

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2008:35

Den osynliga ambulanssjukvården -  
dokumentation av den omvårdnad och smärtbehandling som ges till  
patienter med central bröstsmärta

Jonas Wallin  
Erika Östberg



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Den osynliga ambulanssjukvården - dokumentation av den omvårdnad och smärtbehandling som ges till patienter med central bröstsmärta
Författare:	Jonas Wallin Erika Östberg
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Avancerad nivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård 60hp. Institutionen för Vårdvetenskap, Högskolan i Borås
Handledare:	Birgitta Wireklint Sundström, Fredrik Ståhl
Examinator:	Anders Bremer

## Sammanfattning

Det prehospitala vårdarbetet är komplext och det är en utmaning för sjuksköterskor att kunna balansera medicinsk och vårdvetenskaplig kunskap. Sjuksköterskors dokumentationsansvar syftar till att trygga patientens säkerhet samt utgöra ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av utförd vård och behandling. Patienter med centrala bröstsmärtor är en stor patientgrupp inom prehospital akutsjukvård. Är dokumentationen i ambulanssjukvård en garanti för patientens säkerhet i samband med akut bröstsmärta? Syftet är att undersöka faktorer som kan påverka ambulanssjukvårdens dokumentation med fokus på vård och behandling av patienter med central bröstsmärta. Studien är en kvantitativ, retrospektiv journalstudie. Författarna ville undersöka vad som dokumenteras och vad som möjligen påverkar dokumentationen.

Resultatet visar att dokumentationen påverkas av patientens ålder, ambulansuppdragets prioritet och insatstid. Det kunde inte påvisas att dokumentationen var sämre nattetid. Skillnader mellan män och kvinnors sätt att uttrycka smärta skapade nya frågor kring dokumentationen. Det var även förbryllande att behandlingsriktlinjerna inte följdes helt vad gäller EKG-undersökning medan det verkar vara lättare att dokumentera fysiologiska mätvärden. Vidare framkom det med tydlighet att dokumentation av omvårdnaden inte är prioriterad vilket kan bero på tidsbrist, okunskap och att omvårdnaden anses självklar. Ytterligare en förklaring kan vara att dokumentation i akutsjukvården traditionellt sett varit medicinskt inriktad. En uppföljning med intervjuer av ambulanssjuksköterskor om deras omvårdnadsåtgärder och dokumentation kan tillföra ytterligare kunskap i ämnet.

Nyckelord: Ambulans, dokumentation, prehospital, omvårdnad

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Hur dokumentation bör vara.....	1
Hinder för god dokumentation .....	2
Att bli vårdad prehospitalt.....	3
Patientens behov av ambulanssjukvård.....	3
Att vårda prehospitalt .....	3
Prehospitalt vårdmöte .....	4
Vårdande förhållningssätt.....	4
Prehospitäl vård och behandling av patient med central bröstsmärta.....	5
Överlämna patienten till mottagande avdelning och avsluta vård och behandling.....	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>8</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Kvantitativ ansats .....	8
Litteratursökning .....	8
Geografiskt område och patientunderlag .....	9
Etiska överväganden.....	9
Genomförande.....	9
Urval.....	10
Instrumentet .....	11
Dataanalys .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Kön.....	13
Symtombeskrivning .....	13
Behandling.....	13
Ålder.....	14
Symtombeskrivning .....	14
Behandling.....	15
Tid på dygnet.....	16
Symtombeskrivning .....	16
Behandling.....	17
Prioritet till sjukhus.....	18
Symtombeskrivning .....	18
Behandling.....	19
Insatstid .....	20
Symtombeskrivning .....	20
Behandling.....	21
Undersökning av bröstsmärta med EKG. ....	22
Omvårdnadsdokumentation .....	23
Faktorer som påverkar omvårdnadsdokumentationen.....	23

Exempel på omvårdnadsåtgärder .....	24
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>25</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>25</b>
Studiens validitet .....	25
Urval.....	26
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>26</b>
Symtombeskrivning .....	27
Behandling.....	29
Omvårdnad.....	32
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>35</b>
<b>IMPLIKATIONER FÖR AMBULANSSJUKVÅRDEN</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>36</b>

Tabell 1.	Inklusions- och exklusionsredovisning
Tabell 2.	Symtombeskrivning i relation till kön
Tabell 3.	Behandling i relation till kön
Tabell 4.	Symtombeskrivning i relation till fyra olika åldersgrupper
Tabell 5.	Behandling i relation till fyra olika åldersgrupper
Tabell 6.	Symtombeskrivning i relation till tre olika tidsintervaller på dygnet
Tabell 7.	Behandling i relation till tre olika tidsintervaller på dygnet
Tabell 8.	Symtombeskrivning i relation till tre olika uppdragsprioriteter
Tabell 9.	Behandling i relation till tre olika uppdragsprioriteter
Tabell 10.	Symtombeskrivning i relation till fyra olika insatstidsintervaller
Tabell 11.	Behandling i relation till fyra olika insatstidsintervaller
Tabell 12.	Antal dokumenterade EKG undersökningar

Bilaga 1.	Ambulansjournal
Bilaga 2.	Instrumentet

## **INLEDNING**

Detta är en studie som avser att belysa den dokumentation som utförs av ambulanssjuksköterskor. Ambulanssjukvårdens dokumentation är ett relativt outforskat område och därför intressant att studera. Det är mot bakgrund av egna erfarenheter av prehospitalt arbete som vi valt inriktning för examensarbetet. Vi har funnit att dokumentationen bör utvecklas och väljer därför att fördjupa våra kunskaper inom ambulanssjukvårdens dokumentation med fokus på patienter med central bröstsmärta (CBS). Sådan kunskap kan leda till en mer enhetlig dokumentation inom ambulanssjukvård i syfte att öka patientsäkerheten. Tre hypoteser sattes upp: 1) Omvårdnaden är inte särskilt väl dokumenterad i ambulansjournalen. 2) Det kan finnas faktorer som påverkar hur ambulanssjuksköterskor dokumenterar. 3) Utvärdering av given smärtbehandling är bristfälligt dokumenterad.

## **BAKGRUND**

Redan på 1600-talet f. kr Kristus finns den första medicinska dokumentationen nedtecknad. Dokumentationen utvecklades senare av Florence Nightingale då hon fann att den var mycket bristfällig. I Sverige finns medicinska journaler från början av 1800-talet, då uppförda i böcker med sirlig utsökt handstil. Journalen var ungefär en sida och innehöll namn, ålder, social ställning och bostad samt en kort beskrivning av behandling. På 1930-talet började sjuksköterskor skriva på papper med hjälp av skrivmaskin och på 1960-talet uppfördes rapportblad som sedan arkiverades med journalen (Djärv, Hilmersson, Nilsson & Noren-Winsell, 1987).

### **Hur dokumentation bör vara**

Hälso- och sjukvården styrs av lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Bland annat är sekretesslagen, patientjournalagen, tryckfrihetsförordningen, lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, arkivlagen och personuppgiftslagen styrande för dokumentationen (Fröberg & Sundström, 2005). Sjuksköterskor har sedan i mitten av 80-talet en skyldighet att föra patientjournal. Anteckningar skall göras för varje enskild patient och vid varje kontakt. Patientjournalen är ett arbetsverktyg för personalen men också en informationskälla för patienten. Den är även ett instrument för kvalitetssäkring samt underlag för tillsyn och forskning. I lagen betonas det personliga yrkesansvaret (Ehnfors, Ehrenberg &

Thorell-Ekstrand, 2000). Patientjournalagen (SFS 1985:562) är den lag som styr vad sjuksköterskor är skyldiga att dokumentera. Patientjournalen skall därför innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (Fröberg & Sundström, 2005). Alla omvårdnadsåtgärder omfattande förebyggande insatser, diagnostik, vård och behandling utgör viktiga uppgifter som behöver dokumenteras för att patienten skall uppnå en god och säker vård. Dessa vårdande åtgärder skall journalföras enligt § 3 i patientjournalagen (1985:562). Om omvårdnaden delegeras till personal som inte är skyldiga att föra journal kan det också vara lämpligt att lägga in ett dokumentationsansvar (SOSFS 1993:17).

Vid journalgranskning finns det olika kravnivåer på granskningen. Exempel på enkla krav är om journalen innehåller signering, datering, patientens identitet och läsbarhet. Ställs något högre krav på granskningen så granskas innehållet vad gäller faktiskt omvårdnadsinnehåll samt om innehållet håller ihop rationellt. Höjs kraven ytterligare skall innehållets kvalitet med avseende på bedömningar, åtgärder för vissa problem/behov granskas och om dokumentationen speglar en helhetsbild, omtanke och kunskap (Ehnfors m.fl., 2000).

### **Hinder för god dokumentation**

Att sätta ord på eget och patientens sätt att agera skapar möjligheter för andra vårdgivare att delta och bidra med feedback till sjuksköterskan (Wiklund, 2003). Sjuksköterskor dokumenterar ofta utan reflektion och de tror många gånger att de dokumenterar mer än vad de egentligen gör. Sjuksköterskor anser att det är svårt att dokumentera omvårdnad och de säger sig sakna ord för den aktuella handlingen. Sjuksköterskan har en blick för patientens situation och problem och ”vet” vilka omvårdnadsåtgärder som är aktuella. Detta har samband med den omedelbara handlingen som är vanlig för sjuksköterskan. Den omedelbara handlingen är prerefektiv och ofta oreflekterad och därmed också omedveten, en handling som sjuksköterskan gör utan att tänka på det. Detta kan försvåra dokumentationen. Genom reflektion och forskning blir omvårdnaden mer ”synlig” och tillgänglig för andra på ett adekvat sätt. Omvårdnaden kan utvecklas först efter att den har synliggjorts (Kim & Park, 2005; Sarvimäki, 1997). Att bedöma patienten är att samla data som analyseras och tolkas. Innebörden av dessa data varierar dock och därför kan det finnas olika meningar om vad som också skall dokumenteras och hur dokumentationen skall struktureras (Wireklint Sundström, 2005). Sjuksköterskors omvårdnadshandlingar och effekterna av omvårdnaden syns inte så

länge som den inte dokumenteras. Sjuksköterskor anger att det är brist på tid som gör att dokumentationen blir bristfällig (Kim & Park, 2005).

### **Att bli vårdad prehospitalt**

Att bli vårdad prehospitalt kan i många fall vara förenat med stress och lidande. De som berörs av detta är människor med ohälsa, sjukdom eller trauma samt deras anhöriga och närstående. Att bli tvungen att be om hjälp kan i sig skapa ett lidande hos den hjälpsökande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

### **Patientens behov av ambulanssjukvård**

När patienter bestämmer sig för att söka ambulanssjukvård och ringa 112 så befinner de sig ofta i en situation där känslan av att få hjälp omedelbart är mycket påtaglig. Att ringa efter ambulans anses som ett stort steg att ta för de sjuka och deras anhöriga (Ahl, Nyström & Jansson, 2005). Patienten är expert på sin egen hälsosituation vilket innebär att vårdaren bör befinna sig på samma nivå som patienten och att det alltid är patientens behov som styr vilka insatser som skall göras. Patienter inom den prehospitala akutsjukvården behöver bemötas med lyhördhet så att förutsättningen för hälsoprocess skapas i ett tidigt skede i vården. Lidandet minskar när det kommer kompetent vårdare som kan hjälpa (Dahlberg m.fl., 2003). Av de patienter som kom in akut med hjärtinfarkt valde 68 procent av patienterna att åka ambulans till sjukhuset. Av dem som valde andra färdssätt så var argumenten att de inte kände sig sjuka nog, att de inte tänkte på att ringa efter ambulans och att det kändes onödigt (Johansson, Strömberg & Swahn, 2004). En studie som gjordes 2005 visade att av de patienter som ringde efter ambulans bedömde ambulanspersonalen att ca 64 procent var i behov av ambulanssjukvård, de andra hade kunnat använda sig av annat transportsätt som exempelvis bårtaxi. Behov av omvårdnad utan andra medicinska åtgärder räknades som att behov av ambulanssjukvård fanns (Hjälte, 2005).

### **Att vårda prehospitalt**

Det prehospitala arbetsfältet utgör ett komplext kunskapsfält och det kommer an på vårdaren att balansera medicinsk vetenskap och vårdvetenskaplig kunskap (Dahlberg m.fl., 2003). Ambulanssjukvårdens arbetsfält fordrar samarbete och samförstånd mellan kollegor med olika yrkesroller för att skapa en trygg och säker arbetssituation i varje ambulansuppdrag. Yrkesrollerna som vårdare och förare är en balansgång som bygger på en tyst

överenskommelse mellan kollegorna. Denna laganda grundar sig på ömsesidig delgivning av erfarenheter som blir en grund för det komplexa arbetet med att ta hand om svårt sjuka patienter (Ahl, Hjälte, Johansson, Wireklint Sundström, Jonsson & Suserud, 2005).

