positiv riktning, exempelvis olika processer för patienter med olika vårdbehov. Exempel på sådana processer är särskild handläggning för patienter som förmodas skrivas in på avdelning, patienter som ska utredas på akutmottagningen eller patienter med mindre skador (Kelly, Bryant, Cox, & Jolley, 2007; Kinsman et al, 2008; SBU, 2010; Quattrini & Swan, 2011). I England infördes år 2004 en tidsgräns på fyra timmars vistelsetid på landets akutmottagningar och det målet uppnåddes i hög grad (Freeman, Croft, Cross, Yap, & Mason, 2010; Weber, Mason, & Carter, 2011). I Webers et al (2011) intervjustudie uttryckte informanter dock risker med att fokusera alltför ensidigt på tider, de menade att kvalitén på vård och patientsäkerhet kan sjunka. Department of Health (Englands hälsodepartement) avskaffade också tidsgränsen under förra året, med hänvisning till att den inte tog hänsyn till varken kvalitet eller resultat av akutsjukvården (Department of Health, 2010).

Nationella och internationella studier visar att patienter upplever de långa väntetiderna på akutmottagningar som mycket negativa på grund av upplevd trist och stressig miljö, oro och sorg bland människor runt omkring, obekväma britsar och bristfällig kontakt med vårpersonalen (Larsson Kihlgren, et al 2004; Wellstood et al, 2005), men att vårdande åtgärder i form av bekräftelse och information kan öka patienters tillfredsställelse och därmed



acceptansen för långa vistelsetider (Cross, Goodacre, O’Cathain, & Arnold, 2005; Ekwall, 2010).

### **Patienters upplevelser av tillsyn på akutmottagning**

Patienter är i huvudsak är ganska nöjda med akutsjukvården (Thompson et al., 1996; Muntlin et al, 2006; Ekwall et al., 2008) men flera studier visar att patienter önskar mer kontakt med vårdpersonalen för att känna sig trygga och bekräftade (Larsson Kihlgren et al, 2004; Gordon, Sheppard, & Anaf, 2010). Patienter i Nyströms (2003) studie ger uttryck för ensamhet, otrygghet och känsla av att vara osynlig då de lämnas ensamma under lång tid på akutmottagningen, vilket stöds av Wellstood et al (2005) vars respondenter saknade vårdpersonal som uppmärksammade deras behov av värme, smärtlindring och mänsklig närhet. Resultatet i Ekwalls studie (2010) pekar på att patienter som haft kontakt med vårdpersonalen under väntetiden är mer positiva till sitt besök på akutmottagningen än de som inte haft det vilket även stämmer överens med Boudreaux och O’Heas (2003) studie. Sammanfattningsvis verkar tillsyn således ha betydelse för patienters upplevelse av vården på akutmottagningar.

### **Patientsäkerhet på akutmottagning**

På akutmottagningar sker tillbud vilket innebär en händelse där patienten kan skada sig, exempel på sådana tillbud är då patienten ramlar ur sin säng eller stol, felaktig medicinering, försenade undersökningar eller då förvirrade patienter ger sig iväg utan att personalen uppmärksammar det (Tighe, Woloshynowych, Brown, Wears, & Vincent, 2005). Ett tillbud åsidosätter patientsäkerheten och orsakerna till tillbudet verkar höra ihop med sjukhusens och akutmottagningarnas organisation samt att antalet patienter överstiger akutmottagningarnas aktuella kapacitet (Tighe et al, 2005; Thomas & Mackway-Jones, 2008; Meade, et al, 2006, 2010). I en studie om patientsäkerhet på amerikanska akutmottagningar (Magid, et al, 2009) uppskattade endast 44 % av personalen att alla patienter kunde observeras på ett adekvat sätt, bara 33 % ansåg att det fanns tillräckligt med vårdpersonal och majoriteten menade att det faktum att de så ofta blev avbrutna i sina sysslor minskade vårdkvalitén.

Friedman, Provan, Moore, & Henneman (2008) visar i sitt resultat att patienter uppfattar och identifierar tillbud och negativa händelser, och menar i sin diskussion att om patienten involveras och är delaktig i sin vård kan patientsäkerheten därför förbättras. I samma studie konstaterades att händelser som uppfattats av patienten och påverkat denne negativt inte

journalförts eller registrerats i det existerande avvikelssystemet. Det kan betyda att patientsäkerheten inom akutsjukvården är sämre än vad statistiken visar.

Genom att implementera riktlinjer för tillsyn finns möjligheter att förbättra patienters säkerhet under sin vistelse på akutmottagningen. Meade et al (2006; 2010) visar i sitt resultat att fallolyckorna sjönk väsentligt i samband med att tillsynsronder infördes, dessutom minskade antalet tillfällen som vårdpersonal blev avbrutna i sitt arbete på grund av kontaktsökande patienter eller anhöriga.

### **Tidigare forskning om regelbunden och individuellt utformad tillsyn**

Genom att införa standardiserad och regelbunden patienttillsyn en gång i timmen har Meade et al (2006; 2010) visat att såväl patienttillfredsställelse, patientsäkerhet samt personalens arbetsmiljö kan förbättras genom vårdande interventioner. Att utforma innehållet i omvårdnadsronden efter patientens individuellt uttalade behov gav bättre resultat än de två omvårdnadsronder då vårdarna enbart följde en checklista vid tillsyn var 30:e respektive var 60:e minut. Att anpassa åtgärderna i samråd med patienten är också förenligt med resultat av Muntlin, Gunningberg, & Carlssons (2008) forskning som visade att olika patienter värdesätter olika typer av vårdande insatser på en akutmottagning. Exempelvis gav patienter med gastrointestinala symtom områdena nutrition, information och generell atmosfär lägre betyg än andra patienter. Muntlin et al (2008) menar att det kan bero på att patienterna med besvär från magen observeras under lång tid på akutmottagningar utan att erbjudas mat och dryck, samtidigt som de kanske har ont. Författarna till studien diskuterar vidare att mat och dryck ju inte alltid kan erbjudas patienter med dessa symtom, men att det vårdande istället kan bestå av regelbunden information som kan bidra till att göra patienten mer delaktig i sin egen vård.

På en akutmottagning innebär patientcentrerad vård just att vårdpersonalen, i samråd med patienten, uppmärksammar individuella behov och tillgodoser dem så att patienten kan känna sig delaktig i den vård som ges. Det kan hos patienten förhindra osäkerhet och känslan av att inte ha någon kontroll över sin situation (Muntlin, Gunningsberg, & Carlsson, 2006; Paavilainen, Salminen-Toumaala, Kurikka & Paussu, 2009). Genom kontinuerlig tillsyn ges patienterna möjlighet att uttala behov av smärtlindring, hjälp till toaletten, oro eller annat. Det skapar trygghet och innebär att deras vistelse på akutmottagningen förbättras (Gordon et al, 2010; Meade et al, 2010).

## **Begreppet tillsyn**

Ordet tillsyn betyder uppsikt eller övervakning (SAOL, 2011) och används exempelvis då myndigheter utövar tillsyn över olika verksamheter. Tillsyn kan också ha en betydelse av omvårdnad och omskötsel - då någon står under någons tillsyn (SAOB, 2005). Det finns i dagsläget inte någon explicit definition av begreppet tillsyn så som den används i vårdssammanhang, icke desto mindre är det numera ett ord som används i vårdlitteratur av olika slag. I omvårdningsmodulen av manualen för triagesystemet METTS beskrivs att tillsynen ökas om en patient bedöms vara förvirrad eller inte klarar att sköta sina toalettbestyr själv. I samma manual skildras att mindre akuta patienter ska erhålla regelbunden tillsyn och att tillsynsansvarig då bevakar att patienten får den omvårdnad som behövs (Widgren, Persson, Martinius, Nilsson, & Jönsson, 2004). Göransson, Eldh & Jansson (2008) exemplifierar tillsyn som en lämplig åtgärd för patienter med ökad fallrisk, men de nämner också begreppet i sammanhang av medicinsk övervakning. Socialstyrelsen använder begreppet tillsyn av patienter i några av sina rapporter (Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen, 2006 b), det förekommer då under rubriken ”tillsyn och övervakning” och i en text skildras ett exempel på tillsyn som att ”titta till” patienten. I förslag till utvecklingsplan för sina akutmottagningar har Västra Götalandsregionen (Analysenheten hälso- och sjukvårdsavdelningen, 2009) konstaterat att alla patienter har behov av omvårdnad, service och information och att tillsyn i dagsläget sker enligt lokala rutiner vilket varierar mellan tillsyn på rummet var 30:e minut till att inga strukturerade omvårdnadsronder finns.

I den här studien avses med begreppet tillsyn att se till patienten. Tillsyn innebär att vårdpersonal möter patienten utifrån dennes behov av omvårdnad samt att omvårdnadsrelaterade risksituationer identifieras. Begreppet tillsyn inkluderar inte medicinska bedömningar, även om tillsyn kan ske parallellt med medicinsk bedömning.

