

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:28

Granskning av riktlinjer gällande vård av patienter som
genomgår thoracotomi och skopi

Hanna Andersson
Malin Ekman



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Granskning av riktlinjer gällande vård av patienter som genomgår thoracotomi och skopi
Författare:	Hanna Andersson Malin Ekman
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesijukvård
Handledare:	Stefan Nilsson
Examinator:	Anders Jonsson

Sammanfattning

Ingrepp som thoracotomi och skopi är kända för att orsaka patienterna svår smärta och stort lidande. Inom anestesijuksköterskans område ligger att ansvara för dessa patienter perioperativt. Perioperativ vård syftar till att ge patienten trygghet, kontinuitet, ge en helhetssyn, förbättra kommunikationen och minska patientens lidande samt kvalitessäkra vården. Till hjälp har anestesijuksköterskan behandlingsriktlinjer till grund för den perioperativa vården. Kliniska evidensbaserade riktlinjer är grundläggande instrument för att säkerställa vårdkvalitet för den enskilda patienten så att vården utförs efter bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet.

Studiens syfte var att granska och bedöma de kliniska behandlingsriktlinjerna med avseende på patienter som genomgår thoracotomi och skopi som idag används på svenska och norska thoraxkirurgiska kliniker.

Studien utfördes enligt kvantitativ metod och presenterades deskriptivt där resultatet redovisades i siffror och tabeller med förklarande text. Ett brev skickades ut till samtliga Sveriges och Norges thoraxkirurgiska kliniker varav svarsfrekvensen uppgick till 50%. Författarna erhöll sex av totalt tolv tänkbara riktlinjer. Granskningen av behandlingsriktlinjerna utfördes med hjälp av granskningsinstrumentet AGREE II.

Samtliga thoraxkirurgiska kliniker hade riktlinjer och dessa som kom till författarnas kännedom var relativt lika med avseende på behandling och interventioner. Resultatet visar att samtliga thoraxkirurgiska kliniker saknade behandlingsriktlinjer som kan rekommenderas eftersom de inte bygger på dokumenterad evidens. Endast två av områdena hade riktlinjer som författarna kan rekommendera efter viss modifikation. Samtliga riktlinjer hade metodologiska brister i rapporteringen om hur riktlinjen togs fram och detta utgör ett hinder för att behandlingsriktlinjerna ska kunna utgöra den

kvalitetssäkring de är avsedda att vara. Evidensen som ligger till grund för riktlinjen bör synliggöras och det är viktigt att patientgruppens åsikter och preferenser i framtagandet tas i beaktande. Den perioperativa vården som riktlinjerna beskriver finns väl dokumenterad i litteratur och riktlinjerna hade fått ett högre värde om kopplingen mellan åtgärder och evidens dokumenterats. Med tanke på att tusentals lungpatienter opereras årligen anser författarna att de riktlinjer som vården grundar sig på självklart skall bygga på aktuell forskning och evidens.

Nyckelord: *Evidensbaserad vård, riktlinjer, AGREE, perioperativ vård, thoracotomi/skopi.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Evidensbaserad vård	1
Riktlinjer	2
Thoracotomi och skopi	2
Perioperativ vård	3
Professionell naturlig vård	4
Grundvård- kroppens vård	4
Specialvård- de medicinska behandlingarna	5
Anestesi	5
Smärta och smärtlindring	6
Hälsa och lidande	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
Ansats	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
RESULTAT	11
Domän 1 Mål och syfte	11
Domän 2 Berörda intressens delaktighet	12
Domän 3 Stringens (noggrannhet) i framställningen	13
Domän 4 Tydlighet och framställning	15
Domän 5 Tillämpbarhet	16
Domän 6	16
Domän 7 Övergripande helhetsbedömning	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Bristande evidens	19
Vård och tillämpning av evidensbaserad kunskap	20
Patientperspektiv	22
Standardiserade dokument	22
Positiva och negativa hälsoeffekter med riktlinjen	23

Implikationer	23
Konklusion	24
<i>REFERENSER</i>	25
Bilaga 1	29

INLEDNING

På thoraxkirurgiska kliniker bedrivs en högspecialiserad vård och där opereras patienter med olika lungsjukdomar. Författarnas intresse för området uppstod efter erfarenhet av thoraxkirurgisk vård där vården av dessa patienter upplevts som komplex och att brister i rutiner uppmärksammats. Inom anestesijuksköterskans kompetensområde ligger att ansvara för vården av dessa patienter perioperativt. Thoracotomi och skopi är kända för att orsaka patienterna svår smärta och således stort lidande. Lindwall och von Post (2008, s. 16) skriver att den perioperativa vården syftar till att ge patienten trygghet och kontinuitet. Den skall ge en helhetssyn, förbättra kommunikationen och främja patientens psykiska förberedelse, minska lidande samt kvalitetssäkra vården. Till hjälp har anestesijuksköterskan behandlingsriktlinjer som grund för den perioperativa vården.

Kliniska evidensbaserade riktlinjer är grundläggande instrument för att säkerställa vårdkvaliteten för den enskilda patienten så att vården blir tillgodosedd och att omhändertagandet utförs i enlighet med bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2012). I denna studie kommer de behandlingsriktlinjer som styr vården av patienter som genomgår thoracotomi och skopi att granskas och värderas med hjälp av kvalitetsgranskningsinstrumentet AGREE (Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation) II.

BAKGRUND

Evidensbaserad vård

Det engelska ordet för vetenskapliga bevis eller belägg, evidence, har gett namn åt en inriktning som på svenska kallas evidensbaserad vård. På engelska används termerna EBM (evidence -based medicine) och EBHC (evidence-based healthcare). Evidensbaserad vård betyder att vården bedrivs med en medveten strävan på att den bygger på bästa möjliga vetenskapliga grund, evidens. Detta har sedan länge stöd i svensk lag. Idag utnyttjas inte alltid den forskning som finns inom ett visst område. Det behövs därför en ständig omprövning för att utvärdera om insatserna gör den nytta som avses (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2012). Kliniskt kunnande skall kombineras med evidens och patientens unika situation och önskemål (Salomond 2013, s. 16; Statens beredning för medicinsk utvärdering 2012).

Socialstyrelsen skriver att det är nödvändigt att kliniska studier sammanställs i systematiska kunskapsöversikter, och att praktiska rekommendationer ges ut i form av riktlinjer (Socialstyrelsen 2009). Vårdpersonalen måste ha god klinisk kompetens för att kunna avgöra om riktlinjerna matchar patientens tillstånd, kliniska status och preferenser (Salomond 2013, s16; Socialstyrelsen 2009). Evidensbaserad vård syftar till att optimera vårdresultatet för patienten (Profetto-McGrath, Negrin, Hugo & Bulmer-Smith K 2010, s. 36; Brown, Ecoff, Kim, Wickline, Rose, Klimpel & Glaser 2008, s. 1944).

Idag finns det krav på att sjuksköterskan skall arbeta evidensbaserat. Det innebär också att inneha kunskap och att kritiskt granska de forskningsresultat som finns. Det måste också finnas en kunskap om vart ny kunskap kan hittas (Salomond 2013, s.16). Flertalet studier visar att sjuksköterskor generellt är positiva till evidensbaserad vård och tycker det är viktigt att förbättra patientvården (Majid, Foo, Luyt, Zhang, Theng, Chang, Intan & Mokhtar 2011, s. 230). De faktorer som inverkar på att vetenskaplig forskning inte utnyttjas i praktiken är tidsbrist, personliga egenskaper så som brist på tillförlit på den egna förmågan att kritiskt granska, samt begränsad tillgänglighet och en icke stödjande organisation (Profetto-McGrath et al. 2010, s. 38). För att en ny behandlingsmetod skall införas krävs en hälsoekonomisk värdering och det är också nödvändigt att följa upp de nya metoderna lokalt och internationellt (Socialstyrelsen 2009). Målet med evidensbaserad vård är att vården använder de metoder som gör störst nytta (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2012).

Riktlinjer

En riktlinje bör vara evidensbaserad och således vara baserad på forskning, klinisk erfarenhet och patientens upplevelse. En riktlinje skall utvärderas för att säkerställa att de är uppdaterade och funktionella. Utvärdering är en viktig del i implementeringen av nya riktlinjer (Sandh & Boström 2012, s 47). En behandlingsriktlinje är ett systematiskt framtaget underlag för att assistera kliniker och patienter i fattandet av korrekta och välunderbyggda beslut under specifika omständigheter (AGREE Next Steps Consortium 2009, s.1). Under senare år har användande och utformning av kliniska behandlingsriktlinjer blivit allt vanligare (Burgers, Fervers, Haugh, Brouwers, Browman, Philip & Cluzeau 2004, s. 2000; Grilli, Magrini, Penna, Mura, Liberati 2000, s. 103; Woolfh, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw 1999, s. 527). Det huvudsakliga syftet med en riktlinje skall vara att öka kvaliteten på vården för patienten. Patienter med samma åkomma kan behandlas olika beroende på vart de söker vård, en riktlinje skall hjälpa patienten att få lika vård oavsett sjukhus eller lokala traditioner (Woolf et al. 1999, s. 527). Woolfh et al (1999, s. 530) skriver också att ett problem med riktlinjer är att de inte används trots att de finns. Det finns en tendens att de bara ses som ett alternativ och att personliga och lokala traditioner används istället (Woolf et al. 1999, s. 530). Undersökningar har visat att många behandlingsriktlinjer är av låg kvalitet på grund av metodologiska brister under framtagandet av riktlinjerna (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 1). Som en hjälp att öka kvaliteten på kliniska behandlingsriktlinjer utvecklades och framställdes därför instrumentet AGREE II (Burgers et al. 2004, s. 2001).

Thoracotomi och skopi

En vanlig bakomliggande orsak till att patienter genomgår thoracotomi och skopi är på grund av en lungtumör (Pass, Carbone, Johnson, Minna & Turrisi 2005, s. 430). Indikationerna för lungkirurgi är icke småcellig lungcancer i stadium I-II och metastaser, resektion eller biopsi för att ställa diagnos, pneumothorax och infektioner (Socialstyrelsen 2011; Pass et al. 2005, s.430). Att utforma vården utifrån riktlinjer kan också vara ett sätt att öka behandlingsresultaten (Andrews & Redmond 2004, s. 956; Darling 2002, s. 257). Vinsterna med att använda riktlinjer kan bara vara så stora som

kvaliteten på riktlinjen (AGREE Next step consortium 2009, s.1). Trots att riktlinjerna är utformade efter randomiserad kontrollerade studier kanske inte evidensen kommer patienten nytta. Detta kan ha sin förklaring i att riktlinjerna inte används till fullo i det dagliga arbetet. Om riktlinjerna används minskar dock variationerna i behandlingarna och det antas ökar behandlingsresultaten (Andrews & Redmond 2004, s. 957). Profetto-McGrath et al. (2010, s.37) skriver att integrationen av evidens i praktiskt vårdande är fundamental för att optimera patienternas behandlingsresultat.

Vid lungkirurgi används vanligen öppen teknik via thoracotomi eller endoskopisk teknik så kallad thoracoskopi för åtkomst in i bröstskorgen (Shields, Locicero, Reed & Feins 2009; s. 392; Wildgaard, Ravn & Kehlet. 2009, s.175). Beroende på tumörens lokalisering görs vanligen en kilresektion eller lobektomi och om hela lungan är angripen görs en pulmektomi (Shields et al 2009; s. 392). Thoracoskopi eller så kallad videoassisterad thoraxkirurgi är en minimal invasiv endoskopisk procedur som användas i samband med lobektomi, kilresektion och biopsier. Denna teknik används idag allt mer på flertalet av lungoperationerna (Shields et al. 2009, s. 421; Wildgards, Ravn & Kehlet. 2009, s. 175).

