



HÖGSKOLAN
DALARNA

Institutionen för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Ht, 2009



HÖGSKOLAN
DALARNA

**Dokumentation av smärta och
smärtbehandling hos barn med
lårbensbrott på Akutmottagningen på
Mora lasarett
- en journalstudie**

Författare

Thomas Lindberg
Maria Lindkvist

Handledare

Linnéa Warenius

Examinator:

Janeth Leksell

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
DALARNA
Department of Health and Social Sciences
Essay course – Nursing
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits
Autumn, 2009

Documentation of pain And pain treatment in children with femur fracture in an emergency department in a hospital in Sweden

A patient record study

Authors

Thomas Lindberg
Maria Lindkvist

Supervisor

Linnéa Warenius

Examiner:

Janeth Leksell



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
DALARNA

Sammanfattning

Syftet med studien var att granska hur smärta och smärtbehandling hos barn under 12 år med lårbensbrott dokumenterades enligt Socialstyrelsens föreskrifter i omvårdnadsjournalen på akutmottagningen på Mora lasarett. En retrospektiv journalstudie genomfördes på journaler tillhörande de barn med lårbensbrott som vårdats på akutmottagningen under en femårsperiod. Studien omfattade totalt 38 journaler. För att granska dokumentationens kvantitet och kvalitet användes en modifierad granskningsmall och granskningsnyckel CAT-CH-ING. Utifrån dessa kunde dokumentationen poängsättas och frekvensen av dokumentationen rörande smärta och smärtbehandling beräknas. Resultatet visade att omvårdnadsdokumentationen var bristfällig både vad gällde kvantitet och kvalitet. 13 av 38 journaler saknade helt anteckningar rörande smärta eller smärtbehandling. 16 journaler innehöll dokumentation av anamnes och eller status rörande smärta. Smärtbehandling fanns dokumenterad i 22 journaler, men bara en journal innehöll utvärdering av smärtbehandling. Slutsatsen var att 13 journaler av 38 helt saknade dokumentation rörande smärta eller smärtbehandling, trots att barnen hade en komplicerad fraktur. Övriga 25 journaler utom en hade bristfällig dokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Nyckelord: barn, dokumentation, föreskrifter, smärta, Socialstyrelsen.

Keywords: children, directions, documentation, pain, Socialstyrelsen.

Innehållsförteckning

<u>Introduktion</u>	1
<u>Definition av smärta</u>	1
<u>Smärta och smärtbehandling av barn med lårbensbrott</u>	1
<u>Smärtbedömning</u>	2
<u>Dokumentation av smärta</u>	3
<u>Nationella riktlinjer för dokumentation</u>	3
<u>Problemformulering</u>	5
<u>Syfte</u>	5
<u>Frågeställning</u>	5
<u>Metod</u>	6
<u>Population och urval</u>	6
<u>Bortfall</u>	6
<u>Tillvägagångssätt</u>	6
<u>Dataanalys</u>	7
<u>Forskningsetiska överväganden</u>	9
<u>Resultat</u>	10
<u>Dokumentationens kvantitet rörande smärta och smärtbehandling</u>	10
<u>Dokumentationens kvalitet rörande smärta och smärtbehandling</u>	12
<u>Diskussion</u>	14
<u>Sammanfattning av huvudresultaten</u>	14
<u>Resultatdiskussion</u>	14
<u>Metoddiskussion</u>	17
<u>Slutsats</u>	18
<u>Projektets kliniska betydelse</u>	18
<u>Förslag till vidare forskning</u>	18
<u>Referenser</u>	19
<u>Bilaga 1</u>	21
<u>Bilaga 2</u>	22
<u>Bilaga 3</u>	23
<u>Bilaga 4</u>	24

Introduktion

Definition av smärta

Det engelska ordet pain kommer från grekiskans "poine" som betyder straff eller bestraffning. Smärta har definierats av The International Association for the Study of Pain (IASP) som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse associerad med faktisk eller hotande vävnadsskada (Merskey & Bogduk, 1994).

Bragée, (1999) definierar smärta enligt följande beskrivning: ”smärta är en obehaglig upplevelse som vi sätter i samband med skada eller en hotande skada”.

Husebø, (1991) menar att smärta förenat med oro och fruktan för något okänt ger ångest i många fall. Denna ångest ökar smärtnivån.

Smärta och smärtbehandling av barn med lårbensbrott

Hos barn kan det vara svårt att särskilja en smärtupplevelse från rädsla och ångest. Smärta leder till ångest som förstärker barnets smärta, vilket leder till mer ångest, och så vidare i en ond cirkel. Om denna cirkel inte bryts kan det få direkta konsekvenser för barnets tillfrisknandeprocess. Det är viktigt att sjuksköterskor som arbetar med barn som har smärta lär sig tolka barnets signaler (Lindemann, 1992).

Effekten av smärtbehandling, hos barn som fått otillräcklig smärtlindring i början av en sjukdomsperiod, kan vid senare ingrepp minska. Det är därför av största vikt att smärtbehandlingen är effektiv redan från början av en behandlingsperiod (Weisman, Bernstein & Schechter, 1998).

Sjukvårdspersonal som arbetar med barn anser att effektiva smärtbehandlingsmetoder finns. Orsaken till att barn ändå upplever smärta beror på organisatoriska förhållanden, till exempel avsaknaden av ordinationer av smärtstillande läkemedel, och att smärtskattning utförs endast i begränsad omfattning. Andra orsaker är kunskapsbrister i tolkningen av barns smärtuttryck och farmakologiska kunskaper gällande smärtstillande läkemedel (Karling, Ljungman &

Renström, 2002). Rädsla för biverkningar tycks medföra att barn får mindre smärtstillande läkemedel än vuxna under motsvarande omständigheter (Hamers & Abu-Saad, 1998).

På akutmottagningen i Mora, används ett flertal omvårdnadsåtgärder för att lindra smärta hos barn med lårbensbrott. Exempel på detta är smärtstillande läkemedel, samt olika typer av fixationsutrustning till exempel gipsskena som stabiliserar frakturen. Ibland kan en kombination av dessa alternativ utgöra en god smärtlindring. Sjuksköterskor på akutmottagningen har ordinationer på smärtstillande läkemedel som kan ges innan jourläkare har bedömt patienten.

Smärtbedömning

För att bedöma smärta används olika typer av smärtskalor. På akutmottagningen i Mora används en VAS- skala för att skatta patienters smärta. VAS (visual analogue scale) är en rak graderad linje mellan noll och tio vilken mäter patientens känsla av något, till exempel smärta, oro eller illamående. VAS används bland annat som en smärtskala som avser att mäta smärtans intensitet där noll är ingen smärta alls och tio är värsta tänkbara smärta. Studier har visat att det i praktiken kan vara svårt att bedöma huruvida barn förstår hur VAS skalan ska användas. Barns förmåga att använda en VAS skala är bättre när barnen inte befinner sig i en akut situation såsom på en akutmottagning. Det finns en koppling mellan barns känslomässiga mognad och barns förmåga att använda olika typer av smärtskalor. Barns individuella förmåga att använda VAS skalan är således väldigt varierande, särskilt då det gäller mindre barn (Shields, Palermo, Powers, Fernandez & Smith (2005). Barn äldre än sju till åtta år som förstår siffror i nummerordning, kan använda en numerisk smärtskala till exempel VAS (Rutledge & Donaldson, 1998).

