

Klinisk bedömning och vård av den amfetaminpåverkade patienten inom den prehospitala akutvården

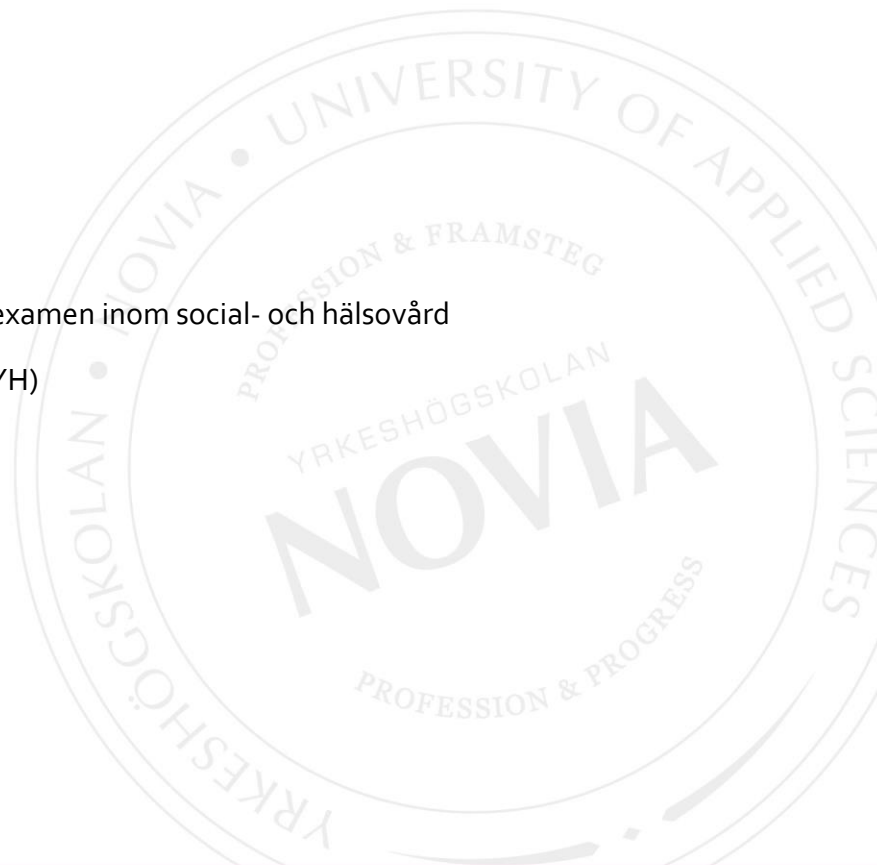
En empirisk studie

Pernilla Stenström

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa och 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Pernilla Stenström

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda, Ann-Louise Glasberg

Titel: Klinisk bedömning och vård av den amfetaminpåverkade patienten inom den prehospitala akutvården

Datum: Maj, 2017 **Sidantal:** 32

Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att få ökad kunskap om hur sjukskötare utför klinisk bedömning och vård av amfetaminpåverkade patienter inom den prehospitala akutvården. Examensarbetet är en intervjustudie med ett kvalitativt perspektiv. Respondenten har samlat material i form av intervjuer, intervjuerna utfördes med en semistrukturerad intervjumetod och som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys. Studiens frågeställning är: Vad innebär klinisk bedömning och vård av den amfetaminpåverkade patienten inom den prehospitala akutvården?

För examensarbetet valdes Eriksson (1995) Vårdandets idé som teoretisk utgångspunkt. Enligt Eriksson (1995) är vårdandets olika former; vårdande vård, medicinsk vård och självvård. Dessa tre vårdformer avspeglas i den prehospitala vården, där patientens vitala funktioner uppehålls av vårdaren t.ex. i form av dropp, patienten får medicinsk vård samt stöd, förståelse och hjälp för en fortsatt vård för sina missbrukarproblem.

I resultatet presenteras två huvudkategorier; klinisk bedömning och vård. Den kliniska bedömningen delas in i underkategorierna; bemötande, anamnes, observation och mätningar. Huvudkategorin vård består av underkategorierna; vårdåtgärder och svårigheter. Resultatet visar att patientens eget beteende har en stor inverkan på vårdssituationen från början till slut.

Språk: Svenska

Nyckelord: Prehospital, ambulans, amfetamin, förgiftning

BACHELOR'S THESIS

Author: Pernilla Stenström

Degree program: Nurse, Vasa

Supervisors: Marlene Gädda, Ann-Louise Glasberg

Title: Clinical assessment and care for amphetamine abusing patients in prehospital emergency care

Date: May, 2017 **Number of pages:** 32

Appendices: 4

Abstract

The aim of this thesis is to increase knowledge about how nurses in the prehospital setting perform clinical assessment and care for patients with an abuse of amphetamine.

This is an interview study with a qualitative perspective. The respondent has collected data from interviews. The interviews were performed with a semi structured interview method and analyzed by using a qualitative content analysis. The research question is: What involves the clinical assessment and care for patient with an abuse of amphetamine in the prehospital emergency care?

The study was based on the theory of Eriksson (1995) idea of caring. According to Eriksson (1995) the forms of caring is health caring, medical care and cure of souls. These three forms reflect to the prehospital setting where the patient's vital signs are maintained by intravenous drip, the patient is given medical care and also support, understanding and help to a continues health care for their abusing problems.

The results are presented as two main categories; clinical assessment and care. The clinical assessment is divided in subcategories; reception, anamnesis, observation and measures. The subcategories for care contains; care procedures and complications. The result shows that the behavior of the patient has a big impact on how the care is determined.

Language: Swedish

Key words: prehospital emergency care, ambulance, amphetamine, poisoning

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	3
3	Teoretisk utgångspunkt.....	3
3.1	Vårdande vård	4
3.2	Medicinsk vård	4
3.3	Själavård	5
4	Bakgrund	6
4.1	Finlands narkotikalagstiftning	6
4.2	Narkotikasituationen i Finland	7
4.3	Amfetamin.....	8
4.3.1	Effekt och användning	9
4.3.2	Förgiftningssymptom.....	10
4.4	Förberedelser inför bemötande av förgiftningspatient	10
4.5	Situationsbedömning och första bedömning av patienten	11
4.6	Klinisk bedömning.....	12
4.7	Klinisk vård och behandling.....	14
4.8	Dokumentation - SV 210 blankett.....	15
5	Metod	16
5.1	Urval	16
5.2	Datainsamlingsmetod.....	16
5.3	Innehållsanalys	18
5.4	Etiska överväganden.....	19
6	Resultatredovisning	21
6.1	Klinisk bedömning.....	21
6.1.1	Bemötande	21
6.1.2	Anamnes.....	22
6.1.3	Observation.....	22
6.1.4	Mätningar	23
6.2	Vård	23
6.2.1	Vårdåtgärder	24
6.2.2	Svårigheter	24
7	Metoddiskussion.....	25
7.1	Trovärdighet	25
7.2	Pålitlighet	26
7.3	Överförbarhet.....	26
7.4	Objektivitet.....	27

8	Resultatdiskussion och slutledning.....	27
	Källförteckning	30

1 Inledning

I hela världen finns ca 158 miljoner drogmissbrukare och av dessa används amfetamin som huvudsakligt missbruksmedel av ungefär 34 miljoner missbrukare. Amfetamin påverkar centrala nervsystemet och ger ökad energi hos användaren efter intag. Amfetamin är även den mest kända, den äldsta och den mest missbrukade drogen av all centralstimulantia. (Knudsen K., 2016).

Amfetamin och dess derivat såsom metamfetamin, hör till psykomotoriska stimulanter och är efter Cannabis den vanligaste använda olagliga drogen i Finland. Majoriteten av forskningar om stimulantberoende berör kokainberoendets vård och forskningarna är främst gjorda i Förenta Nationerna. Forskning om vård vid amfetaminberoende är mycket snäv. (Salaspuro M., 2005).

I detta examensarbete kan man läsa om den kliniska bedömningen och vården i av den amfetaminpåverkade patienten i den prehospitalla akutvården, d.v.s. i ambulansen. Respondenten skriver om vilka vårdföreskrifter som gäller och vad man bör tänka på under vården av dessa patienter. För att börja från grunden har respondenten valt att skriva om vad amfetamin är, vilka effekter det har på människokroppen och vilka risker som förekommer vid amfetaminmissbruk.

Syftet med arbetet är att få ökad kunskap om hur sjukskötare på ett korrekt och bästa möjliga sätt utför klinisk bedömning av och vård av amfetaminpåverkade patienter inom den prehospitalla akutvården. För de sjukskötare som har kunskap om ämnet sedan tidigare kan examensarbetet vara ett sätt att ta del av den senaste evidensbaserade kunskapen.

Den prehospitalla akutvården innebär vård före ankomst till sjukhuset, den vård patienten får i ambulansen. Patienter som behöver brådskande eller icke- brådskande vård och som insjuknar eller skadar sig utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning är den prehospitalla vårdens patienter. Akutvårdstjänsten gör dagligen samarbete med bl.a. polisen, räddningsväsendet, gränsbevakningsväsendet och övriga myndigheter. (Vesanto, 2015).

