

Prehospital dokumentering

En studie i optimal dokumentering av SV 210r blankett

Jan-Erik Ekholm

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	2817
Författare:	Jan-Erik Ekholm
Arbetets namn:	Prehospitaldokumentering. En studie i optimal dokumentering av SV 210r blankett
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Karisbygdens Sjuktransport Ab
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med forskningen var att granska dokumenteringen inom prehospital akutvård och utbilda personalen på sin arbetsplats till att få en djupare och enhetligare dokumentering. Studien var ett utvecklingsarbete. Blanketter med transportkoderna 703, 704, 745, 774 granskades och analyserades. Efter den första granskningen hölls ett undervisningstillfälle för personalen där det redovisades för en optimal dokumentering. En andra granskning av transportkoderna utfördes efter undervisningstillfället och analyserades. Resultatet redovisades i tabeller utgående från hur blanketten är uppbyggd. I den första granskningen visade det sig att de flesta bristerna förekom i ett eller flere klockslag i kod 703, i responsfältet på vården, i kod 704 hurudan smärtan var och strålade smärtan, klockslaget i statusrutan och tolkningen av EKG samt responsen på behandlingen. I koden 745 förekom brister i klockslag och smärtindikation (VAS), dokumenteringen av behandlingen samt behandlingsresponsen var bristfällig. I kod 774 var klockslag, blodsockervärde, andningsljud, behandling samt behandlingsrespons bristfälligt dokumenterat. Efter den andra granskningen hade det skett en förbättring i klockslag i kod 703. Fortsättningsvis fanns det brister i responsfältet på vården. I kod 704 saknades klockslag, uttrykningsadress, beskrivning av hurudan smärtan var, strålade smärtan, tolkning av EKG. I kod 745 fanns det brister i referensnummer, hurudant underlag patienten fallit på, rörlighet i extremiteter, neurologisk status, andningsljud, blodtryck, blodsockervärde samt behandlingsrespons. I kod 774 var de största bristerna i referensnummer, smärtindikation (VAS), blodsockervärde, alkoholhalt, andningsljud, blodtryck och behandlingsrespons. Fortfarande förekom brister i dokumentationen trots undervisningstillfället i optimaldokumentering. Det förekom blanketter som var oläsliga och blanketter som inte var ifyllda, det hade alltså inte dokumenterats i de angivna fälten.</p>	
Nyckelord:	prehospital akutvård, dokumentering, optimal dokumentering
Sidantal:	53
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	17.10.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Bachelor of Paramedic
Identification number:	2817
Author:	Jan-Erik Ekholm
Title:	Prehospitaldokumentering. En studie i optimal dokumentering av SV 210r blankett
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Karisbygdens Sjuktransport Ab
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this research was to review the documentation within the prehospital emergency care and to train the staff at their workplace to a deeper and more uniform documentation. The study was a development. Forms with the transport codes 703, 704, 745 and 774 were examined and analysed. After the first examination a teaching moment was held for the staff members that accounted for optimal documentation. A second review of the transport codes was performed after the teaching moment and then analysed. The results were presented in tables based on how the form is constructed. In the first review it was found that most of the deficiencies concerned the time and response of the care in code 703. In code 704 the deficiencies concerned what kind the pain was like, was it radiant, the time in the status field, the interpretation of the EKG and the response of the treatment. In code 745 there were found deficiencies concerning time and pain indicators (VAS), documentation concerning the treatment and the response of the treatment. In code 774 the deficiencies concerned time, glucose levels, breathing sounds, treatment and the response of the given care. The second review showed some improvement concerning time in code 703. Continuously there were deficiencies in the field concerning the response of the treatment. In code 704 time documentation was still missing, as well as emergency address, description of how the pain felt like and if it was radiant and also lacking the interpretation on the EKG. In code 745 there were deficiencies in reference numbers, what kind of surface the patient had fallen on, movement in the extremities, neurological status, breathing sounds, blood pressure, glucose levels and treatment response. In code 774 the main deficiencies concerned reference numbers, pain indicators (VAS), glucose levels, alcohol levels, breathing sounds, blood pressure and treatment response. Still there were deficiencies in the documentation despite lecture in optimal documentation. There were forms that were illegible and forms that were not completed, which means that they were not documented in the specified fields.</p>	
Keywords:	prehospital emergency care, documentation, optimal documentation
Number of pages:	53
Language:	Swedish
Date of acceptance:	17.10.2013

INNEHÅLL

1	INLEDNING.....	7
2	TIDIGARE FORSKNINGAR.....	8
3	STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
4	BESKRIVNING AV MATERIALET.....	9
5	TEORETISK BAKGRUND.....	11
6	DOKUMENTERING INOM PREHOSPITAL AKUTVÅRD.....	14
6.1	Dokumentation av patient med bröstsmärta.....	14
6.2	Dokumentation av patient med andningssvårigheter.....	15
6.3	Dokumentation av patient som falligt omkull.....	17
6.4	Dokumentation av patient med nedsatt allmäntillstånd.....	17
7	STUDIENS METOD OCH DESIGN.....	18
8	RESULTATET AV FÖRSTA GENOMGÅNGEN AV SV 210r BLANKETTER.....	23
9	UNDERVISNINGSTILLFÄLLET.....	35
10	RESULTATET AV ANDRA GENOMGÅNGEN AV SV 210r BLANKETTER.....	36
11	KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION.....	47
	KÄLLOR.....	
	TABELLER.....	24
	Tabell 1 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (Allmän information), transportkod 703.....</i>	24
	Tabell 2 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 703.....</i>	24
	Tabell 3 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 703.....</i>	25
	Tabell 4 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 703.....</i>	25
	Tabell 5 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 703.....</i>	26

Tabell 6	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (respons på vården), transportkod 703</i>	26
Tabell 7	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 704</i>	26
Tabell 8	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 704</i>	27
Tabell 9	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 704</i>	27
Tabell 10	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 704</i>	28
Tabell 11	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 704</i>	28
Tabell 12	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons), transportkod 704</i>	29
Tabell 13	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 745</i>	29
Tabell 14	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 745</i>	30
Tabell 15	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 745</i>	30
Tabell 16	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 745</i>	31
Tabell 17	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 745</i>	31
Tabell 18	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons), transportkod 745</i>	32
Tabell 19	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 774</i>	32
Tabell 20	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 774</i>	33
Tabell 21	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 774</i>	33
Tabell 22	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 774</i>	33
Tabell 23	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 774</i>	34
Tabell 24	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons), transportkod 774</i>	34
Tabell 25	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 703</i>	36
Tabell 26	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 703</i>	37
Tabell 27	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 703</i>	37
Tabell 28	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 703</i>	37
Tabell 29	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 703</i>	38
Tabell 30	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons), transportkod 703</i>	38
Tabell 31	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 704</i>	39
Tabell 32	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 704</i>	39
Tabell 33	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 704</i>	40
Tabell 34	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 704</i>	40
Tabell 35	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 704</i>	41
Tabell 36	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons), transportkod 704</i>	41
Tabell 37	<i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 745</i>	41

Tabell 38 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 745</i>	42
Tabell 39 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 745</i>	42
Tabell 40 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 745</i>	43
Tabell 41 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 745</i>	43
Tabell 42 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons), transportkod 745</i>	44
Tabell 43 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information), transportkod 774</i>	44
Tabell 44 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 774</i>	44
Tabell 45 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd), transportkod 774</i>	45
Tabell 46 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 774</i>	45
Tabell 47 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 774</i>	46
Tabell 48 <i>Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlings respons), transportkod 774</i>	46

FIGURER

Figur 1 Studiens design.....	27
------------------------------	----

BILAGOR

Bilaga 1 Föreläsningsmaterial

Bilaga 2 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 703

Bilaga 3 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 704

Bilaga 4 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 745

Bilaga 5 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 774

Bilaga 6 Tom Sv210r blankett

INLEDNING

För personal inom sjukvården och på räddningsverken hör det till deras arbetsuppgifter att dokumentera. Dokumentation är en viktig del av patientens vård. Jag blev intresserad av hur jag kan påverka dokumentationen att bli bättre på min arbetsplats. Samtlig personal inom vårdbranschen skall vara medveten om dokumenteringens grunder och känna till och ha kunskap om hur den relevanta dokumenteringen förverkligas. På min arbetsplats finns det arbetstagare med olika utbildning och erfarenhet.

Det som dokumenteras i patientjournalen och i SV 210r den prehospitla blanketten är viktigt för patientens fortsatta vård och är en rättslig betydelse: det man har dokumenterat är gjort och det som inte är dokumenterat är inte gjort. I de situationer där det skulle uppstå problem angående patientens vård så kan man hänvisa till uppgifterna i dokumentet som också är ett giltigt bevismaterial i rättsväsendet. Alla som arbetar inom vårdbranschen vet att dokumenteringen idag är bristfällig. Vad det beror på är både kända och okända faktorer.(Lindholm 2006)Den optimala dokumenteringen skall studenten lära sig i vårdutbildningen.

Jag blev intresserad av att undersöka färdigheterna i dokumentering på min arbetsplats och att vara med i utvecklingen av att förbättra patientdokumenteringen och att undervisa arbetstagarna i vilka uppgifter som är viktiga att dokumentera vid olika sjukdomstillstånd. Min erfarenhet av bristfällig patientdokumentering bidrog till att jag önskade att närmare granska dokumenteringen.

Det som förorsakar brister i dokumentationen kan vara överbelastade avdelningar, för lite personalresurser i förhållande till arbetsbördan, för lite kunskap om optimal dokumentering och för lite erfarenhet.(Lindholm 2006).

2 TIDIGARE FORSKNINGAR

Det finns mycket forskning inom dokumentering och från många olika aspekter. Den här sökningen koncentrerar sig på dokumentering inom prehospital vård. I denna studie har Nelliportalen använts vid sökning av tidigare forskning, i databaserna Chinal EBS-CO och PubMed, med sökorden *patient journal*, *ambulance documentation* och *prehospital documentation*.

Dokumentering är en viktig del av patientsäkerheten och för patientens helhetsvård. Laitinen (2011) har i sin studie konstaterat att när livssituationen kan förändras snabbt, även under en kortare sjukhusvistelse, är all information värdefull. Att informera är en förutsättning för patientens delaktighet och egenvård. Genom en aktiv information försäkras man sig om att kontinuiteten av patientens vård uppehålls. Det är viktigt för sjukskötare att använda den tid som finns tillgänglig för patienterna med maximal effektivitet, att de utför rätta åtgärder vid rätta tidpunkter och att dessa ger maximal nytta åt patienterna. Denna studie är gjord i södra Finland i vilken 43 patienter deltog och som metod använde man intervjuer, observationer och deltagarnas elektroniska patientjournaler.

Mansoureh (2011) behandlar kommunikation mellan sjukskötare, läkare och patienter. Forskningen tar fasta på att det finns bristande kommunikation mellan dessa grupper och för att åtgärda detta bör man effektivisera kommunikationen genom att förbättra den pedagogiska kompetensen, genom effektivare samarbete och stöd till hälso- och sjukvårdsorganisationer. Studien är gjord i Tehran Iran.

Melby (2005) har i sin forskning som är gjord i Sverige och Norge undersökt äldre människors upplevelser av bemötande och deras behov i prehospital akutvård och konstaterar att om flere behov genast åtgärdas hos den äldre människan så ökar det funktionsförmågan hos patienten. Detta innebär att de krävs en omfattande utbildning för personal inom ambulansverksamheten. Vidare säger Melby att sjukskötare klarar sig bra och personer med akutvårdsutbildning har bra förståelse för äldres behov och attityder. Vidare tar forskningen fasta på attityder som hur personalen pratar till äldre och att dialogen mellan patienter och vårdare är på ett språk som patienten förstår.

Kruger och medförfattare (2011) har utvecklat vilka grundläggande uppgifter och vilken rutinmässig dokumentation, samt rapportering som behövs i läkarenheter i Europa. Dokumentering av följande parametrar ses som relevanta i studien så som skalan för medvetandegrad Glasgow Coma Scale, puls, blodtryck, hjärtrytm, syresaturering och andningsfrekvens. Dessa parametrar är alla relaterade till patientens hälsa och viktiga för den fortsatta vården.

Laudermilch (2010) har gjort en studie av 4744 traumapatienter med hjälp av elektroniska register. Man har undersökt mortaliteten hos patienter som skötts av personal på grundnivå och vårdnivå. Dödligheten för patienterna var 6,1%. Studien visar att patienter som saknade en eller flere parametrar i dokumenteringen hade ökad dödlighet. I 17,4% av uttryckningarna hade personal på grundnivå begärt hjälp av vårdnivån. Det framkom i studien att det inte var någon skillnad på patientdödligheten när grundnivåenhet tillkallade vårdnivåenhet till patienter eller om vårdnivåenhet alarmerats direkt.

