



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Ambulanssjuksköterskans dokumenterade bedömning i RETTS-journalen av äldre patienters omvårdnadsbehov

Författare: Helena Lindhult och Pär Palmblad

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Ambulanssjuksköterskan har förmånen att möta den äldre patienten i dess hemmiljö och kan redan prehospitalt identifiera omvårdnadsbehov och genom god dokumentation kan sedemera sjukvården tillgodose dessa. Syftet med studien var att undersöka ambulanssjuksköterskans dokumenterade omvårdnadsbedömning av den äldre patienten i Rapid Emergency Triage and Treatment System [RETTS]-journalen. Metoden var kvantitativ och totalt granskades 200 stycken RETTS-journaler. Resultatet påvisade att nästan 60 procent av RETTS-journalerna saknade ett dokumenterat omvårdnadsbehov. Det fanns inga statistiska signifikanta skillnader i förekomst av dokumentation rörande omvårdnadsbehov mellan RETTS prioriteringsgrupperna. Det omvårdnadsbehov som ambulanssjuksköterskan oftast identifierade var fallrisk, vilket utgjorde 63 procent. I lagtexten står det att sjuksköterskan har dokumentationsskyldighet. Bristande dokumentation kan leda till ett vårdlidande och äventyra patientsäkerheten.

Nyckelord

Ambulanssjuksköterska, dokumentation, fallrisk, omvårdnad, RETTS-journal, vårdlidande.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Ambulans	5
RETTs	5
Den äldre patienten	6
Prehospital omvårdnad	6
Patientsäkerhet	8
Lidandet i vården	8
Dokumentation	9
Syfte	9
Specifika frågeställningar	10
Metod	10
Urval	10
Instrument	11
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion och implikationer	20
Referenser	21

Introduktion

Problemområde

Enligt Hälso- & sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska hälso- och sjukvårdspersonal sträva efter att ge god omvårdnad. Socialstyrelsen (2005) skriver att en sjuksköterska skall ha ett holistiskt synsätt på den enskilda individen. Att identifiera omvårdnadsbehoven är således en väsentlig del av en sjuksköterskas initiala bedömning av den äldre individen. Patientens omvårdnadsbehov skall dessutom försöka tillgodoses under hela vårdförloppet.

Den äldre befolkningsgruppen i Sverige beräknas att öka (Statistiska centralbyrån, 2014). Med ökad ålder ökar även risken för sjukdomar och andra livsförödande komplikationer där behovet av omvårdnad föreligger (Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni, 2008). World Health Organization [WHO] (2015) definierar *older* eller *elderly* personer som har nått åldern ≥ 65 år (WHO, 2015).

Omvårdnad benämns sällan inom ambulanssjukvården. I Region Skånes prehospitala behandlingsriktlinjer (2015), vilka ambulanssjuksköterskan arbetar efter, nämns sällan eller aldrig omvårdnadsrelaterade åtgärder. Då den prehospitala verksamheten i första hand kretsar kring akutsjukvård kan mindre akuta åtgärder som omvårdnadsbedömning bli lidande.

Kunskapen kring ambulanssjuksköterskans dokumentation av omvårdnadsbehoven är bristfällig, då forskning kring området tycks saknas. Då Sverige är ett av få länder där sjuksköterskor arbetar prehospitalt, bör även den prehospitala vården genomsyras av omvårdnad.

Genom att studera och granska bedömningen av omvårdnadsbehov, vill författarna till denna studie belysa huvudområdet omvårdnad i ambulanssjuksköterskan dagliga arbete.

Bakgrund

Ambulans

Definitionen på ambulanssjukvård är sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till en ambulans (SOSFS 2009:10, kap. 1, 2 §). Ambulansen nyttjas då patientens tillstånd kräver medicinsk bedömning, utrustning och/eller vård (SOSalarm, 2015). Att arbeta patientsäkert är grundläggande inom ambulanssjukvård (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor [RAS] & Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). I Skåne styrs den prehospitala vården av Region Skåne Prehospitala Enhet, [RSPE]. RSPE ansvarar även för forskning och kompetensutveckling (Region Skånes Prehospitala Enhet, 2015). Sjuksköterskor med annan specialistutbildning än inriktning mot annat än ambulanssjukvård, exempelvis narkossjuksköterskor eller intensivvårdssjuksköterskor, kan varit ansvariga för dokumentationen i RETTS-journalen. För enkelhetens skull kommer härvid alla sjuksköterskor inom ambulanssjukvården i studien refereras till som ambulanssjuksköterskor.

RETTS

Rapid Emergency Triage and Treatment System, förkortat RETTS, är ett triageverktyg, prioriteringsverktyg och en journalhandling som idag används i Sveriges samtliga landsting. Genom att använda RETTS-journalen ökar säkerheten att fånga en standardiserad och strukturerad anamnes. Anamnesen inkluderar både ett medicinskt perspektiv samt ett omvårdnadsperspektiv. Vitala parametrar tillsammans med anamnes, Emergency Symptoms and Signs, så kallade ESS:er styr en prioritering hos varje patient samt information vital för kommande vårdinstaser (Predicare AB, 2015).

RETTS-journalen kategoriseras i fem färger; röd, orange, gul och grön. Röd färg innebär livshotande tillstånd och i fallande grad nedåt till grön färg, grön prioriterade patienter har lägst medicinsk risk (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). Vid rödprioriterade patienter skall omedelbar läkarbedömning ske. Den orangeprioriterade patienten skall erhålla läkarbedömning inom 20 minuter. Vid en gulprioriterade patienter skall läkarbedömningen ske inom 60 minuter och den grönprioriterade patienten skall bli läkarbedömd inom fyra timmar (ibid.).

Enligt Widgren och Jourak (2011) är RETTS-journalen ett reliabelt instrument att använda gällande prioritering, triagering samt anamnes. Vidare menar författarna att systemet är ett lämpligt verktyg för att identifiera detaljer kring en persons status.

