



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Prehospital dokumentation av vården under ambulanstransport av "Rädda Hjärnan" patienter

Catherine Linderstam & Åke Thurén

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnad

Omvårdnad – Självständigt examensarbete grundnivå

Handledare: Magnus Lindberg
Examinator: Bernice Skytt

Sammanfattning

Syfte: Syftet med studien var att kvalitetsgranska sjuksköterskans prehospitla dokumentation kring ”Rädda Hjärnan” patienten under ambulanstransport.

Metod: Studien har en beskrivande design och baseras på en retrospektiv journalgranskning. Journalgranskningen genomfördes med hjälp av granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing som poängsätter sjuksköterskans dokumentation utifrån kvalitet och kvantitet. Instrumentet har modifierades efter lokala behandlingsriktlinjer för att kunna granska dokumentationen som förs inom den prehospitla verksamheten. Totalt granskades 50 journaler från januari 2014 till och med februari 2014. **Resultat:** Resultatet visade en hög andel kompletta anteckningar för anamnes, status vid ankomst till akutmottagning, dokumenterade omvårdnadsproblem, läkemedelshantering och triagering av patienten. Ett lägre resultat sågs vid dokumentation kring uppdaterat status samt status vid avlämning av patienten.

Slutsats: Slutsatsen är att dokumentationen av ”Rädda Hjärnan ” patienter hos sjuksköterskorna på ambulansen generellt var av hög kvalitet, men att det finns utrymme för förbättring. Kontinuerlig utbildning för all personal och uppföljning i form av journalgranskning behövs för att förbättra dokumentationen.

Nyckelord: Stroke, ”Rädda hjärnan”, Prehospital vård, dokumentation, sjuksköterska.

Abstract

Purpose: The purpose with the study was to do a quality review of prehospital nursing documentation of “Rädda Hjärnan” patients during ambulance transportation.

Method: The study was of descriptive design and based on the results of retrospective medical record review. The medical record review was conducted with the help of a study specific and modified version of the Cat-Ch-Ing audit instrument which scores the documentation both in quality and quantity. To review the prehospital medical records the instrument had to be modified to correspond with local guidelines. A total of 50 prehospital medical records between January 2014 and February 2014 was collected and reviewed. **Results:** The results showed a high number complete notes for medical history, patient status on arrival, identified nursing problems, handling of pharmaceuticals and triage of the patient. A lower result was found for notes on updated patient status during transport and patient status on drop of. **Conclusion:** The documentation on “Rädda Hjärnan” patients by nurses at the ambulance service generally held high quality but there is room for improvement. Continues education for all personnel and follow up in the form of reviewing of nursing documentation is required to improve documentation.

Keywords: Stroke, “Rädda Hjärnan”, prehospital care, documentation, nursing.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Problemformulering	3
1.2 Syfte	4
1.3 Frågeställningar	4
2. Metod	4
2.1 Design	4
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
2.3 Datainsamlingsmetod	5
2.4 Tillvägagångssätt	6
2.5 Dataanalys	7
2.5.1 Granskningsnyckel kvalitet och kvantitet	7
2.6 Forskningsetiska överväganden	8
3. Resultat	9
4. Diskussion	16
4.1 Huvudresultat	16
4.2 Resultatdiskussion	16
4.3 Metoddiskussion	18
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning	19
4.5 Slutsats	20
5. Referenser	21

1. Introduktion

Begreppet stroke är ett samlingsnamn för både hjärninfarkt och hjärnblödning. När man får en hjärninfarkt beror det på att en blodpropp har bildats i något av hjärnans blodkärl. Blodproppen i kärlet stoppar blodförsörjningen till de berörda nervceller och det uppstår syrebrist i hjärnan. Vid en hjärnblödning förstörs hjärnans nervceller på grund av att blodet läcker ut i hjärnan eller i de hålrum som omger hjärnan. Det ökade trycket inne i huvudet stör nervcellernas funktion. Vid hjärninfarkt och hjärnblödning kommer symtomen oftast plötsligt. Man kan få samma neurologiska symtom som till exempel domningar eller plötslig svaghet i ansikte – armar – ben, svårighet att tala och förstå, plötsliga synstörningar eller plötslig yrsel. Oftast medför hjärnblödningar även huvudvärk, illamående, kräkningar och medvetandepåverkan (1)

Stroke drabbar ca 30 000 svenskar varje år (1). Ett snabbt insättande av behandling direkt efter debut har visat sig vara av stor vikt för strokepatienten då utgången försämras avsevärt över de nästkommande 4.5 timmarna. Majoriteten av dessa patienter som söker vård transporteras med ambulans till sjukhus (2). När ambulans anländer till patienten identifierar ambulanssjuksköterskan strokesymtom hos patienten och den specifika behandlingen kan påbörjas redan i ambulans (3, 4). Transport med ambulans är enligt flera studier förknippade med snabbare ankomst till sjukhus, snabbare bedömning och snabbare behandling (2, 4,5).

Prehospital akutsjukvård innefattar en vårdmiljö där hälso- och sjukvårdspersonal utför ett medicinskt omhändertagande utanför sjukhus (6) Omvårdnaden som ges prehospitalt är dels utifrån specifika undersökningar och behandlingsriktlinjer, men också att möta patienten utifrån dennes individuella behov som är centralt i omvårdnad (7). Den specifika form av vård man ger patienten handlar om undersökning, behandling av symtom, rådgivning och vårdande insatser på hämtplats eller i ambulans (6). Syftet med den prehospitala akutsjukvården är att ge patienten ett direkt omhändertagande innan ankomst till sjukhus. (8). För det prehospitala arbetet finns specifika behandlingsriktlinjer (9) framtagna av SLAS (Ambulansöverläkarna i Sverige) som är utarbetade från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård (10). Dessa riktlinjer är framtagna för att ge strokepatienten ett snabbt flöde genom vårdkedjan från första bedömning till behandling. Lokalt kallas dessa riktlinjer för ”Rädda Hjärnan”. Patienten inkluderas i ”Rädda Hjärnan” flödet genom att bedömmas primärt utifrån nationella strokekampanjens AKUT-test (8). Exklusion från flödet kan ske även om

AKUT-testet är positivt enligt lokala behandlingsriktlinjer om; tiden sedan debut överstiger >6 timmar eller om medvetslöshet föreligger (9).

Tidsvinsten för ”Rädda Hjärnan” patienten sker vid ankomst till sjukhus då dessa patienter går direkt till röntgen istället för som traditionellt bedöms av läkare på akuten (11). Omhändertagandet och omvårdnaden styrs av SLAS rekommendationer och lokala behandlingsriktlinjer. Dokumentationen sker i ett elektroniskt journalsystem som är strukturerat efter AMLS-konceptet. Konceptet bygger på att man ska få en struktur i anamnes och undersökning av patienten. Man använder bokstäver för att göra en riktad anamnes och följer då bokstavskombinationen S, O, P, Q, R, S, T och A, M, P, L, E. Den första delen S-T riktar in sig på patientens tillstånd och A-E riktar in sig på patientens sjukdomshistoria (12).