3 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med undersökningen är att kartlägga hur personalen dokumenterar på en arbetsplats inom den prehospitala sjukvården i södra Finland. Studiens syfte är att förbättra dokumentationen på arbetsplatsen och bidra till förbättrande av patientens vårdkontinuitet och därmed garantera patientens rättskydd.

Frågeställningar i studien:

1. Vad är en optimal dokumentering för transportkoderna 703, 704, 745, 774?
2. Hur dokumenteras transportkoderna 703, 704, 745, 774?

4 BESKRIVNING AV MATERIALET

Materialet i studien utgörs av SV 210r-blanketten. Transportkoderna som valts till undersökningen definieras enligt följande:

703= Andningssvårighet (39 + 6 blanketter med i studien)

704= Bröstmärta (41 + 2 blanketter med i studien)

745= Fallit omkull (65 +11 blanketter med i studien)

774= Försämrat allmäntillstånd (150 + 14 blanketter med i studien)

(x + y innebär blanketter från första och andra undersökningsskedet)

Transportkoderna är utvalda enligt vilka alarmuppdrag som är de mest allmänna och som är svåra att dokumentera optimalt.

Bakgrundsorsaker till andningssvårighet kan indelas enligt följande: i lungrelaterade,- hjärtrelaterade samt i psykiska och övriga orsaker (Kuisma m.fl. 2008 s. 229).

För en patient som har bröstsmärta, kan orsaken till smärtan vara hjärtrelaterad eller icke hjärtrelaterad. En typisk hjärtrelaterad smärta är: bakom bröstbenet eller på ett vidsträckt område, en fortlöpande smärta som är; tryckande, brännande, tyngd känsla, som ett band över bröstet, eller rivande. Smärtan kan stråla mot halsen, ryggen, övre buken, axeln. Smärtan är oberoende av patientens ställning. (Kuisma m.fl. 2008 s.256)

En icke hjärtrelaterad bröstsmärta kan vara stickande eller vass. Smärtan kan lokaliseras till ett litet område, patientens ställning påverkar smärtan, smärtan kommer och går.(Kuisma m.fl. 2008 s. 256)

Man bör ta en hjärtfilm av patienter med bröstsmärta för att diagnostisera om smärtan kan härledas till hjärtat. Om man konstaterar att patienten har förändringar i hjärtfilmen finns det en optimal vårdlinje som följs och dokumenteringen borde då följa den. Med koden 745 är problemet att få fram en arbetsdiagnos om varför patienten har fallit omkull, har patienten snubblat på mattan eller är det t.ex. högt blodtryck som gjort patienten yr och att han fallit. Man kan drabbas av olika trauman när man faller omkull, så därför kan det vara svårt att nå en optimal dokumentering.

Den mest arbetsdryga transportkoden att dokumentera är försämrat allmäntillstånd (774) därför att det krävs en bred kännedom om sjukdomar och sjukdomstillstånd. Dessutom måste patienten undersökas noggrant och detta dokumenteras väl.

5 TEORETISK BAKGRUND

I följande kapitel redovisas för dokumentering allmänt och därefter beskrivs specifikt den optimala dokumenteringen för transportkoderna 703, 704, 745,774.

Dokumentering i vårdarbetet och på fältet är en krävande uppgift. Skickligheten förverkligas genom erfarenhet, men sjukskötare och akutmårdare bör ändå känna till vad som är relevant att dokumentera. Det som dokumenteras i patientjournalen eller SV 210r blanketten har betydelse för patientens fortsatta vård och rättslig betydelse. Om det skulle uppstå problem angående patientens vård så kan personalen hänvisa till de dokumenteringar på dokumentet som också är giltigt bevismaterial i rättsväsendet.

Skyldigheter att dokumentera

I lagen om patientens ställning och rättigheter § 7 1992 bör en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av patienter.

Anteckningar i journalhandlingar får göras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt i enlighet med deras anvisningar om annan personal som deltar i vården, till den del de deltar i vården av patienten(Social- och hälsovårdsministeriets förordning§6 2009).

Dokumentationens betydelse

Målet med patientdokumentering är att skapa förutsättningar för en smidig framskridning av vården, försäkrande att i efterskott kontrollera patientens vård, försäkra förverkligande och uppföljningen av vården. Goda kriterier för dokumenteringen är att den ger en klar bild av vårdbehoven, vårdmålen och de uppnådda vårdresultaten. (Maria Sinivaara et.al. 2003:5. Jorvin sairaalan kirjaamistyöryhmän loppuraportti).

Dokumentering i vården

För att uppnå en god vård bör man lägga tyngdpunkten på en individ-, patient/klientcentrerad planering av patientvården. Man bör beakta såväl hinder som

resurser och lyfta fram människan som en helhet. Små tidsangivna delmål är lättare att utföra som senare bildar en helhet. (Lindholm. 2006).

Dokumentering av insamlad data är viktig för sjukvårdspersonal och patient för att en uppföljning av vården kan verkställas och en påminnelse av vad som undersökts av patienten. För eventuella ersättningsskyldigheter, skadeanmälan och klagomål som riktas mot vårdpersonal är ändamålsenlig dokumentering viktig. Det blir allt vanligare att patienter är medvetna om sina rättigheter och vårdpersonalen bör dokumentera noggrant för att vid behov kunna fungera som bevismaterial i rättslig utsago. (Amberia 2004 skolningsmaterial)

Faktorer som påverkar dokumenteringen på sjukhus är arbetsmiljön i vilken arbetstagnarna skall göra dokumentering. Dokumenteringen är inte bara den tid det tar att skriva ner texten utan man måste formulera och använda sig av vettig text. Grunden till dokumentation utgörs av att tänka realistiskt och kunna ta personligt ansvar d.v.s. handlingen kommer från tanken och hjärtat. Beredskapen att dokumentera återspeglas av personligt ansvar i vårdrelationen.

Enligt Florence Nightingale skall vi dokumentera olika skiftningar, alla små och större förändringar, patientens önskningar, illabefinnande o.s.v. Sjukskötaren skall rapportera till läkaren olika symptom och förändringar som hon finner hos patienten. Man dokumenterar det som man primärt bär ansvar för och som består av ens kompetensområde. (Eriksson 1996:9-11)

Enligt Eriksson (1996:12) lägger hon stor vikt på några etiska riktlinjer angående dokumentationen, alla dokumenteringar bör vara utformade till sättet så att de inte kränker patientens värdighet. Det som man dokumenterar eller inte dokumenterar, kan vara kränkande för patienten om det inte stämmer överens med patientens sjukdomsbild. Vårt sätt att bemöta patienter kan också vara kränkande. Det bör framgå i dokumentationen patientens delaktighet i vårdandet och vårdbesluten.

SV 210r blanketten är ett officiellt dokument, och den skrivna texten bör vara saklig så att patienten själv kan kontrollera vad som skrivits och det stämmer överens med patientens sjukdomsbild. Patienten har rätt att läsa sitt eget dokument som skrivits. Texten bör också vara läsbar och förståelig. (Alaspää 2003:54)

Patientens dokumenthandlingar lyder inom ramen för tystnadsplikten och innehållet i dem får ej ges till tredje part utan patientens skriftliga tillstånd. Med tredje part menas i detta avseendet de som inte har vårdat patienten på avdelningen eller de personer som inte har varit anknutna till någon vårdåtgärd till patienten.(Castrén 2002:57)

När man dokumenterar bör man använda sakliga och endamånsenliga uttryck och förkortningar. Om man dokumenterar fel så måste man korrigera det så att det man dokumenterat fel och det som är rätt förblir läsbart i ett senare skede, man får alltså inte suda över det som man skrivit fel.(Castrén 2002:58)

Andra erfarenheter från livet självt och kunskap som utvecklats i yrket påverkar därför professionaliteten, dvs. yrkeskompetensen.(Wenestam C-G m.fl. 2005 s. 99)

Elektronisk dokumentering

Merlot Medi är ett elektroniskt dokumenterings- och rapporterings system inom akutsjukvården som förbättrar ledandets- situations- och uppdragets uppföljning. Genom systemet kan man följa med sjukdomshändelsen i realtid, dvs. sjukhuset och andra akutsjukvårdsenheter som är involverade i samma uttryckning har möjlighet att hela tiden följa med patientens tillstånd.

Statsrådet beslöt 11.02.2003 att ta i bruk för att trygga hälsovården ett elektroniskt dokumenteringssystem som heter Merlot Medi. Det började pilotiseras i Helsingfors hösten 2007 och utvidgades senare till Esbo och Vanda.

Sökordet Merlot Medi gav 17100 träffar på Google. Under rubriken Helsingin Pelastuslaitos fanns information om elektronisk dokumentering. Akutvårdsläkare kan ge skriftliga vårddirektiv till en akutsjukvårdsenhet genom Merlot Medi. Detta innebär att risken för mänskliga misstag så som bl.a.tolkningar minskar och denna form av dokumentering förbättrar den konsulterade läkarens och akutvårdarnas rättsskydd.

Det visar sig vara att största nyttan av elektronisk dokumentering bl.a är att förbättra patientens datasekretess och vårdpersonalens samt den konsulterandes rättsskydd. Rapporteringen av patientdata förenklas och försnabbas. Även dokumenteringen förbättras genom att det finns ett färdigt program för ifyllandet av data som fungerar som botten i Merlot Medi. Det finns inga tolkningar i läsandet av patientdokumentet eftersom

dokumentet är skrivet elektroniskt och vårdåtgärdernas och läkemedelsuppföljningen utförs på ett smidigt sätt.(www.hel.fi).

6 DOKUMENTERING INOM PREHOSPITAL AKUTVÅRD

Blanketten SV 210r är den första länken i vårdkedjan angående dokumentering som omfattar patientens sjukdomstillstånd eller trauma. Då läkemedel administreras åt patienten är det speciellt viktigt att dokumentera i SV 210r blanketten, men även lika viktigt då patienten efter undersökning och bedömning lämnas hemma eller till andra myndigheter t.ex. polis. I detta handlingsförfarande är en god dokumenterad SV 210r blankett av betydelse för akutvårdarens rättsskydd om det i ett senare skede skulle behövas bestyrkas vilken vård patienten fått. (Kuisma, Holmström, Porthan 2008 s.52).

6.1 Dokumentation av patient med bröstsmärta

Förhandsuppgifternas tyngpunkt riktas på granskande av smärtan och riskfaktorer hos patienten. I förhandsuppgifterna ingår smärtans karaktär, hjärtrelaterad eller icke hjärtrelaterad, smärtans början, har patienten haft liknande smärta tidigare eller lika stark, har patienten konstaterats kranskärslssjukdom, började smärtan i vila eller ansträngning, strålar smärtan någonstans, har patienten tagit nitro® och har det hjälpt, i övrigt utreds övriga sjukdomar och hemmedicinering. (Kuisma m.fl. 2008 s.262).

Riskfaktorer är tobaksrökning, diabetes, blodtryckets värde från tidigare mätningar och kolesterolvärdet. Ju flere faromoment patienten har desto större risk är det att misstänka att patientens symptom är hjärtrelaterade. (Kuisma m.fl. 2008 s.262).

Vid dokumenteringen av en patient med bröstsmärta skall strukturen följas från att patientens upplevelse av smärta tills patienten medicinerats och patientundersökningen är klar samt en arbetsdiagnos. Alla människor upplever smärta på olika sätt och alla patienter som har bröstsmärta har inte hjärtinfark, därför använder vårdarna medicinskutrustning som ger data hela tiden så att patientens behov av vård och uppföljning kan säkerställas.

Inom den prehospitala akutvården beaktas närmast patientens medicinering, läkemedelsallergier och den patient data som fås från utrustningen berättar och styr vårdandet av patienten. Ifall patienten har ett systoliskt blodtryck på 90mmHg så bör blodtrycket

höjas innan patienten får smärtmedicin. Vårdaren har nytta av den förhandsinformation som fås av anhöriga eller patient och kan styra vården så att patienten får endamånsenlig vård och till slutlig vårdplats. Idet akuta skedet gäller det att handla snabbt och riktigt, samtidigt som personalen måste ta i beaktande patientens egna önsknings, vilja och beslut.

Operativa verksamheten och den patientkontakt vårdaren kommer i kontakt med är mestadels korta och effektiva handlings situationer. I operativ verksamhet finns två gyllene regler som är bra att minnas, ”stay and play” och ”load and go” Vårdarna skall enligt HNS (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt vårdnivådirektiv ta av en patient med bröstsmärta ekg 12 kanaler inom 5 minuter från ankomst till patienten. Alla handlingar eller medicineringar skall noggrant dokumenteras samt klockslag när ifrågavarande åtgärd har gjorts åt patienten eller någonting som har med patientvården gjorts t.ex. Förhandsanmälning till sjukhus.

Varje människa upplever ett sjukdomsfall olika och då måste personalen som professionella vårdare kunna kompromissa och ändra tankegång fast strukturens innehåll kommer fram i en annan ordning än vad som sägs i litteraturen.