### **Prehospitalt vårdmöte**

Det prehospitala mötet startar med ett löfte om vård vilket kan uttryckas som att: ”vi kommer till dig”, ett löfte som bekräftas redan i telefonsamtalet med SOS och som nästan alltid infrias. Redan här startar vårdrelationen mellan vårdare och patient (Dahlberg m.fl., 2003). I samma stund som ambulanssjuksköterskan träffar den hjälpsökande patienten startas flera processer. Patienten startar sin hälsoprocess, vårdaren går in i sin professionella omvårdnadsprocess för att ge optimal vård och mötet mellan sjuksköterskan och patienten blir en process som har betydelse för vårdandet (Eriksson, 1988; Lindström, 1994). Denna process tillsammans med den mellanmänskliga relationen utgör en förutsättning för vårdandet som annars kan bli opersonligt med tekniska och fysiologiska arbetsuppgifter (Wiklund, 2003). Sjuksköterskan som upplåter sin tid och kunskap blir en tillgång för patienten samtidigt som patienten låter sjuksköterskan ta del av sin livsvärld. Detta samspel kan inte tvingas fram utan vårdrelationen måste ha fokus på patienten (Fredriksson, 1999; Kasén, 2002). Patienter som är i behov av vård upplever en känsla av att vilja överlämna sig till ambulanssjuksköterskor i samma stund de möts (Ahl m.fl., 2005).

### **Vårdande förhållningssätt**

Vårdarens engagemang, att lyssna, ta det lugnt och skapa förtroende i den aktuella situationen är viktigt för att patienten skall känna sig omhändertagen och trygg. Mötet skapar även kontakt med den sjukes anhöriga i deras egen miljö (Dahlberg m.fl., 2003). Patientens upplevelse, som den kommer till uttryck genom anamnesen, vägleder vårdarens val av behandlingsstrategi oberoende om det finns stöd från kliniska fynd eller objektiva symtom. Patientperspektiv och tilltro till patientens problem är det som utgör vårdens ideal. Ambulanssjuksköterskor skall ha som syfte att hjälpa patienten att känna tillfredsställelse trots de omständigheter som exempelvis ambulans kan associeras med (Wireklint Sundström, 2005). Ett etiskt förhållningssätt grundar sig på vårdvetenskap där individ och hälsa kännetecknas av integritet och värdighet. Patienten betraktas som expert på sitt eget lidande, välbefinnande och sin situation. Detta etiska förhållningssätt medverkar till att patienten kan känna tillit för och i vården (Dahlberg m.fl., 2003). Patientperspektivet anger dessutom en

hållning och en värdegrund som kännetecknas av att vara reflekterande (Wireklint Sundström, 2005).

För att förtydliga synen på vad god omvårdnad är så har socialstyrelsen gett ut råd beträffande omvårdnadens innehåll och utförande. Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom/ohälsa, minska lidande och ge möjlighet till värdig död. Omvårdnaden skall vara till hjälp för den person som inte klarar av vardagliga handlingar på egen hand. Vårdaren lindrar smärta och stödjer patienter i deras reaktioner på sjukdom och/eller trauma. Omvårdnad kan vara allmän eller specifik. Den allmänna omvårdnaden är oberoende av sjukdom och behandling och kan utföras av all hälso- och sjukvårdspersonal (SOSFS 1993:17). Grundvården innehåller allt det en människa anses behöva oberoende grad av hälsa. Den utgår från människans grundläggande behov såsom organiska, emotionella, kulturella, sociala, utvecklings- samt andliga behov (Eriksson, 2000). Specifik omvårdnad kräver specifik kompetens av den som utför omvårdnaden. Sjuksköterskan är den som har kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad (SOSFS 1993:17). Ambulanssjuksköterskan måste kunna utföra undersökningar och behandlingar och själv ansvara för dessa inom specialområdet. Vidare skall ambulanssjuksköterskan ansvara för omvårdnad av patienter i alla åldrar, olika kulturer, sociala och religiösa tillhörigheter. Sjuksköterska med specialisering inom ambulanssjukvård skall därtill kunna hantera medicinsk apparatur, radiokommunikation, förflyttningsteknik, planering och ledning vid stora olyckor och katastrofer (SOSFS 1997:18).

### **Prehospital vård och behandling av patient med central bröstsmärta**

CBS orsakas ofta av hjärtinfarkt och instabil angina. Hjärtinfarkt innebär försämrat blodflöde i hjärtats kransartärer vilket leder till ischemi och muskelcellskada i myokardiet. Instabil angina innebär förändring i kranskärl som spasm eller rupturerande plack. Blodflödesstörningen i kranskärllet varar inte mer än 15 minuter och ingen bestående hjärtskada sker. Symtomen vid dessa tillstånd är tryck över bröstet, smärta bakom bröstbenet med ev. utstrålning i armar, hals eller rygg. Hjärtinfarkt kan även ge ångest, kallsvettning, illamående och andfåddhet. Kvinnors symtom kan ibland vara mer subtila med ryggvärk, andnöd och/eller åtstramning i käkar. Behandlingen av dessa tillstånd sker på liknande sätt tills diagnos är fastställd. Diagnosen hjärtinfarkt fastställs med hjälp av symtom, EKG och biokemiska markörer (Ericson & Ericson, 2002).

Historiskt sett har vården av patienter med CBS bestått av så snabb transport som möjligt till närmsta sjukhus. Idag arbetar svensk ambulanssjukvård allt mer efter den så kallade Stay-and-play-modellen. Denna modell innebär att ambulanssjuksköterskan bedömer och behandlar patienten innan transport till mottagande enhet (Svensson m.fl., 2003). Många av de patienter som ambulanssjuksköterskor möter är patienter som lider av CBS. Bland alla prio 1 uppdrag bestod 23 procent av bröstsmärta eller hjärtsjukdom, endast trauma hade något högre prevalens. I 12 procent av alla prio 2 uppdrag angavs bröstsmärta eller hjärtsjukdom som larmorsak. Detta var den största gruppen i denna prioritet (Hjälte, 2005). Ungefär en femtedel av alla patienter som läggs in för vård lider av akut bröstsmärta. Medelåldern på dessa patienter var ca 64 år och fördelningen mellan könen var likvärdig (Karlsson, Karlsson, Kalin, Svensson, Zehlertz & Herlitz, 2000). Således är bröstsmärta en av de vanligaste åkommorna och många av dessa patienter transporteras till sjukhus med ambulans vilket borde vara en fördel eftersom de får smärtstillande, syrgas och infarkthämmande läkemedel (Herlitz, Hjälte, Karlsson, Suserud & Karlsson, 2006). Vårdaren larmas ut till patienten med viss information om vad denne har för problem. Om patienten uppger CBS så är det dessa problem patienten upplever trots avsaknad av mätbara symtom. Ibland krävs medicinska åtgärder, dock inte vid alla tillfällen (Dahlberg m.fl., 2003). Ambulanssjukvården är idag en kvalificerad vårdform där arbetet sker systematiskt efter behandlingsriktlinjer. Behandlingsriktlinjerna skall fungera som ett stöd för minnet och utgångspunkt för ett gott prehospitalt omhändertagande. De är dock inte heltäckande för alla de tillstånd som prehospital vårdpersonal kommer i kontakt med (Behandlingsriktlinjerna, Värmland).

Utebliven eller bristande vård kan leda till att symtom och sjukdomsproblem blir värre. Smärtan i bröstet kan leda till en känsla av att förlora kontrollen, och att inte bli trodd kan uppfattas som kränkande (Wiklund, 2003). Att på ett tidigt stadium identifiera symtom på hjärtsjukdom och påbörja behandling med nitrater och aspirin förbättrar patientens prognos (Herlitz & Svensson, 2006). Symtom som svimning, arytmier, dyspné och buksmärta intar en underordnad roll hos patienter med akut hjärtinfarkt, det överordnande symtomet hos dessa patienter är CBS. En viktig aspekt är att 24 procent av patienterna med akuta coronara symtom inte klassificeras som prio 1 av SOS-operatören. Prio 1 bedöms oftast när patienten har ett sämre kliniskt tillstånd. Det är ca 50 procent av patienterna med akut myokardishemi som bedöms som prio 1 av ambulanspersonalen (Herlitz, Starke, Hansson, Ringvall, Karlson & Waagstein, 2001).

För att underlätta beslut om lämpliga åtgärder för patienter med stor risk att drabbas av akut coronart syndrom, är det viktigt att kunna identifiera dessa patienter tidigt i vårdkedjan, inte minst prehospitalt (Svensson, Isaksson, Axelsson, Nordlander & Herlitz, 2003). Patienter med akut hjärtsjukdom behöver behandlas farmakologiskt men sjuksköterskans omvårdningsroll har också stor betydelse för patienten. En patient med CBS har ofta mycket ångest och oro och det är viktigt att sjuksköterskan förklarar vad som händer, vilka behandlingar som utförs och varför. Detta måste förklaras med enkla ord i ett lugnt tempo så att situationen känns bekvämare för patienten och de närstående (Almå, 2001). När undersökning sker av en patient prehospitalt görs följande iakttagelser: andning, cirkulation, medvetande, EKG (sänd 12-avl EKG) och smärta. Samtidigt som anamnes tas, patienten intervjuas och undersöks så journalförs de fynd eller avsaknad av fynd som hittas (Behandlingsriktlinjerna, Värmland). Vårdaren tvingas kanske fokusera på hjärtat t.ex. genom att använda medicinskteknisk utrustning. Patienten kan i detta läge känna sig "utlämnad" och har behov av att få information för att känna sig trygg i situationen (Dahlberg m.fl., 2003).

### **Överlämna patienten till mottagande avdelning och avsluta vård och behandling**

Avslutandet av vården i ambulans bör påbörjas i god tid före ankomst till sjukhuset så att patienten hinner vänja sig. Mötet i ambulansen är kort men mycket intimt och med en fysisk närhet som inte alltid finns inom den slutna vården på en akutmottagning. Vårdrelationen i ambulansen kan således sammanfattas som total närvaro (Dahlberg m.fl., 2003). Överlämnandet av patienten till sjuksköterskor på akutmottagning och den muntliga rapportering ambulanssjuksköterskor gör, handlar ofta om patientens anamnes, vad som hänt, patientens tillstånd, vilka parametrar som uppmätts och vilken behandling som initierats (Bruce & Suserud, 2005). Dokumentationen är nu det som finns kvar av mötet mellan patienten och ambulanssjuksköterskan.

## **PROBLEMFORMULERING**

Patienter med CBS är en stor och vanlig patientgrupp inom prehospital akutsjukvård. Smärtlindring är en prioriterad vårdåtgärd vid omhändertagande av dessa patienter. Därför är det viktigt att problematisera hur ambulanspersonal dokumenterar vård och smärtbehandling av patienter med CBS. Att ambulansjournaler håller god kvalitet är grundläggande för fortsatt vård och behandling. Speciellt viktig är dokumentationens innehåll då patienten överrapporterar mellan två vårdenheter, t.ex. mellan prehospital akutsjukvård och hospital vård. Är dokumentationen en garanti för patientens säkerhet med avseende på vård och behandling i samband med akut bröstsmärta? Vi avser att studera följande frågeställningar: Hur dokumenteras patientens smärta i ambulansjournalen? Hur dokumenteras given smärtbehandling? Hur utvärderas smärtbehandlingen? Hur dokumenteras omvårdnaden av dessa patienter?

## **SYFTE**

Syftet är att undersöka faktorer som kan påverka ambulanssjukvårdens dokumentation med fokus på vård och smärtbehandling av patienter med central bröstsmärta.

## **METOD**

### **Kvantitativ ansats**

Studien är en kvantitativ retrospektiv journalstudie. Kvantitativa studier besvarar frågor hur ofta något förekommer, fenomenets karaktär, faktorer som relaterar till fenomenet, vilka mätbara associationer det finns och vilka faktorer som påverkar fenomenet. När en studie är retrospektiv tittar forskarna efter något som redan hänt (Polit & Hungler, 1999). I föreliggande studie studeras den dokumentation som har gjorts i ambulansjournaler. Därmed är studien även empirisk.