Den prehospitla akutsjukvården bedrivs inom hälso- och sjukvårdens ramar (13). Enligt lag är all legitimerad personal som utövar yrke inom hälso- och sjukvård skyldig att föra patientjournal, för varje patient och vid varje kontakt som gäller vård, undersökning eller behandling (14). Sjuksköterskans dokumentation informerar alla i vårdlaget om patientens hälsotillstånd, vilken vård som givits och om det gett något resultat (8, 15). När patienten i det prehospitla skedet inkluderas i ”Rädda Hjärnan” är dokumentationen av stor vikt vid den fortsatta vården för att kunna följa sjukdomsutveckling (8). Dokumentationen ska vara tydlig och adekvat för att kunna ge resten av sjukvårdspersonalen en helhetsbild av patientens situation (16, 17).

Enligt Patientdatalagen (2008:355) så skall en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för att ge patienter en god och säker vård. Uppgifterna skall föras in i journalen så snart det kan ske. Den skall innehålla uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrund till vården, uppgifter om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder samt resultat av patientens vård. Patientjournalen skall vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjorts (14). Trots tydlig lag föreligger flera brister (15, 16, 18, 19) En brist som uppmärksammats är utebliven dokumentationen kring patientens symtom på medvetande och uppmärksamhetsstörning hos långtidsbehandlade patienter.

Brist på denna dokumentation uppdagades vid återkommande månadsintervjuer av sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde det svårt att dokumentera det man observerade och föredrog då att förmedla detta muntligt till sin kollega (16).

En av sjuksköterskan väl genomförd journalföring ligger till grunden för en god och patientsäker vård (14). Patientsäkerhet definieras i Patientsäkerhetslagen (2010:659) som skydd mot vårdskada. Vårdskada avses i lagen lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (20). När kvalitén på omvårdnaden undersöktes på ett äldreboende i Finland baserades det på sjuksköterskans dokumentation. Voutilainen och medarbetare fann att dokumentation avseende utvärdering av omvårdnaden kunde förbättras eftersom det i var fjärde patientjournal saknades dokumentation angående patientens mentala förmåga. Voutilainen menar att det är ett hot mot säker omvårdnad om viktiga aspekter i omvårdnaden ej dokumenteras. (17).

Donabedians modell kan användas för att undersöka olika delar av vårdens kvalitets- och förbättringsarbete. Modellen granskar hälso- och sjukvården utifrån tre kategorier; struktur, process och resultat (21). Struktur innefattar alla de faktorer som påverkar att vården kan levereras. Det kan till exempel vara hur patientsäkerhetsarbetet är organiserat och vilka resurser som finns i form av budget och medarbetares kompetens. Struktur är ofta lätt att observera och mäta. Under kategorin process bedöms alla de åtgärder som görs inom hälso- och sjukvården. Vanligen inkluderar det diagnos, behandling, förebyggande vård och information till patienter. Information om processen kan hämtas från patientjournaler, intervjuer och observationer (22). Resultatet i Donabedians modell avser just resultatet eller effekter som uppnås i en verksamhet. Resultatet utvärderas oftast mot de mål som verksamheten satt upp (23). I en studie har Donabedian visat sig vara användbar för att vägleda sjuksköterskor i deras arbete gällande planering, förberedelser och utvärdering och förbättring av omvårdnad (24, 25).

1.2 Problemformulering

Ett korrekt prehospitalt omhändertagande av patienter med misstänkt stroke, är en förutsättning för att garantera patientsäkerheten, likväl att omhändertagandet och den omvårdnad som ges följer de riktlinjer som finns framtagna inom den egna verksamheten. Dokumentationen är viktig för att kunna ge alla i vårdlaget en sammansatt bild av patientens situation (25). Omvårdnaden skall dokumenteras enligt

gällande lagstiftning (14). Vid litteratur sökning finns inga studier gjorda på dokumentationen av denna patientgrupp, däremot visar ett antal studier en allmän brist i sjuksköterskans dokumentation (16, 17, 18) Med den bakgrunden finns ett värde att undersöka och identifiera eventuella brister av dokumentationen i samband med den prehospitala vården av ”Rädda Hjärnan” patienten. Att genomföra en journalgranskning ger professionen en uppfattning om hur ambulanssjuksköterskan dokumenterat gällande denna patientgrupp.

1.3 Syfte

Syftet med studien var att med hjälp av en modifierad version av Cat-ch-Ing instrumentet kvalitetsgranska sjuksköterskans prehospitala dokumentation kring ”Rädda Hjärnan” patienten under ambulanstransport.

1.4 Frågeställningar

I vilken utsträckning och med vilken kvalitet har instrumentet identifierat sjuksköterskans dokumentation för Rädda Hjärnan patienter?

I vilken utsträckning har instrumentet identifierat att sjuksköterskan dokumenterat att patienten inkluderats i Rädda Hjärnan flödet?

2. Metod

2.1 Design

Studien har en beskrivande design och baseras på en retrospektiv journalgranskning.

2.2 Urvalsmetod och Undersökningsgrupp

Studien genomfördes på 12 ambulansstationer i Mellansverige. Urvalet var ett konsekutivt och retrospektivt (26) urval av patientjournaler från januari 2014 till och med februari 2014. Antalet journaler blev då 62. Utifrån dessa 62 journaler som togs fram gjordes en procentuell fördelning mellan de 12 ambulansstationer. Den procentuella fördelningen användes sedan för att kronologiskt välja ut sammanlagt 50 journaler. Undersökningsgruppen omfattar patienter som med misstänkt akut stroke, dessa har prioriterats ”röda” i journalen alltså hösta prioritet. Alla patienterna vårdades i ambulans och transporterades till närliggande sjukhus för vidare behandling. Inga exklusionskriterier tillämpades i urvalet.

2.3 Datainsamlingsmetod

En granskningsmall har utvecklats utifrån omvårdnadsprocessens VIPS-modell (27), AMLS konceptets sökord (12) och de lokala behandlingsriktlinjer som finns för strokepatienter inom Ambulanssjukvården (9). Granskningsmallen är inspirerad av Catrin Björvell's Cat-ch-Ing som mäter omvårdnaden både kvantitativt och kvalitativt. Instrumentet Cat-ch-Ing består av designade frågor för att bedöma sjuksköterskans dokumentation (28). Instrumentet har modifierades efter lokala behandlingsriktlinjer för att kunna granska den dokumentation som förs inom den prehospitla verksamheten, fokus på inriktning på de behandlingsriktlinjer som gäller för strokepatienter. Instrumentet granskar journaler både kvalitativt och kvantitativt utifrån givna granskningspunkter (box.1). Varje del som granskas kan ge max 3 poäng både i den kvalitativa och i den kvantitativa bedömningen. Vissa delar bedöms enbart utifrån om det finns med eller ej och ger då max 1 poäng. Varje journal får efter granskningen en slutpoäng, där maxpoäng är 58 poäng. Instrumentet är validerat (29) för att granska dokumentation som är förd enligt VIPS modellen (27). Reliabilitetstester har gjorts av författarna vilket innebär att de tillsammans har gått igenom testjournaler för att kunna utveckla instrumentet. Detta gjordes för att se om bedömningen blev likvärdig.

Box 1.

Granskningsmall för dokumentering
1. Finns anamnes?
2. Finns status vid ankomst?
3. Status uppdaterat under transport?
4. Finns avlämnade status?
5. Finns omvårdnadsproblem dokumenterat?
6. Finns omvårdnads åtgärder dokumenterat?
7. Läkemedel dokumenterat (mängd, adm.sätt, klockslag, sign)?
8. Är anteckningarna signerade?
9. Hur lång transporttid i minuter?
10. Är behandlingsspecifika omvårdnadsåtgärder dokumenterade?
11. Är en korrekt triagering utförd?
12. Används VIPS sökord i löpande text?
13. Används AMLS konceptets struktur?
14. Korrekt markering i journal för ”Rädda Hjärnan” flöde.