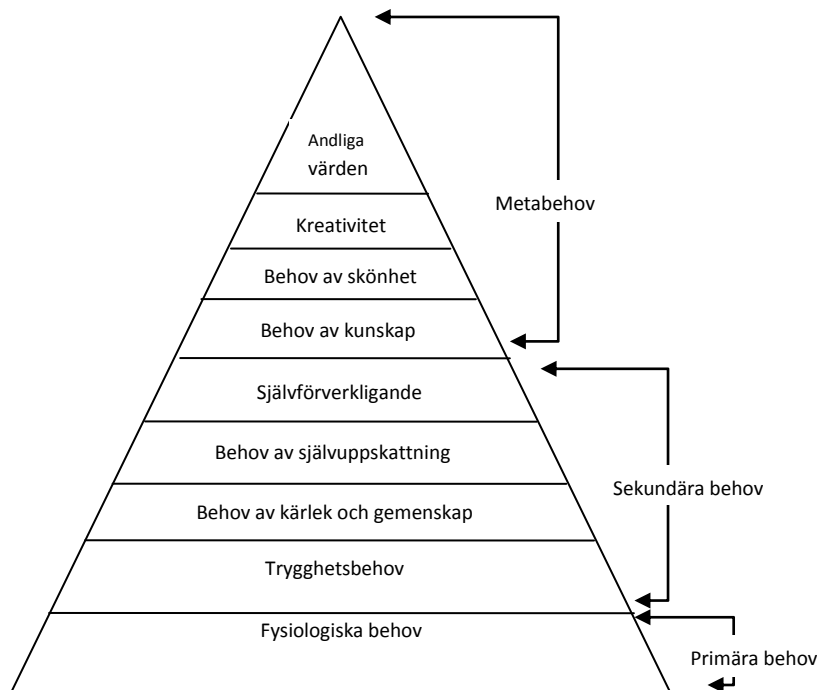
## **Kliniska riktlinjer**

En klinisk riktlinje är ett dokument med syfte att standardisera vården, den ska innehålla slutsatser och rekommendationer om adekvata och effektiva vårdinsatser (Lindberg, Schöld, Östergren, Tilling, & Tunér, 2005; Ilott et al, 2010). Målet med riktlinjer är att minska gapet mellan vetenskap och kliniskt arbete (Lindberg, Schöld, Östergren, Tilling, & Tunér, 2005), ytterligare motiv för att införa kliniska riktlinjer är att de underlättar för vårdpersonalen och förbättrar patientsäkerheten. Genom att bygga riktlinjerna på evidensbaserad kunskap kan patientens situation förbättras. Personalens kunskaper ökar, samt insikten om vikten av

systematiskt sammanställda och kritiskt värderade forskningsresultat (Bahtsevani, Willman, Stoltz, & Östman, 2010). Begreppet evidensbaserad definieras på olika sätt i olika länder, men den gemensamma nämnaren kan sägas vara en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut, det är således ett förhållningssätt avseende hur hälso- och sjukvård ska bedrivas. Begreppet evidensbaserad hälso- och sjukvård beskriver även en process som innefattar forskningsförloppet samt tillämpningen av resultaten (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2006).

## Vårdlidande och behovstillfredsställelse

Då patienten, i en utsatt och sårbar situation, upplever ensamhet och otrygghet kan det betecknas som ett vårdlidande. Ett vårdlidande uppstår enligt Dahlberg & Segesten (2010) då vården inte är vårdande utan istället ger negativa konsekvenser för patienten. Då behov inte uppmärksammas, eller när vårdpersonal förmedlar kyla och ointresse kan besvikelse eller sorg framkallas hos patienten. Vårdare som viker undan med blicken och undviker att mötas är ytterligare en situation som skapar lidande hos den patient som söker kontakt eller stöd. Vårdlidande verkar framförallt uppstå ur en vårdrelation, det är ett lidande att gå miste om det goda som en fungerande relation mellan vårdpersonal och patient borde föra med sig (Dahlberg & Segesten, 2010). Informanterna i studien av Mc Cabe (2004) uttrycker



Figur 1 Maslows behovspyramid, modifierad av författarna från Tamm (2002)

tillfredsställelse och välbefinnade då de vårdas av sjuksköterskor som bemöter dem personligt och med empati. I samma studie skildras patienters frustration, rädsla och känsla av att bli försummade då sjuksköterskan negligerar patienters behov. Inom psykologin används Maslows teori för att beskriva hur mänskliga

behov kan ordnas hierarkiskt efter hur väsentliga de är för individen. Mat, vatten, sömn och

lagom temperatur behövs för individens överlevnad, medan behov av trygghet och gemenskap räknas som sekundära och kommer i följande trappsteg (se figur 1) (Maslow, 1943; Tamm, 2002). När de primära behoven är tillgodosedda kan människan sträva efter att fylla de sekundära. De sekundära behoven ligger alldeles nära de primära och är mycket viktiga, särskilt vid sjukdom då normal trygghet rubbas (Tamm, 2002). Patienter på akutmottagningar ger uttryck för ett vårdlidande då de inte får sina primära och sekundära behov tillfredställda (Larsson Kihlgren et al, 2004; Muntlin, et al. 2006; Nyström 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Akutmottagningar över hela världen brottas stundtals med långa väntetider för patienterna och periodvis är tillsynen av patienterna bristfällig, detta medför en icke patientcentrerad vård samt bristande patientsäkerhet. Den typen av arbetssituation bidrar till moralisk stress och utbrändhet bland sjuksköterskor då viljan att ge god vård hindras av för hög arbetsbelastning (Kilcoyne & Dowlings, 2008).

Då inga svenska studier av patienttillsyn på akutmottagning kunnat identifieras ser vi behovet av att undersöka om det finns kliniska riktlinjer för patienttillsyn på landets akutmottagningar, och hur de i så fall är framställda och utformade.

## **SYFTE**

Syftet är att granska och jämföra variationer i kliniska riktlinjer som finns för patienttillsyn samt undersöka hur de överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.

## **METOD**

Detta är en explorativ, deskriptiv studie med kvantitativ ansats (Polit & Beck, 2006). För att granska riktlinjerna har instrumentet AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) använts.

## **Urval**

Studien har utförts som en totalstudie och omfattar Sveriges samtliga akutmottagningar. En totalstudie innebär att inget urval behöver genomföras och att det således inte finns några urvalsbias att ta hänsyn (Polit & Beck, 2006), då populationen var välavgränsad var det ekonomiskt och tidsmässigt möjligt att genomföra en sådan (Ejlersson, 2003),

För att identifiera aktuella akutmottagningar användes ett register från en nationell studie som utfördes av SBU (2010) omfattande samma urvalsgrupp. Antalet akutmottagningar i registret överrenstämde inte helt med den kliniska verkligheten vilket gjorde att två mottagningar ströks efter telefonkontakt med några sjukhus, antalet sjukhusbundna akutmottagningar som ingick i studien blev herefter 74 stycken.

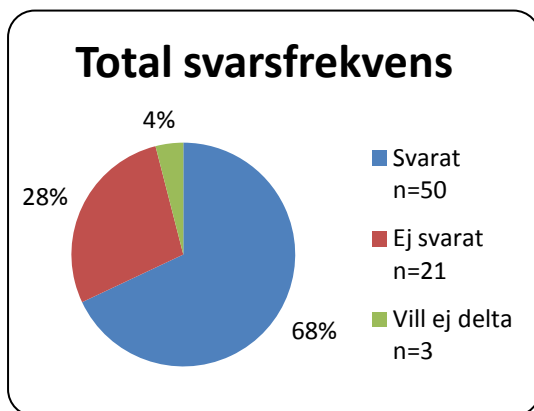
## Deltagare

### Enkät

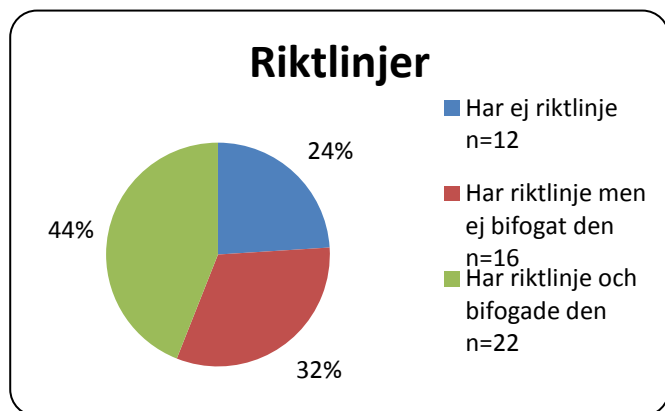
Av de 74 akutmottagningar som ingick i studien besvarade 50 av dem enkäten, resterande uppgav att de inte önskade delta alternativt svarade inte alls (se figur 3).

