

Hemvårdsdirektiv för patienter inom den prehospitala vården som får en X-Kod

Samuli Mäkelä

| | |
|--|--|
| EXAMENSARBETE | |
| Arcada | |
| | |
| Utbildningsprogram: | Akutvård |
| | |
| Identifikationsnummer: | 2937 |
| Författare: | Samuli Mäkelä |
| Arbetets namn: | Hemvårdsdirektiv för patienter som inom den prehospitala vården får en X-Kod. |
| Handledare (Arcada): | Eivor Wallinvirta |
| | |
| Uppdragsgivare: | Östra Nylands Räddningsverk |
| | |
| <p>Sammandrag:</p> <p>Skriftliga hemvårdsdirektiv har redan länge använts inom sjukhusvården. Flera forskningar visar betydelsen av både muntlig och skriftlig handledning för att underlätta patienternas egenvård (Käärinen och Kyngäs 2002). Inom den prehospitala vården används förutom muntlig handledning även fritt formulerade anvisningar skrivna på sjuktransportsblanketten.</p> <p>Studiens syfte är att utgående från litteraturanlys utveckla enhetliga och klara hemvårdsdirektiv för patienter som vårdas prehospitalt. Hemvårdsdirektiven utvecklas som beställningsarbete för Östra Nylands räddningsverk. I samråd med beställaren har skribenten valt att utveckla skriftliga direktiv för tre olika patientgrupper. Dessa tre patientgrupper är patienter som drabbats av lågt blodsocker, hjärnskakning eller feberkramp.</p> <p>Som metod för studien används Lauris (1997) modell för aktionsforskning. Studien omfattar inte modellens alla delar eftersom hemvårdsdirektivens användning inte har följts upp av skribenten. Som teoretisk bakgrund används Eriksson (1987;1989) tankar om hälsa och vårdande samt Lauris (1984) teorier om beslutfattande inom vården.</p> <p>De färdiga hemvårdsdirektiven utvecklas enligt rådande riktlinjer. För att utveckla patientvänliga direktiv har skribenten utgått från litteratur och tidigare forskning. Efter ansvarsläkarens godkännande av hemvårdsdirektiven kan produkten tas i bruk av uppdragsgivaren.</p> | |
| Nyckelord: | Östra Nylands räddningsverk, handledning, skriftliga direktiv, egenvård, hypoglykemi, hjärnskakning, epileptisk anfall |
| Sidantal: | 46 |
| Språk: | svenska |
| Datum för godkännande: | |

| | |
|--|--|
| DEGREE THESIS | |
| Arcada | |
| Degree Programme: | Paramedics |
| Identification number: | 2937 |
| Author: | Samuli Mäkelä |
| Title: | Patient information leaflets for out-of-hospital use. |
| Supervisor (Arcada): | Eivor Wallinvirta |
| Commissioned by: | Itä-Uudenmaan Pelastuslaitos |
| <p>Abstract:</p> <p>Written patient materials have been used for a long time in the hospitals. Many studies show the importance of patient education to improve their self-care, and this should be done both verbally and by written materials (Kääriäinen & Kyngäs 2002). The Emergency Medical Services doesn't often use written patient materials, they tend to use the verbal education and write advises for homecare informally on the documents.</p> <p>The purpose of this study is to create written patient materials for out-of-hospital use. The materials are produced for Eastern-Uusimaa Fire and Rescue Service. Written leaflets are produced for patients with: hypoglycaemia, concussion and epileptic seizure caused by fever.</p> <p>The method of this study is action research according to the model of Lauri (1997). The theoretical frame for the study is based on Erikssons (1987, 1989) thoughts of health and caring, and also on Lauris (1984) theorys of decisionmaking in health care.</p> <p>The leaflets will be produced according to the rules and regulations that are followed by the EMS service. Before the leaflets can be used in the daily work they have to be accepted by the doctor in charge of the EMS services. The leaflets shall be easy to use and easially read by the patients.</p> | |
| Keywords: | Out-of-hospital, patient education, hypoglycaemia, concussion, epileptic seizure, written materials, information leaflets, Eastern-Uusimaa Fire and Rescue Service |
| Number of pages: | 46 |
| Language: | Swedish |
| Date of acceptance: | |

| | |
|--|---|
| OPINNÄYTE | |
| Arcada | |
| Koulutusohjelma: | Ensihoito |
| Tunnistenumero: | 2937 |
| Tekijä: | Samuli Mäkelä |
| Työn nimi: | Kotihoito-ohjeet potilaille jotka ensihoitotilanteessa saavat X-koodin. |
| Työn ohjaaja (Arcada): | Eivor Wallinvirta |
| Toimeksiantaja: | Itä-Uudenmaan Pelastuslaitos |
| <p>Tiivistelmä:</p> <p>Sairaaloissa on jo pidempään ollut käytössä kirjallisia kotihoito-ohjeita potilaille. Tutkimukset ovat osoittaneet suullisen ja kirjallisen ohjauksen tärkeän merkityksen potilaiden omassa hoidossa (Kääriäinen & Kyngäs 2002). Ensihoidossa kirjallisia ohjeita ei yleisesti käytetä vaan tukeudutaan suulliseen ohjaukseen ja vapaamuotoiseen tekstiin sairaankuljetuslomakkeelle.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää Itä-Uudenmaan pelastuslaitokselle yhtenäiset kotihoito-ohjeet jotka helpottavat hoitajan työtä ja kohentavat potilaitten tunnetta hyvää hoidosta. Yhteistyössä tilaajan kanssa päätettiin kehittää kolme eri ohjetta kolmelle eri sairaskohtaukselle. Ohjeet laadittiin potilaille joita on ensihoidon osalta hoidettu liian matalan verensokerin, aivo- tärähdyksen tai kuumeouristelun vuoksi.</p> <p>Työ on toimintatutkimus ja tehty Laurin (1997) mallin mukaan. Työn teoriona toimivat Erikssonin (1987 ja 1989) ajatukset terveydestä ja hoitamisesta, ja myös Laurin (1984) teoria päätöksenteosta.</p> <p>Valmiit kirjalliset kotihoito-ohjeet laaditaan vastaamaan nykyisiä hoitosuosituksia joita noudatetaan pelastuslaitoksella. Hoito-ohjeet ovat laadittu käyttäen aikaisempia tutkimuksia ja ajankohtaista kirjallisuutta. Vastuulääkärin hyväksynnän jälkeen ohjeet voidaan ottaa päivittäiseen käyttöön Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksella.</p> | |
| Avainsanat: | Itä-Uudenmaan pelastuslaitos, kirjallinen, kotihoito-ohje, hypoglykemia, kommoitio, kuumeouristelu, |
| Sivumäärä: | 46 |
| Kieli: | Ruotsi |
| Hyväksymispäivämäärä: | |