2.4 Tillvägagångssätt

En ansökan till det forskningsetiska rådet lämnades in för godkännande att genomföra studien. Efter godkännande från forskningsetiska rådet lämnades en anhållan om att få genomföra studien till verksamhetschefen på ambulansen. När skriftligt godkännande givits skickades en kopia på den underskriva och godkända anhållan vidare till journalansvarig på ambulansen. Journalansvarig sökte reda på journaler med koden stroke och som inkluderats i ”Rädda Hjärnan”. Journalerna avidentifierades på patientens personliga data, stationstillhörighet och den dokumenterade sjuksköterskan. Granskningen av journalerna genomfördes tillsammans av författarna i samma rum på ambulansen. För att kunna granska journalerna användes ett av författarna modifierat gransknings instrument. Författarna granskade varje journal tillsammans genom att på

ett strukturerat sätt följa granskningsmallen uppifrån och ner. När alla journaler granskats sammanställdes poängen utifrån kvalitet och kvantitet.

2.5 Dataanalys

Journalgranskningen bearbetades med hjälp av nyckeln till det modifierade Cat-ch-Ing instrumentet (Bilaga 1). Data analyserades med hjälp av Microsoft Excel Analysis ToolPak och resultatet presenterades i form av poäng, procent, medelvärde samt standardavvikelse både i löpande text samt i diagram.

2.5.1 Bedömningsnyckel kvalitet och kvantitet

Gradering kvalitet (Bedömning av skriftliga anteckningar)

Mycket bra (3p): Alla anteckningar är tydliga och språkligt korrekta, koncisa utan överflödigt text och med, för bedömning, nödvändig information medtagen. Exempel på överflödigt text är dubbeldokumentation, åtgärder beskrivna som status eller vise versa.

Bra (2p): >50% av anteckningar är som ovan, dock inte alla. En del innehåller för mycket text, avsaknad av information, inkorrekt språk, fragmentariska anteckningar ofullständiga meningar, egna förkortningar samt risk för möjliga misstolkas.

Mindre bra (1p): < 50 % av anteckningarna är korrekta, dock finns korrekta anteckningar.

Torftigt (0p): över lag otydligt, språkligt inkorrekt, väsentlig information saknas.

Gradering kvantitet

Komplett (3p): fullständig anteckning i löpande text eller med VIPS-sökord.

Anamnes: Skall innehålla kontaktorsak, häsohistoria/vårderfarenhet, pågående vård och överkänslighet. **4 av 4 för 3p.**

Status: kommunikation/neurologi, andning, cirkulation, nutrition, hud/vävnad, smärta/sinnesintryck. **5 av 6 samt även under- rubrikerna som är markerade * kan ge 3 p.**

* **status för kommunikation/neurologi:** skall innehålla anteckning om medvetandepåverkan, talförmåga, ansiktspares, svaghet arm, svaghet ben, pupiller. **(3p).**

* **status för andning:** skall innehålla anteckning om andning, AF, saturation, auskultation. **(3p).**

- * **status för cirkulation:** skall innehålla anteckning om blodtryck, pulsfrekvens, pulskvalité, perifer återfyllnad samt temp. (3p).
- * **status för nutrition:** skall innehålla anteckning om p-glukos, illamående, kräkning, senast intagna måltid. (3p).
- * **status för hud/vävnad:** skall innehålla hudfärg, hudgenskap, hel hudkostym. (3p).
- ***status för smärta:** vas, kvalitet, strålning. (3p).

Status uppdaterat under transport: gäller uppdatering angående patientens status (bedöms enligt status, se ovan)

Finns avlämnande status? Kan man läsa patientens status i journalen vid avlämning (förbättring/försämring/oförändrat samt vitalparametrar inom 10 min innan avlämning, bedöms enligt status, se ovan).

Finns omvårdnadsproblem dokumenterat? Har man identifierat och dokumenterat patientens omvårdnadsproblematik? Återfanns något av följande domningar, yrsel, talsvårigheter, svaghet i extremitet, ändrat mentaltillstånd, feber, huvudvärk samt illamående och kräkningar (Max 1p).

Finns omvårdnads åtgärder dokumenterat? Finns åtgärder relaterade till patientens status/omvårdnads problematik som under transport kan åtgärdas/lindras dokumenterade? (3p, alla identifierade omvårdnadsproblem är åtgärdade).

Behandlings specifika omvårdnadsåtgärder: 2 ”gröna” venfloner, p-glukos samt infusion Ringer-Acetat (3p).

Triagering: Rätt ESS kod identifierad, rätt prioritering, samt korrekt ifyllda vitalparametrar (3p).

Används VIPS sökord? Återfinns VIPS sökord. (Max 1p).

Används AMLS konceptets sökord? Följs SAMPLE samt OPQRST 10 av 12 bedöms som 3p.

Korrekt dokumentation i journaler att patienten inkluderats i ”Rädda Hjärnan” flödet? Rätt markering ifylld i journalen för ”Rädda Hjärnan” Ja/Nej. (Max 1p)

2.6 Forskningsetiska överväganden

Enligt Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik (30) bör forskning med människors fyra etiska grundläggande principer beaktas, dessa principer är; respekt för personer (autonomiprincipen), godhetsprincipen, principen att inte skada samt

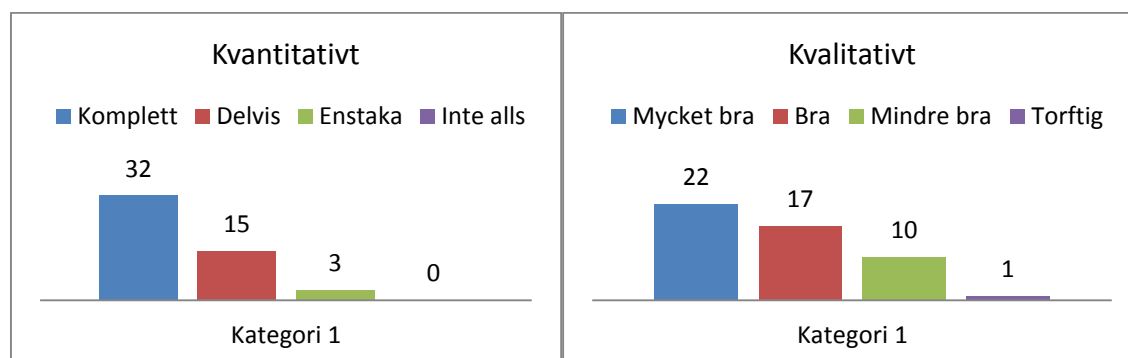
rättvisprincipen. En anskökan till det etiska rådet gjordes då journalgranskningen genomfördes utan de berördas godkännande. Sjuksköterskorna som journalförde har inte heller tillfrågats. Det finns en risk att patientsäkerheten samt sekretessen äventyras och även integriteten hos journalföraren. Verksamhetsvärdet av att genomföra studien anses ändå överväga nämnda risker. För att bibehålla sekretessen samt patientsäkerheten har journalerna som granskats avidentifieras från patientdata även den journalförande sjuksköterkan signatur togs bort. Data som framkommit har behandlas konfidentiellt. Efter avslutad studie kommer alla journalkopior att förstöras.