Ansiktsskalor med bilder på ansikten med olika uttryck är speciellt utvecklade för barn. Ett exempel på detta är Wong-Baker Faces Pain Scale, det vill säga bilder på sex ansikten som förändras från ett glatt till ett gråtande ansikte (Rutledge & Donaldson, 1998). Rutledge & Donaldson (1998) har gjort en sammanställning av evidensbaserade rekommendationer för att förbättra kvaliteten för smärtbedömning av barn. De menar att de flesta barn över fyra år har förmåga att bedöma och förmedla sin smärta. De kan exempelvis använda Wong-Baker Faces Pain Scale för att beskriva sin smärta. Wong-Baker Faces Pain Scale ska användas tillsammans med sjukvårdspersonal och det mindre barnets föräldrar eller anhörig.

Rutledge och Donaldson (1998) menar att det viktigaste när man bedömer smärta hos barn är att använda någon form av smärtskala, oberoende av utformning. Det kan med fördel användas flera olika smärtskalor för att därmed möjliggöra ett individanpassat redskap i bedömningen av barns smärta. Inadekvat bedömning av smärta hos barn kan leda till onödigt lidande för barnen och deras föräldrar. Sjuksköterskor beskriver ofta barns smärta vagt och ospecifikt. Bara 36 % av en grupp barnsjuksköterskor inom kirurgi hade någonsin använt en smärtskala särskilt anpassad för barn (Rutledge & Donaldson, 1998).

Dokumentation av smärta

Dokumentation av smärtskattning på barn är personalens arbetsverktyg vilket ger underlag för kvalitetssäkring och behandling. Denna dokumentation ska innehålla bedömning, åtgärd och utvärdering (Olsson & Jylli, 2001).

Drendel, Brousseau och Gorelick (2006) har studerat sjuksköterskors dokumentation av barns smärta i relation till utdelning av smärtstillande läkemedel. Syftet med denna studie var att kontrollera om dokumentation av smärta och dess intensitet var kopplad till en ökad användning av smärtstillande läkemedel. Studien omfattade 24 707 barn som besökte akutmottagningar vid National hospital Wisconsin år 1997-2000. Det visade sig att ofullständig dokumentation av barnens smärta resulterade i mindre utdelning av smärtstillande läkemedel. I 44.5% av fallen fanns smärta dokumenterat med hjälp av smärtskala. Dokumentation där smärtskala användes var associerad med högre utdelning av smärtstillande läkemedel. Små barn och barn som besökte akutmottagningen av andra orsaker än trauma, det vill säga skada, löpte större risk att inte bedömas med hjälp av en smärtskala (Drendel, Brousseau & Gorelick, 2006).

Nationella riktlinjer för dokumentation

Socialstyrelsen har tagit fram nya föreskrifter (SOSFS 2008:14) angående informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. En journal ska kunna läsas och förstås både av olika kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal och av patienten.

Patientjournalen ska innehålla:

- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, det vill säga anamnes

- uppgifter om ordinationer av till exempel läkemedel och olika behandlingar
- resultat och sammanfattningar av genomförd vård
- uppgift om vem som har gjort en viss anteckning samt signering

Patientjournalagen ålägger den legitimerade sjuksköterskan att föra omvårdnadsjournal i samband med utövande av hälso- och sjukvård. Omvårdnadsdokumentation är de anteckningar sjuksköterskan gör i patientens journal under vårdtiden. Om elektroniska patientjournaler används kan data ur journalen enkelt användas för kvalitetsuppföljning av vården. Då krävs att dokumentationen är strukturerad och väl genomförd.

Omvårdnadsjournalen är sjuksköterskans bevis på vad som bedömts, planerats och genomförts i omvårdnadsarbetet, och kan om den är väl förd, innehålla utvärdering och resultat av omvårdnadshandlingar. Studier gjorda i Sverige har visat att det finns brister i sjuksköterskans dokumentationsförelring. Dessa brister kan enligt sjuksköterskors egen åsikt bero på avsaknad av ett bra dokumentationssystem eller tidsbrist (Ehrenberg, Ehnfors & Smedby, 2001). Ett sätt att öka kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen är att använda gemensamma sökord i journalen. Om sökord används som rubriker ger de en god överblick och blir också sökbara enligt Ehnfors och Ehrenberg (2007).

Sedan början av 1990-talet finns en vetenskapligt framtagen modell för omvårdnadsdokumentation i Sverige den så kallade VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) den används i hela landet och har blivit prövad med gott resultat (Ehnfors, Ehrenberg, Thorell- Ekstrand, 2000). Denna modell bygger på gemensamma sökord, till exempel smärta. Inom Landstinget Dalarna används det elektroniska journalsystemet Melior. Detta system är uppbyggt av sökord utifrån VIPS-modellen.

För att få en väl fungerande omvårdnadsdokumentation på en enhet krävs stöd från vårdorganisationen och bra skriftliga rutiner (Ehnfors & Ehrenberg, 2007).

Problemformulering

Det finns brister i sjuksköterskors dokumentationsförelring (Ehrenberg, Ehnfors & Smedby, 2001). Om smärtbedömning på barn blir ofullständigt dokumenterat i omvårdnadsjournalen, kan det leda till att barn med smärta inte får en adekvat smärtbehandling (Drendel, Brousseau & Gorelick, 2006). En empirisk studie där sjuksköterskans dokumentation av smärta och smärtbehandling hos barn med lårbensbrott granskas, skulle kunna påvisa eventuella brister i dokumentationen enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Syfte

Syftet med studien var att granska hur smärta och smärtbehandling hos barn under 12 år med lårbensbrott dokumenteras enligt Socialstyrelsens föreskrifter i omvårdnadsjournalen på akutmottagningen på Mora lasarett.

Frågeställning

Hur dokumenteras smärta och smärtbehandling i omvårdnadsjournalen tillhörande barn under 12 år med lårbensbrott, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, på akutmottagningen på Mora lasarett?

Metod

Detta var en retrospektiv journalstudie.

Population och urval

Inklusionskriterier:

Samtliga journaler tillhörande patienter yngre än 12 år, med ett diagnostiserat lårbensbrott, som vårdats mellan 2009 08 31 och 2004 08 31 på akutmottagningen på Mora lasarett.

Exklusionskriterier:

Journaler tillhörande barn med flera diagnoskoder, det vill säga barn med flera skador än ett lårbensbrott, samt journaler tillhörande patienter som inte var svenska medborgare.

Journalerna söktes via det patientadministrativa datasystemet Elvis av klinikadministratör vid ortopedkliniken Mora lasarett. Endast journaler enligt inklusionskriterierna söktes. Inom denna femårsperiod fann klinikadministratören 48 journaler.