INNEHÅLL

| | |
|--|-----------|
| 1. INLEDNING | 8 |
| 2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING | 9 |
| 3. METOD OCH DESIGN | 10 |
| 4. TEORETISK BAKGRUNG | 13 |
| 4.1. Erikssons teori om hälsa och vårdande | 13 |
| 4.2. Beslutsfattande inom vården..... | 14 |
| 5. TIDIGARE FORSKNINGAR | 17 |
| 5.1. Litteratursökning..... | 17 |
| 5.2. Säkerhet och inbesparingar | 18 |
| 5.3. Forskning som betonar betydelsen med handledning | 19 |
| 6. SJUKDOMAR SOM KRÄVER HEMVÅRSDIREKTIV | 23 |
| 6.1. Hypoglykemi..... | 23 |
| 6.2. Hjärnskakning | 27 |
| 6.3. Epileptiska anfall | 29 |
| 6.4. Dokumentation av sjukdomarna..... | 32 |
| 7. X-KODER | 33 |
| 8. UTVECKLING AV HEMVÅRSDIREKTIV | 37 |
| 8.1. Fungerande hemvårdsdirektiv..... | 38 |
| 8.2. Forskning om utvecklande av skriftliga direktiv | 40 |
| 8.3. Uppbyggnad av direktiven för Östra Nylands Räddningsverk..... | 41 |
| 9. ETISKA REFLEKTIONER | 42 |
| 10. KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION | 43 |
| KÄLLOR | 46 |

Figurer

| | |
|--------------------------------|----|
| Figur 1. Studiens design | 10 |
|--------------------------------|----|

Bilagor

Bilaga 1. Hemvårdsdirektiv för hypoglykemi

Bilaga 2. Matalan verensokerin kotihoito-ohje

Bilaga 3. Hemvårdsdirektiv för hjärnskakning

Bilaga 4. Aivotärähdyspotilaan seurantaohje

Bilaga 5. Hemvårdsdirektiv vid feberkramp

Bilaga 6. Kuumekeuristelevan lapsen kotihoito

Bilaga 7. Avtal om projekterat examensarbete

1. INLEDNING

Den prehospitla vården har utvecklats mycket under senaste åren. Då ambulansen tidigare fungerat enbart som transportmedel till fortsatt vård för patienter, vårdas idag flera patienter hemma. En del uppdrag kan avslutas efter att patientens hälsotillstånd har granskats prehospitalt och kräver därmed ingen transport. När patienten lämnas hemma är det viktigt att muntligt informera honom eller henne om under vilka omständigheter nödcentralen bör kontaktas på nytt eller när läkare bör uppsökas. Det är även viktigt att på sjuktransportblanketten dokumentera de viktigaste punkterna gällande egenvården. (Kuisma m.fl. 2008:24-26)

Inom den prehospitla vården strävar man till att ge patienten hemvårdsdirektiv både i fritt formulerad muntlig och skriftlig form. Detta leder till varierande direktiv, beroende på vem som formulerat dem. För att enhetliga direktiv skall kunna delas ut till patienterna, behövs väl planerade och färdigt formulerade exemplar av direktiven

Forskning tyder på att skriftliga direktiv förhöjer känslan av god vård. Ifall patienten får både muntlig och skriftlig handledning kan hans eller hennes behov av kontakt till sjukvården i fortsättningen minska. (Valerie, A & Arthur, S 1995)

Inom sjukhus har hemvårdsdirektiv sedan länge varit i bruk. Prehospitalt används färdiga direktiv inte lika flitigt. Sökning efter forskningar om skriftliga hemvårdsdirektiv gjorda för prehospital bruk gav inga resultat.

Skribenten har under två somrar jobbat vid Östra Nylands Räddningsverk. Under tiden framkom behovet av att utveckla hemvårdsdirektiv för olika patientgrupper. Efter diskussioner med vårdare på räddningsverket kom man överens om att utveckla hemvårdsdirektiv för tre olika patientgrupper: patienter med: lågt blodsocker (hypoglykemi), feberkramp eller hjärnskakning. Arbetet är ett beställningsarbete för Östra Nylands räddningsverk.

Enligt Castrén m.fl. är de vanligaste sjukdomsfallen som sköts hemma och inte kräver fortsatt transport hypoglykemi, epileptiska anfall, bröstsmärta, supraventrikulär takykardi och astma. (Castrén m.fl. 2004:188)

I studien syftar begreppet vårdare på alla de olika yrkesgrupperna som jobbar inom den prehospitala vården.

2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Allt fler patienter lämnas hemma efter att ambulansen varit på plats. I Helsingfors är det beräknat att 38 % av alla brådskande ambulansuppdrag avslutas utan att patienten transporteras. Då patienten stannar hemma informeras han eller hon muntligt om egenvårdsdirektiven samt om när nödcentralen bör kontaktas på nytt. Dessutom består hemvårdsdirektiven av fritt formulerad text på sjuktransportblanketten. (Kuisma m.fl. 2008:103)

Avsikten med denna studie är att utveckla skriftliga hemvårdsdirektiv för Östra Nylands räddningsverk . Syftet med direktiven är att förbättra patienternas känsla av god vård samt att ge personalen ett arbetsredskap som underlättar arbetet. Efter godkännande av ansvarsläkaren kan hemvårdsdirektiven tas i dagligt bruk vid räddningsverket.

Studiens frågeställningar är:

1) Vilka behov och vilken nytta finns det av hemvårdsdirektiv inom den prehospitala vården ?

2) Hur bygger man upp ändamålsenliga och fungerande hemvårdsdirektiv ?

3. METOD OCH DESIGN

Avsikten med arbetet är att utveckla hemvårdsdirektiv för den prehospitala vården utgående från litteraturanlys. Metoden som används är Lauris (1997) cykliska modell för aktionsforskning. Lauris (1997) modell består av sju olika skeden: kartläggningsfas, processfas, förbindelsefas, planeringsfas, fas för förverkligande, bedömningsfas och fas för godkännande. (Paunonen 1997:115)

Detta arbete omfattar de fyra första faserna i modellen. Det betyder att fasen för förverkligande, bedömningsfasen och fasen för godkännande inte finns med i arbetet. Skribenten utvecklar hemvårdsdirektiven i samband med beställaren, men arbetet omfattar inte testning, uppföljning eller utvärdering av hur hemvårdsdirektiven används eller fungerar.