Nödcentralen tar emot nödsamtal och gör baserat på samtalet en klassificering av brådskandegraden för uppdraget. För akutvårdsuppdrag används en brådskandegradering med fyra steg; A- Arne, B- Berta, C- Celsius och D- David, enligt

denna gradering är A mest och D minst brådskande alarm. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi, Väisänen, 2012, 31).

Förutom bokstaven för brådskandeklassificering tillkommer en sifferkod som berättar om uppdragets art. Baserat på koden kan vårdarna i ambulansen förbereda sig för vårdsituationen. Koden för förgiftning är 752, sjuan står för sjukdomstillstånd och 52 för förgiftning. Med förgiftning menas störning i systemet som orsakas av giftigt ämne eller t.ex. samverkan av olika läkemedel (Castrén m.fl., 2012, 205).

Respondenten arbetar på Österbottens räddningsverk som förstavårdare på grundnivå och har cirka två års erfarenhet av den prehospitla akutvården. I sitt arbete har respondenten träffat patienter med amfetaminmissbruk. Därefter har intresset för utökning av goda kunskaper inom klinisk bedömning och vård vuxit fram. Respondenten är sedan tidigare utbildad närvårdare med inriktning på akutvård.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att få ökad kunskap om hur sjukskötare utför klinisk bedömning och vård av amfetaminpåverkade patienter inom den prehospitala akutvården. Därtill kan detta examensarbete ge möjlighet för såväl nyutbildad som erfaren vårdpersonal att ta del av eventuell ny information och kunskap. För de som har kunskap om ämnet sedan tidigare, kan detta examensarbete vara ett sätt att bidra med den senaste evidensbaserade kunskapen. Respondenten vill med detta examensarbete ha svar på följande fråga:

- Vad innebär klinisk bedömning och vård av den amfetaminpåverkade patienten inom den prehospitala akutvården?

3 Teoretisk utgångspunkt

I detta examensarbete har respondenten valt att använda Erikssons (1995) Vårdandets idé som teoretisk utgångspunkt. Enligt Eriksson (1995) är vårdandets olika former; vårdande vård, medicinsk vård och självvård. Dessa tre vårdformer avspeglas i den prehospitala akutvården, där patientens vitala funktioner av vårdaren uppehålls t.ex. i form av dropp, patienten får medicinsk vård samt stöd, förståelse och hjälp för en fortsatt vård för sina missbrukarproblem.

”Den grundläggande substansen förskönas i mästars hand likaväl som den tillintetgörs av en okänslig hand”

(Eriksson, 1995, 72)

3.1 Vårdande vård

Enligt Eriksson (1995) är vårdande vård det samma som omvårdnad och av vårdandet är detta den mest primära formen. Här har sjukskötaren ofta som utgångspunkt det fysiska livsrummet, sjukskötaren har för patienten varit den som tillgodosett de mest grundläggande behoven, renlighet, föda, utsöndring, vila och rörelse.

Eriksson (1995) menar att sjukskötarens arbete och den vårdande vården har gått igenom ett flertal paradigmskiften. I alla tider har intresset för vårdaren och vården varit inriktat på människans hälsa som helhet och individ. Även idag är vårdintresset att utveckla vården för en högklassig och professionell patientvård. Förr sågs vårddyrket som ett kall, under Nightingales tid och därifrån 50 år framåt. Inriktningen på kompetens var att utifrån sina kunskaper göra sin plikt för patienten. Följande steg var att kunna assistera läkaren varefter kraven kom att ha kompetens till att kunna vara ledare och lärare. Idag kan en viss osäkerhet hos vårdarna konstateras då det kommer till den vårdvetenskapliga epoken. Enlig en undersökning bland sjukskötare och studerande gjord i Helsingfors (Eriksson, 1985) visade det sig att den största osäkerheten var; förmågan att skriva vetenskaplig text och att föra vårdforskningsresultat vidare samt kunskapen om hur man söker efter aktuell information. Vårddyrket har under ca hundra år utvecklats och gått från ett kall till en profession grundad på vetenskap. (Eriksson, 1995, 75–76).

3.2 Medicinsk vård

Den medicinska vården har liksom den vårdande vården genomgått flera olika skeden, för att komma fram till dagens medicinska vård. Man kan idag urskilja många olika subspecialiteter inom den medicinska praktiska verksamheten och vetenskapen. Den traditionella inriktningen för medicinsk vetenskap har varit sjukdomsstadier, dess orsaker och behandling men idag kan man även se ett sökande skede, ett sökande efter en helhet. Ett exempel på strävan är framväxten av biologisk medicin. (Eriksson, 1995, 77).

Det finns fyra olika paradig, medicinska modeller som man använder för att förklara och lösa hälsoproblem. Apparatfelsmodellen – Med denna modell utgår man ifrån att

ohälsa är bristande funktion hos enskilda organ och delar och den medicinska vården innebär att man direkt ingriper i dessa enheter. Den psykodynamiska modellen – här utgår man ifrån att ohälsa uppkommer till följd av skuld känslor och konflikter och nu bygger medicinska vården på förståelse. Miljömodellen – i denna modell utgår man från att problemet ligger i en ohälsosam miljö och därför skall vården och åtgärder riktas till miljön. Den offensiva folkhälsomodellen – den egna livsstilen betonas, kommer nära den biologiska medicinen, där man betonar individens eget ansvar. (Eriksson, 1995, 78).

”Medicinsk vård är en vårdform med sjukdomens förtecken”

(Eriksson, 1995, 77)

3.3 Själavård

Varje människa har någon form av tro oberoende av livsåskådning. Tron binder människan som helhet och sammankopplar själ, kropp och ande. Det är just trons attribut som skiljer själavården från andra vårdformer. Förtvivlan, upplösning och ohälsa skapas av ett icke-troende fenomen. Själavården beskrivet ur ett kristet perspektiv är utgångspunkterna Bibelns budskap och kristendomens grundteser. Tron är helandet av hälsan och sidan om finns tro, hopp och kärlek samt skuld, bekännelse, nåd och förståelse. (Eriksson, 1995, 79).

Människan som individ är hel och har hälsa i det ögonblick människan anser det vara så, oberoende av yttre objektiva kriterier. Likadant är det i en omvänd situation, om människan anser att denne inte är hel och inte har hälsa då är det så i det ögonblicket oberoende av yttre objektiva kriterier. Synd och skuld gör människan ofri, i själavården skall människan få möjlighet att bekänna sina synder, få total förståelse, känna tillit samt att få känna sig älskad. Detta ger inre frihet, tilltro och tro. Syftet med själavård är att nå hälsa och helhet hos människan. (Eriksson, 1995, 80–81).

”Själavård är en handling med trons attribut. Själavårdens syfte är tro – en inre frihet som skapats genom bekännelse och förståelse.”

(Eriksson, 1995, 79)

4 Bakgrund

I detta kapitel beskrivs Finlands narkotikalagstiftning och narkotikakonventionen, amfetamin, historiken och situationen i Finland samt amfetaminets användning och effekter. Vidare beskrivs förberedelser, situationsbedömning och första bedömning av patienten, i dessa skeden beskrivs situationen utifrån en förgiftningspatient, där ämnet som patienten tagit ej ännu klargjorts. Detta p.g.a. att alarmer som kommer till ambulanspersonalen kommer med förgiftningskoden. Respondenten går sedan vidare till den kliniska bedömningen samt vården av patienten innehållande läkemedelsbehandling, antidot och förebyggande av komplikationer, dessa punkter är då fokuserade på den amfetaminmissbrukande patienten. Som avslutning av den teoretiska bakgrunden har respondenten skrivit om dokumentationen och dess betydelse inom den prehospitala akutvården.

4.1 Finlands narkotikalagstiftning

Syftet med lagen är att förhindra olaglig import till och export från Finland. Att förhindra olaglig narkotikatillverkning, spridning och användning samt att minska hälsoriskerna. (Finlex, 2016).

Enligt 3 § 1 mom. 5 punkten är definitionen på narkotika följande. De preparat, ämnen och växter som listas i förteckningarna I- IV i narkotikakonventionen från år 1961. Ämnen och preparat listade i förteckningarna I-IV i konventionen för psykotropa ämnen från år 1971. Kat, kaktusväxter som innehåller meskalin samt Psilocybesvampar och ämnen som kan vara farliga för hälsan då det används i drogsyfte. (Finlex, 2016).

I 3 a § står det om bedömning av vilka egenskaper ett ämne har som används i drogsyfte. Ämnets psyko aktiva egenskaper och farlighet bedöms av Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, bedömning görs i samarbete med polisen och tullen samt institutet för hälsa och välfärd. (Finlex, 2016).

I Finlands narkotikalagstiftning hänvisar man till narkotikakonventionen, den baseras på tre FN-konventioner. Dessa tre konventioner är den allmänna narkotikakonventionen från år 1961, konventionen om psykotropa ämnen från år 1971 och konventionen mot olagligheter av narkotika och psykotropa ämnen från år 1988. Internationellt och inom EU samarbetar man för att minska efterfrågan på och tillgång till narkotika. De arbetar även med att förebygga narkotikarelaterade skador och risker. Europeiska unionens råd har för åren 2013–2020 en godkänd narkotikastrategi, strategin betonar användning av åtgärder och ett balanserat förhållningssätt vilket baseras sig på vetenskaplig evidens. (Social- och Hälsovårdsministeriet, u.å.).