I mötet med den prehospitla patienten görs en snabb och korrekt medicinsk bedömning nödvändig för patientens prognos. RETTS-journalen blir således ett redskap i den prehospitla processen vid prioritering och triagering av patientens medicinska utfall (Nguyen, Rivers, Havstad, Knoblich, Ressler, Muzzin & Tomlanovich, 2000). Ytterligare en fördel med RETTS-journalen är att journalbladet medföljer patienten genom hela vårdkedjan och på så vis kan dubbeldokumentation samt redan ställda frågor till patienten undvikas (Widgren, Jourak & Martinius 2008).

Den äldre patienten

Begreppet geriatrisk omvårdnad innefattar både den basala omvårdnaden och omsorgen kring personen (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010). Åldrandet påverkar individen på både ett biologisk, psykologisk och socialt plan (Melby & Ryan, 2005).

Vardaglig aktivitet inbegriper även de mest fundamentala delarna av vårt leverne (Brovold, Skelton & Bergland 2013) och daglig praktisk omvårdnad är en väsentlig beståndsdel att bevara även på äldre dagar (Zanotto, Bergamin, Roman, Sieverdes, Gobbo & Zaccaria, 2014) och risken för depressiva besvär ökar när förmågan till fysisk aktivitet minskar (Forlani et al. 2014). Planering, dokumentation, genomförande och utvärdering av den givna vården ett sätt att kvalitetssäkra vården för den äldres omvårdnads behov (Ternested, Österlind, Henoch & Andershed, 2012).

Prehospital omvårdnad

Globalt bedrivs den prehospitla verksamheten av paramedicutbildad personal. Gentemot paramedics har sjuksköterskorna en grundläggande omvårdnadsutbildning. (Melby & Ryan, 2005). För att ge bästa vård till den äldre patienten behövs sjuksköterskor i ambulansen då deras kunskapsbas är bred och både inriktar sig på akutsjukvården samt omvårdnaden. Vidare kan sjuksköterskas erfarenhet från den intrahospitla vården vara viktigt aspekt även i den prehospitla vården (Suserud, Bruce & Dahlberg, 2003).

Vid anblick kring patienter över 65 år kopplat till den prehospitala vården är kunskapen minimal, då ur ett historiskt perspektiv prehospital vård varit mer inriktad på akut sjuka patienter i alla åldersgrupper (McConnel & Wilson, 1998). Vid ökad ålder medföljer en ökad användning av ambulanser samt ökad kontakt med akutsjukvården (Moons, Arnauts & Delooz, 2003). Enligt en studie från 1992 av Strange, Chen och Sanders (1992) anländer nästan hälften av alla äldre patienter till akutmottagningen med ambulans. Då den ökade mängden av patienter med ålder över 65 år kommer i kontakt med den prehospitala vården måste personal som arbetar prehospitalt ha en ökad kunskap kring ålderdom och dess aspekter som medföljer (McConnel & Wilson, 1998).

Enligt Moons, Arnauts & Delooz (2003) har en äldre patient behov av specifika omvårdnadsbehov, psykologiska behov samt sociala behov. Vidare säger samma författare att dessa behov bör personal kunna bemöta och bedöma redan i den prehospitala vårdmiljön. Förutom den komplexa omvårdnadsdelen i mötet med den äldre patienten, föreligger den äldre patienten vara mer skör för medicinska komplikationer (Bridges, Meyer & Spilsbury, 2000). En korrekt initial omvårdnadsbedömning av patienten med tydliga omvårdnads mål är ofta i korrelation med ökad hälsa hos den enskilda individen (Bowling & Browne, 1991). Då ambulansen är en stor del av patientens totala vårdkedja (Suserud, 2001) blir således omvårdnaden i ambulansen en oerhört väsentlig del av det prehospitala arbetet och enligt (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003) ställer det krav på sjuksköterskor att utöka sin kompetens inom detta område samt arbeta efter gällande evidence.

Äldre patienter är ofta mer sårbara och således mer utsatta i vårdsituationer där risk för vårdskada och vårdlidande kan uppkomma. Genom ett holistiskt synsätt och bejaka den äldre patientens behov kan dessa risker minska. Fokus måste ligga på patienten. Genom att få komma hem till patienter kan ambulanssjuksköterskor identifiera brister hos patientens omvårdnad då patientens hemmiljö ger informationen (Melby & Ryan, 2005). Dessa detaljer kring patientens hemsituation är ofta okänd för personal inne på sjukhus (Moons, Arnauts & Delooz 2003), vilket styrker vikten att ambulanssjuksköterskan måste identifiera omvårdnadsbehov som patienten har i sin vanliga miljö (Melby & Ryan, 2005).

Patientsäkerhet

Enligt Socialstyrelsen handlar patientsäkerhet om skydd mot vårdskada. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar en vårdskada när en patient drabbas av lidande, fysisk eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (SFS 2010:659).

En sjuksköterska har som ansvar att bedriva säker vård. Den grundläggande synen på den enskilda patienten ska vara av holistisk karaktär där omvårdnadsbehovet ska främjas (Socialstyrelsen, 2005). Att redan tidigt identifiera omvårdnadsbehovet bör då ligga i vårdens intresse och åliggande ambulanssjuksköterskan prehospitalt. Även ICN:s etiska kod beskriver att god omvårdnad främjas (Svenska Sjuksköterskeförening, 2004). Att bedriva säker vård, det vill säga att tänka patientsäkert ligger i enighet med kompetensbeskrivningen för ambulanssjuksköterskor (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor & Svenska Sjuksköterskeförening, 2012). Att tidigt i ett vårdförlopp identifiera och ta ställning kring en patients omvårdnadsbehov är således ett steg att bedriva säker vård.

Lidandet i vården

När patientsäkerheten äventyras ökar risken för patienten att drabbas av ett vårdlidande (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand 2003). Vårdandet har som ursprungligt syfte att lindra det mänskliga lidandet. Paradoxalt nog utsätter vården många gånger patienten för lidande istället. Eriksson (1994) har definierat tre typer av lidande som förekommer inom vården.