### Riktlinjer

Av de 50 respondenterna svarade 22 att de hade en riktlinje för tillsyn av patienter och bifogade en sådan. Övriga svarade att de inte hade någon riktlinje alternativt svarade att de hade en riktlinje utan att bifoga något dokument (se figur 4). Med anledning av att tre inskickade dokument sorterades under bortfall inkluderades slutligen 19 riktlinjer för granskning med AGREE.



Figur 3 Svarsfrekvens för hela studien.



Figur 4 Förekomst av riktlinjer för patienttillsyn, antalet inskickade riktlinjer samt bortfallet därav, bland de 50 deltagarna i studien.

## Datansamling

En enkät (se bilaga 1) skickades tillsammans med ett missivbrev (se bilaga 2) per post till samtliga akutmottagningars 1:a linje chefer (exempelvis vårdenhetschefer, chefsjuksköterskor eller motsvarande). Frankerat och adresserat kuvert bifogades i brevet då det underlättar för respondenterna och därmed ökar svarsfrekvensen (Trost, 2007).

Varje frågeformulär kodades med ett löpnummer som motsvarade sin specifika akutmottagning på en lista, detta för att hålla materialet konfidentiellt (Polit & Beck, 2006). När returkuvertet kom från responderande 1:a linje chef märktes, i förekommande fall, även bifogad riktlinje med samma löpnummer som tillhörande frågeformulär. Två påminnelser skickades ut till de chefer som inte svarat efter två respektive tre veckor efter att missivbrev och enkät skickats ut. Några respondenter uppgav i enkäten att de hade riktlinjer för patienttillsyn men inte bifogat någon sådan, dessa kontaktades via telefon med önskan om att få riktlinjen tillsänd oss via post eller mail.

## **Instrument**

### **Enkät**

Enkäten (se bilaga 1) framställdes utifrån Trosts (2007) rekommendationer om hur enkätfrågor kan formuleras och användes för att kartlägga de riktlinjer för patienttillsyn som finns vid akutmottagningarna i Sverige, samt för insamlandet av demografiska data. Enkäten utformades i ett datorbaserat ordbehandlingsprogram och utformades i samråd med författarnas handledare som hjälpte till med reflektioner avseende frågornas design och inriktning.

Enkäten innehöll 10 frågor och omfattade frågor om 1:a linje chefens bakgrund och akutmottagningens bemanning och storlek. Respondenterna kunde lämna korta öppna svar på samtliga frågor utom tre där svarsalternativen var ja eller nej. Enkäten efterfrågade huruvida akutmottagningen hade kliniska riktlinjer för tillsyn av patienter, i de fall frågan besvarades jakande ombads respondenten bifoga en kopia av aktuell riktlinje i svarskuvertet.

### **AGREE**

AGREE bedömer riktlinjers kvalitet avseende framställandemetod och huruvida dess rekommendationer är giltiga och användbara. Sådan bedömning kan hjälpa verksamheter att besluta vilka kliniska riktlinjer som ska användas i vårdarbetet (AGREE-samarbetet, 2001; Cluzeau, 2003). AGREE har testats avseende validitet och reliabilitet (Cluzeau, 2003; Lindberg et al, 2005).

AGREE-instrumentet består av 23 punkter uppdelade på sex domäner (mål och syfte, berörda intressenters delaktighet, noggrannhet i framställningen, tydlighet och framställning, tillämpbarhet, redaktionell självständighet), varje domän är tänkt att beskriva en särskild kvalitetsaspekt av riktlinjen. Varje punkt är formulerad som ett påstående som graderats med

en fyrgradig likertskala från (4) ”Instämmer helt” till (1) ”Instämmer inte alls”. Poäng beräknas och redovisas som procent av högsta möjliga poäng för varje domän (AGREE-samarbetet, 2001).

En uppdaterad version av AGREE finns – AGREE II, där har bakgrunden förfinats och metoden förbättrats för att bli mer lättarbetad för oerfarna användare (Brouwers et al, 2010). Beslutet att använda originalversionen av AGREE togs huvudsakligen med anledning av att den finns i svensk version, vilket författarna bedömde öka chansen för en reliabel bedömning.

## **Bortfall**

### **Enkät**

Av den undersökta populationen var det externa bortfallet 24 fördelat på tre som meddelade att de inte önskade delta i studien och 21 som inte svarade alls. De tre som via mail eller post meddelat att de avböjde deltagande i studien angav som orsak till detta att de fått flera enkäter och undersökningar att delta i och inte önskade delta i flera för närvarande. De 21 som inte svarat trots två påminnelser kontaktades via telefon med förfrågan om vad som gjort att de förhindrats att delta i studien och de skäl som angavs var tidsbrist, avsaknad eller omarbetning av riktlinjer samt ledningsbyte. Det interna bortfallet utgjordes av två respondenter som inte besvarade uppgiften om ålder.

### **Riktlinjer**

Det interna bortfallet av riktlinjerna utgjordes av 3 dokument som inte bedömdes vara riktlinjer för patienttillsyn. En av dessa var en rutin för dokumentation av omvårdnad och de andra två var beskrivningar av vad triagemetoden METTS är. Det externa bortfallet var 16 respondenter som uppgivit att de har riktlinjer för tillsyn men inte bifogat något dokument. Bland dessa 16 fanns kommentarer på flera enkäter om att de använder sig av ett triagesystem, huvudsakligen METTS. Då några av riktlinjerna som inkommit till oss varit utdrag av tillämpliga delar av METTS bör inte det bortfallet ha någon betydelse för studiens huvudresultat.

## **Dataanalys**

Enkätsvaren infördes i en tabell i dataprogrammet Excel för att skapa överblick och struktur. Författarna räknade och sammanställde sedan materialet vilket presenteras som antal och procent i diagram- och tabellform.



De riktlinjer som inkommit har författarna initialt bedömt var för sig och slutligen gemensamt, att data analyserats individuellt ökar resultatets tillförlitlighet, så kallad interrater reliabilitet (Kylén, 2004; Polit & Beck, 2006). Varje riktlinje lästes igenom flera gånger för att sedan granskas och betygsätts enligt AGREE. Bedömningarna skrevs ned på papper med tillhörande kommentarer, detta för att öka noggrannheten i bedömningarna. Bedömningar som skilde sig åt mer än ett steg på den fyrgradiga likertskalan återfanns i knappt hälften av riktlinjerna, och gällde då endast någon enstaka fråga. Olika bedömningar berodde på att riktlinjens innehåll tolkats olika, och de punkter som berördes var i de flesta fall syftets och rekommendationernas tydlighet. I dessa fall lästes både aktuell riktlinje och AGREE-punkt igenom varpå enighet mellan författarna uppnåddes.

Då samtliga bedömningar slutförts sammanställdes de i en Excel-fil för att skapa överblick över data. Poängen för varje riktlinjes domäner beräknades med hjälp av instrumentets användarmanual där en anvisning om uträkning fanns (se figur 2). Beräkningen innebär att

$\frac{\text{Erhållna poäng} - \text{lägsta möjliga poäng}}{\text{Högsta möjliga poäng} - \text{lägsta möjliga poäng}} =$ $\frac{36-12}{48-12} = \frac{24}{36} = 0,67 \times 100 = 67 \%$
---

poängen för punkterna i en domän adderas och summan anges i procent av högsta möjliga poäng för domänen (AGREE-samarbetet, 2001), detta procenttal utgör resultatet av AGREE-bedömningen.

*Figur 2 Formel för uträkning av procent (AGREE-samarbetet, 2001).*

Då AGREE-bedömningen var avslutad och författarna var välbekanta med samtliga riktlinjer granskade författarna dessa på nytt, med syfte att kunna beskriva variationer dem emellan. De variationer som söktes baserades på resultatet av AGREE-bedömningen och förfarings sättet var följande:

1. Utifrån AGREES domäner påbörjades författandet av resultatet, i samband med att resultatet beskrevs uppstod ett behov av att analysera riktlinjerna med resultatet av AGREE-bedömningarna som utgångspunkt.
2. Resultat som skulle beskrivas och kvantifieras antecknades av författarna som sedan läste igenom riktlinjerna en gång för varje punkt och skrev ner resultatet på papper innan det fördes in i texten.
3. Det rörde sig bland annat om att ge olika exempel på syften, målgrupper eller rekommendationer. Det kunde också vara att räkna hur många av riktlinjerna som innehöll en viss kvalitet, exempelvis tilläggsmaterial.