3. Resultat

Resultatet presenteras i löpande text samt figurer utifrån upplägget i granskningsmallen (box 1). Antal, procent, medelvärde samt standardavvikelse har valts för att belysa resultaten. Resultatet baseras på granskning av 50 journaler. Den samlade max poängen för både den kvantitativa samt den kvalitativa var 58 poäng per journal. Högst poäng var 53 poäng och lägst poäng var 8 poäng. Det resulterade i ett medelvärde på 33,8 poäng och en standardavvikelse på 9,5.

1. Finns anamnes?

Figur 1. Förekomst av anamnes i journalen.

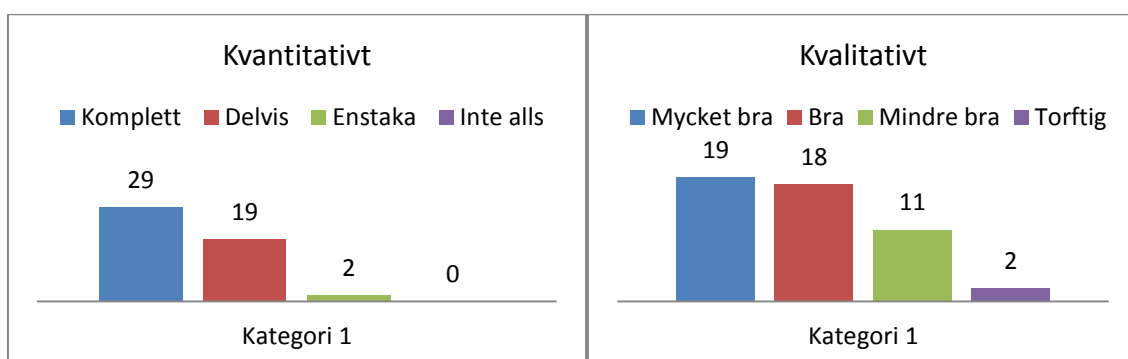


En anamnes återfanns i alla 50 granskade journaler, i 32 av 50 journaler bedömdes dokumentationen som komplett. I 15 av 50 som delvis, i 3 av 50 som enstaka och med

ett medelvärde för kvalitet anamnes på 2,58 (SD=0,6) . I 22 av 50 journaler bedömdes kvaliteten på förda anteckningar som mycket bra, i 17 av 50 som bra, i 10 av 50 som mindre bra och i 1 journal bedömdes dokumentationen som torftig (m=2,2, SD=0,8).

2. Finns status vid ankomst (ankomst hos patient)?

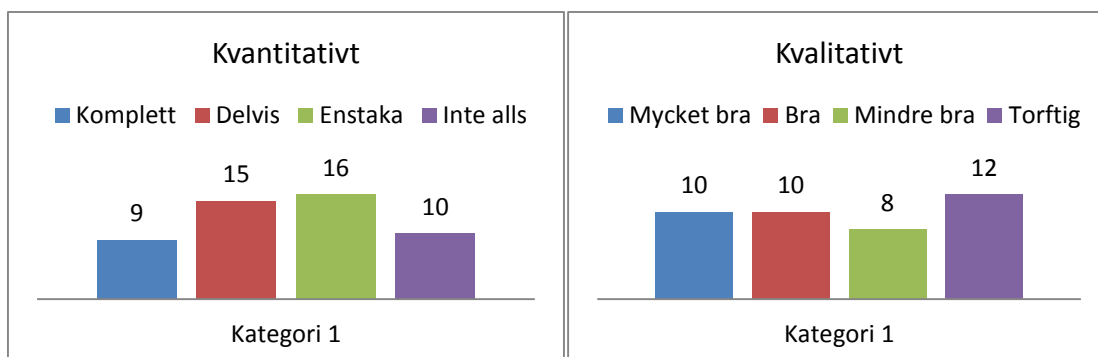
Figur 2. Förekomst av ankomststatus.



Status ankomst bedömdes som komplett i 29 av 50 journaler (58%), delvis i 19 av 50 samt enstaka i 2 av 50 med ett medelvärde på 2,54 (SD=0,6). Kvalitativt bedömdes 19 av 50 som mycket bra, 18 av 50 som bra, 11 av 50 bedömdes som mindre bra och 2 av 50 som torftiga, vilket gav ett medelvärde på 2,1 (SD=0,9).

3. Finns status uppdaterat under transport?

Figur 3. Förekomst av uppdaterad status.

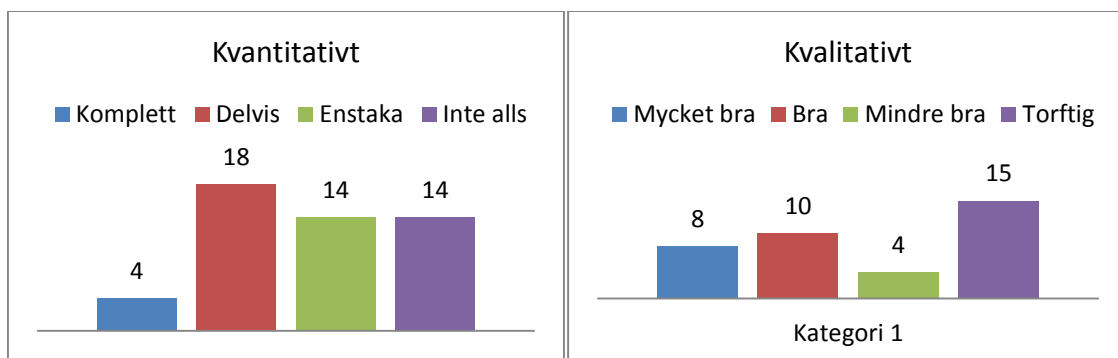


Status under transport bedömdes som komplett i 9 av 50 journaler, delvis i 15 av 50, enstaka i 16 av 50 och inte alls i 10 av 50 med ett medelvärde på 1,5 (SD= 1,0).

Kvaliteten på det dokumenterade bedömdes som mycket bra i 10 av 40, bra i 10 av 40, mindre bra i 8 av 40 och torftigt i 12 av 40 med ett medelvärde på 1,5 (SD= 1,2). 10 journaler bedömdes ej bedömningsbara där anteckningar gällande status uppdateringar under transport saknades.

4. Finns avlämnande status (avlämnande på sjukhus)?

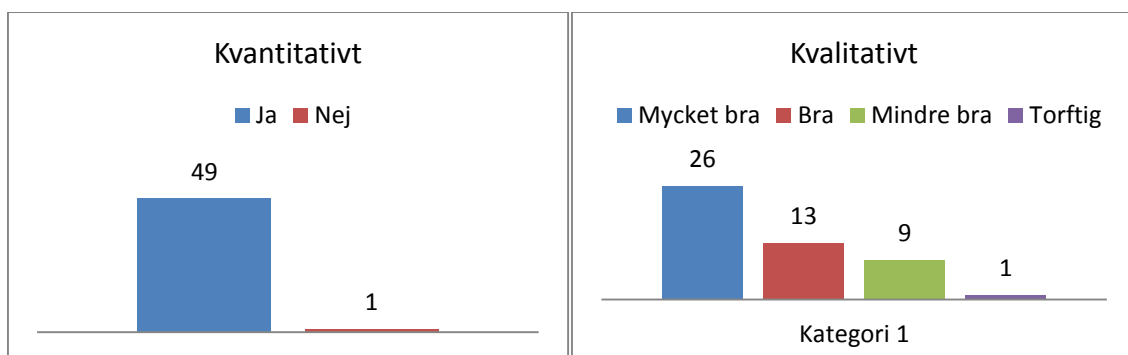
Figur 4. Förekomst av avlämnande status.