Bortfall

Det interna bortfallet bestod av tio journaler. Sju journaler tillhörde barn där vårdnadshavare hade hemligt telefonnummer och inte kunde kontaktas. En journal tillhörde barn där vårdnadshavares telefonnummer inte kunde hittas. En journal tillhörde barn där vårdnadshavare inte kunde nås. En journal saknade skannad akutjournal och digital omvårdnadsdokumentation från akutmottagningen.

Således inkluderades 38 journaler i studien.

Tillvägagångssätt

Skriftligt tillstånd erhöles först från verksamhetschef på akutkliniken samt ortopedkliniken på Mora Lasarett. En ansökan skickades sedan till Forskningsetiska rådet vid Högskolan Dalarna. Projektplan samt ett informationsbrev till de berörda barnens vårdnadshavare (bilaga 1), och ett informationsbrev som skulle läggas in i barnens journaler (bilaga 2), bifogades ansökan. Då detta godkänkts, sökte klinikadministratören vid ortopedkliniken journaler enligt

inklusionskriterierna. Informationsbrevet skickades sedan ut till barnens vårdnadshavare. Några dagar efter att breven sänts ut, ringde författarna alla vårdnadshavare för att fråga om de gav sitt tillstånd att granska barnets journal. Detta arbete fördelades på lika tid mellan författarna. Några av vårdnadshavarna var initialt misstänksamma till studien, men gav sitt tillstånd efter att de fått mer information om journalgranskningen. De flesta vårdnadshavare var dock positivt inställda till studien. Samtliga vårdnadshavare som kontaktades per telefon gav sitt samtycke att barnets journal fick granskas.

Omvårdnadsdokumentationen i journalerna granskades av båda författarna.

I det digitala journalföringssystemet Melior användes VIPS- sökordet ”smärta” för att finna patientens beskrivning av smärta. Författarna läste hela omvårdnadsjournalen då de fann att smärtbedömning ibland fanns beskrivet under andra sökord, till exempel ”kontaktersak”.

Under 2007 övergick akuten till pappersjournal, dessa finns skannade i Meliordatabasen. Läkemedel har alltid dokumenterats på pappersjournal och skannats till den digitala journalen. Samtliga skannade akutjournaler lästes igenom avseende omvårdnadsdokumentation rörande smärta och smärtbehandling. Uppgifter om smärta och smärtbehandling från varje patientjournal registrerades på en granskningsmall (bilaga 3). Mallen numrerades med id-nummer, för att inte uppgifterna senare skulle kunna spåras till person.

Dataanalys

För att bedöma hur smärta och smärtbehandling dokumenterats i omvårdnadsjournalerna användes delar av granskningsmallen CAT-CH-ING och en granskningsnyckel till mallen. Detta är en validerad mall som mäter kvantitet och kvalitet i sjuksköterskors dokumentationsföring utifrån VIPS-modellen. VIPS-modellen bygger på omvårdnadsprocessen och Socialstyrelsens föreskrifter. Omvårdnadsprocessen har som syfte att ge varje patient individuell omvårdnad, vilken ligger till grund för all omvårdnadsdokumentation. Tillstånd erhöles av Catrin Björvell vilken medverkat till att utveckla CAT-CH-ING (Björvell, Thorell-Ekstrand, Wredling, 2000), (bilaga 3 och 4). Granskningsmallen och granskningsnyckeln modifierades utifrån studiens syfte, där dokumentation rörande smärta och smärtbehandling enligt Socialstyrelsens föreskrifter var relevant. Granskningsnyckeln innehåller ett poängsystem för dokumentationens kvantitet och kvalitet.

Kvantiteten avsåg att mäta frekvensen på omvårdnadsdokumentation rörande dokumentation om smärta, smärtbehandling och utvärdering av smärtbehandling samt hur denna följde Socialstyrelsens föreskrifter.

Journaldokumentationens kvantitet beräknades och poängsattes på följande sätt:

- anamnes och eller status rörande smärta fanns dokumenterat, det vill säga väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården (1p)
- planerade åtgärder för att lindra smärta fanns dokumenterat, det vill säga uppgifter om ordinationer av till exempel läkemedel och olika behandlingar (1p)
- resultat av smärtbehandlingsåtgärder fanns dokumenterat, det vill säga resultat och sammanfattningar av genomförd vård (1p)

En komplett dokumentation av smärta, smärtbehandling samt utvärdering av smärtbehandling kunde således ge totalt tre poäng (bilaga 3 och 4).

Kvantiteten på signering avsåg att mäta huruvida omvårdnadsdokumentationen i journalen signerats med namn och titel.

Signeringens kvantitet beräknades på följande sätt:

- komplett signering med namn och titel (3p)
- signering av samtliga anteckningar men enbart med initialer (2p)
- en del av anteckningarna var inte signerade (1p)
- signering saknades (0p)

Kvaliteten på dokumentationen bedömdes utifrån Socialstyrelsens föreskrifter, det vill säga att journalanteckningarna skulle kunna läsas och förstås av både vårdpersonal och patient.

Journaldokumentationens kvalitet beräknades och poängsattes på följande sätt:

- mycket bra kvalitet på dokumentationen, det vill säga att samtliga anteckningar rörande smärta och smärtbehandling var tydliga, språkligt korrekta, utan överflödigt text och med, för bedömning, nödvändig information medtagen (3p)

- bra kvalitet, det vill säga att mer än 50% av anteckningarna var som ovan, dock inte alla (2p)
- mindre bra kvalitet, det vill säga att mindre än 50% av anteckningarna var korrekta, dock fanns korrekta anteckningar men en del saknade information, språket var inkorrekt till exempel fragmentariska meddelanden, ofullständiga meningar, egna förkortningar och möjlighet att misstolka fanns (1p)
- dålig kvalitet, torftig anteckning, det vill säga över lag otydligt, språkligt inkorrekt och väsentlig information saknades (0p)

Journaler som saknade omvårdnadsanteckningar rörande smärta och smärtbehandling kunde inte bedömas med avseende på kvalitet.

Journalgranskningarna utfördes parallellt av författarna för att poängbedömningen av dokumentationen skulle bli så likvärdig som möjligt. Poängsatt dokumentation och frekvensen på dokumentationen sammanställdes i diagram, vilket framgår i resultatpresentationen.

Syftet med att redovisa kvantitet och kvalitet för sig var att kvantiteten kunde påvisa eventuella återkommande brister i dokumentationen, såsom att väsentlig information om anamnes, status, utvärdering av smärtbehandling och signering av anteckningar var bristfälliga eller saknades. Den kvalitativa redovisningen bedömde huruvida omvårdnadsdokumentationen var språkligt korrekt.

Forskningsetiska överväganden

Den forskningsetiska problematiken i denna studie var att journaler skulle granskas, samt att journalerna tillhörde barn. Studien fick etiskt godkännande.

Författarnas och deras kollegors dokumentation skulle granskas. Detta krävde också etiska överväganden innan studien genomfördes.