### **Litteratursökning**

Forskningen skall utgå från befintlig forskning (Polit & Hungler, 1999). Därför gjordes en litteratursökning i databaserna Embase, Amed, Cinahl och, Medline. Sökningen i databaserna gjordes i två etapper: en inledande och en egentlig litteratursökning (Friberg, 2006). Första sökomgången gav oss idéer om vilka sökord som var relevanta för vårt område. De sökord som användes i olika kombinationer var nursing diagnosis/dokumentation/nursing record,

prehospital, ambulance, pain, medical record och emergency medical services. Ett antal artiklar innehöll dessa sökord och kunde användas som bas i studien.

## **Geografiskt område och patientunderlag**

Ambulanssjukvården i delar av Värmland utgör underlag för studien. I Värmland beräknas invånarantalet vara 273 826 (statistiska centralbyrån, 2007) fördelat på 16 kommuner. I länet finns 19 bemannade ambulanser dygnet runt och ytterligare 6 på dagtid. Ambulansernas tekniska utrustning motsvarar grundutrustningen på en akutmottagning. Det finns ett 30-tal vårdcentraler, ett länssjukhus, två länsdelssjukhus och två närsjukhus. År 2007 genomfördes 28 399 ambulansuppdrag som var fördelade på 10 626 prio 1, 14 491 prio 2 och 3282 prio 3. Under samma år var det 3659 patienter som hade CBS bedömd enligt bedömningskod 300-302 (Amanda, statistikprogram för ambulansen, Värmland).

Valet av inkluderade ambulansstationer låg max 10 mil från länssjukhuset med PCI-enhet. Sju stycken ambulansstationer finns inom dessa avstånd. Slumpmässig lottning (Polit & Hungler, 1999) gjordes vilket resulterade i att ambulansstationerna A, B, C och D (orterna oidentifierade) blev utvalda. Alla ambulanser är utrustade lika vad gäller material, läkemedel, behandlingsriktlinjer och har samma journalsystem.

## **Etiska överväganden**

I denna studie har ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005) använts. Här klargörs vikten av reflektion i forskningens etiska förhållningssätt. Det är viktigt att resultatet kan vara till gagn för sjuksköterskor och patienter. Denna etiska utgångspunkt är av vikt eftersom det handlar om att utveckla vården. Det krävdes inget godkännande från etisk kommitté för att genomföra studien (Vetenskapsrådet, 2001).

## **Genomförande**

Tillstånd har inhämtats från verksamhetsansvariga och det beslutades att fyra ambulansstationer skulle vara representerade i studien. För att få tillstånd till studien skickades en förfrågan till cheferna för länsverksamhet för ambulanssjukvård i Värmland, de berörda ambulanscheferna och till landstingets jurister. För att patienterna ej skulle kunna bli utlämnade och identifierade så kopierades journalen och oidentifierades direkt vid anslutning

till kopiering så att den ej går att spåra till en patient. Journalerna identifierades med kön, födelseår och ett nummer (1-139).

## **Urval**

Underlaget till denna studie är samtliga ambulansjournaler under en månads tid. Först lottades vilket år som skulle ingå. Eftersom journalerna sparas på ambulansstationen i tre år ingick åren 2005-2007 i lottningen. 2007 blev det år som lottades fram.

Månaden lottades och resultatet av lottningen gjorde att journalerna för september månad dokumenterades på följande sätt; mellan 070901 (kl 00:00)-070930 (kl 00:00). Författarna har följt exempel av Polit och Hungler (1999) för slumpmässigt urval. För att inte exkludera någon tid på dygnet eller dag i veckan inkluderades hela månaden.

I studien inkluderades journaler som beskrev patienter med CBS vid ambulansuppdrag med prioriteterna (prio) 1, 2 och 3 in till sjukhus. I dessa journaler fanns tre olika bedömningskoder angivna (bilaga 1). Centrala bröstsmärtor (kod 301), centrala bröstsmärtor med andningsbesvär (kod 302) samt cirkulation ospecificerat (kod 300). Att även ospecifika cirkulationsbesvär inkluderades berodde på att patienter kan vara svåra att bedöma eller diagnostisera prehospitalt. Totalt inkluderades 141 ambulansjournaler.

En av journalerna hade ofullständigt ifyllt födelseår och en journal visade sig vara bedömd som kod 301, men i fritext framgick det att det var en ventrombos (bortfall). Det är viktigt att göra ett grundligt övervägande för inkludering så att det som inkluderas och exkluderas sker på ett rättvist och rationellt sätt (Polit & Hungler, 1999). Efter bortfall (n=2) blev det totala antalet ambulansjournaler i studien 139. Se tabell 1 nedan.

Tabell 1. Inklusions- och exklusionsredovisning

	Station A	Station B	Station C	Station D	Totalt	Bortfall	Slutligt
Antal (n) CBS	87 (12,7%)	27 (9,6%)	20 (7,9%)	7 (8,9%)	141	2	139
(n) uppdrag Sept.	687	280	253	78	1298		

### Instrumentet

För att instrumentets (se bilaga 2) reliabilitet och validitet skulle svara mot förväntad kvalitet utarbetades det i samråd med forskningsgrupp på PreHospiten vid Högskola i Borås. Instrumentet formades för att det som skulle mätas verkligen skulle bli mätt (Polit & Hungler, 1999). Efter första granskningen av forskargruppen ändrades formuläret för att bättre överensstämja med syftet. Instrumentet granskades sedan av en oberoende expertgrupp bestående av en ambulanssjuksköterska, ambulansöverläkare och en forskare verksam vid Karlstads universitet. Vid denna andra granskning ändrades ytterligare lite vad gäller instrumentets variabler. Instrumentet tillämpades därefter i en pilotstudie med fem ambulansjournaler. Piloten resulterade i att instrumentet utvecklades ytterligare för att uppnå innehållsvaliditet. Exempel på förändringar var att variabeln syrgas skildes från läkemedel för att den ej kunde signeras i ambulansjournalen.

De variabler som till slut ingick i instrumentet var följande; kön, ålder, sjukhistoria, symtombeskrivning, fysiologiska mätvärden, prehospital behandling, dokumentation om patientens smärta och omvårdnad.

### Dataanalys

Ambulansjournalerna (n=139) analyserades med hjälp av instrumentet (se bilaga 2). Varje journal granskades efter ett antal frågor som kunde besvaras med Ja/Nej eller Nej/Förklaring finns. När det gäller ambulansuppdraget besvarades frågan med kön, ålder, insattid, tid på dygnet osv. När alla frågor var besvarade kodades alla ja till siffran ett och nej med siffran noll. Att granska och analysera kvantitativ data genom att använda kodsystäm anser Polit och Hungler (1999) vara en bra metod.

Granskningsarbetet utfördes gemensamt av de två författarna. Instrumentet fylldes i variabel för variabel. Därefter genomfördes ytterligare en genomgång för att säkerställa resultatet. För att kritiskt kunna värdera det insamlade materialet är det viktigt att vara systematisk då detta underlättar tolkning och sammanställning på ett konsekvent och opartiskt sätt (Willman & Stoltz, 2002).

Varje variabel strukturerades i ett Excel-dokument så att kön, ålder, tid på dygnet, prio till sjukhus och insatstid, låg under en given enhet. Variablerna jämfördes när det gäller symtombeskrivning av smärta och dess karaktär. Fysiologiska mätvärden, utförd behandling och utvärdering av smärtlindring jämfördes på samma sätt. Då samtliga journaler var införda i Excel så började bearbetningen av data där författarna jämförde de olika variablerna mot varandra och undersökte hur ofta de var dokumenterade i ambulansjournalen. Dataanalysen avslutades med att föra in variablerna i tabellform i relation till studiens syfte vilket i sin tur bildade underlag till resultatpresentationen. I tabellerna omräknades variablerna till procent.

## RESULTAT

I resultatet redovisas dokumentationen i ambulansjournalerna med avseende på kön, ålder, tid på dygnet, insatstid och prio på uppdraget i relation till anamnes, symtombeskrivning, undersökning, vård och behandling av patienter med CBS. Dessutom redovisas den omvårdnad som var dokumenterad i fritext. I resultatredovisningen används genomgående ”journal” för ambulansjournal.

### Kön

#### Symtombeskrivning

Dokumentationen av anamnes gjordes i fler journaler för kvinnliga patienter. Dokumentationen av patienter med CBS skilde sig åt mellan manliga och kvinnliga patienter med avseende på symtombeskrivning. Bland de kvinnliga patienterna var smärtan dokumenterad till hundra procent medan männens i drygt 90 procent av journalerna. Smärtans lokalisation och duration var dokumenterat i fler journaler för kvinnor än för män. Beskrivning av andra symtom (blek, kallsvettig, illamående och andningssvårigheter) var däremot dokumenterat likvärdigt för kvinnor och män. Se tabell 2 nedan.

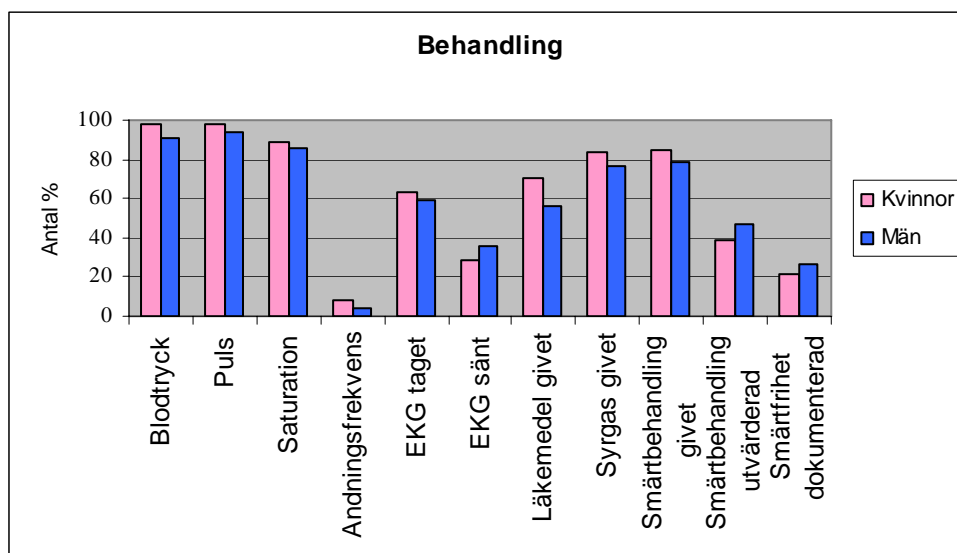
	Anamnes	Smärta	Lokalisation	Intensitet	Duration	Andra symtom
Män (n=79) (%)	69.6	93,7	91,9	90,5	73	64,6
Kvinnor (n=60) (%)	78.3	100	96,7	90	73,3	61,7

#### Behandling

Det fanns skillnader i dokumentationen av behandlingsåtgärderna mellan kvinnliga och manliga patienter. Blodtryck, puls och saturation var dokumenterat i fler journaler för kvinnor än för män. Andningsfrekvens var generellt sett mindre dokumenterat i jämförelse med de andra fysiologiska mätvärdena. EKG var oftare dokumenterat hos kvinnliga patienter (63 procent) än hos manliga (59 procent). Prehospitala EKG sändes i 36 procent av journalerna för män, medan motsvarande resultat för kvinnor var knappt 30 procent. Dokumentationen av givet läkemedel, syrgas, smärtbehandling och utvärdering av given smärtbehandling fanns i

större utsträckning i de kvinnliga patienternas journaler. Smärtfrihet var dokumenterat i ca 20 procent av journalerna för både män och kvinnor. Se tabell 3.