Studiens design

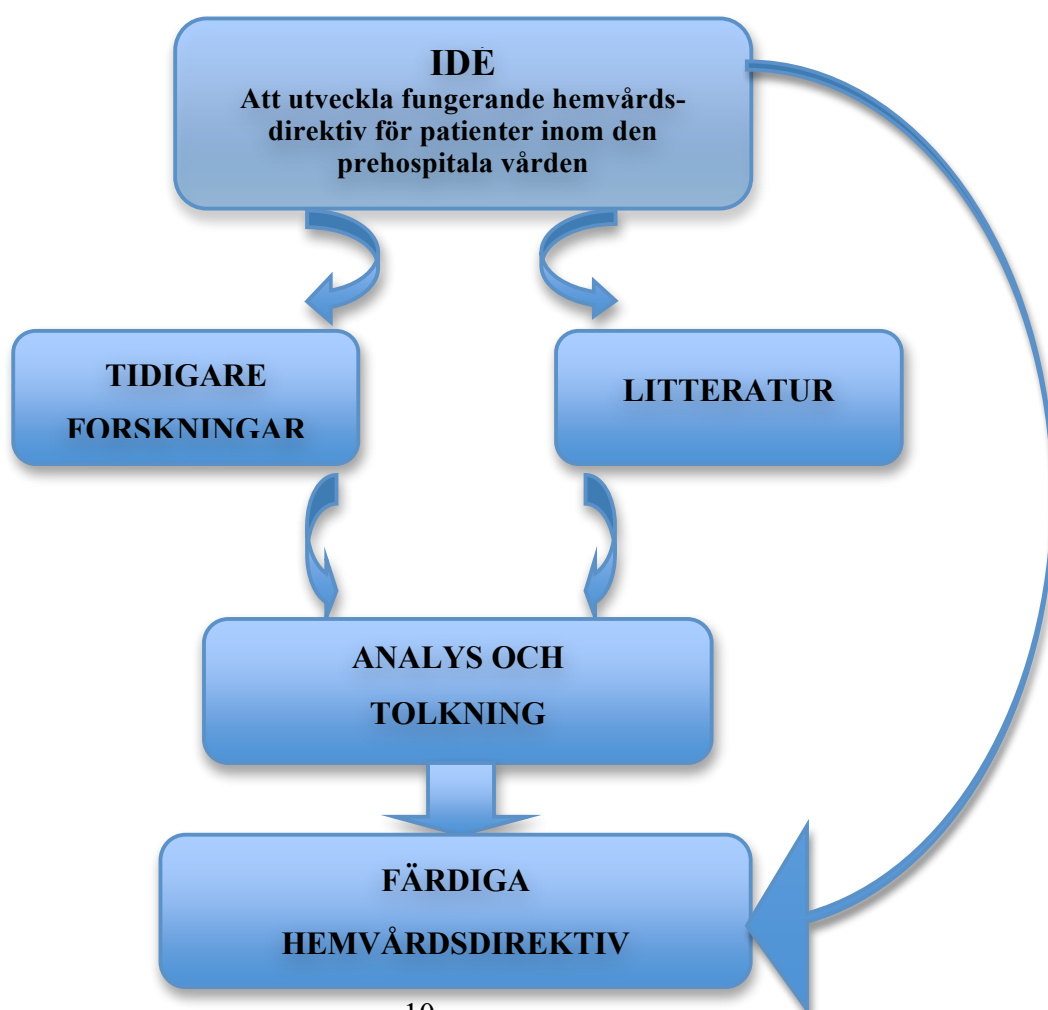


Fig.1.

Kartläggningsfas

Under denna fas granskas målgruppens situation och behov samt de centrala problem som kan hindra utveckling. Kartläggningen kan göras genom att använda sig av t.ex. skriftligt material, intervjuer eller observationer. (Paunonen 1997:116)

Kartläggningen har gjorts genom diskussioner med kontaktpersonerna vid Östra Nylands räddningsverk. Personalen har konstaterat att det finns behov av skriftliga hemvårdsdirektiv för olika patientgrupper. Litteraturen stöder också behovet av både muntlig och skriftlig handledning i vårdssituationer. Hittills har personalen använt sig av muntlig handledning samt fritt formulerade rekommendationer på sjuktransportblanketten. Inom den prehospitla vården är det ovanligt att använda sig av färdigt utformade hemvårdsdirektiv.

Processfas

I processfasen diskuteras problem som uppkommit i kartläggningsfasen och deras inverkan på målgruppens funktioner. Diskussionen sker mellan forskarna och målgruppen. I denna fas är målet att finna de egentliga problemen för att kunna åstadkomma förändring. (Paunonen 1997:116)

Skribenten kom i samråd med kontaktpersonerna fram till att utveckla hemvårdsdirektiv för tre olika patientgrupper. Hemvårdsdirektiven utvecklas för att ge patienterna enhetliga riktlinjer för egenvården samt för att underlätta arbetet för vårdarna vid räddningsverket. Skribenten har inte hittat tidigare forskning om hemvårdsdirektiv för den prehospitla vården, vilket innebär att forskning gjord för sjukhusbruk användes. Tanken är att hemvårdsdirektiven godkänns av ansvarsläkaren och därefter kan tas i dagligt bruk av personalen vid räddningsverket.

Förbindelsefas

Förbindelsefasen börjar redan vid processfasen genom att bli medveten om de problem som finns och att godkänna förändringsbehovet. Man funderar över olika sätt att lösa problemet. (Paunonen 1997:116)

Skribenten kommer att informera kontaktpersonerna om användningen av hemvårdsdirektiven, varefter dessa personer förmedlar informationen vidare till räddningsverkets övriga vårdpersonal i de olika arbetsturena.

Planeringsfas

Under planeringsfasen fastställer man de olika målsättningarna för utvecklingsverksamheten samt hur dessa målsättningar uppnås. Här fastställs också ansvarspersoner och deltagare, tidtabell för uppnående av målen samt utvecklingsverksamheten uppföljs och utvärderas. (Paunonen 1997:116)

Hemvårdsdirektiv utvecklas för patienter med lågt blodsocker (hypoglykemi), feberkramp och hjärnskakning. Skribenten söker utgående från litteraturen fram information om hur man utformar ändamålsenliga och patientvänliga hemvårdsdirektiv. Direktiven skall vara lättlästa och lättförstådda för patienten och direktiven skall finnas till för att tillfredsställa patientens behov av information. Hemvårdsdirektiven görs både på finska och på svenska.

Hemvårdsdirektiven planeras i samarbete med kontaktpersonerna vid räddningsverket och enligt deras önskemål. Uppföljningen och utvärderingen av direktiven tas inte upp i arbetet.

4. TEORETISK BAKGRUND

Erikssons tankar om hälsa och vårdade samt Lauris teori om beslutsfattande utgör teoretisk bakgrund för arbetet. Vårdaren och patienten strävar till uppnående av hälsa eller en känsla av välbefinnande. Genom de beslut som vårdaren gör inverkar han eller hon direkt på patientens välbefinnande och även på hans eller hennes hälsa. I Erikssons bok ”Den lidande människan” beskrivs att vårdandets syfte är att minska på lidande (1994:82).

4.1 Erikssons teori om hälsa och vårdande

Människan ses som en helhet som består av kropp, ande och själ. För att människan skall känna sig hel behöver hon ha hälsa. Hälsa är naturligt och något som ursprungligen hör till människan. Olika hinder i livet skapar ohälsa och dessa försöker människan kämpa mot och bemästra för att nå hälsa. (Eriksson 1989: 11-13)

Enligt Eriksson (1989:26) är hälsa ”sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande”, den är också ”tro, hopp och kärlek” och dygd. Hälsa betyder att människan känner sig frisk, fastän hon kan ha någon sjukdom. (Eriksson 1989:29-30)

Som vårdare strävar man till att lindra patientens känsla av lidande samt till att han eller hon skall bli frisk. Inom den prehospitäl vård blir vårdrelationerna ofta mycket korta. Det betyder att det inte finns mycket tid att skapa en relation mellan vårdare och patient som känns trygg för patienten. Ofta gör man också snabba beslut om vårdandet och om vårdplatsen.

