

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2020:52

Kvalitetsgranskning av ambulanssjukvårdens  
behandlingsriktlinjer för vårdinsats på plats eller  
hänvisning till lägre vårdnivå

- En jämförelse mellan ambulansverksamheter inom Västra  
Götalandsregionen

Stina Bengtsson  
Michaela Ganning



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Kvalitetsgranskning av ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer för vårdinsats på plats eller hänvisning till lägre vårdnivå. En jämförelse mellan ambulansverksamheter inom Västra Götalandsregionen.
Författare:	Stina Bengtsson och Michaela Ganning
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Ambulanssjuksköterskeutbildning
Handledare:	Glenn Larsson
Examinator:	Magnus Hagiwara

## Sammanfattning

**Bakgrund:** En betydande andel patienter inom ambulanssjukvården är inte i behov av att transporteras till en akutmottagning. Dessa patienter kan istället hänvisas till en lägre vårdnivå som exempelvis primärvård eller erhålla vårdinsats på plats i sitt hem. Inom ambulanssjukvården i Västra Götalandsregionen finns behandlingsriktlinjer för patienter som kan hänvisas till lägre vårdnivå eller vårdinsats på plats. Ambulanssjuksköterskan bär ett stort ansvar när det gäller bedömning av dessa patienter. Det råder en otydlighet gällande kvaliteten av innehållet i behandlingsriktlinjerna avseende evidens och beprövad erfarenhet. Behovet är stort av att kvalitetsgranska dessa behandlingsriktlinjer för att bedöma om ambulanssjuksköterskan har stödjande riktlinjer vid bedömning, åtgärd och hänvisning av lågprioriterade patienter. **Syfte:** Att granska, utvärdera och jämföra kvalitén på ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer inom Västra Götalandsregionen för patienter som bedöms till vårdinsats på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå. **Metod:** Studien är en kvalitetsgranskning med kvantitativ och deskriptivt jämförande ansats av ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer inom Västra Götalandsregionen med hjälp av bedömningsinstrumentet AGREE II. **Resultat:** Granskningen visar på varierande kvalitet och delvis stora skillnader mellan förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen. Behandlingsriktlinjerna brister i sin presentation gällande hur riktlinjerna har tagits fram och saknar koppling till vetenskaplig evidens. Vidare saknas det information om medverkan från ambulanssjuksköterskor och patienter har tagits i beaktning vid framställningen av riktlinjerna. **Diskussion:** Ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer för patienter som bedöms till vårdinsats på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå har ett stort behov av utveckling. Genom granskning med validerade instrument kan behandlingsriktlinjerna utvecklas och förbättras vilket i sin tur kan ge ett bättre omhändertagande av dessa

patienter. Ofullständiga och otydliga behandlingsriktlinjer kan innebära svårigheter att tillgodose vård på lika villkor och påverka patientsäkerheten.

Nyckelord: *Ambulanssjukvård, ambulanssjuksköterska, behandlingsriktlinjer, AGREE II, vårdinsats på plats, hänvisning till lägre vårdnivå.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Ambulanssjukvård och vårdinsats på plats	1
Nationella, regionala och lokala behandlingsriktlinjer	2
Prehospital triagering och bedömning	4
Erfarenheter från ambulanssjuksköterskor	8
Patienters upplevelser	8
Ambulanssjukvårdens utmaningar och hållbar utveckling	9
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>10</b>
<b>SYFTE</b>	<b>10</b>
<b>METOD</b>	<b>11</b>
Design	11
Granskningsinstrument AGREE II	11
Urval	12
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	13
<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
Domän 1 - Omfattning och syfte	14
Domän 2 - Intressentmedverkan	14
Domän 3 - Noggrannhet vid framställning	15
Domän 4 - Presentationens tydlighet	16
Domän 5 - Tillämpbarhet	17
Domän 6 - Redaktionellt oberoende	18
Helhetsbedömning 1	18
Helhetsbedömning 2	19
<b>DISKUSSION</b>	<b>20</b>
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Domän 1; Omfattning och syfte	22
Domän 2; Intressentmedverkan	23
Domän 3; Noggrannhet vid framställningen	24
Domän 4; Presentationens tydlighet	25
Domän 5; Tillämpbarhet	26
Domän 6; Redaktionellt oberoende	27
Helhetsbedömning	27

<b><i>SLUTSATSER</i></b>	<b>27</b>
<b><i>Implikation</i></b>	<b>28</b>
<b><i>REFERENSER</i></b>	<b>29</b>
<b><i>Bilaga 1</i></b>	<b>35</b>

# INLEDNING

Ambulanssjukvården i Sverige utför en kvalificerad prehospital akutsjukvård (SOSFS 2009:10). En tidig bedömning av patienters aktuella medicinska tillstånd är viktigt för att säkerställa den mest lämpliga vårdnivån och för att undvika onödiga ambulanstransporter till akutmottagning (Larsson, Holmén & Ziegert 2017). Flertalet av dagens ambulanstransporter till akutmottagningar är onödiga då patienter prehospitalt bedömts som icke akuta och således ej är i behov av transport med ambulans. Detta i sin tur orsakar en hög belastning på akutmottagningarna och har en negativ inverkan på ambulansresurser (Khorram-Manesh et al. 2011). Inom ambulanssjukvården i Västra Götalandsregionen har varje förvaltning egna behandlingsriktlinjer gällande patienter som bedöms för vårdinsats på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå. Studier visar dock att många ambulanssjuksköterskor upplever en osäkerhet i bedömningen av dessa patienter och behovet är stort av tydliga behandlingsriktlinjer (Lederman, Löfvenmark, Djärv, Lindström & Elmquist 2019; Norberg, Wireklint-Sundström, Christensson, Nyström & Herlitz 2015; Ebben et al. 2017).

# BAKGRUND

## Ambulanssjukvård och vårdinsats på plats

Under de senaste årtiondena har ambulanssjukvården utvecklats från att till största del transportera patienter till akutsjukhus till att idag också tillgodose avancerad vård i hemmet (Ebben et al. 2017). I varje ambulans arbetar två personer där minst en är legitimerad sjuksköterska, många av dessa är specialistutbildade med inriktning mot ambulanssjukvård. Ambulanssjuksköterskan arbetar tillsammans med ytterligare en sjuksköterska eller ambulanssjukvårdare. Kravet på att det ska finnas minst en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal lagstodades år 2005 av Socialstyrelsen och är bl.a en förutsättning för att ambulanspersonalen ska kunna administrera läkemedel. Detta innebär också ett sätt att säkerställa en högre kvalitet på vården som utförs i ambulanssjukvård jämfört med tidigare då legitimation inte var ett krav för personer som utför hälso- och sjukvård inom detta område (Suserud 2005; SOSFS 2009:10). I ambulanssjuksköterskans profession ingår bedömning och vård av akut sjuka och skadade patienter med olika allvarlighetsgrad. I de akuta situationerna ligger fokus ofta på medicinska åtgärder och behandlingar. Dock är långt ifrån alla som ringer ambulans akut sjuka och oavsett allvarlighetsgrad har ambulanssjuksköterskan till uppgift att vara öppen i mötet med patienten utifrån individens unika situation och vårdbehov (Holmberg & Fagerberg 2010).

Ambulanssjuksköterskan bär ett stort ansvar när det gäller bedömning av vilka som är i behov av ambulanstransport till en akutmottagning eller vilka patienter som bedöms till vårdinsats på plats alternativt kan hänvisas till lägre vårdnivå. Vårdinsats på plats innebär att patienter efter undersökning, bedömning och eventuell åtgärd i hemmet av ambulanssjuksköterskan inte behöver ambulanstransport till sjukhus. Hänvisning till lägre vårdnivå innebär exempelvis primärvård, hemsjukvård eller egenvård i hemmet (Höglund, Schröder, Möller, Andersson-Hagiwara & Ohlsson-Nevo 2019). Studier från Sverige visar på att en tredjedel av patienterna som ambulans blivit utlarmad till, inte har något behov av ambulanssjukvård enligt ambulanspersonalen (Hjälte, Suserud,

Herlitz & Karlberg 2007). Andra forskare har beskrivit liknande omfattning där 40–50% av patienterna inte transporteras till en akutmottagning (Lowthian et al. 2011). En nyligen publicerad studie från Sverige som innefattade 1312 patienter, rapporterar att nästan 20% inte transporterades till sjukhus efter bedömning av ambulanssjuksköterska. Flertalet av dessa patienter hade psykiska problem eller var tidigare friska. Av de patienter som inte transporterades till akutsjukhus, framkom efter 72 timmars uppföljning att 0,9% hade ett tidskritiskt tillstånd (Magnusson, Herlitz & Axelsson 2020).

Inom Västra Götalandsregionen (VGR) finns fem förvaltningar som ansvarar för ambulanssjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Kungälv (Ku), Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), NU-sjukvården (NU) och Skaraborgs Sjukhus (SkaS). Sammanlagt i VGR finns det 46 ambulansstationer och 123 vägambulansfordon. Under 2018 utförde ambulanssjukvården i VGR, 209 852 ambulansuppdrag och utav dessa var det mellan 74–89% som transporterades till sjukhus. Resterande 11–26% vårdades på plats eller hänvisades till annan vårdnivå (Nysam 2019).

## **Nationella, regionala och lokala behandlingsriktlinjer**

Sveriges Ledningsansvariga Ambulansläkare i Samverkan (SLAS) har utarbetat nationella behandlingsriktlinjer för svensk ambulanssjukvård (FLISA 2018). Men för patienter som bedöms till vårdinsats på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå saknas det nationella riktlinjer. Trots detta förväntas ambulanssjuksköterskan kunna utföra en kompetent bedömning gällande patientens behov av vårdnivå (Norberg et al. 2015; Ebben et al. 2017). Behandlingsriktlinjerna är ett beslutsstöd som är viktiga för ambulanssjuksköterskorna eftersom ambulanssjukvård kan vara komplex och omhändertagandet ofta utförs långt ifrån ett akutsjukhus, i en varierande miljö hos patienter med olika sjukdomstillstånd och skador. Behandlingsriktlinjerna innehåller både rekommendationer gällande omvårdnadsåtgärder och medicinska ordinationer (Andersson-Hagiwara 2014; Jensen, Croskerry & Travers 2011). Ett problem inom svensk och internationell ambulanssjukvård är att behandlingsriktlinjerna i stor utsträckning saknar evidens. Vetenskaplig litteratur beskriver att endast 4% av riktlinjerna är grundade på prehospitala studier (Lang et al. 2012; Hagiwara 2014). De nationella riktlinjerna bör baseras och framställas utifrån beprövad erfarenhet och aktuell forskning (Socialstyrelsen 2019).

För VGR saknas övergripande regionala behandlingsriktlinjer för vårdinsats på plats och hänvisning till lägre vårdnivå. Förvaltningarna har egna lokala behandlingsriktlinjer eller rutiner för denna patientgrupp. I de lokala behandlingsriktlinjerna definieras dessa riktlinjer som “vårdinsats på plats”, “nära vård” och “bedömning av vårdnivå”. I detta arbete har vi valt att benämna patientgruppen för vårdinsats på plats och hänvisning till lägre vårdnivå. Behandlingsriktlinjerna inom VGR är utformade på olika sätt med fokus på olika delar. I varje förvaltning arbetar en medicinskt ansvarig ambulansöverläkare som ansvarar för behandlingsriktlinjerna inom sitt ambulansdistrikt (Andersson-Hagiwara 2014).

Ambulanssjukvården Ku har en rutin gällande vårdinsats på plats med fokus på systematisk uppföljning av bedömning och åtgärder. Till rutinen hör en blankett som

fills i av patientansvarig ambulanssjuksköterska. Originalen lämnas till patienten och kopian medtas till ambulansstationen där sjuksköterskan gör en uppföljning av ärendet under nästkommande arbetspass. Enligt rutinen ska ambulanssjuksköterskan ringa upp patienten inom en vecka för att ta reda på hur det gått efter att ambulansen varit på plats, gjort en bedömning och lämnat patienten hemma. Rutinens syfte är att säkerställa en god uppföljning av patienter som vårdats på plats.

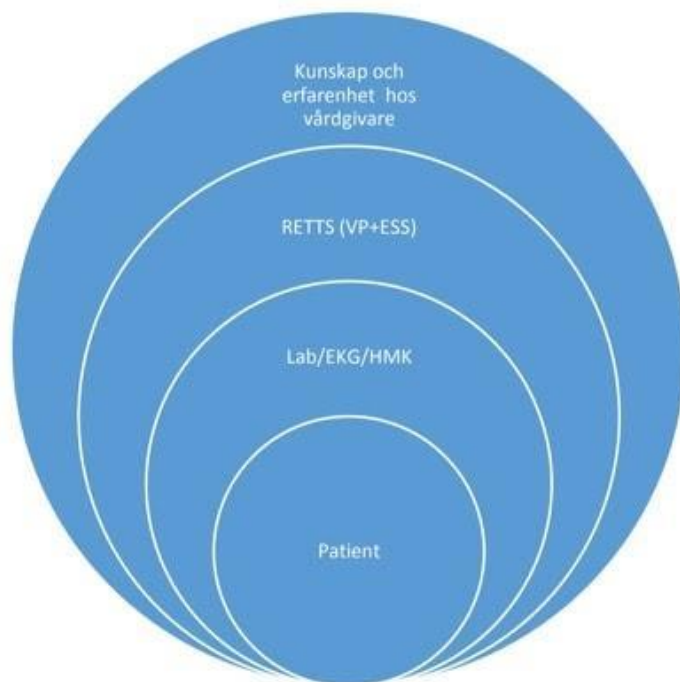
Ambulanssjukvården NU har en rutin för prehospitäl bedömning av vårdbehov, vårdnivå och färdstätt. Rutinen beskriver att ambulanssjuksköterskan med stöd av triagehandboken eller med stöd av en läkare kan hänvisa till lägre vårdnivå. Triagehandboken är skriven för hälso- och sjukvårdspersonal. Den utgår från patientens symtom och ska användas som ett stöd i bedömning, prioritering och hänvisning till rätt vårdnivå (Triagehandboken 2018). I rutinen för NU finns en punktlista med flertalet förslag över vart patienten kan hänvisas som alternativ till akutmottagningen. I punktlistan uppges exempelvis i vilka kommuner hemsjukvården kan göra tillfälliga tillsynsbesök även om patienten inte är inskriven i hemsjukvård.

Ambulanssjukvården SkaS behandlingsriktlinjer innehåller en kortfattad faktaruta gällande rätt vårdnivå. I faktarutan framkommer vilka villkor som skall vara uppfyllda för hänvisning till lägre vårdnivå. De villkor som uppges är att patient och anhöriga skall vara trygga med att patienten kvarstannar i hemmet samt att någon vårdinstans måste ha ansvar för uppföljning. Hur annan vårdinstans får kännedom om patienten framgår inte av rutinen. Riktlinjen innefattar även en lista över normalvärden avseende vitalparametrar för vuxna.

Ambulanssjukvården SÄS behandlingsriktlinje gällande vårdinsats på plats "VIPP" innehåller förutsättningar som exempelvis att patienten skall vara prioriterad som blå, grön eller gul enligt Rapid Emergency Triage and Treatment system (RETTTS) och ej vara i behov av vård på sjukhus. Ambulanspersonalen och patienten skall vara överens om att det inte föreligger något behov av ytterligare utredning och behandling i nuläget. Information om vad ambulanspersonalen undersökt och kommit fram till tillsammans med patienten fylls i på VIPP-blanketten som lämnas till patienten. SÄS använder sig likt Ambulanssjukvården Ku av en blankett som fylls i och lämnas till patienten. Uppföljning och kontroll av följsamhet till riktlinjen sker via journalgranskning månadsvis. Vem som utför uppföljningen framgår inte i riktlinjen.

Ambulanssjukvården SU har ett mer omfattande dokument på motsvarande 10 sidor med riktlinje för "Nära vård" jämfört med övriga inom VGR som är mer kortfattade (1-2 sidor). Riktlinjen innehåller en förklaring av vilka delar som ligger till grund för patientbedömningen (Figur 1). Figuren beskriver flera säkerhetslager inom områdena, kompetenser och hjälpmedel som tillsammans ökar patientsäkerheten vid bedömning. Dokumentet innehåller även rekommendationer av vårdnivå utifrån patientens prioritet efter bedömning enligt RETTTS. Enligt riktlinjen lämpar sig Grön prioritet för egenvård eller hänvisning till primärvård. Gul prioritet bör med stor försiktighet hänvisas till egenvård och lämpar sig i första hand för hänvisning till primärvård eller akutmottagning. Transport av patienter med gul prioritet kan ske med annat transportsätt än ambulans om sjuksköterskan bedömt att det ej föreligger behov av övervakning eller vård under transporten. Enligt riktlinjen är det vanligtvis ej aktuellt

med hänvisning av patienter med orange eller röd prioritet. Dessa patienter skall transporteras till akutmottagning för vidare bedömning. Riktlinjen innehåller även en lista över vissa exklusionskriterier för Nära Vård. Exempel på exklusionskriterier är tillstånd där patienten har en mental påverkan eller en allvarlig psykisk störning. Andra exempel är eventuella statusfynd eller anamnes som talar för akut sjukdom. Riktlinjen innefattar rekommendationer gällande alternativa färdvägar istället för ambulanstransport samt tillvägagångssätt för uppföljning. Ett Nära vård kort skall även fyllas i och överlämnas till patienten med information om aktuella vitalparametrar samt vart patienten hänvisas till. Verksamheten ser gärna att patienter med akut buk, akut neurologi och bröstsmärta prioriteras som för uppföljningssamtal, utifrån ett avvikelseperspektiv. Riktlinjen uppmanar ambulanssjuksköterskan att vid möjlighet ringa ett uppföljande telefonsamtal cirka 4–6 timmar efter den initiala bedömningen. Om uppföljningen påvisar försämring eller utebliven förbättring kan ambulanspersonalen göra ett uppföljningsbesök efter kontakt med SOS Alarm/Sjukvårdens larmcentral. Alternativt kan en bedömningsbil skickas för uppföljning.



**Figur 1.** Säkerhetslager i den totala bedömningen enligt SU behandlingsriktlinjer.

### **Prehospital triagering och bedömning**

Inom Västra Götaland har Sjukvårdens Larmcentral (SvLc) sedan april 2019 tagit över vårdbedömningarna från SOS Alarm (Sjukvårdens larmcentral 2019). Alla inkommande samtal går först till det statliga 112-numret där en operatör kopplar samtalet vidare till SvLc och en sjuksköterska med erfarenhet av akutsjukvård bedömer och prioriterar ärendet efter prio 1, 2 och 3 (Intervju med verksamhetsutvecklare Åsa Högstedt, SvLc

2020). Prio 1 får de uppdrag där patienten bedöms ha ett akut livshotande tillstånd. Prio 2 tilldelas uppdrag med hög prioritet där patienten har ett akut men ej livshotande tillstånd. Prio 3 får de uppdrag som bedöms vara av mindre akut karaktär (Ericsson & Cherigui 2020). Sjuksköterskan intervjuar den vårdsökande utifrån ett Medicinskt index (SOS Alarm AB) som baseras på olika kriterier med strukturerade intervjufrågor (Ek, Edström, Toutin & Svedlund 2011). För bedömning och prioritet har SvLc i andra regioner börjat använda sig av ett medicinskt beslutsöd. I nuläget finns detta i Uppsala, Västmanland och Sörmland (Högstedt 2020; Ek, Edström, Toutin & Svedlund 2011). Det medicinska beslutstödet är under uppstart även inom VGR (Intervju med verksamhetsutvecklare Åsa Högstedt, SvLC 2020).

Ambulanssjuksköterskan gör sin patientbedömning enligt ABCDE vilket innefattar både en primär och sekundär bedömning. ABCDE-bedömningen grundar sig på undersökning av luftväg (A), andning (B), cirkulation (C), neurologi (D) och en överskådlig undersökning av kroppen (E). Den primära bedömningen ger en snabb överblick som visar på om patienten har ett kritiskt tillstånd eller inte. Den sekundära bedömningen utgörs sedan av en strukturerad anamnes, undersökning samt kontroll av vitalparametrar. I vitalparametrar ingår blodtryck, saturation, puls, andningsfrekvens, temperatur och medvetandegrad. Anamnesen är en viktig del i ambulanssjuksköterskans bedömning och ger vägledning i vilka undersökningar som bör göras (Bolander, Svensson & Sarlov 2016). Som hjälpmedel i anamnestagningen använder ambulanssjuksköterskan strukturen OPQRST (figur 2) och SAMPLER (figur 3) (Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum 2016).

<b>O</b>	Onset	Hur började symtomen?
<b>P</b>	Palliation/ provocation	Vad förbättrar / försämrar?
<b>Q</b>	Quality	Hur upplevs symtomen, kvalitet?
<b>R</b>	Radiation	Utstrålning / lokalisation?
<b>S</b>	Severity	Intensitet? VAS 0–10?
<b>T</b>	Time	Tidpunkt för insjuknandet? Hur länge?

**Figur 2.** OPQRST - Aktuell sjukdomshistoria

<b>S</b>	Signs/symtoms	Tecken och huvudsymtom?
<b>A</b>	Allergies	Allergier?
<b>M</b>	Medications	Mediciner?
<b>P</b>	Past medical history	Tidigare sjukdomar?

<b>L</b>	Last oral intake	Fast/flytande intag peroralt?
<b>E</b>	Events preceding	Utlösande faktor till insjuknandet?
<b>R</b>	Risk factors	Risikfaktorer?

**Figur 3.** SAMPLE - Tidigare sjukdomshistoria

Majoriteten av ambulanssjukvården och akutmottagningarna i Sverige triagerar patienter enligt RETTS som är ett system som används för att avgöra patienters medicinska allvarlighetsgrad och tidsbehov till läkare (Widgren & Jourak 2011; Widgren 2013). I RETTS ingår även RETTS-p som används vid triagering av barn (Magnusson, Herlitz, Karlsson & Axelsson 2018). RETTS är uppbyggt av två delar, vitalparametrar och ESS-kod (Emergency symptoms and signs). Dessa två delar kombineras och ger tillsammans en prioritetsnivå av patientens tillstånd. RETTS kategoriserar prioritet enligt; RÖD, ORANGE, GUL eller GRÖN.

RÖD och ORANGE prioritet innebär ett potentiellt livshotande tillstånd som kräver omedelbart omhändertagande. GUL och GRÖN prioritet innefattar patienter med icke livshotande tillstånd. För bedömning av patienters prioritet krävs både kontroll av vitalparametrar samt en bedömning av patientens kontaktsak (ESS-kod). För att ge patienten en slutgiltig prioritet enligt RETTS (Figur 4) sammanställs vitalparametrar och ESS-kod som tillsammans ger patienten en prioritet (Widgren 2013).