Tabell 3. Dokumentation av fysiologiska mätvärden och behandling i relation till kön

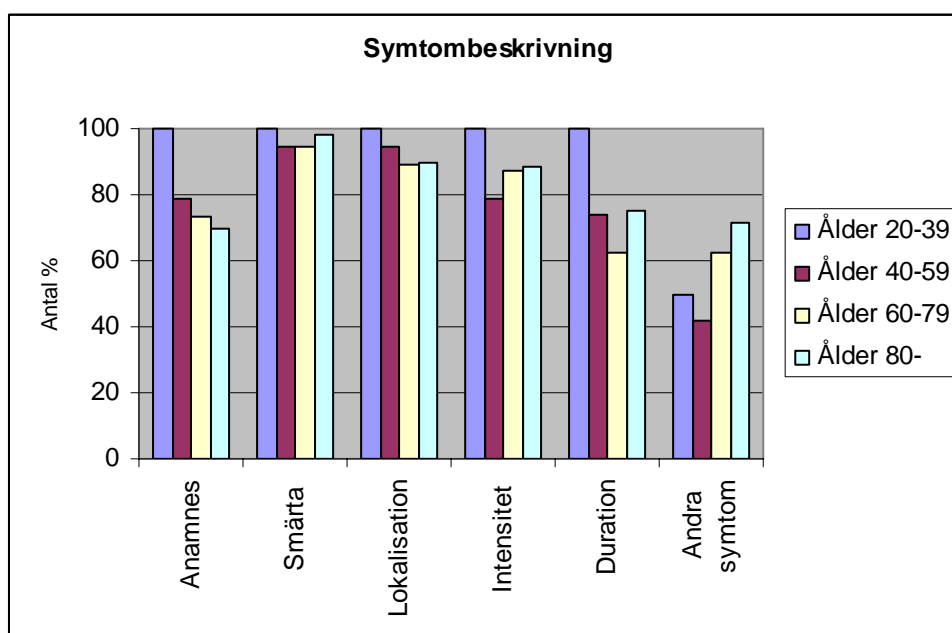


## Ålder

### Symtombeskrivning

Anamnes dokumenterades i flest journaler för de yngsta patienterna och i färre antal journaler ju äldre patienterna var. Smärta dokumenterades i över 95 procent av journalerna i de olika åldersgrupperna, varav allra mest för de yngsta patienterna (20-39 år) och minst för patienterna mellan 60-79 år. Smärtlokalisering var även dokumenterat fler gånger i journalerna för de yngre patienterna än för de äldre. Dokumentationen av smärtans intensitet gjordes i 80-90 procent av journalerna, av vilka patienterna i åldersgruppen 40-59 år var sämst dokumenterade. Beskrivningen av duration dokumenterades i minst antal journaler för åldersgruppen 60-79 år (62 procent) och sedan i stigande utsträckning för de övriga åldersgrupperna där de yngsta patienterna dokumenterades till hundra procent. Andra symtom (blek, kallsvettig, illamående och andningssvårigheter) var dokumenterat i drygt 70 procent av journalerna för patienter från 80 år och äldre. De andra åldersgrupperna dokumenterades i mindre utsträckning, t.ex. 40-59 åringarna i drygt 40 procent. Se tabell 4.

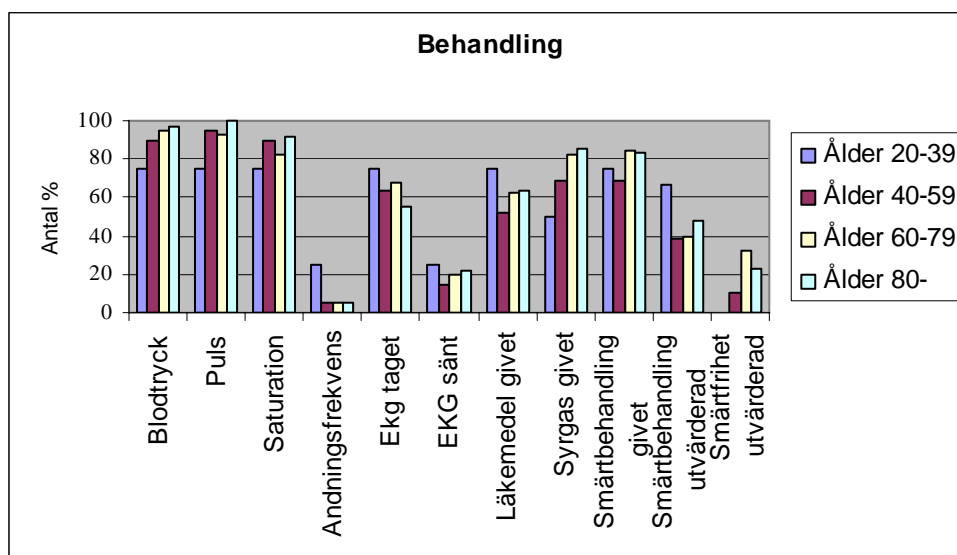
Tabell 4. Dokumentation av symtombeskrivning i relation till åldersgrupper



## Behandling

Dokumentationen av blodtryck, puls och saturation skilde sig mellan de olika åldersgrupperna, dock var det störst skillnad mellan de yngsta och de äldsta patienterna. Andningsfrekvens dokumenterades i 25 procent av journalerna för den yngsta patientgruppen. Däremot är motsvarande resultat för de tre andra åldersgrupperna endast ca 5 procent. EKG dokumenterades i flest journaler för patienter mellan 20-39 år (75 procent). För de äldsta patienterna (80 år och äldre) dokumenterades EKG allra minst (55 procent). För patienterna mellan 40-59 år och 60-79 år dokumenterades EKG i ca 60 procent. I endast 15-25 procent av journalerna var det dokumenterat att EKG är sänt till sjukhus. Givna läkemedel var dokumenterat i minst antal journaler för patienter 40-59 år. Dokumentationen av syrgasbehandling visade störst skillnad mellan de äldsta (85 procent) och de yngsta (50 procent) patienterna, antalet syrgasbehandlingar som dokumenterades ökade med stigande ålder. De äldre patienterna fick mer smärtbehandling än de yngre enligt granskade journaler, varav det är dokumenterat i drygt 80 procent av journalerna att det är den näst äldsta patientgruppen som fick mest smärtbehandling. Smärtfrihet dokumenterades ej i journalerna för de yngsta patienterna. Smärtfrihet dokumenterades mer frekvent i journalerna för patienter från 60 år och uppåt än i journalerna för 40-59 åringar. Se tabell 5 nedan.

Tabell 5 Dokumentation av fysiologiska mätvärden och behandling i relation till åldersgrupper



## Tid på dygnet

### Symtombeskrivning

Tiden på dygnet när uppdraget startar var noterad i samtliga journaler. Den enda faktor som dokumenterades i flest journaler nattetid var anamnesen och då betydligt mer frekvent än på övriga tider av dygnet. Dokumentationen av smärtan var 91.9 procent till 93.2 procent i de olika tidsintervallerna under dygnet. Dokumentationen av lokalisation, intensitet och duration varierade mellan 67.4 procent till 86 procent i journalerna. Andra symtom var dokumenterat i runt 60 procent av journalerna oavsett klockslag på ambulansuppdraget. Se tabell 6.

**Tabell 6. Dokumentation av symtombeskrivning i relation till tidsintervaller på dygnet**

Klockslag	Anamnes	Smärta	Lokalisation	Intensitet	Duration	Andra symtom
08:00– 13:59 (n=59) (%)	67.8	93,2	84,7	84,7	71,2	66,1
14:00 – 21:59 (n=43) (%)	62.8	93	81,4	86	67,4	58,1
22:00 – 07:59 (n=37) (%)	94.6	91,9	78,4	83,8	67,6	62,1

### **Behandling**

Blodtryck, puls och saturation är relativt likvärdigt dokumenterat under de olika tiderna på dygnet. Dokumentation av andningsfrekvens finns i mindre än 3 procent av journalerna. Genomförande av EKG är noterat i drygt 50 procent av journalerna oavsett tid på dygnet. Sändning av EKG till sjukhus är dokumenterat i runt 25 procent av journalerna med ungefär en procents skillnad mellan dygnstiderna. Dokumentation av given smärtbehandling i form av läkemedel och/eller syrgas gjordes mellan 78 procent till 81.1 procent i journalerna med flest antal journalanteckningar mellan kl. 22:00-07:59. Dokumenterad utvärdering av smärtbehandling visar att flest utvärderingar dokumenterades dagtid och kvällstid jämfört med nattetid. Smärtfrihet var dokumenterat i ca 15 procent av journalerna oberoende av klockslag. Se tabell 7 nedan.

**Tabell 7. Dokumentation av fysiologiska mätvärden och behandling i relation till tidsintervaller på dygnet**

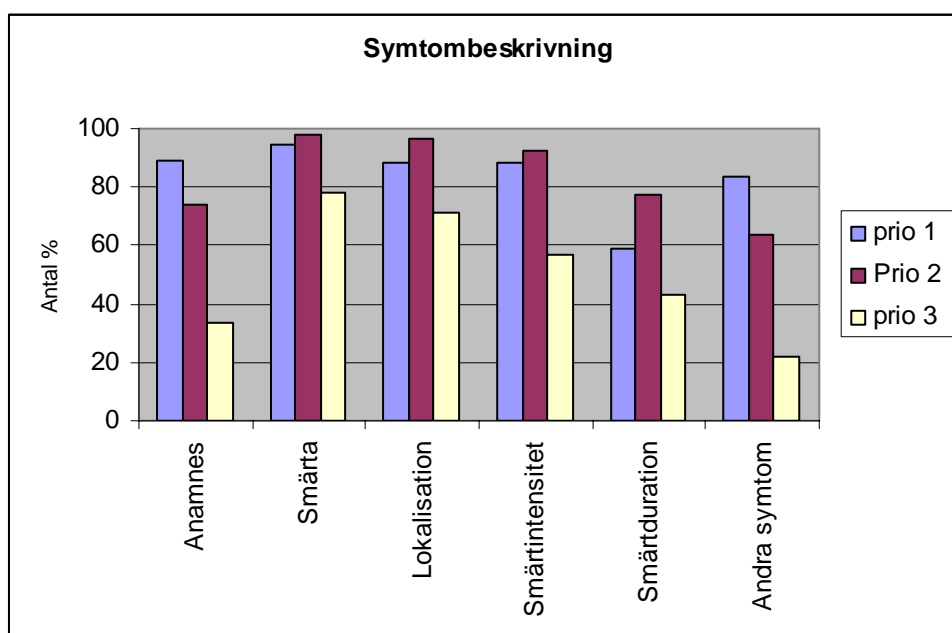
(procent)	08:00-13:59 (n=59)	14:00– 21:59 (n=43)	22:00– 07:59 (n=37)
Blodtryck	89,8	90,7	91,9
Puls	93,2	93	97,3
Saturation	86,4	86	89,2
Andningsfrekvens	1,7	2,3	2,7
EKG taget	52,5	53,5	53,1
EKG sänt	25,8	26,1	25
Läkemedel givet	59,3	60,5	64,9
Syrgas givet	72,9	74,4	75,7
Smärtbehandling givet	78	79,1	81,1
Smärtbehandling utvärderad	52,2	47,1	43,3
Smärtfrihet dokumenterad	15,3	16,3	16,2

## **Prioritet till sjukhus**

### **Symtombeskrivning**

Anamnes dokumenterades i flest journaler prio 1 och minst i prio 3. Dokumentationen av smärta gjordes i större utsträckning för uppdrag prio 1 och prio 2 än för uppdrag prio 3. Smärtans karaktär dokumenterades oftare för uppdrag prio 2. Störst skillnad i dokumentationen var det mellan prio 2 och prio 3. Andra symtom (blek, kallsvettig, illamående och andningsbesvär) dokumenterades i över 80 procent av journalerna för prio 1, färre för prio 2 och för prio 3 är det endast drygt 20 procent som dokumenterade andra symtom. Se tabell 8.

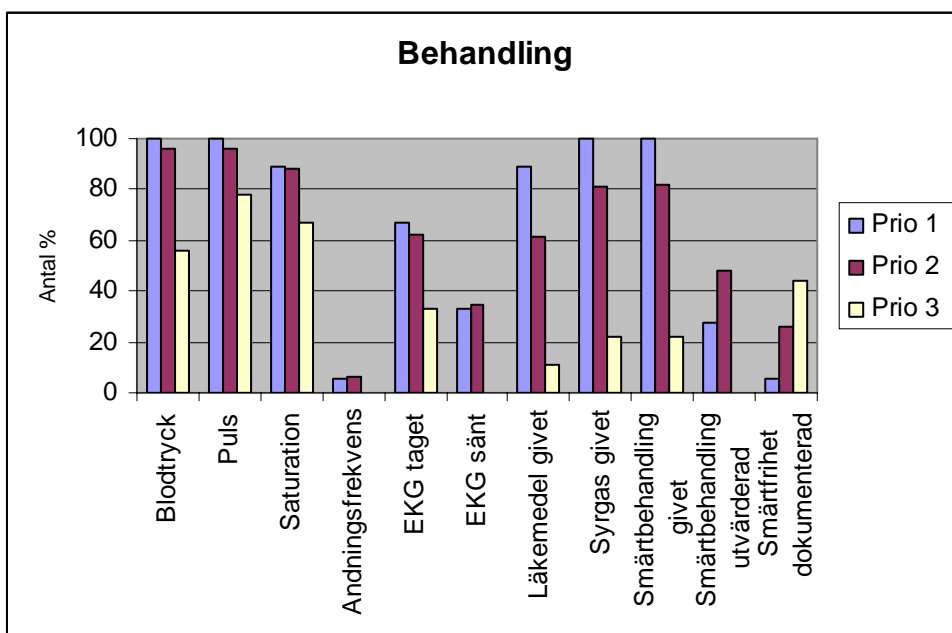
Tabell 8. Dokumentation av symtombeskrivning i relation till uppdragsprioriteter



## Behandling

Dokumentationen av blodtryck, puls samt saturation skilde sig inte mycket mellan prio 1 och 2, medan det var större skillnad mellan prio 1 och 3. Andningsfrekvens dokumenterades inte över huvudtaget för prio 3. I de andra två prioriteterna var andningsfrekvens dokumenterat i mindre än sju procent av journalerna. EKG-tagning dokumenterades i drygt 60 procent av journalerna för prio 1 och prio 2. I ca 30 procent av journalerna för prio 3 var EKG dokumenterat. Sändning av EKG för prio 1 och prio 2 dokumenterades i lite över 30 procent av journalerna. Ingen dokumentation fanns om att EKG sändes för prio 3. Differensen mellan de olika prioriteterna gällande dokumentationen av given smärtbehandling i form av läkemedel och/eller syrgas var störst mellan prio 1 och prio 3. Dokumentation av utvärderad smärtbehandling gjordes i högre andel för prio 2 än prio 1 För prio 3 fanns det ingen dokumentation om utvärderad smärtbehandling över huvudtaget. Smärtfrihet var dokumenterat i mindre än 6 procent för prio 1, ca 26 procent för prio 2 och ca 40 för prio 3. Se tabell 9 nedan.