6.2 Dokumentation av patient med andningssvårigheter

Vid bemötande av en patient med andningssvårighet bör vårdarna genast observera patientens ställning. Vid svår andnöd sitter patienten lätt frammåtlutad. En patient som ligger riskerar att kvävas eller så har patienten inte allvarlig andnöd. Genom samtal med patienten fås data om förmågan att prata, ingenting, enstaka ord, flere ord, halva eller hela meningar.(Kuisma m.fl. 2008 s.251)

Pulsoxymetern sätts på patientens finger för att få data om patientens saturation i rums-luften. För en kallsvettig patient kan detta vara omöjligt att få ett trovärdigt värde. Patientens lungljud auskulteras och bör fästa stor vikt på osymmetriska ljud. Patientens andningsfrekvens räknas och >30 eller <12/min är oroväckande. Hudens konsistens dokumenteras, svettig, kall och hurudan färg. Nedre extremiteternas svullnader undersöks. EKG monitorering påbörjas av patienten. Om pulsfrekvensen är under 50 eller över 150/min är det viktigt att ta 12 kanalers Ekg (Kuisma m.fl. 2008 s.252).

Bakgrundsorsaker utreds till andnöden genom korta enkla frågor: Hur började andnöden, i vila eller under ansträngning, började det plötsligt eller långsamt, övriga symptom som: bröstsmärta, rytmstörning, feber är betydande frågor för behandlingen av patienten. Tobaksrökningens anamnes och tidigare sjukdomar klargörs samt patientens nuvarande medicinering (Kuisma m.fl. 2008 s.252).

Att bli utsatt för andnöd eller andningssvårigheter helt plötsligt känns väldigt skrämmande, de flesta människor grips av panik när de plötsligt upplever känslan av att inte få tillräckligt med luft. Vid bemötande av en patient som har andnöd är det viktigt att personalen kan hållas lugna och undersöka samt vårda patienten ändamålsenligt.

Patientens tidigare sjukdomar tas i beaktande och nuvarande sjukdomsförlopp samt medicinering och eventuella läkemedels allergier. Viktig information fås snabbt genom användning av hörsel, syn, känsel, lukt sinnet. Om patienten har rosslande eller vinande andning, patientens andning iakttas (andningsrörelser, bröstkorgen, hjälpmuskulatur), patientens hud palperas (varm eller sval/svettig). Som hjälpmedel för undersökningen används ambulansutrustning. Slutligen har en arbetsdiagnos klargjorts så att personalen kan börja vårda patienten.

Varje människa upplever sitt sjukdomstillstånd som det värsta som kan hända, det är viktigt att taga hänsyn till patientens vilja och underrättande av anhöriga på ett förståeligt handlingssätt. Här kan nämnas att vårdvetenskapen ger sitt uttryck i bemötande av anhöriga.

Patientens lidande eftersträvas att lindras då patienten fått en sjukdomsattack, arbetsstrukturen som fås från att intervjua patienten och efter de undersökningsvärden som har konstaterats. Varje sjukdoms fall har ett mål som strävas efter att uppnås, t.ex. vårdmålet t.ex. vid andnöd är att patienten får lättare att andas.

Alla undersökningar och iakttagelser som görs på patienten måste noggrant antecknas, dels för att senare kunna gå tillbaka i sjukdomsförloppet och titta efter hur och om patientens symptom har ändrats, och för patientens rättsskydd. Patienten har rätt att ta del av det som antecknats.

6.3 Dokumentation av patient som fallit omkull:

Saker som måste beaktas är om patienten är ung eller äldre, var finns patienten fysiskt (är det fråga om köpcenter eller är patienten hemma). Har patienten något hjälpmedel denne använder för att röra sig och hur har patienten fallit. Det är av betydelse att dokumentera vilken tid det har skett så vårdpersonalen på sjukhuset kan bedöma hur snabbt bör t.ex. en operation inledas.

Det är speciellt hos äldre personer som faller hemma att fundera på hur de klarar sig att bo i fortsättningen hemma och eller kunde det tänkas att patienten skulle flyttas till ett servicehem där denne får hjälp med de dagliga sysslorna och trygghet omkring sig.

Det är viktigt att inte säga åt patienten för mycket om dennes ex. benbrott så som att ni har brutit benet. Personalen kan inte diagnostisera ett litet benbrott på fältet utan röntgen undersökning. Personalen kan förklara risken efter det symptom som undersökts hos patienten och sköter om patienten på ett endamånsenligt sätt.

Enkla benbrott som oftast händer när äldre människor faller hemma är inte livshotande, patienten är mycket medveten om olyckan och kan prata adekvat. Här måste beaktande av varje individs enskilda rörelseförmåga från tidigare och patientens önskningar angående hur och var patienten kan lyftas och graden av smärta så att smärtlindrande läkemedel kan ges åt patienten för att lindra smärtan.

Det kan även finnas patienter som använder proteser i höft eller knäleden, så det är viktigt att det framkommer information av patienten som kan vara till fördel vid fortsatt vård. Det är viktigt att dokumentera och undersöka patienten grundligt för denna kan ha flere frakturer som kan vara små och svåra att upptäcka.

6.4 Dokumentation av patient med allmänt nedsatt tillstånd

Det kan vara fråga om en patient som haft feber och känner sig så dålig att denne inte kan eller klarar sig hemma ensam eller att de anhöriga är oroliga för patientens tillstånd. Den här koden är inte lika specifik som t.ex. bröstsmärtan.

Det är väldigt viktigt att undersöka patienten, dokumentera allt som undersöks och underrätta anhöriga om patientens hälsotillstånd. En stor del av patienterna tror sig behöva specialsjukvård för sitt nedsatta allmäntillstånd, uppskärade anhöriga är oroliga och då

är det viktigt att vårdaren har tid att förklara hur de skall gå till väga. Det framkommer också en stor tyngd på bemötande av patienten och anhöriga.

7 STUDIENS DESIGN OCH METOD

Nedan beskrivs utgående från Carlström och Carlström Hagman (2006) hur utvecklingsarbetet gestaltats. En intervention utfördes åt personalen för att förbättra dokumenteringen av SV 210r blanketterna. Första genomgången av blanketterna gjordes 1.1.2007-31.12.2007 i Nyland och har transportkoderna 703, 704, 745, 774. Det sammanlagda antalet för blanketter blev 295. Undervisningstillfället arrangerades för personalen. I tillfället deltog 6 arbetstagare. Undervisningstillfället innehöll hur man dokumenterar transportkoderna optimalt och de brister som framkommit i genomgången av de insamlade blanketterna.

Resultatet från de genomgångna transportkoderna fanns tillgängliga på arbetsplatsen för arbetstagarna. Nya dokument samlades in under två månader efter undervisningstillfället. Antalet blanketter var då 33st sammanlagt. De insamlade blanketterna analyserades och resultatet jämfördes med det första undervisnings resultatet. Resultatet redovisas senare i utvecklingsarbetet.

Utvecklingsarbetet har blivit godkänt av etiska kommittén, våren 2008 i Arcada som gör en förhandsgranskning av planer för examensarbeten ur etisk synpunkt.

Följande faser ingår i utvecklingen av verksamheten:

Fas 1: Utvecklingsområdet

Bakgrunden till att utföra ett utvecklingsarbete kan vara omgivningen på arbetsplatsen som påverkar och om det där finns en klar uppfattning om hur det bör vara och inte är så, uppstår frågor och tankar angående uppfattningen om hur det kunde vara. Genom en kartläggning av nuläget skapas en bild av problemets art (Carlström m.fl. 2006 s. 105).

Jag har valt att göra ett utvecklingsarbete om dokumentering av SV 210r blanketten som används inom sjuktransporten. De mest vanliga transportkoderna valdes och de koder som kan upplevas som svåra att dokumentera optimalt.

Arbetsplatsens arbetstagare har olika erfarenheter och bakgrund angående patientdokumentering. Förmannen på arbetsplatsen godkände idén för utvecklingsarbetet och han ansåg den intressant, och dokumentering är ett viktigt utvecklingsområde som alla arbetstagare har nytta av i sitt arbete.

Fas 2: Planering

I planeringsfasen ingår diskussion kring datainsamlingsmetoder och vilka metoder som anses vara lämpliga för utvecklingsarbetet. Tillvägagångssättet vid bearbetning och analys av den insamlade informationen bör vara välplanerat. En strategi för utvecklingsarbetet görs, dvs. en arbets- och tidsplan görs upp. En god planering är viktig för att göra fortsatta åtgärder meningsfulla och framåtriktade. Planeringens syfte är att stöda arbetsprocessen (Carlström m.fl. 2006 s. 111).

Utvecklingsarbetet omfattar två faser för att garantera en förändring som kan följas upp hos arbetstagarna. Efter första fasen av insamlade dokument hölls ett undervisningstillfälle på arbetsplatsen angående dokumenteringens resultat och optimal dokumentering. Nya dokumentationsblanketter insamlades under två månaders tid efter undervisningstillfället. Resultatet av de senare insamlade dokumenten jämfördes med de första resultaten och analyserades. Kunskap om vad som förbättrats i dokumenteringen av SV 210r blanketten framkommer i den senare analysen.

Ett modellexemplar av transportkoderna uppgjordes. Som bakgrund till dokumentationen användes kunskap ur facklitteratur och en akutvårdare inom det prehospitola området granskade blanketterna. Dessa modellexemplar kallas för optimal dokumentering. Resultatet från den första analysen redovisades för arbetstagarna samt hur man dokumenterar optimalt. De mest väsentliga sakerna om dokumentering genomgicks i SV 210r blanketten under undervisningstillfället. Undervisningsmaterialet bestod av en Power Point presentation (se bilaga 1). Efter undervisningstillfället fanns resultatet och Power Point presentationen till förfogande på arbetsplatsen under två månader. Efter att undervisningstillfället hållits insamlades nya blanketter av transportkoderna under en period av två månader.

Fas 3: Fältarbete

Utvecklingsarbetet utförs i praktiken. Det som planerats och strukturerats teoretiskt förverkligas (Carlström m.fl. 2006 s. 113)

Studiens material i den första fasen var blanketterna av transportkoderna (703, 704, 745, 774) för perioden 1.1.2007-31.12.2007. Sammanlagda antalet blanketter som undersöktes var 295 till antalet. Blanketterna analyserades och det framkom ur resultatet vad som dokumenterats väl och vilka förbättringar som bör åtgärdas angående dokumenteringen. Ett undervisningstillfälle ordnades för att delge resultatet och samtidigt undervisa i hur man dokumenterar optimalt. Efter en period på två månader insamlades nya blanketter för att få en uppfattning om hur undervisningstillfället hade påverkat arbetstagarna till en mer optimal dokumentering. Resultaten från de två omgångarna jämfördes.

Fas 4: Utvärdering

Insamlad data sammanställs, analyseras och tolkas emot de angivna frågeställningarna (Carlström m.fl. 2006 s.114).

En utvärdering inbegriper följande två steg:

Steg 1: Insamlad data sammanfattas, bearbetas och redovisas.

Man gör en överskådlig sammanställning av den insamlade informationen. Resultaten kan förtydligas med hjälp av diagram eller tabeller. Dessa bör kommenteras så att inga missförstånd bland läsarna uppstår. Redovisningen bör begränsas till det väsentliga i utvecklingsarbetet (Carlström m.fl. 2006 s.114).

Blanketterna jämfördes med den optimala dokumenteringen av koderna. Resultatet redovisas i tabeller. Resultatet av de insamlade dokumenten visar på en nivå hur man dokumenterar på en arbetsplats i Nyland.

Steg 2: Slutsatser och diskussion

Man går vidare med utgångspunkten i resultatredovisningen och tolkar resultaten. Slutsatser dras som anknyter till frågeställningarna. Slutsatserna skall kunna motiveras genom resultatredovisningen. Det är slutsatserna som utgör den egentliga utvärderingen av utvecklingsarbetet, eftersom de innehåller en komprimerad bedömning av resultatet. Därefter följer en diskussion av slutsatserna (Carlström m.fl. 2006 s.115).

Andra omgångens resultat gav svaret på om undervisningstillfället varit av betydelse och om man förverkligat eller strävat till att dokumentera optimalt. Det framkom en del förbättringar i dokumenteringen samtidigt som det ännu fanns punkter som kan förbättras. Antalet blanketter i den andra omgången var 33 till antalet.

Fas 5: Konsekvenser för verksamheten

Resultatet diskuteras och utvärderas, tillförlitligheten i arbetet granskas liksom kvaliteten på utvecklingsarbetet med de berörda personerna (Carlström m.fl. 2006 s.115).

Resultatet redovisades för personalen och nya frågor och kommentarer framkom. Man kunde ordna t.ex. med jämna mellanrum kortare undervisningstillfällen om dokumentering av specifika transportkoder och uppdatera personalens kunskap om dokumentering och upprätthållande av densamma. En öppen diskussion om vad som upplevs som svårt att dokumentera kartlägger framöver behovet av internutbildning i dokumentering.