En bra relation mellan vårdare och patient förutsätter att vårdaren är: professionell, ärlig, öppen, artig, vänlig och intresserad av patientens tillstånd. Vårdaren bör vara sig själv och ge tillräckligt av sin tid för vårdssituationen. (Castrén m.fl. 2002:124)

Eriksson har beskrivit vårdandet på följande sätt: ”Vårdande (caring) innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra (upprätthålla, igångsätta, eller stödja) hälsoprocesserna.” (Eriksson 1987: 9)

Ansandet är den mest konkreta formen av vårdandet. Närhet, beröring och värme kännetecknar ansningen. Ansandet innebär att man tillfredställer de grundläggande behoven, vilket t.ex. innebär att ge mat, ta hand om hygien och framför allt att hålla igång kroppsfunktionerna. Strävan är dock att patienten så långt som möjligt använder sina egna resurser. (Eriksson 1987: 24-26)

Leken ger människan möjligheten att förknippa informationen som ges till de egna kraven. Genom leken kan patienten hitta nya möjligheter och handlingsalternativ för att uppnå hälsa. Leken hjälper också individen att förstå och kunna anpassa sig till nya situationer. Leken kräver tillit och förtroende mellan människorna och det är fråga om en interaktiv process, där människans egna behov spelar stor roll. (Eriksson 1987: 26-30)

Lärandet är till sin karaktär interaktivt, d.v.s. det sker mellan två eller flera människor. Det är också nära förknippat med lekandet. Att lära innebär att människan på ett medvetet sätt mottar och integrerar ny kunskap, i syfte att finna nya vägar och möjligheter. De egna behoven borde motivera människan till lärandet och lärandet borde ske på patientens nivå. Vårdarens uppgift är att motivera patienten till att lära sig samt att göra lärandet roligt och intressant. (Eriksson 1987: 30-32)

4.2. Beslutsfattande inom vården

Att göra beslut hör till det dagliga arbetet inom akutvården. All växelverkan mellan vårdare och patient innehåller situationer där beslut måste göras. I många fall är situationerna därtill problematiska. (Kuisma m.fl. 2008: 46)

Grunden till beslutsfattande ligger i ett problem som går att lösas. Beslutsfattandet är en medveten strävan mot en målsättning. När man gör beslut löser man ständigt problem, vilket kräver kunskap inom flera delområden. (Lauri 1984: 9)

Som bas för att kunna göra beslut bör vårdaren ha yrkesmässig kunskap som består av teoretisk kunskap, erfarenhet och etiskt tänkande. Teoretisk kunskap innebär vetenskaplig kunskap som grundar sig på forskningar. Målet med de beslut som görs är att hjälpa patienten hantera det akuta sjukdomstillståndet, samt att se till att patienten så fort som möjligt kommer till rätt vårdplats eller blir korrekt vårdad t.ex. hemma. (Kuisma m.fl. 2008: 46)

Professionella beslut styrs av de yrkesrelaterade värderingar och kunskaper, både teoretiska och praktiska, som vårdaren har. Besluten kräver att man har yrkesmässigt ansvar. Till det yrkesmässiga ansvaret hör också förtroende, makt och självständighet. Förtroendet syftar närmast till de av samhället och lagen uppställda obligationer och uppgifter som hänför sig till yrket. Makten kan ses som en professionell auktoritetsposition i relationer mellan ”expert” och ”kund”. Självständigheten kan i korthet definieras som att man har rätt att utföra till yrket hörande uppgifter vid en viss organisation. Självständighet betyder att man som yrkesmänniska har frihet göra beslut som baserar sig på kunskap och teori, samt frihet att handla enligt dessa beslut. Detta innebär även ansvar över de beslut och handlingar som man gör. Förutsättningen är att man har tillräcklig teoribas och kompetens för yrket. (Lauri 1984: 13-14)

Det är många olika slags ansvar som inverkar på och styr vårdarens jobb inom akutvården, bl.a. juridiskt, etiskt, ekonomiskt och politiskt ansvar. Vårdarens ansvar finns i vårdandet av patienter, upprätthållande av den egna yrkeskompetensen och gentemot sin egen organisation. (Kuisma m.fl. 2008:50)

Det etiska ansvaret eller vårdarens värden kan ses som bas för beslutsfattandet - de styr individens handlingar. Besluten baserar sig på medvetna och omedvetna värden som man har lärt sig genom observationer och erfarenheter från omvärlden. Individens värden förändras och utvecklas under livets gång. De yrkesvärden man har formas under

skolningen och borde utvecklas vidare utgående från erfarenheter och inläring. (Lauri 1984: 15)

Inom den prehospitala vården strävar man till att undvika det onda i vårdandet genom att fatta etiskt riktiga beslut. Etikens grund ligger i besvarandet av frågor så som ”vad är rätt?” och ”vad är fel?”, samt ”vad är gott?” och ”vad är ont?”. (Kuisma m.fl. 2008: 49)

Genom att göra olika beslut vill man lösa de problem som patienten har. Inom den prehospitala vården har man ganska många färdiga handlingsmönster, t.ex. gällande hur olika situationer hanteras, hur patienten vårdas och när kan patienten lämnas hemma. Många gånger är situationerna ändå helt nya. När det inte finns färdiga handlingsmönster blir vårdarna tvungna att lösa problemet genom att tänka ut nya handlingssätt och i vissa fall genom att konsultera läkare.

Problemlösningen kan ske som en sluten eller öppen process. I den slutna processen är verksamhetsstrukturen för problemlösningen given på förhand. Det är en medveten och logisk aktion som innehåller en begränsad mängd bekanta lösningar. I den öppna processen strävar man till att hitta nya alternativ för att lösa problemet. I den öppna processen krävs kreativt tänkande och nya handlingssätt för att finna nya lösningar på problemet. (Lauri 1984: 9)

De centrala skeden inom problemlösningprocessen är samma som i processen för beslutsfattande. Fasen kan delas in i fem olika skeden: identifiering av problemet, insamling och bearbetning av informationen, framkallning och evaluering av olika lösningsalternativ, beslutsfattande och genomförande. (Lauri 1984: 11)

Beslut gällande patienter kräver en bas i form av tillräcklig information. Patienten själv är den viktigaste informationskällan. Information samlas in genom observering och intervju av patienten och/eller anhöriga, från gamla vårddokument samt genom olika undersökningar. Man kartlägger också vad som hänt före incidenten. Med hjälp av den information som samlats görs beslut gällande vårdandet av patienten, hans eller hennes behov av omedelbar vård samt behov av transport för vidare vård. Besluten görs med

hjälp av de resurser man har till sitt förfogande och på ett sådant sätt att resurserna används ändamålsenligt. (Kuisma m.fl. 2008: 48)

I artikeln ”*Päätöksenteko hoitotyön arjessa*” från år 2007 beskriver Lauri olika teorier som utgör bas för beslutsfattande inom vården. Lauri skriver att vårdare ofta använder sig av intuitiva beslut i vårdmiljöer med korta vårdtider samt vid intensivvård. Intuitiva beslut görs genom att personen skapar sig en snabb bild av situationen och gör beslut utgående från den. Lauri klargör dock att det sällan är frågan om en enda teori som formar bas för besluten, utan att det är en blandning av olika teorier (t.ex. intuitiv och analytisk).

5. TIDIGARE FORSKNINGAR

Skribenten försökte hitta forskningar som direkt berör handledning av patienter inom den prehospitala vården. De träffar som sökningarna gav handlade om handledningens betydelse i allmänhet. Skribenten fann inte heller forskningar gällande skriftliga hemvårdsdirektiv för prehospital användning. Därför valde skribenten att använda sig av forskningar gjorda om skriftliga hemvårdsdirektiv som används på sjukhus.

5.1. Litteratursökning

Skribenten gjorde litteratursökning i tre olika databaser; Ovid Medline, PubMed och Medic. Sökningen gjordes i två faser. I första fasen sökte skribenten tidigare forskningar angående handledningens betydelse i vården och i andra fasen forskningar om hur man bygger upp skriftliga hemvårdsdirektiv.