Narkotikakonventionerna begränsar narkotikaanvändning till endast vetenskapliga och medicinska ändamål. Konventionerna ger undertecknade länder utrymme att själva bestämma hur de kan kontrollera och vilka straff som åtas vid olagligt innehav av narkotika. (Ballotta, Hughes, Carpentier, 2002).

4.2 Narkotikasituationen i Finland

År 2014 gjordes den senaste undersökningen om narkotika i Finland. Befolkningsenkäten visade att 19 procent någon gång hade testat på cannabis. Största delen av de som prövar på cannabis är de yngre åldersklasserna. Under föregående år hade 14 procent av 15–34 åringarna använt cannabis. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016).

En riksomfattande enkät, Hälsa i skolan, från 2015 visade att av grundskoleelever i årskurs åtta och nio hade 8 procent minst en gång i livet prövat på narkotika. Motsvarande andelen av gymnasieeleverna i årskurs ett och nio var procenten 12 och på yrkesläroanstalternas årskurser ett och två, 22 procent. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016).

I Finland finns det enligt en uppskattning från 2012, 18 000–30 000 missbrukare, dessa missbrukar amfetamin och opioider. År 2014 var narkotikaberoende klienter hos missbrukarvården till största delen män, 66%. Arbetslöshet hos klienterna var vanligt samt en låg utbildningsnivå. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016).

Efter en långvarig ökning av dödsfall relaterat till narkotika har en utplaning skett efter åren 2011–2012. Statistikcentralens dödsorsaksstatistik visade att år 2012 dog 213 personer av narkotika medan ett år senare 2013 var antalet dödsfall p.g.a. narkotika 201. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016).

Ungefär 21 850 narkotikabrott begicks år 2014, dock sjönk narkotikabrotten något från år 2013. Av dessa 21 850 narkotikabrott var ca 1 160 grova narkotikabrott och ca 13 720 narkotika för straffbart bruk. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016).

År 2014 gjordes en undersökning om amfetamin och situationen i Finland. Undersökningen gällde amfetamin- och opioidmissbruk och baserade sig på insamlat material från år 2012. Personerna som deltog i undersökningen var 15–64 åringar som p.g.a. amfetamin- eller opioidmissbruk under den tiden varit inskrivna i olika register i Finland. Baserat på denna registerundersökning uppskattades 11 000–18 000 personer vara amfetaminmissbrukare, varav 35% var kvinnor. Av den totala mängden var 40 % i åldern 25- 34 år. Den yngsta åldersgruppen 15–24 år utgjorde 0,57–0,87 % av Finlands befolkning. Amfetamin problematiken finns i hela landet men centreras lite mer till södra Finland. Jämförelsen av denna undersökning till tidigare undersökningar var svår, detta p.g.a. flera orsaker såsom; annorlunda tillvägagångssätt och att de statistiska processerna har ändrats, även registreringarna har ändrat i praktiken och är idag mer omfattande. Baserat på undersökningen har man dock konstaterat att missbruket av amfetamin stigit något. (Ollgren, Forsell, Varjonen, Alho, Brummer-Korvenkontio, Kainulainen, Karjalainen, Kotovirta, Partanen, Rönkä, Seppälä, Virtanen, 2014).

4.3 Amfetamin

Amfetamin är en syntetisk drog som kan framställas på olika sätt. I Finland är det vanligaste framställningssättet att man kokar Fenylaceton, detta kan man göra i enkla laboratorieförhållanden. Amfetamin är i allmänhet ljust pulver eller kräm. Färgen, fuktigheten och konsistensen varierar beroende på framställningssättet från att vara klar vitt, rödaktigt, gulaktigt och ibland t.o.m. nästan brunt eller helt svart till färgen. Som vätska är Amfetamin oftast färglös men pulvrets färg kan ibland även färga vätskan. Har man en gång känt lukten av Amfetamin kan man lätt minnas dess typiska

lukt. Pulvret packas i små påsar, i ett avklippt hörn av en plastpåse, i hushållsplast, i folie eller i ett ihop vikt pappersark. Ofta packas detta i en kondom som tejpas tätt med plast-, aluminium- eller vulkaniseringstejp. (Kuisma, Holmström, Porthan, 2008, 491–492).

Ursprunget till amfetamin har spårats till en kinesisk medicinsk ört som för 5000 år sedan användes för att behandla astma och respiratoriska problem. Den första syntetiska formen utvecklades år 1972 för användning i receptfria inhalatorer. Under andra världskriget användes amfetamin av tyskarna för att höja effektiviteten hos soldaterna, i Förenta Staterna användes amfetamin i experimentellt syfte för en höjande effektivitet hos soldaterna och i Japan för att höja produktiviteten hos arbetarna på hemma fronten. Trots att undersökningar visat att intag av s.k. ”Smart pills” (amfetamin) i begränsat intag kan ha förbättrande effekt på en del enklare uppgifter har det däremot en avtagande effekt då det gäller svårare eller mer komplexa uppgifter. (Smith & Miller, 2000).

Efter andra världskriget började det allvarliga missbruket av amfetamin. Ovarsam och olaglig användning av amfetamin kan leda till allvarlig kardiovaskulär förgiftning såväl genom kroniskt som akut missbruk. Amfetamin används oftare som missbrukas än vad det ordinerar medicinskt. (Finnell J., Harris C., 2000).

4.3.1 Effekt och användning

Amfetamin påverkar det centrala nervsystemet och efter intag av drogen får personen en höjd energinivå, förhöjd vakenhet samt ökad aktivitetsgrad och uthållighet, däremot blir aptiten sämre. En kortvarig euforisk effekt med ökat självförtroende är klassiskt efter amfetaminintag. Symtom hos en person som intagit drogen kan vara stora pupiller med en stirrig blick, hudrodnad och tics. Personen har svårt att sitta stilla, koordinationssvårigheter, hallucinationer, ett intensivt beteende samt ökad psykisk och fysisk aktivitet. (Knudsen, 2015).

Enligt Kuisma m.fl. (2008) används amfetamin vanligen genom att användaren injicerar drogen intravenöst. En del tar amfetamin på samma sätt som Kokain, d.v.s. genom att sniffa, ibland kan användaren packa pulvret i tobakspapper och göra en s.k. bomb som sedan sväljs som sådan eller med hjälp av vätska. Effekten av amfetamin börjar direkt efter intaget och verkar i 2–4 timmar. Då amfetamin finns tillgängligt kan

det användas i regelbundna perioder, t.ex. i en vecka eller två och flera doser per dag. Detta leder också till att livet spårar ur och blir okontrollerbart. Vid vaket tillstånd fylls tiden med full sysselsättning, städning om och om igen, att ordna saker, att rita samt att förstöra tekniska saker för att sedan återigen byggas ihop. Dessa är typiska sysselsättningar för den som tagit amfetamin. Personens allmäntillstånd sänks snabbt p.g.a. att sömn och födointag uteblir. Personen blir paranoid, svartsjuk och kan känna stark sexuell lust vilket kan leda till inbillningsfyllda situationer med risk för våld. Enligt Schwartz & Roth (2006) har amfetamin påvisats framkallning av hypersomni som bakslag, vilket kan påverka sömnen negativt.

Avslutandet av amfetaminanvändning kan för personen innebära en såväl fysisk som emotionell krasch resulterande i långvarig sömn, mardrömmar, depression, inaktivitet, irritabilitet samt kramper och huvudvärk. (Smith & Miller, 2000).

4.3.2 Förgiftningssymptom

Amfetamin är centrala stimulanter och förgiftningar orsakas p.g.a. överdosering, ämnets orenlighet och ämnets oförvarnade varierande halter. Förgiftningssymptomen är takykardi, hypertermi, hypertension, svettningar, mydriasis (pupillutvidgning), bruxism (tandgnissling), hyperreflexi, ångest, motorisk rastlöshet, muskelspändhet och kramphenägenhet. Neuropsykiatriska symptom och t.o.m. psykos och paranoia kan förekomma. Dödsfall kan orsakas av hjärtats rytmstörningar, hypertermi, intrakraniell blödning eller DIC (disseminerad intravaskulär koagulation). (Käypähoito, 2012), (Green L, Kerr F., Braitberg G., 2008).

4.4 Förberedelser inför bemötande av förgiftningspatient

För ambulanspersonalen påbörjas förberedelserna för vårdsituationen redan vid mottagandet av alarmet. Alarmet kommer som ett textmeddelande där uttryckningskoden, adressen, anmälaren samt eventuella tilläggsuppgifter framkommer. Koden vid misstanke om förgiftning är 752, efter sifferkoden finns alltid en bokstav; A, B, C eller D, dessa bokstäver berättar om alarmets brådskande grad, där A är mest och D minst brådskande. Koden och brådskande graden bedöms av nödcentralens personal, den person som tar emot nödsamtalet och gör

situationsbedömning samt sänder ut alarmer till ambulansen. Alarmer kan komma med förgiftningskoden men koden kan också vara någon helt annan och som personal i ambulansen bör man därför alltid vara beredd på vad som helst och göra en ny situationsbedömning så fort man kommer till platsen och möter patienten. (Personlig kommunikation med förstavårdare på Österbottens räddningsverk, 1.11.2016).