I figur 1 ses utvecklingsarbetets förlopp och de olika skedena i studien.

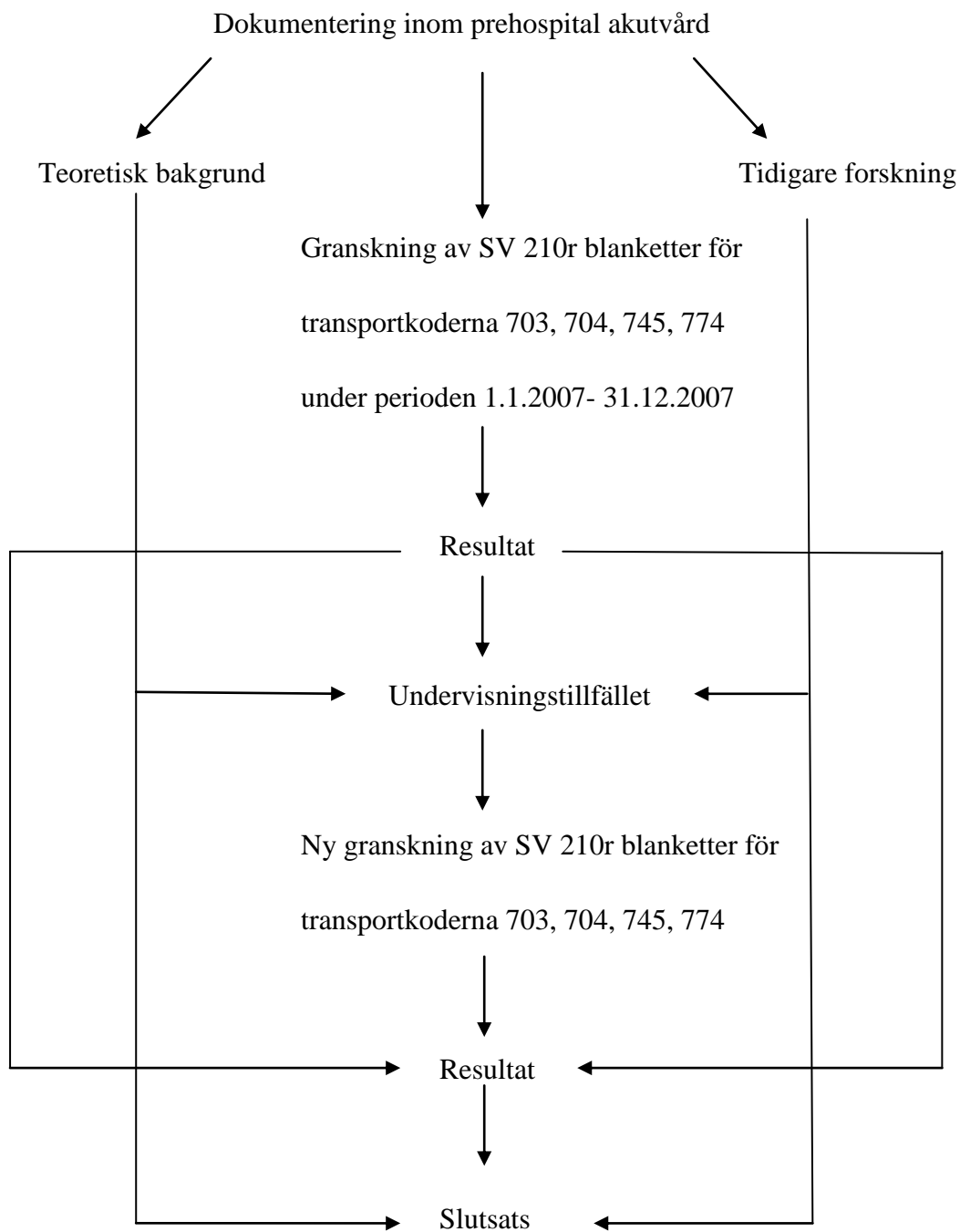


Fig 1. Studiens design

Utvecklingsarbetet innehåller flere delområden som följer igenom arbetsprocessen i arbetet. Man börjar med att kartlägga behovet av ämnet i utvecklingsarbetet. Kartläggningen i detta arbete gjordes muntligt med förmannen på Karisbygdens Sjuktransport Kb. Efter en godkänd idé av Arbetsgivaren och Etiska kommittéen på Arcada kunde arbetsprocessen fortsätta. Jag dokumenterade SV 210r blanketter med transportkoden 703, 704, 745, 774 som fungerade som modell för optimal dokumentering i arbetet. Analyseringen av den första insamlingen gjordes av SV 210r blanketter. Därefter hölls ett undervisningstillfälle åt arbetstagarna utgående ifrån resultatet av första insamlingen av SV210 blanketterna och optimal dokumentering. Andra insamlingen av SV 210r blanketter skedde två månader efter undervisningstillfället. Gemförelse av båda slutresultaten gjordes.

Etiska reflektioner

En diskussion uppstod med förmannen på arbetsplatsen om att utföra ett utvecklingsarbete angående dokumenteringsfärdigheter och om det egna intresset att utveckla arbetstagarnas sakkännedom om dokumentering. Utvecklingsarbetet presenterades för samtliga arbetstagare och en skriftlig ansökan att utföra utvecklingsarbetet samt tillstånd för att använda dokumenten SV 210r blanketterna gavs till kännedom åt verkställande direktören på arbetsplatsen. (Carlström m.fl. 2006 s.172)

Dokumenterna (SV 210r) som användes i utvecklingsarbetet förvarades under hela perioden att endast skribenten hade tillgång till dem. Skribenten hade tillgång till samtliga SV 210r blanketter. Blanketterna som användes under insamlingsperioden behandlades konfidentiellt så att ingen ur personalen kunde identifieras i utvecklingsarbetet eller utgående från resultatet i de två undersökningarna (Carlström m.fl. 2006 s.173).

8 RESULTATET AV FÖRSTA GENOMGÅNGEN AV SV 210r BLANKETTER

Blanketten SV 210r indelas i olika delar, blankettens översta del, fallbeskrivning, patientens tillstånd, uppföljning(status rutan) och behandling. De olika parametrarna(delarna) av SV 210r blanketten valdes ut p.g.a. att de är viktiga parametrar för att tillståndet skall kunna följas upp hos patienten och för att mottagande sjukhus kan fortsätta vårda patienten på ett korrekt sätt.

Den optimalt dokumenterade blanketten jämfördes med blanketten som analyserades. Blanketterna granskades systematiskt. Det framkom ganska snabbt att det var svårt att analysera ordagrant blanketterna eftersom personalen dokumenterar olika. Analyserades vilka saker som dokumenterats och inte dokumenterats. Exel- dataprogrammet användes när statistiken av blanketterna gjordes.

Tabell 1. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (Allmän information) transportkod 703.*

Ett eller flere klockslag saknas	19 (39)
Referensnummer saknas	14 (39)
Uttryckningsadress saknas	2 (39)
Hemadress saknas	2 (39)
Postnummer saknas	2 (39)
Hemkommun saknas	1 (39)

Största avsaknaden av dokumentering var ett eller flere klockslag och referensnummer. All data var ifylld i 18 blanketter av 39.

Tabell 2. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 703*

Klockslag när symptomen börjat eller förvärrats	7 (39)
Osakligt ifylld	1 (39)
Icke läsbar	3 (39)

Största delen var dokumenterat i fallbeskrivning, 28 blanketter av 39.

Tabell 3. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd) transportkod 703.*

Bristfälliga ex. hjälpmuskulatur? Smärtor? Pratar meningar? Svullnad i vrister-na?	13 (39)
Icke läsbara	4 (39)
Osakligt ifyllt	1 (39)
Slarvigt ifyllt	1 (39)

20 blanketter av 39 hade all data ifyllt.

Tabell 4. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 703.*

All data ifyllt	3 (39)
Ett eller flere klockslag	19 (39)
Rad +/- Rad-	1 (39)
Rytm	8 (39)
Blodtryck	2 (39)
Andningsfrekvens	3 (39)
Andningsljud	9 (39)
Smärtindikation VAS	2 (39)
Blodsocker	21 (39)
Endast 1 statusrad ifyllt	2 (39)

Största bristfälliga data fanns i dokumenteringen av klockslag, blodsockervärdet.

Tabell 5. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 703.*

All data ifylld	25 (39)
Bristfällig ex medicinering	4 (39)
EKG Tolkning	4 (39)
Ingen hjärtfilm trots bröstsmärta	1 (39)
Andningssvårigheter, ingen vård	1 (39)
Icke läsbara	2 (39)
Tomt	1 (39)

25 blanketter av 39 hade all data ifylld.

Tabell 6. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (respons på vården)
transportkod 703.*

All data ifylld	9 (39)
Saknar respons på vården	29 (39)
Icke läsbar	1 (39)

29 blanketter av 39 saknade respons på vården.

Tabell 7. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information)
transportkod 704.*

All data ifylld	20 (41)
Klockslag, ett eller flere	6 (41)
Referens	18 (41)
Utryckningsadress	0 (41)
Hemadress	11 (41)

Postnummer	4 (41)
Hemkommun	1 (41)

Största bristfälliga dokumenteringen var referensnummer och hemadress. 20 blanketter av 41 hade all data ifylld.

Tabell 8. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 704*

All data ifylld	23 (41)
Hurudan smärta?	10 (41)
När började smärtan?	7 (41)
Saknar beskrivning	2 (41)
Osakligt beskrivning	2 (41)
Icke läsbara	2 (41)

Endast 23 blanketter var all data ifylld av 41. bristfälliga dokumenteringen var störst i beskrivningen av hurudan smärta och tidpunkt när smärtan börjat.

Tabell 9. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd)
transportkod 704.*

All data ifylld	24 (41)
Strålar smärtan?	13 (41)
Osaklig	1 (41)
Icke läsbar	2 (41)
Ingenting dokumenterat	1 (41)

Största bristfälliga dokumenteringen var om smärtan strålar någonstans. 24 blanketter av 41 hade all data ifylld.

Tabell 10. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 704.*

All data ifylld	3 (41)
Klockslag ett eller flere	16 (41)
Rytm	4 (41)
Andningsfrekvens	2 (41)
Andningsljud	20 (41)
Nummerindikation för smärta (VAS)	11 (41)
Blodsockervärdet (b-gluc)	30 (41)
En statusrad ifylld	6 (41)
Värmegräns	8 (41)

Endast 3 blanketter hade all data ifylld av 41. Största bristerna var i blodsockervärdet, andningsljud och klockslag.

Tabell 11. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 704.*

All data ifylld	21 (41)
EKG tagning	5 (41)
EKG tolkning	12 (41)
Tidpunkt när läkemedel givits	3 (41)
Icke läsbar	1 (41)

Största bristerna var tolkning och tagning av EKG, 21 blanketter av 41 hade all data ifylld.

Tabell 12. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons)*
transportkod 704.

All data ifylld	12 (41)
Ingenting dokumenterat	29 (41)

Endast 12 blanketter av 41 hade behandlingsrespons dokumenterat.

Tabell 13. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information)*
transportkod 745.

All data ifylld	28 (65)
Ett eller flere klockslag	32 (65)
Referens	21 (65)
Utryckningsadress	1 (65)
Hemadress	10 (65)
Postnummer	3 (65)
Hemkommun	0 (65)

Största bristen av dokumentering är i klockslag, referensnummer och hemadress. All data var ifylld i 28 blanketter av 65.

Tabell 14. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning), transportkod 745*

All data ifylld	44 (65)
Vilket underlag	9 (65)
Bristfällig ex vad gjorde pat? När har pat fallit? Medvetlöshet?	8 (65)
Icke läsbar	4 (65)

Brister fanns i på vilket underlag patienten fallit och beskrivning av vad patienten gjorde innan han föll omkull och om patienten var medvetlös. All data var ifylld i 44 blanketter av 65.

Tabell 15. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd) transportkod 745.*

All data ifylld	51 (65)
Rörlighet,känsl i extremitet	7 (65)
Smärta	1 (65)
Neurologisk status	3 (65)
Icke läsbar	3 (65)

All data ifylld i 51 blanketter av 65. Sju blanketter saknade data om rörlighet och känsl i extremiteterna

Tabell 16. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 745*

All data ifylld	0 (65)
Klockslag ett eller flere	54 (65)
Blodtryck (RR)	6 (65)
Andninsfrekvens	16 (65)
Andningsljud	53 (65)
Rytm, jämn eller ojämn	3 (65)
Syresatureringsvärde, (SpO2)	1 (65)
Nummerindikation för smärta, (VAS)	40 (65)
Blodsockervärdet, (b-gluc)	49 (65)

Ingen blankett hade all data ifylld. Största bristerna var i klockslag, andningsljud, blodsockervärdet och nummerindikation för smärta.