Tabell 9. Dokumentation av fysiologiska mätvärden och behandling i relation till uppdragsprioriteter

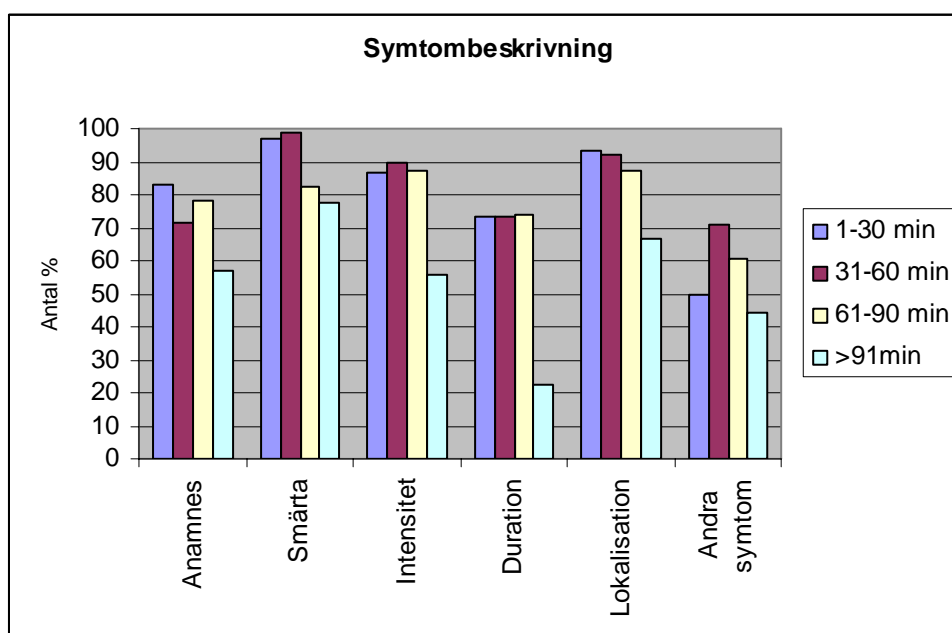


## Insatstid

### Symtombeskrivning

Insatstid beräknades i minuter (min) utifrån den tid uppdraget startade till den tid patienten lämnades på akutmottagningen på sjukhuset. Dokumentation av anamnes gjordes i flest journaler vid kortast insatstid och i minst antal journaler vid lång insatstid. Smärta dokumenterades mest med insatstid 1-60 min. Intensiteten dokumenterades i 80-90 procent vid insatstid 1-90 min. Vid insatstid > 91 min dokumenterades intensitet i ca 50 procent av journalerna. Smärtans duration dokumenterades likvärdigt i journalerna med insatstid 1-90 min, men i färre journaler med insatstid > 91 min. Dokumentationen av smärtans lokalisering gjordes i flest journaler med kortast insatstid. Det visade sig att längre insatstid resulterade i mindre dokumentation av smärtans lokalisering. Andra symtom dokumenterades i 50 procent för insatstid 1-30 min och i några procentenheter mer för insatstid 31-90 min. I de fall då patienten vårdades > 91 min beskrevs andra symtom i minst utsträckning. Se tabell 10 nedan.

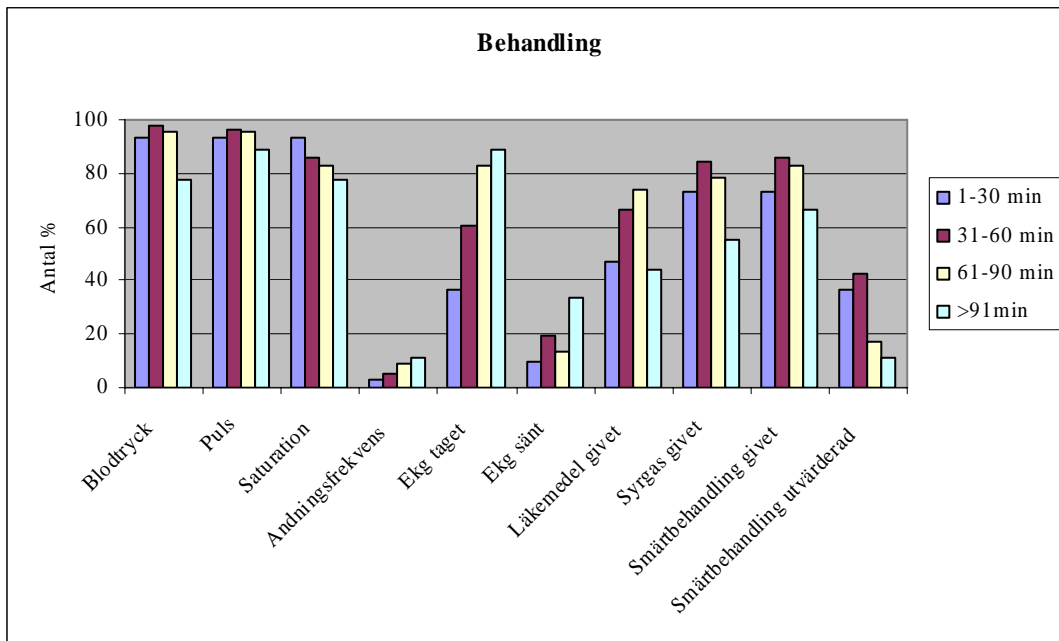
Tabell 10. Dokumentation av symtombeskrivning i relation till insatstidsintervaller



## Behandling

Blodtryck och puls dokumenterades i flest journaler med insatstid 31-60 min. Dokumentationen av saturation minskade i takt med att vårdtiden ökade. Andningsfrekvens hade låg dokumentationsprocent (3-11 procent) för samtliga insatstider. När patienter vårdades med insatstid 1-30 dokumenterades EKG i 36 procent. När vårdtiden ökade så ökade även antalet tagna EKG. Dokumentationen av sända prehospitla EKG visade mycket stor variation när det gäller insatstiden. Insatstiden 1-30 min (10 procent), vid > 91 min insatstid sändes 33 procent av tagna EKG. Det var ingen större procentuell skillnad i antalet patienter som dokumenterades för givna läkemedel mellan kortast och längst insatstid. De journaler som hade dokumenterat givna läkemedel med insatstid 31-90 min och 61-90 min var fler. Dokumentationen av syrgasbehandling och given smärtbehandling skilde sig mest mellan kortast och längst insatstid, medan de var snarlikt dokumenterade i journalerna med övriga insatstider. Smärtbehandlingen utvärderades i klart större utsträckning för insatstiderna 1-30 min och 31-60 min än i för insatstid från 61 min och uppåt. Smärtfrihet var minst dokumenterat för kortast insatstid och mest för insatstid > 91min. Se tabell 11 nedan.

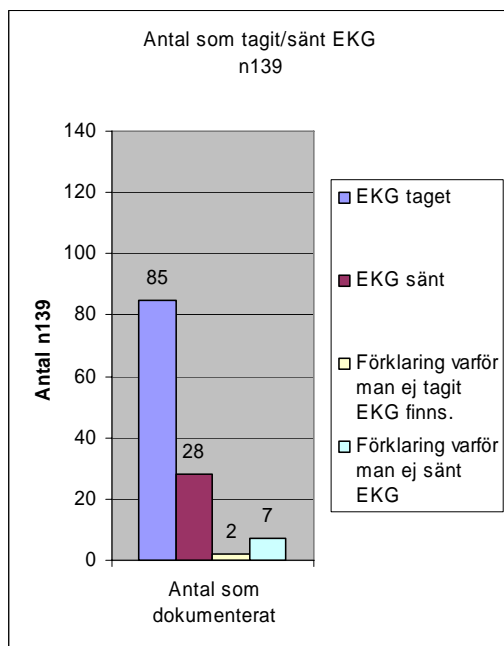
Tabell 11. Dokumentation av fysiologiska mätvärden och behandling i relation till insattstidsintervaller



## Undersökning av bröstsmärta med EKG.

EKG dokumenterades i 85 ambulansjournaler (n=139) och sänt EKG dokumenterades i 28. Se tabell 12 nedan.

Tabell 12. Antal dokumenterade EKG undersökningar.



## **Omvårdnadsdokumentation**

I 33 (n=139) ambulansjournaler fanns det någon form av omvårdnad dokumenterad. Se bilaga 2.

### **Faktorer som påverkar omvårdnadsdokumentationen**

**Kön:** Dokumentationen av omvårdnadsåtgärder är gjord i fler fall i manliga patienters journaler (28 procent) än i kvinnliga patienters journaler (18 procent). Männen har således fler dokumenterade omvårdnadsåtgärder.

**Ålder:** Omvårdnaden var inte dokumenterad för patienter mellan 20-59 år. För patienter mellan 60-79 år var omvårdnad dokumenterad i 2 procent och i 5 procent av journalerna för patienter 80 år och äldre. Detta innebär att det var den äldsta åldersgruppen som fick flest omvårdnadshandlingar dokumenterade.

**Tid på dygnet:** Omvårdnaden var dokumenterad lika (ca 33 procent) för tiden 14:00-21:59 som för 22:00-07:59. Minst (29 procent) omvårdnadsdokumentation fanns för tiden kl. 08:00-13:59.

**Prioritet på uppdrag:** Det fanns ingen omvårdnad dokumenterad för prio 1. Prio 2 uppdrag hade flest (29 procent) omvårdnadshandlingar och 11 procent för prio 3. Det fanns stor variation i antalet dokumenterade omvårdnadshandlingar med avseende på prioritet.

**Insatstid:** Ingen omvårdnad dokumenterades för insatstid över 91 min. Omvårdnad var dokumenterad i 40 procent för insatstid 1-30 min. I ca 20 procent fanns det omvårdnad dokumenterad för insatstid 31-60 minuter och 61-90 minuter.

## **Exempel på omvårdnadsåtgärder**

Dokumenterad omvårdnad anges i antal omvårdnadsåtgärder (totalt n=139) och exempel ges. Presentationen görs i enlighet med fråga 11 (se bilaga 2). Vidare synliggörs omvårdnaden med citat från ambulansjournalerna.

### Omvårdnadshandling (n=5)

Exempel på sådan dokumentation var när patienten blivit placerad i hjärtläge.

### Kontakt med patienten (n=4)

*”Har det jobbigt hemma med dement fru”*

*”mycket orolig för maken”*

*” kvinna som haft det stressigt kring sig senaste tiden”*

*” Oro och ångest. Haft jobbigt kring sig senaste året”*

### Kommunikationssvårigheter (n=6)

Demens och nedsatt syn är exempel på kommunikationssvårigheter.

### Patientens delaktighet (n=2)

En journal beskrev att patienten övertalades att följa med till sjukhuset för att det verkligen behövdes. Någon har frågat om patienten vill att det skall vara sekretess vilket kan förmodas som en åtgärd för patientens integritet och självbestämmande.