<b>A=LUFTVÄG</b>	Ofri luftväg Stridor			
<b>B= AF och POX%</b>	SpO2 <90% med O2 AF >30 eller <8/min	SpO2 <90% utan O2 AF >25/min	SpO2 90-95% utan O2	SpO2 >95% utan O2 AF 8-25
<b>C= PULS och BT</b>	RR>130, ORR >150 SBT <90 mmHg	Puls >120 eller <40	Puls>110 eller <50	Puls 50-110
<b>D= RLS eller GCS</b>	Medvetslös RLS>3 GCS<8 Pågående krampanfall	Somnolent RLS 2-3 GCS 8-12	Akut oklar	Alert
<b>E= TEMP</b>		Temp >41 eller <35	Temp >38,5	Temp 35-38,5
<b>ESS</b>	<b>Röd ESS</b>	<b>Orange ESS</b>	<b>Gul ESS</b>	<b>Grön ESS</b>
<b>PRIORITET</b>	<b>Röd prio Och process</b>	<b>Orange prio Och process</b>	<b>Gul prio Och process</b>	<b>Grön prio Och process</b>

**Figur 4.** RETTS.

Tidigare forskning visar på att det största hotet mot patientsäkerheten inom ambulanssjukvården är felaktigt utförda bedömningar (Bigham et al. 2012). För att minska risken att ambulanssjuksköterskan tar förhastade beslut samt öka patientsäkerheten så behövs tydliga behandlingsriktlinjer som stöd. Behandlingsriktlinjerna är viktiga för att vägleda ambulanssjuksköterskan i ett systematiskt omhändertagande som minskar risken att begå vårdrelaterade misstag i stressade situationer (Wireklint-Sundström 2005; Munroe, Curtis, Considine & Buckley 2013). Inom ambulanssjukvården uppstår sällan allvarliga vårdskador men när det inträffar så är anledningen främst grundad på kompetensbrist och felaktiga bedömningar (Hagiwara Andersson et al. 2019). Bristfälliga undersökningar och otillräcklig anamnestagning leder till både felaktiga bedömningar och prioriteringar. Ambulanssjuksköterskans prioritering av patienter kan påverkas av långa avstånd till akutsjukhus, tid på dygnet och patienters vårdbehov (Inspektionen för vård och omsorg IVO 2016). Rätt prioritering av patienternas tillstånd kan vara en utmaning eftersom övertriagering av patienter leder till överutnyttjande av resurser och en undertriagering kan äventyra patientsäkerheten då patienter med allvarliga tillstånd riskerar få för lång väntetid till läkare (Khorram-Manesh et al. 2011). Akutmottagningarnas resurser behöver användas på ett mer effektivt sätt och en del i att hantera problemet kan vara att transportera de patienter som inte är i behov av akutsjukvård till primärvården (Norberg et al. 2015). En svensk studie inriktad på barn visade på att i 69% av larmcentralens bedömningar för livshotande tillstånd var det endast 6,1% av dessa som ambulanssjuksköterskan bedömde som livshotande tillstånd. Totalt transporterades 69,7% av barnen till akutmottagning och 31,7% skrevs ut utan vidare åtgärder. Av de barn som lämnades hemma så sökte 16 av 197 (8,1%) akutmottagning inom 72 timmar men endast två barn blev inskrivna på sjukhus (Magnusson, Herlitz, Karlsson & Axelsson 2018).

Larsson, Holmén och Ziegert (2017) undersökte i sin studie prehospitäl samverkan mellan ambulanssjuksköterskor och distriktsläkare för beslut om vårdnivå gällande patienter som fått grön prioritet enligt RETTS. Studien visade på att 74% av patienterna kunde kvarstanna i hemmet, 17% transporterades till akutmottagning och 9% transporterades med ambulans till vårdcentral (Larsson, Holmén & Ziegert 2017). Liknande samarbeten har gjorts i studier utomlands där ambulanspersonal rådgjorde med distriktsläkare via telefon som vid behov även gjorde hembesök hos patienten. I 78% av de totalt 1500 patienter där distriktsläkaren kontaktades kunde patienten kvarstanna i hemmet och behövde ej transport till sjukhus (Villarreal, Leach, Ngianga-Bakwin & Dale 2017). Andra studier visar på att 16% av de totalt 2703 patienter som larmade ambulans var lämpade för att hänvisas till primärvården för vidare bedömning. Dessa patienter visade sig vara betydligt yngre och friskare jämfört med de patienter som var i behov av akutsjukvård (Norberg et al. 2015). Andra studier visar på att barn och äldre utgör den största delen av de patienter som lämnas hemma efter vårdinsats på plats (Ebben et al. 2017). Det finns ett behov av ett förbättrat samarbete mellan olika vårdnivåer för att optimera vården kring patienter som inte transporteras till sjukhus (Backman, Juuso, Borg & Engström 2019).

## **Erfarenheter från ambulanssjuksköterskor**

I intervjustudier med ambulanssjuksköterskor framkommer att de ibland upplever situationen svår och komplex kring de patienter som inte transporteras till sjukhus (Höglund et al. 2019; Backman et al. 2019). Att bedöma dessa patienter kräver bred kunskap och förutsätter en noggrann bedömning. Att hänvisa patienter till rätt vårdnivå upplevs stundtals tidskrävande och ambulanssjuksköterskor kan ibland uppleva frustration över hur ambulanssjukvårdens resurser används på ett felaktigt sätt. Ambulanssjuksköterskorna menar på att det är viktigt att ambulanserna finns tillgängliga för de patienter som är akut sjuka. Det framkommer även att ambulanssjuksköterskor anser att det ibland är mindre tidskrävande att transportera patienter till akutmottagning än att försöka hitta en alternativ lösning (Höglund et al. 2019). I studierna framkommer flera olika orsaker som kan påverka ambulanssjuksköterskans beslut att transportera patienten till akutmottagningen trots att det ej föreligger något akut vårdbehov. Sådana exempel kan vara patienter med påstridiga anhöriga eller en ohållbar hemsituation (Backman et al. 2019). Tidigare studier visar på vikten av att ambulanssjuksköterskan utgår ifrån patientens tidigare erfarenheter, även om det inte finns någon förståelse från sjuksköterskans sida. Varje patient skall ses som en unik människa med sin egen livsvärld och få möjlighet till delaktighet. Ambulanssjuksköterskans bär ett stort ansvar för att se till varje patients unika livsvärld och åstadkomma en god vård där patienten görs delaktig (Holmberg & Fagerberg 2010). Det krävs att ambulanssjuksköterskan har ett öppet förhållningssätt vid varje patientmöte samt att vårdandet utgår ifrån patientens livsvärld (Todres, Galvin & Dahlberg 2014).

Hos många ambulanssjuksköterskor finns en rädsla att göra en felaktig bedömning som senare kan leda till skada för patienten. Det är därför viktigt att bedömningen får ta den tid som behövs för att undvika förhastade beslut (Lederman et al. 2019). Ytterligare en orsak till frustration hos ambulanssjuksköterskorna är svårigheter i att följa de behandlingsriktlinjer som finns för patienter som inte transporteras till akutmottagning (Höglund et al. 2019). Det framkommer också att ambulanssjuksköterskor känner sig ensamma och saknar stöd från ambulansorganisationen i dessa frågor. Många efterlyser bättre återkoppling och feedback för att utvärdera sitt arbete och kunna utvecklas (Lederman et al. 2019). När ambulanssjukvårdens chefer fick frågan om vad de ansåg vara viktiga egenskaper hos sin personal var det inte kunskapen från formell utbildning som prioriterades högst. Det cheferna istället ville lyfta fram var behovet av den kunskap som får ambulanssjuksköterskorna att bedöma patienterna ur ett helhetsperspektiv vilket är extra viktigt i de fall patienter lämnas kvar hemma (Holmberg, Fagerberg & Wahlberg 2017).

## **Patienters upplevelser**

I studier som undersökt hur patienter upplever att lämna ambulans men sedan inte transporteras till sjukhus framkommer att ambulanssjuksköterskans bemötande är en viktig faktor. Det som framförallt anses viktigt är att ambulanssjuksköterskan tar sig tid att lyssna på patienten och tar dennes situation på allvar. Även om ambulanssjuksköterskan gör bedömningen att patienten inte är i behov av akutsjukvård bör patienten göras delaktig i beslutet att kvarstanna hemma eller söka hjälp på lägre

vårdnivå (Rantala, Ekwall & Forsberg 2016). När ambulanssjuksköterskan ger patienten möjlighet att vara delaktig i bedömning samt beslutsfattande så ökar både patientens tillit samt kännedom om de olika vårdnivåerna. När liknande symtom uppkommer i framtiden ses ökande chanser att patienten vågar söka vård på rätt vårdnivå (Norberg-Boysen, Nyström, Christensson, Herlitz & Wireklint-Sundström 2017). De patienter vars berättelse inte tas på allvar av ambulanssjuksköterskan upplever en känsla av skam och känner skuld över att de ringt efter ambulans (Rantala, Ekwall & Forsberg 2016). När forskare tittat på avvikelser som skrivits angående ambulanspersonalens bemötande framkommer att patienter upplevt att de behövt anstränga sig för att övertyga ambulanspersonalen om att ta med patienten till sjukhus. Ambulanspersonalens uppträdande beskrivs i avvikelserna som arrogant, skeptiskt och ifrågasättande vilket gör patienten illa till mods (Ahlenius, Lindström & Vicente 2017). En vanlig missuppfattning bland patienter som ringer efter ambulans är att de får ett snabbare omhändertagande på akutmottagningen om de inkommer med ambulans (Höglund et al. 2019). I flera fall framkommer att ambulanspersonalen vägrat transportera patienten till sjukhus (Ahlenius, Lindström & Vicente 2017). Det är ambulanssjuksköterskan som är den första att möta patienter prehospitalt och därför är det viktigt att förstå och hantera dessa patienters behov och förbereda de på egenvård i de fall detta är aktuellt (Rantala, Ekwall & Forsberg 2015).

Studier från Finland har undersökt patienter och deras närståendes upplevelser av att erhålla vård och därefter lämnas hemma. Resultatet från studien visade på att närstående var mindre nöjda med den prehospitala vården jämfört med patienterna. Anledningen till missnöjet var bland annat behovet av psykologiskt stöd och även den tid som lades på patienten. Enligt författarna till studien är det viktigt att ambulanspersonal ser till hela familjens situation i form av rådgivning och stöd (Salminen-Tuomaala, Mikkola, Paavilainen & Leikkola 2018).

Det finns olika faktorer som bidrar till att patienter idag larmar ambulans trots att de ej är i behov av akutsjukvård. Enligt tidigare studier kan massmedia vara en bidragande faktor då de ökar samhällets medvetenhet om olika sjukdomstillstånd vilket kan göra människor mer benägna att söka vård tidigt (Lowthian et al. 2011). En annan anledning till att patienter ringer efter ambulans trots att de saknar akut sjukdom grundar sig i primärvårdens otillräcklighet (Norberg et al. 2015). Att vara "första linjens vård" är något som primärvården har svårigheter att klara av vilket leder till att allt fler patienter söker sig till akutmottagningar vid sjukhusen (Inspektionen för vård och omsorg IVO 2016). Detta leder i sin tur till att många patienter befinner sig på fel vårdnivå och akutmottagningar blir tvungna att ta hand om stora patientflöden. Situationen på många akutsjukhus är idag redan ansträngd. På grund av hög personalomsättning samt kompetensbrist riskeras patientsäkerheten och patienter erhåller inte rätt vård (Inspektionen för vård och omsorg IVO 2016).

## **Ambulanssjukvårdens utmaningar och hållbar utveckling**

Ur ett internationellt perspektiv har efterfrågan av ambulanssjukvård ökat under de senaste två decennierna (Lowthian et al. 2011). Förekomsten av primärvårdspatienter inom ambulanssjukvården är ett fenomen som ses världen över (Booker, Shaw & Purdy 2015). Internationellt beskrivs viktiga faktorer som kan påverka patientens benägenhet

att ringa efter ambulans för icke akut besvär. Patienter med lägre inkomst, etniska minoritetsgrupper, hög ålder samt de som bor i socialt utsatta områden är mer benägna att söka ambulanssjukvård. Studier visar på att patienters sociala omständigheter samt personer i deras närhet påverkar deras uppfattning av sina symtom och behovet av ambulanssjukvård (Booker, Shaw & Purdy 2015).

I takt med att andelen äldre som besväras av multisjuklighet ökar i befolkningen så kommer sannolikt även behovet av akut- och ambulanssjukvård också att öka (Bremer 2016). En konsekvens av detta kan leda till utmaningar för ambulanssjuksköterskan att bedöma lämplig vårdnivå för en större andel patienter med omfattande vårdbehov. Eftersom den prehospitla bedömningen förväntas bli allt mer komplex ökar även kraven på ambulanssjuksköterskans bedömningskompetens (Bremer 2016; Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening 2012). Ambulanssjuksköterskan kommer i framtiden att fylla en ännu viktigare roll för att hälso- och sjukvården skall anpassas till behov av hållbar, relevant och allmänt accepterad prioritering av vårdresurser. Mer avancerad vård kommer att utföras under ambulanstransporter till specialistsjukhus och flertal patienter kommer att transporteras direkt till specialistvård, kommunal vård och primärvård (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening 2012). När patienten i ett tidigt skede kan hänvisas av ambulanssjuksköterskan till rätt vårdnivå minimeras onödiga ambulanstransporter och sjukhusbesök vilket gynnar både samhällets ekonomi och miljö (Bremer 2016).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Inom ambulanssjukvården i Västra Götalandsregionen finns det behandlingsriktlinjer för respektive förvaltning avseende lågprioriterade patienter som inte transporteras med ambulans till sjukhus utan bedöms till vårdinsats på plats eller hänvisning till lägre vårdnivå. Dessa patienter hänvisas av ambulanssjuksköterskan till egenvård eller primärvård med antingen eget eller annat transportsätt. Det råder en otydlighet gällande kvaliteten av innehållet i behandlingsriktlinjerna avseende vetenskaplig och beprövad erfarenhet samt referenser. Behovet är stort av att kvalitetsgranska dessa behandlingsriktlinjer för att bedöma om ambulanssjuksköterskan har stödande riktlinjer vid bedömning, åtgärd och hänvisning av lågprioriterade patienter. Resultatet av detta arbete kan bidra till utvecklingen av kliniska behandlingsriktlinjer för en omfattande andel av patienter som bedöms av ambulanssjukvården och hänvisas till andra vårdnivåer.

## **SYFTE**

Att granska, utvärdera och jämföra kvalitén på ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer inom Västra Götalandsregionen för patienter som bedöms till vårdinsats på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå.

# METOD

## Design

Denna studie är en kvalitetsgranskning med kvantitativ och deskriptivt jämförande ansats av ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer inom Västra Götalandsregionen.

## Granskningsinstrument AGREE II

Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) är ett bedömningsinstrument som används för att granska kliniska behandlingsriktlinjers kvalitet inom hälso- och sjukvård. Granskningen görs genom bedömning av riktlinjens tydlighet gällande omfattning, syfte och noggrannhet vid framställning samt riktlinjens tillämpbarhet. I bedömningen ingår även en granskning av vilka som varit med och framställt behandlingsriktlinjen och hur den är utformad (AGREE II 2017).

Instrumentet arbetades fram internationellt redan 2003 av en grupp forskare och utvecklare för att identifiera och utveckla problematiken med riktlinjers varierande kvalitet (AGREE II 2017). Under 2009 publicerades en uppdaterad version av instrumentet, AGREE II och kontinuerliga uppdateringar har gjorts för att förbättra användarmanualen. Instrumentet kan även användas som vägledning angående vilken information som bör ingå vid skapandet av nya riktlinjer eller förbättra kvalitén på redan befintliga. Bedömningsinstrumentet är validerat och finns idag översatt till svenska och ett flertal andra språk. Instrumentet används bland annat av vårdgivare, utbildningsansvariga samt de som utarbetar nya riktlinjer världen över. En styrka med AGREE II är att den är övergripande och är applicerbar på alla riktlinjer inom hälso- och sjukvården oavsett sjukdomskategori. Instrumentet är användbart för granskning och utveckling av behandlingsriktlinjer gällande bland annat hälsofrämjande åtgärder, screening, behandling eller diagnostisering. AGREE II är utvecklat för att granska riktlinjer i pappersform eller elektronisk version.

AGREE II har tidigare använts i studier för granskning av riktlinjer inom ambulans och akutsjukvård gällande hjärtstopp och akut buksmärta (Muntlin-Athlin, Juhlin & Jangland 2017, Colbeck et al. 2019).

AGREE II utgörs av 23 bedömningspunkter som är fördelade på följande 6 domäner:

1. Omfattning och syfte; berör riktlinjens övergripande mål, preciserade av aktuell hälsofråga samt patientmålgruppen.
2. Intressentmedverkan; handlar om vilka som framtagit riktlinjen, patienternas åsikter samt vilka som är tänka att använda riktlinjen.
3. Noggrannhet vid framställningen; handlar om att granska sammanställningen av evidensbaserad vetenskap samt metoder.
4. Presentationens tydlighet; syftar till riktlinjens tydlighet och dess lättöverskådligt.
5. Tillämpbarhet; berör råd och verktyg för att tillämpa riktlinjen i praktiken och hur riktlinjen bör utformas samt uppföljning.

6. Redaktionellt oberoende; handlar om att identifiera eventuella intressekonflikter inom arbetsgruppen samt organisationens självständighet.

Utöver bedömningspunkterna tillkommer helhetsbedömning 1 och 2 där granskarna med allt taget i beaktning bedömer riktlinjen som helhet. Både bedömningspunkterna och helhetsbedömning 1 graderas på en sjukskalig Likert-skala där siffran 1 innebär "instämmer inte alls" och siffran 7 innebär "instämmer helt" (figur 5). Bedömningsinstrumentet innehåller en utförlig användarmanual med tydlig beskrivning av hur varje bedömningspunkt skall bedömas med den skalan. Användarmanualen ger även förslag på vart i behandlingsriktlinjerna information kan hittas. Skattningen av varje bedömningspunkt räknas sedan ihop och ger kvalitetspoäng i procentform för varje domän. Resultatet för varje domän skall ses enskilt och inte räknas ihop till en slutgiltig poäng. Resultatet presenteras i procent och beräknas via en formel för varje domän (figur 6) som finns i bedömningsinstrumentet (AGREE II 2017).

1	2	3	4	5	6	7
Instämmer inte alls						Instämmer helt

**Figur 5.** Likert-skala enligt AGREE II.

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

$$\frac{36-12}{48-12} = \frac{24}{36} = 0,67 \times 100 = 67 \%$$

**Figur 6.** Formel för procentuträkning enligt AGREE II.

## Urval

Författarna har valt att granska ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer som är giltiga för år 2019 avseende patienter som bedöms till vårdinsats på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå. Behandlingsriktlinjerna som granskas innefattar Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Kungälv (Ku), Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), NU-sjukvården (NU) och Skaraborgs Sjukhus (SkaS) inom Västra Götalandsregionen. Ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer som granskas är skrivna mellan åren 2015–2019.

## Datainsamling

Insamlingen av behandlingsriktlinjerna inom Västra Götalandsregionen gjordes via mailkontakt av författarna med verksamhetschefer, verksamhetsutvecklare och utbildningsansvariga inom förvaltningarna. I mejlet beskrev författarna kortfattat sitt syfte med studien och en förfrågan om att skicka behandlingsriktlinjerna för

kvalitetsgranskning. Samtliga förvaltningar som var tillfrågade svarade med bifogade behandlingsriktlinjer för ändamålet.

## Dataanalys

Författarna granskade enskilt varje förvaltnings behandlingsriktlinje. Enligt instruktionerna för senaste versionen av AGREE II skall granskningen utföras av två till fyra personer. Ett högre antal granskare ökar studiens tillförlitlighet (AGREE II 2017). Båda granskarna är sjuksköterskor och har ett års erfarenhet av ambulanssjukvård. Granskningspoängen från varje författare fördes in i ett kalkylark utformat av granskarna själva i Google Drive. Först när författarna granskat och satt poäng på de fem behandlingsriktlinjerna, presenterades resultatet för varandra. Det gjordes en jämförelse av granskarnas poängsättning för att identifiera bedömningspunkter där det eventuellt skiljde sig åt i granskarnas bedömning och poäng. Det framkom att granskarna hade gjort en likvärdig bedömning av behandlingsriktlinjerna i stort. Där det i enstaka fall skiljde sig åt i poängsättningen diskuterades kriterierna för att säkerställa att båda granskarna uppfattat dem och bedömt på likvärdigt sätt. Resultatet sammanställdes enligt formeln i figur 3.

## Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden i denna studie utgår ifrån grundläggande forskningsetiska principer (ALLEA 2018). ALLEA är en förkortning för All European Academies som utformat den europeiska kodexen för forskningens integritet. De forskningsetiska principerna handlar om tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvarighet. Principerna skall fungera som vägledning för forskarna genom studiens gång. Utifrån dessa punkter är principen för ärlighet av stor vikt i denna studie. Principen bygger på att granska och redovisa resultatet på ett korrekt, öppet och fullständigt sätt (ALLEA 2018). Det är även av stor vikt att samtliga behandlingsriktlinjer granskas objektivt och rättvist utan att påverkas av att författarna själva är verksamma i två av förvaltningarna som ingår i granskningen. Det finns annars en risk att de behandlingsriktlinjer som är kända av författarna sedan innan får högre poäng än övriga i granskningen. Författarna har varit medvetna om sin förförståelse vid granskningen av respektive förvaltning som de är aktiva inom. I möjligaste mån har författarna inte låtit förförståelsen påverka resultatet genom att objektivt poängsätta behandlingsriktlinjerna utifrån de aktuella frågeställningar och kriterier som finns beskrivna inom varje domän.