Redan vid mottagandet av alarmer om misstänkt drogpåverkad patienten frågar man efter tilläggsuppgifter, antingen från nödcentralen eller genom att ringa till anmälarer. Baserat på goda förhandsinformationer kan personalen göra upp en plan och reservera tillräcklig hjälp för att vården skall lyckas. På så sätt påbörjas också omedelbart personalens egen mentala förberedelse och förberedelsen inför sannolika situationsuppkomster. (Kuisma m.fl., 2008, 487).

Personalen bör ha kunskap om vilka effekter drogerna har. Situationssäkerheten uppstår genom att vårdarna har tillräcklig kunskap om de vanligaste drogerna, utseende, förpackningssätt, döljningssätt, drogernas rekvisita och om de slangspråk som används vid diskussion av ämnet. (Kuisma m.fl., 2008, 488). Enligt en artikel av Pettie & Dow (2013) har sjukskötare en viktig roll vid vården av patienter till följd av överdos. Sjukskötare kan med hjälp av lämplig kunskap, färdighet och kompetens på ett säkert och effektivt sätt delta i de flesta aspekter gällande vården av patienten.

4.5 Situationsbedömning och första bedömning av patienten

Vid ankomst till platsen lugnas omgivningen ner och extra personer på plats ombedes lämna platsen. Till vårdrummet tillåts endast ambulanspersonal och de personer som personalen bett att stanna. Om patienten är aggressiv fås tillägghjälper av polisen, det är deras skyldighet. Polisen kan även tillkallas till platsen vid misstanke om att situationen kan ändras, polisen kommer då för att trygga ambulanspersonalens arbete enligt deras anvisningar. (Kuisma m.fl., 2008, 488).

Till en början bör personalen få veta vad patienten tagit, hur mycket och hur det intagits. Man frågar också hur länge sedan intaget skett. Dessa frågor ställs till patienten, om patienten är medvetslös eller av någon annan orsak inte svarar, kan frågorna ställas till personer som sett något eller som varit med i patientens sällskap.

Patienten kan vara medvetslös, våldsam, aggressiv, sömnig, psykotisk eller frånvarande. (Kuisma m.fl., 2008, 488).

Om det går att diskutera med patienten frågar ambulanspersonalen efter patientens personuppgifter, eventuella sjukdomar, medicineringar och allergier. Återigen kan eventuell kompis, åskådare eller bekant möjligen svara på dessa frågor i fall att patienten inte är samarbetsvillig, medvetslös eller av annan orsak ej svarar. Att ställa modiga och raka frågor till patienten är det bästa sättet att utreda droghistoriken. (Kuisma m.fl., 2008, 488).

Lau (2000) menar att man inom den prehospitla vården borde ta en aktivare roll vid vården av förgiftning, eftersom det finns möjlighet till eliminering av giftigt ämne och administrering av antidot vid behov. Till följd av att i ett tidigt skede använda lämpligt antidot och ge bättre stödjande vård kommer dödligheten till följd av förgiftning minska märkbart och de flesta patienter kommer att återgå till samhället med minimala handikapp.

4.6 Klinisk bedömning

Fria luftvägar, andning och cirkulation är av första prioritet. Var patienten befunnit sig vid intaget av amfetamin spelar stor roll, en patient som befunnit sig i en lokal med många människor där omgivande temperatur är förhöjd har större risk för hypertermi och metaboliska störningar. En patient med bröstsmärta, hjärtklappning, yrsel, huvudvärk, neurologiska störningar och synstörningar tyder på märkbar förgiftning och kräver därmed snabb bedömning. (Greene S, m.fl. 2008).

ABCDE är en initialförkortning som ursprungligen utvecklades för ATLS skolning, advanced trauma life support, en internationell trauma första hjälpen kurs. Denna initialförkortning fungerar som en minnesregel och är ämnad för första bedömning av svårt skadade patienter men kan även användas för bedömning av patienter i annan typ av nödsituation. Detta är en minnesregel som all vårdpersonal bör komma ihåg. Minnesregeln är speciellt bra att använda vid bedömning av medvetslösa patienter. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen, Westergård, 2009, 82).

A – Airway – Andningsvägar

Fria andningsvägar bör omedelbart säkras. Detta kan göras genom att man lyfter upp hakan eller lägger patienten i framstupa sidoläge. Främmande föremål i luftvägarna skall avlägsnas. Patienter som är djupt medvetslösa, d.v.s. ingen reaktion på smärta, skall intuberas brådskande. (Mäkijärvi, Harjola, Päivä, Valli, Vaula, 2015, 8), (Castrén m.fl., 2009, 82).

B – Breathing – Andning

Efter att andningsvägarna frigjorts kontrolleras om andningen är tillräcklig. Dei innebär kontroll av andning, tillräcklig ventilation, luftflöde samt bröstkorgens rörelse. Normal SpO₂, saturation är >96%, detta utesluter dock inte hypoventilation. (Mäkijärvi m.fl., 2015, 8), (Castrén m.fl., 2009, 82).

C – Circulation – Cirkulation

Följande steg innebär palpation och inspektion av patientens puls, temperatur och blodtryck. Om radialis pulsen känns är blodtrycket >80 mmHg och om carotis pulsen känns är blodtrycket >60 mmHg. Ett lågt blodtryck, systoliska <90 mmHg kan vara orsak till patientens medvetslöshet. För att korrigera det låga blodtrycket, läggs fötterna i högläge och vätska tillförs. (Mäkijärvi m.fl., 2015, 8).

D – Disability – Medvetande grad

Patientens medvetandegrad bedöms enligt GCS, Glasgow coma scale. Detta innebär kontroll av tre områden; ögon, tal och motorik. Dessa tre grupper poäng ges enligt patientens tillstånd. Det högsta poängantalet enligt skalan är 15 (Se bilaga). (Mäkijärvi m.fl., 2015, 8).

D kan även stå för decision, defibrillation, definitive treatment, dolour och differential diagnosis d.v.s. vårdbeslut, defibrillering vid hjärtstillestånd, slutlig vård, smärtbedömning och differensvård, orsakslig akutvård vid hjärtstopp. (Castrén m.fl., 2009, 82).

E – Environment – Avklädning

Patienten skall skyddas från omgivningen och dess eventuella faror/ risker. Blöta kläder avlägsnas och kroppen skyddas från kyla. (Castrén m.fl., 2009, 82).

4.7 Klinisk vård och behandling

Vården vid allvarlig amfetaminöverdosering är symptomatisk. De vitala funktionerna skall upprätthållas. Den väsentliga vården för patienten är att snabbt ge tillräckligt med lugnande läkemedel. Dehydrering kan vara noterbart och därför bör tillräcklig vätsketillförsel uppmärksammas. Vid feberreaktioner är det viktigt att snabbt sänka kroppstemperaturen. (Kuisma m.fl., 2008, 497–498), (Lund V., Vuori A, 2000).

Det finns ingen antidot för amfetamin och elimineringen av ämnet kan ej påskyndas (Lund & Vuori, 2000). Enligt Käypähoito (2012) och Mäkijärvi m.fl. (2015) räcker det med vätsketillförsel vid lindrig amfetaminförgiftning och vid behov ges Diazepam, för att lugna patienten.

Amfetamin som tagits per os absorberas snabbt via mag-tarmkanalen och för dessa patienter ges medicinskt kol vid misstanke om att det i tarmen fortfarande finns oupptaget ämne. Ordinationen är 50–100 gram. Att orsaka uppkastningsreflexer är en kontraindikation. (Mäkijärvi m.fl., 2015, 567). Enligt Käypähoito (2012) är bentsodiazepiner (Diazepam) den primära läkemedelsbehandlingen vid kramp, rytmstörningar, feberreaktioner och myokardischemi (syrebrist i hjärtmuskulaturen).

Att transportera patienten i framstupasidoläge på vänster sida är till en fördel, denna position är associerad med den lägsta absorptionsrisken av giftiga ämnen. Positionen är också bra ifall om att patienten börjar kasta upp, detta kan minska risken för aspiration. (Lau, 2000).

Enligt Greene S. m.fl. (2008) krävs en grundligare undersökning av patienter med märkbar amfetaminförgiftning, speciellt de med nedsatt medvetandegrad. Förgiftning kan förekomma i flera organsystem och undersökningen borde genomföras för att upptäcka livshotande neurologiska, kardiovaskulära autonoma och metaboliska störningar.