### Anhörig/kontakt stöd dokumenterat (n=8)

*”Bor själv i lägenhet, får hjälp av sina döttrar. Ingen hemtjänst”*

*”Änka bor själv i hus, 0-hemtjänst”*

*”Utländskfödd kvinna med hemtjänst x flera, bor med dotter”*

*”Äldre man bor tillsammans med äldre fru”*

### Fysisk beröring (n=0)

Fanns inte dokumenterat i någon journal.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

En svårighet i förberedelsearbetet var att det inte fanns så mycket litteratur i ämnet omvårdnadsdokumentation inom prehospital akutsjukvård, dvs. bakgrundsbeskrivningen kan uppfattas som generell. Speciellt är detta en brist då föreliggande studie ska vara ett fördjupningsarbete på avancerad nivå.

## Studiens validitet

Studien kan kanske inte anses vara representativ för all ambulansverksamhet. Ambulansjournaler ser olika ut i olika län och dokumentationen ser säkerligen olika ut i olika delar av verksamheten. Studien kan dock anses vara representativ för ambulansverksamheten i det län den är utförd. För att höja generaliserbarheten borde alla stationer i länet ha varit med i urvalet. Dock anser vi att vi hade med flera stationer som kan betraktas som representativa för länsverksamheten. Någon ambulansstation hade ett lågt antal journaler som blev granskade medan någon station stod för en större mängd. Detta kan ses som en liten svaghet i studien. En bättre lösning hade varit att använda lika många journaler från varje station.

Att göra en retrospektiv journalstudie är en fördel då de som dokumenterar inte vet i förväg vilken månad som skall vara med i studien och inte kan påverka innehållet i dokumentationen enligt "the Hawthorne effect" (Polit & Hungler, 1999). Bortfall eliminerades genom tydliga inklusionskriterier. I studien fanns endast n 2 bortfall. Dessa två bortfall hade mycket liten betydelse för studiens helhet.

En av författarna arbetar på en av de stationer som ingår i urvalet. Journaler dokumenterade av författaren själv granskades av medförfattaren. Detta var endast ett fåtal journaler (n 2). Dessa kanske skulle ha exkluderats men då medförfattaren är den som granskat de aktuella journalerna får det ändå anses som mycket liten risk för motstridighet.

Instrumentet utarbetades efter hur dokumentationsförfattningen och ambulansjournalen är uppbyggd. Instrumentet förändrades efter samråd med en expertgrupp och efter pilotstudien ändrades en del av innehållet. Eftersom vi valde att granska journalerna efter författningen

som reglerar omvårdnadsdokumentationen kom en del fakta med som inte var relevant för studiens syfte.

### **Urval**

Ospecificerad cirkulation togs med pga. att ambulanssjuksköterskor inte får ”sätta diagnos” på patienten. Ospecificerade besvär valdes för att undersöka om det fanns många patienter som skulle ha ingått i patientgruppen med CBS. Denna grupp av journaler var mycket liten och där har man i regel inte dokumenterat någon smärta. Av antalet granskade journaler (n 139) så hade trots allt 134 dokumentation om någon form av smärta. Under arbetet med att kopiera journaler framgick att många väljer att inte skriva någon bedömningskod i ambulansjournalen. Detta trots att ambulanssjuksköterskor i fritext skrivit att patienten lider av just CBS. Dessa journaler togs inte med då de inte ingick i inklusionskriterierna. Sekundärtransporterna mellan vårdinrättningar, bedömda som prio 3, var i vissa journaler dokumenterade med kod 300-302. Sådan dokumenterad bedömning kan tyckas märklig då det gällde omvårdnad och behandling av patienter med CBS. Varför ambulanssjuksköterskor valde att göra denna bedömning kan bara de själva svara på. Det pågår diskussioner huruvida tjänstgöringen på ambulanser skall se ut gällande arbetstid. Vi valde att dela upp dygnet i tre tidsintervaller för att särskilja dag, kväll och natt. Om vi valt att dela upp dygnet i två tidsintervaller kanske resultatet skulle ha blivit annorlunda avseende dokumentationen.

Presentationen av resultatet delades upp i två delar för att göra resultatet tydligare. En del beskriver dokumentationen av symtombeskrivning i relation till de olika faktorerna och den andra delen beskriver dokumentationen av fysiologiska mätvärden och behandling i relation till de olika faktorerna. Denna uppdelning gjordes utifrån att anamnes är ett personligt samtal mellan patienten och ambulanssjuksköterskan. Detta samtal sker utan medicintekniska hjälpmedel för att utröna huruvida patienten upplever sin bröstsmärta, dvs. insamlande av mjuka data. Fysiologiska mätvärden och behandling sker med hjälp av interventioner och är inte lika personligt, dvs. insamlande av hårda data med hjälp av teknisk utrustning.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet visade att ambulanssjuksköterskor dokumenterar olika mycket och att det kan finnas faktorer som påverkar hur dokumentationen ser ut. Att dokumentera prehospitalt kan

vara svårt många gånger speciellt om en patient är vårdkrävande under den prehospitaledvårdstiden. Dessa insatser memoreras och skall dokumenteras vid ett senare tillfälle.

### **Symtombeskrivning**

När journalerna granskades med avseende på kön så visade det sig att de kvinnliga patienternas smärta, smärtans karaktär och andra symtom oftare fanns dokumenterat än för män, även om skillnaden var mycket liten. I flera studier har det påpekats att det finns skillnader mellan män och kvinnor när det gäller kardiovaskulära sjukdomar. Johansson m.fl. (2004) menar att äldre kvinnor oftare drabbas av kardiovaskulära sjukdomar med allvarliga symtom. Herlitz m.fl. (2006) fann att det är en större andel kvinnor i storstad som påkallar ambulanssjukvård för sina bröstsmärtor. Vi har ställt oss frågan huruvida manliga och kvinnliga patienter uttrycker smärta på olika sätt. Att kvinnor får sin smärta och dess karaktär dokumenterad oftare kan troligen ses som flera. Kan det vara så att ambulanssjuksköterskor inte vill missa något och därför gör ett utförligare bedömningsamtal med kvinnliga patienter? Detta mot bakgrund av att kvinnor kan ha mer diffusa symtom som kan orsakas av hjärtinfarkt. Kvinnor och deras hjärtsjukdomar har aktualiserats i media senaste tiden varvid ambulanssjuksköterskor kanske är mer uppdaterad och "på tå" när det gäller just kvinnliga hjärtinfarkter.

Åldern på patienten visade sig ha betydelse i utvärdering av smärtan och smärtans karaktär. Vad är det då som gör att det är på det viset? Många av de äldre patienterna kanske har svårt för att ge uttryck för hur dom känner sig. Det kan bero på den främmande miljö de möter i ambulansen, samt upplevas som stressande att uppge information om sig själva. Äldre som lider av försvagat minne kan ha svårt att återge hur de har det. Har yngre patienter lättare att beskriva sin smärta eller är ambulanssjuksköterskor noggrannare med smärtanamnes på yngre patienter? Patientgruppen 60-79 år kan anses ha stor risk att drabbas av hjärtsjukdom. Därför är det anmärkningsvärt att ambulanssjuksköterskor dokumenterade smärta, lokalisering och duration sämst i denna grupp. Även antalet EKG var förvånansvärt lite dokumenterat. Att en stor riskgrupp dokumenteras sämre än de övriga kan verka svårt att förklara och förstå. Herlitz m.fl. (2006) undersökte karaktär och vårdresultat av patienter med akut bröstsmärta och såg att det är mest äldre patienter (medelålder 71 år) som åker ambulans, både i storstad och på landsbygd, pga. bröstsmärta än yngre patienter (medelålder 59 år).

När författarna valde att studera journaler från hela dygnet fanns en hypotetisk uppfattning om att dokumentationen rent generellt skulle vara sämre nattetid - vilket visade sig vara delvis fel. Omfattningen av dokumentationen allmänt var inte mycket mindre kvälls- och nattetid än dagtid, istället var det relativt lika över hela dygnet. Vår studie visade att det fanns en skillnad mellan hur ofta det dokumenterades symtom och behandling på natten. Det kan tyckas paradoxalt att symtomen dokumenterades sämre nattetid samtidigt som behandlingen av samma symtom var dokumenterat i fler journaler. En orsak kan vara att ambulanssjuksköterskan nattetid vid ev. dygnstjänstgöring jobbat många timmar, är trött och behandlar patienten trots att man inte tagit någon ordentlig smärtanamnes. Patienten kan också vara trött och beskriva mer otydligt hur smärtan är lokaliserad, när den debuterade och hur den känns. Dock visade studien att dokumentationen av smärtan och dess karaktär var ungefär lika dag- och nattetid, vilket måste betraktas som ett positivt resultat. Ambulanssjuksköterskor har kanske en lägsta nivå för hur de bör dokumentera smärta. Att patienter med CBS behandlas mer nattetid i ambulans kan bero på att dessa är mer allmänpåverkad, har mer ont och behöver mer medicinsk behandling.

Det fanns en förutfattad mening när det gäller uppdragets prioritet, att det dokumenterades mer för prio 1 med påverkad patient och mindre för prio 2 och 3. När ambulanssjuksköterskor dokumenterar en prio 1:a är det mer dokumentation av åtgärder t.ex. fysiologiska mätvärden medan det är mindre dokumentation om patientens smärta. Detta måste betraktas som märkligt eftersom vi har studerat dokumentation av den vård och behandling som ges till patienter med CBS. Studien visade även att det dokumenteras som minst när det finns mest tid att dokumentera dvs. för uppdrag som överstiger 91 minuter. Prio 3-uppdrag med lång vårdtid är kanske ofta överförflyttning mellan olika sjukhus eller vårdenheter och då dokumenterar ambulanssjuksköterskor mindre. Dokumentationsansvaret är likväl detsamma oavsett ambulansuppdragets karaktär. När ambulanssjuksköterskor gör egna bedömningar av patienterna kan kanske detta ses som en anledning att dokumentera, i alla fall i större utsträckning än som föreliggande studie har kunnat redovisa. Ambulanssjuksköterskor kan behöva förbättra dokumentationen av de patienter som vårdas prehospitalt mellan vårdenheter eller sjukhus. Insatstiden visade sig alltså vara en viktig faktor som påverkade omfattningen på dokumentationen, men det är inget som säger att dokumentationen inte kan fortgå efter att ambulanssjuksköterskor överrapporterat patienten.

Spelar utlarmningsorsaken någon roll? Ambulanssjuksköterskor kan ha en förutfattad mening om en patients situation innan patienten har påträffats. SOS bidrar med viss information om patientens tillstånd vid utlarmningen. Spelar detta då någon roll när ambulanssjuksköterskor gör en egen bedömning av patienten? Enligt Wireklint Sundström (2005) startar bedömning av patienten i ett tidigt stadium, redan innan ambulanssjuksköterskan kommit fram till patienten. Genom tidigare erfarenhet och larmoperatörens uppgifter skapas en bild och en föreställning om vad som kommer att hända. Dahlberg m.fl. (2003) menar att vårdandet inom det prehospitala fältet måste präglas av ett medvetet förhållningssätt där patientens behov kommer i första hand. Bemötandet får således inte styras av utlarmningen.

När vi tittade på kategorin ”andra symtom” så åsyftades illamående, kallsvettighet, blekhet och andningsproblem. Denna kategori dokumenteras mer sällan. De flesta journaler som granskades i studien har varit uppdrag där vårdaren bedömt att patienten skall transporteras prio 2. Prio 2 kan innebära att patienten har lätta bröstsmärtor eller mer ett obehag i bröstet. Likväl kan dessa symtom tillsammans med bedömningen CBS vara tecken på hjärtinfarkt. Det är då oroväckande att dessa ”andra symtom” inte ger ambulanssjuksköterskan en misstanke om hjärtinfarkt? Vilket föranleder att uppdraget borde vara prio 1? Det kan ju vara så att dessa patienter inte har andra symtom som blekhet, andnöd, illamående och att det är därför som de ej kategoriseras som prio 1, dvs. med påverkan på andning eller cirkulation. Om andra symtom inte var dokumenterade så kanske det helt enkelt inte fanns tecken på andra symtom. Att dokumentera avsaknad av symtom kan vara ett sätt att beskriva patientens tillstånd och vara till hjälp i den fortsatta vården. Detta görs dock väldigt sällan.