Tabell 17. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 745.*

All data ifylld	42 (65)
Bristfällig, ex stabilisering, endast kall kompress,patient undersökning	17 (65)
Inget dokumenterat	5 (65)
Icke läsbar	1 (65)

All data ifylld i 42 blanketter. Bristfällig dokumentation i 17 blanketter. Fem blanketter hade ingen data ifylld.

Tabell 18. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons)*
transportkod 745.

All data ifylld	4 (65)
Saknar behandlings respons	60 (65)
Icke läsbar	1 (65)

60 blanketter saknar behandlingsrespons. Endast fyra blanketter har all data ifylld.

Tabell 19. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information)*
transportkod 774.

All data ifylld	43 (150)
Klockslag ett eller flere	92 (150)
Varifrån ambulansen har startat	1 (150)
Personbeteckning	1 (150)
Utryckningsadress	3 (150)
Referens	53 (150)
Hemadress	54 (150)
Postnummer	56 (150)
Hemkommun	0 (150)

De största bristerna var i klockslag, referensnummer och postnummer. All data var ifylld i 43 blanketter av 150.

Tabell 20. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning)*
transportkod 774.

All data ifylld	111 (150)
Bristfällig ex, allmäntillstånd sjunkit, CRP stigit, endast urinvägsinfektion, vaimo lyhyhistyi eller frånvarande	31(150)
Icke läsbara	8 (150)

Bristfällig dokumentering var i 31 blanketter av 150. Icke läsbara var åtta till antalet.

Tabell 21. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd)*
transportkod 774.

All data ifylld	122 (150)
Bristfällig ex. endast andningsvårighet, hurudan känsla i bröstet, hurudan buk, strålar smärtan, endast ok skrivet	19 (150)
Icke läsbara	9 (150)

Bristfällig dokumentering var i 19 blanketter och nio blanketter var icke läsbara.

Tabell 22. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan), transportkod 774.*

All data ifylld	9 (150)
Klockslag, ett eller flere	123 (150)
Blodtryck (RR)	15 (150)
Andningsfrekvens	21 (150)
Andningsljud	110 (150)
Syresatureringsvärde	19 (150)
Nummerindikation för smärta (VAS)	27 (150)

Blodsockervärdet (b-gluc)	75 (150)
Temperratur	24 (150)
Rytm	8 (150)
Puls	3 (150)
Alkoholhalt	5 (150)
Glasgow coma scale (GCS)	2 (150)
Ingenting dokumenterat	3 (150)

Stora brister i dokumentering av klockslag, andningsljud, blodsockervärdet. Endast nio blanketter hade all data ifylld.

Tabell 23. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling), transportkod 774*

All data ifylld	77 (150)
Bristfällig ex radialis puls ojämn men ingen rytm dokumenterad, endast transportställning, ingenting skrivet	70 (150)
Icke läsbar	3 (150)

Bristfällig dokumentering i 70 blanketter av 150 och 77 blanketter hade all data ifylld. Tre stycken blanketter var icke läsbara.

Tabell 24. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons)*

transportkod 774.

All data ifylld	3 (150)
Ingen respons	147 (150)

Ingen respons var dokumenterad i 147 blanketter av 150.

TOLKNING AV RESULTATET

TRANSPORTKOD 703

I transportkod 703 var 50% dokumenterat i rutan för den allmänna informationen och i fallbeskrivningen var 71% optimalt dokumenterat. I delen patientens tillstånd var 51% dokumenterat och i statusrutan var endast 7,6% dokumenterat och av behandlingen var 64% dokumenterat optimalt. Som respons på vården var 23% dokumenterat.

TRANSPORTKOD 704

Transportkod 704 hade i blankettens allmänna information 48,7% dokumenterat och i fallbeskrivning 56% dokumenterats optimalt. I patientens tillstånd var 58% dokumenterat optimalt och i statusrutan endast 7,3% dokumenterat. I behandling var 51% dokumenterat och i behandlingsresponsen 29%.

TRANSPORTKOD 745

I transportkod 745 i den allmänna informationen var 43% dokumenterat optimalt och i fallbeskrivningen 67%. I patientens tillstånd var 78% dokumenterat optimalt och i statusrutan 0%. Av behandlingen var 64,6% dokumenterat och i behandlingsresponsen 6%.

TRANSPORTKOD 774

I den allmänna informationen var 28,6% dokumenterat optimalt och i fallbeskrivningen 74%. I patientens tillstånd var 81% dokumenterat och i statusrutan 6%. Av behandlingsdelen var 51% och i behandlingsresponsen 2% dokumenterat.

I alla transportkoder var statusrutan och behandlingsresponsen de fält som var sämst dokumenterade och med tanke på vårdfel som görs inom den prehospitala akutvården är dessa fält viktiga för rättsliga följder.

9 UNDERVISNINGSTILFÄLLET

Undervisningstillfället hölls 1.10.2008. I tillfället deltog sex arbetstagare. Tillfället var frivilligt för varje arbetstagare men det rekommenderades att möjligast många kunde

deltaga i undervisningen. Den reserverade tiden för undervisningstillfället var 45 min. Utnyttjande av tiden var väl planerad.

Undervisningstillfället (bilaga 1) innehöll allmänna saker angående dokumentering, optimal dokumentering av transportkoderna 703, 704, 745, 774 och redovisning från resultatet av den första genomgången av blanketterna samt olika förkortningar som används vid dokumentering av SV 210r blanketter. Tillfället var intressant för deltagarna och det diskuterades mycket kring dokumenteringens principer på arbetsplatsen. Efter undervisningstillfället visade det sig att personalen önskade ytterligare en föreläsning angående examensarbetets resultat.

10 RESULTATET AV DEN ANDRA GENOMGÅNGEN AV SV 210r BLANKETTER

De insamlade blanketterna analyserades på samma sätt som i första analysen. Systematiskt från början med blankettens övre del, fallbeskrivning, patientens tillstånd, uppföljning (status rutan) och behandlingen samt behandlingsrespons. Analysen gjordes i Excel-dataprogrammet.

Tabell 25. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information)*
transportkod 703.

Ett eller flere klockslag saknas	1 (6)
Referensnummer saknas	1 (6)
Utryckningsadress saknas	0 (6)
Hemadress saknas	2 (6)
Postnummer saknas	0 (6)
Hemkommun saknas	0 (6)

All data ifylld i två blanketter av sex.

Tabell 26. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning)*
transportkod 703.

Klockslag när symptomen börjat eller förvärrats	2 (6)
Osakligt ifyllt	0 (6)
Icke läsbar	0 (6)

All data är ifyllt i fyra blanketter av sex

Tabell 27. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd)*
transportkod 703.

Bristfällig dokumentering tex hjälp-muskulatur, smärtor, pratar meningar, svullnad i vristerna	2 (6)
Icke läsbara	0 (6)
Osakligt ifyllt	0 (6)
Slarvigt ifyllt	0 (6)

All data är ifyllt i fyra blanketter av sex

Tabell 28. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan) transportkod 703.*

All data ifyllt	0 (6)
Ett eller flere klockslag	3 (6)
Rad+ eller Rad-	4 (6)
Rytm	4 (6)
Blodtryck	2 (6)
Andningsfrekvens	1 (6)

Andningsljud	2 (6)
Smärtindikation	5 (6)
Blodsocker	5 (6)
Endast en statusrad ifylld	3 (6)

Ingen blankett hade all data ifylld

Tabell 29. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling) transportkod 703.*

All data ifylld	0 (6)
Bristfällig ex. medicinering	3 (6)
EKG Tolkning	4 (6)
Ingen hjärtfilm trots bröstsmärta	0 (6)
Andningssvårigheter, ingen vård	0 (6)
Icke läsbara	0 (6)
Tomt	1 (6)

Ingen blankett hade all data ifylld, största bristerna var i tolkningen av hjärtfilmen.

Tabell 30. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons) transportkod 703.*

All data ifylld	2 (6)
Saknar respons på vården	4 (6)
Icke läsbar	0 (6)

Endast två stycken blanketter hade respons dokumenterat.

Tabell 31. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information) transportkod 704.*

All data ifylld	0 (2)
Klockslag ett eller flere	2 (2)
Referens	0 (2)
Utryckningsadress	2 (2)
Hemadress	0 (2)
Postnummer	0 (2)
Hemkommun	0 (2)

Ingen blankett hade all data ifylld, bristerna var koncentrerade till klockslag och utryckningsadress.

Tabell 32. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning) transportkod 704.*

All data ifylld	0 (2)
Hurudan smärta?	2 (2)
När började smärtan?	0 (2)
Saknar beskrivning	0 (2)
Osaklig beskrivning	0 (2)
Icke läsbara	0 (2)

Beskrivningen av hurudan smärta var bristerna.

Tabell 33. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd)
transportkod 704.*

All data ifylld	0 (2)
Strålar smärtan någonstans?	2 (2)
Icke läsbar	0 (2)
Tomt	0 (2)
Osakligt ifylld	0 (2)

Bristande dokumentering var i beskrivande om smärtan strålar någonstans.

Tabell 34. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan) transportkod 704.*

All data ifylld	0 (2)
Ett eller flere klockslag	2 (2)
Rytm	0 (2)
Andningsfrekvens	0 (2)
Andningsljud	1 (2)
Nummerindikation för smärta (VAS)	0 (2)
Blodsockervärdet	1 (2)
Värmegräns	0 (2)
En statusrad ifylld	0 (2)

Bristerna av dokumentering av klockslag var störst.

Tabell 35. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling) transportkod 704.*

All data ifylld	0 (2)
Tolkning av hjärtrytmen (EKG)	2 (2)
Tagning av hjärtrytm (EKG)	0 (2)
Klockslag när läkemedel doserats	0 (2)
Icke läsbar	0 (2)

Tolkning av hjärtrytmen (EKG) var den största bristen.

Tabell 36. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons) transportkod 704.*

All data ifylld	2 (2)
Avsaknad respons	0 (2)

Inga brister i dokumenteringen.

Tabell 37. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information) transportkod 745.*

All data ifylld	1 (11)
Ett eller flere klockslag	5 (11)
Referensnummer	10 (11)
Hemadress	4 (11)
Postnummer	6 (11)
Utryckningsadress	0 (11)

Största bristerna i dokumenteringen var i referensnummer, postnummer och ett eller flere klockslag.

Tabell 38. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning) transportkod 745.*

All data ifylld	1 (11)
Hurudant underlag ramlade patienten?	7 (11)
Bristfällig data, ex. vilket klockslag har pat. ramlat, har den varit medvetslös? Vad gjorde pat vid den stunden	8 (11)
Icke läsbar	0 (11)

Största bristerna var i på vilket underlag man ramlat och tidpunkt vid ramlandet samt om patienten varit medvetslös och vad gjorde patienten vid det ögonblicket.

Tabell 39. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd) transportkod 745.*

All data ifylld	0 (11)
Känsl el rörlighet i extremiteter	7 (11)
Neurologisk status	7 (11)
Smärtpåverkad?	3 (11)
Icke läsbar	0 (11)

Största bristerna var i dokumenteringen av känsl och rörlighet i extremiteter och neurologiska statusen.

Tabell 40. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan) transportkod 745.*

All data ifylld	0 (11)
Ett eller flere klockslag	3 (11)
Blodtryck	6 (11)
Hjärtrytm jämn eller ojämn?	1 (11)
Andningsfrekvens?	2 (11)
Andningsljud	11 (11)
Syresatureringsvärde	2 (11)
Nummerindikation för smärta (VAS)	8 (11)
Blodsockervärdet	8 (11)

Största bristerna var i dokumenteringen av andningsljud, blodsockervärdet och smärtindikations värdet.

Tabell 41. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling) transportkod 745.*

All data ifylld	4 (11)
Bristfällig information, endast pat undersökning,kall kompress.	7 (11)
Tomt	0 (11)
Icke läsbar	0 (11)

Bristande dokumentering i hur man vårdat patienten.

Tabell 42. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlingsrespons) transportkod 745.*

All data ifylld	2 (11)
Saknas respons	9 (11)
Icke läsbara	0 (11)

Största delen av blanketterna saknar respons på behandling.

Tabell 43. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (allmän information) transportkod 774.*

All data ifylld	4 (14)
Ett eller flere klockslag	2 (14)
Utryckningsadress	1 (14)
Hemadress	1 (14)
Postnummer	1 (14)
Referensnummer	7 (14)
Personbeteckning	0 (14)
Start från?	0 (14)

Största bristerna är i dokumenteringen av referensnummer. Endast fyra blanketter hade all data ifylld.

Tabell 44. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (fallbeskrivning) transportkod 774.*

All data ifylld	13 (14)
Bristfällig t.ex. At sjunkit, CRP stigit, urinvägsinfektion, frånvarande	1 (14)
Icke läsbara	0 (14)

Största delen var optimalt dokumenterat.