Sjukdomslidandet utgörs av sjukdomen i sig, dess symptom och behandling. Kroppslig, fysiskt, smärta bör därför lindras då patientens lidande utgör en stor del dennes livsvärld. Det själsliga/andliga lidandet är dock svårare att ”bota”, då det kan utgöras av upplevelser av skuld, skam eller skuld relaterad till patientens sjukdom eller behandling. *Vårdlidandet* är ett fenomen som kan visa sig i alla vårdkontexter. Vårdlidandet är en subjektiv upplevelse av etisk karaktär där patienten kan känna sig avkränt, fördömd, straffad eller underlägsen vårdpersonalen, vilka i sin tur kan utöva negativ makt gentemot patienten. Även utebliven vård eller icke-vård kan medföra ett vårdlidande. *Livslidandet* relateras till hela livet, hur det rubbas och kan hota patientens hela existens (Eriksson, 1994).

Dokumentation

I Patientdatalagen (SFS 2008:355, kap. 3, 1 §) fastslås att en patientjournal skall föras för varje patient som erhåller vård. Den som är legitimerad att utöva ett visst yrke är skyldig att föra journal, i syftet att bidra till säker och god vård för patienten (SFS, 2008:355, kap. 3, 3 §). Patientjournalen utgör en informationskälla för patienten samt tillsyn och rättsliga krav (SFS, 2008:355, kap. 3, 2 §). Den legitimerade sjuksköterskans har juridiska skyldigheter kring journalföringen. Då journalens syfte är att säkerställa en god och säker vård för patienten bör sålunda riskfaktorer kring patientens omvårdnadsstatus återfinnas i patientjournalen. Brister patientens autonomi exempelvis i mobilisering eller i förmåga att dricka, kan detta orsaka risk för fall eller uttorkning, vilket i båda fallen orsakar ett vårdlidande för patienten samt kan ge upphov till vårdskada. Vidare säger Patientdatalagen (SFS 2008:355, kap. 3, 4 §) att den som för patientjournalen ansvarar för de uppgifter denne angivit däri. Patientjournalen skall innehålla den information som är viktig för att kunna ge en god och säker vård till patienten (SFS, 2008:355, kap. 3, 6 §).

Genom dokumentation skapas en förutsättning att använda journalen på ett djupare plan (Zegers et al., 2011; Saranto & Kinnunen, 2009) och i längden skapa enklare och effektivare vårdkedjor där rapporteringen mellan insatser och personal tar mindre tid från andra arbetsuppgifter och en stressad sjuksköterska genererar en sämre vård till patienten (Mcviar, 2003). I dagens vårdssamhälle tenderar olika insatser att dels fråga samt dokumentera information som redan patienten har svarat på, så kallat dubbeldokumentation. Detta leder till att onödigt mycket tid läggs på arbetsuppgifter som redan någon annan utfört fast i en annan del utav vårdkedjan. En studie beskriver att vårdpersonalens förmåga att göra korrekta omvårdnads- och medicinskabedömningar minskar ju mer stress personen utsätts för (Olofsson, Bengtsson & Brink, 2003; Buerhaus, Donelan, Ulrich, Norrman & Dittus, 2006).

Syfte

Syftet var att undersöka ambulanssjuksköterskans dokumenterade omvårdnadsbedömning av den äldre patienten i RETTS-journalen.

Specifika frågeställningar

- Skiljer ambulanssjuksköterskans omvårdnadsbedömning sig vid olika prioriteringsnivåer?
- Vilket omvårdnadsbehov identifierades och dokumenteras oftast?

Metod

Denna studies metod var en journalgranskning utifrån ett kvantitativt perspektiv. En kvantitativ ansats innebär att med hjälp av siffror och variabler undersöks ett samband. Denna ansats lämpade sig bra vid denna studie då den kvantitativa ansatsen fångar större populationer vilket skapar möjligheter att penetrera fler faktorer (Polit & Beck, 2012). Metoden att välja granskning av RETTS-journaler gjordes utifrån tanken att journalskrivningen är en central del i vården och ett område där förbättring hela tiden kan ske. Enligt Hartman (2006) bör utgångspunkten vara objektiv då kvantitativ forskning prövas mot verkligheten.

Urval

Ett på förhand bestämt urval av de RETTS-journaler som utfärdades under förra året i ambulansdistrikt 3 kom att inkluderas i studien. I enighet med studiens syfte skulle RETTS-journalerna beröra patienter som var 65 år eller äldre vid journaltillfället.

RETTS-journalerna valdes ut genom ett ändamålsenliga urval, vilket ansågs svara på studiens syfte. Genom ett ändamålsenligt urval kan författarna strategiskt selektera RETTS-journaler utefter uppställda inklusionskriterier, för att således kunna studera fenomenet. (Polit & Beck, 2012). RETTS-journalerna sorterades ut i kronologisk ordning i fallande led med start i slutet av 2014.

Studien inkluderar patienter som medföljt till sjukhus, där omvårdnaden av patienten kom att fortlöpa. Patienter som lämnats hemma exkluderas från studien, då dennes omvårdnadsbehov redan torde vara identifierade och tillgodosedda av annan aktör än ambulanssjukvården. De patienter som medföljt till vårdcentral exkluderas också från studien, då vårdcentraler ej har inneliggande patienter eller motsvarande väntetider. RETTS-journaler vid sekundärtransporter mellan vårdinrättningar är sedermera ej heller aktuella för studien, då patienten redan återfinns på vårdinrättning och dess omvårdnadsbehov redan bedömts och dokumenterats av

vederbörande.

Instrument

Studien genomfördes genom en journalgranskning av kopior på skriftligt handskrivna RETTS-journaler i pappersformat. I det aktuella distriktet användes RETTS-journaler som journal-, triagering- och prioriteringsinstrument. I RETTS-journalen fanns det åtta stycken förtryckta rutor, i vilka ambulanssjusköterskan ämnades bedöma patientens omvårdnadsbehov. Dessa förtryckta rutor var uppdelade i olika kategorier. Den första kategorin innefattade patientens fallrisk.