De forskningar som använts i arbetet gällande handledningens betydelse är tagna från databasen Ovid Medline och genom manuell sökning i Arcadas bibliotek i tidskriften ”*Hoitotiede*”. Skribenten gjorde resultatlösa försök att hitta forskningar om handled-

ningens betydelse inom den prehospitala vården. Sökorden som användes var bl.a. "*patient education*", "*patient information*", "*advice*", "*self care*", "*EMS*" och "*out of hospital*".

Skribenten gjorde också sökningar för att hitta forskningar om tillstånden hos de patientgrupper för vilka hemvårdsdirektiven i arbetet utvecklas. Vid användning av sökorden "*out of hospital*" och "*hypoglycaemia*" gav Ovid Medline 13 träffar. Bland dessa fann skribenten ett arbete som påvisar säkerheten och kostnadseffektiviteten vid vård av patienter med hypoglykemi hemma.

Den andra sökningen gjordes för att hitta forskningar om utveckling av hemvårdsdirektiv. Som sökord användes: "*written patient information*", "*patient education materials*", "*patient information leaflets*". I PubMed gav sökorden "*patient information leaflets*" 531 resultat, varav två artiklar används i arbetet. "*Written patient information*" gav 3407 träffar och "*patient education materials*" 2835 träffar. Skribenten kombinerade sökorden med "*out of hospital*" och "*EMS*", men fann inga forskningar om hemvårdsdirektiv för användning inom den prehospitala vården. De fem artiklar som skribenten valde har i huvudsak använts i kapitel 8 om hur man utvecklar hemvårdsdirektiv.

5.2 Säkerhet och inbesparingar

Skribenten har valt att beskriva en artikel som påvisar säkerheten och inbesparingarna med att vårda patienter med lågt blodsocker hemma. Forskningen är viktig för arbetet eftersom den belyser nyttan med att sköta patienter hemma.

Med sökorden "*out of hospital*" och "*hypoglycaemia*" på databasen OvidMedline hittades en forskning skriven år 2004 av Mattila m.fl. med titeln "*Out-of-hospital hypoglycaemia is safely and cost-effectly treated by paramedics*". Forskningens syfte var att undersöka hur vårdprotokollen för hypoglykemipatienter fungerar utanför sjukhuset, hur patienterna mår under tre månaders uppföljning och hur mycket pengar som sparas ge-

nom att inte transportera alla patienter för fortsatt vård. Undersökningen gjordes i Helsingfors under perioden 01.02.2001-21.12.2001.

I forskningen kom man fram till att det är både kostnadseffektivt och säkert att lämna hemma patienter med hypoglykemi som uppfyller vissa krav, efter vården av hypoglykemin. Patienterna var nöjda med vården och med möjligheten att bli hemma. När forskarna räknade med att patienterna senare sökte sig till en läkare under tjänstetid, var besparingarna per patient ändå 398,50 euro.

5.3. Forskning som betonar betydelsen av handledning

Handledning av patienter är en viktig del av vårdarens arbete. Inom den prehospitäl vård blir handledningen speciellt viktig när patienten lämnas hemma utan att söka sig till fortsatt vård. Vårdtiden är kort och det gäller att få patienten att förstå och komma ihåg de viktiga saker man berättar.

Skribenten fann den första forskningen genom manuell sökning i tidningen ”*Hoitotiede*”. Den andra forskningen är från tidningen ”*Patient Education and Counseling*” och den hittade skribenten med sökorden ”*patient education*” och ”*self care*” från OvidMedline. Båda forskningarna visar på handledningens betydelse för patienten.

Den första forskningen som tas upp är gjord år 2005 av Kääriäinen, M och Kyngäs, H med rubriken ”*Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002*”. Forskningen handlar om patienters uppfattning om handledningen, om förverkligande av handledningen och om handledningens inverkan. Forskarna har studerat och jämfört 96 olika vårdvetenskapliga artiklar.

Handledning syftar till en aktiv relation mellan patient och vårdare där information förs vidare och genom vilken vårdaren stöder och hjälper patienten att klara sig och bli självständig. Vid vårdande av patienter spelar handledningen en viktig roll. När vårdtiden blir kortare och allt flera patienter vårdas hemma får handledningen allt större betydelse.

Handledningstillfällena är ofta korta men ändå förväntas patienten klara av det normala livet hemma. Minimikravet för handledningen är således möjliggörandet av att patienten klarar av att vårda sig själv. Vårdpersonalen ansvarar för att patienten får tillräcklig information gällande egenvården.

Patientens uppfattningar om handledning indelades i följande kategorier:

- patientens belåtenhet med handledningen
- patientens behov av handledning
- handledningens tillräcklighet samt
- anhörigas roll vid handledningen

Patienterna var nöjda med handledningen när de fick tillräckligt med information om sjukdomen och hur den skall hanteras. Missnöje orsakades av innehållsmässigt bristfällig handledning. Att få information om sjukdomen och dess inverkan, samt information om vården ansågs vara viktigt. Patienter konstaterades också behöva stöd, närmast för hantering av sina egna och anhörigas känslor.

Patienter som sedan länge lider av någon sjukdom eller patienter som aktivt själva sökt fram information gällande sjukdomen kan bättre kartlägga behovet av handledning. Behovet av handledning påverkas även av patientens ålder, kön, utbildning, civilstånd, sjukdom och sjukdomens inverkan på dagliga livet.

Handledningen uppfattades inte alltid vara tillräcklig gällande information om sjukdomen och dess vård. Bristande handledning berodde bl.a. på att patienter glömde eller inte förstod den givna informationen, att vårdarna inte uppfattade patientens behov av handledning samt vårdarnas tidsbrist och brist på kunskap. Patienterna ville ha mera information om sjukdomens symptom, orsaker, problem och läkemedelsvård. Patienterna väntade sig också mera uppmuntran och flera tillfällen att uttrycka sina känslor om sjukdomen.

Patienterna ville ofta att de anhöriga skulle vara med vid handledningstillfällena. Genom att anhöriga är med minskar risken för missförstånd. Det blir också lättare att tolka

och att använda sig av informationen, samt att ställa frågor. Om anhöriga är med vid handledningen minskar deras ångest och därmed kan de bättre stöda patienten.

Handledning kan ges muntligt, skriftligt och audiovisuellt. För det mesta används muntlig handledning, eftersom själva interaktionen mellan patient och vårdare är mycket viktig. Vid dessa tillfällen kan patienten ställa frågor, missförstånd kan rättas till och patienten kan få stöd av vårdaren. Individuell handledning ger tillfälle för personligt riktad handledning kopplad till patientens behov. Den stöder även motivationen och skapar tillfälle för patient och vårdare att ge varandra feedback. Ord av främmande ursprung bör undvikas vid handledningen för att försöka undgå missförstånd. Bruk av svåra ord kan minska patientens motivation för ämnet.

Även skriftligt material används mycket och uppskattades vara en viktig informationskälla. Att alla patienter inte förstår textens innehåll eller att materialet inte är direkt riktat till patienten är exempel på problem som kan uppstå vid skriftlig handledning. Skriftligt material är användbart när texten är tydlig, aktuell och direkt riktad till patientens behov. Med hjälp av skriftligt material kan patientens kunskap om ämnet ökas. Materialet är också en källa för bevaring eller återkallning av given information. När patienten tilldelats skriftligt material vet vårdaren att patienten har tilldelats information. Skriftligt material är till för att stöda den muntliga informationen, dock inte för att ersätta den. Materialet är även menat till att informera anhöriga om sjukdomen och dess vård.