Tabell 45. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (patientens tillstånd) transportkod 774.*

All data ifylld	14 (14)
Bristfällig t.ex. endast andningssvårigheter, hurudan smärta i bröstet?, Hueudan buk, endast ok skrivet	0 (14)
Icke läsbara	0 (14)

Bra dokumenterat i denna del av blanketten.

Tabell 46. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (statusrutan) transportkod 774.*

All data ifylld	1 (14)
Ett eller flere klockslag	2 (14)
Blodtryck (RR)	6 (14)
Andningsfrekvens	3 (14)
Andningsljud	7 (14)
Syresatureringsvärde	2 (14)
Nummerindikation för smärta (VAS)	10 (14)
Blodsockervärdet	9 (14)
Kroppstemperatur (Temp)	5 (14)
Hjärtrytm	6 (14)
Puls	2 (14)
Medvetande graden (GCS)	1 (14)
Alkoholhalten	13 (14)

Största bristerna var i alkohol mätning i kroppen subjektiv mätning av smärta, blodsockervärdet, andningsljuden. Endast en blankett hade all data ifylld.

Tabell 47. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandling) transportkod 774.*

All data ifylld	11 (14)
Bristfällig t.ex. endast transportställning, ingenting dokumenterat	3 (14)
Icke läsbar	0 (14)

Största delen var optimalt dokumenterat.

Tabell 48. *Data som är bristfällig i blankett SV 210r (behandlings respons) transportkod 774.*

All data ifylld	9 (14)
Saknar respons	5 (14)

TOLKNING AV RESULTATET

Resultatet i den andra genomgången redovisas i numeriska värden när totala antalet blanketter var 33.

TRANSPORTKOD 703

I transportkod 703 var i den allmänna delen 2 optimalt dokumenterade blanketter och i fallbeskrivning 4. I delen patientens tillstånd var 4 blanketter dokumenterat optimalt och i statusrutan 0 blanketter. I behandlingsdelen var 0 blanketter optimalt dokumenterat. I behandlingsresponsen var 2 blanketter dokumenterade.

TRANSPORTKOD 704

I transportkod 704 var i den allmänna delen och fallbeskrivningen 0 blanketter optimalt dokumenterade. Även i patientens tillstånd och statusrutan samt behandling var 0 blanketter dokumenterade optimalt. I behandlingsresponsen var 2 blanketter optimalt dokumenterade.

TRANSPORTKOD 745

I transportkod 745 i den allmänna delen var 1 blankett optimalt dokumenterade och i fallbeskrivning 1 blankett. I patientens tillstånd och i statusrutan var 0 blanketter adekvat dokumenterade. I behandlings delen var 4 blanketter dokumenterade och i behandlingsrespons 2 blanketter optimalt dokumenterade.

TRANSPORTKOD 774

I transportkod 745 i den allmänna delen var 4 blanketter dokumenterade optimalt och i fallbeskrivning 13 blanketter dokumenterade. I patientens tillstånd var 14 blanketter optimalt dokumenterade. I statusrutan var endast 1 blankett och i behandling 11 blanketter adekvat dokumenterade. I behandlingsrespons var 9 blanketter optimalt dokumenterade.

11 KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION

Validiteten (giltighet) i denna studie är hög. Parametrarna som använts gav den information som var avsedd att mätas, och skribenten hade tillgång till alla blanketter. De insamlade blanketterna analyserades enligt samma parametrar och resultatet beskrevs i tabeller . (Carlström m.fl. 2006 s 135).

Vidare kan nämnas att reliabiliteten (mätprecisionen) varierade eftersom en del av innehållet i de analyserade blanketterna var skrivna i textform av informanterna och de tolkades av skribenten. I den första genomgången var antalet blanketter 295 och i den andra genomgången var antalet blanketter endast 33. Resultatet i genomgången påverkas av ett litet sampel i den andra genomgången av blanketterna.

Forskningsprocessen startade år 2007. Frågeställningarna i studien var: Vad är en optimal dokumentering för transportkoderna 703, 704, 745 och 774 samt Hur dokumenteras transportkoderna 703, 704, 745 och 774.

Den optimala dokumenteringen av samtliga koder gjorde skribenten utgående från sakk litteratur och uppgjorde en modellblankett som fungerade som grund för undervisningstillfället. Den andra genomgången av blanketterna hade en kortare tidsperiod därav blev antalet blanketter betydligt mindre.

I arbetsprocessen blev det en lång paus och processen kunde återupptas hösten 2012. Materialet från resultatet av genomgångar påverkades inte av uppehållet i processen ef-

tersom det gjordes färdigt 2008. Resultatet visar på en tillräcklig kunskap om att det sker brister i dokumentationen.

Från tidigare forskning kan dras paralleller till denna studie. Laudermilch (2010) bristande dokumentering påverkar vården av patienten och patientens hälsotillstånd. Även en god kommunikation och möte mellan patient och vårdare är relevant. Melby (2005) har i sin forskning konstaterat att om de äldres behov genast åtgärdas så ökar det funktionsförmågan hos patienten. Detta ställer stora krav på vårdpersonalen och utbildningen.

Dokumentering och information är viktig för patientsäkerheten och patientens helhetsvård. Laitinen (2011) har i sin studie konstaterat att livssituationen kan plötsligt ändras och då är all information viktig för att patienten skall få rätt vård i rätt tid. Detta är speciellt viktigt för akuvårdspersonal som möter olika patienter i olika akuta behov av vård. Olika språkkulturer är en utmaning för akuvårdare som de stöter på allt mera i sitt dagliga arbete.

Man kan konstatera att i gruppen andningsbesvär försämrades resultatet i den andra genomgången, på samtliga punkter utan behandlingsrespons och patientens tillstånd. För gruppen bröstsmärta sågs en tydlig försämring i den andra genomgången, behandlingsresponsen var däremot 100% dokumenterad. Detta kan ha anledning av ett fåtal blanketter som genomgicks i den andra analysen. Således i gruppen för patienter som fallit omkull var den enda förbättringen i behandlingsrespons. Transportkod nedsatt allmänt tillstånd hade en tydlig förbättring i den andra genomgången. Detta kan bero på att arbetstagarna har fått en viss rutin i detta uppdrag eller så är de extra noggranna att undersöka patienten eftersom detta uppdrag har ett brett område. Det är även ett väldigt vanligt uppdrag. Eftersom denna kod har ett brett spektra, kan också analysen försvåras och förvrängas. Men positivt i denna undersökning var att arbetstagarna var motiverade och försökte förbättra tillsammans dokumenteringsfärdigheterna. Under processen ställdes frågor till skribenten av personalen angående dokumentering och det diskuterades i grupp olika saker angående dokumentering. Med tanke på framtida undersökningar bör det beaktas under en längre tid så att insamlade blanketter är ungefär lika många till antalet i båda analyserna. Genom detta förfarande kunde fås ett exaktare resultat.

KÄLLFÖRTECKNING

Alaspää, Ari- Kuisma, Markku- Rekola, Leena- Sillanpää, Kirsi (förf.) 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä, Tammi.

Amberia, Synnöve 2004. Föreläsningmaterial. Potilastietojen dokumentointiin liittyviä lainsäädäntö, tietosuoja ja tietojen luovutus. Neuvotteleva lakimies. Suomen Kuntaliitto.

Carlström, Inge- Carlström Hagman, Lena-Pia 2006. Metodik för utvecklingsarbete och utvärdering. 5te upplagan. Studentlitteratur.

Castrén, Maaret- Kinnunen, Ari- Paakkonen, Heikki- Pousi, Jouni- Seppälä, Juhani- Väisänen, Olli 2002. Ensihoidon Perusteet Finlands Röda Kors. 2 upplagan. Pelastusopisto.

Eriksson, Katie 1996. Den lidande människan. Åbo Akademi 1996. Vaasa.

Social och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3 2009/298 <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298>

Kruger J, Andreas- Lockey, David- Kurola, Jouni- Bartolomeo Di, Stafano- Castrén, Maaret- Mikkelsen, Sören- Lossius, Hans Mårten 2011. A Consensus-based template for documenting and reporting in physician-staffed pre-hospital services. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011; 19: 71.

Kuisma, Markku- Holmström, Peter & Porthan Kari (förf.) 2008. Ensihoito, Jyväskylä, Tammi.

Laitinen, Heleena- Kaunonen, Marja- Åstedt-Kurki, Päivi. 2011. When time matters: The reality of patient care in acute care settings. International Journal of Nursing Practice 2011; 17: 388-395. Tampere. Finland.

Laudermilch J, Dann- Schiff A, Melissa-Nathens B, Avery-Rosengart R, Matthew 2010. Lack of Emergency Medical Services Documentation is Associated with Poor Patient Outcomes: A Validation of Audit Filters for Prehospital Trauma Care. Pittsburgh.

Lindholm, Carola 2006 föreläsningmaterial. Västra Nylands Sjukhus 2006. Ekenäs.

Mansoureh, A Farahani- Roghiyeh, Sahragard- Carroll K, Jennifer- Mohammadi, Eesa 2011. Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives. International Journal of Nursing Practice 2011; 17:322-328. Tehran. Iran.

Melby, Vidar- Ryan, Assumpta 2005. Caring of older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? Journal of Clinical Nursing 14, 1141-1150. Norway.

Sinivaara, Maria- 2003. Jorvin sairaalan kirjaamistyöryhmän loppuraportti.

Wenestam, C-G- Lendals Rosendahl, B- Rönnerman, Karin (förf.). 2005. Lärandet i vuxenlivet. Studentlitteratur. Lund.

www.hel.fi Tillgänglig:

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/d56a39804eed4a1b8708877ce0f1caac/merlot_mediv_SV.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d56a39804eed4a1b8708877ce0f1caac. Hämtad 2008.

Bilaga 1 Föreläsningmaterial

Ambulanspersonalens dokumenteringsfärdigheter på karisbygdens sjuktransport

Målet med lektionen

- Sträva efter en optimal dokumentering
- Dokumenteringens betydelse av sv210 blankett
- Väcka nya tankar om dokumentation



Vad är ett dokument?

- Officiell handling.
- Sakligt ifyllt.
- Texten bör vara lättläst.
- Patienten har rätt att läsa vad som dokumenterats.
- Det som inte är dokumenterat är inte heller gjort.

Varför dokumentera?

- Sv 210 blanketten är det första dokument i länken efter nödcentralens alarmuppgifter angående patientens insjuknande eller trauma.
- Uppföljning av vården.
- Återspeglning till kedjans början.
- Klagomål angående vård.
- Ersättnings skador, material.
- Bevismaterial vid rättsliga utredningar, (polis, domsaga).

Transportkod 703 Avsaknad data från blankettens övre del

Ett eller flere klockslag	19 (39)
OK	18 (39)
Referensnummer	14 (39)
Hemadress	2 (39)
Postnummer	2 (39)
Utryckningsadress	2 (39)
Hemkommun	1 (39)

Transportkod 703 Avsaknad data från Fallbeskrivning

OK	28 (39)
Symptom börjat?	7 (39)
Icke läsbara	3 (39)
Osaklig ifyllt	1 (39)

Transportkod 703
Avsaknad data från Behandling

OK	25 (39)
Bristfällig ex. medicinering	4 (39)
Ekg tolkning	4 (39)
Icke läsbara	2 (39)
Ingen hjärtfilm trots bröstsmärta	1 (39)
TOMT	1 (39)
Andningssvårigheter, ingen vård	1 (39)

Transportkod 703
Avsaknad data från Behandlings respons

Saknar respons	29 (39)
OK	9 (39)
Icke läsbar	1 (39)

Transportkod 703
Avsaknad data från Patientens tillstånd

OK	20 (39)
Bristfälliga ex. hjälpmuskulatur? Smärtor? Pratar meningar? Svullnad i vristerna?	13 (39)
Icke läsbara	4 (39)
Osaklig ifylld	1 (39)
Slarvigt ifylld	1 (39)

Transportkod 703
Avsaknad data från Status rutan

B-gluc värde	21 (39)
Ett eller flera klockslag	19 (39)
Andningsljud	9 (39)
Rytm	8 (39)
Andningsfrekvens	3 (39)
OK	3 (39)
Blodtryck	2 (39)
Nummerindikation för smärta (VAS)	2 (39)
Endast 1 statusrad ifylld	2 (39)
Rad+ /Rad-	1 (39)

Transportkod 704
Avsaknad data från blankettens övre del

OK	20 (41)
Referens	18 (41)
Hemadress	11 (41)
Klockslag, ett eller flera	6 (41)
Postnummer	4 (41)
Hemkommun	1 (41)

Transportkod 704
Avsaknad data från behandling

OK	21 (41)
Ekg tolkning	12 (41)
Ekg tagning	5 (41)
Klockslag när lkm doserats	3 (41)
Icke läsbar	1 (41)