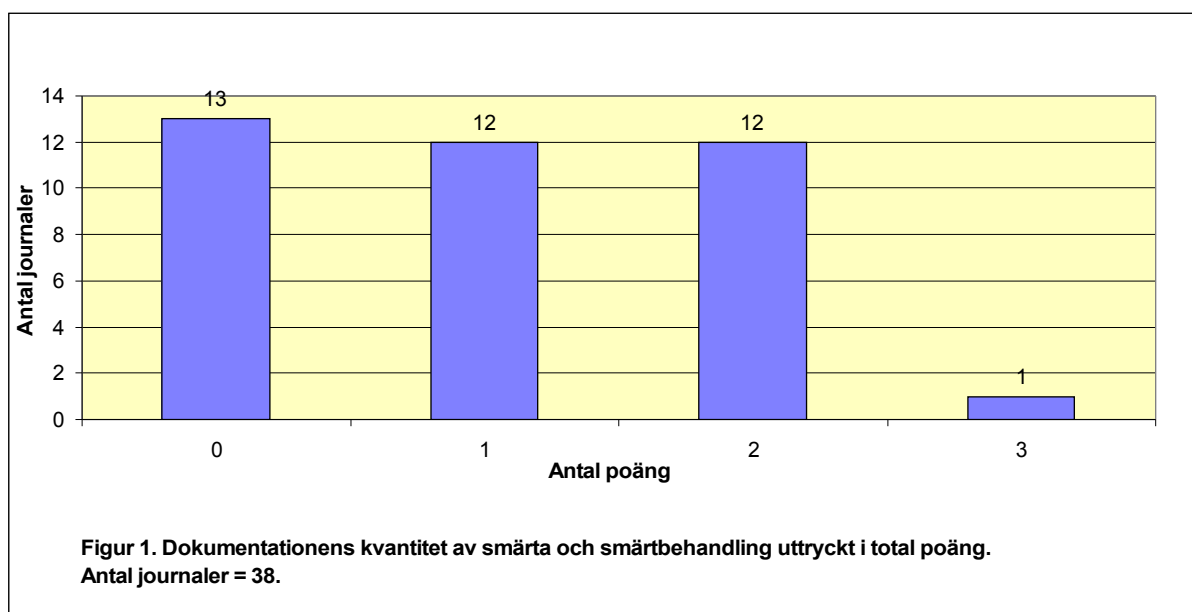
Resultat

Resultatet presenteras utifrån frågeställningen. Den kvantitativa och den kvalitativa analysen av omvårdnadsdokumentationen redovisas separat. Kvantiteten presenteras dels i poäng och dels i frekvens. Kvaliteten redovisas i poäng.

Dokumentationens kvantitet rörande smärta och smärtbehandling

Med kvantitet avses hur mycket som var dokumenterat i respektive journal. Figur 1 visar summan av journalernas poängsatta dokumentation.

Figur 1. Dokumentationens kvantitet av smärta och smärtbehandling uttryckt i total poäng. Antal journaler = 38.



Av figur 1 framgår att:

En journal var komplett vad gällande dokumentation av smärta och smärtbehandling samt utvärdering av smärtbehandling.

12 journaler saknade en anteckning av följande: smärtbedömning, smärtbehandling eller utvärdering av smärtbehandling.

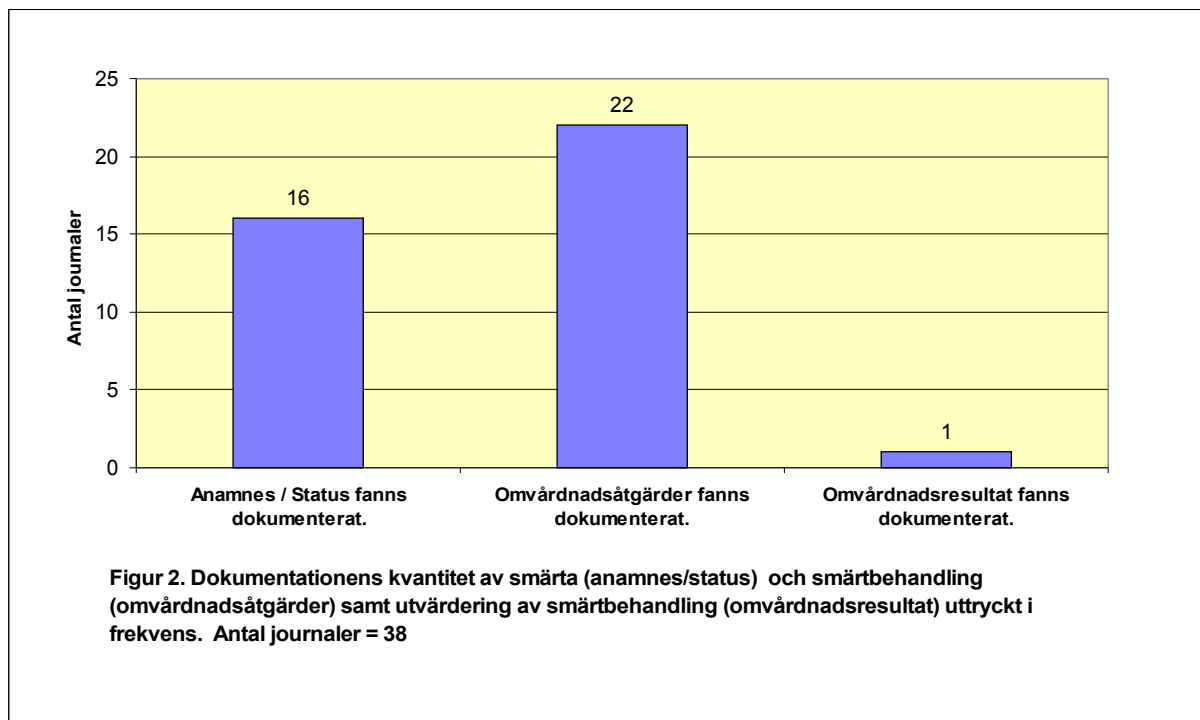
12 journaler saknade två anteckningar av följande: smärtbedömning, smärtbehandling eller utvärdering av smärtbehandling.

13 journaler saknade helt anteckningar rörande smärta och smärtbehandling eller utvärdering av smärtbehandling.

För att tydliggöra frekvensen på anamnes/status rörande smärta, smärtbehandlingsåtgärd och utvärdering av smärtbehandling, beräknades detta separat vilket presenteras i figur 2.

Figur 2. Dokumentationens kvantitet av smärta och smärtbehandling samt utvärdering av smärtbehandling uttryckt i frekvens.

Antal journaler = 38.