## RESULTAT

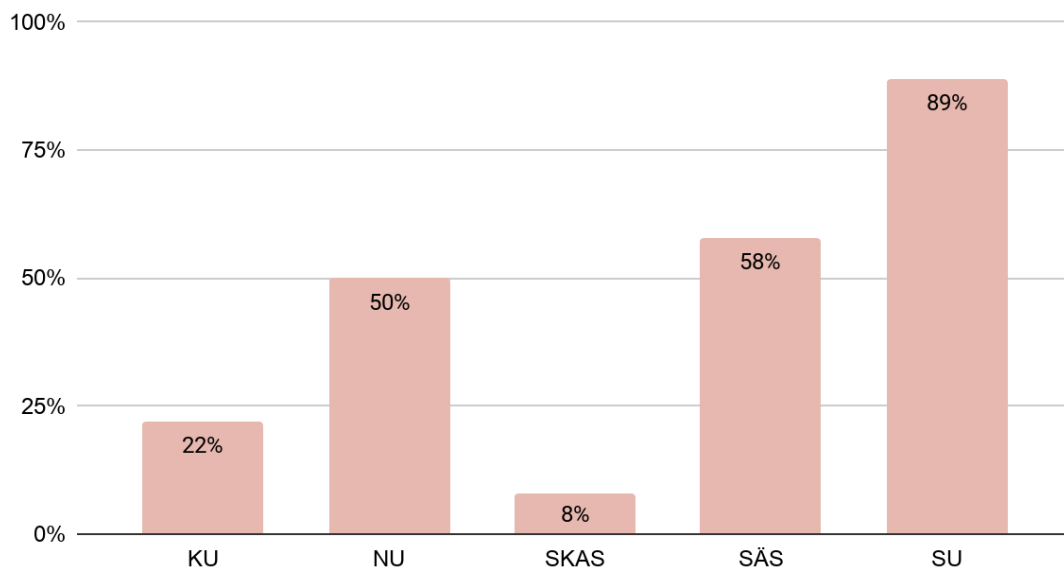
Totalt var det 5 behandlingsriktlinjer för vårdinsats på plats och hänvisning till lägre vårdnivå som samlades in och granskades. Detta motsvarar samtliga ambulansförvaltningar inom Västra Götalandsregionen. Resultatet visade att majoriteten av behandlingsriktlinjerna har ett tydligt beskrivet syfte och det framgår vem som skrivit riktlinjerna samt vem som är dess tänkta användare. Emellertid saknas en beskrivning av hur riktlinjerna tagits fram samt vilken evidens som ligger till grund för dess innehåll.

## Domän 1 - Omfattning och syfte

Domän 1 innefattar 3 bedömningspunkter med kriterier för hur riktlinjens omfattning och syfte är beskrivet. Bedömningspunkterna innefattar; hur riktlinjens mål beskrivs specifikt, beskrivning av den aktuella hälsofrågan och populationen som riktlinjen är avsedd för.

Resultatet varierade stort mellan förvaltningarna, från lägsta poäng (8%) och till högsta (89%). SkaS når 8% i denna domän då deras riktlinjer till stora delar saknar formulerat syfte och beskrivning av omfattning. KU når 22% då riktlinjen har en rubrik "Syfte/Sammanfattning" men syftet beskrivs inte under denna rubrik. Ett kortfattat syfte kan senare hittas under riktlinjens bakgrund men är ej tydligt formulerat. NU når 50% då riktlinjen nämner syftet men saknar specifik beskrivning av vilka patienter riktlinjen omfattar. SÄS når 58% då riktlinjen har ett tydligt beskrivet syfte men inte samma tydlighet gällande riktlinjens omfattning. SU var den förvaltning vars riktlinje erhöll högst poäng i denna domän och når 89%. Riktlinjen har en tydlig beskrivning av dokumentets syfte och vilken nytta riktlinjen har för både patienter och samhälle. I riktlinjerna beskrivs både inklusions- och exklusionskriterier för de patienter som kan vara aktuella för vårdinsats på plats eller hänvisning till lägre vårdnivå (figur 7).

### Domän 1



**Figur 7.** Resultat i procent förvaltningsvis för Domän 1; Omfattning och syfte.

## Domän 2 - Intressentmedverkan

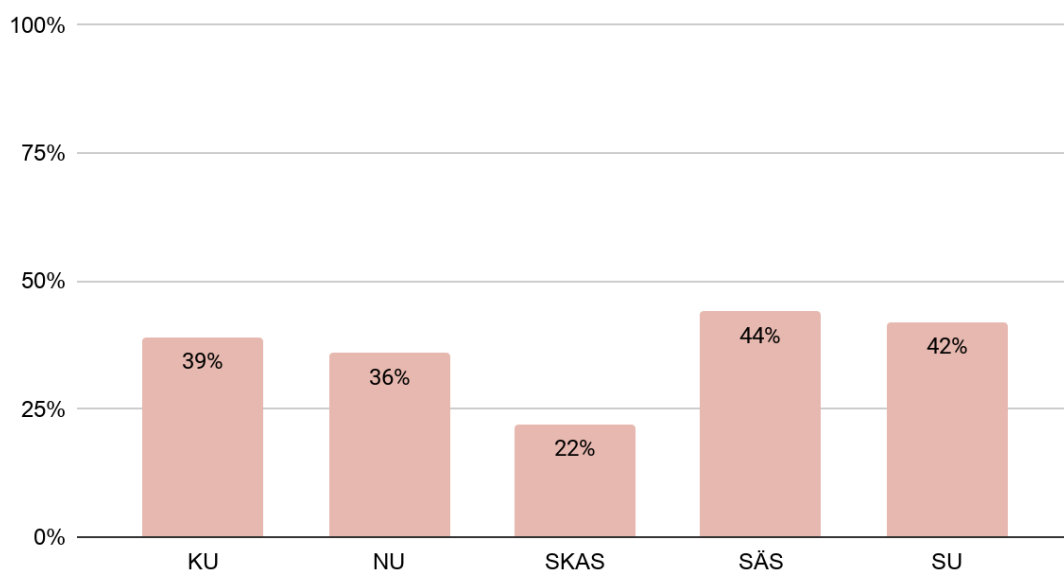
Domän 2 innefattar 3 bedömningspunkter och syftar till att granska relevansen av vilka yrkesgrupper som varit med och tagit fram behandlingsriktlinjen. Vidare granskas huruvida målpopulationens åsikter har eftersökts samt om användarna av riktlinjen

tydligt är presenterade. Resultatet i domän 2 är relativt lika för samtliga förvaltningar, ingen uppnår 50%.

Ingen av förvaltningarna uppger i riktlinjerna om patienternas åsikter har efterfrågats, därav förekommer lägre procent hos samtliga förvaltningar. Lägst uppfyllelse har SkaS som når 22% då det är otydlig information om vilken grupp som framställt riktlinjen samt saknar en tydlig beskrivning av vem riktlinjen vänder sig till. NU når 36% KU 39% och då de på ett tydligt sätt beskriver vem riktlinjen riktar sig till men båda saknar tydlighet i vilken grupp som framställt riktlinjen. SU når 42% men saknar en tydlig beskrivning av vem som tagit fram riktlinjen och i likhet med SÅS saknas beskrivning för vem som är användare av riktlinjen. SÅS når 44% då det tydligt framkommer vem som skrivit riktlinjen. Vidare beskrivs vilken yrkesgrupp riktlinjen vänder sig till (figur 8).

Gemensamt för de flesta behandlingsriktlinjerna är att de skrivits av ambulansöverläkare och godkänts av verksamhetschefen. I SU har förutom två ambulansöverläkare även en kvalitetsutvecklare varit med och tagit fram dokumentet för Nära Vård. I Kungälv står en verksamhetsutvecklare från Sjukvårdens larmcentral som ansvarig för innehållet i riktlinjen. Det står även att verksamhetschefen har godkänt dokumentet.

## Domän 2



**Figur 8.** Resultat i procent förvaltningsvis för Domän 2; Intressemedverkan.

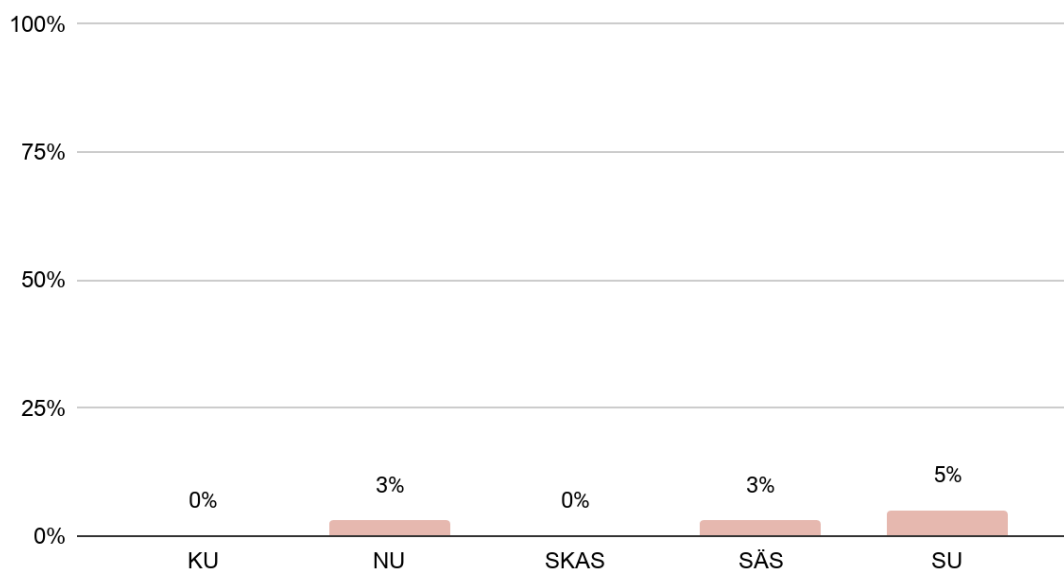
## Domän 3 - Noggrannhet vid framställning

Domän 3 innefattar sammanlagt 8 olika bedömningspunkter som handlar om noggrannhet vid framställning av riktlinjen. För att en riktlinje ska få poäng i denna domän krävs att det framgår vilka evidens som ligger till grund för innehållet och vilka systematiska metoder som använts för att få fram evidensen. Det bör också framgå vilka kriterier som funnits för att välja ut evidens samt en beskrivning av dess styrkor och

begränsningar. Domänet ger även poäng om det finns en beskrivning av vilka metoder som använts för att formulera riktlinjerna och om eventuella hälsovinster/risker har beaktats. I bedömningspunkterna efterfrågas även en rutin för uppdatering av riktlinjen samt om innehållet granskats av utomstående experter innan den tagits i bruk.

I denna domän får samtliga förvaltningar mycket låga eller inga poäng. Ingen av de granskade behandlingsriktlinjerna uppger några referenser kopplat till innehållet. Både KU och SkaS saknar helt information om hur riktlinjen tagits fram och vilka evidens som eventuellt stödjer innehållet. Både NU och SÄS når 3% för att de anger datum för när deras riktlinjer kommer att uppdateras. SU når 5% då de uppger att de till viss del använt SLAS som grund i utformningen av riktlinjen "Nära Vård". Det framkommer dock ej vilka delar i riktlinjen som har sitt ursprung ifrån SLAS (figur 9).

### Domän 3



**Figur 9.** Resultat i procent förvaltningsvis för Domän 3; Noggrannhet vid framställning.

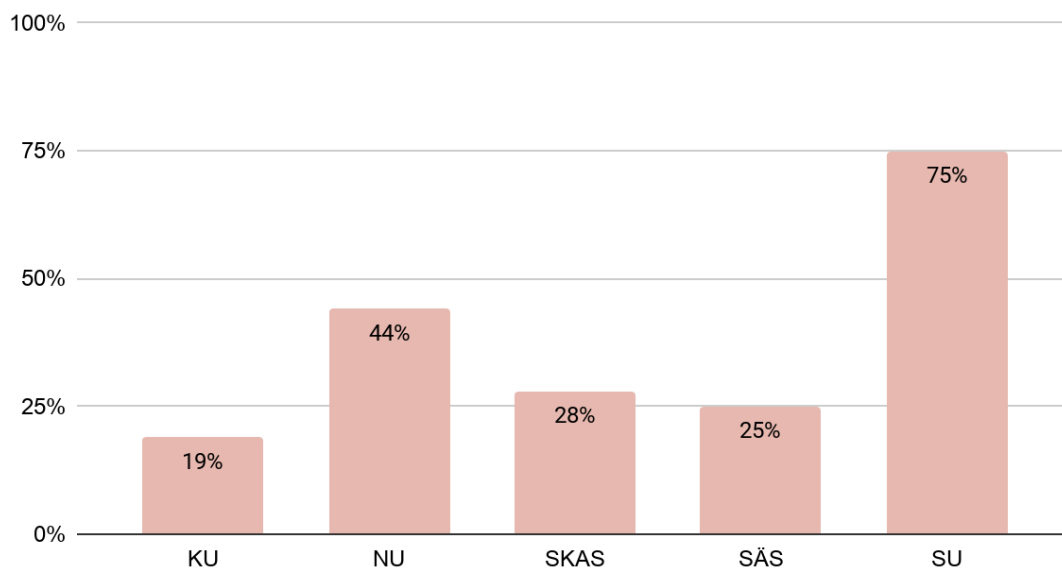
### Domän 4 - Presentationens tydlighet

Domän 4 innefattar tre bedömningspunkter som granskar riktlinjernas tydlighet gällande hur rekommendationerna presenteras. Rekommendationerna skall vara tydligt utformade för vem de avser samt i vilka fall de ej är lämpliga för användning. Bedömningspunkterna ger poäng utifrån hur väl riktlinjen presenterar olika alternativ som kan vara aktuella för patientens tillstånd. De centrala rekommendationerna skall vara lätta att hitta och gärna markerade med exempelvis fetstil, understrukna eller samlade i en ruta.

KU når 19% i denna domän. Riktlinjen saknar tydlig beskrivning av vilka patienter som innefattas samt alternativ för aktuella åtgärder. SÄS når 25% då riktlinjen beskriver vilka kriterier som ska uppfyllas för att patienten ska kunna hänvisas till lägre vårdnivå. Det saknas även här alternativ för vart patienten bör hänvisas till och de centrala rekommendationerna är ej tydligt markerade. SkaS når 28% då riktlinjen är uppdelad i

två rutor, den första med tydliga villkor som ska vara uppfyllda då en patient ej transporteras till sjukhus. Den andra rutan visar normalvärden gällande vitalparametrar för vuxna. Däremot saknas presentation av alternativ för hänvisning till lägre vårdnivå. NU når 44% då riktlinjen gällande prehospital bedömning av vårdbehov, vårdnivå och färdssätt hänvisar till triagehandboken som stöd i bedömningen. Vidare följer en tydlig punktlista med olika alternativ för lägre vårdnivå eller vårdinsats på plats. Listan presenterar även vilka kommuner som patienten kan få tillsyn av hemsjukvården utan krav på inskrivning. SU:s riktlinje för Nära Vård når 75%. Det framkommer tydligt vilka patienter som lämpar sig för riktlinjen och det finns en beskrivning med exempel på vilka patienter som ej ska innefattas av Nära Vård. Alternativen för vilka prioriteringsnivåer som lämpar sig för respektive vårdnivå är tydligt markerade med olika färger och fetstil. Vidare finns också en utförlig beskrivning av vilka kriterier som gäller för alternativa transportsätt, samt exempel på när annan transport än ambulans ej är aktuellt (figur 10).

#### Domän 4



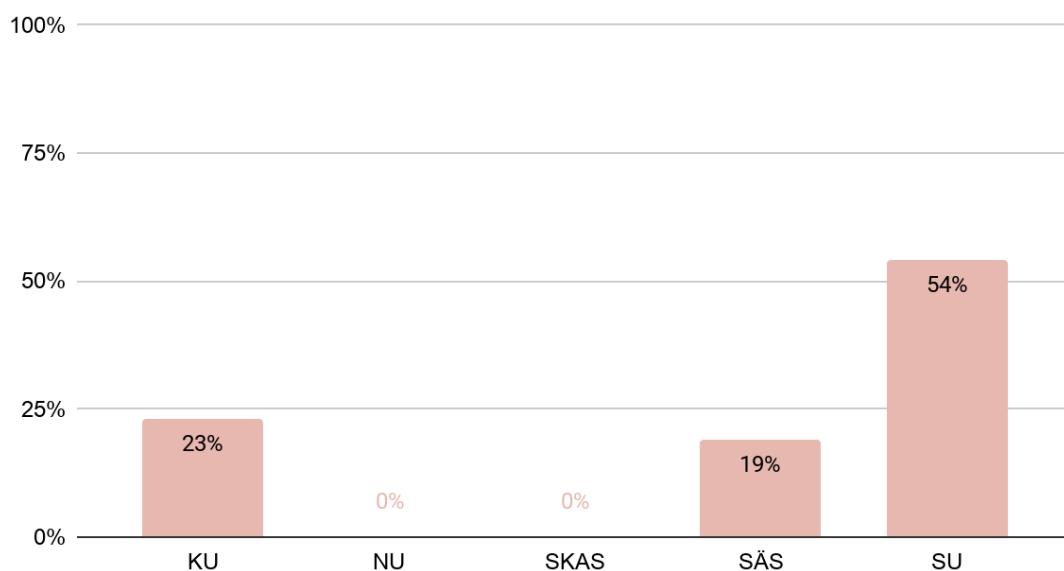
**Figur 10.** Resultat i procent förvaltningsvis för Domän 4; Presentationens tydlighet.

#### Domän 5 - Tillämpbarhet

I domän 5 bedöms riktlinjens tillämpbarhet genom 4 olika bedömningspunkter. Enligt dessa punkter bör riktlinjen beskriva de stödjande eller försvårande faktorer som kan förekomma då riktlinjen skall tillämpas i praktiken. Det skall även finnas råd för hur riktlinjens innehåll ska användas till exempel genom snabbguides, patientbroschyrer eller checklistor. De eventuella ekonomiska resurser som krävs för att tillämpa rekommendationerna ska ha vägts in. Riktlinjen bör också innehålla en beskrivning av hur följsamheten till rekommendationerna kontrolleras.

Både NU och SkaS riktlinjer uppfyller inte några av bedömningspunkternas kriterier och kan inte värderas. SÄS når 19% då riktlinjen har en tilläggsblankett VIPPS som fylls i och lämnas till patienten. KU når 23% då riktlinjen innefattar en VIPPS-blankett som även används för uppföljning och utvärdering av kvaliteten på tidigare patientbedömningar. Både SÄS och KU saknar en beskrivning av eventuella resurser som krävs samt vilka faktorer som kan underlätta eller försvåra riktlinjens användning. SU når högst poäng på 54%. Riktlinjen benämner även tidsbrist och hög arbetsbelastning som exempel på försvårande omständigheter samt uppmuntrar till samarbete med bedömningsbil gällande uppföljning av patienter som lämnats kvar hemma. Riktlinjen innehåller även en bilaga för att underlätta tillämpningen av uppföljning. Samtliga granskade riktlinjer saknar resonemang kring vilka eventuella ekonomiska resurser som krävs för att tillämpa behandlingsriktlinjen. Det saknas även en beskrivning av hur följsamheten till riktlinjerna kontrolleras (figur 11).

## Domän 5



**Figur 11.** Resultat i procent förvaltningsvis för Domän 5; Tillämpbarhet.

## Domän 6 - Redaktionellt oberoende

Domän 6 innehåller två bedömningspunkter. Den första bedömningspunkten handlar om att granska om riktlinjens innehåll har påverkats av åsikter från en finansierad organisation. Den andra bedömningspunkten innefattar huruvida det förekommer möjliga jävsgrunder kring yrkesgruppen som utformat behandlingsriktlinjen. I denna domän får ingen av de granskade behandlingsriktlinjerna några poäng då samtliga saknar den information som bedömningspunkterna efterfrågar.

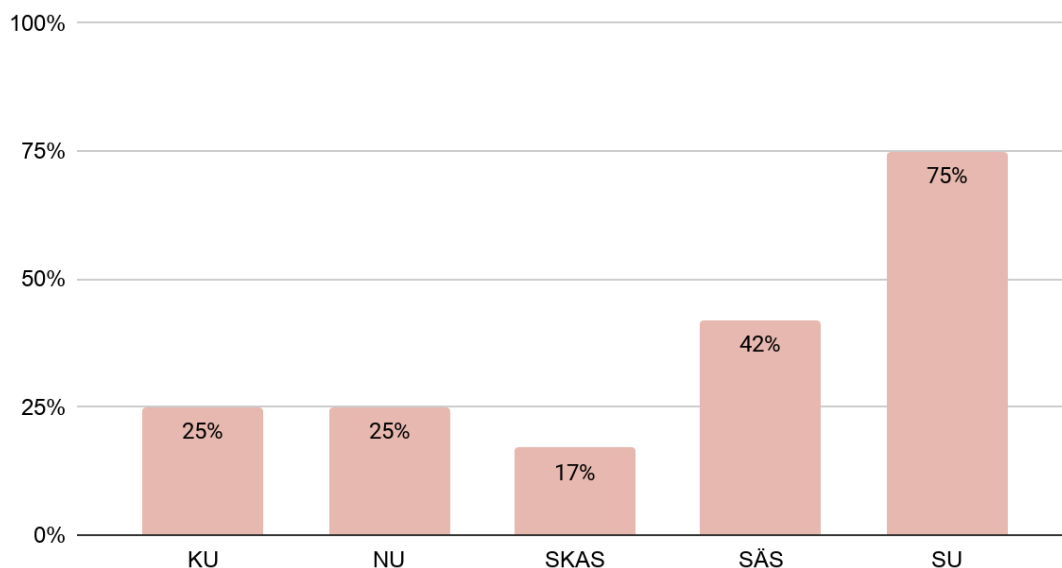
## Helhetsbedömning 1

Helhetsbedömning 1 handlar om att bedöma varje behandlingsriktlinjes övergripande kvalitet med samtliga bedömningspunkter tagna i beaktning. Helhetsbedömningen

saknar specifika bedömningspunkter och istället bedömer varje författare behandlingsriktlinjens totala kvalitet och sätter en totalpoäng på Likertskalan mellan 1 och 7.

SU erhåller högst poäng på 75% i helhetsbedömningen. Riktlinjen som fått näst högst poäng är SÄS som når 42%. Både NU och KU når 25% vardera. SkaS når 17% i helhetsbedömningen (figur 12).

### Helhetsbedömning 1



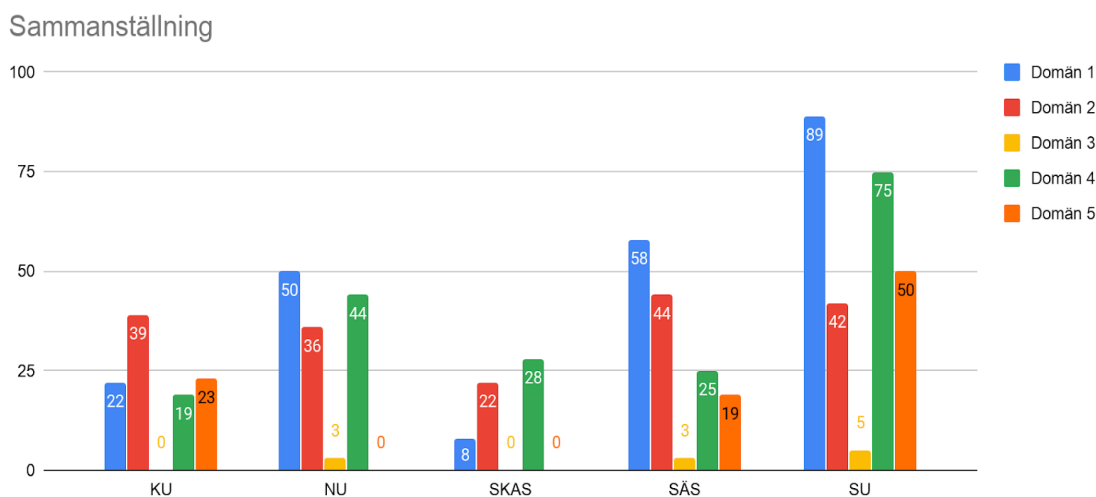
**Figur 12.** Resultat i procent förvaltningsvis för Helhetsbedömning 1.