Avlämnande status bedömdes komplett i 4 av 50 av dem granskade journalerna, delvis i 18 av 50, enstaka i 14 av 50 och inte alls i 14 av 50 med ett medelvärde på 1,2 (SD=1,0). Journalförda anteckningar bedömdes som mycket bra i 8 av 37 bra i 10 av 37, mindre bra i 4 av 37 samt torftigt i 15 av 37 (m= 1,3, SD= 1,2). I 13 journaler saknades anteckningar helt gällande status för avlämnande vilket gjorde dessa ej bedömningsbara gällande kvalitet.

5. Finns omvårdnadsproblem dokumenterat?

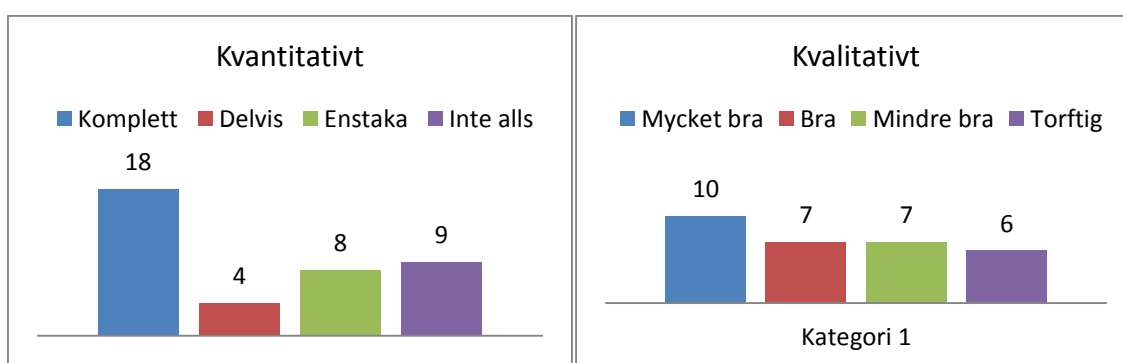
Figur 5. Förekomst av dokumenterade omvårdnadsproblem.



Omvårdnadsproblem återfanns i 49 av 50 de granskade journalerna. Kvaliteten på de granskade anteckningarna bedömdes som mycket bra i 26 av 49 journaler, bra i 13 av 49 mindre bra i 9 av 49 och som torftigt i 1 av 49. 1 journal kunde ej bedöma kvalitativt då anteckningar om omvårdnadsproblem saknades. Bedömning av kvaliteten resulterade i ett medelvärde på 2,3 (SD=0,8).

6. Finns omvårdnadsåtgärder dokumenterat?

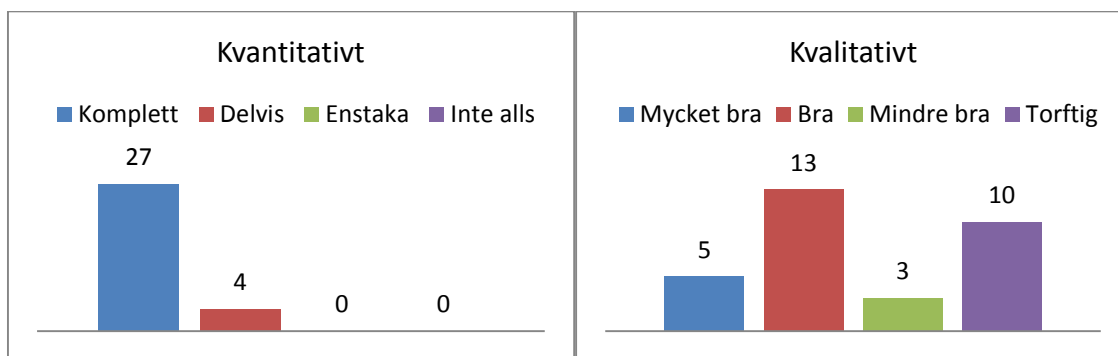
Figur 6. Förekomst av dokumenterade omvårdnadsåtgärder.



Omvårdnadsåtgärder fanns dokumenterade i 39 journaler, i 18 av 39 journaler bedömdes anteckningarna som kompletta, i 4 av 39 som delvis, i 8 av 39 och i 9 av 39 som inte alls, vilket totalt sett gav ett medelvärde på 1,8 (SD= 1,3). 11 journaler bedömdes ej bedömningsbara. Av det anteckningar som återfanns bedömdes 10 av 30 journaler som mycket bra, i 7 av 30 som bra, i 7 av 30 som mindre bra samt i 6 av 30 som torftiga. Medelvärdet för bedömning kvalitativt blev 2,2 (SD= 1,1). 20 journaler var ej bedömningsbara då anteckningar gällande omvårdnadsåtgärder saknades.

7. Läkemedel dokumenterat (mängd, adm.sätt, klockslag, sign)?

Figur 7. Förekomst av dokumentation kring läkemedel.



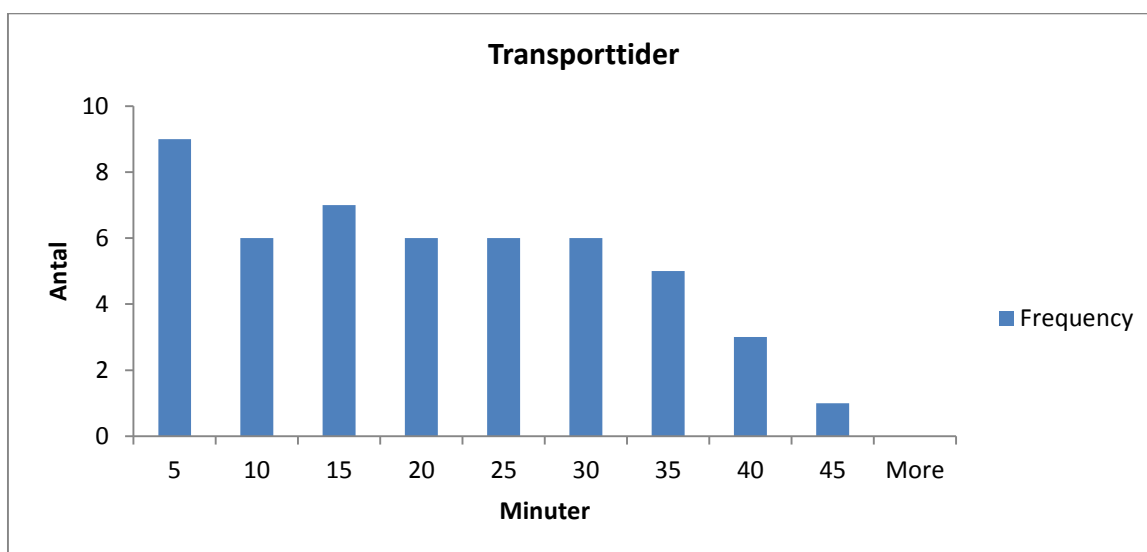
Granskningen visade att i 31 av de 50 granskade journalerna hade läkemedel administrerats. I 27 av 31 granskade journaler bedömdes läkemedelsdokumentationen som komplett och i 4 av 31 som delvis med ett totalt medelvärde på 2,9 (SD= 0,3). Kvaliten på anteckningarna bedömdes som mycket bra i 5 av 31, i 13 av 31 som bra, mindre bra i 3 av 31. Medelvärdet för kvalitet blev 2,2 (SD= 1,1). 19 journaler bedömdes som ej bedömningsbara.