Av figur 2 framgår att:

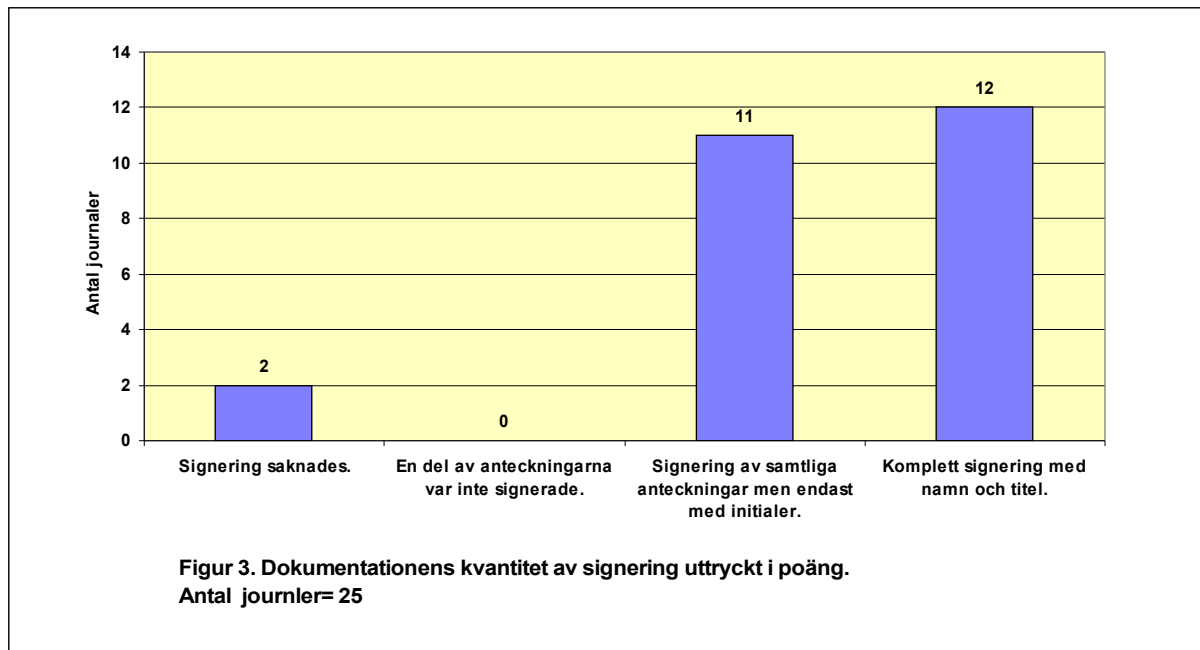
I 16 av 38 journaler fanns dokumentation av smärtbedömning.

I 22 av 38 journaler fanns smärtbehandling dokumenterat.

I en journal av 38 fanns utvärdering av smärtbehandling.

Kvantiteten av signering beräknades också separat och presenteras i figur 3. Detta beräknades enbart i de 25 journaler vilka hade anteckningar rörande smärta eller smärtbehandling.

Figur 3. Dokumentationens kvantitet av signering uttryckt i poäng.



Av figur 3 framgår att:

12 journaler var komplett signerade enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

11 journaler var signerade enbart med initialer.

Ingen journal hade delvis signerade anteckningar.

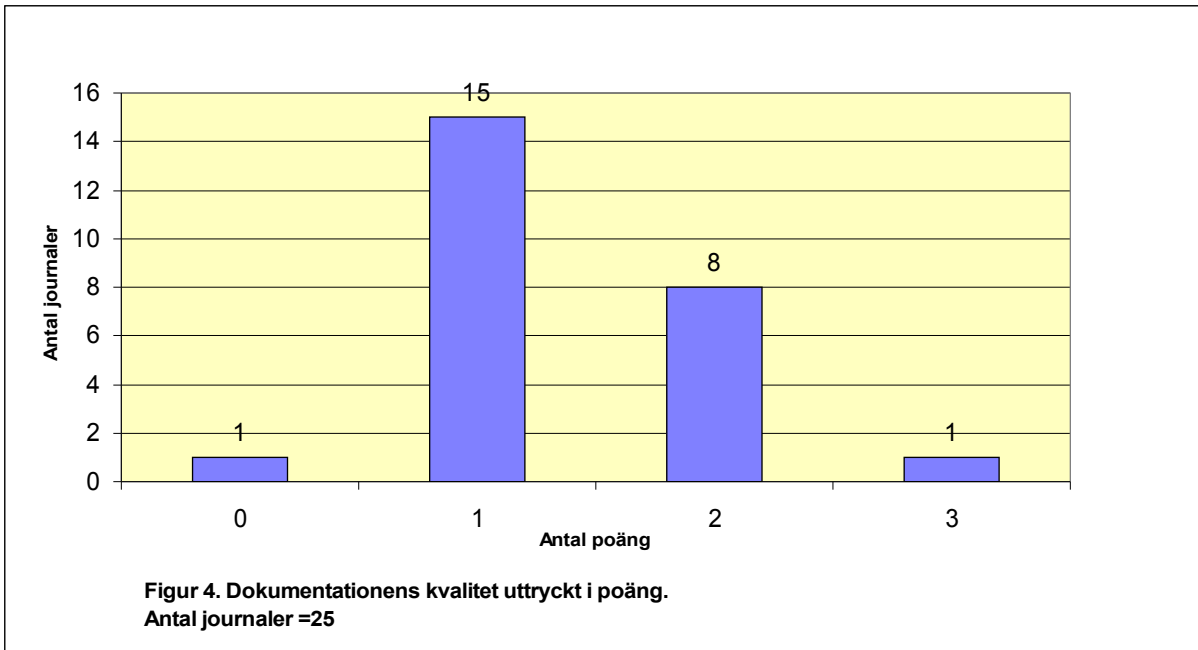
I två journaler saknades signering helt .

Dokumentationens kvalitet rörande smärta och smärtbehandling

Med kvalitet avses hur smärta och smärtbehandling var beskriven på ett korrekt sätt, och om omvårdnadsdokumentationen kunde läsas och förstås av både vårdpersonal och patient. Detta bedömdes på befintlig dokumentation, det vill säga på de 25 journaler vilka hade anteckningar rörande smärta och smärtbehandling, och presenteras i figur 4.

Figur 4. Dokumentationens kvalitet uttryckt i poäng.

Antal journaler = 25.



Av figur 4 framgår att:

En journal hade mycket bra kvalitet på dokumentationen det vill säga 3 poäng.

Åtta journaler hade bra kvalitet på dokumentationen det vill säga 2 poäng.

15 journaler hade mindre bra kvalitet på dokumentationen det vill säga 1 poäng.

En journal hade dålig kvalitet på dokumentationen det vill säga 0 poäng.

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultaten

Resultatet visade att det i 37 journaler fanns brister i omvårdnadsdokumentationen rörande smärta och smärtbehandling utifrån Socialstyrelsens föreskrifter. 13 av 38 journaler saknade helt anteckningar rörande smärta eller smärtbehandling.

16 journaler innehöll beskrivning av smärtanamnes och eller status. Smärtbehandling fanns dokumenterad i 22 journaler. En journal innehöll utvärdering av smärtbehandling.

Kvaliteten på den dokumentation som gjorts var bristfällig i 16 journaler av 25.