4.8 Dokumentation - SV 210 blankett

Alla vårdåtgärder skall dokumenteras i patientjournalen. I den prehospitala akutvården använder man sig av FPA:s (folkpensionsanstalten) SV 210 blankett som sedan vid sjukhuset bifogas till patientjournalen. Blanketten består av tre ihopsittande och självkopierande papper som består av ett administrativt- och ett vårdavsnitt. I den administrativa delen finns patientens person- och adressuppgifter, klockslag för uppgifternas utförandefas samt uppdragskod och transportkod. Vårdavsnittet består av händelseuppgifter och andra förhandsuppgifter, patientstatus och patientobservation samt vårduppgifter och vårdåtgärder. Den vårdare som tar emot patienten och skriver under blanketten, gör en bedömning av ambulanstransportens nödvändighet och faktureringen för transporten baseras på detta. (Castrén m.fl. 2009, 48).

För varje patient skall en egen blankett ifyllas. I en vårdsituation där flera enheter deltar i vården av en patient används endast en blankett. Den vårdare som är vårdansvarig för patienten är ansvarig för ifyllnaden av blanketten, personen kan fylla i blanketten själv eller delegerar det som arbetsuppgift till annan vårdare på plats. Den ifyllda blanketten skall bevaras i patientjournalen och endast de personer som deltagit i vården av patienten har tillåtelse att läsa den. (Castrén m.fl. 2009, 48).

Vid överlämning av patienten till vårdinstitutionen ges en muntlig rapport om patientens tillstånd, då klargör och kompletteras rapporten med den ifyllda blanketten. En blankett som med omsorg och noggrannhet ifyllts, fungerar som ett juridiskt vårddokument såväl för patienten som för vårdaren. Blanketten bekräftar att patientens tillstånd bevakats och vid behov även vårdats under transport. (Castrén, m.fl. 2009, 50).

Den ifyllda blanketten skall vara lättläst, förståelig och enhetlig samt skriven med tydlig handstil. Ett skrivfel överstryks med ett streck, så att det fortfarande är läsbart sedan skriver man på nytt bredvid eller ovanför. Klockslagen under uppdraget skall vara så exakta som möjligt. (Castrén m.fl. 2009, 48).

5 Metod

Detta examensarbete är en intervjustudie med ett kvalitativt perspektiv. Respondenten har samlat material i form av intervjuer, intervjuerna utfördes med en semistrukturerad intervjumetod och som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys. I detta avsnitt förklaras intervjumetod, kvalitativmetod, datainsamlingsmetod och innehållsanalys samt etiska överväganden.

Med den kvalitativa metoden systematiserar man kunskapen om det som kännetecknar fenomenet. Syftet med den kvalitativa metoden är att finna modeller, kategorier eller beskrivningar som bäst beskriver sammanhang i individens livsvärld/ i omvärlden eller ett fenomen. Den kvalitativa metoden beskriver data och människans egna talade eller skrivna ord samt observerar beteenden. Denna metod relateras ofta till tre traditioner inom de vetenskapliga kunskaperna socialantropologi och sociologi samt hermeneutik eller fenomenologi. Det unika med metoden är att karaktärisera något, alltså att undersöka hur fenomenet beskaffats. (Olsson & Sörensen, 2011).

5.1 Urval

Respondenten valde att intervjua sex personer, tre kvinnor och tre män. Personerna som intervjuades är anställda inom den prehospitla sjukvården och arbetar heltid inom ambulansverksamheten. De utvalda personerna har arbetat minst fem år inom branschen och anses därför ha tillräckligt med kunskap och erfarenhet. Personerna fick information om respondentens examensarbete och dess syfte innan intervjun påbörjades. Se bilaga 3 för intervjufrågorna.

5.2 Datainsamlingsmetod

Information kan hämtas från många olika källor såsom böcker, artiklar, avhandlingar, rapporter, hemsidor och examensarbeten. Källorna har olika funktion och ger svar på olika frågor. En lärobok ger en överblick medan en sökning via nationalencyklopedin eller ett lexikon ger introduktionen. Dessa båda kan ge idéer om var man skall fortsätta

leta. Avhandlingar och vetenskapliga artiklar ger vetenskaplig information. De källor som passar bäst är de källor som besvarar frågorna. (Henricson, 2012, 96).

Enligt Dalen (2015) är en kvalitativ intervju lämplig då forskaren vill få insikt om informantens egna tankar, känslor och erfarenheter. Målet är att få fram beskrivande och träffande information genom andra människors upplevelser. Intervjun kan vara huvudmetoden för en forskning men kan även användas som en hjälpmetod för komplettering av annat forskningsmaterial.

För att uppnå ett intervjuresultat av god kvalitet skall syftet och problemområdet vara klara och tydliga före undersökningen påbörjas. Frågor i undersökningen såsom varför och vad bör klargöras innan man ställer frågan hur. Det är viktigt att planera och tänka igenom alla faser som ingår i den kvalitativa intervjustudien. Man bör även planera vad som sker när intervjuerna väl är slutförda. Hur skall forskaren analysera materialet och hur har forskaren tänkt redovisa resultatet. (Olsson & Sörensen, 2007, 80).

Till planeringen hör formulering av syfte och frågeställningar, tidsplan, valet av intervjumetod och att göra en intervjuguide. Forskaren skall planera urvalet av deltagarna och etiken samt utföra en provintervju. Forskaren bör vara inläst på området och ge god tid för planeringen för att resultatet av intervjuerna skall bli så bra som möjligt. (Henricson, 2012, 164).

Forskaren ställs inför en del etiska problem såsom val av informanter, intervjusituationen och hur förmedlingen av forskningsresultaten sker. Forskaren har som ansvar att genom hela forskningsprocessen skydda informanterna. (Dalen, 2015, 13–14).

Enligt Olsson & Sörensen (2007) är den kvalitativa forskningsintervjun ett samtal mellan två personer med ett gemensamt intresse av ett ämne. Personen som intervjuas skall få tala till punkt och känna sig viktig. Under intervjun svarar personen på de frågor som forskaren ställer, svaren måste ha giltighet och besvara det forskaren vill ha reda på. Därmed bör forskaren skapa ett samarbetsvilligt klimat till intervjupersonen för att denne skall uppge så bra upplysningar som möjligt. Upplysningarna skall vara pålitliga utan påverkan av utomstående faktorer.

Det finns olika typer av intervjuer: strukturerade, semistrukturerade och ostrukturerade intervjuer, personliga-, grupp- och fokusgruppintervjuer. Vid

semistrukturerad intervjumetod har forskaren frågor som skall besvaras och ämnen som behandlas under intervjun, forskaren är flexibel och ger den intervjuade personen möjlighet för utvecklande av sina idéer. Denna metod har öppna svar och personen kan därför tala mera utförligt om ämnet som behandlas. (Denscombe, 2009, 234–237).

Efter all planering skall en eller flera provintervjuer utföras och i samband med detta kan inspelningsutrustningen testas. Forskaren får då pröva på rollen som intervjuare, bekanta sig med situationen, frågorna och tidsplaneringen. Detta ger intervjuaren möjlighet till eventuella behövliga förändringar inför de verkliga intervjuerna. Varje person som deltar i en intervju bör informeras om inspelning av samtalet, personerna har rätt att neka till inspelning. Detta hindrar inte utförandet av intervjun men innebär dock att intervjuaren bör göra anteckningar under samtalet. (Henricson, 2012, 169).

Frågorna för intervjun uppstod mycket naturligt utifrån syftet och frågeställningen. En testintervju utfördes för att kontrollera om några ändringar behövde göras. Respondenten tog kontakt med de utvalda informanterna och kom överens om tid och plats för intervjutillfället. Informanterna deltog frivilligt i undersökningen och fick information om examensarbetet, samtycke och konfidentialitet innan intervjun påbörjades. Intervjuerna spelades in med bandspelare och transkriberades före analysens påbörjan.

5.3 Innehållsanalys

Det insamlade materialet analyseras med innehållsanalys. För att lättare identifiera mönster och teman, klassificeras data systematiskt och stegvis, detta är det grundläggande arbetet som kännetecknar innehållsanalys. Detta kan utföras på olika sätt med olika modeller. (Forsberg & Wengström, 2013, 151).

Manifest innehållsanalys innebär att man med kvantitativa beräkningar analyserar direkt synliga teman eller mönster i texten. Detta är den ursprungliga metoden för textanalys, och ger en objektiv, systematisk och kvantitativ beskrivning av kommunikationens framträdande. (Forsberg & Wengström, 2013, 151).

Latent innehållsanalys innebär att identifiera meningsbärande enheter, att koda kategorier, identifiera centrala teman samt att man utvecklar teorier och modeller.

Målet med denna modell är att man först når djupet i texten för att sedan kunna använda data i en förklaringsmodell. (Forsberg & Wengström, 2013, 151).

Innehållsanalysen består av några olika steg. I det första steget bekantar man sig med materialet, den text som skall analyseras läses igenom många gånger. I det andra steget funderar man på vad texten handlar om, man kodar texten med ord t.ex. smärta, illamående, oro, stress och sömn. I steg tre sätts koderna i kategorier t.ex. psykisk funktion, fysisk funktion och social funktion. I steg fyra ser man om kategorierna kan sammanfattas i olika teman, i ett eller flera. Forskaren söker efter mönster genom att skapa kategorier och teman, dessa mönster kan t.ex. vara skillnader, likheter eller motsatser. (Forsberg & Wengström, 2013, 167).