Handledningens inverkan har undersökts genom interventionsundersökningar. Interventionen under handledningen har uppskattats vara nyttiga. Effektiv handledning förbättrade patienternas handlingskraft, mod och livskvalitet. Handledningen fick patienterna att binda sig bättre till vården, vilket ledde till bättre egenvård. Handledningen minskade också på vårdvisiterna, sjukledigheterna, ångesten och användningen av mediciner samt ökade känslan av säkerhet.

Den andra forskningen är skriven av Johansson,K; Leino-Kilpi,H; Salanterä,S; Lehtikunnas,T; Ahonen,P; Elomaa,L; Salmela,M med rubriken ”*Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient’s perspective*”. Syfte med studien var att utreda hur sjukhuspatienter i Finland får och tar emot handledning. Forskningen gjordes

på ett universitetssjukhus och informanterna utgjordes av 754 patienter från 63 av sjukhusets 100 avdelningar.

I Finland har patienter enligt lag rätt att få information gällande det egna hälsotillståndet och vården. Tillräcklig information och handledning ökar patienternas medvetenhet av vad som påverkar vården och borde därför även öka patienternas möjligheten att delta i sin egen vård. Tillräcklig information förbättrar också känslan av god vård.

Inlärningsprocessen beror mycket på patientens attityd och motivation för inläringen. Inläringen baserar sig på den konstruktiva teorin om inläring. Det innebär att ny information inte kan tas emot passivt utan måste förknippas till tidigare erfarenheter och tidigare information. Forskning har visat att handledningen borde vara mer patientrelaterad än den är idag. Inläringen påverkas också av patientens hälsotillstånd. Metoden och innehållet i handledningen måste vara tydligt och målet är att aktivera patienter i den egna vården.

I forskningen kom man fram till att största delen av patienterna ansåg sig ha fått tillräckligt med handledning. Forskarna undersökte också vilka olika hjälpmedel som användes vid handledningstillfällena. Det konstaterades att datorer och video användes sällan. Förvånande var hur lite det användes skriftligt material. Endast lite över hälften av patienterna i forskningen hade fått skriftliga direktiv. Fördelen med skriftligt material är att patienter kan läsa det på egenhand och behöver nödvändigtvis inte kontakta någon vård-enhet vid mindre problem.

Forskningen visade att kvinnor ansåg sig veta mera än män om både den fortsatta vården och om biverkningarna. Det konstaterades också att äldre patienter oftare ansåg sig ha fått tillräcklig handledning. Olikheter på kunskap gällande vården kunde dock inte påvisas i forskningen. Som förväntat hade patienter som stannade längre innanför sjukhuset (avdelningen) bättre kunskap gällande den fortsatta vården. Detta påvisar handledningens betydelse för patienter med kort vårdtid.

I artikeln ”*Ensuring Quality Information for Patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information*”,

skriven av Moult m.fl år 2004, poängteras att patienter glömmer hälften av det som berättats vid vårdssituationer inom fem minuter och kommer efteråt endast ihåg ungefär 20% av informationen. Forskning har visat att skriftliga direktiv kan öka informationen med 50%. Denna forskning visar också hur viktigt det är att ge patienter både muntlig och skriftlig handledning.

6. SJUKDOMAR SOM KRÄVER HEMVÅRDSDIREKTIV

De tre olika sjukdomstillstånden som skribenten och beställaren valt att utveckla hemvårdsdirektiv för kommer att beskrivas nedan. I följande kapitel presenteras en översikt av sjukdomstillstånden. Patienternas egenvård gällande dessa sjukdomsfall presenteras för att beskriva hur de kan sköta sig själva och med hjälp av vilka metoder de borde klara sin egenvård hemma. Skribenten koncentrerar sig på faktorer som möjliggör patienternas vård på platsen, de krav som bör uppfyllas för att patienten tryggt kan stanna hemma samt den information patienten i dessa fall bör få.

Att inte transportera patienter i onödan för fortsatt vård är patientvänligt och innebär samtidigt att resursanvändningen är ändamålsenlig och genomtänkt. (Kuisma m.fl. 2008: 320-321)

6.1. Hypoglykemi

Man räknar med att ca 3-5% av befolkningen i västvärlden lider av diabetes och att förekomsten hela tiden ökar. Under de senaste 20 åren har typ 2-diabetes ökat med 70% i Finland. Vård av diabetes och sjukdomar relaterade till diabetes täcker ca 15% av hälsovårdskostnaderna. Patienter som drabbas av hypoglykemi står för 3,3% av alla brådskande uttryckningar inom akutvården. (Kuisma m.fl 2008: 387) Diagnostiseringen av diabetes sker genom blodsockermätningar. Typiska symptom är ökad urinmängd, törst, avmagring och trötthet. Den slutliga diagnosen görs genom att mäta fasteblodsockret samt genom glukosbelastningsprov. (Ilanne-Parikkala 2006: 21-22)

Diabetes kan indelas i två huvudgrupper, typ 1 och typ 2. Vid typ 1-diabetes har insulinproduktionen helt avtagit och vid typ 2-diabetes är insulinproduktionen antingen för liten eller så har dess effekt minskat. (Ilanne-Parikkala 2006:8)

Sjukdomen kan orsaka olika akuta situationer eller tillstånd beroende på för högt blodsockervärde (hyperglykemi), ketoacidosis eller för lågt blodsockervärde (hypoglykemi). Även andra komplikationer (t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och infektioner) kan uppstå som följd av diabetes. (Kuisma m.fl 2008: 387)

Det viktigaste är att diabetikern lär sig att vårda sig själv. Vårdpersonalen skall se till att patienten har tillräcklig kunskap och de redskap som behövs för god egenvård. De centrala punkterna är handledning och inläring samt anpassning till vården. Dagens vård för typ 1-diabetiker går ut på kombinationsvård med lång- och kortverkande insulin. Vården av typ 2-diabetes kan mera ses som en helhetsvård där man inte endast vårdar sockervärden utan fokuserar även på förhöjda blodtrycks- och fettvärden. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 9)

Egenvården går ut på att diabetikern håller koll på olika symptom, blodsockervärden, ketonvärden, vikt, fötternas och munnens hälsa samt granskning av injiceringsställen och blodtrycksvärden. För diabetiker växlar behovet av blodsockeruppföljningen beroende på vilken typ av diabetes han eller hon har, vårdformen, vårdmålen och den aktuella situationen. För vissa räcker det att mäta blodsockret några gånger i veckan medan vissa behöver göra flera mätningar om dagen. Att mäta ketonvärden är viktigt för barn, diabetiker med insulinpump, gravida diabetiker samt vid olika sjukdomstillstånd. Ketonvärden bör mätas när blodsockervärdena är över 15 mmol/l. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 46-66)

Diabetikern lär sig att självständigt justera mängden insulin eller diabetesmedicin. Justering av långverkande insulin kan bli aktuellt beroende på olika behov p.g.a. motion eller arbete. Menstruationscykeln kan inverka också på behovet av insulin. Kortverkande insulinets dosering justeras enligt mängden kolhydrater som intas. Med kortverkande insulin kan man också sänka på blodsockervärden som tillfälligt blivit för höga. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 59-60)