Resultatdiskussion

Dokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrifter

Resultatet i föreliggande studie visade att Socialstyrelsens föreskrifter för dokumentation oftast inte följdes. Anmärkningsvärt i studien var att 13 journaler helt saknade anteckningar rörande smärta. I denna patientgrupp är det en väsentlig uppgift för att ge god omvårdnad. Författarna menar att ett skäl till detta kan vara att akutpersonal ofta är mer inriktade på vitalparametrar såsom andningsfrekvens, blodtryck och puls, än på omvårdnad. Man dokumenterar ofta vitalparametrar för att finna förändringar i dessa som till exempel kan tyda på en större blödning. Anmärkningsvärt i studiens resultat var också att endast en journal innehöll utvärdering av smärtbehandling trots att sådan givits i 22 fall. Resultat och sammanfattningar av genomförd vård ska dokumenteras enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Många barn med lårbensbrott kommer till akutmottagningen med ambulans och har fått smärtbehandling innan ankomst. Om man inte gör en smärtbedömning vid ankomst kan barnen ha smärta fast de fått smärtbehandling. Författarna menar att det finns en rädsla bland sjuksköterskor att överdosera barn (Hamers & Abu-Saad, 1998). Detta skulle kunna påverka utvärdering av smärtbehandling negativt. Det är inte givet att barnet eller dess vårdnadshavare signalerar att smärtbehandlingseffekt är bristfällig, eftersom de saknar medicinska kunskaper. Om sjuksköterskan undviker att utvärdera smärtbehandling, kan denna, i de fall barnet skulle kräva mer smärtlindring, slippa rädsla för biverkningar. En annan orsak till att smärtbehandling inte utvärderas kan enligt författarna vara den korta vårdtiden på en akutmottagning. Att läkemedelsbehandling dokumenteras, men inte utvärdering av behandlingens effekt är tidigare känt (Ehnfors et al, 2000).

Av de 38 granskade journalerna saknades uppgift om bedömning av smärta i 16 journaler. Juridiskt sett är icke dokumenterad vård inte heller utförd (SOSFS 2008:14), men av lång erfarenhet att arbeta som sjuksköterskor vet författarna att bedömning av smärta och utvärdering av smärtbehandling ofta ändå utförs. Att omvårdnad som utförts i praktiken många gånger inte dokumenteras finns tidigare beskrivet (Björvell et al, 2000). Många sjuksköterskor anser dock att omvårdnadsdokumentation är nödvändig för att bedriva en patientsäker vård, men att man inte dokumenterar beror på tidsbrist eller hög arbetsbelastning (Björvell, Thorell-Ekstrand, Wredling, 2003). På akutmottagningen i Mora kan arbetsbelastningen periodvis vara mycket hög, särskilt under skidsäsongen då det är vanligt med benbrott. Detta skulle kunna vara ett skäl till att dokumentationen är bristfällig menar författarna, men tror att även andra faktorer spelar in såsom avdelningens rutiner. Idag finns ingen färdig dokumentationsmall för en patient med lårbensbrott. De nationella föreskrifterna säger att väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården ska dokumenteras. Eftersom barn med lårbensbrott sannolikt söker vård på grund av smärta, anser författarna detta vara en sådan väsentlig uppgift. En färdig datorbaserad mall för hur smärta ska dokumenteras skulle enligt författarna kunna vara en hjälp för sjuksköterskor att utföra en god dokumentation. Tidigare studier bekräftar också detta (Ehnfors & Ehrenberg, 2007). Det har visat sig att dokumentation med hjälp av VIPS sökord är tidsbesparande. Att arbeta med färdiga mallar i digital journal enligt VIPS modellen tycks höja kvaliteten på dokumentationen (Björvell et al, 2003).

Dokumentation av smärtbedömning

Ingen av de 38 granskade journalerna innehöll någon smärtbedömning enligt VAS eller någon annan smärtskala. Detta kan enligt författarna vara en av orsakerna till att smärtbehandling nästan aldrig var utvärderad i journalerna. Ofta ges smärtbehandling av en sjuksköterska på akutmottagningen, och patientansvaret lämnas sedan över till en annan sjuksköterska vid till exempelvis skiftbyten, efter triage och vid raster. Det kan vara svårt att utvärdera smärtbehandlingen om den initiala smärtbedömningen inte är dokumenterad menar författarna.

På akutmottagningen i Mora används VAS skalan som smärtskala. Författarnas erfarenhet är dock att denna inte används så ofta. Man dokumenterar ibland patientens upplevelse av smärta i löpande text, alternativt att det inte dokumenteras alls, vilket resultatet av föreliggande studie visar. Att skatta och utvärdera akut smärta är en omvårdnadsmetod och

ska liksom övriga omvårdnadsåtgärder dokumenteras. Utförlig dokumentation av patientens smärtupplevelse möjliggör förmedling av denna bedömning till övrig personal, vilket är nödvändigt för att tillgodose patientens behov (Handboken för hälso- och sjukvård, 2008). Som tidigare nämnts i inledningen kan ofullständig dokumentation av smärtbedömning på barn leda till att de blir dåligt smärtlindrade (Drendel, Brousseau & Gorelick, 2006). Dokumentationen av smärtbedömning på barn är således viktig för att de ska få en god smärtlindring. På akutmottagningen i Mora används ingen smärtskala särskilt anpassad för barn. Detta kan vara ett skäl till den bristfälliga dokumentationen rörande smärta i föreliggande studie. Författarna menar att det finns ett behov av utbildning i smärtbedömning på arbetsplatsen. Detta skulle kunna öka användandet av smärtskalor och leda till en bättre dokumentation rörande smärta tror författarna. En förutsättning för att sjuksköterskor ska utveckla sin förmåga att göra en korrekt smärtbedömning är fortbildning (Hawthorn & Redmond 1999).

Omvårdnadsdokumentationen är viktig ur många aspekter enligt författarna eftersom denna bland annat beskriver patientens omvårdnadsstatus som ska ligga till grund för planerad omvårdnad och omvårdnadsåtgärder. En väl utförd dokumentation beträffande smärta, smärtbehandling och utvärdering av smärtbehandling kan lindra barns lidande (Weisman, Bernstein & Schechter, 1998).

Dokumentation på pappers- kontra digital journal

Författarna fann att 17 journaler var digitala, och 21 var pappersjournaler. Som bifynd kan noteras att de digitala journalerna övergripande verkade ha en bättre kvantitet och kvalitet på dokumentationen. Vad gäller signering av anteckningar tycktes digital journal ha en klar fördel då detta är kopplat till inloggning, samt att namn och titel automatiskt är ifyllt. Författarnas erfarenhet av att både arbeta i digital journal och pappersjournal är att den digitala journalen i införandet tog längre tid, men att det var kopplat till datorvana, samt att kvaliteten på dokumentationen blev bättre med digital journal. Författarna menar att digital journal skulle kunna höja kvantiteten och kvaliteten på dokumentationen om denna anpassas till akutmottagningen i form av färdiga mallar.

I en studie gjord vid en mindre amerikansk internmedicinsk praktik i samband med övergången till ett elektroniskt journalsystem fann man en viss förbättring i vårdkvalitet kopplat till digital journalföring, men det krävdes extra arbetsinsatser i form av mycket klickande på datorn (Baron, 2007).