### Helhetsbedömning 2

Helhetsbedömning 2 handlar om att båda granskarna har fått tycka till om de vill rekommendera behandlingsriktlinjerna. Inom helhetsbedömningen förekommer tre svarsalternativ: JA, NEJ eller JA med villkor/ändringar.

SU:s behandlingsriktlinje är den riktlinje som båda författarna valt att rekommendera med villkor eller ändringar. Riktlinjen är tydligt och utförligt skriven och innehåller inklusions- och exklusions kriterier för patientgruppen. Riktlinjen innehåller en tydlig beskrivning av patienter som enligt RETTS erhållit grön och gul prioritet och de alternativ som finns för hänvisning av dessa patienter till lägre vårdnivå. Riktlinjen innehåller även exklusionskriterier gällande alternativa transportsätt samt rutin och tillvägagångssätt för uppföljning av patienter som lämnats kvar i hemmet. Av riktlinjen framgår även vilka möjligheter som finns gällande kontakt med högre medicinsk kompetens. De ändringar som rekommenderas gäller främst att innehållet behöver kopplas till vetenskaplig evidens. En referenslista ger användarna tillgång till fördjupning men också en möjlighet att kritiskt granska källorna.

Övriga behandlingsriktlinjer rekommenderas ej av författarna i sin nuvarande form då de bedöms vara alltför kortfattade och saknar viktiga delar i hur ambulanssjukvårdens skötsel bör gå tillväga vid hänvisning av patienter. Det som framförallt saknas i samtliga granskade riktlinjer är referenser och evidens kopplat till innehållet samt information om eventuella finansierade organisationer och möjliga jävsgrunder kring yrkesgruppen som utformat behandlingsriktlinjen. I figur 13 ses en sammanfattning av granskningens resultat i procent för varje förvaltning. Då samtliga förvaltningar fick 0 poäng i domän 6 finns ingen stapel för denna domän.



**Figur 13.** Resultatjämförelse i procent för alla domäner inom respektive förvaltning. Domän 6 saknar information från samtliga förvaltningar.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Vi valde att använda oss av granskningsinstrumentet AGREE II då det är ett väl beprövat och validerat instrument för granskning av riktlinjers kvalitet. Rekommendationen från AGREE II är att granskningen ska utföras av minst 2 men helst 4 personer. Granskningen i denna studie utfördes av enbart 2 personer och fler granskare var inte tidsmässigt möjligt att inkludera inom ramen för denna magisteruppsats. Detta är det minsta godkända antalet granskare enligt AGREE II. Detta är en begränsning med studien och kan påverka resultatets tillförlitlighet jämfört med användning av fler granskare. För framtida granskningar av behandlingsriktlinjer rekommenderas 4 eller fler granskare för att erhålla högre tillförlitlighet. Då författarna är kliniskt verksamma inom ambulanssjukvården SÄS och SkaS inom VGR, finns risk för att författarnas förförståelse och uppfattning om behandlingsriktlinjernas kvalitet kan påverka resultatet.

En begränsning med studien är att den innefattar ett lågt antal behandlingsriktlinjer i förhållande till det totala antalet behandlingsriktlinjer. Studien innefattar enbart behandlingsriktlinjer från VGR och huruvida resultatet är generaliserbart i ett nationellt perspektiv är begränsat. Möjligtvis är resultatet generaliserbart för ambulansverksamheter med liknande organisationer och riktlinjer. De styrkor som

framkommit efter granskningen med AGREE II är att instrumentet är väl strukturerat. Anvisningarna i varje domän innehåller flertal exempel på hur bedömningen skall genomföras. Ytterligare en styrka är att instrumentet är översatt till svenska vilket minskar risken för feltolkning vid granskningen. För att undvika feltolkning av manualen diskuterades de domäner som granskarna ansett vara svårtolkade under arbetets gång, utan att avslöja vilka poäng respektive granskare satt. Genom diskussion blev det tydligt att granskarna uppfattat och tolkat domänerna på liknande sätt, vilket minimerade risken för inkorrekt poängsättning.

Som granskare upplevde vi vissa svagheter med instrumentet. Likert-skalan är tydlig då riktlinjen uppfyller 1 eller 7 poäng men saknar kriterier för poängsättning däremellan, det vill säga poängen 2–6, vilket lämnar mycket till egen tolkning för granskaren. Som granskare hade det varit önskvärt med tydligare gränsvärden med olika inklusionskriterier för respektive poäng på Likert-skalan. Beskrivningen för vissa domäner är formulerade på ett komplicerat sätt vilket kan leda till att granskarna tolkar dessa olika. Sannolikt hade en utförligare struktur kring poängkriterierna och tydligare beskrivning av vissa domäner, ökat granskarnas säkerhet i bedömningen och gett resultatet en högre tillförlitlighet.

Både NU och SkaS saknar fristående dokument för riktlinjen och den granskade delen är ett kapitel ur hela behandlingsriktlinjerna för ambulanssjukvården. Flera av de riktlinjer vi granskat i detta arbete är kortfattat skrivna vilket ställer höga krav på förkunskaper hos användaren. En orsak till detta kan vara att samtliga behandlingsriktlinjer bör rymmas i det fickformat som ofta används inom ambulanssjukvården för att vara användarvänligt i akutsituationer. AGREE II är ett omfattande granskningsinstrument som efterfrågar exempelvis detaljer kring den finansierande organisationens intressenter och möjliga jävsgrunder. I en behandlingsriktlinje som ska användas ute på fältet är denna information kanske inte helt relevant och därför bör ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer finnas i två versioner. En förkortad version anpassad för användning ute i ambulanserna och en mer utförlig version med utrymme för samtlig information som efterfrågas av granskningsinstrument som AGREE II.

Förvaltningarnas resultat för varje domän räknades ut med formeln för procentuträkning enligt AGREE II (figur 6). För att redovisa resultatet från granskningen valdes stapeldiagram då detta ger en tydlig översikt av varje riktlinjes poäng men också en möjlighet att jämföra de olika riktlinjerna med varandra. Resultatet från samtliga domäner sammanställdes i ett stapeldiagram (figur 13).

För att försöka få svar på hur det gått till när behandlingsriktlinjerna för hänvisning till lägre vårdnivå tagits fram, skickade författarna ett kompletterande mail till de fem förvaltningarnas ambulansöverläkare inom VGR. En ambulansöverläkare svarade på mailet och förklarade att behandlingsriktlinjerna tagits fram genom att titta på tidigare riktlinjer inom den egna verksamheten, andra delar av regionen samt andra regioners riktlinjer för detta ändamål.

## Resultatdiskussion

Granskningen av ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer för vårdinsats på plats och hänvisning till lägre vårdnivå visar generellt på varierande kvalitet och delvis stora skillnader mellan förvaltningarna i VGR.

### Domän 1; Omfattning och syfte

Resultatet visar att det skiljer från 8% upp till 89% i jämförelsen hur väl förvaltningarna beskrivit målet för riktlinjen och med dessa siffror är domän 1 det område som visar störst skillnader i hela granskningen. SU är den förvaltning som tydligast beskriver mål och syfte med behandlingsriktlinjen för "Nära Vård". Riktlinjen syftar till att genom ett tydligt patientfokus hänvisa patienten till den vårdnivå som ger bäst hjälp för den enskilde. Arbetsättet beskrivs som en del i SU:s arbete med personcentrerad vård där patientens autonomi står i fokus. Ytterligare en del av riktlinjens mål och syfte är att försöka minska ambulansens resursbrist och korta ner väntetiderna för de personer som är i akut behov av ambulans och på så vis öka patientsäkerheten. Detta är en utmaning som ses även internationellt (Ebben et al. 2019, Khorram-Manesh et al. 2011). Övriga förvaltningar har mycket knapphändigt eller inte alls beskrivit målet och syftet med behandlingsriktlinjen. Målet ska visa vilka de förväntade hälsovinsterna är samt vilka effekter det förväntas få för både samhälle och patient. Detta borde således vara en av de viktigaste bedömningspunkterna i granskningen då ett tydligt mål är en förutsättning för att en verksamhets arbete ska ha en gemensam riktning. Målet för vården kan fungera som vägledning i samband med de beslut som har flera alternativ. Det kan också användas i efterhand för att utvärdera om det vården gjort var rätt eller fel (Sandman & Kjellström 2018).

En möjlig förklaring till att resultatet visar stora variationer kan bero på att förvaltningarna inte gemensamt formulerat ett mål för patienter som hänvisas till lägre vårdnivå inom VGR. Antalet patienter som hänvisas till lägre vårdnivå varierar från 11% till 26% inom regionen (Nysam 2019). Denna variation kan eventuellt förklaras av skillnaderna i hur syfte och mål beskrivits i riktlinjerna inom VGR. Att riktlinjerna skiljer sig åt kan innebära att patienter inom VGR riskerar få olika vård beroende på vilken ambulanssjuksköterska och riktlinje som tillämpas. Detta kan innebära ett problem eftersom vården skall ges på lika villkor för hela befolkningen (Hälsa- och sjukvårdslagen 1982:763). Att patienter inom ambulanssjukvården som har lika vårdbehov men vårdas utifrån olika riktlinjer kan leda till en ojämn fördelning av resurser och det kan uppstå orättvisor för patienterna inom vården. I dagens samhälle ses den ojämlika hälsan som en utmaning som kräver att olika samhällsaktörer ser över vad de kan göra för att minska orättvisorna (Lundberg 2018). Ett steg i rätt riktning borde vara att ha nationella riktlinjer som är kvalitetssäkrade och med samma mål. Otydliga beskrivningar av syfte och mål kan också innebära en osäkerhet för ambulanssjuksköterskorna som är kliniskt verksamma inom flera ambulansförvaltningar. Detta kan i sin tur leda till skillnader i bedömningar och kan påverka patientsäkerheten (IVO 2016).

Det framgår inte om rekommendationerna i de granskade behandlingsriktlinjerna innefattar barn. Studier visar att en stor del av de patienter som lämnas hemma efter

bedömning och eventuell behandling är barn (Ebben et al. 2017). Av de barn som ambulansen transporterar till sjukhus skrivs nästan hälften ut från akutmottagning utan åtgärder (Magnusson, Herlitz, Karlsson & Axelsson 2018). Att ambulansen kör många barn till akutmottagningen i onödan skulle kunna bero på att många ambulanssjuksköterskor upplever en osäkerhet i att bedöma barn prehospitalt och att det saknas tydliga riktlinjer för ändamålet (Oulasvirta et al. 2019).

## **Domän 2; Intressentmedverkan**

I domän 2 ses ett jämnare resultat mellan förvaltningarna men samtliga bedöms under 50%. Ingen av de granskade behandlingsriktlinjerna har tagit del av den berörda patientgruppens eller användarnas åsikter i samband med framställningen av riktlinjerna. En förklaring till detta skulle kunna vara att det finns vissa svårigheter i att tillfråga patienter om deras åsikter gällande behandlingsriktlinjer för patienter som hänvisas till lägre vårdnivå då ambulanspersonalens bedömning och patientens åsikt ofta skiljer sig åt i frågan om ambulansbehov. Tidigare vetenskaplig litteratur beskriver att mellan 5% och 46% av de patienter som av ambulanspersonal fått rekommendationen att kvarstanna i hemmet ändå sökte akutsjukvård på egen hand. Flertalet av patienterna blev utskrivna från sjukhuset utan vidare åtgärder (Yeung et al. 2019). En svensk studie bekräftar att endast 0,9% av patienterna som inte transporterades till sjukhus hade felbedömts av ambulanspersonalen och hade ett tidskritiskt tillstånd efter 72 timmar (Magnusson, Herlitz & Axelsson 2020). Ovanstående studier visar att ambulanspersonalen oftast gör rätt bedömning av patientens vårdbehov. Dock förekommer det missnöje bland patienterna och en av de största orsakerna till detta är bristande delaktighet och dåligt bemötande från ambulanspersonal (Rantala, Ekwall & Forsberg 2016). Det finns därför med största sannolikhet vinster i att låta patienterna komma till tals i utformningen av nya riktlinjer, inte minst för att understryka vikten av att respektera patientens autonomi och att samtliga beslut gällande vårdnivå bör tas i samråd med patienten.

Ett sätt att inkludera patienternas åsikter vid framställning av nya riktlinjer skulle kunna vara att använda sig av de uppföljningar som görs av denna patientgrupp. Flera av riktlinjerna beskriver en rutin för uppföljning av de patienter som hänvisats till lägre vårdnivå. Enligt SÅS riktlinje görs uppföljning via journalgranskning månadsvis men det framgår ej av vem. Enligt KU:s riktlinje ska patienter som lämnats kvar i hemmet ringas upp av ansvarig sjuksköterska inom en vecka. I riktlinjen "Nära Vård" från SU står att uppföljning bör ske efter 4–6 timmar om inga akuta ärenden hindrar detta. Det efterfrågas framförallt uppföljning av patienter med akut buk, akut neurologi och bröstsmärta. Dessa patientgrupper är utvalda av SU efter ett avvikelseperspektiv. Förvaltningarna har således olika rutiner för uppföljning av patienter som hänvisas till lägre vårdnivå eller lämnas kvar i hemmet. Dessa uppföljningar bör kunna sammanställas och användas som en del i underlaget vid skapande av nya behandlingsriktlinjer. De förvaltning som utför uppföljning via telefonsamtal har goda möjligheter att inhämta patienternas åsikter som senare kan vara av stort värde för utveckling av nya riktlinjer. En sammanställning av uppföljningarna skulle även kunna bidra till den återkoppling och feedback som många ambulanssjuksköterskor efterfrågar (Lederman et al. 2019). Detta skulle i sin tur kunna ge ambulanssjuksköterskorna möjlighet att kompetensutvecklas i sina patientbedömningar.

En av bedömningspunkterna i denna domän efterfrågar medverkan från samtliga relevanta yrkesgrupper när riktlinjen togs fram. De flesta behandlingsriktlinjerna är skrivna av ambulansöverläkare och det framgår inte att det förekommit någon dialog med ambulanssjuksköterskorna som ska använda sig av behandlingsriktlinjerna. Att få sjuksköterskor medverka i att ta fram evidensbaserade behandlingsriktlinjer skulle kunna bero på att det för sjuksköterskor ofta saknas tid att fördjupa sig i aktuell forskning och vetenskapliga studier. Studier visar dessutom att många sjuksköterskor ej har tillräcklig kunskap i hur man söker efter vetenskapliga artiklar och saknar tillgång till sådana databaser (Cadmus et al. 2008). Det framgår inte av granskningen hur ambulansläkarnas vetenskapliga kompetens ser ut. Eventuellt kan det förekomma kunskapsluckor även i denna yrkesgrupp som påverkar hur behandlingsriktlinjerna utformas.

Då en stor del av patienterna i denna grupp hänvisas till primärvården (Norberg et al. 2015) vore det sannolikt fördelaktigt att låta primärvårdens läkare medverka när riktlinjer för hänvisning till lägre vårdnivå utvecklas. Precis som ambulansens behandlingsriktlinjer för stroke sannolikt utvecklats i samarbete med neurologer borde det finnas ett intresse från primärvårdsläkarna att bidra med sina expertkunskaper för att utveckla tydliga riktlinjer för dessa patienter. Forskning visar på att det finns ett behov av ett ökat samarbete mellan olika vårdnivåer för de patienter som inte transporteras till sjukhus (Backman, Juuso, Borg & Engström 2019).

### **Domän 3; Noggrannhet vid framställningen**

I domän 3 erhåller samtliga förvaltningar endast 0–5% då ingen av de granskade riktlinjerna presenterar hur de har tagits fram och det saknas hänvisning till både referenser och evidens gällande innehållet. Flera av riktlinjerna hänvisar till bedömning via RETTS som saknar tydlig evidens för prehospitalt ändamål (Norberg-Boysen 2017). RETTS kan dock användas som ett hjälpmedel vid bedömning och prioritering för att minska risken att svårt sjuka patienter missas. SU beskriver i sin riktlinje att patienter med grön prioritet ofta lämpar sig för egenvård men att patienter med gul prioritet i regel behöver träffa en läkare och därför ska hänvisning till egenvård undvikas. Dock bör ambulanssjuksköterskan förutom RETTS också väga in omvårdnadsbehovet i patientbedömningen (Holmberg & Fagerberg 2010; Todres, Galvin & Dahlberg 2014). En patient med grön prioritet enligt RETTS kan fortfarande vara i stort behov av omvårdnad. Därför bör behandlingsriktlinjerna inte enbart utgå från medicinska åtgärder utan också inkludera ett omvårdnadsperspektiv med vetenskaplig koppling till evidens. Då patienternas behov av omvårdnad inte nödvändigtvis kräver inskrivning på sjukhus kan det finnas en vinst i att inkludera representanter från den kommunala hälso- och sjukvården då behandlingsriktlinjer för dessa patienter utvecklas. Vid Forskningssymposiet i Borås 2020 framkom att det i NU-sjukvården förekommer samarbete mellan ambulans- och hemsjukvård gällande tillsyn av patienter som lämnas kvar i hemmet. Detta kan ses som ett gott exempel på lösningar som gynnar patienten och som skulle kunna tillämpas i fler delar av VGR och i framtiden bli en del av samtliga behandlingsriktlinjer inom regionen.

Samtliga granskade behandlingsriktlinjer saknar innehåll av referenser med vetenskaplig evidens. En förklaring kan vara att nuvarande behandlingsriktlinjer baseras på beprövad erfarenhet och avsaknaden av referenser gör det svårt för ambulanssjusköterskan att fördjupa sig och utöka sin kunskap. Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor skall arbetet utgå ifrån evidens och beprövad erfarenhet som skall tillämpas vid varje vårdmoment (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Dessutom säger patientsäkerhetslagen (2010:659) att sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet för att bidra till en hög patientsäkerhet. Med förvaltningarnas låga poängresultat i beaktning finns det stor utvecklingspotential till förbättring inom detta område. Det finns vetenskaplig litteratur som beskriver erfarenheter och kunskaper för patienter som hänvisas till lägre vårdnivå (Höglund et al. 2019; Rantala, Ekwall & Forsberg 2016; Lederman et al. 2019; Ahlenius, Lindström & Vicente 2017; Norberg-Boysen 2017; Coster et al. 2019; Ebben et al. 2017; Hoikka, Silfvast, Ala 2017; Larsson, Holmèn & Ziegert 2017; Magnusson, Herlitz & Axelsson 2020; Norberg et al. 2015; Oulasvirta et al. 2019; Salminen-Tuomaala et al. 2018 & Magnusson, Herlitz, Karlsson & Axelsson 2018). Orsaken till varför den inte används i behandlingsriktlinjer kan inspirera till vidare forskning inom detta område. Arbetsgivare och ambulansöverläkare har en viktig roll i att ta till vara på den prehospitäl forskning som bedrivs internationellt, nationellt och regionalt.

Under de senaste åren har intresset för evidensbaserad vård uppmärksammats internationellt och enligt Svensk Sjuksköterskeförening finns det ett glapp mellan den vetenskapliga kunskapen och det aktiva arbetet i praktiken. Detta resulterar i att resurser används felaktigt och att patienter erhåller behandling som eventuellt saknar effekt och i värsta fall leder till skada (Svensk sjuksköterskeförening 2016). I England har flera organisationer gått samman och stöttat en investering för att höja den vetenskapliga evidensen inom akutsjukvården. Detta görs genom att utveckla, genomföra och utvärdera prehospitäl evidensbaserade riktlinjer med hjälp av en modellprocess som skapats av en multidisciplinär expertpanel (Martin-Gill et al. 2016). I Sverige finns SLAS som skulle kunna liknas vid en sådan organisation. Dock har SLAS inga riktlinjer för patienter som vårdas på plats eller hänvisas till lägre vårdnivå. Detta skulle kunna vara en bidragande orsak till att de lokala riktlinjerna som granskats i denna studie till stora delar är knapphändigt utformade. När vi tillfrågade ambulansöverläkare i VGR hur dagens behandlingsriktlinjer tagits fram fick vi till svar att de satts ihop av ambulansläkarna genom att titta på andra liknande behandlingsriktlinjer som tidigare använts i den egna verksamheten men även i andra regioner. Avsaknaden av multiprofessionell användning med vetenskaplig kompetens kan vara en bidragande orsak till utformningen av riktlinjerna i VGR.

#### **Domän 4; Presentationens tydlighet**

Resultatet visar att fyra av förvaltningarna når mellan 19% och 44% och behandlingsriktlinjen för SU sticker ut med 75%. Fyra av totalt fem granskade riktlinjer är kortfattat skrivna och de rekommendationer som står är inte specifika vilket ställer höga krav på ambulanssjusköterskans kompetens och erfarenhet. Studier bekräftar att ambulanssjusköterskor upplever svårigheter att följa de behandlingsriktlinjer som finns för patienter som inte transporteras till akutmottagning (Höglund et al. 2019). Orsaken

till att majoriteten av riktlinjerna erhåller låga poäng gällande tydlighet, skulle kunna bero på att riktlinjerna vänder sig till en patientgrupp med en mängd olika symtom, till skillnad från de behandlingsriktlinjer som finns för mer specifika patientgrupper som exempelvis stroke och bröstsmärta. Dock utgör patienterna som lämnas kvar i hemmet ett förhållandevis stort antal av ambulansens totala uppdrag vilket borde motivera till att utforma mer omfattande behandlingsriktlinjer för denna grupp. Studier visar att uppemot en tredjedel av alla patienter lämnas kvar hemma efter bedömning av ambulanspersonal (Hjalte, Suserud, Herlitz & Karlberg 2007; Magnusson, Herlitz & Axelsson 2020). Tydligare behandlingsriktlinjer för denna grupp skulle kunna vara ett sätt att öka patientsäkerheten för ett stort antal patienter (IVO 2016).