I slutet av operationen läggs ett dränage i pleura för att kunna evakuera blod och luft postoperativt. Detta är den största orsaken till uppkomst av postoperativ smärta (Dango, Harris, Offner, Hennings, Priebe, Buerkle, Passlick & Loop 2012, s. 3; Shields et al. 2009, s. 573). Riktlinjer med avseende för smärtlindring har visat sig innebära att patienternas smärta synliggörs och har en positiv effekt på sjuksköterskans sätt att behandla genombrottsmärta (Sandh & Boström 2012, s. 47).

Perioperativ vård

Anestesisjuksköterskans ansvarsområde omfattas av övervakning och utförande av lokal eller generell anestesi, analgesi och sedering till patienter i alla åldrar (Lindwall & von Post 2008, s. 27). Perioperativ vård innebär de vårdhandlingar som utförs under pre-, intra- och postoperativa faserna i samband med patientens operation (Lindwall, von Post & Bergbom 2002; s. 246; Lindwall & von Post 2008). Det ideala är att samma sjuksköterska utför alla moment i processen. En anestesisjuksköterska har den unika möjligheten att ägna hela sin uppmärksamhet åt en patient vid ett och samma tillfälle (Lindwall & von Post 2008, s. 112).

Riktlinjer syftar till att ge patienterna bästa möjliga vård. AGREE II avser granska om det finns evidens bakom rekommendationerna i riktlinjerna (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 25). Vård som är baserad på evidens förbättrar för patienterna (Majid et al. 2011, s. 229). Lindwall och von Post (2008, s. 121) beskriver hur anestesisjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat i den perioperativa vården.

Den preoperativa fasen är anestesisjuksköterskans första möte med patienten. Denna fas består i att data hämtas ur patientens berättelse och från journalhandlingar och analyseras. Utifrån insamlad data planeras vården, vårdhandlingar och vårdåtgärder (Lindwall, von Post & Bergbom 2002, s. 247; Lindwall och von Post 2008, s. 88).

Den intraoperativa fasen, genomförandefasen, startar då patienten flyttas till operationsbordet och avslutas vid transport till uppvakningsenheten. Det innebär bemötande av oro, uppkoppling av övervakning, uppläggning på operationsbordet och genomförandet av anestesi och analgesi samt underhåll av denna och sedan väckning av patienten (Lindwall & von Post 2008, s. 90).

I den postoperativa fasen sker utvärdering av den givna vården och de mål som sattes upp genom patientens och sjuksköterskans dialog med varandra. Utvärdering kan ske på vårdavdelningen eller på den postoperativa avdelningen. Den postoperativa dialogen skall ske då patienten är helt vaken (Lindwall, von Post & Bergbom 2002, s. 249; Lindwall & von Post 2008, s. 94).

I den perioperativa vårdprocessen ges sjuksköterskan möjlighet till att på ett systematiskt sätt utföra och beskriva patientens vård och vårdande i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Den perioperativa vården kan delas in i tre olika vårdnivåer som genomsyrar alla faser pre-, intra- och postoperativt. Varje vårdnivå har sin vårdprocess. I vårdprocessen finns möjlighet att integrera teori och praktik och därmed ge vårdandet evidens (Lindwall & von Post 2008, s. 82). Målet med en riktlinje är att den ska minska gapet mellan klinikers arbete och vetenskaplig evidens (Lindberg, Schöld, Östgren, Tilling och Turner 2005, s. 2942; Woolf et al. 1999 s. 527). Rekommendationer i en riktlinje ska ha stödjande evidens (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 25).

Professionell naturlig vård

Professionell naturlig vård utgår från människans grundläggande behov av begär efter tillit, hopp, öppenhet, uppriktighet, medlidande och önskan att bli sedd. Den skiljer sig från naturlig vård som kan beskrivas som moderns vård av sitt barn. Den professionella naturliga vården kräver speciell kompetens och utbildning. Det är den som gör att vården upplevs som god av patienten. Det är en etisk hållning och ett sätt att vara för sjuksköterskan. Den handlar om *Ansvar*- viljan att göra gott och inte överge patienten, *skuld* – när patienten kränks skall sjuksköterskan skydda denna, *medlidande* – sjuksköterskan intresserar sig för patientens lidande genom att lyssna på patienten och bry sig om denna samt om *mod*- att våga se, att vara där hela tiden och att inge patienten tillit (Lindwall & von Post 2008, s. 44).

Grundvård- kroppens vård

Grundvård utgår från kroppens fysiologiska behov och innefattas även av kroppens behov av att inte kränkas eller skändas. Patienten förlorar makten och kontrollen över sin kropp i samband med anestesi och kan inte själv bestämma när eller hur den skall röra sig eller skydda sig mot faror. Det är sjuksköterskans skyldighet (skuld) att vara patientens skydd mot skador och faror i omvärlden, mot obehörigas blickar och mot bakterier. Vårdåtgärder skall vara sådana att sjuksköterskan inte ska behöva känna skuld över att vården inte blev värdig för patienten. De skall skydda patienten under ingreppet genom att föra patientens talan. Vårdhandlingarna innefattar även att vaka över patienten genom att genomföra alla kontroller på ett säkert sätt (Lindwall & von Post 2008, s. 91).

Specialvård- de medicinska behandlingarna

Specialvård utgår från medicinsk kunskap, teknisk kunskap, anesthesiologi, kirurgisk sjukdomslära, farmakologi och fysiologi, apparatvård samt artificiell vård. Vilket för anestesijuksköterskan innebär vård som utförs från ordinerad narkosform på ett för patienten säkert sätt, intubation, infusion, urinkateter, ventilation, smärtstillande med mera. Behandlingens mål är att patienten skall uppnå hälsa (Lindwall & von Post 2008, s. 94).

Perioperativa vården skall ske i enighet med att den bygger på bästa möjliga evidens. För att kunna uppnå omvårdnadens syfte som enligt socialstyrelsen definieras: *”syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förbygga 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) behövs riktlinjer som grundar sig på forskning och evidens (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2012).

Anestesi

Att ge anestesi är en form av specialvård. Thoracotomi och skopi utförs i generell anestesi bestående av inhalationsanestetika eller total intravenös anestesi (Eldawlatly, Turkistani, Shelly, El-Tahan, Macfie & Kinsella 2012 s. 192; Dango et al. 2012, s. 3; Maslow, Stafford, Davignon & Ng 2013, s. 2; Shelly, Macfie & Kinsella 2011, s. 1014). Specialvården i samband med intubation är avancerat och kräver specifika åtgärder för anestesijuksköterskan. För att möjliggöra ventilation av en lunga intuberas patienten med en dubbellumen tub (Brodsky & Fitzmaurice 2013, s. 162; Eldawlatly et al. 2012, s. 192; Mirzabeigi, Johnson & Ternian 2005, s. 213). På detta vis möjliggörs ventilation av antingen höger eller vänster lunga separat (Brodsky & Fitzmaurice 2013, s. 162; De Bellis, Accardo, Maio, Lamanna, Rossi, Pace 2011, s. 917; Eldawlatly et al. 2012, s. 193; Mirzabeigi, Johnson & Ternian 2005, s. 213). I anestesijuksköterskans specialvård ingår att ventilerar patienten adekvat i samband med ingreppet. Detta tillgodoser även patientens behov av att andas vilket kan ses som perioperativ grundvård (Lindwall & von Post 2008, s. 91). Det verkar inte finnas någon samstämmighet över hur patienter som genomgår thoracotomi skall ventileras. I Eldawlatly et al. (2012, s. 193) studie var det vanligast att ventilerar patienten med volymkontrollerad ventilation i samband med enlunsv ventilation (One Lung Ventilation, OLV) med tidalvolym mellan 4-6 ml/kg (Eldawlatly 2012, s. 193). I andra studier förespråkas det att det är viktigt att behålla stora tidalvolym även i samband med OLV för att förhindra atelektasbildning och för att syresätta lungan optimalt (Brodsky & Fitzmaurice 2001, s.163). I utformandet av riktlinjer ska positiva hälsoeffekter samt negativa biverkningar och risker tas i beaktning när rekommendationerna formuleras. Diskussionen ska vara en integrerad del i riktlinjens utvecklingsprocess och ska dokumenteras (AGREE Next stop Consortim 2009, s. 24).

Patienten sövs i ryggläge och vänds därefter till sidoläge så kallad lateral position (Servant & Purkiss 2002, s. 40). Grundvården i samband med anestesi innebär att patientens fysiologiska behov övervakas noga under ingreppet. För de flesta patienter som lungopereras krävs övervakning med blodtryck, elektrocardiogram (EKG) och pulsoximetri och endtidalkoldioxid. I vissa fall övervakas även patienterna med

artärkateter, centralt ventryck samt mätning av urin med urinkateter (Brodsky & Fitzmaurice 2001, s. 163; Dango et al. 2012, s. 3).

Smärta och smärtlindring

Smärta i samband med och efter thoracotomi och skopi är en av de svåraste formerna av smärta efter kirurgi (Kotemane, Gopinath & Vaja 201, s. 897; Soto & Fu 2003, s. 1349). Grundvård och specialvård innebär att anestesijuksköterskan har god kunskap om farmakologiska smärtlindringsmetoder men även vårdhandlingar såsom upplägg på operationsbordet är viktigt för att inte utsätta patienten för onödigt lidande (Lindwall & von Post 2008, s. 91). Patienter som inte är adekvat smärtstillade blir svåra att ventilera (Brodsky & Fitzmaurice 2001, s. 164). Flertalet olika metoder finns men Torakal Epidural Anestesi (TEDA) har länge varit "golden standard" i samband med lungkirurgi och är i de flesta fall förstahandsalternativet (Dango et al. 2012, s. 1; Kotemane, Gopinath & Vaja 2010, s. 898; Soto & Fu 2003, s. 1350). Övriga metoder som används i smärtstillande syfte är paravertebrala blockader, intercostala nervblockader, intratekala opioider och variationer av regionala metoder (Eldawlatly et al. 2012, s. 193; Kotemane, Gopinath & Vaja 2010, s. 897; Rawal 2012, s. 313; Shelly, Macfie & Kinsella 2011, s. 1015; Soto & Fu 2003, s. 1351). Som komplement ges även paracetamol och icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (Kotemane, Gopinath & Vaja 2010, s. 898; Soto & Fu 2003, s. 1352). Patienter som genomgår thoracotomi har ofta ont i ena axeln postoperativt. Kroppens ställning på operationsbordet kan vara av betydelse för uppkomst av denna smärta (Soto & Fu 2003, s. 1349).

Dålig smärtlindring postoperativt är associerad med låg patienttillfredsställelse. Få studier där fokus finns på patientens tillfredsställelse efter thoracotomi är genomförda (Rawal 2012, s. 311). God smärtstillning efter thoracotomi minskar inte bara lidandet för patienten utan minimerar även risken för de lungkomplikationer som kan uppstå (Dango et al. 2012, s. 1; Kotemane, Gopinath & Vaja 2010, s. 897; Soto & Fu 2003, s. 1349). En effektiv smärtlindring och minskad perioperativ stress har visat sig ge bättre postoperativ återhämtning och förbättrar resultatet efter operationen. En multimodal smärtlindringsmetod är att föredra (Kotemane, Gopinath & Vaja 2010, s. 899). Studier har visat att upp till 50 % av patienter som genomgår thoracotomi drabbas av långvarig smärta (Soto & Fu 2003, s. 1350). Målet med den naturliga professionella vården är att sjuksköterskans vårdhandlingar skall lindra patientens lidande och skapa en känsla av välbefinnande vilket kan göras genom att ge patienten en god smärtlindring (Lindwall & von Post 2008, s. 45).