## Forskningsetiska överväganden

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association deklaration of Helsinki, 2008) delgavs respondenterna ett informationsbrev (se bilaga 2) angående integritet, samtycke och löfte om att materialet hanteras konfidentiellt. Här framgick även att deltagandet i studien var frivilligt och att respondenten när som helst hade möjlighet att avbryta sin medverkan i studien utan att behöva förklara sig. Negativa konsekvenser för respondenterna kan uppstå om frågorna uppfattas inkräkta på deras integritet och att studien kan verka vara för omfattande och kräva för mycket tid. Författarna bär det yttersta ansvaret för studien håller god kvalitet och är moralisk acceptabel vilket innebär att deltagande individer samt akutmottagningarna i studien inte kan identifieras i samband med publicering. Författarnas egna etiska ansvar utgör grunden för all forskningsetik vilket innebär att författarna har granskat samtliga artiklar och riktlinjer med etisk medvetenhet för att kunna presentera ett sanningsenligt resultat och för att undvika opålitliga forskningsresultat (Forsberg & Wengström, 2003; CODEX, 2009). Studien är ett examensarbete som ingår i Magisterprogrammet i vårdvetenskap med inriktning mot akutsjukvård, och enligt gällande regelverk behöver inte studier som utförs inom högskoleutbildning på avancerad nivå genomgå ytterligare etikprövning.

## RESULTAT

Av respondenterna var 40 (80 %) kvinnor och 10 (20 %) män (se tabell 1), medelåldern var 50 år. Det fanns ingen skillnad i förekomst av riktlinjer i relation till om respondenterna har eller inte har specialistutbildning. Åldersgruppen 36-45 hade högre andel riktlinjer för patienttillsyn än övriga åldersgrupper (se tabell 1).

Tabell 1 Demografiska data för första linje chefer, i relation till om de har riktlinje för patienttillsyn eller ej

	Har riktlinje n=38	Har inte riktlinje n=12	Total
Kvinnor	29 (73 %)	11 (27 %)	n=40
Män	9 (90 %)	1 (10 %)	n=10
Specialistutbildning	20 (77 %)	6 (23 %)	n=26
Ej specialistutbildning	18 (75 %)	6 (25 %)	n=24
<u>Ålder</u>			
36-45	12 (92 %)	1 (8 %)	n=13
46-55	15 (71 %)	6 (29 %)	n=21
56-65	10 (71 %)	4 (29 %)	n=14

Den akutmottagningen med minst patientbesök per år hade 4000, medan 100 000 var den högsta siffran. Som tabell 2 visar var andelen riktlinjer för patienttillsyn relativt jämn bland akutmottagningarna. Undantaget var de akutmottagningar med 41 000 – 60 999 besökare per år, vilka alla hade en riktlinje för patienttillsyn.

Tabell 2 Akutmottagningarnas antal årliga patientbesök i relation till om de har riktlinje för patienttillsyn eller ej

	Har riktlinje n=38	Har inte riktlinje n=12	Totalt
<u>Antal patientbesök</u>			
0-20 999	16 (76 %)	5 (24 %)	n=21
21 000-40 999	11 (69 %)	5 (31 %)	n=16
41 000-60 999	7 (100 %)	0 (0 %)	n=7
61 000-100 000	4 (67 %)	2 (33 %)	n=6

Antalet sjuksköterskor varierade mellan 4 och 120 och medelantalet per akutmottagning var 37. Medelantalet för undersköterskor var 22 och variationen mellan 0 och 80. Studiens geografiska spridning var god, dock saknas representation från två landsting.

## Resultat av granskningen med AGREE

Vid granskning av de 19 kliniska riktlinjerna för patienttillsyn kunde variationer som inte framkommer i bedömningen med AGREE noteras:

- Sex riktlinjer baserar tillsynsfrekvensen på prioriteringsgraden i ett triagesystem.
- Tre av de riktlinjerna har en tydlig medicinsk inriktning, men likväl ett visst innehåll rörande tillsyn enligt definitionen i aktuell studie. Riktlinjen kan då ha fått höga poäng enligt bedömning med AGREE utan att för den skull vara extra lämplig som riktlinje för tillsyn.

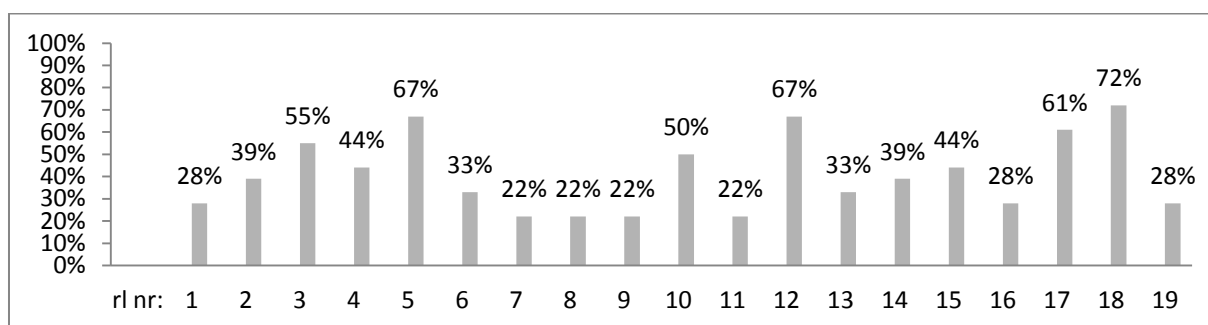
Också resultatet av bedömningen med AGREE visade tydliga variationer bland riktlinjerna, men också gemensamma drag. Resultatet av bedömningen presenteras här domänvis.

### Domän 1: Mål och syfte

*Inbegriper en riktlinjes mål och syfte, beskrivning av de kliniska frågor som berörs av riktlinjen samt definition av aktuell patientgrupp.*

Domän 1 var den domän i vilken riktlinjerna fick högst AGREE-poäng (se figur 5). Bland de riktlinjer som uppnår högst procentantal fanns tydligt formulerade syften som att; ”upptäcka

risker och förebygga vårdskador”, eller ”se och möta varje patient och stödja patientens egna resurser” medan ett syfte som exempelvis ”standardisera en lägstanivå på tillsynsarbetet” har bedömts som mindre tydligt. I figur fem syns också att 7 riktlinjer har mindre än 30 % av högsta möjliga poäng, de har inget eller mycket vagt syfte, har inga eller luddiga kliniska frågor samt vagt definierad målgrupp i stil med ”äldre med komplexa behov”. Tre riktlinjer hade en mer medicinsk framtoning och primärt syfte var att upptäcka förändringar i patientens medicinska tillstånd. Exempel på kliniska frågor som belystes i riktlinjerna är: ”hur är patientens nutritionsstatus?”, ”finns risk för trycksår?”, ”klarar patienten sina toalettbestyr självständigt?” och ”är patienten orienterad?” Bland de 15 riktlinjer där en patientgrupp tydligt definierades fanns sex som avsåg ”alla patienter”, fem stycken åsyftade olika prioriteringsfärger i något triagesystem medan tillsynen berörde äldre människor i fyra riktlinjer.



Figur 5 Resultat för de 19 riktlinjerna (rl) i Domän 1, presenterade i procent av högsta möjliga AGREE-poäng

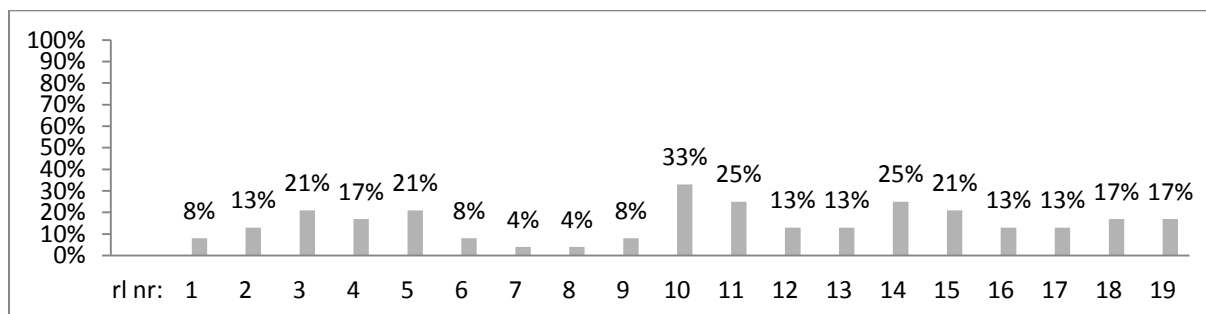
## Domän 2: Berörda intressenters delaktighet

*Fokuserar på relevanta yrkesgruppers involverande i framställandeprocessen, om patienters erfarenheter beaktats och om riktlinjens målgrupp finns klart uttalad. Här bedöms också om riktlinjen är testad på målgruppen för att se om den fungerar i kliniken.*

I 11 riktlinjer fanns angett vilka målgrupper som berörs av riktlinjen, sjuksköterska nämndes i samtliga, undersköterska i nio, läkare i två och en riktlinje berörde sjukhusvärdinnan. Yrkesgrupper som representerats vid framställandet av riktlinjerna preciserades i 5 riktlinjer och bestod i förekommande fall av vårdenhetschef, verksamhetschef, läkare och sjuksköterska.