8. Är anteckningarna signerade?

Granskningen av signatur på dokumentationen gav ett resultat att alla 50 journalerna var signerade.

9. Hur lång transport i minuter?

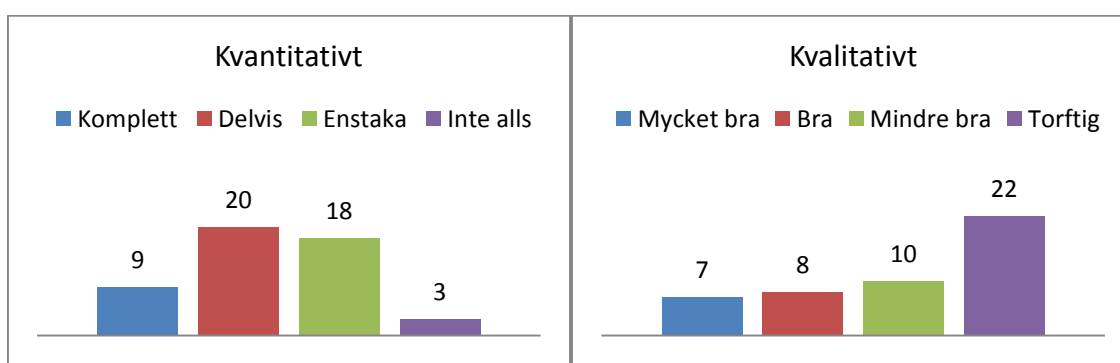
Figur 8. Förekomst av dokumenterade transporttider i minuter.



Transporttider i minuter från 49 granskade journaler. Kortast transport 2 minuter och längst transport 41 minuter. Medelvärde 18,4 (SD=11,7). Ett bortfall för felaktig tidsstämpling.

10. Är behandlingsspecifika omvårdnadsåtgärder dokumenterade?

Figur 9. Förekomst av dokumenterade omvårdnadsåtgärder.

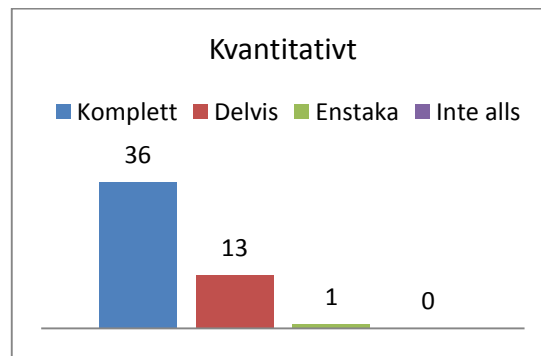


Dokumentationen bedömdes som komplett i 9 av 50 granskade journaler, delvis i 20 av 50, enstaka i 18 av 50 och som inte alls i 3 av 50. Medelvärdet för kvantitet blev 1,7 (SD= 0,8). Kvaliteten på granskade journalanteckningar bedömdes som mycket bra i 7 av 47 journaler, bra i 8 av 47, mindre bra i 10 av 47 och torftigt i 22 av 47. 3 journaler var ej bedömningsbara då anteckningar gällande omvårdnadsåtgärder saknades.

Medelvärdet för kvalitet 1,0 (SD=1,1). P-glukos fanns dokumenterat i 47 av 50 journaler, Ringer-Acetat återfanns i 26 av 50 och två ”gröna” perifera venkatertrar var dokumenterade i 11 av 50.

11. Är en korrekt triagering utförd?

Figur 10. Förekomst av korrekt utförd triagering.



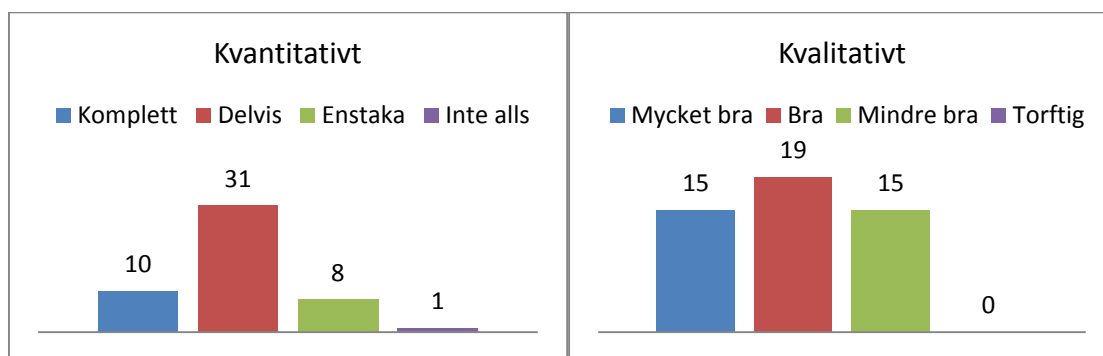
En korrekt triagering identifierades som komplett i 36 av 50 journaler, delvis i 13 av 50, som enstaka i 1 av 50. Medelvärde 2,7 (SD=0,5).

12. Används VIPS sökord i löpande text?

Vips sökord återfanns ej i någon av de 50 granskade journalerna.

13. Används AMLS konceptets struktur?

Figur 11. Förekomst av AMLS-konceptets struktur.



Användningen av AMLS konceptets struktur vid dokumentation bedömdes som komplett i 10 av 50 journaler, 31 av 50 bedömdes som delvis, 8 av 50 som enstaka

samt inte alls i 1 av 50. Medelvärde för kvantitet 2.0 (SD= 0,7). Kvaliten på dokumentationen bedömdes som mycket bra i 15 av 50 journaler, som bra i 19 av 50, mindre bra i 15 av 50 och ingen bedömdes som torftig (m=2.0, SD= 0,8). En journal bedömdes ej bedömningsbar för kvalitet.

14. Korrekt dokumentation i journaler att patienten inkluderats i "Rädda Hjärnan" flödet?

"Rädda Hjärnan" flödet fanns markerat i alla av de 50 granskade journalerna.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet baserades på en granskning av 50 journaler av "Rädda Hjärnan" patienter inom ambulansen. Granskningen skedde med hjälp av ett modifierat granskningsinstrument som bedömer dokumentationen både kvantitativt samt kvalitativt, max poäng var 58. Efter granskningen visade resultatet att högst poäng var 53 poäng och lägst poäng var 8 poäng. Ingen journal bedömdes som komplett på alla de punkter som granskades. Granskningen visade hög andel kompletta anteckningar för anamnes, status ankomst, dokumenterade omvårdnadsproblem, läkemedels hantering samt triagering. Ett lägre resultat sågs vid anteckningar kring uppdaterade status samt avlämnande status. VIPS sökord återfanns ej i någon av de granskade journalerna medans dokumentation efter AMLS konceptet följdes delvis.