Transportkod 704
Avsaknad data från patientens tillstånd

OK	24 (41)
Strålar smärtan?	13 (41)
Icke läsbar	2 (41)
Tomt	1 (41)
Osaklig	1 (41)

Transportkod 704
Avsaknad data från fallbeskrivning

OK	23 (41)
Hurudan smärta?	10 (41)
När började smärtan?	7 (41)
Saknar beskrivning	2 (41)
Osaklig beskrivning	2 (41)
Icke läsbar	2 (41)

Transportkod 704
Avsaknad data av status

B-gluc	30 (41)
Andningsljud	20 (41)
Klockslag, ett eller flere	16 (41)
Nummerindikation för smärta (VAS)	11 (41)
Värmegräns	8 (41)
1 statusrad	6 (41)
Rytm	4 (41)
OK	3 (41)
Andningsfrekvens	2 (41)

Transportkod 704
Avsaknad data från behandlings respons

Respons	29 (41)
OK	12 (41)

Transportkod 745
Avsaknad data från blankettens övre del

Klockslag, ett eller flere	32 (65)
OK	28 (65)
Referens nummer	21 (65)
Hemadress	10 (65)
Postnummer	3 (65)
Utryckningsadress	1 (65)

Transportkod 745
Avsaknad data från fallbeskrivning

OK	44 (65)
Vilket underlag?	9 (65)
Bristfällig ex. vad gjorde pat.? när har pat. fallit? medvetslöshet?	8 (65)
Icke läsbar	4 (65)

Transportkod 745
Avsaknad data från patientens tillstånd

OK	51 (65)
Rörlighet, känsel i extremiteten	7 (65)
Neuro status	3 (65)
Icke läsbar	3 (65)
Smärta?	1 (65)

Transportkod 745
Avsaknad data från status

Klockslag, ett eller flere	54 (65)
Andningsljud	53 (65)
B-gluc	49 (65)
Nummerindikation för smärta (VAS)	40 (65)
Andningsfrekvens	16 (65)
Blodtryck (RR)	6 (65)
Rytm, jämn eller ojämn	3 (65)
Satureringsvärde, Spo2	1 (65)
OK	0 (65)

Transportkod 745
Avsaknad data från behandlings respons

Respons	60 (65)
OK	4 (65)
Icke läsbar	1 (65)

Transportkod 774
Avsaknad av data från blankettens övre del

Klockslag, ett eller flere	92 (150)
Postnummer	56 (150)
Referens	53 (103)
OK	43 (150)
Hemadress	34 (150)
Utryckningsadress	3 (150)
Personbeteckning	1 (150)
Start från?	1 (150)

Transportkod 774
Avsaknad data från fallbeskrivning

OK	111 (150)
Bristfällig ex. At sjunkit, CRP stigit, endast urinvägsinfektion, vaimo lyyhistyi, endast frånvarande.	31 (150)
Icke läsbara	8 (150)

Transportkod 774
Avsaknad data från patientens tillstånd

OK	122 (150)
Bristfällig ex. endast andningsvärigheter, Hurudan känsla i bröstet? Hurudan buk? Strålar smärtan? Endast ok skrivet	19 (150)
Icke läsbara	9 (150)

Transportkod 774
Avsaknad data från status rutan

Klockslag, ett eller flere	123 (150)
Andningsljud	110 (150)
B-gluc	75 (150)
Nummerindikation för smärta (VAS)	27 (150)
Temp	24 (150)
Andningsfrekvens	21 (150)
SPo2 värde	19 (150)
Blodtryck (RR)	15 (150)
OK	9 (150)

Transportkod 774
Forts.

Rytm	8 (150)
Alkoo?	5 (150)
Puls	3 (150)
Tomt	3 (150)
Glasgow coma scale (GCS)	2 (150)

Bilaga 2 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 703

DEL 1

Fpa Serviceproducent och FO-nummer **Utredning och ansökan om ersättning för sjuktransport**

Personbeteckning 0110458-16551		Datum 011108		Enhet KR193	Löpande transp.nr 888
Beställare <input checked="" type="checkbox"/> nödcentral <input type="checkbox"/> annan, vilken?	Start från <input checked="" type="checkbox"/> stationen <input type="checkbox"/> annan plats, vilken?	Utryckningsadress <input checked="" type="checkbox"/> = hemadress <input type="checkbox"/> Vidaretransport	Utryckningskod B 703		
Samtalet började kl. 0812	Patientens namn NPKO	Centralgatan 80 bost. 8		Transport-/X-kod B 703	
Uppdraget började kl. 0830	Tötterman	Patienten transporteras på extra plats <input type="checkbox"/> på bår <input type="checkbox"/> sittande		Körkm totalt	
Framme kl. 0831	Hemadress (näradress och postanstalt) 10300	Herkommun Karis	Utlämnung / blankett bifogas <input type="checkbox"/>		
Hos patienten kl. 0831	10300	Referensnummer 34567			
Transporten inleddes kl. 0855	Utryckningen gäller <input checked="" type="checkbox"/> Sjukdom eller graviditet	Ersätts inte av FPA <input type="checkbox"/> Institutionsvårds-/sjukhuspatient <input type="checkbox"/> Annan	Grundavgift -20 km	Euro	
Patienten avlämnad kl. 0915	Trafikskada *) Arbetsolycksfall *)	Vem skall debiteras?	Tilläggsdebitering för km		
Uppdraget avslutat kl. 0940	*) Försäkringsbolagets namn		Andre förare t min		
Fallbeskrivning. Viktigaste orsak (symtom eller anfall, hur hade patienten blivit skadad; när inträffade olyckan eller började symtomen) ögonvittnen; kontakttuppgifter. Pat. haft lindrig andnöd några dagar och en tryckande känsla i bröstet. 8 tiden imorse har andnöden förvärrats. Tagit egna mediciner => hjälper inte. Pat. rökt i 30 år, frun ringt 112. Patientens tillstånd vid antråffandet (symtom, fynd). Pat. sitter vid köksbordet, framåt lutad, huden sval och gråblek, använder hjälp muskulatur, pratar ord, Vristerna svullna. Ingen bröstsmärta. Sjukdomar, aktuell medicinering, läkemedelsallergier, tidigare sjukhusvård hjärtinsuff., COPD Furesis 40mg x 2, spiriva x 3, ventoline vid behov.			Totalt Självrisk FPA debiteras		
Uppföljning kl. A 0834			Enheten för första akutomhändertagande framme kl.		
B 0850			armbåge		
D 0905					
Behandling (åtgärder, medicin) och behandlingsrespons. <input checked="" type="checkbox"/> Läkare konsulterad <input type="checkbox"/> Läkare närvarande. Läkarens namn och tjänsteställe. Behandlingsinstruktioner. RAC 500 ml i.v AOT kl. 8:36 MHOI Olli Väisänen kl. 8:35 Dinit 1,25 mg x 3 kl 8:37 L-> Enligt vårdprotokollet. Morphine 4mg i.v kl. 8:40 Transportera till närmaste sjukhus. Nitro inf. enligt RR. Primperan 10mg i.v kl. 8:39 Furesis 20mg i.v kl. 8:42 CPAP PEEP 7,5cm H ₂ O => SpO ₂ 94% Pat. tycker att andningen lättar med CPAP. Nitro inf. 0,7mg/ml kl. 08:50 12ml/h - Ekg 13 kanaler kl. 08:50 -> SIN					
Underskrift av person som vägrar bli behandlad / transporterad			<input type="checkbox"/> Uppgifterna fortsätter på separat papper		
Underskrift av den som har gett behandling, nr Ja. Anders 24	Övrig personal, nr S.F 70	Anhörigs namn och telefonnummer		Följeslagare med <input type="checkbox"/>	
HÄLSO-VÅRDS-INRÄTTNINGENS INTYG	På basis av ovan nämnda utredning intygar jag att patientens hälsotillstånd <input type="checkbox"/> kräver <input type="checkbox"/> inte kräver transport med ambulans. Mottagarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning		Vårdinrättningens namn och stämpel M-3		

SV 210r 04.07 VÅRDINRÄTTNINGENS EXEMPLAR; fogas till sjukjournalen / PATIENTENS EXEMPLAR; om ingen transport sker

Bilaga 3 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 704

Kela Palvelujen tuottaja ja Y-tunnus **Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta** OSA 1

Henkilötunnus 010743-1125 Matkapäivä 01/1008 Yksikkö KR193 Kulj. juoks.nro 389

Tilaaaja hätäkeskus muu, mikä? Lähtöpaikka asema muu, mikä? Tehtäväosoite = kotiosoite Jatkokuljetus Tehtäväkoodi B704

Puhelu alkoi klo 05:40 Potilaan nimi Noora Kila vägen 22 Tehtäväkoodi A704

Tehtävä alkoi 05:40 Tötterman Potilas on lisäpaikalla paareilla istuvana Ajokm yhteensä

Kohteessa 05:52 Kotiosoite (lähiosoite ja postitoimipaikka) Karis Kotikunta Ulkomaalainen / lomake liitteenä

Potilaan luona 05:53 10300 Viite-numero 345678

Kuljetus alkoi 06:30 Matkan aihe Sairaus tai raskaus Ei Kelan korvattava Muu Laitosholto- / sairaalapotilas Mista laskutettava? Lähtömaksu -20 km Euroa

Potilas luovutettu 07:40 Liikennevahinko *) Rekisterinro 08 2. sairaankuljettaja min

Tehtävä päättyi 08:55 *) Vakuutusyhtiön nimi 08 Odotusaika (yli 1 t) min

Tapahtum tiedot. Pääsiallinen syy (oire tai kohtaus, vammautumistapa; milloin alkoi tai sattui), silminnäkijän yhteystiedot Yhteensä

Kraftig bröstsmärta som börjat plötsligt i vila ~kl. 5:30 Omvastuu 9,25€

Smärtan strålar mot halsen och vänster arm. Tagit Kelailta laskutetaan

4 nitron => ingen hjälp. Aldrig haft liknande smärta tidigare.

Mannen ringt 112. EVY kohteessa klo

Tila tavattaessa (oire, Vamman löydökset) Pat. ligger i sängen, huden grå blek och svettig. Hård tryckande

bröstsmärta som strålar mot halsen. Smärtan är/känns över hela bröstet.

Pat. är orolig, lindrig andnöd, pratar halva meningar. Inga andra

symptom

Sairaudet, nykylääkitys, lääkeaineallergiat, aikaisemmat sairaalahoitot Kranskärlls sjukdom

nitroglyc.v.b

SEURANTA KLO	VERENPAINE	SYKE-TAAJUUS	RYTMI	HENGITYS-TAAJUUS	HENGITYS-ÄÄNET	PEF	ETCO ₂	SpO ₂	TAJUNTA (GCS) Silmät	Puhe	Liike	KIPU 0-10	B-gluk	ALKO-METRI	LÄMPÖTILA, mistä
Tavattaessa <u>A 05:55</u>	<u>R+</u>	<u>95</u>	<u>jämn</u>	<u>25</u>	<u>φ/φ</u>			<u>92</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>10</u>			<u>Handled</u>
<u>B 05:57</u>	<u>130/80</u>		<u>SIN</u>				<u>02</u>	<u>98</u>					<u>6,9</u>		
<u>06:05</u>	<u>145/80</u>	<u>90</u>	<u>SIN</u>	<u>22</u>			<u>100%</u>	<u>98</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>4</u>			
<u>06:15</u>	<u>140/85</u>	<u>87</u>	<u>SIN</u>	<u>18</u>				<u>98</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>2</u>			
Potilas luov. <u>D 06:25</u>	<u>125/70</u>	<u>85</u>	<u>SIN</u>	<u>18</u>				<u>98</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>2</u>			

Hoito (toimenpiteet, lääkitys) ja **hoidon vaste.** Lääkärinä konsultoitu Lääkäri kohteessa. Lääkärin nimi ja toimipaikka. Annetut hoito-ohjeet MHOI Olli Väisänen

O₂ 100% mask => SpO₂ 98% Kohteessa kl. 6:25

RAC 500 ml i.v AOT kl. 06:00

ASA 250mg p.o tuggad kl. 06:00

Dini 1,25mg x 3 => ingen hjälp st Höjning II, III, AVF 3mm

Ekg 14 kanaler => SIN ↓ 1, V2

Morphin 4mg i.v kl. 06:08 => pat. lugnar sig

Primperan 10mg i.v kl. 06:08

Nitro inf. 0,1mg/ml => 6ml/h kl. 06:10 => 12ml/h kl. 6:20 => Smärtan lättar

Hoidosta / kuljetuksesta kieltäytyjän allekirjoitus Lomakkeen tiedot jatkuvat eri paperilla

Hoitoa antaneen allekirjoitus ja nro 24 Muun henkilöstön nrot H.H 13 Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero Saattaja mukana