## **Behandling**

Läkemedel och syrgas åtskildes på ett tidigt stadium i forskningsarbetet för att kunna särskilja på syrgas och övriga läkemedel. Syrgas administreras av all personal som jobbar prehospitalt, både ambulanssjuksköterskor och ambulanssjukvårdare utan egen läkemedelsdelegering. Syrgas anses dock som ett smärtbehandlande läkemedel och administreras mer generöst än andra läkemedel. Syrgas kan heller inte signeras på ambulansjournalen som andra läkemedel. Varför är ambulanssjuksköterskor mer försiktiga med att ge smärtbehandling med t.ex. syrgas till de yngre än de äldre? Har äldre patienter större behov av syrgas eller är ambulanssjuksköterskor mer generösa i behandling av äldre patienter? Enligt Nicholson (2004) är syrgas vid akut bröstsmärta en omdiskuterad behandlingsmetod då det inte är bevisat att syrgas reducerar ischemi vid akut hjärtinfarkt.

Dokumenterad smärtfrihet kan utgöra förklaringen till att ingen smärtbehandling givits. Smärtfrihet hos en patient som kategoriseras som CBS kan dock betraktas som otroligt. Vid granskning av journalerna framkommer att relativt många anger just smärtfrihet. Detta kan ha ett flertal orsaker. Ett scenario kan handla om en patient som haft CBS vid tiden för samtal med SOS, men smärtan släpper sedan när patienten tagit steget att söka hjälp eller när hjälpen kommer. Enligt Dahlberg m.fl. (2003) beskrivs att när en patient eller anhörig larmar ambulans så är det ofta en fråga om, att ”kommer jag att klara livet”. När sedan ambulanssjuksköterskor kommer till patienten och första kontakten etablerats så innefattar sig en känsla av att ”skönt att de kommit”. Som en följd av detta minskar lidandet och patienten som för en stund sedan var i en mycket stressad situation blir lugn och trygg, vilket i sin tur kan reducera bröstsmärtan och dess karaktär.

När prehospitalt EKG introducerades så förbättrades vården och triage bland patienter med CBS och akut hjärtinfarkt. Tiden mellan ankomst till akutmottagning och påbörjande av behandling kunde förkortas betydligt för patienter med hjärtinfarkt. De patienter som hade påvisbara EKG-förändringar eller akut hjärtinfarkt kunde också transporteras direkt till behandlande vårdavdelning, t.ex. PCI-enhet. Dessutom fick ambulanssjuksköterskor möjlighet att påbörja behandling redan i ambulansen (Herlitz & Svensson, 2006). Vi anser att det bör diskuteras varför så få patienter med CBS kontrolleras med EKG! I behandlingsriktlinjerna står det att EKG skall tas på alla patienter med CBS. Varför riktlinjerna inte respekteras är ytterst anmärkningsvärt. Insattidens betydelse för EKG tagningen är tydlig – ambulanssjuksköterskor tog flest EKG när det fanns gott om tid. Flest EKG undersökningar dokumenterades med insattid mer än 91 min - trots att denna patientgrupp var dokumenterat mest smärtfri. Där kan avståndet till sjukhus ha betydelse. Att inte ta ett EKG vid kort avstånd till sjukhus kan ofta förklaras med, att *”det går lika fort att åka in till sjukhus”* eller *”vad är tidsvinsten med att ta EKG prehospitalt”*? Detta kan bero på okunskap eller att andra åtgärder prioriteras som tar mindre tid då det är nära till sjukhuset och den aktuella akutmottagningen.

Vilken prioritet uppdragen bedömdes som hade liten betydelse för dokumentationen av EKG undersökningar. Det var nästan lika många EKG undersökningar dokumenterade i uppdrag med prio 2 som med prio 1. Det verkar vara så att ambulanssjuksköterskor är noga med att skriva in att de tagit EKG oavsett hur snabbt de anser att patienten behöver komma till slutet

akutvård. Ambulanssjuksköterskor dokumenterade ett fåtal patienter (n=9) som hade CBS men prioriterade transporten till sjukhus som prio 3. Detta val av prioritet till sjukhus kan tyckas märklig då det gäller omvårdnad och behandling av CBS.

Ambulanssjuksköterskor dokumenterade sällan vilken typ av EKG-undersökning som gjordes, ett fullständigt 12-avlednings EKG för att utröna om patienten har hjärtinfarkt, eller ett 4-avlednings EKG som är brukligt vid övervakning av en eventuell arytmi. Ambulansjournalen lämnar mycket övrigt att önska även här! I journalen finns en ruta att kryssa i som dokumentation för att ett EKG är taget (bilaga 1). Vissa skriver i fritext medan andra använder utrymmet bredvid rutan för att förete sig vad det är för EKG som tagits och om det är sänt.

Dokumentation som ”*ingen ST-höjning*” kan anses som en godtagbar förklaring varför EKG inte är sänt, även om behandlingsanvisningarna kan tolkas som om att alla tagna EKG skall insändas för bedömning av läkare. Varför så få EKG skickades till sjukhus för bedömning av läkare eller PCI-enhet kan ju bero på att ambulanssjuksköterskor är duktiga på att tolka EKG själva eller att de helt enkelt inte dokumenterar att man sänt EKG och fått det bedömt. Det kanske inte är en självklarhet att dokumentera just EKG-sändning. Det hade säkerligen underlättat dokumentationen om det funnits en ruta att kryssa i för sändning av EKG. Ambulansjournalen har mer att önska – även när det gäller detta!

EKG från manliga patienter sänds i fler fall än för kvinnliga patienter och utvärderingen av smärtbehandlingen och smärtfriheten dokumenterades oftare i männens journaler. Fler EKG från manliga patienter sänds till sjukhus vilket kan bero på att människans symtom oftare väcker misstankar om hjärtinfarkt. Därför antar vi att ambulanssjuksköterskorna ville kontrollera med behandlande läkare.

Objektiva mätvärden som blodtryck, puls och saturation dokumenterades flitigt överlag. Det var kanske lätt att dokumentera dessa uppgifter, eftersom dessa fysiologiska mätvärden fanns mer frekvent. Att färre fysiologiska mätvärden tas på yngre patienter kan dock bero på att det bedöms som oro/ångest eller att de har mycket färre andra symtom som andningspåverkan och/eller illamående. Dessa symtom var mindre dokumenterat i journaler för de yngre patienterna. Dock skall tilläggas att de patienter som var 20-39 år var representerade i ett litet antal journaler (n=4). Fler kontroller och mer behandling dokumenterades för äldre patienter

även om färre EKG var dokumenterat för samma patientgrupp. Kan det vara så att ambulanssjuksköterskor misstänker att ischemi drabbar yngre patienter i fler fall och därför genomför och dokumenterar EKG undersökning oftare? Om studien skulle upprepas med ett större antal patienter kan det inte uteslutas att resultatet skulle bli annorlunda för den aktuella gruppen.

### **Omvårdnad**

Eftersom det fortfarande finns personal utan delegering på smärtstillande läkemedel i ambulanssjukvården är det troligt att en del av den prehospitäl smärtlindringen också genomförs utan inblandning av farmaka. Att prata lugnande och fokusera samtalet på något annat än smärtan är också ett sätt att minska patientens smärtupplevelse. Denna omvårdnadsåtgärd dokumenteras dock inte i journalen! Studiens resultat på omvårdnadsåtgärder blir begränsat vilket kan bero på att ambulanssjuksköterskor tar omvårdnaden för given, eller att vården som ges känns självklar där omvårdnadsåtgärder utförs omedvetet. Kunskapen om hur omvårdnadshandlingar dokumenteras är enligt Kim och Park (2005) bristfällig bland sjuksköterskor. Det kan bero på att traditionellt sett är ambulansjournalen medicinskt inriktad och att den inte fokuserar på omvårdnadshandlingar. Att t.ex. lägga någon i hjärtläge för att patienten skall må bättre eller att prata med anhöriga eller hemtjänst är något som ambulanssjuksköterskor troligen gör vid varje vårdtillfälle - utan att detta synliggörs i dokumentationen. Melby och Assumpta (2005) beskriver att ambulanssjuksköterskor t.ex. kontrollerade det medicinska men att omvårdnaden var av underordnad betydelse. En patient beskrev att: *"They checked my medications but not my hearing or vision"*. Ett exempel var en relativt enkel sak som att ett par glasögonen var med. En patient berättade på följande sätt; *"I didn't even get my glasses with me"* s. 1146.

I en studie av Furze, Lewin, Murberg, Bull och Thompson (2005) beskrivs att det finns en stark koppling mellan patientens föreställning för sin kärlekskramp (angina) och sin psykologiska hälsa. Mayou och Thompson (2002) menar att patienter med anginabesvär upptar mer vård och känner att livskvaliteten är sämre än för de med akut hjärtinfarkt. En högre andel av dessa patienter hade också kontakt med specialistvård sedan tidigare. De hade färre kliniska symptom men besökte sjukvården oftare. Med hänsyn till vår studies patientgrupp och smärtlindring är det troligt att omvårdnaden har en speciellt stor betydelse i syfte att lindra oro och ångest. Smärtlindringen behöver således inte vara enbart farmakologisk utan även omvårdnaden

spelar en stor roll i behandlingen av patienten. Själva vetenskapen om att ambulanssjuksköterskor finns kan lindra smärta, oro och ångest. Farmakologisk behandling kan då bli överflödig. Dahlberg m.fl. (2003) menar att behovet av medicinska och omvårdnadsåtgärder måste åtskiljas och förtydligas. Bedömningen av patienten kan ändras och patienten bedömas som smärtfri utan att någon form av medicinsk behandling utförts. Att behandla patienten med ett lugnt förhållningssätt kan många gånger räcka för att patienten skall må bättre. Hur dokumenteras då de omvårdnadsåtgärder som ambulanssjuksköterskor gör? Tyvärr måste vi konstatera att detta görs i ytterst liten omfattning. Föreliggande resultat tydliggör att tonvikt läggs på helt andra saker än omvårdnad, t.ex. givna omvårdnadshandlingar och/eller kontakt med patienten. I behandlingsriktlinjerna framgår inte att dokumentation av omvårdnaden är prioriterad, det står dock i författning för dokumentation att det är sjuksköterskans ansvar att dokumentera omvårdnaden. Melby och Assumpta (2005) beskriver att äldre människor kände att ambulanssjuksköterskan verkligen lyssnade till vad de hade att säga och att kommunikationen var tillfredställande. Vad som däremot framkom var att de äldre tyckte att de fick information om vad som hände, men informationen som gavs var ofta svår att förstå. Vi vet enligt Dahlberg m.fl. (2003) ytterst lite om hur brist på trygghet och den prehospitäl vårdens påverkar patientens fortsatta hälsa och hälsoprocess. Melby och Assumpta (2005) beskriver att äldre människor anser att ambulanssjuksköterskorna gjorde sitt bästa för att de skulle känna sig komfortabla. Vidare ansågs dessa sjuksköterskor som vänliga och pålitliga. Patienterna kände sig också säkrare när en ambulanssjuksköterska fanns i närheten.

Ambulanssjuksköterskor och akutpersonal är överlag duktiga på att dokumentera de fysiologiska mätvärdena, medicinska fakta, anamnes och status. Hur synliggörs då omvårdnaden i ambulansjournalen? Hur bör dokumentationen av omvårdnaden i en ambulansjournal se ut? Hur ska ambulanspersonalen dokumentera att omvårdnadsåtgärder görs i en ambulansjournal som är undermålig i detta avseende. Detta är frågor som måste studeras och bli föremål för vidare forskning.

### **Exempel på omvårdnadsåtgärder**

Hjärtläge anses som en omvårdnadshandling där patienten placeras i en sittande position. Detta är en enkel handling som gör att patienten kan känna lindring i de symtom som orsakas av CBS och andningsbesvär.

En journal beskriver att patienten övertygas att följa med till sjukhuset för att det verkligen behövs - omvårdnadshandling här är angett som patientens delaktighet. En dialog med lugnande förklaringar har förts med patienten och fått denne att förstå att det bästa är att följa med till sjukhus.

Mötet med en förvirrad patient kan försvåra anamnes och status när kommunikationen brister. Dahlberg m.fl. (2003) menar att en viktig del av sjuksköterskans arbete är att identifiera verbal och icke verbal kommunikation. Förvirrade patienter som känner sig osäkra i vårdmiljön sänder små signaler som ska vägleda vårdaren i samspelet med patienten. En patient var blind och även det kunde anses som en kommunikationssvårighet när ögonkontakt inte kunde erhållas.

I en journal fanns frågan om det skall vara sekretess, vilket kan förmodas som en åtgärd för patientens integritet och självbestämmande. Dahlberg m.fl. (2003) menar att en vårdare som frågar patienten vad denne behöver hjälp med istället för att föreslå åtgärder som är svåra att avvisa, visar respekt och en vilja att möta patienten i dennes livsvärld.