4.2 Resultatdiskussion

Dokumenteringen av anamnes (figur 1) samt ankomst status (figur 2) bedömdes i 32 (64%) respektive 29 (58%) som komplett vilket överensstämmer med resultatet av en norsk studie (31) där man fann hög frekvens av dokumentation av patient historia samt initialt status. Samma studie visar även på bristen på dokumentation av uppdatera status under vårdtiden vilket överensstämmer med resultatet i denna studie, där uppdaterat status under transport bara bedömdes som komplett i 9 (18%) och som enstaka i en majoritet 16 (32%) av journalerna. Även avlämnande status hade ett lägre resultat där 4 (8%) bedömdes kompletta medan en majoritet av journalerna 18 (36%) bedömdes som delvis. En eventuell bidragande faktor till den bristande uppdatering av status återfinns i

figur 8 där det framgår att 57 % av de granskade journalerna har en transporttid under 20 minuter. Den korta transporttiden kan ha inverkat i negativ riktning på uppdateringen av status, då andra arbetsuppgifter kan ha prioriterats.

Dokumenterade omvårdnadsproblem återfanns i 49 (98%) journaler, där kvaliteten på dokumentationen bedömdes som mycket bra i 26 (53%) av journalerna.

Omvårdnadsproblem (figur 5) som återfanns i studien var yrsel, talsvårigheter, svaghet i extremitet, ändrat mentaltillstånd, huvudvärk samt illamående och kräkningar. Liknade fynd återfanns i en japansk studie (32) som studerat prevalensen av symtom hos strokepatienter. Där fann man att känselbortfall var mest förekommande, följt av yrsel, svaghet i nedre extremitet och illamående.

Omvårdnadsåtgärder bedömdes utifrån de omvårdnadsproblem som identifierats och som sjuksköterskan har enligt behandlingsriktlinjer möjlighet att åtgärda.

Dokumenterade omvårdnadsåtgärder bedömdes som komplett i 18 (46%) journaler, men återfanns inte alls i 9 (23%) journaler. I en majoritet av journalerna påvisas inte dokumenterade omvårdnadsåtgärder i journalerna. Huruvida dessa glömts att dokumenterats eller ej utfört framgår ej av studien. En möjlig förklaring till avsaknaden av dokumentation kring omvårdnadsåtgärder kan möjligen även här ha sin förklaring i de korta transporttiderna (tabell 8) där man då kan ha prioriterat andra arbetsuppgifter samt en snabbare avfärd mot vårdinrättning. Omvårdnadsproblem som identifierades var mestadels illamående, kräkningar, huvudvärk, feber samt avvikande vitalparametrar.

Instrumentet fann att alla journalerna (50) var signerade, det höga resultatet förklaras med att journalföring systemet har en funktion där man kan söka på osignerade journaler och där journalansvarig kontinuerligt kontrollerar detta då faktura för transporten ej kan skickas ut innan journalen är signerad.

Resultatet för granskning av transporttider visar att majoriteten av transporterna är korta transporter 57 % av transporterna är under 20 minuter. Där den hösta transporttiden var 45 minuter. Dessa resultat ligger väl inom ramen för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård, där man rekommenderar insättande av behandling inom tre timmar från symtom debut för öka möjligheten för att bli symtom eller nästan symtomfri. Förutsatt att patienten larmar vid symtom debut finns alltså goda möjligheter att få behandling i tid.

Behandlingsspecifika omvårdnadsåtgärder identifierades som komplett dokumenterade i bara 9 (18%) i de granskade journalerna och saknades helt i 3 (6%) av journalerna.

Anteckningar om korrekt antal och storlek på PVK eller motivering till ej utförda omvårdnadsåtgärd saknades i majoriteten av journalerna. Administration av Ringer-Acetat återfanns dokumenterat i hälften av journalerna. En majoritet av journalerna innehöll dokumentation av p-glukos vilket överensstämmer med tidigare forskning (32).

VIPS modellen har länge använts på svenska vårdavdelningar för att ge en struktur åt sjuksköterskans dokumentation, för att hjälpa denna föra en så utförlig och komplett dokumentation som möjligt. Detta för att snabbt kunna få en övergripande bild av patienten och lätt kunna förstå dennes omvårdnadsbehov. Det strukturerade sättet att dokumentera som VIPS modellen erbjuder borde på så sätt bidra till en god kvalitet av omvårdnaden och ökad patientsäkerhet tack vare bättre dokumentation (33). Tidigare användes VIPS sökord även vid dokumentation inom ambulansen, men sedan några år tillbaka används AMLS konceptet som struktur för både bedömning samt dokumentering. VIPS sökord återfanns ej i någon av de 50 granskade journalerna. Dokumentering utifrån AMLS konceptets struktur bedömdes som komplett i 10 (20%) och som delvis i 31 (62%) av journalerna. Kvalitetsmässigt framkom dock att även fast alla delar i konceptet fanns med i stor utsträckning, återfanns de ej under rätt bokstav i AMLS konceptet. Detta kan tyda på en osäkerhet i handhavandet av AMLS konceptet.

4.3 Metoddiskussion

Urvalsgruppen bestod av 50 journaler som valdes ut under en två månaders period. Antal journaler bestämdes, redan innan studien påbörjades, att begränsas till 50. Detta ansågs vara en hanterbar mängd att granska under den givna tidsperioden. I retrospekt tycker författarna att begränsningen av antalet journaler var korrekt, där ett större antal hade varit svårt att hantera. Däremot kan det konsekutiva urvalet ifrågasättas. Urvalet säger inget om representerad population, vilket gör att det begränsar möjligheterna att generalisera resultatet. Variationen i populationen bedömdes som liten och metoden kan då anses som acceptabel (26) En längre tidsperiod med samma antal journaler hade eventuellt givit ett resultat som vart mindre känsligt för förändringar. Dessa förändringar kan t.ex. vara utbildningar eller förändringar inom personalgruppen. Då inget existerande granskningsinstrument fanns för den målgrupp som författarna valde att granska, modifierades det befintliga Cat-ch-Ing instrumentet. Instrumentet valdes ut på grund av att det visat sig ha hög validitet och reliabilitet för bedömning när VIPS-

modellen utgör grunden för sjuksköterskans dokumentation (28). Fördelen med Cat-ch-Ing instrumentet är att det granskar dokumentationen både kvantitativt och kvalitativt. Som stöd för att Cat-ch-Ing instrumentet användes som grund för det studieanpassade och modifierade instrumentet, ligger en norsk studie där man funnit att instrumentet med fördel kan användas inom olika kliniker (34). En potentiell brist i användandet av Cat-ch-Ing instrumentet som Rischel och Slot kom fram till är att instrumentet primärt mäter kvantitet och kvalitet inom vårdplanen. Den bör ej användas för granskning av dokumentation generellt, då studien antyder systematiskt fel i instrumentet.

När man granskar journaler innebär det alltid en form av subjektivitet. Detta medför att det inte är relevant att jämföra data mellan olika vårdenheter om olika personer genomför granskningen (29).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning

Resultatet visar att dokumentationen på Ambulansen generellt var bra. Datajournalens uppbyggnad utgår från AMLS-konceptets sökord, men man har även möjlighet och utrymme att använda VIPS sökord i journalen. En stor del av personalen på ambulansen har gått AMLS kursen och för att kunna dokumentera enligt journalens uppbyggnad har kursen stor betydelse för förståelsen av de olika bokstavskombinationerna. Brister i dokumentationen som framkom är framförallt den uppdaterade statusen under ambulanstransport och avlämnande status av patienten. För att åstadkomma en optimal dokumentation har det bland annat visat sig att en dokumentationsutvecklare på arbetsplatsen har stor betydelse för ett lyckat resultat (35) Dokumentationen kan även utvecklas genom att ge sjuksköterskan feed-back på det som dokumenterats (36) och att man tillsammans med en sjuksköterska kan gå igenom och diskutera det skrivna innehållet (33). För att utveckla journalgranskning, dokumentation och bibehålla kvalitén på dokumentationen är det önskvärt om några personer har detta som sitt ansvarsområde. Dessa personer kan då förmedla värdefull information som i sin tur vidareutvecklar sjuksköterskans dokumentation.