Hälsa och lidande

Lidande utgör en stor del i vårdandet eftersom vårdgivaren ofta möter mänskligt lidande. Lidandet konfronteras sällan direkt utan associeras oftast med smärta. Rodgers och Cowles (1997, s. 1048) definierar dock lidandet som större än smärtan, lidandet är en individualiserad, subjektiv och komplex upplevelse som också involverar känslan av en intensiv negativ mening till en händelse eller upplevt hot. Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008, s. 4) definierar lidande som sjukdom, som något som ansätter människan och här inbegrips begreppen smärta, kval och plåga samt ett lidande

som en form av avbräck, skada eller förlust. Lidandet och hälsa är två olika sidor av livet som är integrerade och alltid närvarande, alltså kan hälsa utvecklas genom en lidandeprocess. Det mänskliga behovet av vård kan förstås i termer av mänskligt lidande. Om vårdbehovet ses som separata krav som bör tillfredställas finns det en risk att den mänskliga helheten med kropp, själ och ande blir reducerade (Fagerström, Eriksson & Bergbom-Engberg 1997, s. 985).

Lidande kan alltså uppstå genom sjukdom och behandling men patienten kan också bli lidande genom vården. Om patienten i relationen till vårdpersonal upplever att värdigheten kränks, upplever fördömelse eller straff eller att han överges kan det skapas ett vårdlidande. Lidande är en del av människans liv som kan råda tillsammans med hälsa men vårdlidande är ett ont, meningslöst lidande som inte står i samklang men vårdens grundmotiv som är att lindra patienters lidande (Kasén et al. 2008, s. 4). Behov finns av att vara lyhörd och reflektera över patienternas värld för att minska risken att tillföra patienterna vårdlidande. Vårdvetenskaplig kunskap är en grund för att känna igen patienters vårdlidande och för att medvetet odla en vårdkultur där dess förekomst förhindras (Kasén et al. 2008, s.7). Att kunna hantera sitt lidande är förutsättningen för att kunna ta ansvar för sin hälsa (Dahlberg 2002, s.8). Vårdaren måste kunna se och bekräfta en människas lidande och genom ett professionellt bemötande stödja patienten i denna process och inte skapa ett vårdlidande (Dahlberg 2002, s. 8).

Dahlberg och Segesten (2010, s. 47) skriver att människor är i behov av vård när hälsan störs av sjukdom eller annat lidande. Människors hälsa är således det som måste vara vårdarens mål och därmed vårdandets syfte att stödja och stärka människors hälsoprocesser. Hälsa har en djupare innebörd än enbart frånvaro av sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 49). Ett möte skall vara inbjudande, berörande och kännetecknas av vårdarens ansvar för interaktionen. Ett möte mellan vårdare och patient blir vårdande när de stödjer patientens hälsoprocess (Dahlberg & Segesten 2010, s. 192). Lindwall och von Post (2008, s. 86) skriver att målet med den perioperativa vården är en strävan mot att göra något gott.

PROBLEMFÖRMULERING

Patienter som genomgår thoracotomi och skopi utsätts för ett omfattande ingrepp vilket orsakar dem stort lidande. Bakomliggande sjukdom är oftast svår och om obehandlad förknippad med hög mortalitet. Patienterna har ett stort omvårdnadsbehov och utgör en utmaning för anestesijuksköterskan i den perioperativa vårdprocessen. Det är tekniskt svårt att intubera, söva, smärtstilla och ventilerade dessa patienter. Att lägga patienten i ett bekvämt korrekt läge på operationsbordet utan att dislokalisera tuben kan vara en utmaning. Redan innan operationen är patienten utsatt för ett stort lidande vilket kräver att den preoperativa dialogen sker professionellt så att mötet inger förtroende och tillit. I anestesijuksköterskans ansvar ligger att lindra patientens lidande med omvårdnadsåtgärder och med medicinska åtgärder. För att tillgodose patientens specifika behov finns på Sveriges och Norges thoraxkliniker behandlingsriktlinjer för hur denna patientgrupp skall vårdas i samband med operationen. En förutsättning för att behandlingsriktlinjerna skall vara av värde för patienten är att de är framtagna på ett

systematiskt, vetenskapligt evidensbaserat tillvägagångssätt för att säkerställa hög kvalitet på den givna vården och på så vis minska patientens lidande och främja hälsa. Det är därför av intresse att undersöka om existerande behandlingsriktlinjer för patienter som genomgår thoracotomi och skopi är baserade på evidensbaserade åtgärder.

SYFTE

Syftet med denna studie var att granska och bedöma de kliniska behandlingsriktlinjerna med avseende på patienter som genomgår thoracotomi och skopi som idag används på svenska och norska thoraxkirurgiska kliniker.

METOD

Ansats

För att besvara vårt syfte valdes en kvantitativ metod genom att det strukturerade instrumentet AGREE II användes för att granska riktlinjerna. Resultatet presenteras deskriptivt genom siffror och tabeller med förklarande text (Polit och Beck 2012, s. 17).

Urval

Samtliga tolv thoraxkirurgiska kliniker i Sverige och Norge tillfrågades om deltagande i studien. För att delta i studien skulle det finnas riktlinjer gällande patienter som genomgår thoracotomi och skopi. Innan datainsamlingen startade kontaktades samtliga kliniker via telefon för att undersöka om det fanns existerande riktlinjer. Samtliga kliniker uppgav att det fanns och att de användes i det dagliga arbetet.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom att samtliga kliniker fick ett brev där de tillfrågades om deltagande i studien och dess innehåll beskrevs. Breven skickades till verksamhetschef/avdelningschef på thoraxoperation på respektive sjukhus. I breven informerades om att ingen information om någon enhet skulle lämnas ut och att det enbart var författarna och vår handledare som hade tillgång till materialet. Ingen enhet skulle således kunna identifieras. I brevet stod också att deltagandet var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sitt deltagande närhelst de ville utan närmare förklaring. Respondenten försågs med frankerat svarskuvert och samtycke till studien lämnades i och med responderingen. En klinik ringde och talade om att de inte ville delta i studien eftersom de inte ansåg sig ha tillräckligt uppdaterade och enhetliga behandlingsrekommendationer. Ytterligare fem kliniker avstod att delta utan närmare förklaring. Sex kliniker svarade och sände sina riktlinjer efter uppreade påminnelser per mail och telefon. När tillstånd getts och behandlingsriktlinjerna sänts påbörjades granskningen.

För att bedöma kvalitén på de riktlinjer som fanns användes AGREE II-instrumentet. Detta är ett instrument som publicerades första gången 2003 och är utvecklat av en grupp forskare och riktlinjeutvecklare som kallas AGREE gruppen. AGREE är ett bedömningsinstrument för att bedöma kvaliteten på och utvecklingsprocessen av kliniska riktlinjer inom hälso- och sjukvården. Instrumenten kan användas för samtliga sjukdomstillstånd i alla delar av vårdkedjan. Instrumentet kan appliceras på ett brett spektra av medicinska riktlinjer så som prevention, screening, diagnostik, behandling och interventioner. Instrumentet är inte avsett för att bedöma riktlinjer rörande sjukvårdsorganisation och medicinskteknisk apparatur. Gruppen har reviderat och omarbetat instrumentet som initialt benämndes AGREE och den nya versionen heter AGREE II, detta gjordes 2009. Utvecklingen ledde till en utförligare manual med exempel på förslag för var i en riktlinje information kan hittas. En ändring på mätinstrumentet från en fyragradig likertskala till en sjugradig likertskala gjordes. Förändringen bestod även i att utveckla och förfina instrumentet och göra det lättare för de tilltänkta användarna. AGREE finns översatt på svenska men inte den nya versionen AGREE II. Författarna har använt instrumenten AGREE II för denna studie.

Syftet med instrumentet beskrivs i tre punkter:

1. Att bedöma kvaliteten på riktlinjer
2. Att tillhandahålla en metodologisk strategi för utvecklande av riktlinjer.
3. Att påtala vilken information och hur informationen skall presenteras i en riktlinje

Instrumentet består av sex domäner eller avsnitt med 23 delfrågor. Varje fråga besvaras på en sjugradig skala (likertskala) och ytterdomänerna kodas 1 (strongly disagree) respektive 7 (strongly agree), se figur 1. Resultatet från de 23 delfrågorna beräknas och presenteras genom diagram. Utöver resultatet från domänerna görs en helhetsbedömning med dels bedömning på en sjugradig likertskala och dels en värdering om riktlinjen bör rekommenderas, alternativt inte bör rekommenderas, alternativt kan rekommenderas med viss modifikation.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree						Strongly Agree

Figur 1. Sjugradig likert-skala

AGREE II instrumentets sex olika domäner:

1. Omfattning och syfte (tre delfrågor); berör riktlinjens huvudsakliga syfte, de specifika hälsofrågorna samt målpopulation.
2. Berörda intressenters delaktighet (tre delfrågor); berör målpopulationens åsikter och preferenser, berör huruvida delaktiga intressenter och slutgiltiga användare deltog i utvecklandet av riktlinjen och definierar slutgiltiga användare.
3. Noggrannhet vid framställning (åtta delfrågor); berör metoden för insamling och sammanställning av evidens, styrkor och begränsningar i evidensen är beskriven och metoden för att utforma rekommendationer och för att uppdatera dessa. Berör även

positiva hälsoeffekter samt biverkningar och risker. Berör metoden för uppdatering och extern granskning.

4. Tydlighet och framställningen (tre delfrågor); berör riktlinjens utformning, språk, struktur och format.

5. Tillämpbarhet (fyra delfrågor); berör hindrande och underlättande faktorer i samband med tillämpningen av riktlinjen samt resursåtgången för detta. Berör revisionskriterier.

6. Redaktionell självständighet (två delfrågor); berör huruvida det finns risk för intressekonflikter som har påverkat rekommendationerna i riktlinjen.

7. Detta är inte en domän i sig utan en övergripande helhetsbedömning av riktlinjen.

Ytterligare en bedömning ingår och den sätts i nivå om tre steg; Om behandlingsriktlinjen rekommenderas starkt, om den rekommenderas med modifikation eller rekommenderas inte.

Ju högre poäng en riktlinje får desto fler kriterier har uppfyllts. Under varje fråga i domänen finns punkten ”how to rate” där granskaren får hjälp med vilka kriterier som behöver uppfyllas. Varje domän svarar för att bedöma de olika aspekterna av kvalitet (AGREE Next Steps Consortium 2009).

Dataanalys

Granskningen skedde efter AGREE II användarmanual. Först lästes samtliga riktlinjer samt bifogat kompletterande material noggrant igenom flera gånger. Enligt AGRRE II bedömningsinstrument skall materialet granskas av minst två bedömare och helst av fyra stycken eftersom detta ökar reliabiliteten (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 7; Brouwers, Kho, Browman, Burgers, Cluzeau, Feder, Fervers, Graham, Grimshaw, Hanna, Littlejohns, Makarski, Zitzelsberger 2010, s. 840). De olika riktlinjerna avidentifierades och benämndes klinik ett till sex. Innan granskningen påbörjades fördes en gemensam genomgång av instrumentet och dess kriterier. Eftersom AGREE II inte finns på svenska var syftet med genomgången att minimera risken för att eventuella språkförbistringar som skulle kunna påverka resultatet. Granskningen gjordes enskilt och därefter sammanställdes båda författarnas granskningar. Eftersom en gemensam genomgång av användarmanualen gjorts och en diskussion förts angående poängsättning av domänerna var bedömningen relativt samstämmig och inga justeringar gjordes i efterhand. Erhållna betyg räknades ut efter given formel (se figur 2 och 3) för att kunna presentera ett procenttal. Procenttalen för varje domän och klinik räknades ut och resultatet visas i diagram. I varje domän jämfördes de olika klinikerna. Det är den metodologiska kvalitén i behandlingsriktlinjerna som avses granskas med AGREE II för att bedöma innehållet och dess kvalitet får andra instrument tillämpas.