Metoddiskussion

Den valda metoden var en retrospektiv journalstudie. Att göra en retrospektiv journalstudie av sjuksköterskors dokumentation är en fördel då de som dokumenterar inte vet i förväg att studien ska genomföras och därmed inte kan påverka innehållet i dokumentationen. Polit & Beck (2008) menar att en placeboeffekt uppstår då personer i förväg vet deras arbete ska studeras vilket benämns ”the Hawthorne effect”.

Journalgranskningen genomfördes parallellt av författarna för att bedömningar skulle bli så likvärdiga som möjligt. För att bedöma dokumentationens kvantitet och kvalitet användes en tidigare validerad metod enligt CAT-CH-ING. Denna metod är dock anpassad för att poängsätta en fullständig omvårdnadsdokumentation utifrån omvårdnadsprocessen (Ehnfors et al, 2000). I studien modifierades granskningsmallen och endast dokumentation rörande smärta och smärtbehandling poängsattes. Metoden i föreliggande studie kan därför inte jämföras med tidigare studier där man använt CAT-CH-ING.

Det är heller inte meningsfullt att jämföra detalj-poäng enligt CAT-CH-ING mellan olika sjukhus, kliniker eller avdelningar när olika personer har gjort journalgranskningen då bedömningen till viss del är subjektiv (Björvell et al, 2000).

Bortfall

10 journaler tillhörande patienter vars vårdnadshavare inte gick att kontakta föll bort. I förhållande till det begränsade antalet inkluderade journaler var bortfallet relativt stort, vilket kan ha betydelse för studiens giltighet. Resultatet visade dock att det fanns klara brister i dokumentationen rörande smärta.

Det externa bortfallet var journaler tillhörande barn med flera skador samt barn med utländskt medborgarskap. Barn med flera skador kan vara medvetandesänkta, och utländska barn kan vara svåra att förstå på grund av språkförbistringar. Det kan vara svårare att bedöma anamnes/status rörande smärta och utvärdering av smärtbehandling på dessa barn vilket påverkar dokumentationen. Att inkludera dessa barns journaler i studien skulle enligt författarna således kunna påverka resultatet.

Urvalets representativitet

38 journaler granskades vilket är ett förhållandevis litet material.

Denna studie omfattade endast en mycket begränsad patientgrupp på akutmottagningen i Mora, därmed kan inte resultatet generaliseras till andra patientgrupper än barn under 12 år med lårbensbrott. Liknande studie vid annan akutmottagning skulle kunna ge andra resultat beroende på lokala rutiner för dokumentation exempelvis färdiga mallar. Fynden kan därför inte generaliseras till andra arbetsplatser.

Författarna vill påpeka att bara dokumentation rörande smärta och smärtbehandling granskats. Man kan därför inte betrakta resultatet som en helhetsbedömning av omvårdnadsdokumentationen.

Journalerna som granskades tillhörde barn med lårbensbrott, vilka vanligtvis skadas under skidsäsong då det är hög arbetsbelastning på akutmottagningen. Om journaler tillhörande andra patientgrupper med smärta granskats under lugnare perioder, är det möjligt att resultatet blivit ett annat.

Slutsats

Slutsatsen var att 13 journaler av 38 helt saknade dokumentation rörande smärta eller smärtbehandling, trots att barnen hade en komplicerad fraktur. Övriga 25 journaler utom en hade bristfällig dokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Projektets kliniska betydelse

Studien visar tydliga brister i omvårdnadsdokumentationen rörande smärta. Klinikledning samt chefläkare kommer att få ta del av resultatet. Detta kan komma att leda till förändrade rutiner i journalföringen för sjuksköterskor samt utbildning i smärtbedömning på barn.

Förslag till vidare forskning

Om rutiner ändras beträffande omvårdnadsdokumentation skulle det vara intressant att senare göra en ny större studie gällande dokumentationens helhet.

Referenser

Baron RJ. (2007). Quality improvement with an electronic health record: achievable, but not automatic. *Ann Intern Medicin.* 2007;147(8):549-52.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care* 2000; 9: 6-13.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., Wredling, R. (2003) Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 402-410.

Bragée, B.(1999). Kroppens vrede. *En bok om smärta*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.

Drendel, A.L., Brousseau, D.C. & Gorelick, M.H.(2006) Pain Assessment for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatrics* 2006;117;1511-1518 DOI: 10.1542/peds.2005-2046

Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2007). Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen. I: E. Idvall (red.): *Kvalitets-indikatorer inom omvårdnad* (s. 30-41). Svensk sjuksköterskeförening och Gothia Förlag AB.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell- Ekstrand, I. (2000) *VIPS- boken, Välbefinnande- Integritet- Prevention- Säkerhet. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Bromma Tryck AB: Stockholm

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Smedby, B. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian journal of caring sciences*, 15, 133-141.

Hamers, J.P.H.,& Abu-Saad, H.H.(1998) Are children given insufficient pain-relieving medication postoperativley? *Journal of Advanced Nursing*;27:37-44.

Handbok för hälso- och sjukvård. www.sjukvardsradgivningen.se/handboken (2008).

Hawthorn J & Redmond K. (1999) *Smärta - bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur

Husebö, S. (1991). *Boken om smärta*. Stockholm: Libris.

Karling, M. Ljungman, G. & Renström, M. (2002) Acute and postoperative pain in children: a Swedish nationwide survey. *Acta Paediatrica* (2002:91, 6: 660-666)

Lindemann, T. (1992). *Barn och smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Merskey, H. & Bogduk, N; editors. *Classification of Chronic Pain*. IASP Task Force on Taxonomy. 2nd edition. IASP Press, Seattle, (c) 1994, pp. 209-14.

Olsson, G., & Jylli, L. (2001). *Smärta hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (8th Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rutledge, D.R. & Donaldson, N.E. (1998) Pain assessment and documentation part III- pediatrics. *The online journal of clinical innovations* 1998 15; 1(7): 1-47.

Shields, J. Palermo, M. Powers, JD. Fernandez, SA. & Smith, G. (2005) The role of developmental and contextual factors in predicting children's use of a Visual Analogue Scale. *Children's health care*, 2005 34(4): 273-287.

SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Weisman, S., Bernstein, B., & Schechter, N. (1998) Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Pediatric Adolescent Medicine* 1998;152:147-149.

Bilaga 1

Mora xxxx-xx-xx

Vårdnadshavare till
xxxx-xx-xx-xxxx
Namn Efternamn

Information om en journalstudie på patienter under 12 år som vårdats på grund av lårbensbrott på Mora lasarett:

Du tillfrågas härmed om ditt barns deltagande i denna undersökning.

Syftet med studien är att granska hur bedömning av smärta och smärtbehandling hos barn under tolv år med lårbensbrott dokumenteras av sjuksköterskor i journalen på akutmottagningen Mora lasarett. En studie av detta slag skulle kunna påvisa eventuella brister i dokumentationen, och således kunna leda till ett arbete som avser att förbättra dokumentationen, smärtbedömning och smärtbehandling av barn med lårbensbrott. Det är viktigt att göra denna studie för att följa upp hur väl sjuksköterskorna följer de föreskrifter som Socialstyrelsen fastsällt gällande omvårdnadsdokumentation.