Ambulanssjusköterskan skulle dokumentera fallrisken genom att markera en förtryckt rutan med antingen ja eller nej. Nästa kategori skulle ett omvårdnadsbehov dokumenteras genom en markering i ja- eller nej-rutan. Sista kategorin berörde brister i patientens autonomi. Ambulanssjusköterskan skulle genom en markering dokumentera om patientens autonomi brast i något av följande fyra förval; gå + stå, toa, dricka samt orienterad. RETTS-journalen innehöll även blankrader där det fanns möjlighet för ambulanssjusköterskan att skriva i fritext.

Datainsamling

Författarna hade muntligen och skriftligen kontaktat verksamhetschefen för ambulansdistrikt 3 för ett godkännande att få tillgång till avidentifierade RETTS-journaler i storleksordningen tvåhundra stycken, med patienter födda 1940 eller tidigare. I det skriftliga informationsbrevet beskrevs studien och dess syfte. RETTS-journalerna fanns att tillgå i respektive ambulansstations låsta journalarkiv. Enhetschefen på stationen där studien genomfördes valde utan subjektivitet ut tvåhundra stycken RETTS-journaler inom ramarna för inklusionskriterierna. Vidare avidentifierades RETTS-journalerna av enhetschefen som därefter kopierade dem till författarna.

När tvåhundra RETTS-journaler var tillhanda utfördes en granskning i två delar. I den första delen avlästes eventuell markering i de förtryckta rutorna kring fallrisk, omvårdnadsbehov eller autonomibrister. Fanns det en sådan markering lästes journalen ej vidare, då ambulanssjusköterskans bedömning av patientens omvårdnadsbehov redan var dokumenterad,

även om kompletterande information skulle finnas i fritext. Saknades det markering, och sålunda dokumentation av omvårdnadsbehov, gick RETTS-journalen vidare till granskningens andra del. Här lästes RETTS-journalernas textinnehåll för identifiering av omvårdnadsbehov beskrivna i fritext. En sådan dokumentation inkluderades också då de uppfyllde kravet för bedömt och dokumenterat omvårdnadsbehov.

För varje granskad RETTS-journal fördes statistik. Det noterades huruvida ambulanssjuksköterskan dokumenterat omvårdnadsbehovet eller ej. Statistiken skrevs i ett separat dokument. De granskade RETTS-journalerna sorterades i fack om ja och nej. När alla tvåhundra RETTS-journalerna var färdiggranskade delades de RETTS-journalerna där omvårdnadsbehovet var dokumenterat in i fyra kategorier utefter prioritering. Genom att studera patientens prioritering delades RETTS-journaler in utifrån prioriteringsfärgen röd, orange, gul eller grön. Exakt samma fördelning av prioritering fick de RETTS-journaler där omvårdnadsbehovet ej var dokumenterat.

Slutligen fördes det statistik av ifyllda omvårdnadsbehov i de RETTS-journaler där ambulanssjuksköterskan genomfört och dokumenterat en omvårdnadsbedömning.

Analys av data

De insamlade RETTS-journalerna kodades med olika variabler vid statistisk bearbetning i programmet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Chi2-test är en metod som testar eventuella samband eller inte mellan oberoende och beroende variabler. Genom att använda sig av Chi2-test går det att få fram en jämförelse mellan de obesvarade variabler och de förväntade variabler (Polit & Beck, 2012). Sambandsanalyser gjordes mellan olika variabler.

Författarna valda att acceptera en statistisk signifikans vid p-värde 0,05 eller lägre. Hartman (2006) säger att en signifikansnivå på fem procent påvisar att sannolikheten att resultatet finns i verkligheten är stor och att utfallet berodde på slumpen är liten.

I analysens nästa fas jämförde chi 2-testet variabler utifrån prioriteringsgrad samt dokumenterat eller icke-dokumenterat omvårdnadsbehov. För ett säkrare resultat dikotomiserades de högre prioriteringsgraderna till en akut variabel. De lägre prioriteringsnivåerna kodades till en icke

akut variabel. Ett nytt Chi 2-test genomfördes efter diktomisering

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Arbets- & miljömedicin (2002) är kvalitetssäkring ett arbetssätt som innebär att verksamheten påbörjar en process i syfte att förändra verksamheten till det bättre. Viktiga aspekter gällande kvalitetssäkring är att formulera mätbara mål. Dessa mål skall kontinuerligt följas upp och utvärderas. Genom konkreta handlingsplaner och strukturerat arbetssätt skapas möjlighet att nå målen. Kvalitetssäkring kan ge information om kvaliteten på vården.

Då författarnas studie uppfyller kriterierna för kvalitetssäkringsarbete enligt bedömande verksamhetschef, behöver ej informanterna tillfrågas om ett aktivt deltagande. Däremot skall forskarna vid granskning av RETTS-journaler inte kunna koppla händelsen till en specifik person, detta för att konfidentialitet ska bibehållas (Polit & Beck, 2012).

Journalernas personuppgifter skall behandlas konfidentiellt och förvaras så att åtkomsten är förhindrad för obehöriga. Tystnadsplikt råder kring ovannämnda uppgifter och personal involverad i forskningsprojektet bör underteckna ett sådant tystnadspliktsavtal. Vid offentliggörande av forskning skall alla personuppgifter avrapporteras, vilket innebär att identifiering av deltagare omintetgörs (Vetenskapliga rådet, 2013).

Nyttjandekravet kräver att de uppgifter som samlats in om undersökningsdeltagarna endast får nyttjas för forskningsändamålet. Däremot bör undersökningsdeltagaren få lov att referera till forskningsresultatet personliga kontexter kring anmodan om hjälp eller vård (Vetenskapliga rådet, 2013).