	Punkt 1	Punkt 2	Punkt 3	Totalt
Bedömare 1	2	1	1	4
Bedömare 2	2	2	2	6
Totalt	4	3	3	10=erhållna poäng

Figur 2. Exempel för hur bedömarnas poäng för varje punkt sammanräknas till erhållna poäng för domänen, i detta exempel för domän 1.

Högsta möjliga poäng=7 (instämmer helt) x 3(punkter) x 2(bedömare)= 42

Lägsta möjliga poäng=1(instämmer inte alls) x 3(punkter) x 2(bedömare)= 6

Beräkningen av poängen för denna domän blir följande:

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

$$\frac{10 - 6}{42 - 6} = \frac{4}{36} = 0,11 = 11\%$$

Figur 3. Formel för procentuträkning för domän, i detta exempel svarar siffrorna för uträkning i domän 1.

Etiska överväganden

Etikprövning i forskningsetisk nämnd behöver inte utföras på sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå(SFS 2003:460). Brevet som sändes ut innehöll en beskrivning av syftet med studien, information om deltagarnas konfidentialitet, frivillighet i att delta samt möjlighet till att när som helst, utan särskild förklaring, ha rätt att avbryta deltagandet. Forskningsmaterialet var enbart tillgängligt för författarna och handledaren på Högskolan i Borås. Att delta i studien bedömdes inte kunna resultera i några besvär eller negativa upplevelser för deltagarna.

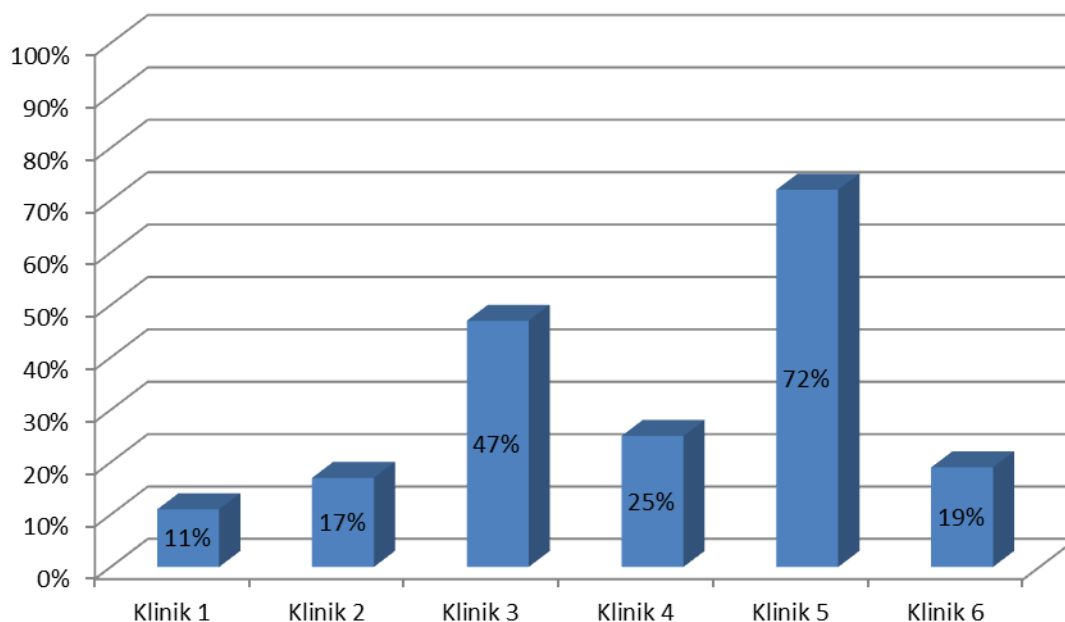
RESULTAT

Domän 1 Mål och syfte

Två av klinikerna redogör klart för mål och syfte. Patientgruppen beskrivs i form av ingreppets art och i några fall medicinska diagnoser. Hälsosfrågorna beskrivs bristfälligt.

Klinik 1 når i denna domän upp till 11 %. Det finns inget övergripande mål eller syfte beskrivet med riktlinjen. Endast de operativa ingreppen beskrivs, inte patientgruppen eller diagnoser. Det är tydligt vilka interventioner och behandlingar som riktlinjen avser. Klinik 2 når här upp till 17 %. Interventionerna och behandlingarna är här tydligare beskrivet men mål och syfte saknas. Patientgruppen beskrivs enbart genom det operativa ingrepp som ska genomföras. Klinik 3 når 47 %. Här finns ett syfte och en bakgrund till riktlinjen. Patientgruppen är dock inte specificerad utan enbart vilket operativt ingrepp som riktlinjen täcker. Klinik 4 når 25 %. Uttalat mål och syfte saknas men det finns bakgrund om orsak till och nytta med ingreppen dokumenterat. Patientgruppen och de medicinska diagnoserna är redovisade. Klinik 5 når 72 % då mål och syfte är klart redovisat och hälsosfrågorna riktlinjen innefattar beskrivs. Hälsoeffekten för patienten är inte beskriven. Målpopulationen finns bara redovisad gällande för vuxna patienter. Klinik 6 når 19 % i denna domän. Det finns inget övergripande syfte eller mål och ingen beskrivning av hälsosfrågorna. Tydlighet råder

vid interventioner och behandlingar. Patientgruppen beskrivs i form av ingreppet som skall utföras och diagnoser nämns.



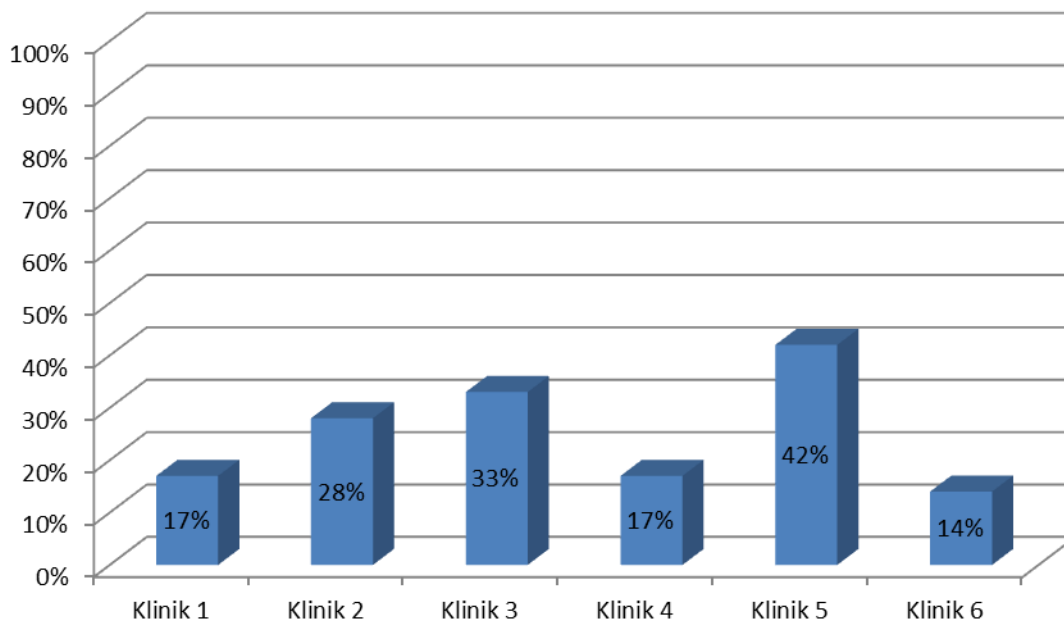
Figur 4. Resultat i procent kliniksvis för Domän 1: Mål och syfte

Domän 2 Berörda intressens delaktighet

Identifikation av personer som har utformat riktlinjen redovisas men inte dess roll i framtagandet eller vilken profession personen har. Patienternas åsikter tas inte i beaktande. Målgruppen som riktlinjen vänder sig till är inte alltid tydlig.

Klinik 1 når 17 %. Namn, institution och geografiskt lokalisering kan lätt identifieras i riktlinjen. Inga uppgifter om vilken roll i gruppen eller titel dessa författare innehar. I riktlinjen framkommer inte att det har tagits hänsyn till patienters perspektiv eller synpunkter. Riktlinjen vänder sig till thoraxanestesi men är inte specificerad till yrkesgrupp. Klinik 2 uppnår 28 %. I kompletterande bifogat material framkommer vem som utformat riktlinjen och vilken yrkesroll den har. Namn, institution och geografisk lokalisering framkommer på riktlinjen. Ingen hänsyn har tagits till patientperspektivet. Det är tydligt vilken yrkesgrupp riktlinjen vänder sig till. Klinik 3 når 33 %. Beskrivning av yrkeskategorierna i gruppen som utformat riktlinjen finns men deras inbördes roller beskrivs inte. Sammansättningen av medlemmarna i gruppen får anses relevant men någon metodexpert fanns inte. Visst patientinflytande har tagits i beaktande med avseende på smärta. Riktlinjen gäller för personal på thoraxoperation men det är inte specificerat vilken yrkesgrupp. Klinik 4 når 17%. Namn, institution och geografisk lokalisering finns men inget om medlemmarnas yrke eller roll i framtagandet av riktlinjen. Inget patientperspektiv har tagits i beaktande. Riktlinjen är uppdelad i

olika delar där en del vänder sig till operation och en till anestesi, yrkeskategorierna är dock inte specificerade. Klinik 5 når 42 % eftersom institution och geografisk lokalisering är kända utifrån riktlinjen. Målpopulationens åsikter och perspektiv tydliggörs inte. Däremot finns ingen tvekan om vilken målgrupp riktlinjen avser. Stor tydlighet i vilka och vem som ansvarar för vad. Klinik 6 når 14 %. Namn och institution samt geografisk lokalisering kan urskiljas. Patienters perspektiv och åsikter benämns inte. Riktlinjen avser att gälla för thoraxoperation men för vilken yrkeskategori är det inte specificerat.



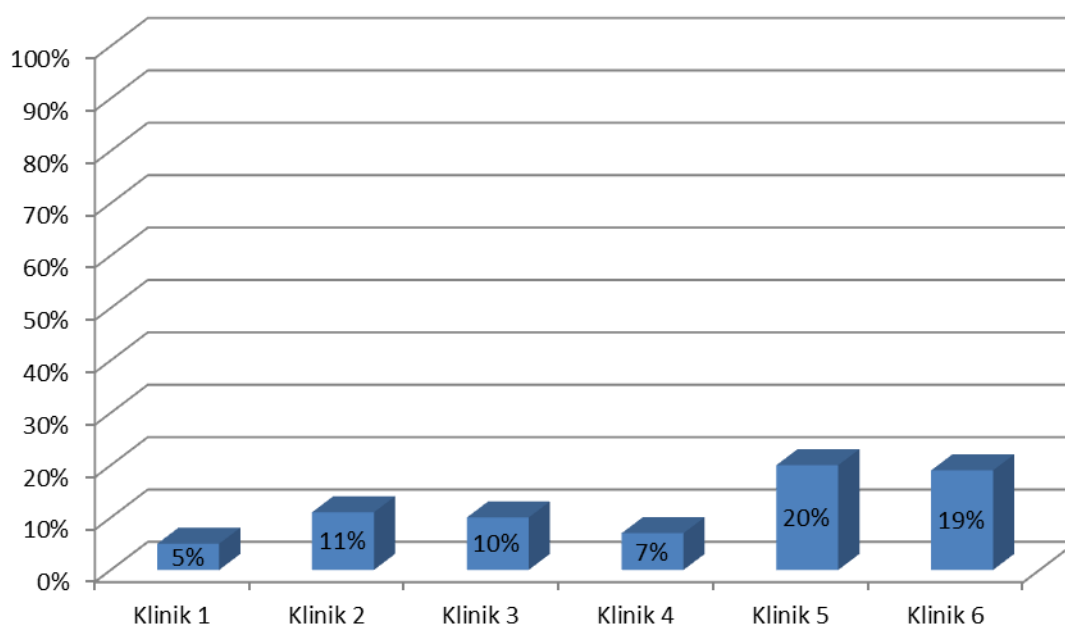
Figur 5. Resultat i procent kliniksvis för Domän 2: Berörda intressens delaktighet.