Journalerna söks under fem år tillbaka i tiden mellan 2004 08 31 och 2009 08 31. Samtliga barn under tolv år som vårdats på akutmottagningen Mora lasarett på grund av lårbensbrott väljs ut till studien, och inkluderas efter vårdnadshavares godkännande. Eftersom Ert barn vårdats för ett lårbensbrott under denna tid, tillfrågas just Ni. I patientjournalen kommer författarna att studera sjuksköterskans journalanteckning beträffande hur väl smärta och smärtbehandling finns dokumenterat. Studien kommer således inte att kunna påverka patienten, medföra något obehag eller ytterligare deltagande av patienten.

Ett informationsbrev där det framgår att barnets journal har granskats och att denna granskning godkänts av barnets vårdnadshavare, kommer att läggas in i barnets journal.

Journalerna kommer att behandlas med ordinarie sjukvårdssekretess, vilket innebär tystnadsplikt.

Journalinformation kommer bara att läsas av författarna. Förekomst av eventuellt givet smärtstillande läkemedel samt patientens upplevelse av smärta kommer att noteras på en mall för senare granskning av författarna. Inga personuppgifter eller andra uppgifter som skulle kunna återkopplas till berörd patient kommer att noteras på mallen.

Vi kommer att kontakta Er per telefon för att få Ert eventuella godkännande att delta i studien.

Ert barns deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Ni kan när som helst avbryta deltagandet utan närmare motivering.

Undersökningen kommer att presenteras i form av ett examensarbete inom omvårdnad. Vårdnadshavare kan kontakta författarna för att ta del av resultatet av studien.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Mora _____

Mora _____

Thomas Lindberg sjuksköterska.
Mora lasarett
792 85 Mora
0250-493200
h05tholi@du.se

Maria Lindkvist sjuksköterska.
Mora lasarett
792 85 Mora
0250-493200
h07lindk@du.se

Falun _____

Linnéa Warenus handledare.
Högskolan Dalarna
Högskolegatan 2
791 88 Falun
023-778000
lwr@du.se

Bilaga 2

Information till patientjournal beträffande journalstudie

Denna journal har granskats inom ramen för projektet: Dokumentation av smärta och smärtbehandling hos barn med lårbensbrott på Akutmottagningen Mora lasarett -en journalstudie.

Syftet med studien var att granska hur bedömning av smärta och smärtbehandling hos barn under tolv år med lårbensbrott dokumenterades av sjuksköterskor i omvårdningsjournalen på akutmottagningen på Mora lasarett. I patientjournalen studerade författarna sjuksköterskans journalanteckning beträffande hur väl smärta och smärtbehandling fanns dokumenterat enligt SoS föreskrifter. Journalerna söktes under fem år från och med 2004 08 31 till och med 2009 08 31. Samtliga barn under tolv år som vårdats på akutmottagningen Mora lasarett på grund av lårbensbrott under denna tid valdes ut till studien.

Vårdnadshavare till patienten har godkänt denna granskning av journalen.

Journalerna har behandlats med ordinarie sjukvårdssekretess, vilket innebär tystnadsplikt. Journalinformation har bara lästs av författarna. Förekomst av eventuellt givet smärtstillande läkemedel samt patientens upplevelse av smärta noterades på en mall för senare granskning av författarna. Inga personuppgifter eller andra uppgifter som skulle kunna återkopplas till berörd patient noterades på mallen.

Studien kommer inte att medföra något obehag eller ytterligare deltagande av patienten.

Undersökningen kommer att presenteras i form av ett examensarbete inom omvårdnad.

Undersökningen är forskningsetiskt granskad av Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Thomas Lindberg Leg. sjuksköterska.
Mora lasarett
792 85 Mora
0250-493200
h05tholi@du.se

Maria Lindkvist Leg. sjuksköterska.
Mora lasarett
792 85 Mora
0250-493200
h07lindk@du.se

Linnéa Warenus handledare.
Högskolan Dalarna
Högskolegatan 2
791 88 Falun
023-778000
lwr@du.se

Bilaga 3

Granskningsmall journaldokumentation enligt Socialstyrelsens föreskrifter utifrån modifierad "Cat-CH-ING"[®]

Akuten Mora lasarett

Id patient Nr: _____

Granskare: Thomas Maria

Vårdnadshavande samtycke Ja Nej

Gransknings datum: _____ Klockslag: _____

Författarnas noteringar:

^{1,2} =se nyckel till mallen(bilaga 4)	<u>Kvantitet</u> ¹ Komplett –(3) delvis –(2) enstaka –(1) inte alls –(0)	<u>Kvalitet</u> ² Mycket bra –(3) bra –(2) mindre bra –(1) torftig –(0)
1.		
a) Finns omvårdnadsanamnes och eller omvårdnadsstatus rörande smärta? (väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården)? (1p)	Kvantitet ___ p	Kvalitet ___ p
b) Finns omvårdnadsåtgärder rörande smärta? (till exempel uppgifter om ordinationer av läkemedel och olika behandlingar?) (1p)	Kvantitet ___ p	Kvalitet ___ p
c) Finns omvårdnadsresultat rörande smärtbehandling? (1p)	Summa. Kvantitet ___ p	Summa Kvalitet ___ p
2. Är anteckningarna signerade?	Kvantitet ___ p	
3. Summa poäng	Kvantitet ___ p	Kvalitet ___ p
4. Summa poäng totalt kvantitet och kvalitet (av Totalt 9)	Totalt ___ p	

Bilaga 4

NYCKEL TILL GRANSKNINGSMALL "CAT-CH-ING®"

Modifierad

Referens vid användande av Cat-ch-Ing:
Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling (2000).

1) GRADERING AV DOKUMENTATIONENS KVANTITET

komplett 3 poäng	en fullständig anteckning rörande smärta med eller utan VIPPS-sökord innefattande följande: <u>anamnes</u> och eller <u>status</u> , <u>planerade åtgärder</u> , <u>resultat</u> .
delvis 2 poäng	anteckningen omfattar minst två av ovanstående.
enstaka 1 poäng	anteckningen omfattar minst ett av ovanstående.
inte alls 0 poäng	anteckning saknas.

2) GRADERING AV DOKUMENTATIONENS KVALITET (bedömning görs av de anteckningar som finns)

mycket bra 3 poäng	alla anteckningar är tydliga, språkligt korrekta, koncisa utan överflödigt text och med, för bedömning, nödvändig information medtagen. Exempel på överflödigt text är dubbeldokumentation.
bra 2 poäng	mer än 50% av anteckningarna är som ovan, dock inte alla.
mindre bra anteckningar. 1 poäng	mindre än 50% av anteckningarna är korrekta, dock finns korrekta en del anteckningar innehåller eventuellt för mycket text, eventuellt saknas information, språket är inkorrekt t ex fragmentariska meddelanden, ofullständiga meningar, egna förkortningar, möjlighet att misstolka finns.
Torftig 0 poäng	över lag otydligt, språkligt inkorrekt, väsentlig information saknas.