Förslag till vidare studier:

- En ny journalgranskning med Cat-ch-Ing instrumentet efter att all personal genomgått AMLS kurs, fått mer utbildning att uppdatera status och utvärdera den vård man givit.
- En sjuksköterska som är dokumentationsansvarig som kan gå igenom journaler och belysa brister, förbättringar och hur språket i dokumentationen kan utvecklas. Ge personlig feed-back.
- För större förståelse kring sjuksköterskans dokumentation skulle det vara av värde att genomföra studier av annan designnivå t.ex. en enkätstudie där sjuksköterskor själva får skatta sin egen förmåga att dokumentera. Även en intervjustudie skulle vara intressant för att få en djupare inblick i sjuksköterskans upplevelse av dokumentation (forskningsprocessen)

4.5 Slutsats

Resultatet i studien visade att dokumentationen på ambulansen i Mellansverige generellt var av hög kvalitet, men att det finns utrymme för förbättring. Resultatet visade på höga poäng för dokumentation av anamnes, initialt status och identifierade omvårdnadsproblem. De brister som framkom var framförallt dokumentation av uppdatering kring patientens status samt avlämnande status. För att öka kvaliteten behövs kontinuerlig utbildning och uppföljning i form av journalgranskning för att kunna förbättra dokumentationen.

5. Referenser

1. Hjärnfonden [Internet]
http://www.hjarnfonden.se/diagnoser/stroke__40 (Accessed 16 Feb 2015)
2. Jeffery L. Saver MD, Eric E. Smith MD, Gregg C. Fonarow, MD, et al. The golden hour and Acute Brain Ischemia: Presenting Features and Lytic Therapy in over 30,000 Patients Arriving Within 60 Minutes of Onset. *Stroke*. 2010 Vol 41(7) 1431-1439.
3. Wongwiangjunt S, Komoltri C, Pongvarin N, Nilanont Y. Stroke awareness and factors influencing hospital arrival time: a prospective observational study. *J Med Assoc Thai*. 2015 Vol 98(3) 260-4.
4. Ankolekar S, Parry R, Sprigg N, et al. Views of paramedics on their role in an out-of-hospital ambulance-based trial in ultra-acute stroke: qualitative data from the Rapid Intervention With Glyceryl Trinitrate in Hypertensive Stroke Trial. *Ann Emerg Med*. 2014 Vol 64(6) 640-8.
5. Thylén I, Ericsson M, Hellström Ångerud K, et al. First medical contact in patients with STEMI and its impact on time to diagnosis; an explorative cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015 Vol 5(4) e007059.
6. Wireklint Sundström, B. Förberedd på att vara oförberedd (Prepared to be unprepared). En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvården. 2005 Växjö universitet. Intellecta Docusys, Göteborg.
7. Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E-A. Grundläggande omvårdnad 1. Stockholm: Liber; 2005.
8. Suserud B-O. Emergency nursing in Sweden. *Emergency nurse*. 2001 Vol 9(7) 10-13.
9. Ambulansöverläkare i Samverkan behandlingsriktlinjer (SLAS), 2011.
<http://www.flisa.nu/web/page.aspx?refid=18> (accessed 16 Feb 2015)

10. Socialstyrelsen (2009) Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 - Stöd för styrning och ledning. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-4> (accessed 16 Feb 2015)
11. Camilo R. Gomea, Marc D, Malkoff MD, Curtis M, Sauer MD, et al. "Code Stroke: An Attempt to Shorten Inhospital Therapeutic Delays". *Stroke*. 1994 25:1920-1923.
12. Dalton, A.L. (red.). *Advanced medical life support: a practical approach to adult medical emergencies*. (3. ed., International ed.) Upper Saddle River, N.J: Pearson; 2010.
13. SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ (accessed 16 Feb 2015)
14. SFS 2008:355. Patientdatalagen. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/ (accessed 16 Feb 2015)
15. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. *Int Nurs Rev*. 2012 Vol 59(3) 394-401.
16. Philippe V, McCusker J, Martin G. C, et al. Nursing Documentation in Long-Term Care Settings: New Empirical Evidence Demands Changes be Made. *Clin Nurs Res*. 2014 Vol 23(4) 442-461.
17. Voutilainen P, Isola A, Muurinen S. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scand J Caring*. 2004 Vol 18(1) 72-81.
18. Aasekjaer K, Instefjord M. Assesment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nursing* 2014 Vol 13(32) 1472-6955.

19. Morphet J, Griffiths DL, Innes K. Shortfalls in residents' transfer documentation: challenges for emergency department staff. *Australas Emerg Nurs J.* 2014 Vol 17(3) 98-105.
20. SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen. https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/ (accessed 16 Feb 2015).
21. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 2005 Vol 83(4) 691–729.
22. Upenieks VV, Abelew S. The magnet designation process: a qualitative approach using Donabedian's conceptual framework. *Health Care Manag (Frederick).* 2006 Vol 25(3) 243-53.
23. Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor, MI: Healty Administration Press, 1980.
24. Gardner G, Gardner A, O'Connell J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *J Clin Nurs.* 2014 Vol 23(1-2) 145-55.
25. Flink M, Bergenbrant Glas S, Airosa F. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: an assessment of medical records. *Int J Med Inform.* 2015 Vol 84(5) 355-62.
26. Olsson H. Sörensen S. *Forskningsprocessen.* Stockholm: Liber 2011.
27. Ehnfors M. Ehrenberg A. Thorell-Ekstrand I. *Nya VIPPS-boken : välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet.* Lund: Studentlitteratur AB; 2013.
28. Björvell C, Thorell-Ekenstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Qual Health Care.* 2000 Vol 9(1) 6-13.

29. Rischel V, Slot A. Cat-cch-Ing what does it catch? A discussion of audit instrument Cat-ch-Ing. *Klinisk Sygepleje*. 2008 Vol 22(1) 10-9.
30. MRF. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Stockholm: Medicinska forskningsrådet. 2003.
31. Stokke TA, Kalfoss MH. Structure and content in Norwegian nursing care documentation. *Scand J Caring Sci*. 1999 Vol 13(1)18-25.
32. Yanagida T1, Fujimoto S, Inoue T, Suzuki S Prehospital delay and stroke-related symptoms. *Intern Med*. 2015 Vol 54(2) 171-7.
33. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *J Clin Nurs*. 2003 Vol 12(2) 206-14.
34. Rykkje L. Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing. *Vård i Norden* 2009 Vol 29(2) 9-13.
35. Björvell C. Sjuksköterskans journalföring och informationshantering: en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur AB; 2011.
36. Nielsen G1, Peschel L, Burgess A. Essential documentation elements: quality tool for the emergency department nurse. *Adv Emerg Nurs J*. 2014 Vol 36(2) 199-205.