Domän 3 Stringens (noggrannhet) i framställningen

Referenser redovisas av två kliniker. Biverkningar och risker synliggörs i riktlinjerna men några positiva hälsoeffekter redovisas inte. Metoder för utformning av rekommendationerna finns inte. Datum för uppdatering finns hos alla men metoden beskrivs enbart i en riktlinje.

Klinik 1 uppnår 5 %. Inga uppgifter om att det söktes efter evidens för utformandet av riktlinjen. Ingen referenslista finns, det förekommer dock en hänvisning till en internetadress i samband med en intervention. Metoder för utformningen av rekommendationerna i riktlinjen redovisas inte. Det framkommer inte om det tagits hänsyn till positiva hälsoeffekter eller biverkningar och risker i utformningen. Ingen extern expert har granskat riktlinjen innan publicering men den är godkänd av en person som även ingår i gruppen som tagit fram riktlinjen. Datum för uppdatering finns men metoden för uppdateringen är inte beskriven. Klinik 2 uppnår 11 %. Enligt uppgift bygger inte riktlinjen på vetenskapliga referenser. Processen med utformningen av

riktlinjen finns det ingen uppgift om. Två granskare har kontrollerat riktlinjens innehåll och metoden för denna granskning är känd. Biverkningar och risker beskrivs med behandlingen, men några positiva hälsoeffekter redovisas inte. Tidsintervallet och vem som ansvarar för uppdateringen är känd men dock inte metoden. Klinik 3 uppnår 10 %. Ingen systematisk metod har ägt rum för att söka efter evidens men däremot har det inhämtats riktlinjer från övriga svenska thoraxkliniker vid utformandet. Det finns en hänvisning till en referens i samband med en specifik intervention. Risker som kan uppstå i samband med ingreppet beskrivs men inga positiva hälsoeffekter lyfts fram. Datum för uppdatering av riktlinjen är fastställt men metoden redovisas inte. Klinik 4 når 7 %. Systematiska metoder för att söka evidens anges inte och inga referenser finns. Metoden för hur riktlinjernas rekommendationer formulerats beskrivs inte. Några risker med i samband med interventioner beskrivs. Det framkommer att riktlinjen är granskad av en namngiven person men profession och metod vid granskningen redovisas inte. Datum för uppdatering anges. Klinik 5 når 20 %, det finns flera referenser i ett avsnitt i riktlinjen men det finns dock ingen tydlig koppling mellan rekommendationen och stödjande referens. Resterande delar av riktlinjen innehåller inga referenser. I bifogat material redogörs delvis för utformningen av rekommendationen. Riktlinjen har granskats av externa experter innan publicering och fastställda metoder för revidering finns. Klinik 6 når 19 %. Referenser utan hänvisning i texten finns men inget om hur sökning av litteratur gått tillväga eller hur urvalskriterier gjorts. Inga styrkor och begränsningar av referenserna är beskrivna. Biverkningar och risker med interventioner och behandlingar finns redovisade. Riktlinjen är beslutad av två namngivna personer men inte hur granskningen gått tillväga eller vad för disciplin de har. Det framkommer när riktlinjen är upprättad och reviderad samt hur länge den är giltig dock inga uppgifter hur uppdateringen gått tillväga.

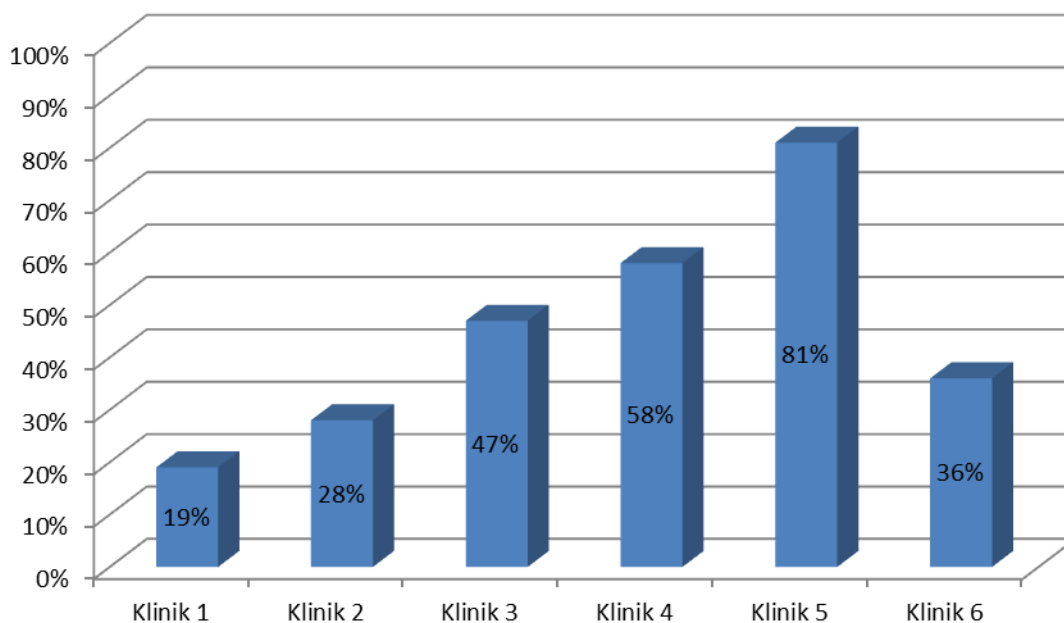


Figur 6. Resultat i procent kliniksvis för Domän 3: Stringens(noggrannhet) i framställningen.

Domän 4 Tydlighet och framställning

Rekommendationerna är överlag specifika och entydiga.

Klinik 1 uppnår 19 %. Rekommendationer finns för vilken vård och behandling som ska utföras. När det finns olika behandlingsalternativ är det inte klargjort för vem varje rekommendation gäller för. Det saknas ett tydliggörande för vilka huvudrekommendationerna är. Riktlinjen innehåller inte tabeller, flödesdiagram, understrykningar eller fet stil. Klinik 2 uppnår 28 %. Rekommendationerna är specifika och entydiga och vissa är kopplade till ett mål och syfte. Vid olika behandlingsalternativ är det vid några tillfällen klargjort för vem rekommendationen gäller. Rubrikerna är markerade och därmed tydliga men huvudrekommendationerna kan inte urskiljas. Klinik 3 uppnår 47 %. Klara rekommendationer där avsikten och målet vid ett flertal tillfällen är beskriven. Då det finns undantag från rekommendationen är detta definierat. Rekommendationerna är inte kopplade till någon diskussion om evidens. Huvudrekommendationen är lätt att finna i riktlinjen. Klinik 4 uppnår till 58 %. Rekommendationerna är konkreta och beskrivning av vilken vård och behandling som passar ett specifikt tillstånd anges. Vid enstaka tillfällen är rekommendationen kopplad till ett specifikt syfte eller mål med behandlingen. Det är klart och tydligt angett vilka huvudrekommendationerna är, det är lätta att följa och identifiera. Eventuella risker som kan uppstå med behandlingen är markerade. Klinik 5 når 81 %. Riktlinjerna är mycket tydliga med vilka huvudrekommendationerna är och de är lätta att hitta. Summeringen av rekommendationerna är summerade i en ruta. Vid multipla rekommendationer är det klargjort för vem rekommendationen gäller. Klinik 6 når 36 %. Interventionerna är beskrivna men inte kopplat till ett specifikt tillstånd. Huvudrekommendationerna finns att urskilja.

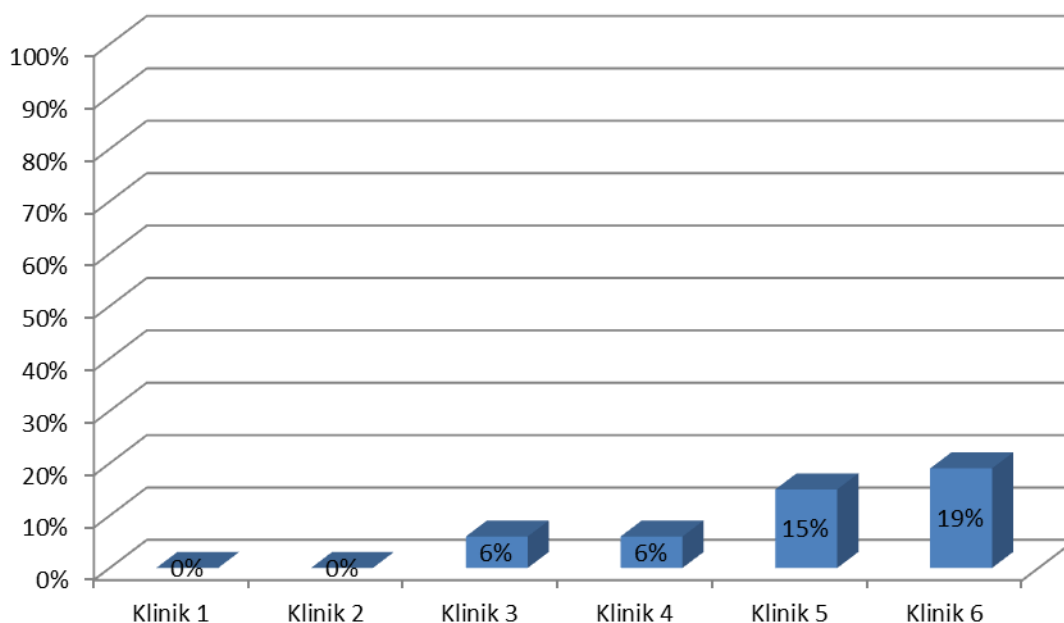


Figur 7. Resultat i procent kliniksvis för Domän 4: Tydlighet och framställning.

Domän 5 Tillämpbarhet

Hinder och möjligheter beskrivs överlag bristfälligt. Ingen diskussion med avseende om eventuella merresurser. Viss presentation av kriterier för revision återfinns.