Målsättningen i vården för diabetiker är att patienten skall känna välbefinnande samt vara symptomfri. Praktiskt sett så kan diabetikern själv påverka sitt välbefinnande i hög grad, beroende på hur bra han eller hon kan hålla sockerbalansen gällande höjande och sänkande faktorer. Till de allmänna målsättningarna hör också att blocksockervärdena före måltid är mellan 4-7 mmol/l och efter måltiderna mellan 8-10 mmol. Blodtrycket borde vara 130/80 mmHg eller lägre. För fettvärdena gäller följande målsättningar: LDL-kolesterol under 2,5 mmol/l, HDL-kolesterol för män över 1,1 mmol/l och för kvinnor över 1,3 mmol/l, triglyceriderna under 1,7 mmol/l och helhetskolesterolet under 4,5 mmol/l. Diabetikern borde vara rökfri, äta hälsosamt, röra på sig och ha normalvikt (viktindex 20-25 kg/m²). (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 11)

Den mest akuta och allvarligaste rubbningen i sockerbalansen är hypoglykemi. Vid hypoglykemi så sjunker blodsockret för mycket. Hypoglykemi uppkommer när tillgången på kolhydrater är för liten och kroppens egna blodsockerhöjande medel inte räcker till att kämpa mot medicinens eller insulinets verkan på att sänka blodsockret. (Kuisma m.fl. 2008: 392)

Vid motion förbrukas socker och cellerna blir mera känsliga för insulinets verkan. Därför kan motion också leda till för lågt blodsocker. Det krävs dock ändå att det finns insulin i kroppen. Mera insulin betyder mera inverkan på blodsockervärdena, därför bör mängden insulin justeras till mängden motion. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006:315)

Problem med matsmältningen, t.ex. diarré, rikliga uppstötningar eller funktionella fel i magsäckens tömning, kan orsaka för lågt blodsocker. Alkohol kan också orsaka för lågt blodsocker. Alkoholen sänker blodsockret indirekt genom att hindra levern från att producera socker. Vid sällsynta fall, när insulinet injiceras rakt i ett blodkärl, kan blodsockret sjunka mycket snabbt. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 316-317)

När blodsockret sjunker under 4,0 mmol/l talar man om för lågt blodsocker. Hos friska människor så sjunker blodsockret mycket sällan under 4,0 mmol/l och i praktiken aldrig under 3,0 mmol/l. Vid blodsockervärden under 3,5 mmol/l kan tankeprocessen och koncentrationen börja rubbas. Hjärnans och nervsystemets funktioner rubbas tillfälligt när

blodsockret sjunker under 2,8-2,5 mmol/l. Oftast blir patienten medvetslös när blodsockret sjunker under 2,0 mmol/l. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 314)

Insulinkänningar orsakas av för lågt blodsocker. Känningarna beror på att kroppen försöker motverka det låga blodsockret genom att utsöndra adrenalin, noradrenalin, tillväxthormon, kortisol och glukagon ifall levern producerar det ännu. Vanliga symptom är: hjärtklappningar, svettningar, matthet, darrningar, hunger, huvudvärk, illamående, domningar runt munnen, stickningar i händer och fötter, dimmig syn, dubbelseende, onormalt beteende (som t.ex. irritabilitet och rastlöshet) och till sist medvetslöshet och möjliga kramper. Ifall patienten haft återkommande hypoglykemier kan igenkännandet av insulinkänningar bli nedsänkt eller helt saknas (hypoglycemia unawareness). (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 317-318)

Ifall diabetikern märker att blodsockret blivit lågt gäller det att snabbt försöka rätta till situationen för att undvika att värdet sjunker för mycket. Låga blodsocker höjs genom intag av kolhydrater. 10g socker höjer blodsockret ca 3 mmol/l för en som väger 50 kg, 2 mmol/l för en som väger 70 kg och 1,5 mmol/l för en som väger 100 kg. Det räcker att höja blodsockervärdet till 7,0-7,5 mmol/l, meningen är inte att översköta det låga blodsockret. För att snabbt höja på blodsockret kan diabetikern inta t.ex. 8 st glukostabletter, 2 msk honung eller sirap, 8 sockerbitar eller 1 glas sockerhaltig dryck. De ovan nämnda exemplen innehåller ca 20 g socker. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 319) Ifall blodsockret sjunker tillräckligt uppstår medvetslöshet. Detta tillstånd kallas insulinchock. I dessa fall är diabetikern i direkt behov av hjälp och nödcentralen bör kontaktas. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 325)

Vården för vuxna patienter är 100 ml 10-procentig glukos intravenöst, vilket upprepas vid behov. För barn är dosen 2ml/kg. Det är mycket sällsynt att dessa doser inte räcker till, bortsett från fall av insulinöverdos. (Kuisma m.fl. 2008: 168) Efter att patienten vaknat och kan äta ger man honom eller henne något ätbart, t.ex. saft och smörgås. Blodsockret granskas på nytt 10 minuter efter att patienten ätit. (Castrén m.fl. 2004: 139)

Man bör försöka reda ut orsaken till hypoglykemin - vilket insulin patienten tagit och när samt när patienten ätit. Genom utredningen kan man bedöma om det finns risk för att blodsockret sjunker igen och ifall det finns behov av fortsatt vård. (Kuisma m.fl. 2008: 393)

Följande kriterier bör uppfyllas för att patienter kan lämnas på plats efter förstavården: (Kuisma m.fl. 2008: 393):

1. Patienten är symptomfri
2. Patienten har kolhydratrik mat och klarar av att äta
3. Man vet orsaken till hypoglykemin och den orsakande faktorn är skött
4. Patienten kan vårda sig själv och kan vid behov tillkalla hjälp
5. Det finns inga tecken på andra akuta sjukdomar
6. Det är inte frågan om ett barn (under 8 år) eller barnets första fall av hypoglykemi
7. Patienten har diagnostiserad diabetes

Det bör kommas ihåg att hypoglykemi beror på det tagna insulinet och har således inget att göra med de insulindoser som behövs efteråt. Därför bör diabetikern inte lämna bort det insulin han skall ta, vilket endast leder till för höga blodsockervärden. (Ilanne-Parikkala m.fl. 2006: 322)

Ifall blodsockervärdet är över 3 mmol/l och patienten inte vaknar bör läkare konsulteras och patienten bör transporteras för fortsatt vård. Bakomliggande orsaken kan vara t.ex. hjärnblödning, intoxication eller hjärnskada p.g.a. förlängd hypoglykemi. (Castrén m.fl. 2004: 139)

6.2. Hjärnskakning

Olika olyckor är orsaken till 15 000-20 000 hjärnskador årligen i Finland. I de flesta fall är det frågan om lindriga skador som t.ex. hjärnskakningar. Men ca 4000 patienter får dock livslånga men och ca 1000 patienter dör p.g.a. hjärnskador. Hjärnskador orsakas

oftast av trafikolyckor och olika fall. Skadan kan vara på den sidan av hjärnan som blir träffad eller på den motsatta sida, p.g.a. att hjärnan ligger i likvor och hjärnvävnaden sätts i rörelse efter stöten. (Kuisma m.fl 2008: 294)