Vetenskapliga etiknämnden (VEN) i Lund lämnade rådgivande yttrande till studien. VEN har fått kännedom om skriftlig tillåtelse från verksamhetschef, då detta är ett kvalitetssäkringsprojekt.

Resultat

Nästan 60 procent av RETTS-journalerna sakade ett dokumenterat omvårdnadsbehov. Patienter med lägre prioriteringsnivå, gulprioriterade patienter hade flest dokumenterade omvårdnadsbedömningar och hade bedömts i nästan 45 procent av fallen. Det omvårdnadsbehov som identifierades och dokumenterades oftast var fallrisk.

Författarna ville undersöka om dokumentation kring omvårdnadsbehovet skiljde sig mellan de olika prioriteringsnivåerna. De olika prioriteringsnivåerna undersöktes var för sig för att nyansera hur det dokumenterade omvårdnadsbehovet förhåll sig till patientens medicinska tillstånd. Tabell 1 visar att oavsett prioriteringsnivå av patienten så brister det i ifyllandet av omvårdnadsbehovet.

Tabell 1. Andel och procent av RETTS-journaler där ambulanssjusköterskan dokumenterat patientens omvårdnadsbehov, uppdelat i prioriteringsnivå			
Prioritet	Ifyllda		Total
	Ja	Nej	
Röd (omedelbar läkarkontakt) n=33	14 42,4%	19 57,6%	33
Orange (läkarkontakt inom 20 min) n=81	28 34,6%	53 65,4%	81
Gul (läkarkontakt inom 60 min) n=56	25 44,6%	31 55,4%	56
Grön (läkarkontakt inom 4 tim) n=12	3 25,0%	9 75,0%	12
Icke prioriterande enligt RETTS n=18	11 61,2%	7 38,8%	18
Total n=200	81 40,5%	119 59,5%	200

Signifikans för samband mellan prioriteringsnivå och dokumenterat omvårdningsbehov saknades, uträknat p-värde uppgick till 0,456. Icke prioriterade journalerna uteslöts från Chi 2-testet.

För att undersöka samband mellan högsta och lägsta prioriteringsnivå diktomiserades prioriteringsnivåerna. I tabell 2 diktomiserades högprioriterade patienter till ”akuta patienter”. Lågprioriterade patienter diktomiserades till ”ej akuta patienter”. Anledningen till denna diktomisering är att patienter med hög prioriteringsnivå är mer sjuka och således kräver mer medicinskt och tekniskt arbete och läkemedelshanteringen i bilen. RETTS-journaler utan prioritering exkluderades från testet.

Tabell 2. Fördelningen mellan antalet journaler baserat på prioritering efter diktomisering			
Prioritet	Ifyllda		Total
	Ja	Nej	
Röd och orange	42 36,8%	72 63,2%	114
Gul och grön	28 41,2%	40 58,8%	68
Total	70 38,5%	112 61,5%	182

Efter genomförd diktomisering prövades resultatet mot ett chi 2-test för möjlig signifikans. P-värdet uppmättes denna gång till 0,562. Signifikans saknas även för det diktomiserade resultatet.

Tabell 3. Fördelning av dokumenterat omvårdningsbehov i RETTS-journalen (mer än ett svarsalternativ är möjligt per RETTS-journal)	
Omvårdningsbehov	Antal
Fallrisk	n=70
Gå + Stå	n=21
Toa	n=10
Dricka	n=3
Orienterad	n=7

Tabell 3 påvisar en fördelning av det dokumenterade omvårdningsbehovet i RETTS-journalen. Fallrisk var det omvårdningsbehov som ambulanssjuksköterskan oftast dokumenterat.

Vid vidare analys av fritext återfinns en RETTS-journal där står det tydligt att patienten inte är orienterad till tid och rum, samt att han/hon har problem med urininkontinens. I 29 procent

RETTS-journaler där fallrisk förekommer har ambulanssjuksköterskorna även antecknat vilken typ av gånghjälpmedel patienter normalt sätt har. I 43 procent av RETTS-journalerna beskrivs patienternas kognitiva förmåga. En patient som prioriterades enligt ESS som röd gjordes en grundlig omvårdnadsanamnes. Patienten gång och talförmåga var i sjukdomsfasen nu kraftigt reducerande. I RETTS-journalen gör dock ambulanssjuksköterskan en beskrivning hur patienten normala gång och talförmåga är.

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens resultat anses vara trovärdigt då den inte tagit hänsyn till yttre eller inre faktorer som kan påverka dokumentationen. Även om signifikans ej föreligger så påvisar ändå resultatet att ambulanssjuksköterskan ej dokumenterar omvårdnadsbehovet. Vidare hade de icke prioriterade patienter kunnat exkluderas så att resultatet endast hade byggts på prioriterade patienter.

Då en inklusionskriterie var att patienten skulle vara 65 år eller äldre, exkluderas samtliga yngre patienter som kunde haft ett samtida omvårdnadsbehov. Patienter över 65 år kategoriseras vedertaget som äldre. Med hänsyn till Sveriges ökande medellivslängd (Statiska centralbyrån, 2014) och socioekonomiska status borde möjligen studien höjt inklusionsåldern till 75 år och uppåt, för att på så vis få en mer rättvis bild av vad vi förknippar med en ”äldre” patient. Hade ålderskriteriet varit högre hade troligtvis omvårdnadsbehov förelegat hos fler patienter och detta hade eventuellt kunnat öka det dokumenterade omvårdnadsbehovet och därmed studiens resultat.

Samtliga av de tvåhundra inkluderade RETTS-journalerna i studien är inhämtade från distrikt 3 som utgörs av ambulanssjukvården i nordvästra Skåne, i vilket ambulanserna täcker upp befolkningen spridd på en stor geografisk yta. Det råder förhållandevis långa transportsträckor från hämtplatsen in till sjukhusen, jämförelsevis med till exempel distrikt 1, som mestadels utgör ett storstadsområde. Långa transportsträckor ger längre körtid och för ambulanssjuksköterskan innebär det även längre tid att dokumentera. Möjligtvis hade resultatet kunnat få ett annorlunda utfall om studien utförts i annat distrikt.