Behandlingsriktlinjen för SU som får betydligt högre poäng har ett utförligt dokument som till skillnad från övriga förvaltningars riktlinjer har tydliga anvisningar gällande inklusions- och exklusionskriterier för patienter som hänvisas till lägre vårdnivå. Riktlinjens tydlighet kan framförallt vara till stöd i bedömningen för nya ambulanssjuksköterskor med kortare erfarenhet. Tydliga inklusions- och exklusionskriterier kan även bidra till att ambulanssjuksköterskor med olika erfarenhet samt kompetens ges möjlighet till likvärdig patientbedömning vilket främjar en rättvis vård.

Bristen på dels tydliga riktlinjer för patienter som inte transporteras till sjukhus, men även beskrivning av vilken kompetens som krävs för att bedöma dessa patienter, kan utgöra en risk för patientsäkerheten (Ebben et al. 2017). Dagens vidareutbildning för ambulanssjuksköterskor har ett tydligt fokus på att bedöma och vårda patienter med kritiska tillstånd. Bremer (2016) menar att det krävs en bred kompetens för att bedöma och hänvisa multisjuka patienter med diffusa symtom. För att höja patientsäkerheten behöver vidareutbildningen även innehålla delar som syftar till att hänvisa patienter till rätt vårdnivå även för icke akuta tillstånd. Genom bredare vidareutbildning och tydligare behandlingsriktlinjer kan man säkerställa en högre patientsäkerhet för lågprioriterade patienter.

## **Domän 5; Tillämpbarhet**

I domän 5 har två av förvaltningarna fått 0% medans övriga behandlingsriktlinjer erhåller mellan 19–54%. Resultatet visar att samtliga förvaltningar saknar en beskrivning av hur följsamheten till behandlingsriktlinjerna kontrolleras. Gällande de granskade riktlinjerna i denna studie är följsamheten ej undersökt. Dock visar studier att följsamheten till behandlingsriktlinjer generellt sett är låg vilket utgör en risk för patientsäkerheten (Gagliardi et al. 2011; Hagiwara Andersson et al. 2016). Det är inte helt klarlagt varför följsamheten till riktlinjer är dålig inom ambulanssjukvården men en förklaring skulle kunna vara att de inte är anpassade till prehospitalt arbete i sin utformning (Hagiwara-Andersson, Suserud, Jonsson & Henricson 2013). Studier visar att ambulanssjuksköterskor medvetet väljer att bortse från riktlinjerna i vissa situationer och transporterar patienter till akuten även om val av lägre vårdnivå hade varit bättre för patienten (Höglund et al. 2019). Orsaken till detta beskrivs som att det är för omständigt och tidskrävande att hänvisa patienten vidare. Enligt AGREE II är checklistor och snabbguides ett sätt att öka riktlinjernas användning i praktiken. I den prehospitala miljön kan det dock vara svårt att hantera dessa dokument i pappersformat. Möjligen

hade följsamheten ökat om riktlinjernas användare även deltog i processen då behandlingsriktlinjerna skapas. Hagiwara-Andersson et al. (2016) beskriver vikten av att undersöka hur ambulanspersonalen resonerar och diskuterar kring behandlingsriktlinjer. Genom att ta reda på användarnas åsikter kan riktlinjen anpassas efter det aktuella behovet (Hagiwara-Andersson et al. 2016), vilket med största sannolikhet skulle öka ambulanssjuksköterskans användande av behandlingsriktlinjer.

Sveriges kommuner och landsting har tillsammans med regeringen tagit fram Vision e-hälsa 2025 med målet att landet skall bli bäst i världen på att använda sig av digitalisering inom hälso- och sjukvården (e-hälsomyndigheten 2020). Inom ambulanssjukvården har regionerna kommit olika långt med digitaliseringen och på många håll finns det fortfarande stora utmaningar i att uppnå visionen. Gällande hänvisning till lägre vårdnivå skulle tillgång till primärvårdens journaler sannolikt underlätta ambulanssjuksköterskans patientbedömning. Förutom mer välgrundade beslut skulle patienten även gynnas av att information från ambulanssjuksköterskans undersökning förs över elektroniskt till primärvården. Idag förs informationen ofta över i pappersformat eller muntligt via patienten själv vilket ej främjar patientsäkerheten.

#### **Domän 6; Redaktionellt oberoende**

Ingen av förvaltningarna erhöll några poäng gällande domän 6. Det framgår ej om behandlingsriktlinjerna påverkats av åsikter från en finansierad organisation eller om jävsgrunder dokumenterats för personerna i arbetsgruppen som framtagit riktlinjen. De granskade behandlingsriktlinjerna har tagits fram av ambulansöverläkare som är anställda inom VGR och därför finns troligen inget vinstintresse. Det kan dock inte uteslutas att möjliga intressekonflikter, jävsgrunder eller vinstintressen kan förekomma även om granskningen ej identifierat detta. Dessa frågor kräver ytterligare granskningar och fördjupning för att helt kunna besvaras.

#### **Helhetsbedömning**

Vid helhetsbedömning av behandlingsriktlinjerna ses ett varierande resultat på mellan 17% och 75% för de olika förvaltningarna. Att det förekommer så stora skillnader gällande behandlingsriktlinjernas kvalitet inom en och samma region tyder på att förvaltningarna bör utveckla ett samarbete kring dessa riktlinjer och skapa gemensamma mål. Ett gemensamt arbete med en tvärprofessionell arbetsgrupp behövs för att tillsammans ta vara på den prehospitla forskningen och utveckla evidensbaserade behandlingriktlinjer.

## **SLUTSATSER**

Efter granskning av ambulanssjukvårdens behandlingsriktlinjer för vårdinsats på plats och hänvisning till lägre vårdnivå framkommer det kvalitetsbrister och skillnader mellan förvaltningarna inom Västra Götalandsregionen. Behandlingsriktlinjerna brister i sin presentation gällande hur riktlinjerna har tagits fram och saknar koppling till vetenskaplig evidens. Vidare har den aktuella patientgruppens och ambulanssjuksköterskornas åsikter ej tagits i beaktning vid framställningen av

riktlinjerna. Ofullständiga och otydliga behandlingsriktlinjer kan innebära svårigheter att tillgodose vård på lika villkor och även påverka patientsäkerheten. Granskning med validerade instrument kan utveckla och förbättra omhändertagandet för dessa patienter.

## **Implikation**

- Utveckling av behandlingsriktlinjer för patienter som hänvisas till lägre vårdnivå
- Det finns ett behov av ett ökat samarbete mellan olika professioner.
- Ambulanssjuksköterskans önskemål gällande behandlingsriktlinjer bör undersökas.
- Uppföljningar av patienter som hänvisas till lägre vårdnivå bör sammanställas för att ge ambulanssjuksköterskorna återkoppling.
- Uppföljningar av patienter som hänvisas till lägre vårdnivå skulle kunna användas som en del av underlaget vid utveckling av nya behandlingsriktlinjer för denna grupp.

## REFERENSER

AGREE II Next Steps Consortium (2017). *The AGREE II Instrument* [Elektronisk version]. Hämtad 3 januari, 2020, från <https://www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/original-agree-instrument-publications/>

Ahlenius, M., Lindström, V. & Vicente, V. (2017). Patients' experience of being badly treated in the ambulance service: A qualitative study of deviation reports in Sweden. *International Emergency Nursing*, 30, ss. 25–30. doi: 10.1016/j.ienj.2016.07.004.

ALLEA (2018). *Den europeiska kodexen för forskningens integritet*. Hämtad 25 februari 2020, från [https://www.vr.se/download/18.7f26360d16642e3af99e94/1540219023679/SW\\_ALLEA\\_Den\\_europeiska\\_kodexen\\_för\\_forskningens\\_integritet\\_digital\\_FINAL.pdf?fbclid=IwAR1wf5KjBTU7tGRvBsjZ526nTelYDyLTL6DbLVIZXtGBRNyXO22cedp24aE](https://www.vr.se/download/18.7f26360d16642e3af99e94/1540219023679/SW_ALLEA_Den_europeiska_kodexen_för_forskningens_integritet_digital_FINAL.pdf?fbclid=IwAR1wf5KjBTU7tGRvBsjZ526nTelYDyLTL6DbLVIZXtGBRNyXO22cedp24aE)

Andersson-Hagiwara, M. (2014). *Development and evaluation of a computerised decision support system for use in prehospital care*. Avhandling. Jönköping: Högskolan i Jönköping, Hälsohögskolan.

Andersson-Hagiwara, M. & Wireklint-Sundström, B. (2016). Vårdande och systematisk bedömning. I Suserud, B-O & Lundberg, L. *Prehospital akutsjukvård* (red.). Stockholm: Liber. ss. 179–180 & ss. 200.

Backman, T., Juuso, P., Borg, R. & Engström, Å. (2019). Ambulance nurses' experiences of deciding a patient does not require ambulance care. *Nursing Open*. 2019;6:783–789.

Bigham, B. L., Buick, J. E., Brooks, S. C., Morrison, M., Shojania, K. G. & Morrison, L. J. (2012). Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature. *Prehospital Emergency Care: Official Journal Of The National Association Of EMS Physicians And The National Association Of State EMS Directors*, 16(1), ss. 20-35.

Bolander, R., Svensson, L. & Sarlöv, C. (2016). Medvetande. I Suserud, B-O & Lundberg, L. *Prehospital akutsjukvård* (red.). Stockholm: Liber. ss. 351.

Booker, MJ., Shaw, A. & Purdy, S. (2015). Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open* 2015;5:e007726. doi:10.1136/bmjopen-2015-007726

Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I Suserud, B-O & Lundberg, L. *Prehospital akutsjukvård* (red.). Stockholm: Liber. ss. 61–62.

Cadmus, E., Van Wynen, EA., Chamberlain, B., Steingal, P., Kilgallen, ME., Holly, C. et al. (2008). Nurses' Skill Level and Access to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Administration*. 38(11):494-503.

Colbeck, A., Swain, A., Gibson, J., Parker, L., Bailey, P., Burke, P., Caffey, M. & Kinnear, F. (2019). Australasian paramedic clinical practice guidelines for managing cardiac arrest: an appraisal. *Australian journal of paramedicine*. 2019; 16. <https://doi.org/10.33151/ajp.16.713>

Ebben, R., Vloet, L., Speijers, R., Tönjes, N., Loef, J., Pelgrim, T., Hoogeveen, M. & Berben, S. (2017). A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25, 71. doi: 10.1186/s13049-017-0409-6

e-Hälsomyndigheten (2020). Hämtad 5 maj 2020 från <https://www.ehalsomyndigheten.se/>

Ek, B., Edström, P., Toutin, A. & Svedlund, M. (2011). Reliability of a Swedish pre-hospital dispatch system in prioritizing patients. *International Emergency Nursing*, 21, 143– 149. doi:10.1016/j.ienj.2011.11.006

Ericsson, S. & Cherigui, Z. (2020). *Verksamhetsanalys 2019*. Hämtad 10 mars 2020 från, <http://analys.vgregion.se/Verksamhetsanalys-2019/Tillganglighet-till-halso--och-sjukvard/ambulanssjukvard-och-liggande-sjuktransport/>

Flisa (2018). *SLAS*. Hämtad 24 februari 2020, från <http://www.flisa.nu/web/page.aspx?refid=18>

Gagliardi, A.R., Brouwers, M.C., Palda, V., Lemieux-Charles, L., Grimshaw, JM. (2011). How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implementation Sci* 6, 26. doi 10.1186/1748-5908-6-26

Hagiwara Andersson, M., Nilsson, L., Strömsöe, A., Axelsson, C., Kängström, A. & Herlitz, J. (2016). Patient safety assessment in pre-hospital care: a study protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(14).

Hagiwara, M. A., Magnusson, C., Herlitz, J., Seffel, E., Axelsson, C., Munters, M., Strömsöe, A. & Nilsson, L. (2019). Adverse events in prehospital emergency care: a trigger tool study. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), s. 14. doi:10.1186/s12873-019-0228-3

Hagiwara Andersson, M., Suserud, B-O., Jonsson, A. & Henricson, M. Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2013, Vol. 21, p.46-46.

Hjalte, L., Suserud, BO., Herlitz, J. & Karlberg, I. (2007). Initial emergency medical dispatching and prehospital needs assessment: A prospective study of the Swedish ambulance service. *European Journal of Emergency Medicine*, 14, 134–141. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32801464cf>

Holmberg, M. & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance

service. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 5(2), ss. 1–9. doi: 10.3402/qhw.v5i2.5098.

Holmberg, M., Fagerberg, I. & Wahlberg A-C. (2017). The knowledge desired by emergency medical service managers of their ambulance clinicians - A modified Delphi study. *International Emergency Nursing*, 34, pp. 23–28. doi: 10.1016/j.ienj.2017.03.007.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 12 februari 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

Höglund, E., Schröder, A., Möller, M., Andersson-Hagiwara, M. & Ohlsson-Nevo, E. (2019). The ambulance nurse experiences of non-conveying patients. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 28(1/2), pp. 235–244. doi: 10.1111/jocn.14626.

Högstedt, Å. (2020). Sjukvårdens Larmcentral - SVLC. Forsknings symposium: Borås 2020-03-05.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). *Tillsynsrapport 2016*. Hämtad 17 februari 2020, från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2017/tillsynsrapport-2016.pdf>

Jensen, JL., Croskerry, P. & Travers, AH. (2011). EMS. Consensus on paramedic clinical decisions during high-acuity emergency calls: results of Canadian Delphi study. *CJEM: Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, 13(5), 310–318.

Khorram-Manesh, A., Lennquist-Montàn, K., Hedelin, A., Kihlgren, M. & Örténwall, PO. (2011). Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch centre and ambulance crews. *Eur J Trauma Emerg Surg*. (2011) 37:73–78 DOI 10.1007/s00068-010-0022-0

Lang, ES., Spaite, MD., Oliver, Z., Gotschall, C., Swor, R., Dawson, D. & Hunt, R. (2012). A national model for developing, implementing, and evaluating evidence-based guidelines for prehospital care. *Acad Emerg Med*, 19(2), 201–209.

Larsson, G., Holmén, A. & Ziegert, K. (2017). Early prehospital assessment of non-urgent patients and outcomes at the appropriate level of care: A prospective exploratory study *International Emergency Nursing*, 32, pp. 45-49. doi: 10.1016/j.ienj.2017.02.003.

Lederman, J., Löfvenmark, C., Djärv, T., Lindström, V. & Elmqvist, C. (2019). Assessing non-conveyed patients in the ambulance service: a phenomenological interview study with Swedish ambulance clinicians. *BMJ Open* 2019;9:e030203. doi:10.1136/bmjopen-2019-030203

Lowthian, J., Cameron, P., Stoelwinder, J., Curtis, A., Currell, A., Cooke, M., & McNeil, J. (2011). Increasing Utilisation of Emergency Ambulances. *Australian Health Review* 35, no. 1 (February 2011): 63–69. doi:10.1071/AH09866.

Lundberg, O. (2018). Förord andra upplagan i Rostila, M & Toivanen, S. *Den orättvisa hälsan - om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm Liber. ss. 9-11.

Magnusson, C., Herlitz, J. & Axelsson, C. (2020). Patient characteristics, triage utilisation, level of care, and outcomes in an unselected adult patient population seen by the emergency medical services: a prospective observational study. *BMC Emergency Medicine* 20(20:7). doi.org/10.1186/s12873-020-0302-x

Magnusson, C., Herlitz, J., Karlsson, T. & Axelsson, C. (2018). Initial assessment, level of care and outcome among children who were seen by emergency medical services: a prospective observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 26:88. doi.org/10.1186/s13049-018-0560-8

Martin-Gill, C, Gaither, JB, Bigham, BL, Myers, JB, Kupas, DF & Spaite, DW (2016), 'National Prehospital Evidence-Based Guidelines Strategy: A Summary for EMS Stakeholders', *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, vol. 20, no. 2, pp. 175–183 doi: 10.3109/10903127.2015.1102995.

Muntlin Athlin, Å., Juhlin, C., & Jangland, E. (2017). Lack of existing guidelines for larger group of patients in Sweden: a national survey across the acute surgical care delivery chain. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(1), 89-95.

Munroe, B., Curtis, K., Considine, J. & Buckley, T. (2013). The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review. *J Clin Nurs*, 22(21-22), 2991-3005. doi: 10.1111/jocn.12226.

Norberg, G., Wireklint Sundström, B., Christensson, L., Nyström, M. & Herlitz, J. (2015). Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: Retrospective patient record study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33, 311– 317. https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1114347

Norberg Boysen, G., Nyström, M., Christensson, L., Herlitz, J. & Wireklint Sundström, B. (2017). Trust in the early chain of healthcare: lifeworld hermeneutics from the patient's perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2017. 1356674.

Norberg – Boysen, G. (2017). Patientens tillit till den prehospitala vårdkedjan - ändamålsenlig vård för patienter med primärvårdsbehov. Högskolan i Borås; 2017. ISBN: 978-91-88269-50-8 (pdf). http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva-12194.

Nysam (2019). *Ambulanssjukvård*. Hämtad 10 mars 2020, från <https://www.nysam.com/report/form>

Oulasvirta, J, Salmi, H, Kuisma, M, Rahiala, E, Lääperi, M & Harve-Rytsälä, H (2019). 'Outcomes in children evaluated but not transported by ambulance personnel: retrospective cohort study', *BMJ paediatrics open*, vol. 3, no. 1, p. e000523, viewed 8 May 2020, doi:10.1136/bmjpo-2019-000523.

Patientsäkerhetslagen (2010:659). Hämtad 5 maj 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (2016). *Behandlingsriktlinjer för AMBULANSSJUKVÅRDEN 2016 Version SÄS*.

Rantala, A., Ekwall, A. & Forsberg, A. (2016). The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. *International Emergency Nursing*, 25, pp. 65–70. doi: 10.1016/j.ienj.2015.08.001.

Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*. Hämtad 23 mars 2020 från, <https://www.swenurse.se/globalassets/aktuellt-och-press-svensk-sjukskoterskeforening/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

Salminen-Tuomaala, M., Mikkola, Riita., Paavilainen, Eija. & Leikkola, P. (2018). Emergency patients' and family members' experiences of encountering care providers and receiving care in non conveyance situations. *Scandinavian journal of Caring Sciences*. 2018; 32: 1371–1378. doi: 10.1111/scs.12582

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018) *Etikboken - Etik för vårdande yrken*. Lund Studentlitteratur.

Sjukvårdens Larmcentral (2019). *SVLC-NYTT*. Hämtad 10 februari 2020, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/b39eca15-6540-4e1b-ba6f-65f0f000ed0b/Nyhetsbrev%20SvLc%20nov%202019.pdf?a=false&guest=true&fbclid=IwAR3pgx3Ueotxbvh77FrUw97otPvaJMBscH-c62IYyghUg7NRVEGf8NcFS30>

Socialstyrelsen (2019). *Om nationella riktlinjer*. Hämtad 24 februari 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-nationella-riktlinjer/>

SOSFS (2009:10). *Ambulanssjukvård m.m.* Hämtad 12 februari 2020, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2009-10-10.pdf>

SOS Alarm AB. *Vårdprioritering*. Hämtad 11 maj 2020, från <https://www.sosalarm.se/Kund/tjanstekatalog2/vardprioritering/>

Suserud, BO. (2005). A new profession in the pre-hospital care field—the ambulance nurse. *Nursing in Critical Care*, 10, 269–271. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00129.x>

Svenska Sjuksköterskeförening (2016). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf?fbclid=IwAR3Hxglmzb9-oB4xuTiPMZx4FuD1x9Tvt5ffSbpg2iM8-V4WleIsKUrWkFM>

Todres, L., Galvin, K. & Dahlberg K. (2014). “Caring for insiderness”: Phenomenologically informed insights that can guide practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 21421. DOI:10.3402/qhw.v9.21421.

Triagehandboken (2018). *Triagehandboken*. Hämtad 16 mars 2020, från <https://triagehandboken.se/#/>

Villarreal, M, Leach, J, Ngianga-Bakwin, K & Dale, J. (2017). ‘Can a partnership between general practitioners and ambulance services reduce conveyance to emergency care?’, *Emergency Medicine Journal*, vol. 34, no. 7, pp. 459–465 doi: 10.1136/emmermed-2015-204924.

Widgren, BR. & Jourak, M. (2011). Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *J Emerg Med*. 2011;40(6):623–8

Widgren, BR. (2013). *RETTTS (rapid emergency triage and treatment system)*. Hämtad 17 februari 2020, från <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/206450/RETTTS.%20Handledning.pdf>

Wireklint-Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd: en fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Växjö: Växjö university Press.

Yeung, T., Shannon, B., Perillo, S., Nehme, Z., Jennings, P. & Olausson, A. (2019) ‘Review article: Outcomes of patients who are not transported following ambulance attendance: A systematic review and meta-analysis’, *Emergency Medicine Australasia*, 31(3), pp. 321–331. doi: 10.1111/1742-6723.13288.

# **Bilaga 1**

AGREE II

# APPRAISAL OF **GUIDELINES** FOR **RESEARCH & EVALUATION II**



**AGREE II**

## BEDÖMNINGSINSTRUMENT

---

The AGREE Next Steps Consortium  
May 2009

**UPPDATERAT augusti 2017**  
**Översatt till svenska december 2017**

#### COPYRIGHT OCH ÅTERGIVNING

Detta dokument är produkten av ett internationellt samarbete. Det får reproduceras och användas för utbildningsändamål, kvalitetssäkringsprogram och kritisk bedömning av riktlinjer. Det får inte användas för kommersiella ändamål eller marknadsföring av produkter. Godkända icke-engelska språkversioner av verktyget AGREE II måste användas där sådana finns att tillgå. Erbjudanden om översättning till andra språk välkomnas, förutsatt att de följer den procedur som angetts av AGREE Research Trust.

#### FRISKRIVNINGSKLAUSUL

Instrumentet AGREE II är ett övergripande verktyg som i första hand är utformat för att hjälpa utvecklare och användare av riktlinjer att bedöma riktlinjers metodologiska kvalitet. Författarna tar inte ansvar för felaktig användning av instrumentet AGREE II.

© The AGREE Research Trust, May 2009.

© The AGREE Research Trust, September 2013.

© AGREE Enterprise, August 2017.

#### FÖRESLAGEN CITERING FÖR AGREE II - PUBLIKATION:

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L, for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J.* Dec 2010, 182:E839-842; doi: 10.1503/cmaj.090449

#### FÖRESLAGEN CITERING FÖR AGREE II - PDF-VERSION

AGREE Next Steps Consortium (2017). *The AGREE II Instrument* [Elektronisk version]. Hämtad <Månad, Dag, År>, från <http://www.agreetrust.org>.