Respondenten läste igenom intervjuerna flera gånger varefter texten kodades. Under läsningen av materialet kunde vissa mönster relativt snabbt ses. Koderna bestod av enstaka ord som bildade mindre grupper som sedan de tillsammans bildade större grupper. Grupperna blev huvudkategorier och underkategorier i resultatet. Detta redovisas i bilaga 4 i form av en resultattabell.

5.4 Etiska överväganden

Enligt forskningsetiska delegationen (2012) om god vetenskaplig praxis skall all vetenskaplig forskning vara tillförlitligt och för att resultatet skall vara trovärdigt skall all vetenskaplig forskning bedrivas av god etisk praxis. De centrala utgångspunkterna för god praxis är bl.a. att forskaren under forskningsprocessen är hederlig, omsorgsfull och noggrann med dokumentering och presentation av resultatet samt att dessa linjer även följs vid bedömningen av undersökningar och dess resultat. I forskningen skall metoder som använts för datainsamling, bedömning och undersökning framkomma. Forskaren skall ta hänsyn och visa respekt till tidigare publikationer och hänvisa till dessa i forskningen på ett korrekt sätt när resultat publiceras. Planering, genomförande och rapportering samt lagring av insamlade data skall förvaras enligt de krav som vetenskaplig fakta kräver.

Etiska överväganden bör alltid göras. Fusk och ohederlighet får inte förekomma inom forskning. Etiska överväganden görs beträffande urval och presentationen av resultatet (Forsberg & Wengström, 2013, 69–70).

Informanter för en intervju skall väljas på ett rättvist sätt. Det bör finnas goda skäl, både vetenskapliga och etiska till varför informanterna valts. Val av informanter bör ej göras för att de anses vara lätt utvalda. En viktig fråga som bör ställas är: gynnar informanterna forskningen eller finns det någon annan grupp som kunde gynna forskningen bättre? Forskaren bör få informanternas samtycke till deltagandet, samtycket innebär att skydda informanternas frihet och självbestämmande. Informanterna skall få information om arbetet, de skall få betänketid för att noggrant överväga om de vill delta och därtill skall deltagandet vara frivilligt. De har även frihet att när som helst avbryta medverkan. Deltagarna skall inte känna sig tvingade till att delta i intervjun. Hot, tvång eller lockande får ej förekomma. Forskaren skall värna om konfidentialitet, d.v.s. information om deltagarna såsom personuppgifter och känsliga uppgifter, obehöriga skall ej kunna identifiera deltagarna. Uppgifterna är privata och deltagarnas integritet bevaras. All data skall bevaras konfidentiellt så att ingen obehörig kan få tag på materialet, för att säkerställa detta kan allt material förvaras inlåst. Data skall heller inte presenteras så det går att återföras till enskilda individer. I presentation av data kan därmed namn på personer, platser och orter bytas ut. (Henricsson, 2012, 80-87).

6 Resultatredovisning

Detta är resultatredovisning av intervjuerna som gjorts för studien. Intervjuerna har analyserats med innehållsanalys och respondenten redovisar två huvudkategorier: klinisk bedömning och vård. Huvudkategorierna delas sedan in i underkategorier, vilka är mera beskrivande kategorier. De mera beskrivande kategorierna är bemötande, anamnes, observation och mätningar samt vårdåtgärder och svårigheter.

6.1 Klinisk bedömning

Amfetamin gör så att pulsen och blodtrycket stiger samt att pupillerna blir dilaterade. Vidare föreligger risk för hypertoni, takykardi, hypertoni och ischemi. I den kliniska bedömningen ingår bemötande av patienten, anamnes som uppger bakgrundsinformation om patienten och information om det aktuella tillståndet, observation av patienten som helhet och mätningar av patientens fysiska mående.

"Klinisk bedömning för mej e det jag ser och det jag hör, hur patienten betar sig o hur de är..."

6.1.1 Bemötande

Den kliniska bedömningen påverkas till stor del av patientens beteende. En amfetaminpåverkad patient kan vara hyperaktiv, aggressiv och oberäknelig, humöret kan snabbt svänga från det ena till det andra och farosituationer kan uppstå. Patienten kan uppleva vårdarna som hotfulla och därmed försvåras samarbetet och undersökningen. Hallucinationer kan förekomma och patientens uppfattning om omvärlden kan vara förvrängd. Om patienten befinner sig i sitt eget hem bör vårdarna vara beredda på att hen möjligen inte vill att vårdarna kommer in. Patienten kan även befinna sig på platser där det finns personer i omgivningen som eventuellt också är påverkade, det gäller för vårdarna att vara försiktiga och vid behov tillkalla på tilläggshjälp av polisen.

"Har man nu en amfetaminpåverkad patient som beter sig oberäkneligt så tå kan man nog int göra en ordentlig klinisk bedömning, eftersom man måst hela tiden va lite beredd på att dehär patienten kan t.ex. bli aggressiv och dehär patienten så kanske int riktigt förstår va man säger eller lyder uppmaningar"

"Man kan aldrig veta säkert hur di kommer att uppför sig eller hu di kommer att bete sig, de kan va så pienestä kii, först kan di va lugn o saklig sen kanske man ställer en fel fråga eller sir på dem på fel sätt så flyger di i take"

6.1.2 Anamnes

Vårdarna behöver få patientens namn, personuppgifter och information om eventuella sjukdomar och läkemedel. Det är viktigt att få veta vad patienten tagit, hur mycket, när och på vilket sätt intaget skett. All den information som behövs försöker vårdarna få fram genom att diskutera med patienten. Om patienten inte är samarbetsvillig eller patientens medvetandegrad är nedsatt kan vårdarna fråga personer i patientens omgivning om eventuell information. Det är möjligt att patienten inte vill berätta eller erkänna att hen använt amfetamin, yngre personer som eventuellt bor hemma hos föräldrarna kan utelämna information till följd av rädsla för föräldrarnas reaktioner.

"Fråga av kaverin va han ha tagi"

"Ofta vill di ju int själv berätt va di ha tagi för di har lite en sånde rädsla av att vi e poliser fast int vi e, vi behöver bara information så vi vet hur vi ska vårda dem"

6.1.3 Observation

Observation är en viktig del av den kliniska bedömningen. Vårdarna observerar patientens beteende med ögon och öron, genom att se och lyssna. Genom att se på patientens hud kan eventuella stickmärken eller andra skador uppmärksammas. Observation av patienten som helhet kan därmed ge vårdarna svar på frågor som patienten inte själv vill eller förmår uppge.

"... att man kollat huden och allting... ti si med ögonen om dom har nå sticksår."

"Blodtrycksmätning e ett bra sätt... be dem ta av sig jackan för då sir jag om det finns nå pistojälkiä"

6.1.4 Mätningar

Undersökningar och mätningar görs i mån om möjlighet, om patienten inte vill bli undersökt kan denne ej heller tvångsundersökas, patienten har rätt att neka. Alla intervjupersoner var eniga om att ABCD skall kontrolleras. För att få en helhetsbild av patientens fysiska mående görs mätningar av kroppens vitala funktioner: saturation, blodtryck, puls, glukos och temperatur. Temperaturen kan stiga vid intag av amfetamin och orsaka hypertermi. Blodsockret mäts för att utesluta eventuellt nedsatt medvetandegrad till följd av rubbningar i sockerbalansen, medvetandegraden bedöms enligt Glasgow coma scale (bilaga 1). Ett EKG, d.v.s. en hjärtfilm skall tas av patienten och patienten bör monitoreras under vårduppdraget.

"Sockret, he e ju viktigt förstås för he kan ju va att dom int ha använt amfetamin utan att he e sockret som e lågt"

"...förstås ska man ta vitaler som vanligt...tempen den kan ju stiga ganska fort... väldigt fort"

6.2 Vård

Vården av patienter som tagit amfetamin är symtomatisk. Patientens övervakas, vårdaren håller uppsikt över patientens allmänna tillstånd och vitala funktioner. Därtill monitoreras patientens hjärtrytm. Om patienten är eller blir medvetslös vårdas patienten utifrån protokoll för medvetslös patient. Det är viktigt med ett gott samarbete och lugnt arbetssätt. Det finns ingen antidot mot amfetamin, det är därför viktigt att patienter i dåligt skick transporteras till ett sjukhus, för fortsatt övervakning av det allmänna tillståndet.

"Patienten vårdas ju utifrån symtomen... tanken e ju att han ska vårdas på sama sätt som vem som helst, så långt he bara e möjligt"

6.2.1 Vårdåtgärder

Utifrån patientens tillstånd och baserat på de vitala funktionerna utförs vårdåtgärder enligt behov. ABCD skall upprätthållas, om patienten har problem med andningen skall detta åtgärdas först. Hyperaktiva patienter kan få lugnande läkemedel; (Diapam®) och hypertermiska patienter skall kylas ner. Om situationen och patienten tillåter öppnas intravenös väg för ev. läkemedelsadministrering och vårdarna lägger ett dropp för vätsketillförsel.