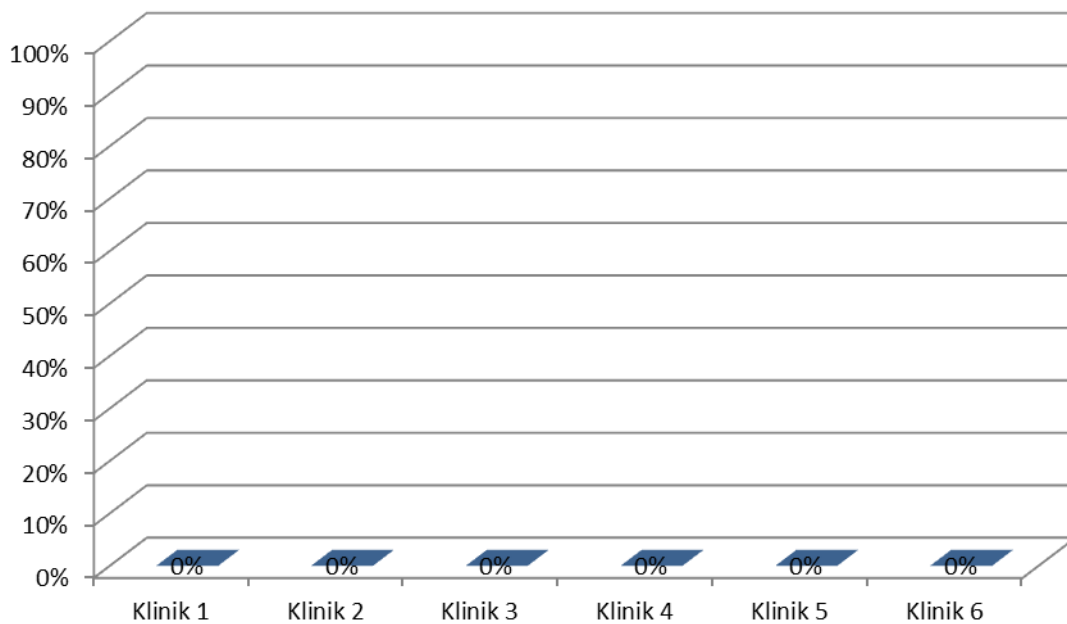
Både klinik 1 och klinik 2 erhåller 0 %. Riktlinjerna behandlar varken möjligheter och hinder för tillämpbarhet, inga råd för hur riktlinjerna kan tillämpas, ingen diskussion om eventuella merresurser vid tillämpning av rekommendationen eller kriterier som skapar möjlighet för övervakning och revision. Klinik 3 och klinik 4 uppnår 6 %. Riktlinjerna ger en hänvisning till tilläggsmaterial. Riktlinjen innehåller definierade kriterier. Riktlinjerna innehåller inga möjligheter eller hinder för tillämpbarheten. Inga råd eller andra verktyg för hur riktlinjerna kan tillämpas i praktiken. Merkostnader för tillämpningen av riktlinjerna diskuteras inte. Klinik 5 når 15 % och inga hinder eller möjligheter vid tillämpning beskrivs. Hänvisningar till material för komplettering till riktlinjen finns. Inga merresurser vid tillämpningen av rekommendationen redovisas. Riktlinjen innehåller definierade kriterier. Klinik 6 når 19 %. Viss beskrivning av hinder med tillämpbarheten av riktlinjen finns. En summeringsruta och checklista finns. Merresurser diskuteras inte. Riktlinjen presenterar kriterier som kan användas för revision.



Figur 8. Resultatet i procent kliniksvis för Domän 5: Tillämpbarhet

Domän 6 Redaktionell självständighet

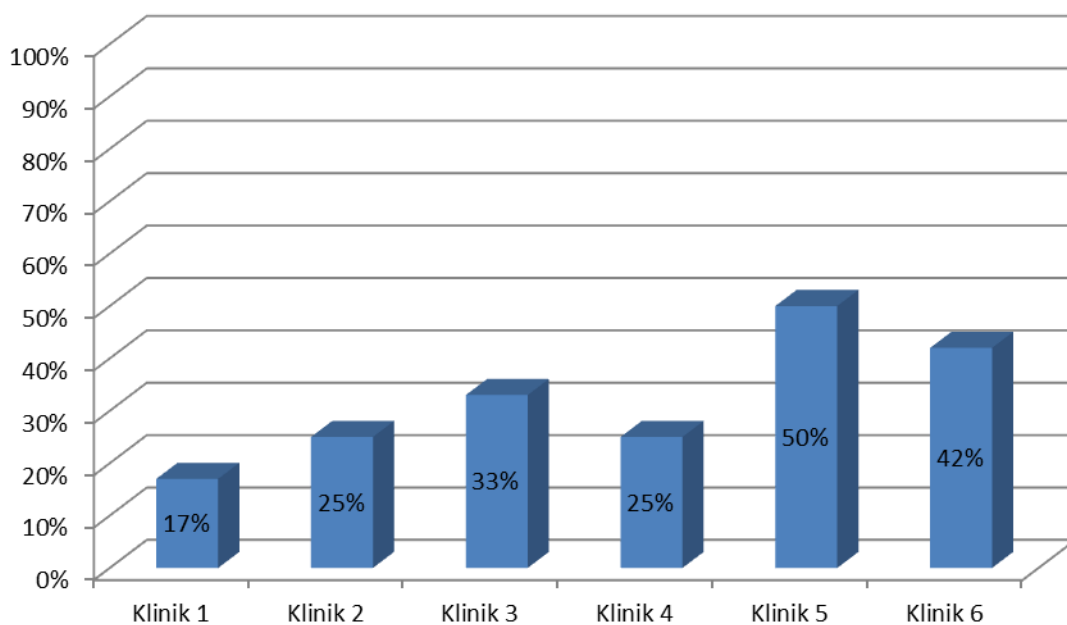
Samtliga kliniker erhåller här 0 %. Inga synpunkter från finansiärer har påverkat innehållet i riktlinjen och det går inte att utläsa om konkurrerande intressen bland utformarna av riktlinjernas har registrerats och åtgärdats.



Figur 9. Resultat i procent klinikvis för Domän 6: Redaktionell självständighet

Domän 7 Övergripande helhetsbedömning

Klinik 1-4 rekommenderas inte medan klinik 5 och 6 rekommenderas efter modifikation.



Figur 10. Resultat i procent klinikvis för Övergripande bedömning.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvantitativ metod har valts eftersom metoden svarar väl an på syftet att granska Sveriges och Norges thoraxklinikers riktlinjer för thoracotomi och skopi. Med kvantitativ metod samlas resultatet in genom att använda strukturerade metoder. Den strukturerade metod som valdes för att granska riktlinjerna var instrumentet AGREE II eftersom detta instrument har vunnit det bredaste stödet internationellt (Polit & Beck 201, s. 42) och är validitets- och reliabilitetstestat (Brouwets et al. 2010, s. 840; Burls 2010, s. 1129; Lindberg et al. 2005, s. 2942). Lindberg et al.(2005, s. 2945) slutsats är att AGREE II instrumentet är en praktisk och användarvänlig metod för att strukturerat värdera kvaliteten i kliniska riktlinjer. Vården kan inte bli bättre än kvaliteten i riktlinjen (AGREE Next step consortium 2009, s. 1). Granskade riktlinjer omfattar delvis vårdande handlingar och önskvärt hade varit att dessa vårdhandlingar var evidensbaserade genom vårdvetenskap.

Polit och Beck (2012, s. 15) skriver att metoder ska vara som linser som hjälper oss att fokusera på fenomenet och inte som skygglappar som sätter gränser för nyfikenheten. Att kunna välja på kvantitativ och kvalitativ metod efter syfte är önskvärt och stödjer utvecklingen av evidens i vårdandet. Dahlberg och Segesten (2010, s. 17) har en relativt likasinnad inställning och beskriver att det är det studerande fenomenet och dess egenskaper som styr valet av vetenskaplig ansats och metod. De skriver däremot vidare att det emellertid är ovetenskapligt att bearbeta komplexa existentiella fenomen så att de blir till enkla siffror som sedan trycks in i en matris. Detta har inte skett i vår granskning av riktlinjerna eftersom komplexa existentiella fenomen inte har bearbetats i riktlinjerna. Om detta är en brist kan klart diskuteras eftersom riktlinjerna i stor utsträckning vänder sig till sjuksköterskor och att de i sitt dagliga yrkesverksamma liv bemöter existentiella fenomen och att detta då rimligtvis också skulle grunda sig på evidens.

Validiteten, förmågan att mäta det som ska mätas, anser Burls (2010, s. 1129) är AGREE II största utvecklingspotential. AGREE II fokuserar på den metodologiska processen. Att enbart granska riktlinjens metodologiska noggrannhet är otillräckligt för att försäkra att rekommendationerna i riktlinjerna är ändamålsenliga och valida. Metodologisk noggrannhet och validitet är inte nödvändigtvis sammankopplade. Delfråga nio blir därför extra viktig eftersom den avser granska att ”styrkor och begränsningar med bevisen är klart beskrivna”. Denna delfråga hjälper användaren att granska validiteten vilket är viktigt eftersom studier som inte är randomiserade kan leda till stor variation i rekommendation (Burls 2010, s. 1129). I användarmanualen för AGREE II klargörs att syftet med instrumentet är att bedöma metoden och öppenheten av processen ur vilken riktlinjen är utvecklad. Författarna har reflekterat över detta under granskningen, att det är metoden som granskas och inte innehållet. Vår uppfattning är dock att om rekommendationer är framtagna genom en strukturerad modell har de en möjlighet att vara av god kvalité.

Författarnas val att granska riktlinjer för thoracotomier och skopier i Sverige och Norge grundade sig på vår förförståelse att anestesijuksköterskors arbetsbeskrivning i dessa båda länder är relativt lika.

I formen för magisteruppsats var det genomförbart att riktlinjerna granskades av två personer, om granskningen utförts av fyra granskare hade reliabiliteten ökat (AGREE Next Steps Consortium 2009, s. 7; Brouwers et al.2010, s. 840). AGREE II finns inte översatt på svenska. Vår gemensamma diskussion om instrumentet innan granskningen, för att minimera språkförbistringar, anser författarna vara lyckosam eftersom våra enskilda bedömningar väl speglar varandra. Att bedömningarna varit enskilda ökar den interna reliabiliteten enligt Polit och Beck (2012, s. 334).

Författarna erhöll sex av totalt tolv tänkbara riktlinjer. Metodens externa validitet, att datamaterialet i studien är representativt, bedöms ha brister eftersom svarsfrekvensen endast är 50 %. Författarnas förförståelse till varför klinikerna avstår till att delta kan vara att de anser sig ha bristande kvalitet på sina riktlinjer och en rädsla för att bli granskade. I brevet som sändes ut bad författarna förutom om riktlinjer också om tilläggande information, så som tekniska rapporter, metodiska manualer eller riktlinjers utvecklingsprocedur. Då erhölls tilläggande information från två kliniker. Informationen bidrog till att granskningen blev mer exakt. Där författarna inte fick tilläggsinformation kontaktades klinikerna igen genom mail för ett förtydligande om att detta önskades. Det erhölls dock inte någon mer information. I användarmanualen till AGREE II är rekommendationen att största ansträngning ska göras för att lokalisera förtydligande information och inkludera den som en del av materialet som ska granskas. Att svarsfrekvensen var låg kan ha påverkat resultatet. Om författarnas förförståelse är korrekt kanske ett högre deltagande visat på generellt lägre poängttilldelning. Det kan också vara så att det finns evidensbaserade riktlinjer för vård i samband med thoracotomier och skopier i Sverige och Norge men som inte har kommit till författarnas kännedom. Intressant hade också varit att få tillgång till mer tilläggsinformation eftersom i de två riktlinjer där det fanns att tillgå ökade på dess evidensskattning.

Resultatdiskussion

Bristande evidens

Den övergripande bedömningen blir att fyra av sex riktlinjer inte kan rekommenderas eftersom det finns stora brister. Detta påverkar kvaliteten på vården och riskerar att öka patientens lidande. Mål och syfte är inte klargjorda och ingen evidens är beskriven. En klinik har föredömligt syfte och mål men uppvisar brister i referenssystemet, endast en del i riktlinjen innehåller en referenslista som saknar texthänvisning. Hade riktlinjen visat att stöd finns i evidens och redovisat hur den selekterats fram skulle författarna rekommenderat den. En klinik har en referenslista som täcker hela riktlinjen men som saknar texthänvisning. Avsaknad av mål och syfte är också avgörande faktor och därför kan författarna inte rekommendera den utan viss modifikation.