#### FINANSIERING:

Utvecklingen av instrumentet AGREE II har finansierats genom anslag från Canadian Institutes of Health Research (FRN77822)



FÖR YTTERLIGARE INFORMATION OM AGREE II, VÄNLIGEN KONTAKTA  
AGREE II Projektkontor, [agree@mcmaster.ca](mailto:agree@mcmaster.ca)  
AGREE Research Trust webbplats, [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)



Dr. Melissa C. Brouwers  
Principal Investigator, AGREE Next Steps Consortium  
McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Consortium members:

Dr. G.P. Browman, Victoria, British Columbia, Canada  
Dr. J.S. Burgers, Dutch College of General Practitioners, Utrecht, The Netherlands  
Dr. F. Cluzeau, Global Health and Development Group, Imperial College London, UK  
Dr. D. Davis, Association of American Medical Colleges, Washington DC, USA  
Dr. G. Feder, University of Bristol, UK  
Dr. B. Fervers, Cancer et Environnement, Centre Léon Bérard, France  
Dr. I. Graham, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canada  
Dr. J. Grimshaw, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, Ontario, Canada  
Dr. S.E. Hanna, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
Dr. M.E. Kho, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada  
Dr. P. Littlejohns, Kings College London, UK  
Ms. J. Makarski, Hamilton, Ontario, Canada  
Dr. L. Zitzelsberger, Quebec, Canada

## **AGREE II VERSIONER & UPPDATERINGAR**

Datum för ursprunglig utgivning och publicering av AGREE II: 2009/2010

AGREE II Uppdatering: September 2013

**AGREE II Uppdatering: Augusti 2017**

### ***Vad är nytt i uppdateringen augusti 2017?***

*Uppdateringen från augusti 2017 innehåller revideringar av följande avsnitt i introduktionen: "AGREE webbplats: Resurser och referenser" samt "10 år med AGREE". Därutöver har mindre redaktionella förändringar gjorts i introduktionen och användarmanualen. Innehållet i själva instrumentet AGREE II har inte ändrats sedan 2009 och alla versioner av AGREE II är giltiga för användning.*

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

I. INTRODUKTION.....	1
I. ÖVERSIKT.....	1
II. ANVÄNDNING AV AGREE II.....	4
III. AGREE WEBBPLATS: RESURSER OCH REFERENSER.....	4
IV. 10 ÅR MED AGREE.....	5
<b>II. ANVÄNDARMANUAL: INSTRUKTIONER TILL AGREE II.....</b>	<b>8</b>
I. Förberedelser för att använda AGREE II.....	8
II. Struktur och innehåll i AGREE II.....	8
III. Skattningsskala och användarmanualens avsnitt.....	9
IV. Poängsättning i AGREE II.....	10
V. Helhetsbedömning.....	11
VI. Vägledning för varje bedömningspunkt.....	11
<i>DOMÄN 1. OMFATTNING OCH SYFTE.....</i>	<i>12</i>
<i>DOMÄN 2. INTRESSENTMEDVERKAN.....</i>	<i>16</i>
<i>DOMÄN 3. NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN.....</i>	<i>20</i>
<i>DOMÄN 4. PRESENTATIONENS TYDLIGHET.....</i>	<i>29</i>
<i>DOMÄN 5. TILLÄMPBARHET.....</i>	<i>33</i>
<i>DOMÄN 6. REDAKTIONELLT OBEROENDE.....</i>	<i>38</i>
<i>HELHETSBEDÖMNING AV RIKTLINJEN.....</i>	<i>41</i>
<b>II. BEDÖMNINGGSINSTRUMENT AGREE II.....</b>	<b>44</b>
<i>DOMÄN 1. OMFATTNING OCH SYFTE.....</i>	<i>44</i>
<i>DOMÄN 2. INTRESSENTMEDVERKAN.....</i>	<i>45</i>
<i>DOMÄN 3. NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN.....</i>	<i>46</i>
<i>DOMÄN 4. PRESENTATIONENS TYDLIGHET.....</i>	<i>49</i>
<i>DOMÄN 5. TILLÄMPBARHET.....</i>	<i>50</i>
<i>DOMÄN 6. REDAKTIONELLT OBEROENDE.....</i>	<i>52</i>

# I. INTRODUKTION

---

## I. ÖVERSIKT

### i) Syftet med instrumentet AGREE II

Riktlinjer för klinisk praktik ("riktlinjer") är systematiskt utvecklade uttalanden som ska stödja kliniska utövare och patienter i beslut om lämplig vård under specifika kliniska omständigheter (1). Riktlinjer kan även spela en viktig roll vid utformningen av hälsopolicyer (2, 3) och har utvecklats till att omfatta ämnen inom hela hälso- och sjukvårdsfältet (t.ex. hälsofrämjande åtgärder, screening, diagnosticering).

Den potentiella nyttan med riktlinjer bestäms av riktlinjernas kvalitet. Lämplig metodik och strikta strategier under processen då de utarbetas är viktiga för att de rekommendationer som blir resultatet ska kunna implementeras framgångsrikt (4-6). Riktlinjers kvalitet kan variera avsevärt och vissa lever inte upp till grundläggande standarder (7-9).

Instrumentet *Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation (AGREE)* (10) togs fram för att hantera problemet med riktlinjers varierande kvalitet. För det ändamålet är AGREE ett verktyg som bedömer med vilken metodologisk noggrannhet och transparens en riktlinje tas fram. Det ursprungliga instrumentet AGREE har finslipats, vilket har resulterat i det nya AGREE II och som inbegriper en ny Användarmanual (11).

Syftet med AGREE II är att tillhandahålla en ram för att:

1. bedöma riktlinjers kvalitet;
2. erbjuda en metodologisk strategi för att ta fram riktlinjer; samt
3. informera om vilken information som bör ingå i riktlinjer och hur den bör rapporteras

AGREE II bör väljas framför det ursprungliga instrumentet och kan användas som en del i ett övergripande uppdrag att förbättra hälso- och sjukvård.

### ii) Historien bakom projektet AGREE

Det ursprungliga instrumentet AGREE publicerades 2003 av en grupp internationella riktlinjeutvecklare och forskare, AGREE Collaboration (10). Målet för samarbetet var att utveckla ett verktyg för att bedöma riktlinjers kvalitet. AGREE Collaboration definierade riktlinjers kvalitet som *förtroendet för att de möjliga felkällorna vid framtagande av riktlinjer har adresserats tillfredställande och att rekommendationerna är validerade både internt och externt samt genomförbara i praktiken* (10). Bedömningen innefattar ställningstaganden om de metoder som har använts vid framtagandet av riktlinjerna, komponenter som rör de slutliga rekommendationerna, samt faktorer som har betydelse för tillämpbarheten. Resultatet av arbetet i AGREE Collaboration var det ursprungliga instrumentet AGREE, ett verktyg med 23 bedömningspunkter som omfattar 6 kvalitetsdomäner. AGREE-instrumentet har översatts till många språk, citerats i långt mer än 100 publikationer och förordas av flera hälso- och sjukvårdsorganisationer. Mer information om det ursprungliga instrumentet och relaterade publikationer finns tillgängliga på AGREE webbplats (<http://www.agreetrust.org/>).

Liksom med alla nya bedömningsinstrument krävdes fortsatt utveckling för att stärka instrumentets mätegenskaper och för att garantera användbarheten och genomförbarheten bland de tänkta användarna. Detta fick flera medlemmar i den ursprungliga gruppen att bilda ett konsortium för nästa steg av AGREE (AGREE Next Steps Consortium). Konsortiets mål var att ytterligare förbättra verktygets mätegenskaper, inbegripet dess reliabilitet och validitet; att förfina verktygets bedömningspunkter för att bättre tillgodose de tänkta användarnas behov; samt att förbättra stöddokumentationen (d.v.s. den ursprungliga träningsmanualen och användarhandledningen) för att ge instrumentets användare stöd för genomförandet.

Resultatet av dessa insatser är AGREE II som beskrivs här, och som består av den nya Användarmanualen samt verktyget med 23 bedömningspunkter inom samma sex domäner som tidigare. Användarmanualen innebär en väsentlig modifiering av den ursprungliga träningsmanualen och användarhandledningen och ger tydlig information för var och en av de 23 bedömningspunkterna. Tabell 1 jämför punkterna i det ursprungliga AGREE- instrumentet med punkterna i AGREE II.

Tabell 1. Jämförelse av bedömningspunkter i ursprungliga AGREE och AGREE II.

Punkt i ursprungliga AGREE	Punkt i AGREE II
<b>Domän 1. Omfattning och syfte</b>	
1. Det övergripande målet (målen) med riktlinjen beskrivs specifikt	Ingen förändring
2. Den kliniska fråga (de kliniska frågor) som riktlinjen täcker beskrivs specifikt	Den hälsofråga (de hälsofrågor) som riktlinjen täcker beskrivs specifikt
3. De patienter som riktlinjen avser att tillämpas för beskrivs specifikt	Den population (patienter, allmänhet, etc.) som riktlinjen avser att tillämpas för beskrivs specifikt
<b>Domän 2. Intressentmedverkan</b>	
4. Den arbetsgrupp som tar fram riktlinjen innefattar individer från samtliga relevanta yrkesgrupper	Ingen förändring
5. Patienternas åsikter och preferenser har eftersökts	Målpopulationens (patienters, allmänhetens, etc.) åsikter och preferenser har eftersökts
6. Riktlinjens tänkta användare är tydligt definierade	Ingen förändring
7. Riktlinjen har testats bland slutanvändare	Punkten struken. Införlivad i användarmanualens beskrivning för punkt 19.
<b>Domän 3. Noggrannhet vid framställningen</b>	
8. Systematiska metoder har använts för att söka efter evidens	Ingen förändring. Omnumrerad till 7.
9. Kriterierna för att välja ut evidens är tydligt beskrivna	Ingen förändring. Omnumrerad till 8.
	<b>NY</b> Punkt 9. Det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar är tydligt beskrivna
10. Metoderna som har använts för att formulera	Ingen förändring

<b>Punkt i ursprungliga AGREE</b>	<b>Punkt i AGREE II</b>
rekommendationerna är tydligt beskrivna	
11. Hälsovinster, biverkningar och risker har beaktats när rekommendationerna har formulerats	Ingen förändring
12. Det finns en tydlig länk mellan rekommendationerna och den evidens som stödjer dem	Ingen förändring
13. Riktlinjen har granskats av externa experter före publicering	Ingen förändring
14. En procedur för att uppdatera riktlinjen redovisas	Ingen förändring
<b>Domän 4. Presentationens tydlighet</b>	
15. Rekommendationerna är specifika och entydiga	Ingen förändring
16. De olika alternativen för att hantera tillståndet är tydligt presenterade	De olika alternativen för att hantera tillståndet eller hälsoproblemet är tydligt presenterade
17. Centrala rekommendationer är lätta att identifiera	Ingen förändring
<b>Domän 5. Tillämpbarhet</b>	
18. Riktlinjen stöds av verktyg för tillämpning	Riktlinjen tillhandahåller råd och/eller verktyg för hur rekommendationerna kan omsättas i praktiken OCH ny domän (flyttad från Presentationens tydlighet) OCH omnumrerad till 19
19. De möjliga organisatoriska hindren för att tillämpa rekommendationerna har diskuterats	Riktlinjen beskriver faktorer som underlättar och försvårar dess tillämpning OCH omnumrerad till 18
20. Eventuella kostnader för tillämpning av rekommendationerna har beaktats	Eventuella resurskrav för tillämpning av rekommendationerna har beaktats
21. Riktlinjen anger centrala utvärderingskriterier för uppföljning och/eller granskning	Riktlinjen anger uppföljnings- och/eller granskningskriterier
<b>Domän 6. Redaktionellt oberoende</b>	
22. Riktlinjen är redaktionellt oberoende i förhållande till den finansierande organisationen	Den finansierande organisationens åsikter har inte påverkat riktlinjens innehåll
23. Intressekonflikter hos medlemmar som utarbetat riktlinjen har dokumenterats	Möjliga jävsgrunder har dokumenterats och adresserats för medlemmarna i gruppen som utarbetat riktlinjen

## II. ANVÄNDNING AV AGREE II

### i) Vilka riktlinjer kan bedömas med AGREE II?

Liksom det ursprungliga instrumentet är AGREE II utformat för att bedöma riktlinjer som tagits fram av lokala, regionala, nationella eller internationella grupper eller av statliga organisationer. Detta inkluderar ursprungsversioner och uppdateringar av befintliga riktlinjer.

AGREE II är övergripande och kan tillämpas på riktlinjer oavsett vilken sjukdomskategori och del av hälso- och sjukvårdspanoramat det handlar om, inbegripet de som avser hälsofrämjande åtgärder, folkhälsa, screening, diagnostisering, behandling eller interventioner. Det passar för riktlinjer som presenteras i pappersform eller elektroniska format. I nuläget är AGREE II inte utformat för att bedöma kvaliteten hos vägledningsdokument som avser organisatoriska frågor inom hälso- och sjukvården. Dess roll vid bedömning av hälsoteknologiska utvärderingar har ännu inte utvärderats formellt.

### ii) Vem kan använda AGREE II?

AGREE II är avsett att användas av följande intressentgrupper:

- av **vårdgivare** som vill göra en egen värdering av en riktlinje innan de omsätter dess rekommendationer till praktik i sin verksamhet;
- av **dem som utarbetar riktlinjer** för att följa en strukturerad och noggrann metodik vid framtagandet, för intern bedömning för att försäkra sig om att de egna riktlinjerna är solida, eller för att utvärdera andra grupper s riktlinjer för eventuell anpassning till den egna kontexten;
- av **policyansvariga** för att hjälpa dem besluta om vilka riktlinjer som skulle kunna rekommenderas för praktisk användning eller för att ge underlag för politiska beslut; samt
- av **utbildare** för att hjälpa dem stärka förmågan till kritisk värdering hos yrkesutövare inom hälso- och sjukvård samt för att lära ut kärnkompetenser för framtagande och rapportering av riktlinjer.

## III. AGREE WEBBPLATS: RESURSER OCH REFERENSER

Webbplatsen för AGREE Enterprise [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) innehåller en mängd olika verktyg för att stödja användare att tillämpa AGREE II på rätt sätt. Verktygen kan man komma åt på sidan [www.agreetrust.org/resource-centre/](http://www.agreetrust.org/resource-centre/).

### i) AGREE - forskningspublikationer

- Tillgång till publikationer som rör AGREE II och andra AGREE-verktyg.
- Sidan **Key publications: AGREE II** ger åtkomst till publikationer som rör utvecklingen och testningen av AGREE II.

### ii) AGREE II - utbildningsverktyg

- Det finns två onlineverktyg för att utbilda nya användare av AGREE II:
  - AGREE II Overview Tutorial
  - AGREE II Practice Exercise.

### iii) AGREE II – översättningar till andra språk

- AGREE II har översatts till en mängd olika språk, tack vare personer i det internationella nätverk som arbetar med riktlinjer.
- Kopior av översättningarna finns tillgängliga för allmänheten på webbsidan.
- Om du vill åta dig att göra en ny översättning, vänligen kontakta AGREE Project Office via e-post: [agree@mcmaster.ca](mailto:agree@mcmaster.ca).

### iv) My AGREE PLUS

- En onlineplattform som kallas My AGREE PLUS är fritt tillgänglig för allmänheten där det går att genomföra och spåra bedömningar som gjorts med AGREE II.
- Plattformen kan användas för att:
  - Genomföra individuella bedömningar med AGREE II
  - Bidra till en grupps bedömning med AGREE II, samt
  - Samordna en grupps bedömning med AGREE II.
- Klicka på fliken **My AGREE PLUS** på [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) för att registrera dig och använda plattformen.

## IV. 10 ÅR MED AGREE

År 2013 konstaterade AGREE Enterprise att tio år passerat sedan det ursprungliga AGREE-instrumentet publicerades och blev tillgängligt för användning. För att uppmärksamma jubiléet publicerades en artikel som sammanfattade den akademiska resa som AGREE-instrumentet gjort och som pekade ut de många resultat som uppnåtts under vägen (12).

### REFERENCES

1. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999;318(7182):527-530.
2. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines IoM. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington: National Academy Press; 1990.
3. Browman GP, Snider A, Ellis P. Negotiating for change. The healthcare manager as catalyst for evidence-based practice: changing the healthcare environment and sharing experience. *Healthc Pap*. 2003;3(3):10-22.
4. Grol R. Success and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001;39(8 Suppl 2):1146-54.
5. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practice experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157(4):408-16.
6. Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993;342:1317-22.
7. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999;281(20):1900-5.
8. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for critical appraisal. *Lancet*. 2000;355:103-6.
9. Burgers JS, Fervers B, Haugh M, Brouwers M, Browman G, Phillip T, Cluzeau FA. International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the

Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. *J Clin Oncol.* 2004;22:2000-7.

10. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003 Feb;12(1):18-23.
11. AGREE II: Advancing the guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Parallel publications in progress.
12. Makarski J, Brouwers MC. The AGREE Enterprise: a decade of advancing clinical practice guidelines. *Implement Sci.* 2014;9:103.

**AGREE II:**

**ANVÄNDARMANUAL**

## II. ANVÄNDARMANUAL: INSTRUKTIONER TILL AGREE II

Användarmanualen har utformats specifikt för att vägleda bedömare vid användning av instrumentet. Läs följande anvisningar innan du använder instrumentet.

### I. Förberedelser för att använda AGREE II

#### i) Dokument som följer med riktlinjen

Innan man tillämpar AGREE II bör användaren först noga läsa hela riktlinjedokumentet. Utöver riktlinjedokumentet bör användaren försöka identifiera all information om processen för framtagande av riktlinjen, innan bedömningen görs. Denna information kan finnas i samma dokument som rekommendationerna eller finnas sammanfattade i en teknisk rapport, en metodmanual eller ett policyuttalande från den organisation som tagit fram riktlinjen. Sådana stöddokument kan finnas publicerade eller allmänt tillgängliga på webbplatser. Medan det är riktlinjeförfattarnas ansvar att informera läsarna om att ytterligare relevanta tekniska och stödjande dokument finns och var de finns, så bör AGREE II-användare göra allt de kan för att lokalisera och inkludera dem som en del av bedömningsmaterialet.

#### ii) Antal bedömare

Vi rekommenderar att varje riktlinje bedöms av minst 2, och helst 4 bedömare, eftersom detta ökar bedömningens tillförlitlighet

### II. Struktur och innehåll i AGREE II

AGREE II består av 23 huvudsakliga bedömningspunkter som är organiserade inom 6 domäner, samt 2 övergripande punkter ("helhetsbedömning"). Varje domän beskriver en egen kvalitetsaspekt hos riktlinjer.

*Domän 1. Omfattning och syfte* avser riktlinjens övergripande syfte, de specifika hälsofrågorna och målpopulationen (punkt 1-3).

*Domän 2. Intressentmedverkan* fokuserar på i vilken utsträckning riktlinjen har tagits fram av berörda intressenter och representerar synpunkter hos de tänkta användarna (punkt 4-6).

*Domän 3. Noggrannhet vid framställningen* handlar om den process som använts för att samla in och sammanställa evidens, metoderna för att formulera rekommendationer och för att uppdatera dem (punkt 7-14).

*Domän 4. Presentationens tydlighet* har att göra med riktlinjens språk, struktur och format (punkt 15-17).

*Domän 5. Tillämpbarhet* gäller faktorer som antas försvåra och underlätta implementering, strategier för att förbättra användningen samt resurskrav för att tillämpa riktlinjen (punkt 18-21).

*Domän 6. Redaktionellt oberoende* avser att formuleringen av rekommendationerna inte är otillbörligt påverkade av intressekonflikter (punkt 22-23).

*Helhetsbedömning* innefattar bedömning av riktlinjens övergripande kvalitet och om riktlinjen kan rekommenderas för användning i praktiken.

### III. Skattningsskala och användarmanualens avsnitt

Varje bedömningspunkt i AGREE II och de två övergripande bedömningspunkterna skattas på en sjugradig skala (1 – Instämmer inte alls till 7 – Instämmer helt). Användarmanualen ger vägledning om hur varje punkt ska bedömas med skattningsskalan och omfattar även ytterligare 3 avsnitt för att ytterligare underlätta användarens bedömning. Avsnitten är "Användarmanualens beskrivning", "Var man letar" samt "Hur man bedömer".

#### i) Skattningsskala

Alla punkter i AGREE II skattas på följande 7-gradiga poängskala:

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

1 poäng (*Instämmer inte alls*). 1 poäng bör ges när det inte finns någon information som avser bedömningspunkten i AGREE II eller om begreppet är undermåligt rapporterat.

7 poäng (*Instämmer helt*). 7 poäng bör ges om kvaliteten på rapporteringen är utomordentlig och då de kriterier och överväganden som finns uttalade i användarmanualen är helt uppfyllda.

2 – 6 poäng. En poäng mellan 2 och 6 ges när rapporteringen av bedömningspunkten i AGREE II inte uppfyller alla kriterier och överväganden. Poängen tilldelas beroende på rapporteringens kvalitet och fullständighet. Poängen ökar ju fler kriterier som uppfyllts och ju fler överväganden som uppmärksammas. Avsnittet "Hur man bedömer" vid varje bedömningspunkt innehåller detaljer om kriterier för bedömning och överväganden som är specifika för punkten.

#### ii) Användarmanualens beskrivning

Det här avsnittet definierar begreppet som ligger bakom bedömningspunkten i breda termer och ger exempel.

#### iii) Var man letar

Det här avsnittet visar bedömaren var informationen vanligtvis kan hittas i riktlinjer. Avsnittet innefattar termer som är vanliga benämningar på olika avsnitt eller kapitel i en riktlinje. *Dessa är enbart förslag*. Det är bedömarens ansvar att granska hela riktlinjen och medföljande dokument för att garantera en rättvis utvärdering.

#### iv) Hur man bedömer

Det här avsnittet innehåller detaljer om bedömningskriterier och överväganden som är specifika för varje bedömningspunkt.

- *Kriterierna* identifierar tydliga komponenter i den operationella definitionen av bedömningspunkten. Ju fler kriterier som uppfylls, desto högre skattning bör riktlinjen få för bedömningspunkten.
- *Övervägandena* är avsedda att bidra till underlaget för bedömningen. Som vid all utvärdering krävs bedömarnas omdöme. Ju mer övervägandena har beaktats i riktlinjen, desto högre skattning bör riktlinjen få på bedömningspunkten.

Det är viktigt att notera att skattningar av riktlinjer kräver ett visst mått av bedömning. Kriterierna och övervägandena finns för att vägleda, inte ersätta, bedömningarna. Därför anges inte några uttalade krav för vart och ett av de 7 poängen på skattningsskalan för någon av bedömningspunkterna.