Två riktlinjer var framställda av ”trialogrupp” respektive ”omvårdnadsgrupp” och fem av dem presenterade ett eller flera namn utan yrkestillhörighet som framställare av riktlinjen. Ingen riktlinje var dokumenterat testad och patienters åsikter eller delaktighet fanns inte dokumenterat i någon riktlinje vilket bidrar till de låga poängen som visas i figur 6. Riktlinje

nummer 10 som uppnådde den högsta poängen (se figur 6) hade redogjort för yrkesgrupp som framställt riktlinjen samt klart och tydligt preciserat vilka som berördes av densamma.

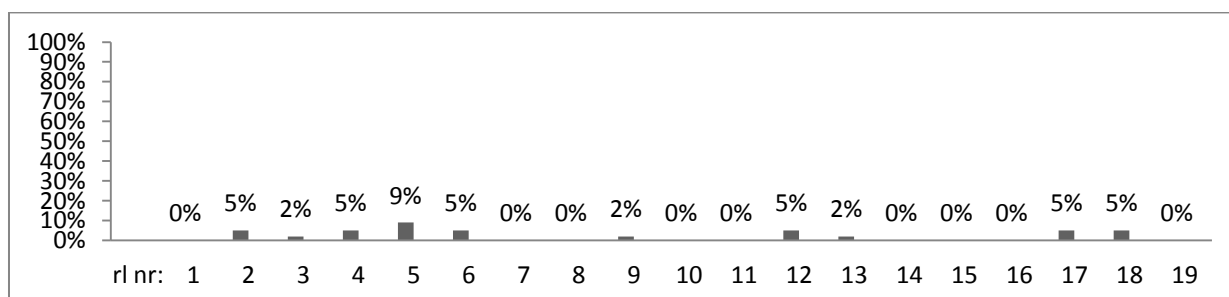


Figur 6 Resultat för de 19 riktlinjerna (rl) i Domän 2, presenterade i procent av högsta möjliga AGREE-poäng

### Domän 3: Stringens (noggrannhet) i framställningen

*Noggrannhet i framställning handlar om processen att samla in och sammanställa evidens som grund för riktlinjen, samt metoder för att formulera och uppdatera rekommendationerna.*

Figur 7 visar att samtliga riktlinjer erhöll väldigt låga poäng i den här domänen, den högsta poängen utdelades till riktlinje fem som hade ett specificerat revisionsdatum, litteraturreferens på en fallriskbedömning samt ett kort resonemang om förebyggande åtgärders fördelar. Inte i någon av riktlinjerna presenterades det någon strategi för att söka efter bästa tillgängliga kunskap. I en riktlinje fanns en författarreferens på en tillhörande blankett för fallriskbedömning, i övrigt fanns inga referenser till vetenskaplig litteratur utan endast i två fall hänvisning till synpunkter på tidigare PM. Särskilda metoder för att uppdatera riktlinjerna presenterades inte i något fall, däremot fanns i fyra riktlinjer angivet revisionsdatum och i tre riktlinjer nämns en specifik person som revisionsansvarig. Effekter av riktlinjens rekommendationer diskuterades inte uttryckligen i någon riktlinje, dock kunde det i tre riktlinjer anas att framställaren beaktat positiva effekter av tillsynsinterventionerna då innehållet handlade om att förebygga försämring och vårdskador såsom trycksår, förvirring och fallskador. Ingen riktlinje var dokumenterat granskad av en extern expert.



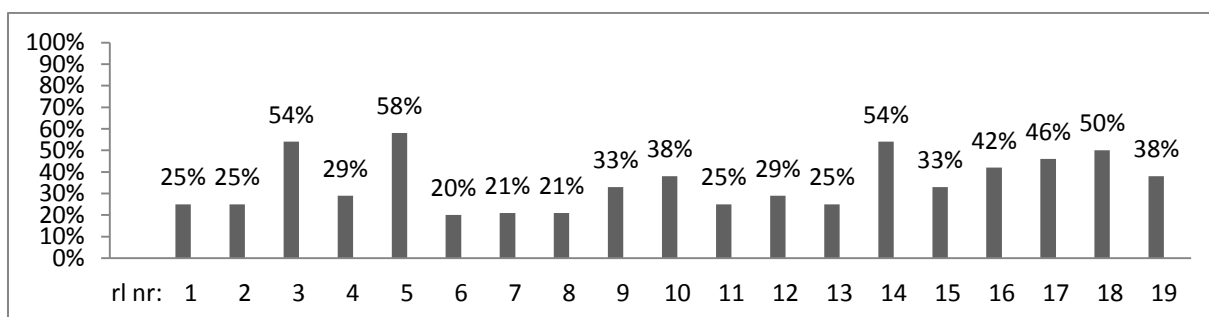
Figur 7 Resultat för de 19 riktlinjerna (rl) i Domän 3, presenterade i procent av högsta möjliga AGREE-poäng

#### Domän 4: Tydlighet och framställning

*Tydlighet och framställning handlar om att riktlinjens rekommendationer ska vara tydliga och konkreta och skildra eventuella alternativa åtgärder. Redskap för tillämpning bedöms.*

I domän 4 fanns några riktlinjer som nådde över 50 % av högsta möjliga AGREE-poäng (se figur 8). Rekommendationerna var generellt lätta att hitta men hade olika grad av tydlighet. En vag rekommendation återfanns i riktlinje nummer 6 (se figur 8): ”tillgodose nutrition, information, värme och trycksårsprofylax”. Tydliga rekommendationer återfanns i de riktlinjer som nått högre poäng (se figur 8): ”erbjud fika/näringsdryck under väntetiden och tänk på tidig intravenös vätsketillförsel hos patienter som inte kan ta näring per os” eller ”inspektera huden och vidta tryckavlastande åtgärder vid behov - använd trycksårskort som hjälp”. Andra rekommendationer som återfanns i riktlinjerna var att öka tillsynsfrekvensen vid fallrisk, ge tröst och stöd vid oro och att begränsa antalet vårdare vid konfusion. 12 riktlinjer innehåller rekommendationer om att ge information och i flera uttrycks tydligt att informationen ska vara så exakt som möjligt och innefatta uppgifter om väntetider.

Tilläggsmaterial fanns till fyra riktlinjer i form av smärtskattningsinstrument, fallriskbedömningar, trycksårskort samt checklistor att följa och pricka av i. I två riktlinjer nämndes särskild plats i datorsystem för dokumentation av tillsyn.



Figur 8 Resultat för de 19 riktlinjerna (rl) i Domän 4, presenterade i procent av högsta möjliga AGREE-poäng

#### Domän 5: Tillämpbarhet

*Tillämpbarhet avser organisatoriska och ekonomiska följder av riktlinjens tillämpning, samt möjlighet att utvärdera följsamhet av riktlinjen genom mätbara kriterier.*

Inte i någon av riktlinjerna har frågeställningar lyfts om hur organisationen påverkas, om merkostnader uppstår eller om interventionen som riktlinjen föreskriver är tillämplig. Detta innebär att ingen av riktlinjerna kunnat erhålla några poäng.

## **Domän 6: Redaktionell självständighet**

*Domänen redaktionell självständighet omfattar hur riktlinjens innehåll påverkats av eventuella finansiärers intressen.*

Inte i någon av de riktlinjer som ingår i aktuell studie har den redaktionella självständigheten berörts vilket innebär att ingen av riktlinjerna kunnat erhålla några poäng.

### **Helhetsbedömning**

*Under helhetsbedömning ställs frågan bedömaren skulle rekommendera den bedömda riktlinjen för användning i praktiken.*

Riktlinje nummer 3 placerade sig bland de med högst poäng i domänerna 1 – 4 och det finns andra riktlinjer med höga poäng inom enstaka domäner, det kan dock inte vara tillräckligt för att rekommenderas för användning i praktiken då samtliga riktlinjer hade låga respektive inga poäng i domänerna 3 och 5.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Som totalundersökning har studien den styrkan att det inte finns några urvalsbias att ta hänsyn till (Polit & Beck, 2006) och med en svarsfrekvens på 68 % kan skönjas hur stor andel av Sveriges akutmottagningars som använder riktlinjer för patienttillsyn. Resultatet skulle varit mer tillförlitligt om samtliga respondenter som sa sig använda aktuell riktlinje också bifogat den för bedömning. Kanske hade fler riktlinjer skickats med om fler påminnelser via telefon gjorts, och även svarsfrekvensen blivit högre vid fler påminnelser, detta kunde inte göras av tidsbegränsningsskäl.

Uppgifterna om antal sjuksköterskor och sjuksköterskor på akutmottagningarna skulle ha blivit mer korrekta om frågan preciserat antal heltidstjänster, detta har författarna upptäckt då enkätsvaren har presenterat omväxlande antal heltidstjänster och antal personer. Detta påverkar dessbättre inte studiens huvudresultat.

I sammanställningen av demografiska data för responderande första linje cheferna (se tabell 1) kan anas att första linje chefens ålder kan ha betydelse för förekomsten av riktlinjer. Det går dock inte att dra några slutsatser av vår redovisade statistik då den är deskriptiv, det kan vara en brist att inga statistiska tester gjorts, men att finna samband var å andra sidan inte studiens syfte.