Vid analys av data användes det statistiska programmet SPSS. Med syftet i åtanke, samt en

frågeställning där djupare analys krävdes, ville författarna granska om prioriteringsnivåerna spelade in vid ambulanssjuksköterskans dokumenterade omvårdnadsbedömning. Initialt analyserandes resultatet fördelat på de fyra olika prioriteringsnivåerna. Sekundärt dikominiserades variablerna till akuta eller ej akuta patienter. Istället för att i kronologisk ordning välja ut de tvåhundra stycken RETTS-journaler som överensstämde med inklusionskriterierna kunde femtio stycken av varje prioriteringsfärg valts. Detta hade troligen givit en annorlunda bild på hur det dokumenterade omvårdnadsbehovet i RETTS-journalen är fördelat mellan de olika prioriteringsfärgerna.

Resultatdiskussion

En majoritet av de RETTS-journaler där omvårdnadsbedömning saknas var av röd eller orange prioritet. Det är rimligt att antaga att dessa patienter hade ett övervakningsbehov under ambulanstransporten till sjukhus på grund av sin höga prioritet. Vid en svårt sjuk patient koncentrerar sig ambulanssjuksköterskan på att övervaka och behandla patienter och journalen får skrivas i efterhand (Bodén & Claesson, 2009). Paradoxalt nog är omvårdnadsbehov dokumenterade på cirka 42 procent av patienter med röd prioritet, vilket är mer än de patienter med grön prioritet, där 25 procent var dokumenterade. Så även fast patienten har ett allvarligt tillstånd fanns det möjligheter att bedöma omvårdnadsbehovet.

Efter sammanslagningen till akuta respektive ej akuta patienter rädde det bättre följsamhet vid dokumenteringen av omvårdnadsbehovet i RETTS-journalen. Vid lägre prioritering, alltså gul tillsammans med grön prioritering, var nu cirka 41 procent av RETTS-journalerna dokumenterade. Antalet grönprioriterade patienter i studien var endast tolv stycken och hela 75 procent av dem saknade en dokumenterad omvårdnadsbedömning. Bland grönprioriterade patienter kan det vara ännu viktigare och patientgynnande att bedöma och dokumentera omvårdnadsbehoven i RETTS-journalen. En studie av Zegers et al. (2011) upptäcktes att journaler som var bristfälligt i skrivna föranledde till mer negativa konsekvenser för patienter och även en ökad avvikelserapportering. Samma författare menar att det kan finnas en korrelation mellan kvalitén på vården och en kvalitén på den ifyllda journalen. Medföljer patienten dessutom till sjukhus av ovannämnda anledningar är ambulanssjuksköterskans bedömning och beskrivning av omvårdnadsbehoven oumbärlig och grundläggande för vidare bedömning, vård och vårdplanering för patienten.

Praktiskt sett så är ambulanssjuksköterskan följaktligen ansvarig, och ålagd, för att omvårdnadsbehoven är dokumenterade i RETTS-journalen, för att patientens vård faktiskt skall bedrivas patientsäkert. Föreligger inga omvårdnadsbehov detta vara dokumenterat, så att mottagande personal kan se att en bedömning är gjord samt för att minimera missförstånd. Har patientens omvårdnadsbehov ej bedömts och dokumenterats i RETTS-journalen kan den patientansvariga sjuksköterskan på akutmottagningen vara ovetandes om dessa, vilket medför för den enskilde patienten att patientsäkerheten äventyras. Patienten med ouppmärksamhet och/eller odokumenterad fallrisk kan exempelvis ramla och ådra sig skador. Ett av huvudfynden i denna studie var att det omvårdnadsbehovet som ambulanssjuksköterskorna var bäst på att dokumentera var patientens fallrisk. I genomsnitt drabbas var tredje person över 65 år för ett fall om året. Den äldre befolkningen har fortsatt ett högt antal incidenter av fall trots att preventiva åtgärder och riskbedömningar gjorts. Ett fall kan föra med sig skador, sjukhusinläggningar eller ha dödlig utgång för den som drabbas (Verghese, Holzer, Lipton & Wang, 2009). Vidare menar Halfon, Eggli, Van Melle och Vagnair (2001) att fallincidensen ofta ses som en indikation på patientomvårdnaden. Informationen, essentiell för patientens fortsatta vård, kan alltså endast föras vidare av ambulanssjuksköterskan, via dennes dokumentation, till mottagande vårdgivare. En studie av Larrabee et al. (2001) påvisar att sedan omvårdnadsjournaler infördes inom akutsjukvården har sjuksköterskornas dokumentation kring patienternas omvårdnad ökat. Genom att konsekvent dokumentera patientens omvårdnadsbehov i RETTS-journalen bör alltså ambulanssjuksköterskans arbete kring detta bli till en naturlig del av journalförandet av den prehospitala patienten.

Ambulanssjuksköterskan kan även överlämna ett verktyg till mottagande vårdgivare för planering av patientens fortsatta omvårdnad vidare i vårdkedjan. Ambulanssjuksköterskans omhändertagande för patienten avslutas på mottagande vårdenhet, där denne avlämnas för fortsatt vård, vilket innebär att ambulanssjuksköterskans dokumentation och överslagsskrivning i mångt och mycket ligger till grund för det patientens fortsatta vård och omvårdnad. Avsaknad av information i RETTS-journalen blir följaktligen avsaknad av information till övertagande patientansvarig personal och enligt Björvell, Wredling och Thorell-Ekstrand (2003) vilket kan äventyra patientens säkerhet.