”Om di e hyperaktiva så går de ju att ge lite lugnande läkemedel som Diapam, oftast Diapam”

”Om di e hypertermiska så då måste man ju kyla ner dom”

6.2.2 Svårigheter

Det finns flera faktorer och svårigheter som måste beaktas vid vårdandet av denna patientgrupp. Som tidigare nämnts påverkar patientens beteende till stor del hur den planerade vården utförs, aggressivitet och hyperaktivitet försvårar arbetet för vårdarna. Patientens egen vilja, spelar stor roll, patienten har rätt att neka till undersökning och vård vid klart tillstånd, däremot kan det vara svårt att bedöma när patienten inte längre anses vara vid ”sina sinnesfulla bruk”, d.v.s. klar nog för att göra egna beslut.

”kanske dom int vill bli vårdade om dom e så pass med att dom säger att nåä dom vet nog precis vad som håller på med ungefär...”

”He heter ju att då dom e i klart tillstånd så ska dom få bestäm själv... men e dom i ett klart tillstånd om dom ha tagi amfetamin?”

Omgivningen där patienten befinner sig kan vara till fara för såväl patienten som vårdarna. Det kan finnas fler personer på plats som missbrukar, fler personer som är oberäkneliga och allmänt stora folkmassor runt patienten gör vårdandet svårare.

”Nåå di brukar ju vara i såna där epäillyttävissä olosuhteissa så he kan ju finnas många missbrukare nära dom”

7 Metoddiskussion

I detta avsnitt har respondenten gjort en kvalitetsgranskning utifrån Denscombes (2012) granskning av kvalitativa data. Delar som behandlas är trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och objektivitet. Respondenten relaterar förenämnda delar till studien.

Respondenten hade i början av studien planerat att göra en systematisk litteraturöversikt och samla in data i form av vetenskapliga artiklar. Efter att ha sökt artiklar under en period av tre månader visade det sig finnas väldigt lite forskning om ämnet. Bilaga 2 redovisar artiklarnas sökprocess, där framkommer även att endast fem artiklar skulle varit användbara för studien. Artiklarna har använts till den teoretiska bakgrunden. Utöver de sökresultat som redovisas i bilaga 2, gjordes även sökningar med fler sökord och kombinationer av sökord, dock med noll resultat, dessa exkluderades från bilagan. Respondenten valde därför att göra en intervjustudie istället. Med intervju som datainsamlingsmetod kunde respondenten ta del av sakkunniga personers kunskap, erfarenhet, information och upplevelser för att uppfylla syftet med studien och besvara frågeställningen.

7.1 Trovärdighet

Enligt Denscombe (2012) innebär trovärdighet att data som använts i studien är exakta och träffsäkra. Det finns en del åtgärder som kan hjälpa forskaren att intyga läsarna om att data stämmer men det finns ingen garanti att tillgå. För forskare som gjort intervjuer om faktiska frågor kan följande praktiska kontroller göras för att kontrollera att data verkligen stämmer och att forskare inte blir lurad. Forskaren kan enligt Denscombe (2012) kontrollera data med andra källor, kontrollera det utskrivna materialet med informanten och kontrollera rimligheten i data. Därtill kan intervjuerna jämföras med varandra för att få fram en överrensstämmelse. Detta visar även att forskaren gjort en viss ansträngning för att stärka trovärdigheten av studien.

Med intervju som datainsamlingsmetod har respondenten tagit del av sakkunniga personers kunskap, erfarenhet, information och upplevelser för att uppfylla syftet med studien och besvara frågeställningen. Det insamlade materialet har därtill kontrollerats och verifierats med evidensbaserad information från databaser och

andra vårdvetenskapliga källor. Intervjuerna jämfördes med varandra och data från informanterna stämde bra överens. För att ytterligare stärka validiteten kunde respondenten ha informanterna att läsa igenom resultatet.

7.2 Pålitlighet

För att studien skall vara pålitlig krävs en tydlig redogörelse av metod, analys och tillvägagångssätt. Procedurer och metoder skall beskrivas fullständigt, detaljerat och tydligt. Det skall på ett förståeligt sätt presenteras hur forskaren kommit fram till de slutsatser som redovisas i studien. (Denscombe, 2012).

Respondenten har i början av studien tydligt framfört syfte och frågeställning. Metod, analys och tillvägagångssätt har beskrivits samt resultatet har presenterats utan att utelämna några resultat. Respondenten har på bästa möjliga sätt gjort texten lättläst och lättförståelig.

7.3 Överförbarhet

Enligt Denscombe (2012) är kvalitativa forskningar ofta gjorda som intensiva studier och baserade på ett fåtal fall. Då uppstår en rimlig fråga ur ett statistiskt perspektiv, är detta överförbart till andra liknande fall? Kvalitativa forskare menar att frågan nog är relevant men att den vid en kvalitativ forskning bör angripas på ett annat sätt. Fynd från fallstudier är enligt kvalitativa forskare värdefulla genom att de skildrar de specifika och eventuellt unika situationerna.

Ett större antal intervjupersoner hade gett mera materialet för analysen och resultatet. Informanterna för denna studie har arbetat inom samma geografiska område, överförbarheten kunde förbättrats genom att informanter från ett bredare geografiskt område hade deltagit i studien. Överförbarheten stöds av att den teoretiska bakgrunden som baseras på tidigare forskning och evidensbaserad kunskap stöder resultatet. Forskningarna som ingår i bakgrunden är gjorda i flera olika länder, runtom i världen, inte endast i Finland.

7.4 Objektivitet

Inom kvalitativ forskning produceras data utifrån hur forskaren tolkar och använder materialet. Detta medför konsekvenser för huruvida det är möjligt för forskaren att vara objektiv. Vid kvalitativa forskningar uppstår en del frågor: på vilket sätt är forskarens "jag" inblandad i tolkningen av data och finns det möjlighet för forskaren att ha ett öppet sinne, samt är forskaren beredd och mottaglig för annorlunda svar och förklaringar gällande data. Data bör produceras baserat på fynd utan påverkan av forskarens egna åsikter och tankar. (Denscombe, 2012).

Respondenten har på bästa möjliga sätt utfört intervjuer, samlat in data och analyserat materialet och försökt att inte påverka resultatet med egna åsikter. Alla resultat är redovisade med god etisk praxis. Respondenten har en relativt nära relation med informanterna och vet att dessa har goda erfarenheter och kunskap om ämnet. Detta kan därmed försvåra respondentens möjlighet till ett öppet sinne och mottaglighet för information.

8 Resultatdiskussion och slutledning

Syftet med examensarbetet var att få ökad kunskap om hur sjukskötare utför klinisk bedömning och vård av amfetaminpåverkade patienter inom den prehospitala akutvården. Respondenten ville ha svar på frågeställningen: vad innebär klinisk bedömning och vård inom den prehospitala akutvården av amfetaminpåverkade patienter? Respondenten valde att göra en intervjustudie. Med intervju som datainsamlingsmetod kunde respondenten ta del av sakkunniga personers kunskap, erfarenhet, information och upplevelser för att uppfylla syftet med studien och besvara frågeställningen.

Resultatet visade att det finns många faktorer och svårigheter som påverkar vårdssituationen för amfetaminpåverkade patienter. Vårdssituationen påverkas av patientens beteende, omgivning och oberäknelighet. Vårdarna tänker på patientens bästa och vill dem väl, trots att de själva kan bli utsatta för farliga situationer. Knudsen (2015) och Kuisma m.fl. (2008) beskriver beteendet och bemötandet av den

amfetaminpåverkade patienten, patientens beteende är intensivt och den psykiska och fysiska aktiviteten är ökad, dessa faktorer bidrar till risk för våld.

Eftersom risken för våld är stor är ett samarbete med polisen väsentligt. Informanterna upplevde klinisk bedömning och vård av den amfetaminmissbrukande patienten väldigt lika och resultatet visade att de var eniga gällande påverkande faktorer och svårigheter såsom ett aggressivt och oförutsägbart beteende samt en omgivning med många riskfaktorer.

I resultatet framkom även hur viktig det är med vård enligt ABCD, airway, breathing, cirkulation och disability. Det är mycket svårt att veta när, hur och vad patienten missbrukat. Eftersom det inte finns någon antidot mot amfetamin innebär det symtomatisk vård samt övervakande och upprätthållande av vitala funktioner. Detta stöds av Castrén m.fl. (2009), Kuisma m.fl. (2008) och Lund & Vuori (2000).

Utifrån resultatet kan man konstatera att vårdare inom den prehospitalla akutvården bör ha goda sociala förmågor, vara utåtriktad och påhittig för att lösa olika situationer. Det krävs erfarenhet och en ödmjuk attityd. Det finns situationer då det inte går att följa teoriböcker till punkt och pricka, istället behövs en lämplig lösning för just den situationen. Dock behövs teoretisk kunskap för att utföra klinisk bedömning och vård av patienten. Enligt Pettie & Dow (2013) har vårdaren en mycket viktig roll. Med lämplig kunskap och kompetens kan sjukskötaren utföra vård vid överdos på ett effektivt sätt. Lau (2000) menar även han att vårdaren bör ta en aktivare roll vid vården av överdos för att patienten skall kunna återgå till samhället med minimala handikapp.