## **AGREE**

Med hjälp av AGREE:s tydliga och strukturerade metodbeskrivning och dess, för syftet, relevanta frågeställningar har det varit möjligt att granska de kliniska riktlinjer för patienttillsyn som ingår i studien. Påtagliga och intressanta variationer i riktlinjernas omfattning och tydlighet har framträtt under den domänvisa bedömningen, men också en tydlig generell avsaknad av metoder för att framställa riktlinjer med vetenskapligt stöd har påvisats. Resultaten som framkommit med AGREE som instrument svarar väl mot studiens syfte vilket tyder på validitet i studien.

Den uppdaterade versionen AGREE II är enligt Brouwers et al (2009) enklare att arbeta med som ovan granskare. Detta skulle i praktiken innebära att AGREE II kunde varit mer lättarbetad än den ursprungliga AGREE som författarna använt. Det kunde exempelvis gett oss en mer differentierad bedömning på vår poängskala eftersom likertskalan har utökats från 4 gradig skala i AGREE till 7 gradig i AGREE II. Dans & Dans (2010) som utvärderat AGREE II tycker att instrumentet är ett viktigt instrument men menar att det kan vara komplicerat för ovana användare.

Författarna valde alltså originalversionen av AGREE då denna ansågs mindre komplicerad för förstagångs användare eftersom den fanns översatt till författarnas modersmål. Feltolkningar av användarmanualen kunde ha givit negativa konsekvenser för bedömningen med ett mindre tillförlitligt resultat. Enligt Socialstyrelsen (2003) och Cluzeau (2003) är AGREE ett välanvänt instrument för evaluering av riktlinjer, vilket förutsätter att man använder bedömningsunderlaget korrekt.

Bedömningarna var inte okomplicerade med AGREE, det var inte alltid lätt att göra likartade bedömningar, de skilda tolkningarna har berott på hur AGREE-punkten och riktlinjernas innehåll har förståtts. För att förbättra det kunde författarna ha granskat de första riktlinjerna tillsammans under diskussion om hur AGREE-punkterna och innehållet i riktlinjerna skulle tolkas. Bedömningen av riktlinjer med AGREE ska ske av minst två, helst fyra, bedömare vilket ökar tillförlitligheten (AGREE-samarbetet, 2001). Hulshof & Hoenen (2006) menar till och med i sin diskussion att man bör vara minst fyra bedömare för att resultatet ska vara reliabelt. I aktuell studie bedömdes riktlinjerna av två personer och tillförlitligheten kunde således ha ökat om ytterligare bedömare involverats.



Då AGREE-bedömningen var avslutad vidtogs ytterligare en granskning och analys för att kunna beskriva variationerna i riktlinjerna. Inget instrument eller vedertagen metod användes för det arbetet vilket skulle gjort resultatet mer tillförlitligt.

## **Resultatdiskussion**

Flera av Sveriges akutmottagningar uppger att de har riktlinjer för tillsyn av patienter och vi noterar att några av dem är kopplade till ett triagesystem. Ingen av riktlinjerna i studien presenterar någon metod för hur innehållet arbetats fram, inte heller påvisas någon koppling till vetenskaplig litteratur. I domän 1, 2 och 4 varierar innehållet och glädjande nog finns mycket substans i de granskade riktlinjerna som är väl framställt och dessutom stämmer överens med sådan tillsyn som patienterna önskar under sin vistelse på en akutmottagning (Nyden, Petersson, & Nyström, 2003; Cross et al, 2004; Larsson Kihlgren et al, 2004; Wellstood et al, 2005; Muntlin et al, 2006; Gordon et al, 2010; Göransson & von Rosen, 2010).

Så pass många som 38 (76 %) av respondenterna uppger att de har riktlinjer för tillsyn av patienter, vilket kan innebära att en relativt stor andel av landets akutmottagningar har tagit patienters behov av tillsyn på allvar. Att framställa en sådan riktlinje har troligen sin grund i att tillsynsbehovet har identifierats och enligt Ilott et al (2010) så är ju syftet med kliniska riktlinjer att standardisera vården med adekvata och effektiva insatser vilket tyder på att man på akutmottagningarna har en strävan efter kvalitetsutveckling. Utav dem som uppgivit att de har sådan riktlinje har dock endast hälften bifogat dokumentet, det skulle kunna innebära att den faktiska förekomsten av dessa riktlinjer är lägre än vad enkätresultatet anger. Resultatet visar också att riktlinjer för patienttillsyn finns i ungefär lika stor andel på både små och stora akutmottagningar vilket indikerar kvalitetsmedvetenhet på sjukhus av alla storlekar. Det skulle ju kunna tänkas att de större sjukhusen som bedriver mer forskning har högre kvalitet på vården men tidigare studier visar ingen tydlig sådan koppling vad gäller andra områden inom vården (Carson, 2004; Nau, Garber, Lipowski, & Stevenson, 2004; Manojlovich, Antonakos, & Ronis, 2010).

Några av riktlinjerna i aktuell studie baserade tillsynsfrekvensen på prioriteringsgraden i ett triagesystem. Författarna menar att det kan bli fel att basera tillsynsfrekvensen på basis av medicinsk angelägenhetsgrad, precis som det blir fel att besluta medicinsk prioritering med omvårdnadsproblem som utgångspunkt. Exempelvis kan en äldre människa med låg medicinsk prioritet "ses till" var fjärde timma enligt triagesystemet, medan det egentligen

föreligger behov av betydligt mer frekvent tillsyn för att vården ska kunna betecknas som god och säker. Nyström et al (2003) visar i sitt resultat att lågprioriterade patienter upplever ensamhet och bristande omvårdnad då de blir ensamma i ett rum i flera timmar. Då vården, enligt gällande regelverk (Socialstyrelsen, 2006 a) skall vara patientcentrerad är det en brist att patienters erfarenheter eller förväntningar på tillsyn inte belyses i någon riktlinje. Det är uppenbarligen något som behöver uppmärksammas då det förhåller sig på samma sätt i andra studier (Boluyt, Lincke, & Offringa, 2005; Potting, Mistiaen, Poot, Blijlevens, Donnelly, & van Achterberg, 2008; Zadvinskis & Grudell, 2010).

Det är anmärkningsvärt att ingen av riktlinjerna i studien presenterar någon förankring till vetenskap trots att flera studier belyser patienters upplevelser av att vara patient på en akutmottagning och önskemål om vårdandet under den akuta vårdtiden (Nyden et al, 2003; Cross et al, 2004; Larsson Kihlgren et al, 2004; Wellstood et al, 2005; Muntlin et al, 2006; Gordon et al, 2010; Göransson & von Rosen, 2010). Flera studier finns också som handlar om patienttillsyn (Meade et al, 2006; Gardner, Woollett, Daly, & Richardson, 2009; Jarman, 2009; Meade et al, 2010). Kanhända beror avsaknaden av vetenskaplig förankring på att sjuksköterskor fortfarande är ovana forskningskonsumenter och att sådan förankring inte krävs för att en riktlinje ska vinna förtroende. Den teorin stöds av Wallin, Boström, Wikblad, & Ewald (2003) och Kuuppeloma & Tuomi (2005) vars resultat visade att sjuksköterskor var positiva till omvårdnadsforskning men att forskningen kändes avlägsen i vardagen och att dess resultat hade liten betydelse för deras omvårdnadsarbete. Som orsak till avsaknaden av evidensbaserade metoder anger sjuksköterskor organisatoriska hinder, tidsbrist, brist på stöd från ledningen, bristande kollegialt stöd samt otillräckliga befogenheter att förändra kliniskt arbete (Wallin et al, 2003; Hannes, o.a., 2007; Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2009). Det finns också ett samband mellan kunskap om, och brukande av, evidensbaserade metoder (Sheriff, Wallis, & Chaboyer, 2007; Scott & McSherry, 2008). Bristen på metodbeskrivning och vetenskaplig förankring återfinns i andra studier där riktlinjer bedömts (Lindberg et al, 2005; Potting et al, 2008), men det finns också studier som kan presentera riktlinjer med högre kvalitet ur evidenssynpunkt (Rusnak, Mauritz, Lecky, Kaniansky, M, & Brazinova, 2008; Zadvinskis & Grudell, 2010).

Om utvecklingen inte tar fart och vårdandet inte baseras på bästa tillgängliga kunskap är den största förloraren patienten då evidensbaserad vård ökar patientsäkerheten (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2010). När det gäller patienttillsyn finns gott om forskning som

belyser patienters behov och önskemål, om dessa fynd togs i beaktande då riktlinjer för patienttillsyn framställs tror författarna att patienternas situation på akutmottagningar skulle kunna förbättras. Dock räcker det inte med att framställa vetenskapligt förankrade och tydliga riktlinjer, de måste kunna användas i kliniken också. Att inte redovisa tankar på hur verksamheten kommer att påverkas av en riktlinje skildrar en verklighet där riktlinjer införs utan någon dokumenterad konsekvensanalys. Det är en uppenbar brist eftersom kliniska riktlinjer inte fyller sitt syfte om de inte leder till det mål som riktlinjen är ett medel för att nå. Studien av Bahtsevani et al (2010) fokuserade på sjuksköterskors erfarenheter av implementering av kliniska riktlinjer och den påvisar förekomst av både bristande och goda utvärderingsmetoder, då det företogs allt mellan en allmän diskussion om hur riktlinjen fungerat till noggranna utvärderingar som kunde inbegripa statistisk analys eller granskning av patientjournaler.