#### v) Andra överväganden när man tillämpar AGREE II

Ibland är någon bedömningspunkt i AGREE II kanske inte tillämplig för den riktlinje som ska granskas. Exempelvis ger riktlinjer med smal omfattning kanske inte alla alternativ för att hantera tillståndet (se bedömningspunkt 16). Skattningsskalan i AGREE II saknar svarsalternativet "Ej tillämpligt". Det finns olika strategier för att hantera den här situationen, som att bedömaren får hoppa över bedömningspunkten eller ge den poängen 1 (ingen information) samt ge tilläggsinformation i en kommentar. *Oavsett vilken strategi man väljer bör besluten fattas i förväg, beskrivas tydligt och om bedömningspunkter hoppas över ska beräkningen av domänpoängen modifieras på lämpligt sätt. Rent principiellt avråds från att utesluta bedömningspunkter.*

### IV. Poängsättning i AGREE II

En kvalitetspoäng beräknas för var och en av de sex domänerna i AGREE II. De sex domänpoängen är oberoende av varandra och ska inte summeras till en total kvalitetspoäng.

#### i) Beräkning av domänpoäng

Domänpoäng beräknas genom att lägga samman poängen för alla bedömningspunkter i domänen och ange summan som en procentsats av den högsta möjliga poängen för domänen.

#### Exempel:

	Punkt 1	Punkt 2	Punkt 3	Total
Bedömare 1	5	6	6	17
Bedömare 2	6	6	7	19
Bedömare 3	2	4	3	9
Bedömare 4	3	3	2	8
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>53</b>

Högsta möjliga poäng = 7 (instämmer helt) x 3 (punkter) x 4 (bedömare) = 84  
Lägsta möjliga poäng = 1 (instämmer inte alls) x 3 (punkter) x 4 (bedömare) = 12

Domänpoängen som procentsats blir då:

$$\frac{\text{Erhållen poäng} - \text{Lägsta möjliga poäng}}{\text{Högsta möjliga poäng} - \text{Lägsta möjliga poäng}}$$

$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0.5694 \times 100 = 57 \%$$

*Om någon punkt inte har inkluderats måste beräkningen av högsta och lägsta möjliga poäng modifieras på lämpligt sätt.*

## ii) Tolkning av domänpoäng

Även om domänpoängen är användbara för att jämföra riktlinjer och ger underlag för om en riktlinje bör rekommenderas för användning, anger konsortiet inte några gränsvärden eller krav på domänkonstellationer för att skilja mellan riktlinjer av hög och låg kvalitet. Dessa beslut bör fattas av användarna med vägledning av det sammanhang där AGREE II används.

## V. Helhetsbedömning

När de 23 bedömningspunkterna är klara gör användaren av AGREE-II två övergripande bedömningar av riktlinjen. Helhetsbedömningen fordrar att användaren lämnar ett omdöme om riktlinjens kvalitet utifrån samtliga kriterier som har beaktats i bedömningsprocessen. Användaren tillfrågas även om han/hon rekommenderar att riktlinjen används.

## VI. Vägledning för varje bedömningspunkt

De följande sidorna ger, för varje domän, vägledning för var och en av de 23 bedömningspunkterna i AGREE II när man värderar en riktlinje. Varje punkt innehåller en beskrivning, förslag på var man kan hitta informationen i riktlinjen, samt vägledning för bedömningen.

## DOMÄN 1. OMFATTNING OCH SYFTE

1. Det övergripande målet (målen) med riktlinjen beskrivs specifikt.
2. Den hälsofråga (de hälsofrågor) som riktlinjen täcker beskrivs specifikt.
3. Den population (patienter, allmänhet, etc.) som riktlinjen avser att tillämpas för beskrivs specifikt.

## OMFATTNING OCH SYFTE

### 1. Det övergripande målet (målen) med riktlinjen beskrivs specifikt.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Kommentarer

### Användarmanualens beskrivning:

Det här handlar om en riktlinjes möjliga hälsoeffekter för samhället och om grupper av patienter eller individer. Riktlinjens övergripande mål bör beskrivas i detalj och de förväntade hälsovinsterna av riktlinjen bör specificeras till det kliniska problemet eller ämnet. Exempel på specifika påståenden är:

- Förebygga (långsiktiga) komplikationer för patienter med diabetes mellitus
- Minska risken för efterföljande kärlihändelser hos patienter som tidigare haft hjärtinfarkt
- De mest effektiva strategierna för screening av kolorektalcancer på befolkningsnivå
- Ge vägledning om vilken behandling och hantering som är mest effektiv för patienter med diabetes mellitus.

### Var man letar:

Sök i de inledande styckena/kapitlen efter en beskrivning av riktlinjens omfattning och syfte. Ibland finns motiveringen till eller behovet av riktlinjen beskriven i ett annat dokument än själva riktlinjen, till exempel i förslaget till riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där informationen ofta hittas är: introduktion, omfattning, syfte, motivering, bakgrund och mål (*eng.* introduction, scope, purpose, rationale, background, and objectives).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- hälsomässig(a) mål (prevention, screening, diagnostik, behandling, etc.)
- förväntad fördel eller resultat
- målpopulation (t.ex. patientpopulation, samhället)

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?

## OMFATTNING OCH SYFTE

### 2. Den hälsofråga (de hälsofrågor) som riktlinjen täcker beskrivs specifikt.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

En detaljerad beskrivning av de hälsofrågor som riktlinjerna täcker bör anges, särskilt för de centrala rekommendationerna (se punkt 17), även om de inte behöver ha formulerats som frågor. Utifrån exemplen som gavs under punkt 1:

- Hur många gånger om året bör HbA1c mätas hos patienter med diabetes mellitus?
- Hur hög daglig dos av aspirin bör ges till patienter med konstaterad akut hjärtinfarkt?
- Kan kolorektal screening på befolkningsnivå, där fekal-ockult blodprov ingår, minska dödligheten i kolorektalcancer?
- Är självmonitorering effektivt för kontroll av blodsockernivån hos patienter med typ-2 diabetes?

### Var man letar:

Sök i de inledande styckena/kapitlen efter en beskrivning av riktlinjens omfattning och syfte. Ibland finns frågorna beskrivna i ett annat dokument än själva riktlinjen, exempelvis där litteratursökningarna specificeras. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där informationen ofta hittas är: frågeställningar, omfattning, syfte, motivering, och bakgrund (*eng.* questions, scope, purpose, rationale, background).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- målpopulation
- intervention(er) eller exponering(ar)
- jämförelser (om tillämpligt)
- utfallsmått
- hälso- och sjukvårdskontext eller sammanhang

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Ges det tillräckligt med information i frågan/frågorna för att någon annan ska kunna börja ta fram en riktlinje i ämnet eller förstå vilka patienter/populationer och hälso- och sjukvårdskontext som tas upp i riktlinjen?

## OMFATTNING OCH SYFTE

3. Den population (patienter, allmänhet, etc.) som riktlinjen avser att tillämpas för beskrivs specifikt.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Kommentarer

### Användarmanualens beskrivning:

En tydlig beskrivning av den population (d.v.s. patienter, allmänhet osv.) som täcks av riktlinjen bör anges. Åldersgrupp, kön, klinisk beskrivning och samsjuklighet kan nämnas. Till exempel:

- En riktlinje om vård och behandling av diabetes mellitus omfattar endast patienter med insulinberoende diabetes mellitus och utesluter patienter med hjärt- och kärlrelaterad samsjuklighet.
- En riktlinje om vård och behandling av depression omfattar bara patienter med egentlig depression enligt DSM-IV-kriterierna, och utesluter patienter med psykotiska symptom, samt barn.
- En riktlinje om screening för bröstcancer omfattar endast kvinnor mellan 50 och 70 år, utan tidigare cancer och utan bröstcancer i släkten.

### Var man letar:

Sök i de inledande styckena/kapitlen efter en beskrivning av riktlinjens målpopulation. Uttryckligt uteslutande av vissa populationer (t.ex. barn) ingår också under den här punkten. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där informationen ofta hittas är: patientpopulation, målpopulation, berörda patienter, omfattning, och syfte (*eng.* patient population, target population, relevant patients, scope, and purpose).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- målpopulation, kön och ålder
- kliniskt tillstånd (om relevant)
- svårighetsgrad/sjukdomsstadium (om relevant)
- samsjuklighet (om relevant)
- uteslutna populationer (om relevant)

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Är informationen om populationen tillräckligt specifik för att de korrekta och avsedda individerna ska få den åtgärd som rekommenderas i riktlinjen?

## DOMÄN 2. INTRESSENTMEDVERKAN

4. Den arbetsgrupp som tar fram riktlinjen innefattar individer från samtliga relevanta yrkesgrupper.
5. Målpopulationens (patienters, allmänhetens, etc.) åsikter och preferenser har eftersökts.
6. Riktlinjens tänkta användare är tydligt definierade.

## INTRESSENTMEDVERKAN

4. Den arbetsgrupp som tar fram riktlinjen innefattar individer från samtliga relevanta yrkesgrupper.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

Kommentarer

### Användarmanualens beskrivning:

Denna punkt syftar på yrkesutövare som har varit involverade i något skede av processen för framtagandet av riktlinjen. Det kan innefatta medlemmar i styrgruppen, det forskarlag som medverkat vid urval och granskning/ evidensgradering och personer som medverkat vid formulering av de slutliga rekommendationerna. *Denna punkt utesluter de personer som granskat riktlinjen externt innan publicering (se punkt 13). Denna punkt utesluter representanter från målpopulationen (se punkt 5).* Information om sammansättning, disciplin och relevant expertis hos arbetsgruppen som utarbetat riktlinjen bör anges.

### Var man letar:

Sök igenom de inledande styckena/kapitlen, avsnittet där man beskriver olika personers bidrag till arbetet, eller bilagor för information om sammansättningen av den grupp som utarbetat riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där informationen ofta hittas är: metoder, lista över riktlinjepanelens medlemmar, beskrivning av olika personers bidrag till arbetet, samt bilagor (*eng. methods, guideline panel member list, acknowledgements, appendices*).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

För varje medlem i arbetsgruppen som tagit fram riktlinjen ingår följande information:

- namn
- disciplin/ämnesexpertis (t.ex. neurokirurg, metodexpert)
- institution (t.ex. St. Peters sjukhus)
- geografisk placering (t.ex. Seattle, WA)
- en beskrivning av medlemmens roll i arbetsgruppen som har utarbetat riktlinjen
- 

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Matchar medlemmarna ämnet och omfattningen på ett lämpligt sätt? Möjliga kandidater innefattar kliniskt verksamma inom området, ämnesexperter, forskare, policyansvariga, kliniskt administrativ personal, och finansiärer.
- Ingår åtminstone en metodexpert i arbetsgruppen (t.ex. expert på systematiska översikter, epidemiolog, statistiker, informationsspecialist, etc.)?

## INTRESSENTMEDVERKAN

### 5. Målpopulationens (patienters, allmänhetens, etc.) åsikter och preferenser har eftersökts.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Information om målpopulationens erfarenheter av och förväntningar på hälso- och sjukvården bör ingå i underlaget då riktlinjer tas fram. Det finns olika metoder för att försäkra sig om att dessa perspektiv beaktas under riktlinjearbetets olika stadier. Exempelvis kan formella samråd med patientorganisationer /allmänhet anordnas för att avgöra vilka ämnen som bör prioriteras, de här intressenterna kan delta i arbetsgruppen för riktlinjen, eller lämna synpunkter på utkastet till riktlinjen då det går på extern granskning. Alternativt kan information erhållas genom intervjuer med de här intressenterna, eller ur litteraturöversikter om de värderingar, preferenser eller erfarenheter som finns hos patienter och allmänhet. Det bör finnas bevis för att någon sådan process har ägt rum och att intressenternas perspektiv har beaktats.

### Var man letar:

Sök igenom de stycken som beskriver processen för framtagande av riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: omfattning, metoder, lista över riktlinjepanelens medlemmar, extern granskning, och målpopulationens perspektiv (*eng.* scope, methods, guideline panel member list, external review, and target population perspectives).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- uttalande om vilken strategi som använts för att fånga in synpunkter och preferenser från patienter och allmänhet (t.ex. medverkan i arbetsgruppen för riktlinjen, litteraturöversikter om värderingar och preferenser)
- metoder som använts för att söka preferenser och synpunkter (t.ex. evidens från litteratur, enkäter och fokusgrupper)
- resultat/information som samlats vid formella samråd med patienter och allmänhet
- beskrivning av hur den insamlade informationen använts under processen för framtagande av riktlinjen och/eller vid utformningen av rekommendationerna.

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?

## INTRESSENTMEDVERKAN

### 6. Riktlinjens tänkta användare är tydligt definierade.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

---

Det ska vara tydligt definierat vilka som är de avsedda användarna av riktlinjen, så att läsare omedelbart kan avgöra om riktlinjen är relevant för dem. Exempelvis kan målgruppen för en riktlinje om ländryggssmärta innefatta allmänläkare, neurologer, ortopedkirurger, reumatologer och fysioterapeuter.

### Var man letar:

---

Sök igenom de inledande styckena/kapitlen efter en beskrivning av riktlinjens tänkta användare. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: målgrupp och avsedd användare (*eng.* target user, intended user).

### Hur man bedömer:

---

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- tydlig beskrivning av den avsedda målgruppen för riktlinejn (t. ex specialister, husläkare, patienter, ledning/administrativ personal vid kliniker och institutioner)
- beskrivning av hur riktlinjen kan användas av målgruppen (t.ex. som grund för kliniska beslut, handlingsprogram och vårdstandarder)

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Är målgruppen lämplig när man beaktar riktlinjens omfattning?

## DOMÄN 3. NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

7. Systematiska metoder har använts för att söka efter evidens.
8. Kriterierna för att välja ut evidens är tydligt beskrivna.
9. Det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar är tydligt beskrivna.
10. Metoderna som har använts för att formulera rekommendationerna är tydligt beskrivna.
11. Hälsovinster, biverkningar och risker har beaktats när rekommendationerna har formulerats.
12. Det finns en tydlig länk mellan rekommendationerna och den evidens som stödjer dem.
13. Riktlinjen har granskats av externa experter före publicering.
14. En procedur för att uppdatera riktlinjen redovisas.

## NOGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

### 7. Systematiska metoder har använts för att söka efter evidens.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Detaljer om den strategi som använts för att söka efter evidens bör redovisas, inklusive vilka söktermer som använts, vilka källor man utnyttjat, samt vilka tidsperioder som täckts i litteratursökningarna. Källor kan vara elektroniska databaser (t.ex. MEDLINE, EMBASE, CINAHL), databaser för systematiska översikter (t.ex. Cochrane Library, DARE), genomgång av tidskrifter, konferenssammandrag samt andra riktlinjer (t.ex. US National Guideline Clearinghouse, eller German Guidelines Clearinghouse). Sökstrategin ska vara så heltäckande som möjligt, fri från möjliga systematiska fel samt tillräckligt detaljerad för att upprepas.

### Var man letar:

Sök igenom de stycken/kapitel som beskriver processen för framtagande av riktlinjen. I vissa fall beskrivs sökstrategierna i särskilda dokument eller i en bilaga till riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, strategi för litteratursökning och bilagor (*eng.* methods, literature search strategy, appendices).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- namn på de elektroniska databaser eller evidenskällor som använts vid sökningen (t. ex. MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CINAHL).
- tidsperioder som täckts i sökningarna (t.ex. 1 januari 2004 till 31 mars 2008).
- använda söktermer (t.ex. ord i text, indexeringstermer, underrubriker)
- fullständig sökstrategi redovisas (eventuellt i bilaga)

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Är sökningen relevant och är den lämplig för att besvara hälsofrågan? (t.ex. har alla relevanta databaser använts, är de söktermer som använts lämpliga)
- Är informationen som ges tillräcklig för att någon annan ska kunna upprepa sökningen?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

### 8. Kriterierna för att välja ut evidens är tydligt beskrivna.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Kriterier för att inkludera/exkludera evidens som identifierats vid sökningen bör redovisas. Kriterierna bör vara klart uttalade och anledningen till att evidens inkluderats och uteslutits bör tydligt anges. Exempelvis kan författarna till riktlinjen bestämma sig för att endast inkludera evidens från randomiserade kliniska prövningar och att exkludera artiklar som inte är skrivna på engelska.

### Var man letar:

Sök igenom de stycken/kapitel som beskriver processen för framtagande av riktlinjen. I vissa fall beskrivs kriterierna för att inkludera eller exkludera evidens i särskilda dokument eller i en bilaga till riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, litteratursökning, inklusions/exklusionskriterier, samt bilagor (*eng.methods, literature search, inclusion/exclusion criteria, appendices*).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- beskrivning av inklusionskriterierna, inklusive
  - målpopulationens (patienter, allmänheten, etc.) egenskaper
  - studiedesign
  - jämförelsegrupp (om det är relevant)
  - utfall
  - språk (om det är relevant)
  - kontext (om det är relevant)
- beskrivning av exklusionskriterierna (om det är relevant; t.ex. om *Enbart publikationer på franska* listats bland inklusionskriterierna kommer det att logiskt utesluta att *Icke-franska publikationer* anges bland exklusionskriterierna)

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Ges en motivering till de valda inklusions/exklusionskriterierna?
- Stämmer inklusions/exklusionskriterierna med hälsofrågan/hälsofrågorna?
- Finns det anledning att anta att relevant litteratur inte har beaktats?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

### 9. Det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar är tydligt beskrivna.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Uttalanden som visar på det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar bör redovisas. Här bör tydliga beskrivningar ingå – där informella eller formella verktyg/metoder använts – som värderar och beskriver risken för systematiska fel (bias) hos enskilda studier och/eller för specifika utfall, och/eller som uttryckligen kommenterar det samlade vetenskapliga underlaget. Detta kan presenteras på olika sätt, t.ex. genom tabeller som redovisar olika kvalitetsaspekter, användandet av formella instrument eller strategier (t.ex. Jadadskalan, GRADE), eller genom beskrivningar i texten.

### Var man letar:

Sök igenom de stycken/kapitel som beskriver processen för framtagande av riktlinjen efter information om hur studiernas metodologiska kvalitet (t.ex. risk för bias) beskrivs. Evidenstabeller används ofta för att sammanfatta kvalitetsaspekter. I en del riktlinjer görs en tydlig åtskillnad mellan beskrivning och tolkning av evidensen, t.ex. i en resultatdel respektive ett diskussionsavsnitt.

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- beskrivningar av hur det vetenskapliga underlagets felkällor utvärderades och hur de tolkades av arbetsgruppens medlemmar
- beskrivningarna kan innefatta följande aspekter:
  - studiedesign(er) som ingår i det samlade underlaget
  - metodologiska begränsningar (avseende urval av undersökningsgrupp, blindning, åtgärder för att dölja randomiseringssekvensen, analysmetoder)
  - lämpligheten/relevansen hos de primära och sekundära utfallsmåtten
  - samstämmigheten hos resultaten från de studier som ingår
  - riktningen på resultaten hos de studier som ingår
  - skattning av nytta vs. skada
  - betydelse för praktiken

#### Ytterligare **ÖVERVÅGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Är beskrivningarna lämpliga, neutrala, och opartiska? Är beskrivningarna fullständiga?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

10. Metoderna som har använts för att formulera rekommendationerna är tydligt beskrivna.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

---

En beskrivning av metoderna som använts för att formulera rekommendationer och hur man nått fram till de slutliga besluten bör finnas med. Metoder kan exempelvis innefatta ett röstningssystem, informell konsensus och formella konsensusmetoder (t.ex. Delphimetoden, Glasers metod). Områden där meningsskiljaktigheter uppstått och metoder som använts för att lösa dem bör anges.

### Var man letar:

---

Sök igenom de stycken/kapitel som beskriver processen för framtagande av riktlinjen. I vissa fall är metoderna som använts för att formulera rekommendationerna beskrivna i särskilda dokument eller i en bilaga till riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder och process för framtagande av riktlinjen (*eng.methods, guideline development process*).

### Hur man bedömer:

---

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- beskrivning av processen som använts för att ta fram rekommendationer (t.ex. de steg som använts i en modifierad Delfimetod, röstningsförfaranden som övervägts)
- resultat från processen som använts för att ta fram rekommendationer (t.ex. i vilken utsträckning konsensus uppnåddes med en modifierad Delfimetod, resultat från röstningsförfaranden)
- beskrivning av hur processen påverkat rekommendationerna (t.ex. hur Delfimetodens resultat inverkat på den slutliga rekommendationen, överensstämmelse med rekommendationerna och den slutliga omröstningen)

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Användes en formell process för att komma fram till rekommendationerna?
- Var metoderna lämpliga?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

11. Hälsovinster, biverkningar och risker har beaktats när rekommendationerna har formulerats.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Riktlinjen bör beakta hälsovinster, biverkningar och risker då rekommendationerna formuleras. Exempelvis kan en riktlinje om vård och behandling vid bröstcancer innehålla ett resonemang om de samlade effekterna på olika slutliga utfall. Dessa kan vara överlevnad, livskvalitet, negativa effekter, symtomatisk behandling eller en diskussion där man jämför olika behandlingsalternativ. Det bör finnas bevis för att dessa frågor har behandlats.

### Var man letar:

Sök igenom de stycken/kapitel som beskriver processen för framtagande av riktlinjen efter en beskrivning av det samlade vetenskapliga underlaget, hur det tolkats och överförts till rekommendationer för praktiken. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, tolkning, diskussion och rekommendationer (*eng. methods, interpretation, discussion, recommendations*).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- rapport om hälsovinster och data som stödjer dem
- rapport om skador/biverkningar/risker och data som stödjer dem
- rapport om balansen/avvägningen mellan hälsovinster och skador/biverkningar/risker
- rekommendationerna speglar överväganden om både hälsovinster och om skador/biverkningar/risker

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Utgör diskussionen en väsentlig del av processen för framtagande av riktlinjen? (d.v.s. har den ägt rum då rekommendationer formulerades snarare än att ha lagts till i efterhand)
- Har arbetsgruppen som tagit fram riktlinjen övervägt hälsovinster och skadliga effekter i lika stor mån?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

12. Det finns en tydlig länk mellan rekommendationerna och den evidens som stödjer dem.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Det bör finnas en tydlig länk mellan rekommendationerna och den evidens som de är grundade på i riktlinjen. Den som använder riktlinjen bör kunna identifiera de delar i det vetenskapliga underlaget som är relevanta för varje rekommendation.