Vikten av god dokumentation kan skapa förutsättningar att använda journalerna för att utvärdera händelser, till forskning samt till kvalitetetsarbeten (Saranto & Kinnunen, 2009). Björvell, Wredling och Thorell-Ekstrand 2003 menar att ska bra dokumentation vara en standard behövs

det en strukturell formel. I vår granskning var nästan 60 procent av RETTS-journaler där det saknades en dokumenterad omvårdnadsbedömning och detta höga antal kan bekräfta att det inte finns någon standardiserad struktur för att dokumentera patientens omvårdnadsbehov Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand (2003) menar på att en bra skriven journal ökar patientsäkerheten då rapporteringen inte sker via en enskild sjuksköterskas minne utan med hjälp av konkret nedskrivna fakta gällande patienten tillstånd. Patientsäkerheten är något som vården hela tiden måste bejaka för att minska risken för vårdlidande. Andra studier påpekar också detta fenomen med information som försvinner vid muntlig överskrifningen (Talbot & Bleetman, 2007; Owen, Hemmings & Brown, 2009). Det är därför av största vikt för ambulanssjuksköterskan prehospitalt att dokumentera omvårdnadsbehovet då enligt Owen, Hemmings & Brown (2009) underlättar för personalen intrahospitalt att gå tillbaka till journalen för att erhålla den informationen de sökte.

Fatovich och Hirsch (2003); Socialstyrelsen (2015) fastslår att högst risk att drabbas av vårdskador har de patienter med många sjukvårdskontakter, till exempel multisjuka, äldre, kroniskt- samt psykiskt sjuka. Enligt Schou (1996) behöver vårdpersonal en bred kunskap i mötet med den äldre patienten för att kunna ge optimal vård. Enligt Trzeciak & Rivers (2003) kan patientsäkerheten förorsakas då överbelastade akutmottagningar samt försenade ambulanstransporter skapar förlängda väntetider för patienten.

Har patienten ett stort omvårdnadsbehov torde RETTS-journaler byggas på ett annat system för att hantera dessa patienter. Dessutom visar en studie av Shanley och Caddis (1997) att ambulanssjuksköterskor frångår denna informationsinhämtning då de anser att den ej är relevant för prehospital sjukvård samt enligt Melby och Ryan (2005) tycker personalen att vårdat av äldre är tråkigt.

Görs en tidig bedömning kring patientens omvårdnadsbehov och denna information föras vidare och tas i beaktning från den prehospitala vårdmiljön in på akuten och eventuellt vidare in på avdelning kan vården dels bli effektivare och bättre för patienten. I dagens vårdssamhälle är effektiv vård något att sträva efter (Socialstyrelsen, 2005; Stone et al., 2007). Genom att lyfta fram delar av vårdkedjan där det brister kan patientsäkerheten öka (Johnstone & Kanitsaki, 2006). En annan vinning med att tidigt identifiera omvårdnadsbehovet är att underlätta för kommande instanser och således skapa smidigare vårdkedjor och enligt Sari, Sheldon,

Cracknell & Turnbull (2007) är dessa brister något som vården måste bli bättre på att identifiera och övervinna. Även fast ambulanssjuksköterskans arbete till stor del speglas av medicinska bedömningar av patienten är och förblir omvårdnad vårt huvudämne vilket då torde innebära att det finns möjlighet att i framtiden få ambulanssjuksköterskor att ställning kring om omvårdnadsbehov föreligger eller ej. Omvårdnadsbehoven försvinner inte i akutsjukvården även fast uppdrag är av den karaktär där detta ställningstagande av naturliga skäl inte är av väsentlig del för vårdförloppet prehospitalt. Enligt Patientsäkerhetslagen skall vården arbeta och sträva efter att genomföra en säker och god vård vill lagen minska riskerna för att en patient ska utsättas för vårdskador och lidande (SFS, 2010:659).

Konklusion och implikationer

En majoritet av RETTS-journalerna saknar en dokumenterad omvårdnadsbedömning och signifikans kopplat till prioriteringsnivån saknas.

Genom att införa en strukturerad dokumentationsmall och synliggöra omvårdnadsdelen i RETTS-journalen hade det kunnat öka dokumentation av omvårdnadsbehov i RETTS-journalen. Vidare bör det vara ett krav från mottagande personal akutmottagningen att patientens omvårdnadsbehov ska vara bedömt innan överlämning.

Referenser

- Björnvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 402-410. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02751.x
- Bodén, A. & Claesson, A. (2009) Dokumentation och medicinsk teknik: dokumentation. I Suserud, B & Svensson, L (Red.) *Prehospital akutsjukvård* (s.181-184). Stockholm: Liber.
- Bridges, J., Meyer, J. & Spilsbury, K. (2000). Older adults' experiences of A&E care. *Emergency Nurse*, 7(6), 24-31. doi:http://dx.doi.org/10.7748/en1999.10.7.6.24.c1296
- Brovold, T., Skelton, D.A. & Bergland, A. (2013). Older adults recently discharged from the hospital: effect of aerobic interval exercise on health-related quality of life, physical fitness, and physical activity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1580-1585. doi:10.1111/jgs.12400
- Bowling, A. & Browne, PD. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), 20-32. doi:10.1093/geronj/46.1.S20
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber utbildning.
- Fatovich, D. & Hirsch, R. (2003). Entry overload, emergency department overcrowding, and ambulance bypass. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 406-409. doi:10.1136/emj.20.5.406
- Forlani, C., Morri M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Menchetti, M., De Ronchi, D. & Atti, A. R. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. (2014) *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 370-80. doi:10.1016/j.jagp.2012.08.015
- Göransson, K., Eldh, A-C. & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Hartman, J. (2006). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Halfon, P., Eggli, Y., Van Melle, G. & Vagnair, A. (2001). Risk of falls for hospitalized patients: a predictive model based on routinely available data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), 1258-1266. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00406-1
- Johnstone, M. J. & Kanitsaki, O. (2006). The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 367-376. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.04.010
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.
- Larrabee, J. H., Boldreghini, S., Elder-Sorrells, K., Turner, Z. M., Wender, R. G., Hart, J. M & Lenzi, P. S. (2001). Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital. *Computers in Nursing*, 19(2), 56-65. doi:10.1016/j.ijmedinf.2010.10.010

- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A. & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1198-1200. doi: 10.2105/AJPH.2007.121137
- McConnel, C. E. & Wilson R. W. (1998). The demand for pre-hospital emergency services in an aging society. *Social Science & Medicine*, 46(8), 1027-1031. doi:10.1016/S0277-9536(97)10029-6
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x.
- Melby, V. & Ryan, A. (2005). Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1141-1150. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01222.x
- Moons, P., Arnauts, H. & Deloos, H. H. (2003). Nursing issues in care for the elderly in the emergency department: an overview of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 11(2), 112-120. doi:10.1016/S0965-2302(02)00163-7
- Nguyen, H. B., Rivers, E. P., Havstad, S., Knoblich, B., Ressler, J. A., Muzzin, A. & Tomlanovich, M. C. (2000). Critical care in the emergency department: a physiological assessment and outcome evaluation. *Academic Emergency Medicine*, 7(12), 1354-61. doi:10.1111/j.1553-2712.2000.tb00492.x
- Nyström, M., Dahlberg, K. & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters in an emergency care unit: a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40(7), 761-769. doi:10.1016/S0020-7489(03)00053-1
- Olofsson, B., Bengtsson, C. & Brink, E. (2003). Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 351-358. doi:10.1046/j.1365-2834.2003.00384.x
- Owen, C., Hemmings, L. & Brown, T. (2009) Lost in translation: maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 21(2), 102-107. doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x
- Petterson, I., Backman, L., Leijon, O., Lindberg, M. & Pernold, G. (2002). Personalen i fokus vid kvalitetssäkring inom vård och omsorg (Rapport från Arbets- & miljömedicin, nr 2002:3) Stockholm: Arbets- & miljömedicin. Från http://dok.sll.se/CAMM/Rapportserien/2002/AMM_2002_3.pdf
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Predicare AB. (2015). *Om RETTS*. Hämtad 4 september, 2015 från <http://predicare.se/om-retts/>
- Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*: Hämtad 3 september, 2015, från

<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

Region Skånes prehospitla enhet. (2015). Hämtad 31 mars, 2015 från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/>

Region Skånes Prehospitla Enhet. (2015). Region Skånes behandlingsriktlinjer. Hämtad 12 november, 2015, från http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Avdelningen-for-krisberedskap-och-sakerhet/RSPE/Guidelines-och-vardprogram/Behandlingsriktlinjer/Region_Skanes_behandlingsriktlinjer/

Saranto, K. & Kinnunen, U. M (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3). 464-476. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x.

Sari, A. B-A., Sheldon, T. A., Cracknell, A. & Turnbull, A. (2007). Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*, 334(7584), 224-379. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39031.507153.AE>

Schou, J. (1996). Major interventions in the field stabilization of trauma patients: what is possible? *European Journal of Emergency Medicine* 3, 221–224.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS1985:56. *Patientjournalagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Shanley, C. & Caddis, M. (1997). Working with the older person: a challenge for paramedics and ambulance officers. *Australasian Journal of Emergency Care* 4, 24–27.

SOSF 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 16 september, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>

SOSFS 2009:10. *Ambulanssjukvård m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 16 september, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 16 september, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Avvikelseberättelser i hälso- och sjukvården*. Hämtad 25 mars, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelseberättelser>.

SOSalarm. (2015). *Historik*. Hämtad 26 mars, 2015, från <https://www.sosalarm.se/Om-oss/Historik/>

Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J. & Dick, A. W. (2007). Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. *Medical Care*, 45(6), 571-578. doi:10.1097/MLR.0b013e3180383667

Strange, G. R., Chen, E. H. & Sanders, A. B. (1992). Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter database. *Annals of Emergency Medicine*, 21(7), 819-824. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)81028-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(05)81028-5)

Statistiska centralbyrån, (2014). *Medellivslängd 2013: mäns medellivslängd för första gången över 80 år*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad 15 november, 2015, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Mans-medellivslangd-for-forsta-gangen-over-80-ar/

Suserud, B-O. (2001). Emergency nursing in Sweden. *Emergency Nurse*, 9(7), 10-13.

Suserud, B-O., Bruce, K. & Dahlberg, K. (2003). Initial assessment in ambulance nursing: part two. *Emergency Nurse*, 11(1), 14-178.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2004). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Talbot, R. & Bleetman, A. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work. *Emergency Medical Journal*, 24(8), 539-542. doi:10.1136/emj.2006.045906

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n: en modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur

Trzeciak, S & Rivers, E P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 402-405. doi:10.1136/emj.20.5.402

Vergheze, J, Holtzer, R., Lipton, R. B. & Wang, C. (2009). Quantitative gait markers and incident fall risk in older adults. *Journal of Gerontology*, 64A(8), 896-901. doi:10.1093/gerona/glp033896

Vetenskapliga rådet. (2013). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 31 mars, 2015, från Vetenskapliga rådet, www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Zanotto, T., Bergamin, M., Roman, F., Sieverdes, J. C., Gobbo, S. & Zaccaria, M. (2014). Effect of exercise on dual-task and balance on elderly in multiple disease conditions. *Current Aging Science*, 7(2), 115-136. doi:10.2174/1874609807666140328095544#sthash.atVWAfW.dpuf

World Health Organization, (2015). *Definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. Hämtad 5 september, 2015, från <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Widgren, B. R., Jourak, M. & Martinius, A. (2008). METTS-A ger underlag för prioritering till rädd vårdnivå. *Läkartidning*, 4(105), 201-204. Från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/8/8615/LKT0804s201_204.pdf

Widgren, B. R. & Jourak, M. (2011). Medical emergency triage and treatment system (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 623-628. doi:10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Zegers, M., De Bruijne, M. C., Spreuwenberg, P., Wagner, C., Groenewegen, P. P. & Wal, G. van Der (2011). Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care. *British Medicine Journal Quality & Safety*, 20(4), 314-318. doi:10.1136/bmjqs.200