## **Konklusion**

Aktuell studie visar att det finns riktlinjer för patienttillsyn bland Sveriges akutmottagningar och att innehållet varierar i omfång och kvalitet, dock kan ingen av de granskade riktlinjerna rekommenderas då varken vetenskaplig förankring eller kontrollerad tillämpbarhet presenteras. Dagligen utövas patienttillsyn på landets akutmottagningar och då tillsyn kan utgöra stor skillnad i akutvårdens kvalitet finns all anledning att utveckla de befintliga riktlinjerna, samt framställa riktlinjer för patienttillsyn på de akutmottagningar som ännu inte har en sådan. Ett instrument som AGREE kan med fördel användas för en sådan uppgift. Sammanfattningsvis skulle en sådan riktlinje belysa områden som smärta, information, basala omvårdnadsbehov samt tillsynsfrekvens, och då kunna reglera en tillsyn som kan vara en del i en god vård på vetenskaplig basis.

## **Fortsatt forskning**

- Då ingen dokumentation finns rörande tillämpbarheten av riktlinjerna för tillsyn vore det intressant att utforska om det är praktiskt möjligt att använda riktlinjerna för tillsyn på akutmottagningarna, samt hur följsamheten gentemot dessa är.
- En studie som utvärderar implementeringen av en välgjord riktlinje för tillsyn av patienter på akutmottagning under svenska förhållanden vore värdefullt för framtida utveckling av ett vårdande förhållningssätt på Sveriges akutmottagningar.
- För att öka takten på utvecklingen av evidensbaserad och standardiserad vård på akutmottagningarna är det av intresse att, genom forskning, identifiera faktorer som underlättar den progressen.

## REFERENSER

AGREE-samarbetet. (2001). Bedömning av riktlinjer för forskning och utvärdering. AGREE instrumentet. Hämtad 2011-09-12 från:

<http://www.agreecollaboration.org/pdf/agreeinstrumentfinal.pdf>

Analysenheten hälso- och sjukvårdsavdelningen. (2009). *Förslag till samlad utvecklingsplan för akutmottagningar vid sjukhusen i Västra Götaland*. Västra Götalandsregionen.

Hämtad 2011-12-12 från:

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/Analys/Rapporter/2009/Utvecklingsplan%20akutmottagningar20090119.pdf>

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 sciences* , 514–522.

Boudreaux, E., & O’Hea, E. (2004). Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine* , 13-26.

Bosch-Caplan, X., & Garner, P.(2008). Primary health care supervision in developing countries. *Liverpool School of Tropical Medicine*, 369-383.

Brouwers, M. C., Kho, M: C., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., et al. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Journal of Clinical Epidemiology* 63, 1308-1311

Boluyt, N., Lincke, C., & Offringa, M. (2005). Quality of Evidence-Based Pediatric Guidelines. *Journal of pediatrics* , 1378-1391.

Brown, C., Wickline, M., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of advanced nursing* , 371–381.

Carson, E. (2004). Do performance appraisals of registered nurses reflect a relationship between hospital size and caring? *Nursing forum* , 5-13.

Clifford-Brown, J., Challen, K., & Ryan, B. (2010). What happens at triage: a naturalistic observational study. *Journal of emergency medicine* , 931-933.

CODEX-regler och riktlinjer för forskning (2009), Vetenskapsrådet och Uppsala Universitet.

Hämtad 2011-05-21 från: <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

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

- Cross, E., Goodacre, S., O’Cathain, A., & Arnold, J. (2004). Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable. *Emergency medicine journal* , 171-176.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dans, A. L., & Dans, L. F., (2010). Appraising a tool for guideline appraisal (the AGREE II instrument). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 1281-1282.
- de Kok, M., Scholte, R., Sixma, H., van der Weijden, T., Spijkers, K., van de Velde, C., o.a. (2007). The patient’s perspective of the quality of breast cancer care The development of an instrument to measure quality of care through focus groups and concept mapping with breast cancer patients. *European journal of cancer* , 1257-1264.
- Department of Health. (2010). *A&E Clinical Quality Indicators Implementation Guidance*. Hämtat från [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_123055.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_123055.pdf) den 07 06 2011
- Downing, A., Wilson, R., & Cooke, M. (2004). Which patients spend more than 4 hours in the Accident and Emergency department? *Journal of Public Health* , 172-176.
- Ejlersson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E.(2008). The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and careers. *Journal of Clinical Nursing*. 800-809.
- Ekwall, A. (2011). Acuity and Anxiety From the Patient's Perspective in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing* , 1-5.
- Enander, C., Lethvall, S., Letterstål, A., & Öhlén, G. (2007). *Fokusrapport Triagearbete på akutmottagningen*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Fatovich, D., Nagree, Y., & Sprivulis, P. (2005). Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emergency medicine journal* , 351–354.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Freeman, J., Croft, S., Cross, S., Yap, C., & Mason, S. (2010). The impact of the 4 h target on patient care and outcomes in the Emergency Department: an analysis of hospital incidence data. *Emergency medicine journal* , 921-927.
- Friedman, S., Provan, D., Moore, S., & Henneman, K. (2008). Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us? *The journal of the canadian association of emergency physicians* , 421-427.

Gardner, G., Woollett, K., Daly, N., & Richardson, B. (2009). Measuring the effect of patient comfort rounds on practice environment and patient satisfaction: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice* , 287–293.

Göransson, Eldh, Jansson (2008). Triage på akh

Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International emergency nursing* , 80-88.

Göransson, K., & von Rosen, A. (2010). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing* , 36-40.

Göransson, K., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical nursing* , 1067–1074.

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

Hulshof, C., & Hoenen, J. (2006). Evidence-based practice guidelines in OHS: Are they AGREE-able? *International Congress Series* , 7-11.

Ilott, I., Booth, A., Rick, J., & Patterson, M. (2010). How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocolbased care? A synthesis of the UK literature. *International Journal of Nursing Studies* , 770–780.

Jarman, H. (2009). Sharing expertise Using clinical nursing rounds to improve UK emergency nursing practice. *Australasian Emergency Nursing Journal* , 73—77.

Kelly, A.-M., Bryant, M., Cox, L., & Jolley, D. (2007). Improving emergency department efficiency by patient streaming to outcomes-based teams. *Australian Health Review* , 16-21.

Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2008). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING* , 21-27.

Kinsman, L., Champion, R., Lee, G., Martin, M., Masman, K., May, E., et al. (2008). Assessing the impact of streaming in a regional emergency department. *Emergency Medicine Australasia* , 221-227.

Kjörnsberg, A., Karlsson, L., Babra, A., & Wadensten, B. (2010). Registered nurses' opinions about patient focused care. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING* , 35-44.

Koziol-McLain, J., Price, D., Weiss, B., Quinn, A., & Honigman, B. (2000). Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. *Journal of emergency nursing* , 554-563.

Kuuppeloma, M., & Tuomi, J. (2005). Finnish nurses' attitudes towards nursing research and related factors. *International Journal of Nursing Studies* , 187-196.

- Kylén, J.-A. (2004). *Att få svar - intervju enkät observation*. Bonnier utbildning: Stockholm.
- Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Science* , 169-176.
- Lavoie, C., Plint, A., Clifford, T., & Gaboury, I. (2009). I never hear what happens, even if they die: a survey of emergency physicians about outcome feedback. *Canadian Journal of Emergency Medicine* , 523-528.
- Lindberg, M., Schöld, A.-K., Östergren, C., Tilling, B., & Tunér, K. (2005). AGREE-instrumentet praktisk metod för utvärdering av kliniska riktlinjer - Kvalitetsgranskning av riktlinjer för astma/allergi och diabetes i Östergötland. *Läkartidningen* , 2942-2945.
- Magid, D., Sullivan, A., Cleary, P., Rao, S., Gordon, J., Kaushal, R., o.a. (2009 ). The Safety of Emergency Care Systems: Results of a Survey of Clinicians in 65 US Emergency Departments. *Annals of emergency medicine* , 715-723.
- Manojlovich, M., Antonakos, C., & Ronis, D. (2010). The Relationship Between Hospital Size and ICU Type on Select Adverse Patient Outcomes. *Hospital Topics* , 33-42.
- Martinez Ques, A.A., Montoro, C.H., & Gonzalez, M.G.(2010). Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals Opinion. *Rev Latino-am Enfermagem*. 339-345
- Maslow, A.H.(1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 370-396.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* , 41-49.
- Meade, C., Bursell, A., & Ketelsen, L. (2006). Effects of nursing rounds on Patients' Call Light Use, Satisfaction, and Safety. *The american journal of nursing* , 58-70.
- Meade, C., Kennedy, J., & Kaplan, J. (2010). The effects of emergency department staff rounding on patient safety and satisfaction. *The journal of emergency medicine* , 666-674.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2008). Different patient groups request different emergency care – A survey in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing* , 223-232.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing* , 1045-1056.
- Nash, K., Zachariah, B., Nitschmann, J., & Psencik, B. (2007). Evaluation of the Fast Track Unit of a University Emergency Department. *Journal of emergency nursing* , 14-20.
- Nau, D., Garber, M., LipowskiI, E., & Stevenson, J. (2004). Association between hospital size and quality improvement for pharmaceutical services. *American journal of health-system pharmacy* , 184-189.