### Var man letar:

Identifiera och undersök rekommendationerna i riktlinjen och den text som beskriver det vetenskapliga underlag som de bygger på. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: rekommendationer och central evidens (*eng.* recommendations, key evidence).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- riktlinjen beskriver hur arbetsgruppen som tagit fram riktlinjen har länkat från och använt evidens som underlag för rekommendationerna
- varje rekommendation är länkad till en beskrivning/stycke med central evidens och/eller till referenslistan
- rekommendationerna är länkade till evidenssammanfattningar, evidensstabeller i riktlinjens resultatdel

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Finns det överensstämmelse mellan evidensen och rekommendationerna?
- Är länken mellan rekommendationerna och den stödjande evidensen lätt att hitta i riktlinjen?
- När evidens saknas eller när en rekommendation främst baseras på ett konsensusbaserat ställningstagande från riktlinjegruppen, snarare än på evidens, är detta tydligt uttalat och beskrivet?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

### 13. Riktlinjen har granskats av externa experter före publicering.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

#### Användarmanualens beskrivning:

En riktlinje bör granskas externt innan den publiceras. Granskarna bör inte ha medverkat i den arbetsgrupp som tagit fram riktlinjen. Bland granskarna bör det finnas såväl kliniska experter som metodexperter. Företrädare för målpopulationen (patienter, allmänhet) kan också ingå. En beskrivning av den metodik som använts för att genomföra den externa granskningen bör presenteras, och kan innefatta en lista över granskarna och deras institutionstillhörighet.

#### Var man letar:

Sök igenom de stycken/kapitel som beskriver processen för framtagande av riktlinjen och avsnittet där man beskriver olika personers bidrag till arbetet. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, resultat, tolkning, och beskrivningen av olika personers bidrag till arbetet (*eng.methods, results, interpretation, acknowledgements*).

#### Hur man bedömer:

##### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- syfte och avsikt med den externa granskningen (t.ex. att förbättra kvaliteten, inhämta synpunkter på förslag till rekommendationer, bedöma tillämpbarhet och genomförbarhet, sprida evidens)
- metoder som använts för att genomföra den externa granskningen (t.ex. skattningsskala, öppna frågor)
- beskrivning av de externa granskarna (t.ex. antal, typ av granskare, institutionstillhörighet)
- resultat/information som inhämtats vid den externa granskningen (t. ex. sammanfattning av huvudresultat)
  - beskrivning av hur den inhämtade informationen använts under processen då riktlinjen tagits fram och/eller vid utformningen av rekommendationerna (t.ex. att riktlinjepanelen beaktade resultaten av granskningen vid utformningen av de slutliga rekommendationerna)

##### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Är de externa granskarna relevanta och lämpliga för riktlinjens omfattning? Fanns det en motivering för att välja de granskare som ingick?
- Hur användes informationen från den externa granskningen av arbetsgruppen som tog fram riktlinjen?

## NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

### 14. En procedur för att uppdatera riktlinjen redovisas.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

#### Användarmanualens beskrivning:

Riktlinjer behöver avspegla aktuell forskning. Proceduren för att uppdatera riktlinjen bör vara tydligt uttalad. Till exempel kan en tidsplan anges eller en stående expertpanel ha tillsatts för att ta emot regelbundet uppdaterade litteratursökningar och göra de ändringar som krävs.

#### Var man letar:

Sök igenom introduktionen, styckena som beskriver processen för framtagande av riktlinjen och de avslutande styckena. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, uppdatering av riktlinjen samt datum för riktlinjen (*eng.* methods, guideline update, date of guideline).

#### Hur man bedömer:

##### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- ett uttalande om att riktlinjen kommer att uppdateras
- uttalat tidsintervall eller tydliga kriterier för att vägleda beslut om när en uppdatering ska ske
- metodik för uppdateringsförfarandet anges

##### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Finns det tillräckligt med information för att man ska veta när en uppdatering ska ske eller vilka kriterier som avgör när en uppdatering ska ske?

## DOMÄN 4. PRESENTATIONENS TYDLIGHET

15. Rekommendationerna är specifika och entydiga.
16. De olika alternativen för att hantera tillståndet eller hälsoproblemet är tydligt presenterade.
17. Centrala rekommendationer är lätta att identifiera.

## PRESENTATIONENS TYDLIGHET

### 15. Rekommendationerna är specifika och entydiga.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

En rekommendation bör ge en konkret och precis beskrivning av vilket alternativ som är lämpligt i en specifik situation och för en specifik population, baserat på det vetenskapliga underlaget.

- Ett exempel på en specifik rekommendation är: Antibiotika bör förskrivas till barn som är två år eller äldre vid akut inflammation i mellanörat om smärtan varar längre än tre dagar eller om smärtan tilltar efter besöket trots adekvat behandling med smärtstillande; i dessa fall ordineras amoxicillin i sju dagar (med doseringsanvisningar bifogade).
- Ett exempel på en vag rekommendation är: Antibiotika bör förskrivas i de fall när förloppet är onormalt eller komplicerat.

Det är viktigt att notera att evidensen inte alltid är entydig och att det kan råda osäkerhet om vad som är de/t bästa vårdalternativet/en. I så fall bör osäkerheten framgå av riktlinjen.

### Var man letar:

Identifiera och undersök rekommendationerna i riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: rekommendationer, sammanfattning (*eng.* recommendations, executive summary).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- uttalande om den rekommenderade åtgärden
- identifiering av avsikt eller syfte med den rekommenderade åtgärden (t. ex. förbättrad livskvalitet, minskade biverkningar)
- identifiering den population som avses (t.ex. patienter, allmänhet)
- förbehåll eller modifierande uttalanden, om det är relevant (t.ex. patienter eller tillstånd för vilka rekommendationerna inte skulle vara lämpliga)

#### Ytterligare **ÖVERVÅGANDEN**:

- Om det finns flera rekommendationer (t.ex. i riktlinjer för behandling), råder det klarhet om för vem varje rekommendation är tillämplig?
- Om det råder osäkerhet om tolkningen av och diskussionen om evidens, avspeglas osäkerheten i rekommendationerna och är den tydligt formulerad?

## PRESENTATIONENS TYDLIGHET

16. De olika alternativen för att hantera tillståndet eller hälsoproblemet är tydligt presenterade.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

En riktlinje om hantering av en sjukdom bör beakta de olika tänkbara alternativen för screening, förebyggande, diagnos eller behandling av det aktuella tillståndet. De tänkbara alternativen bör presenteras tydligt i riktlinjen.

Exempelvis kan en rekommendation om vård och behandling vid depression innehålla följande behandlingsalternativ:

- Behandling med TCA
- Behandling med SSRI
- Psykoterapi
- Kombination av läkemedelsbehandling och psykoterapi

### Var man letar:

Undersök rekommendationerna och den evidens som de grundas på. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: sammanfattning, rekommendationer, diskussion, behandlingsmöjligheter, och behandlingsalternativ (*eng.* executive summary, recommendations, discussion, treatment options, treatment alternatives).

### Hur man bedömer:

**Punktens innehåll omfattar följande KRITERIER:**

- beskrivning av alternativen
- beskrivning av den population eller kliniska situation som är mest lämpad för varje alternativ

**Ytterligare ÖVERVÄGANDEN:**

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Gäller det en riktlinje med smal eller bred omfattning? Den här punkten kan vara mer relevant för riktlinjer med bred omfattning (t.ex. som täcker vård och behandling av ett tillstånd eller ett problem snarare än fokuserar en viss uppsättning interventioner för ett speciellt tillstånd/hälsoproblem).

## PRESENTATIONENS TYDLIGHET

### 17. Centrala rekommendationer är lätta att identifiera.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

#### Användarmanualens beskrivning:

Användare ska lätt kunna hitta de viktigaste rekommendationerna. Dessa rekommendationer besvarar den huvudfråga (de huvudfrågor) som har täckts in av riktlinjen och kan identifieras på olika sätt. De kan exempelvis vara sammanfattade i en ruta, skrivna med fetstil, understrukna eller presenterade som flödesdiagram eller algoritmer.

#### Var man letar:

Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: sammanfattning, slutsatser och rekommendationer (*eng.* executive summary, conclusions, recommendations). Vissa riktlinjer tillhandahåller särskilda sammanfattningar med centrala rekommendationer, t.ex. i en snabbguide (*eng.* quick reference guide).

#### Hur man bedömer:

##### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- beskrivning av rekommendationer i en sammanfattande ruta, i fetstil, understrukna eller presenterade som flödesdiagram eller algoritmer
- specifika rekommendationer finns samlade i ett avsnitt

##### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Är de centrala rekommendationerna ändamålsenligt utvalda och speglar de riktlinjens huvudbudskap?
- Är specifika rekommendationer samlade i ett avsnitt nära sammanfattningen av den centrala evidensen?

## DOMÄN 5. TILLÄMPBARHET

18. Riktlinjen beskriver faktorer som underlättar och försvårar dess tillämpning.
19. Riktlinjen tillhandahåller råd och/eller verktyg för hur rekommendationerna kan omsättas i praktiken.
20. Eventuella resurskrav för tillämpning av rekommendationerna har beaktats.
21. Riktlinjen anger uppföljnings- och/eller granskningskriterier.

## TILLÄMPBARHET

### 18. Riktlinjen beskriver faktorer som underlättar och försvårar dess tillämpning.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Det kan finnas underlättande faktorer och hinder som påverkar tillämpningen av rekommendationerna i riktlinjen. Till exempel:

- i. En riktlinje om stroke kan rekommendera att vården ska samordnas genom strokeenheter och strotketjänster. Det kan finnas en speciell finansieringsmekanism i regionen för att möjliggöra att strokeenheter inrättas.
- ii. En riktlinje om diabetes i primärvården kan ange att patienter bör kontrolleras och följas upp på diabeteskliniker. Det kanske inte finns tillräckligt många läkare i en region för att kliniker ska kunna inrättas.

### Var man letar:

Undersök stycket/kapitlet om spridning/implementering av riktlinjen eller, om sådana finns tillgängliga, tilläggsdokument med specifika planer eller strategier för implementering av riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: hinder, användning av riktlinjen och kvalitetsindikatorer (*eng. barriers, guideline utilization, quality indicators*).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- identifiering av de typer av underlättande faktorer och hinder som har beaktats
- metoder som använts för att söka information om underlättande faktorer och hinder för implementering av rekommendationerna (t.ex. återkoppling från huvudintressenter, pilottest av riktlinjen innan bredare implementering)
  - information/beskrivning av de typer av underlättande faktorer och hinder som framkom vid utredningen (t.ex. att praktiker har tillräcklig kompetens för att utföra den rekommenderade vården, att den tillgängliga utrustningen är otillräcklig för att säkerställa att alla i målpopulationen kan få mammografi).
- beskrivning av hur informationen påverkat processen för framtagande av riktlinjen och/eller rekommendationernas utformning

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Föreslår riktlinjen specifika strategier för att komma förbi hindren?

## TILLÄMPBARHET

### 19. Riktlinjen tillhandahåller råd och/eller verktyg för hur rekommendationerna kan omsättas i praktiken.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

#### Användarmanualens beskrivning:

För att en riktlinje ska vara verkningsfull behöver den spridas och implementeras med tilläggsmaterial. Det kan t.ex. inkludera ett sammanfattande dokument, en snabbguide, utbildningsmaterial, resultat från pilottest, patientbroschyrer, eller datorstöd. Sådana tilläggsmaterial bör tillhandahållas med riktlinjen.

#### Var man letar:

Undersök stycket om spridning/implementering av riktlinjen och, om det finns tillgängligt, det specifikt medföljande material som har tagits fram som stöd för spridning och implementering av riktlinjen. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: verktyg, resurser, implementering, och bilagor (*eng. tools, resources, implementation, appendices*).

#### Hur man bedömer:

##### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- ett avsnitt om implementering i riktlinjen
- verktyg och resurser för att underlätta tillämpningen:
  - sammanfattning av riktlinjen
  - länkar till checklistor, algoritmer
  - länkar till manualer
  - lösningar på hinder som identifierats (se punkt 18)
  - verktyg för att dra fördel av underlättande faktorer (se punkt 18)
  - resultat från pilotundersökning och vunna erfarenheter
- anvisningar om hur användare kan få tillgång till verktyg och resurser

##### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Finns det information om hur verktygen för implementering har utvecklats och validerats?

## TILLÄMPBARHET

### 20. Eventuella resurskrav för tillämpning av rekommendationerna har beaktats.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Rekommendationerna kan kräva ytterligare resurser för att kunna tillämpas. Exempelvis kan det finnas behov av mer specialiserad personal, ny utrustning och dyr läkemedelsbehandling. Dessa kan medföra högre kostnader i sjukvårdsbudgetar. Det bör finnas ett resonemang i riktlinjen om rekommendationernas eventuella resurspåverkan.

### Var man letar:

Undersök stycken om spridning/implementering av riktlinjerna eller, om sådana finns tillgängliga, tilläggsdokument med specifika planer eller strategier för implementering av riktlinjen. En del riktlinjer presenterar kostnadskonsekvenser i de stycken som diskuterar evidensen eller besluten bakom rekommendationerna. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, kostnad-nytta, kostnadseffektivitet, anskaffningskostnader, och budgetpåverkan (*eng.* methods, cost utility, cost effectiveness, acquisition costs, implications for budgets).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- identifiering av de typer av kostnadsinformation som har beaktats (t.ex. ekonomiska utvärderingar, anskaffningskostnader för läkemedel)
- metoder som använts för att få fram information om kostnader (t.ex. att en hälsoekonom varit medlem i arbetsgruppen som tagit fram riktlinjen, användning av hälsoteknologisk utvärdering för specifika läkemedel osv.)
- information/beskrivning av den kostnadsinformation som framkommit vid utredningen (t.ex. specifik anskaffningskostnad för ett läkemedel per behandlingskur)
- beskrivning av hur den insamlade informationen använts som underlag i processen när riktlinjen tagits fram och/eller vid utformningen av rekommendationerna

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Var lämpliga experter involverade i att finna och analysera kostnadsinformationen?

## TILLÄMPBARHET

### 21. Riktlinjen anger uppföljnings- och/eller granskningskriterier.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Att mäta följsamheten till rekommendationer i en riktlinje kan främja att de används. Detta kräver tydligt definierade kriterier som utarbetas från riktlinjens centrala rekommendationer. Kriterierna kan inbegripa processmått, beteendemått, mått på kliniska utfall eller hälsoutfall. Exempel på uppföljnings- och granskningskriterier är:

- HbA1c bör vara < 8.0%
- nivån på det diastoliska blodtrycket bör vara < 95 mmHg.
- 80% av befolkningen som är över 50 år bör screeningtestas för kolorektalcancer med fekal-ockult blodprov
- om symtom på akut öroninflammation i mellanörat varar längre än tre dagar bör amoxicillin förskrivas.

### Var man letar:

Undersök stycket/kapitlet om granskning eller uppföljning av riktlinjens användning eller, om sådana finns tillgängliga, tilläggsdokument med specifika planer eller strategier för utvärdering av riktlinjerna. Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: rekommendationer, kvalitetsindikatorer och granskningskriterier (*eng.* recommendations, quality indicators, audit criteria).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- identifiering av kriterier för att bedöma implementering av riktlinjerna eller följsamhet till rekommendationer
- kriterier för att bedöma effekten av implementering av rekommendationerna
- råd om frekvens och tidsintervall för mätningarna
- beskrivningar eller operationella definitioner av hur kriterierna bör mätas

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Finns det en uppräkningslista av kriterier där processmått, beteendemått, samt mått på kliniska utfall eller hälsoutfall ingår?

## DOMÄN 6. REDAKTIONELLT OBEROENDE

22. Den finansierande organisationens åsikter har inte påverkat riktlinjens innehåll.
23. Möjliga jävsgrunder har dokumenterats och adresserats för medlemmarna i gruppen som utarbetat riktlinjen.

## REDAKTIONELLT OBEROENDE

### 22. Den finansierande organisationens åsikter har inte påverkat riktlinjens innehåll.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

---

Många riktlinjer utarbetas med extern finansiering (t.ex. från staten, professionsföreningar, välgörenhetsorganisationer, läkemedelsföretag). Stödet kan ha form av finansiella bidrag till hela verksamheten eller till delar av den (t. ex. tryckning av riktlinjerna). Det bör finnas ett tydligt uttalande om att den finansierande organisationens åsikter eller intressen inte har påverkat de slutgiltiga rekommendationerna.

### Var man letar:

---

Undersök de stycken/kapitel där man beskriver processen för framtagande av riktlinjen eller avsnittet där man beskriver olika personers bidrag till arbetet (*eng.* acknowledgements). Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: friskrivningsklausul och finansiering (*eng.* disclaimer, funding source).

### Hur man bedömer:

---

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- namnet på den finansierande organisationen eller finansieringskällan (eller ett tydligt uttalande om att riktlinjen har tagits fram utan extern finansiering)
- ett uttalande om att den finansierande organisationen inte har påverkat riktlinjens innehåll

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Hur har arbetsgruppen som tagit fram riktlinjen hanterat eventuellt inflytande från den finansierande organisationen?

## REDAKTIONELLT OBEROENDE

23. Möjliga jävsgrunder har dokumenterats och adresserats för medlemmarna i gruppen som utarbetat riktlinjen.

1 Instämmer inte alls	2	3	4	5	6	7 Instämmer helt
-----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

*Kommentarer*

### Användarmanualens beskrivning:

Det finns omständigheter som kan utgöra grund för jäv hos medlemmar i arbetsgruppen. Så kan t. ex. vara fallet om någon i arbetsgruppen bedriver forskning inom det ämne som riktlinjen berör och samtidigt finansieras av ett läkemedelsföretag. Det bör finnas ett tydligt uttalande om att alla gruppmedlemmar har deklarerat eventuella jävsgrunder.

### Var man letar:

Undersök de stycken/kapitel där man beskriver processen för framtagande av riktlinjen eller avsnittet där man beskriver olika personers bidrag till arbetet (*eng.* acknowledgements). Exempel på avsnitt eller kapitel i riktlinjer där denna information ofta hittas är: metoder, intressekonflikter, riktlinjepanel, och bilagor (*eng.* methods, conflicts of interest, guideline panel, appendices).

### Hur man bedömer:

#### Punktens innehåll omfattar följande **KRITERIER**:

- beskrivning av vilka typer av jävsgrunder som beaktats
- metoder som använts för att upptäcka möjliga jävsgrunder
- beskrivning av möjliga jävsgrunder
- beskrivning av hur jävsgrunder påverkat riktlinjeprocessen och utarbetandet av rekommendationerna.

#### Ytterligare **ÖVERVÄGANDEN**:

- Är punkten välskriven? Är beskrivningarna klara och koncisa?
- Är punktens innehåll lätt att hitta i riktlinjen?
- Vilka åtgärder har vidtagits för att minimera påverkan från jäv vid framtagningen av riktlinjen eller formuleringen av rekommendationerna?

## HELHETSBEDÖMNING AV RIKTLINJEN

# HELHETSBEDÖMNING AV RIKTLINJEN

---

För varje fråga, vänligen välj det svar som bäst beskriver den bedömda riktlinjen:

## 1. Bedöm den här riktlinjens övergripande kvalitet.

<b>1</b> Lägsta möjliga kvalitet	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Högsta möjliga kvalitet
--	----------	----------	----------	----------	----------	--

## 2. Jag rekommenderar att denna riktlinje används.

Ja	
Ja, med villkor eller ändringar	
Nej	

## ANTECKNINGAR

---

## Användarmanualens beskrivning:

---

Helhetsbedömningen fordrar att användaren av AGREE-II avger ett omdöme om riktlinjens kvalitet utifrån de värderingspunkter som har övervägts under bedömningsprocessen.

## BEDÖMNINGSINSTRUMENTET AGREE II

## II. BEDÖMNINGSINSTRUMENT AGREE II

### DOMÄN 1. OMFATTNING OCH SYFTE

1. Det övergripande målet (målen) med riktlinjen beskrivs specifikt.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

2. Den hälsofråga (de hälsofrågor) som riktlinjen täcker beskrivs specifikt.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

3. Den population (patienter, allmänhet, etc.) som riktlinjen avser att tillämpas för beskrivs specifikt.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## DOMÄN 2. INTRESSENTMEDVERKAN

4. Den arbetsgrupp som tar fram riktlinjen innefattar individer från samtliga relevanta yrkesgrupper.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

5. Målpopulationens (patienters, allmänhetens, etc.) åsikter och preferenser har eftersökts.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

6. Riktlinjens tänkta användare är tydligt definierade.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## DOMÄN 3. NOGGRANNHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

7. Systematiska metoder har använts för att söka efter evidens.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

8. Kriterierna för att välja ut evidens är tydligt beskrivna.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

9. Det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar är tydligt beskrivna.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## forts. DOMÄN 3. NOGGRANHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

10. Metoderna som har använts för att formulera rekommendationerna är tydligt beskrivna.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

11. Hälsovinster, biverkningar och risker har beaktats när rekommendationerna har formulerats.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

12. Det finns en tydlig länk mellan rekommendationerna och den evidens som stödjer dem.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## forts. DOMÄN 3. NOGGRANHET VID FRAMSTÄLLNINGEN

13. Riktlinjen har granskats av externa experter före publicering.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

14. En procedur för att uppdatera riktlinjen redovisas.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## DOMÄN 4. PRESENTATIONENS TYDLIGHET

15. Rekommendationerna är specifika och entydiga.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

16. De olika alternativen för att hantera tillståndet eller hälsoproblemet är tydligt presenterade.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

17. Centrala rekommendationer är lätta att identifiera.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## DOMÄN 5. TILLÄMPBARHET

18. Riktlinjen beskriver faktorer som underlättar och försvårar dess tillämpning.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

19. Riktlinjen tillhandahåller råd och/eller verktyg för hur rekommendationerna kan omsättas i praktiken.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

20. Eventuella resurskrav för tillämpning av rekommendationerna har beaktats.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## forts. DOMÄN 5. TILLÄMPBARHET

21. Riktlinjen anger uppföljnings- och/eller granskningskriterier.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## DOMÄN 6. REDAKTIONELLT OBEROENDE

22. Den finansierande organisationens åsikter har inte påverkat riktlinjens innehåll.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

23. Möjliga jävsgrunder har dokumenterats och adresserats för medlemmarna i gruppen som utarbetat riktlinjen.

<b>1</b> Instämmer inte alls	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Instämmer helt
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

*Kommentarer*

## HELHETSBEDÖMNING AV RIKTLINJEN

---

För varje fråga, vänligen välj det svar som bäst beskriver den bedömda riktlinjen:

### 1. Bedöm den här riktlinjens övergripande kvalitet.

<b>1</b> Lägsta möjliga kvalitet	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b> Högsta möjliga kvalitet
--	----------	----------	----------	----------	----------	--

### 2. Jag rekommenderar att denna riktlinje används.

Ja	
Ja, med villkor eller ändringar	
Nej	

### ANTECKNINGAR

---