Vård och tillämpning av evidensbaserad kunskap

Den grundvård, specialvård och åtgärder som riktlinjerna beskriver finns väl dokumenterat i litteratur och kan med lätthet sökas upp. Författarna anser att riktlinjerna hade fått ett högre värde om kopplingen mellan åtgärder och evidens dokumenterats. Med tanke på att tusentals lungpatienter årligen opereras, och att det finns lagstöd för att sjuksköterskan skall arbeta evidensbaserat (Salmond 2013, s.16, Statens beredning för medicinsk utvärdering 2012), borde det vara självklart, att riktlinjerna bygger på aktuell forskning och evidens. Lindberg et al.(2005, s. 2942) skriver att riktlinjer ska ha som mål att minska gapet mellan klinikers arbete och vetenskaplig evidens. Författarna anser att förutsättningen för att gapet ska minskas är att det sker en litteratursökning och en process som dokumenteras vid utformandet av en evidensbaserad riktlinje. Lindberg et al.(2005, s. 2945) skriver vidare att lokalt framtagna riktlinjer tenderar till att hålla än lägre metodologisk kvalitet än nationellt framtagna. Fördelen är dock att de är mer kända och mer tillämpande och att själva arbetet med framtagandet är en process som leder till ökad kunskap, även om kvaliteten är sämre.

Det fanns inga uppgifter om att någon metodexpert skulle varit med, så som en statistiker eller bibliotekarie i utformningen av riktlinjerna. Att ingen metodexpert återfinns i riktlinjerna tror författarna kan kopplas till att någon evidenssökning i flertalet fall inte har ägt rum. Dalheim, Hartug, Nielsen och Norvedt (2012, s. 273) beskriver i sin artikel att sjuksköterskor oftare inhämtar kunskap genom egenupplevd erfarenhet och kollegor än att söka evidensbaserad kunskap. Sjuksköterskorna skattade sin förmåga att arbeta evidensbaserat som låg, de upplevde sig som nybörjare på att söka och inhämta evidensbaserad kunskap. Om detta är applicerbart på sjuksköterskor i stort så kan det vara en förklaring till varför fyra av sex riktlinjerna i stort inte har några referenser. En modell i framtagningen av en riktlinje där det ingår en metodexpert, förslagsvis en bibliotekarie, tror författarna kan vara av stor nytta för att i framtiden utarbeta mer evidensbaserade riktlinjer. Författarna håller med Dalheim et al. (2012, s. 275) när de anser att sjuksköterskor bör få kunskap i att söka evidensbaserad information för att kunna inplantera den i vårdandet. Kunskap i evidensbaserad praktik har visat sig vara statistiskt signifikant med att den information som sökts används praktiskt.

De interventioner som beskrivs i riktlinjerna är främst specialvårdshandlingar och grundvårdshandlingar medan de professionella naturliga vårdhandlingarna inte behandlas i någon av riktlinjerna. Det får ses som en svaghet att den professionella naturliga vården inte berörs i någon av riktlinjerna, då det är den som gör att vården upplevs som god av patienterna (Lindwall & von Post 2008, s. 44). Att lindra patientens lidande och minska vårdlidande borde var ett av huvudmålen och syftet med en riktlinje som denna. Om förutsättningarna för detta skall skapas måste även åtgärder för att lindra lidande och skapa trygghet för patienten tas i beaktande. Dahlberg och Segesten (2010, s. 16) menar att endast kvantitativt beskrivna forskningsresultat och kvantitativt beskrivna bevis för vårdande anses som vetenskapligt korrekta och evidenta. Detta snäva sätt att hantera evidensfrågan har fått till följd att sådana fenomen i vårdandet som inte är mätbara lämnas utanför evidensområdet. Det kan vara en förklaring till det bristande intresset för den vårdande relationens och dialogens betydelse för hälsa och välbefinnande. Den vårdvetenskapliga kunskapen har sin utgångspunkt i patienternas livsvärld (Dahlberg & Segesten 2010, s. 18). När riktlinjer inte behandlar vårdandet

utan bara utförandet av medicinska interventioner kan vi se en risk med att detta inte prioriteras i och med att det inte synliggörs. Naturligtvis anser författarna att hela anestesijuksköterskans yrkesutövande skall vara evidensbaserat och dokumenterat eftersom alla patienter har rätt till lika vård

Specialvården får ses som tydlig i samtliga riktlinjer då klara direktiv beskrivs om vad som skall utföras. Dock är det inte alltid uttalat vem som ansvarar för utförandet av specialvården. Att specialvården är noggrant beskriven får ses som naturligt då det i anestesijuksköterskans profession ingår, i den perioperativa vårdprocessen, att ansvara till stor del för dessa medicinska och tekniska åtgärder som en operation kan innebära (Bull & FitzGerald 2006, s. 5; Lindwall & von Post 2008, s. 27). Dock saknas ett patientperspektiv där patientens upplevelse och förmodande vårdlidande sätts i samband med dessa.

Anestesisjuksköterskans första möte med patienten sker i den preoperativa fasen därför är det en brist att inte denna lyfts fram i riktlinjerna. Det är här som sjuksköterskan kan skapa trygghet och ge sig tid att lyssna till patientens önskemål och eventuella oro inför operationen (Lindwall, von Post & Bergbom 2003, s. 237). Att helheten i den perioperativa dialogen är av vikt tycker författarna även synliggörs i Warrén-Strömberg, Sjöström och Haljamäe (2003, s. 201) artikel om otillräcklig smärtlindring. Specialvård och grundvård är viktig för anestesijuksköterskan i den intraoperativa fasen genom att bedöma och farmakologiskt modelera den fysiologiska responsen framkallad av kirurgiskt stimuli eller otillräcklig anestesi, eller de båda i en kombination. Under bedömningen och behandlingen av denna respons får anestesijuksköterskan viktig information av responsmönster och kravet på anestesi som varje enskild individ är i behov av. En logisk slutsats kan vara att den informationen är av stort värde i planeringen av den tidiga postoperativa smärtlindringen för patienten. Dock visar Warrén-Strömberg, Sjöström och Haljamäe (2003, s. 200) att denna kunskap inte tas tillvara.

I beaktning av att patienter fortfarande rapporterar oacceptabla nivåer av smärta postoperativt trots effektiva läkemedel, modern analgetisk teknologi och riktlinjer är det resonabelt att tro att denna kunskap om individuella svar på anestesiläkemedel intraoperativt borde vara av värde för den postoperativa smärtlindringen. Ett utökat involverande av anestesijuksköterska, både pre-, intra- och postoperativt borde gynna utvecklingen av ett multiprofessionellt perspektiv på postoperativ smärtlindring (Warrén-Strömberg, Sjöström & Haljamäe 2003, s. 201). Att ta vara på denna kunskap och ha med den i en riktlinje gällande thoracotomier och skopier borde vara av största vikt eftersom denna operation är känd att orsaka svår smärta (Kotemane, Gopinath & Vaja 2010 ,s. 897; Dango et al. 2012, s.1; Soto & Fu 2003, s. 1349).

Den postoperativa fasen berörs inte heller någonstans vilket även hade varit önskvärt för det är då utvärderingen av vården sker (Lindwall, von Post & Bergbom 2003, s. 247). På så vis kan vi få veta om patienten är nöjd med den vården som gavs. Här hade nyttan och resultatet av operationen kunnat utvärderas.

Patientperspektiv

Patientperspektiv saknas i stor utsträckning i samtliga riktlinjer. Vården är till för patienterna och författarna ställer sig frågan om hur riktlinjer kan skrivas utan att hänsyn tagits till patienternas perspektiv. Endast i en riktlinje har beskrivit att de har mätt den postoperativa smärtan i den berörda patientgruppen och därmed inhämtat uppgifter om att patienterna inte var adekvat smärtlindrade. Att inhämta information om patienternas upplevelser är en del som tillsammans med forskning och kliniskt erfarenhet utgör basen för att en riktlinje ska vara evidensbaserad (Sandh & Boström 2012, s. 47). Vård och behandling ska så långt det vara möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (HSL 1982:763). Att vara lyhörd och reflektera över patienternas värld kan minska risken att tillföra patienterna vårdlidande (Kasén et al. 2008, s. 7). För att kunna utföra rätt behandlingsrekommendation behövs kunskap om patientgruppen som ska genomgå lungoperationer men denna koppling går inte att finna i de granskade riktlinjerna. Dahlberg (2002, s. 4) skriver att om vi vill veta hur människor erfar vårdandet så måste vi gå till dem och fråga dem. Författarna anser att riktlinjerna ska grundas på forskningsresultat av patienters upplevelse av att genomgå thoracotomi och skopi och genom att föra en dialog för att kunna ta del av synpunkter och önskemål hos gruppen de riktar sig till, förslagsvis patientföreningar som hjärt- och lungfonden.

Enligt AGREE II bedömningsformulär skall en riktlinje innehålla en klar definition av åldersgrupp och kön samt en klinisk beskrivning skall redovisas. Att i utformandet av riktlinjer beskriva hälsofrågan och målpopulationen så det beskrivs i AGREE II instrumentet ger enligt författarna en helhetsbild och en förståelse för patienten som bör främja utförandet av rekommendationerna. Det är oklart om granskade riktlinjer även är lämpade på barn eller om speciell hänsyn skall tas till kön eller sjukdomsdiagnos. Det borde vara av intresse hur svårighetsgrad av sjukdom och klinisk kondition påverkar vården.

Standardiserade dokument

Författarna har hittat fördelar med att riktlinjen utformats i ett standardiserat dokument. Dels kan den möjliggöra att huvudrekommendationen och layouten tydliggörs, dels säkerställer det att nödvändiga uppgifter finns med i riktlinjen så som namn och profession på utformare och granskare och dels klargöra vilken yrkesgrupp rekommendationerna i riktlinjen avser. De standardiserade dokumenten måste dock vara utformade så att uppgifter på utformare och granskare ska tillkännages vilket inte alltid var fallet i de riktlinjer som vi granskade. Om inte det standardiserade dokumentet ger vägledning om hur en evidensbaserad riktlinje ska utformas underlättas inte processen för utvecklingarna av riktlinjen, anser författarna. Yagasaki och Komatsu (2011, s. 26) skriver att på den organisatoriska nivån ska det finnas en gemensam struktur och att detta är en av förutsättningarna för att optimera att en riktlinje användas och därmed utgöra en grund för en evidensbaserad vård.

Vilken yrkesgrupp riktlinjerna vänder sig till är dock olika och inte alltid uttalad. Det kan vara bekymmersamt om det inte tydligt framkommer vem som har berättigande att gör vad. Effekten med att använda sig av riktlinjer kan vara gynnsam när sjuksköterskan

kan stödja sina åtgärder på riktlinjer med generella direktiv (Sandh & Boström 2012, s. 47). Exempel på detta är en studie har visat att sjuksköterskor som använder sig av riktlinjer angav i statistiskt signifikant högre utsträckning att de samtyckte helt med att de gav extra doser av analgetika vid genombrottssmärta (Sandh och Boström 2012, s.47). Om det råder tveksamheter till befogenheter i riktlinjen kanske dessa förtjänster med en riktlinje går förlorad. Även här skulle ett standardiserat dokument som är utformat så det tydligt framgår vilken yrkesgrupp som avses med riktlinjen vara till nytta.

Ett standardiserat dokument anser författarna ökar möjligheten för implementering av riktlinjer och därmed kan ge evidens i det dagliga vårdandet om vårdandet finns beskrivet i form av en checklista som användaren med lätthet kan använda sig av. En användarvänlig utformning kan bidra till att riktlinjens implementering blir lyckosam (Yagasaki & Komatsu 2011, s. 29). Dessa checklistor ger anestesijuksköterskan i den perioperativa vårdprocessen möjlighet till att på ett systematiskt sätt utföra vården av patienten i samband med ett kirurgiskt ingrepp och på så vis kvalitetssäkra denna vård. Det får dock inte bli ett hinder för att individuella lösningar och önskemål kan tillämpas i vissa fall där det krävs och patienten uttrycker en önskan, anser författarna.