TERVEYDENHOITO-LAITOKSEN TODISTUS Vakuutan edellä olevan selvityksen perusteella, että potilaan terveydentila edellyttää ei edellytä kuljetusta ambulanssilla. Potilaan vastaanottaneen henkilön allekirjoitus, nimen selvennys ja virka-asema M-2

Potilaan vastaanottaneen hoitolaitoksen nimi ja leima

SV 210 04.07 HOITOLAITOKSELLE; liitetään sairauskertomukseen / POTILAALLE; jos ei kuljetusta

Bilaga 4 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 745

DEL 1

Fpa Serviceproducent och FO-nummer **Utredning och ansökan om ersättning för sjuktransport**

Personbeteckning 0211150-342A		Datum 011108		Enhet KR193	Löpande transp.nr 875								
Beställare <input checked="" type="checkbox"/> nödcentral <input type="checkbox"/> annan, vilken?	Start från <input checked="" type="checkbox"/> stationen <input type="checkbox"/> annan plats, vilken?	Utryckningsadress Tallmogatan 4	<input type="checkbox"/> = hemadress <input type="checkbox"/> Vidaretransport	Utryckningskod C 745	Transport-/X-kod C 745								
Samtalet började kl. 1305	Patientens namn Nils		Körkm totalt										
Uppdraget började kl. 1315	Tötterman		Patienten transporteras på extra plats <input type="checkbox"/> på bår <input type="checkbox"/> sittande										
Framme kl. 1317	Hemadress (näradress och postanstalt) Tallmogatan 8 A 15		Hemkommun Karis										
Hos patienten kl. 1317	10300		Referensnummer 12345										
Transporten inleddes kl. 1345	<input checked="" type="checkbox"/> Utryckningen gäller <input type="checkbox"/> Sjukdom eller graviditet <input type="checkbox"/> Trafikskada *) <input type="checkbox"/> Arbetsolycksfall *) *) Försäkringsbolagets namn		Ersätts inte av FPA <input type="checkbox"/> Institutionsvårds-/sjukhuspatient <input type="checkbox"/> Annan Vem skall debiteras?		Euro								
Patienten avlämnad kl. 1400	Registernr		Grundavgift -20 km										
Uppdraget slutet kl. 1422	*) Försäkringsbolagets namn		Tilläggsdebitering för										
Fallbeskrivning. Viktigaste orsak (symtom eller anfall, hur hade patienten blivit skadad; när inträffade olyckan eller började symtomen) ögonvittnen; kontakttuppgifter. Patienten fallit i trappan ~kl.13. Patienten minns händelsen, ingen medvetslöshet. Klarar inte av att sliga upp. Förbipasserande ringt 112.			Andre förare										
			Väntetid (över 1 t)										
			Totalt										
			Självrisk		9,25€								
			FPA debiteras										
Patientens tillstånd vid anträffandet (symtom, fynd). Patienten ligger på vänster sida, smärta i vänster höft, kan inte röra på benet, rör på tårna, känsel i tårna och benen ok. Vänster ben aningen kortare, ingen rotation													
Sjukdomar, aktuell medicinering, läkemedelsallergier, tidigare sjukhusvård osteoporos fosavan 7tbl./vecka													
UPPFÖLJNING KL.	BLODTRYCK	PULSFREKVENSKVENS	RYTM	ANDNINGSFREKVENSKVENS	ANDNINGSLJUD	PEF	ETCO ₂	SpO ₂	MEDVETANDEGRAD (GCS) Tal Hörelse	SMÄRTA 0-10	B-gluc.	ALKOMETER	TEMPERATUR, var
Vid anträffandet A 1320	R+	90	jämn	18	ø/ø			96	4 5 6	8	5,8		Hand
B	160/75												
c13 30	135/70	80						O ₂ lisä 98	4 5 6 5				
Vid slutet D 1355	140/75							98		7			
	125/70									3			
Behandling (åtgärder, medicin) och behandlingsrespons. <input checked="" type="checkbox"/> Läkare konsulterad <input type="checkbox"/> Läkare närvarande. Läkarens namn och tjänsteställe. M-3 Lina Udd kl. 1324													
RAC 500 ml i.v AOT kl. 1325 → Rapi fen 0,25mg i.v och vid Rapi fen 0,25mg i.v kl. 1327 + 0,25mg kl. 1350 behov mera. Pat. transporteras med vacuum madrass. O ₂ lisä 8l/min → SpO ₂ 98% Patienten blev smärtsam under resan → 0,25mg i.v rapi fen ⇒ smärtan													
Underskrift av person som vägrar bli behandlad / transporterad <input type="checkbox"/> Uppgifterna fortsätter på separat papper													
Underskrift av den som har gett behandling, nr J. S. 24		Övrig personal, nr S.F. 70		Anhörigs namn och telefonnummer									
Följeslagare med													
HÄLSO-VÅRDS-INRÄTTNINGENS INTYG	På basis av ovan nämnda utredning intygar jag att patientens hälsotillstånd <input type="checkbox"/> kräver <input type="checkbox"/> inte kräver transport med ambulans. Mottagarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning			Vårdinrättningens namn och stämpel M-3									

SV 210r 04.07 VÄRDINRÄTTNINGENS EXEMPLAR; fogas till sjukjournalen / PATIENTENS EXEMPLAR; om ingen transport sker

Bilaga 5 Optimal dokumentering av Sv210r blankett, transportkod 774

DEL 1

Fpa Serviceproducent och FO-nummer **Utredning och ansökan om ersättning för sjuktransport**

Personbeteckning 120830-7119011008		Datum KR194		Enhet 876		Löpande transp.nr 876	
Beställare <input checked="" type="checkbox"/> nödcentral <input type="checkbox"/> annan, vilken?		Start från <input checked="" type="checkbox"/> stationen <input type="checkbox"/> annan plats, vilken?		Utryckningsadress <input checked="" type="checkbox"/> = hemadress <input type="checkbox"/> Vidaretransport		Utryckningskod C774	
Samtalet började kl. 11:00		Patientens namn Gudrun		Utryckningsadress Bäljarsvägen 23A10		Transport-/X-kod C774	
Uppdraget började kl. 11:20		Tötterman		Patienten transporteras på extra plats <input type="checkbox"/> på bår <input type="checkbox"/> sittande		Körkm totalt	
Framme kl. 11:20		Hemadress (näradress och postanstalt)		Hemkommun Karis		Utlämnning / blankett bifogas	
Hos patienten kl. 11:21		10300		Referensnummer 23456			
Transporten inleddes kl. 11:35		Utryckningen gäller <input checked="" type="checkbox"/> Sjukdom eller graviditet		Ersätts inte av FPA <input type="checkbox"/> Institutionsvårds-/sjukhuspatient <input type="checkbox"/> Annan		Euro	
Patienten avlämnad kl. 11:45		Trafikskada *) Arbetsolycksfall *)		Vem skall debiteras?		Grundavgift -20 km Tilläggsdebitering för km	
Uppdraget slutfört kl. 11:55		*) Försäkringsbolagets namn				Andre förare t min Väntetid (över 1 t) t min	
Fallbeskrivning. Viktigaste orsak (symtom eller anfall, hur hade patienten blivit skadad; när inträffade olyckan eller började symptomen) ögonvittnen; kontaktppgifter. Patienten haft feber i en vecka, sågande från 37,5 - 39, kastar upp maten, ensam boende. Pat. klarar sig inte hemma längre, ringt själv 112.						Totalt Självrisk FPA debiteras	
						9,25 €	
Patientens tillstånd vid anträffandet (symtom, fynd). Pat. ligger i sängen, varm hud, inga smärtor, kraft lös, illamående. Klarar inte av att stiga upp från sängen ensam. Lindrig andnöd, pratar korta meningar, använder inte hjälp muskulafer.							
Sjukdomar, aktuell medicinering, läkemedelsallergier, tidigare sjukhusvård							
UPPFÖLJNING KL. BLODTRYCK PULSFREKVENSENS RYTM ANDNINGSFREKVENSS ANDNINGSLJUD PEF ETCO2 SpO2 MEDVETANDEGRAD (GCS) SMÄRTA 0-10 B-gluc. ALKOMETER TEMPERATUR, var							
Vid anträffandet A 1123 R+ 88 jämn 19 ø/ø 97 4 5 6 0 4,8 Finger							
B 100/65						t. h. temp. 38,8°C	
C 1135 120/72 82 SIN 15 97 4 5 6 0							
Vid avlämnandet D							
Behandling (åtgärder, medicin) och behandlingsrespons. <input type="checkbox"/> Läkare konsulterad <input type="checkbox"/> Läkare närvarande. Läkarens namn och tjänsteställe. Behandlingsinstruktioner.							
Transport ✓ RAC 500 ml i.v AOT kl. 1132 Monitoring => SIN, frekvens 82 RR ↑ efter att pat. fått RAC i.v Resan gick bra, pat. känner sig trött under resan.							
Underskrift av person som vägrar bli behandlad / transporterad <input type="checkbox"/> Uppgifterna fortsätter på separat papper							
Underskrift av den som har gett behandling, nr Ja-Etke 24		Övrig personal, nr SF 70		Anhörigs namn och telefonnummer		Följeslagare med	
HÄLSO-VÅRDS-INRÄTTNINGENS INTYG		På basis av ovan nämnda utredning intygar jag att patientens hälsotillstånd <input type="checkbox"/> kräver <input type="checkbox"/> inte kräver transport med ambulans. Mottagarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning				Vårdinrättningens namn och stämpel T-33	

SV 210r 04.07 VÅRDINRÄTTNINGENS EXEMPLAR; fogas till sjukjournalen / PATIENTENS EXEMPLAR; om ingen transport sker

Bilaga 6 Tom Sv210r blankett

DEL 1

Fpa Serviceproducent och FO-nummer **Utredning och ansökan om ersättning för sjuktransport**

Personbeteckning		Datum		Enhet		Löpande transp.nr							
Beställare	<input type="checkbox"/> nödcentral <input type="checkbox"/> annan, vilken?	Start från	<input type="checkbox"/> stationen <input type="checkbox"/> annan plats, vilken?	Utrycknings-adress	<input type="checkbox"/> = hemadress <input type="checkbox"/> Vidaretransport	Utryckningskod							
Samtalet började kl.	Patientens namn			Patienten transporteras på extra plats <input type="checkbox"/> på bår <input type="checkbox"/> sittande		Transport-/X-kod							
Uppdraget började kl.				Hemkommun		Körkm totalt							
Framme kl.	Hemadress (näradress och postanstalt)			Utlänning / blankett bifogas <input type="checkbox"/>									
Hos patienten kl.				Referens-nummer									
Transporten inleddes kl.	Utryckningen gäller			Ersätts inte av FPA		Euro							
Patienten avlämnad kl.	Sjukdom eller graviditet			<input type="checkbox"/> Institutionsvårds-/sjukhuspatient <input type="checkbox"/> Annan		Grundavgift -20 km							
Uppdraget slutfört kl.	Trafikskada *) Registrern			Vem skall debiteras?		Tilläggsdebitering för km							
	Arbetsolycksfall *)					Andre förare t min							
	*) Försäkringsbolagets namn					Väntetid (över 1 t) t min							
Fallbeskrivning. Viktigaste orsak (symtom eller anfall, hur hade patienten blivit skadad; när inträffade olyckan eller började symptomen) ögonvittnen; kontaktuppgifter.						Totalt							
						Självrisk							
						FPA debiteras							
Enheten för första akutomhändertagande framme kl.													
Patientens tillstånd vid anträffandet (symtom, fynd).													
Sjukdomar, aktuell medicinering, läkemedelsallergier, tidigare sjukhusvård													
UPPFÖLJNING KL.	BLODTRYCK	PULSFREKVENS	RYTM	ANDNINGS-FREKVENS	ANDNINGS-LJUD	PEF	ETCO ₂	SpO ₂	MEDVETANDEGRAD (GCS)	SMÄRTA 0-10	B-gluc.	ALKO-METER	TEMPERATUR, var
Vid anträffandet									Ögon	Tal	Rörelse		
A													
B													
C													
Vid avlämnandet													
D													
Behandling (åtgärder, medicin) och behandlingsrespons. <input type="checkbox"/> Läkare konsulterad <input type="checkbox"/> Läkare närvarande. Läkarens namn och tjänsteställe. Behandlingsinstruktioner.													
Underskrift av person som vägrar bli behandlad / transporterad <input type="checkbox"/> Uppgifterna fortsätter på separat papper													
Underskrift av den som har gett behandling, nr				Övrig personal, nr				Anhörigs namn och telefonnummer				Följeslagare med <input type="checkbox"/>	
HÄLSO-VÅRDS-INRÄTTNINGENS INTYG		På basis av ovan nämnda utredning intygar jag att patientens hälsotillstånd <input type="checkbox"/> kräver <input type="checkbox"/> inte kräver transport med ambulans. Mottagarens underskrift, namnförtydligande och tjänsteställning						Vårdinrättningens namn och stämpel					