Liksom Erikssons (1995) vårdande vård, medicinsk vård och själavård kan dessa former speglas till vården av den amfetaminmissbrukande patienten. Patientens grundbehov uppfylls, mediciner tillförs och den psykiska och sociala delen stöds på flera olika sätt. Enligt Eriksson (1995) har vårdarens och vårdens fokus alltid varit inriktad på människans hälsa som helhet och individ. Den vårdande vården är den mest primära formen och utgångspunkten för vården är det fysiska livsrummet. Den kliniska bedömningen innebär bemötande av patienten, utförande av anamnes, observation och mätningar, patienten ses över som helhet och som enskild individ.

Eriksson (1995) menar att det finns olika medicinska modeller för att förklara och lösa hälsoproblem. Med apparatfelsmodellen utgår man ifrån att det finns brister i funktion hos enskilda organ och delar. Med denna medicinska modell görs ett direkt ingripande i de bristande enheterna. Hypertermi, takykardi och hypertoni är risker som föreligger hos patienter som tagit amfetamin. Vården för dessa patienter innebär därmed ingripande i den bristande funktionen, vården får ett fokus, t.ex. fokus på att sänka patientens temperatur, puls eller blodtryck.

Patienter som nekar till vård kan ej vårdas med tvång, varje patient har en egen vilja, egna åsikter och känslor. Eriksson (1995) menar att själavården och dess attribut för tron skiljer sig från andra vårdformer. Människan är hel och har hälsa i den stund människan anser det vara så, oberoende av yttre objektiva kriterier. Detta gäller även i en omvänd situation där människan inte anser sig ha hälsa eller känner sig hel. Vårdaren bör respektera patientens egen vilja och visa förståelse. I själavården skall människan ges möjlighet till bekännande av synder, få total förståelse, känna tillit och få känna sig älskad. Syftet är att nå hälsa och helhet.

Som tidigare nämnts i resultatet kan amfetaminpåverkade patienter vara oberäkneliga och psykiskt ostabila. Med en psykodynamisk modell utgår man ifrån att ohälsa uppkommer till följd av konflikter och skuld-känslor och då bygger vården på förståelse. (Eriksson, 1995).

För att gå vidare med studien kunde man undersöka patienternas upplevelser. Hur upplever patienten bemötande och vården som erbjuds, är de medvetna om riskfaktorer och faror som förekommer. Undersökningen kunde ha fokus på patientens fysiska och psykiska välmående. Kunde den kliniska bedömningen och vården bli bättre genom förståelse för patientens egna upplevelser.

Källförteckning

- Ballotta D., Hughes B., Carpentier C., 2002. *Fokus på narkotika*. [Online]
http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwiNsND0mZXMAhWDCpoKHXqZCN0QFggxMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fsystem%2Ffiles%2Fpublications%2F166%2FDif02sv_63216.pdf&usg=AFQjCNE8_aELP6A_JI_tbp9EZY6Nj92jnA&sig2=UW63ljxy_ZEimV9AkI4G_Q
 [Hämtat: 17.4.2016]
- Castrén M., Aalto S., Rantala E., Sopanen P., Westergård A., 2009. *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. Helsingfors: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Castrén M., Helveranta K., Kinnunen A., Korte H., Laurila K., Paakkonen H., Pousi J., Väisänen O., 2012. *Ensihoidon perusteet*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy
- Dalen M., 2015. *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB
- Denscombe M., 2012., *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur AB
- Eriksson K., 1995. *Vårdandets idé*. Stockholm: Gotab
- Finlex, 2008. *Narkotika*. [Online]
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2008/20080373#L1P3> [Hämtat: 12.4.2016]
- Finnell J., Harris C., 2000. *Cardiovascular toxicity of selected drug overdose*. Aspen publishers.
- Forsber C., Wengström Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur
- Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis*. [Online]
<http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis> [Hämtat: 29.3.2017]
- Green L, Kerr F., Braitberg G., 2008. *Amphetamines and related drugs of abuse*. Australia: Emergency medicine Australasia

Henricson M., (red.), 2012. *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd, 2016. *Narkotika i Finland*. [Online]

<https://www.thl.fi/sv/web/alkohol-tobak-och-beroenden/narkotika/narkotika-i-finland> [Hämtat: 15.4.2016]

Knudsen K., 2016. *Intoxikation och missbruk – Amfetamin* [Online]

<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2714> [Hämtat: 18.11.2016]

Kuisma M., Holmström K., Porthan K., 2008. *Ensihoito*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Käypähoito, 2012. *Huumeongelmaisen hoito*. [Online]

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041> [Hämtat: 22.11.2016]

Lau FL., 2000. *Emergency management of poisoning in Hong Kong*. Hong Kong.

Lund V., Vuori A., 2000. *Huumemyrkytyspotilaan ensihoito*. Duodecim

Mäkijärvi M., Harjola V-P., Päivä H., Valli J., Vaula E., 2015. *Akuuttihoito opas*. Borgå: Bookwell Oy

Ollgren J., Forsell M., Varjonen V., Alho H., Brummer-Korvenkontio H., Kainulainen H., Karjalainen K., Kotovirta E., Partanen A., Rönkä S., Seppälä T., Virtanen A., 2014. *Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys 2012*. Yhteiskuntapolitiikka

Olsson H., Sörensen S., 2007. *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber Ab

Olsson H., Sörensen S., 2011. *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB

Pettie J., Dow M., 2013. *Management of poisoning in adults*. UK: Nursing standard.

Salaspuro M., 2005. *Stimulanttien käyttöön liittyvien ongelmien hoito*. Helsinki: Alkoholi- ja huumeutukijan seura

Social- och Hälsovårdsministerier, (u.å.). *Eu och internationell narkotikapolitik*. [Online] <http://stm.fi/sv/narkotikapolitik/eu-och-internationell> [Hämtat: 17.4.2016]

Schwartz J., Roth T., 2006. *Shift work sleep disorder – Burden of illness and approaches to management*. Adis data information BV

Smith S., Miller E., 2000. *Drugs and addictions*. U.S Department of education

Vesanto R., 2015. *Prehospital akutsjukvård*. [Online]

https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/akuten/prehospital-akutsjukvard/ [Hämtat: 29.11.2016]

Bilaga 1

Glasgow coma scale

Behavior, Beteende	Response, Respons	Score, Poäng
Ögonöppning	Spontant	4
	På uppmaning	3
	Vid smärtstimulering	2
	Ingen respons	1
Verbal respons	Orienterad	5
	Förvirrad	4
	Osammanhängande	3
	Obegripliga ljud	2
	Ingen respons	1
Motorik	Följer uppmaning	6
	Lokaliserar smärta	5
	Avvärjer smärta	4
	Patologisk böj mönster	3
	Patologiskt sträckmönster	2
	Ingen respons	1
Total poäng:	Full poäng	15
	Lägst poäng	3

Bilaga 2

Sökhistorik

Databaser	Sökord	År	Antal träffar	Antal valda
ABI/INFORM Global	Amphetamine Intoxication	Ingen begränsning	74	2
	Prehospital intoxication	Ingen begränsning	7	2
	Emergency medical care intoxication	Ingen begränsning	207	2
	Clinical Assessment Amphetamine Intoxication	Ingen begränsning	44	1
MEDLINE/PUBMED	Amphetamine Emergency	Ingen begränsning	33	3
	Amphetamine Overdose	Ingen begränsning	10	2
	Amfetamiini	Ingen begränsning	1	1
	Prehospital Poisoning	Ingen begränsning	56	2
	Prehospital Treatment Drugs	Ingen begränsning	40	1
	Emergency Medical	Ingen begränsning	4	1

	Service Poisoning			
CINAHL with fulltext (EBSCO)	Prehospital Poisoning	Ingen begränsning	29	3
	Emergency Care Poisoning Triage	Ingen begränsning	15	1
Sammanlagt:				5

Bilaga 3

Intervjufrågor

1. Vad innebär klinisk bedömning av patienter som missbrukar amfetamin?
2. Vilka redskap och metoder används för den kliniska bedömningen?
3. Kan du beskriva svårigheterna vid bedömningen?
4. Vilka faktorer kan påverka den kliniska bedömningen?
5. Hur vårdas patienten?
6. Kan du beskriva svårigheterna vid vårdandet?
7. Vilka faktorer kan påverka vården?
8. Har du något att tillägga?

Bilaga 4

Resultatfigur

TEMA	KATEGORI	UNDERKATEGORI	KODER
Amfetaminmissbrukande patient i den prehospitaled akutvården.	Klinisk bedömning	Bemötande	Samarbete, omgivning, rädsla, aggressivitet, oberäknelig, ovetskap, att dölja
		Anamnes	Vad, när, hur, mängd, ålder, tidigare sjukdomar
		Observation	Ser och hör, det visuella, hud, pupiller, stickmärken, sår
		Mätningar	Blodtryck, puls, saturation, socker, temperatur, ekg, monitorering, GCS, ABCD

	Vård	Vårdåtgärder	Vätsketillförsel, sänkande av temperatur, läkemedel,
		Svårigheter	Beteende, patientens vilja,