Positiva och negativa hälsoeffekter med riktlinjen

I samtliga riktlinjer förutom en har eventuella biverkningar som kan uppstå och risker med ingreppet redovisats. Tyvärr har inga positiva hälsoeffekter redovisats i riktlinjerna vilket borde vara av värde med tanke på de medicinska diagnoser och patientkategorin som behandlas. Det finns enligt författarna flera positiva hälsoeffekter för patienten och även för samhället då behandlingen i de flesta fall är kurativ och ökar chansen till överlevnad för patienten avsevärt. Även om behandlingen kan orsaka patienten lidande i form av exempelvis smärta kan den ju också minska lindandet för denna genom att patienten faktiskt tillfrisknar från sin svåra sjukdom. Patienten kan återfå sin förmåga att i generell mening må bra, leva det liv som önskas och genomföra stora eller små livsprojekt som varje individ behöver för att ha känslan av att leva ett gott liv, det som enligt Dahlberg och Segesten (2010, s. 62), kan beskrivas i termer av livskraft. Livskraft har innebörd av vitalitet och vitalitet har flera synonymer så som livsmod och livslust. Livslust behövs för att ha en vilja att leva det här livet och livsmod används för att klara av att välja hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 63).

Implikationer

Inga tidigare studier har undersökt förekomsten av riktlinjer med avseende på patienter som genomgår thoracotomi och skopi och bedömt dess grad av evidens, varvid studien kan bidra med ny kunskap inom området. För framtida forskning anser författarna att AGREE II instrumentet ska användas i framtagande av evidensbaserade riktlinjer för omvårdnad av denna patientkategori. Vidare forskning kring patientens individuella behov och perspektiv i samband med perioperativ vård vid thoracotomi och skopi skulle kunna tillföra viktig kunskap till riktlinjerna och i sin tur lindra patienternas vårdlidande och därmed öka upplevelsen av hälsa.

Konklusion

Resultatet från vår studie visar att det fanns riktlinjer på samtliga thoraxkirurgiska klinker i Sverige och Norge. Riktlinjerna som kommit till författarnas kännedom är relativt lika i avseende på behandling och interventioner men stora brister fanns i evidensbaseringen, vilket medför att de inte kan utgöra den kvalitetssäkring som är dess syfte. Författarnas slutsats blir därför att inga evidensbaserade riktlinjer för vården av patienter som genomgår thoracotomi och skopi förekom på granskade thoraxkliniker.

REFERENSER

- AGREE Next Step Consortium.(2009). *AGREE II Instrument*. Tillgänglig: <http://www.agreetrust.org>
- Andrews, E.J., Redmond, H.P. (2004). A review of clinical guidelines, *British Journal of Surgery*, vol. 91, ss. 956-964.
- Brodsky, J.B., Fitzmaurice, B. (2001). Modern Anesthetic Techniques for Thoracic Operations. *World Journal Surgery*, vol. 25, ss.162-166.
- 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.T., Littlejohns, P., Makarski, J & Zitzelberger, L.(2010) AGREE II: Advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Preventive Medicine*, vol. 51, ss. 421-424.
- Brown, C.E., Ecoff, L., Kim, S.L., Wickline, M.A., Rose, B., Klimpel, K. & Glaser, D. (2010). Multi-institutional study of barriers to research utilization and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, ss. 1944-1951.
- Burgers, J.S., Fervers, B., Haug, M., Brouwers, M., Browman, G., Philip, T. & Cluzeau, F.A. (2004). International Assessment of the Quality of Clinical Practice Guidelines in Oncology Using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 22, ss. 2000-2007.
- Burls, A. (2010) AGREE II-Improving the quality of clinical care. *The Lancet*, vol. 376, ss. 1128-1129.
- Bull, R. & Fitzgerald, M. (2006). Nursing in a technological environment:Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 12, ss. 3-7.
- Dango, S., Harris, K., Hennings, E., Priebe, H.J., Buerkle, H., Passlick, B. & Loop, T. (2012). Combined paravertebral and intrathecal vs thoracic epidural analgesia for post-thoracotomy pain relief. *British Journal of Anaesthesia*, vol.14, ss.1-7.
- Dahlberg, K.(2002). Vårdlidande-det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, vol. 22, ss. 4-8.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). Hälsa och vårdande. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R.M. & Nortvedt, M.W.(2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-reported survey. *BMC Health Services Research*, vol.12, ss. 367-377.
- Darling, G.(2002). The impact of clinical practice guidelines and clinical trails on treatment decisions. *Surgical Oncology*, vol. 11, ss. 255-262.

De Bellis, M., Accardo, R., Di Maio, M., Lamanna, C., Rossio, GB. & Pace, MC. (2011). Is flexible bronchoscopy necessary to confirm the position of double lumen tube before thoracic surgery? *European j Cardiothorac Surgery*, vol. 4, ss. 912-7.

Eldawlatly, A., Turkistani, A., Shelly, B., El-Tham, M., Macfie, A. & Kinsella, J. (2012). Anesthesia for thoracic surgery: A survey of middle eastern practice. *Saudi Journal of Anaesthetic*, vol. 6, ss. 192-196.

Fagerström, L., Eriksson, K. & Bergbom-Engberg, I.(1997). The patient´s perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 28, ss. 978-987.

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

Hälso- och sjukvårdslagen. (1982:763). Tillgänglig.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/svenskförfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

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

Kotemane, N.C., Gopinath, N. & Vaja, R. (2010). Analgesic techniques following thoracic surgery: a survey of United Kingdom practice. *European Journal of Anesthesiology*, vol. 27, ss. 897-899.

Lindberg, M., Schöld, A-K., Östgren, CJ., 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*, vol. 102, ss. 2942-2945.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård- att förena teori och praxis*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2002). Patients and nurses experience of perioperative dialogues. *Journal of advanced Nursing*, vol. 43, ss. 246-253.

Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y-L., Chang, Y-K. & Mokhtar, I-A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making:nurses perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, vol. 3, ss. 229-236.

Maslow, A.D., Stafford, T.S., Davingnon, K.R. & Ng, T. (2013). A randomized comparison of different ventilator strategies during thoracotomy for pulmonary resection. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, ss. 1-7.

- Mirzabeigi, E., Johnson, C. & Ternian, A. (2005) One-Lung Anesthesia Update. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, vol. 9, ss. 213-226.
- Pass, H.I., Carbone, D.P., Johnson, D.H., Minna, J.D & Turrisi, A.T. (2005). *Lungcancer: Principles and practice*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F & Beck, C. T (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Profetto-McGrath, J., Negrin, K-A., Hugo, K. & Bulmer-Smith, K. (2010). Clinical nurse specialists approaches in selecting and using evidence to improve practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 7, ss. 36-50.
- Rawal, N. (2012). Epidural Thecnique for Postoperative Pain. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, vol. 37, ss. 310-317.
- Rodgers, B.L. & Cowles, K.V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, ss. 1048-1053.
- Salmond, S.W. (2013). Finding the Evidence to Support Evidence-Based Practice. *Orthopaedic Nursing*, vol.32, ss. 16-22.
- Salmond, S. W (2013). Finding the Evidence to Support Evidence- Based Practice, *Orthopaedic Nursing*, vol. 32, ss. 16-22.
- Sandh, M. & Boström, B. (2012). Sjuksköterskors uppfattning om smärtbehandling och användning av riktlinjer. *Vård i Norden*, vol. 32, ss. 44-49.
- Servant, C. & Purkiss, S. (2002). *Position patients for surgery*. London: Greenwich Medical Media.
- Shelly, B., Macfie, A. & Kinsella, J. (2011). Anesthesia for Thoracic Surgery: A Survey of UK Practice. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, vol. 25, ss. 1014-1017.
- Shields, T.W., Locicero, J., Reed, C.E. & Feines, R.H. (2009). *General Thoracic Surgery*. Seventh Edition. Philadelphia Wolters Kluwer/Lipincott. Williams & Wilkins.
- Soto, R.G. & Fu E.S. (2003). Acute Pain Management for Patients Undergoing Thoracotomy. *Annual Thoracic Surgeon*, vol. 75, ss. 1349-57.
- Socialstyrelsen (2009). *Evidensbaserad medicin*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se>
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för lungcancervård*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforlungcancervard>.

SOSFS(1993:17). *Socialstyrelsen 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.*)

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). Tillgänglig:

<http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Vad-innebar-evidensbaserad-varld/>

SOSFS(2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Tillgänglig: www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460.

Wildgaard, K., Ravn, J. & Kehlet, H. (2009). Chronic post-thoracotomy pain: a critical review of pathogenic mechanisms and strategies for prevention. *European journal of cardio-thoracic surgery*, vol. 36, ss. 170-180.

Woolfh, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, vol. 318, ss. 527-30.

Warrén-Strömberg, M., Sjöström, B. & Haljamäe, H.(2003). The role of the nurse anesthetist in the planning of postoperative pain management. *AANA Journal*, vol . 71, ss. 197-202.

Yagasaki, K. & Komatsu, H. (2011). Preconditions for successful guideline implementation: Perceptions of oncology nurses. *BMC Nursing*, vol. 10, ss. 23-33.



BEHANDLINGSRIKTLINJER I SAMBAND MED THORACOTOMI

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar specialistutbildningen med inriktning mot anestesijukvård vid högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi jobbar nu som intensivvårdsjuksköterskor på thoraxintensiven i Göteborg och har under våra år där träffat flera patienter som genomgått ett thoracotomi ingrepp på grund av olika bakomliggande faktorer. Dessa patienter är svårt sjuka och har ofta en tung cancer diagnos och thoracotomin ger ofta svåra smärtor vilket ger ett ökat lidandet för patienterna.

Syftet med vår studie är att granska och kartlägga förekomsten av riktlinjer till patienter som genomgår ett thoracotomi eller skopi ingrepp på en thoraxkirurgisk operationsavdelning. För att granska dessa riktlinjer utifrån dess grad av evidens avser vi att använda oss av ett redan färdigt instrument som heter Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE II). Datasamlingen sker genom att tillfråga vårdenhetschefer/biträdande vårdenhetschefer vid samtliga av Sveriges och Norges thoraxkirurgiska operationsavdelningar om deltagande. Ert deltagande är frivilligt och ni kan när som helst avbryta er medverkan utan närmare förklaring. Vår förfrågan till er är därmed om ni skulle vilja skicka oss era behandlingsriktlinjer/ PM till oss och även en bakomliggande kvalitetsnorm om det finns sådan. Vi önskar även få information om hur ni arbetat fram era riktlinjer och om ni har rutiner för hur ofta de skall uppdateras och revideras? Vi är intresserade av samtliga behandlingsriktlinjer avseende perioperativa vården.

Eftersom vi gör undersökningen som ett examensarbete på avancerad nivå krävs inget tillstånd från forskningsetiska rådet. Alla uppgifter ni skickar till oss kommer att behandlas konfidentiellt vilket betyder att uppgifter som kan identifiera deltagare och verksamhetsområde tas bort. Ingen obehörig kommer att ha tillgång till materialet utan endast vi som skriver uppsatsen och vår handledare från Högskolan i Borås kommer att ha tillgång till det. Om ni skickar oss materialet i det bifogande svars kuväret ser vi det som ert samtycke till deltagande. Tack för er medverkan!

Malin Ekman-Larsson och Hanna Andersson

Vid frågor kontakta oss gärna:

Malin Ekman-Larsson

Intensivvårdsjuksköterska

Epost: ekmanmalin@hotmail.com

Epost: hannamaria.andersson@bredband.net

Tel: 0733-604498

Hanna Andersson

Intensivvårdssjuksköterska

Tel: 072-3259877