Dokumentation av patientens sociala nätverk med anhöriga fungerar bättre än andra delar av omvårdnadsdokumentationen. Det kanske är lättare och anses vara av större betydelse för patientens fortsatta vård. Ambulanssjuksköterskor möter dagligen patienten i patientens egen miljö tillsammans med anhöriga och kan därmed lätt skapa sig en bild av det sociala nätverk patienten har.

Fysisk beröring dokumenterades inte över huvud taget. En klapp på kinden eller att hålla någon i handen är vårdhandlingar som troligtvis inte leder till någon reflektion. Ambulanssjuksköterskor gör ofta mycket mer än det som dokumenteras. Många av de patienter ambulanssjuksköterskor möter är gamla, multisjuka och ensamma. Ambulanssjuksköterskor kan sitta i timmar hos en anhörig som drabbats av plötslig förlust eller vara hos en patient en längre stund för att klara ut problem, ordna med hjälp och stöd åt

anhöriga utan att det dokumenteras. Sådan omvårdnad är svår att synliggöra i den prehospitla dokumentationen dels pga. journalens utformning men också för att ambulanssjuksköterskor inte har för vana att dokumentera detta. Vår övertygelse är att ambulanssjuksköterskor börjar utföra omvårdnadshandlingar bredvid medicinska åtgärder i samma stund som de träffar en patient. Varför omvårdnadshandlingar inte dokumenteras finns det nog lika många svar på som det finns ambulanssjuksköterskor.

## **SLUTSATS**

Ambulanssjuksköterskor är ålagda att dokumentera all vård och behandling som ges till patienter prehospitalt. Resultatet av vår studie visar att dokumentationen av den omvårdnad och behandling som ges till patienter med CBS är bristfällig. Många av de omvårdnadsåtgärder som ambulanssjuksköterskor utför vid varje vårdmöte är osynliga i ambulansjournalens dokumentation.

## **IMPLIKATIONER FÖR AMBULANSSJUKVÅRDEN**

Det sker en ständig utveckling av tekniska hjälpmedel i ambulanssjukvården. I många ambulansverksamheter runt om i landet sker dokumentationen med hjälp av elektroniskt journalsystem. Det vore önskvärt om fysiologiska parametrar, EKG och uppdragets karaktär (datum, klockslag, prio) kunde föras in automatiskt i journalen. Detta skulle ge ambulanssjuksköterskor mer utrymme för omvårdnadsdokumentation.

### **Framtida studier**

Det skulle vara intressant att följa upp föreliggande resultat med intervjuer av ambulanssjuksköterskor beträffande omvårdnad och dess dokumentation. Syftet skulle vara att synliggöra den osynliga omvårdnaden, eftersom ambulanssjuksköterskor har ett tydligt omvårdnads- och dokumentationsansvar.

## REFERENSER

- Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B-O. (2005). Culture and care in Swedish ambulance services. *Emergency Nurses*, 13(8), 30-36.
- Ahl, C., Nyström, M. & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 11-19.
- Almás, H. (red.). (2001). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Amanda 2000. Elektroniskt statistikprogram för ambulansuppdrag. Landstinget Värmland. Hogia Räddningssystem AB.
- Behandlingsriktlinjerna för Ambulanssjukvården. Landstinget i Värmland. (2006). Utgåva 4:3 Landstingets tryckeri 2008.
- Bruce, K. & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experience of emergency nurses. *Nursing in critical care*, 10(4), 201-209.
- Dalhberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Djärv, S., Hilmersson, I., Nilsson, E. & Noren-Winsell, E. (1987). *Omvårdnadsjournalen*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K., (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS- boken*. (1:a uppl.). Stockholm: Vårdförbundet.
- Fredriksson, L. (1999). Models of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten i vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Fröberg, U.H., Sundström, P. (2005). *Medicinsk dokumentation*. Lidingö: Institutionen för medicinsk rätt AB.
- Furze, G., Lewin, R., Murberg, T., Bull, P. & Thompson, D.R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *Journal of psychosomatic research*, 59, 323-329.
- Granum, V. (1997). *Sjuksköterskan som vårdutvecklare och forskare*. Lund: Studentlitteratur.

- Herlitz, J., Starke, M., Hansson, E., Ringvall, E., Karlson, B.W. & Waagstein, L. (2002). Early Identification of Patients with an acute coronary syndrome as assessed by dispatchers and the ambulance crew. *American Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 196-201.
- Herlitz, J., Hjalte, L., Karlson, B.W., Suserud, B-O. & Karlsson, T. (2006). Characteristics and outcome of patients with acute chest pain in relation to the use of ambulances in an urban and rural area. *The American journal of emergency medicine*, 24, 775-781.
- Herlitz, J. & Svensson, L. (2006). Prehospital evaluation and treatment of a presumed acute coronary syndrome: what are the options? *European journal of emergency medicine*, 13, 308-312.
- Hjalte, L. (2005). *Hur används ambulanssjukvårdens resurser?* (Rapport nr 18. ISSN 1651-8047). Göteborg: Centrum för Hälso- och sjukvårdsanalys.
- International Council Of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor. (2005). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Johansson, I., Strömberg, A. & Swahn, E. (2004). Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursin*, 19(1), 5-12.
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo, Åbo Akademis Förlag, Institutionen för vårdvetenskap (doktorsavhandling).
- Kim, Y.J. & Park, H.A. (2005). Nursing outcome documentation in nursing notes of cardiac-surgery patients. *Studies In Health Technology And Informatics*, 116, 617-622.
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Mayou, R.A. & Thompson, D.R. (2002). Treatment for patients admitted for acute chestpain. *Journal of psychosomatic research*, 53, 1177-1183.
- Melby, V. & Assumpta, R. (2005). Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *Journal of Clinical nursing*, 14, 1141-1150.
- Nicholson, C. (2004). A systematic review of the effectiveness of oxygen in reducing acute myocardial ischaemia. *Journal of clinical nursing*, 13: 996-1007.
- Persson, S. (2003) *Kardiologi – hjärtsjukdomar för vuxna*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research – principles and methods* (sixth ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarvimäki, A. (red.). (1997). *Reflektioner kring omvårdnad – från huvudsatser, bisatser till slutsatser*. Stockholm: Realtryck.
- SFS 1985:562, (2008). Patientjournalagen. Författningshandboken. Liber.

- SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd. *Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1997:18. Socialstyrelsens författningssamling. *Ändring i allmänna råd om kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor 1995:5*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:20. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Patientjournalagen. *Författningshandboken*. (2008). Stockholm: Liber.
- Statistiska centralbyrån. (2007). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31/12/2007 och befolkningsförändringar 2007*. Hämtad 2008-05-20 från [http://www.scb.se/templates/tableOrChart\\_\\_228181.asp](http://www.scb.se/templates/tableOrChart__228181.asp)
- Svensson, L., Isaksson, L., Axelsson, C., Nordlander, R., & Herlitz, J. (2003). Predictors of myocardial damage prior to hospital admission among patients with acute chestpain or other symptoms raising a suspicion of acute coronar syndrome. *Coronary Artery Disease*, 14, 225-231.
- Vetenskapsrådet. (2001). *Forskningens etiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wireklint Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård*. Acta Wexionensia, 64/2005. Doktorsavhandling. Växjö universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Växjö: Växjö University Press.

Patientdata

Radio	Station	Förare	Vårdare
Andra personal/assistans			

Larmdata

Hämtadress	Kön	Debiteringskod	Ekod	Prio	
Tilladress	LoB	AsB		Ut	In

Bedömning

	Tid	
	Larmstart	
	Ankomst pat	
	Avfärd	
	Avlämning	
	Ledig	
Körda km		
Patientens mediciner		

AT Hämtplats

Opäverkad	—————	Ökad
-----------	-------	------

AT Avlämning

<input type="checkbox"/> Bättre	<input type="checkbox"/> Oförändrat	<input type="checkbox"/> Sämre	<input type="checkbox"/> Död
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------

lakttagelser

Åtgärder

A N D N	0 <input type="checkbox"/> Ej bedömd	1 <input type="checkbox"/> Opåverkad	4 <input type="checkbox"/> Svår påverkan	<input type="checkbox"/> Fil i luftväg	<input type="checkbox"/> Syrgas ..... min
	2 <input type="checkbox"/> Lätt påverkan	5 <input type="checkbox"/> Andningsstillstånd	<input type="checkbox"/> Svagub/häsub	<input type="checkbox"/> Sugning	
	3 <input type="checkbox"/> Måttlig påverkan		<input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Andningshjälp	
	0 <input type="checkbox"/> Ej bedömd	1 <input type="checkbox"/> Opåverkad	4 <input type="checkbox"/> Svår påverkan	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> EKG
C I R K	2 <input type="checkbox"/> Lätt påverkan	5 <input type="checkbox"/> Cirkulationsstillstånd	<input type="checkbox"/> Värmeväg	<input type="checkbox"/> HLR	Tid utsp HLR ..... min
	3 <input type="checkbox"/> Måttlig påverkan		<input type="checkbox"/> Defibrillering		
H U D	0 <input type="checkbox"/> Ej bedömd	1 <input type="checkbox"/> Normal	4 <input type="checkbox"/> Cyanos	<input type="checkbox"/> Reponering	<input type="checkbox"/> Halskroge
	2 <input type="checkbox"/> Blek	5 <input type="checkbox"/> Fuktig		<input type="checkbox"/> Skyddsöriband	<input type="checkbox"/> Scoopbår
	3 <input type="checkbox"/> Rödnad			<input type="checkbox"/> Trycköriband	<input type="checkbox"/> Vacuum-fixation
R E S P I R A	0 <input type="checkbox"/> Ej bedömd	1 <input type="checkbox"/> Ingen	4 <input type="checkbox"/> Medelvärd	<input type="checkbox"/> Brännskadeförband	<input type="checkbox"/> Sträck-fixation
	2 <input type="checkbox"/> Lätt	5 <input type="checkbox"/> Svår		<input type="checkbox"/> Ögonproppning	<input type="checkbox"/> Väst-fixation
	3 <input type="checkbox"/> Måttlig	6 <input type="checkbox"/> Outhändig		<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

Klockan					Läkemedel	Mängd	Adm.sätt	Klockan	Sign
Medvetande RLS									
Pupiller	H3	L N S	L N S	L N S					
	V3	L N S	L N S	L N S					
Blodtryck									
Puls									
Andningsfrekvens									
Saturation									
PEF					Ordinerande läkare				
B-Glucos					Journalen förd av				
Komplikationer									
Report mottagen av:									

<b>GRANSKNING AV AMBULANSJOURNALER- PATIENTER MED BRÖSTSMÄRTA</b>
---

1. Ambulansnummer
2. Ambulansens bedömningskod
3. SOS Bedömningskod
4. Larmdatum:     -   -   (ex.1999-12-23)

**5. Uppdraget:**

- a) Larmtid (från SOS)   :
- b) Ankomsttid   :
- c) Avlämningstid   :
- d) Utlarmningsprio:  (1, 2 eller 3)
- e) Prio till sjukhus:  (1, 2 eller 3)
- f) Tid på dygnet  08:00-13:59
- 14:00-21:59
- 22:00-07:59

Kön på patienten

Man  Kvinna 

Patientens födelseår

    (Ex. 1959)**6. Sjukhistoria**

- |  | Ja                       | Nej                      | Om Nej/förklaring finns  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Anamnes finns dokumenterad              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Aktuell medicinering finns dokumenterad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<b>7. Symptombeskrivning</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Om Nej/förklaring finns</b>
a) Smärta och/eller obehag dokumenterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Smärtans lokalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smärtans intensitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Smärtans karaktär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Symtomduration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Finns andra symtom dokumenterade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. Fysiologiska mätvärden</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Om Nej/förklaring finns</b>
Ange vilka parametrar som är angivna:			
a) Blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) POX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Andningsfrekvens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ekg taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ekg sänt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>9. Prehospital behandling</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Om Nej/förklaring finns</b>
a) Prehospital behandling dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Läkemedelsnamn angivet/dokumenterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Administrationssättet angivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Administrationstiden angivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dos angiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Läkemedlet signerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10. Smärtbehandling</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Om Nej/förklaring finns</b>
a) Smärtbehandling dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utvärdering av smärtbeh. dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smärtfrihet dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>11. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
a) Omvårdnadshandlingar dokumenterade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b) Kontakt med patienten dokumenterat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bedömningssamtalet dokumenterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Stöd till patienten dokumenterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kommunikationssvårigheter dokumenterade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Patientens delaktighet dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Anhörige-kontakt/stöd dokumenterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vårdmiljön/situationen dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fysisk beröring/ögonkontakt dokumenterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Engagemang/brist på engagemang dokumenterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>