- Nyden, K., 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* 2003 , 268-274.
- Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning - om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit - a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing* , 22-26.
- Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K., Ehrenberg, A., et al. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* , 1-9.
- Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M., Kurikka, S., & Paussu, P. (2009). Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of clinical nursing*, 18, 2217-2224.
- Patientnämnden i Stockholms län. (2010). *Årsrapport 2010*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Patientnämnderna Västra Götalandsregionen. (2011). *Årsredovisning 2010 Patientnämnderna*. Västra Götalandsregionen.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research Methods, appraisal, and utilization*. Lippincott: Williams & Williams.
- Potting, C., Mistiaen, P., Poot, E., Blijlevens, N., Donnelly, P., & van Achterberg, T. (2008). A review of quality assessment of the methodology used in guidelines and systematic reviews on oral mucositis. *Journal of clinical nursing* , 3–12.
- Quattrini, V., & Swan, B. A. (2011). Evaluating care in ED fast tracks. *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING* , 40-46.
- Rusnak, M., Mauritz, W., Lecky, F., Kaniansky, M., & Brazinova, A. (2008). Evaluation of traumatic brain injury guidelines using AGREE instrument. *Bratisl Lek Listy* , 374-380.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., & Lackan, N. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship* , 156-165.
- SAOB. (2005). Svenska Akademiens Ordbok. Hämtat 2011-10-12 från: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
- SAOL. Svenska Akademiens Ordlista. Ordlista över svenska språket. Hämtat 2011-10-12 från [http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)
- SBU. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Rapport 197*. . Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.



- Scott, K., & McSherry, R. (2008). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of clinical nursing* , 1085–1095.
- SFS. (1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.
- SFS. (2010:659). Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Riksdagen.
- Sheriff, K., Wallis, M., & Chaboyer, W. (2007). Nurses' attitudes to and perceptions of knowledge and skills regarding evidence-based practice. *International Journal of Nursing Practice* , 363-369.
- Socialstyrelsen. (2003). *Patientnämndernas rapportering till socialstyrelsen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Patientsäkerhet vid akutmottagningar. Rapport från verksamhetstillsyn vid sex akutmottagningar i södra sjukvårdsregionen*. Hämtat från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9916/2005-109-1\\_20051091.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9916/2005-109-1_20051091.pdf) den 2011-10-12
- Socialstyrelsen. (2006 a). *God vård– om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Bohus: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006 b). *Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn*. Hämtat från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9472/2006-109-20\\_200610920.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9472/2006-109-20_200610920.pdf) den 2011-10-12
- Socialstyrelsen. (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar - slutrapport mars 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Summer, J.(2001). Caring in nursing: a different interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 926-932.
- Sveriges Riksdag.(2003). *Etikprövning av forskning som avser människor*.2003:460.
- Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom* . Lund: Studentlitteratur.
- Thomas, M., & Mackway-Jones, K. (2008). Incidence and causes of critical incidents in emergency departments: a comparison and root cause analysis. *The journal of emergency medicine* , 346-350.
- Thompson, D.a., Yarnold, P.R., Williams, D.R., &Adams, S.L. (1996). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of Emergency Care*, 657-665.
- Tighe, C., Woloshynowych, M., Brown, R., Wears, B., & Vincent, C. (2005). Incident reporting in one UK accident and emergency department. *Accident and emergency nursing* , 27-37.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

- Wallin, L., Boström, A.-M., Wikblad, K., & Ewald, U. (2003). Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing* , 509-518.
- Weber, E., Mason, S., & Carter, A. (2011). Emptying the Corridors of Shame: Organizational Lessons From England's 4-Hour Emergency Throughput Target. *Annals of Emergency Medicine* , 79-88.
- Wellstood, K., Wilsona, K., & Eyles, J. (2005). Unless you went in with your head under your arm'': Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine* , 2363-2373.
- Widgren, B., & Jourak, M. (2008). Medical emergency triage and treatment system (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine* , 1-6.
- Widgren, B. Persson, L. Martinius, A. Nilsson, G. & Jönsson, K. (2004) *Manual METTS Medical Emergency Triage and Treatment System*.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Medical association declaration of Helsinki. (2008). Hämtad 2011-04-11 från: <http://www.wma.net/en/10home/index.html>
- Yoon, P., Steiner, I., & Reinhardt, G. (2003). Analysis of factors influencing length of stay in the emergency department. *Canadian journal of emergency medical care* , 155-161.
- Zadvinskis, I., & Grudell, B. (2010). Clinical Practice Guideline Appraisal Using the AGREE Instrument Renal screening. *Clinical nurse specialist* , 209-214.

**Undersökning av kliniska riktlinjer för patienttillsyn**

1. Vilket år är du född?

\_\_\_\_\_

2. Är du man   
eller kvinna?

3. Hur många år har du arbetat som chef?

\_\_\_\_\_

4. Hur många år har du varit chef på aktuell akutmottagning?

\_\_\_\_\_

5. Har du specialistutbildning och/eller magisterexamen?

Ja, inom: \_\_\_\_\_

Nej

6. Hur många patientbesök har akutmottagningen per år?

\_\_\_\_\_

7. Hur många sjuksköterskor är anställda vid akutmottagningen?

\_\_\_\_\_

8. Hur många undersköterskor är anställda vid akutmottagningen?

\_\_\_\_\_

9. Hur många av sjuksköterskorna har specialistutbildning och/eller magisterexamen?

\_\_\_\_\_

10. Har ni riktlinjer som reglerar tillsyn av patienter

Ja

Nej

*Om du svarat ja på ovan ställda fråga, vänligen bifoga en kopia på denna riktlinje samt referenslista till det material som ligger till grund för riktlinjen*

## Undersökning av kliniska riktlinjer för patienttillsyn

Vi är två sjuksköterskor som studerar på magisterprogrammet i vårdvetenskap med inriktning mot akutsjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vår strävan med studien är att bidra med ny kunskap inom ett aktuellt och viktigt område, därför har vi valt att inrikta oss på tillsyn av patienter på akutmottagning. Studier visar, något som vi också upplever i vårt vardagliga arbete, att patienter i huvudsak är nöjda med vården på akutmottagningarna men att det finns utrymme för förbättringar inom vissa områden, exempelvis patienttillsyn. Forskningsresultat pekar på att välfungerande rutiner för patienttillsyn är ett sätt att förbättra patientens situation samtidigt som det kan vara en betydelsefull åtgärd för att möta kravet på god patientsäkerhet.

Syftet med studien är att granska och jämföra variationer i kliniska riktlinjer som finns för patienttillsyn samt hur de överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet

Med patienttillsyn avser vi att se till de patienter som vistas på akutmottagningen för att: skapa kontinuitet i kontakten mellan patient och personal, uppmärksamma omvårdnadsbehov samt delge patienten besked om dennes vård och även annan information som efterfrågas. Patienttillsyn omfattar inte medicinsk övervakning som sker av allvarligt sjuka patienter.

Datainsamlingen sker genom att samtliga 1:a linjens chefer (exempelvis vårdenhetschefer, chefsjuksköterskor eller motsvarande), vid landets akutmottagningar tillfrågas om deltagande. Du erhåller i detta brev ett frågeformulär samt önskemål om att få ta del av de riktlinjer för patienttillsyn som finns på er akutmottagning. Vi kommer att använda oss av instrumentet Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) för att bedöma de riktlinjer vi får oss tillskickade.

Samtycke till att delta i studien sker genom att du besvarar enkäten och bifogar efterfrågade riktlinjer. Dina svar kommer att avidentifieras och inga obehöriga personer kommer att ha tillgång till datamaterialet. Vid publicering av resultatet kommer inga specifika personer eller mottagningar att kunna härledas. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare förklaring.

Med vänliga hälsningar

Erika Hörlin  
[erika.horlin@telia.com](mailto:erika.horlin@telia.com)  
0709-422 482

Marlene Manninen  
[marlenemanninen@hotmail.com](mailto:marlenemanninen@hotmail.com)  
0706-888 671

Handledare  
Henrik Andersson  
033-4354779