Vid hjärnskakningar rubbas vakenhetscentrets funktioner tillfälligt. Detta kan leda till t.o.m. 30 minuters medvetslöshet. Efter skadan kan patienten också drabbas av ett kortvarigt krampanfall. Patienten vaknar oftast inom några timmar. Symptom som hör till hjärnskakning är huvudvärk, illamående och minnesbortfall. Vissa patienter kan få symptom som håller i månader som t.ex. huvudvärk, svindel, ändringar i personligheten och koncentrationssvårigheter. (Kuisma m.fl. 2008: 294)

Av de patienter som har hjärnskakning har under 10 procent lindriga blödningar innanför skallen och ca två procent blir opererade. Till riskfaktorerna hör medicinering som tunnar ut blodet (t.ex. Marevan), patienter som är över 60 år samt kramp, huvudvärk eller illamående efter olyckan. (Kuisma m.fl. 2008: 294)

Det är viktigt att undersöka hela patienten noggrant och utesluta möjliga andra skador. Skallen palperas för att upptäcka möjliga skallbensfrakturer eller sår. Man kollar näsa och öron för möjlig blödning eller tecken på läckage av likvor. (Kuisma m.fl. 2008: 348)

Samtidigt som man gör olika undersökningar utreder man vad som egentligen har hänt. Finns det tecken på våld eller användning av alkohol eller andra berusningsmedel? Man försöker ta reda på patientens sjukdomar och medicinering. Allt som upptäcks skall noggrant dokumenteras. (Kuisma m.fl. 2008: 348) Patienten bör transporteras för fortsatt vård ifall han efter olyckan har något av följande symptom: medvetslöshet eller svårigheter att hållas vaken, svårigheter att förstå tal eller text, känslösbortfall, syn eller hörselbortfall, blödning från örat eller hematom i ögonregionen utan skada. (Saarelma 2009)

Ifall patienten är orienterad till tid och rum och inte har neurologiska symptom eller andra skador som kräver sjukhusbesök kan han eller hon lämnas hemma ifall hon inte blir ensam. Till vården hemma hör att patienten blir väckt några gånger under natten för

att kolla medvetandegrad. (Kuisma m.fl. 2008:294) Enligt Käypähoito-rekommendationerna bör patienten undvika följande saker några dagar eller tills tillståndet normaliserats: bilkörning, lågvarigt TV-tittande eller läsande, video- eller data-spel, användning av alkohol eller andra berusningsmedel samt hård fysisk ansträngning, speciellt sådan där det finns risk för att skada huvudet. Ifall patienten har huvudvärk kan receptfria värkmediciner användas. Om symptomen efter hjärnskakningen fortsätter ännu en månad efter olyckan bör patienten kontakta en läkare för vidare undersökningar. (Käypähoito, ohjeita lievän pään vamman saaneille 2006)

6.3. Epileptiska anfall

Krampanfall patienter hör till de tio vanligaste orsakerna för alarmerande av ambulans. I stadsmiljö är krampanfall vanligare än ute på landsbygden, vilket beror på större användning av berusningsmedel. Kramper orsakas oftast av något sjukdomstillstånd som t.ex. epilepsi. Andra orsaker kan vara skall- och hjärnskador, skador under fostertiden, utvecklingsstörningar, problem med blodcirkulationen i hjärnan, hjärninfarkt, hjärnblödning, SAV, meningit/enkefalit och hjärntumörer. Med epilepsi menas att man får upprepade anfall utan provocerande faktorer. Hos 60% av epileptikerna är orsaken idiopatisk, vilket betyder att man inte kan påvisa tecken på organisk sjukdom. Man räknar med att 8-10% av befolkningen kommer att drabbas av ett epileptiskt anfall under sin livstid. (Kuisma m.fl. 2008: 315-316)

Ett epileptiskt anfall innebär att människans medvetande, motorik, sensorik, autonoma nervsystem eller beteende rubbas p.g.a. störningar i hjärnans nervceller. Kemiskt sett är det möjligen fråga om ett missförhållande mellan excitatoriska (glutamat) och inhibitoriska (GABA) transmittorerämnen. Orsaker till kramp är: fysisk eller psykisk påfrestning, avslutande av alkoholkonsumtion, avslutat användande av lugnande mediciner, sinnesretning (blinkande ljus), byte eller avslutande av epilepsimedicinering, syrebrist, sömnbrist, hypoglykemi, hyperventilation, feber eller hetta. (Kuisma m.fl. 2008:315)

Anfallen kan delas upp i partiella anfall och generaliserade anfall. Generaliserade anfall omfattar hela hjärnan och patienten blir omedelbart medvetslös. Partiella anfall omfattar däremot bara en viss del av hjärnan och patienten hålls vaken. Symptomen beror på vilket område av hjärnan som rubbas. Vid komplexa partiella anfall så påverkas medvetandet till viss mån. Partiella anfall kan sprida sig och bli generaliserade. De generaliserade anfallen delas in i: absenser (petit mal), myokloniska, kloniska, toniska, tonisk-kloniska (grand-mal) samt atoniska anfall. (Kuisma m.fl. 2008: 315)

I vissa fall kan patienten få en så kallad aura, d.v.s. en förkänsla av ett kommande epileptisk anfall. Det kan vara frågan om huvudvärk, magont, illamående, smak- eller luktförnimmelser eller sensoriska känslor i ansikte och lemmar. Förkänslorna kan möjligen vara partiella anfall som sprider sig till generaliserade anfall. (Kuisma m.fl. 2008: 317)

Största delen av patienterna upplever dock ingen förkänsla, utan blir plötsligt medvetlösa och faller ihop. Grand mal anfallen kan indelas i två faser, tonisk och klonisk. Under toniska fasen spänns kroppen, nacken och extremiteterna i extension. Andningen upphör för en stund och ansiktet blir cyanotiskt. Patienten kan bita sig i läppen och tungan. Inkontinens kan också förekomma. (Kuisma m.fl. 2008: 317)

Efter ca 20 sekunder börjar den kloniska fasen där symmetriska muskelryckningar i extremiteterna och i nacken förekommer. I armbågarna kan man se en klar flexion, vilket är lite mera otydligt i knäna. Patienten börjar andas på nytt och det kan komma fradga ur munnen. Anfallet är oftast över på 1-5 minuter. Medvetlöshet är normalt efter anfallet. Detta följs av ett eftertillstånd då patienten går att väcka men han eller hon ofta är oklar och orolig. Så småningom vaknar patienten till och blir mer orienterad. Babinskis test kan vara positivt för vissa patienter. (Kuisma m.fl. 2008: 317)

Hos vissa patienter kan avslutande av långvarigt alkoholanvändande provocera en s.k. abstinenskramp. Krampen liknar ett grand mal anfall. Patienten har oftast andra abstinensbesvär som takykardi, orolighet och darrningar. Anfallet inträffar ofta 1-2 dygn efter sista alkoholportionen. Patienten undersöks på samma sätt som alla andra epileptiska anfall och andra orsaker till anfallet kan inte uteslutas före undersökningen. (Kuisma m.fl. 2008: 316)

Hög feber kan orsaka kramper åt barn. Feberkramper uppkommer vanligen hos barn i åldern 5 månader till 4 år. Vid feberkramp överstiger febern oftast 38,5 °C. Krampen inträffar oftast när febern håller på att stiga. Det är frågan om en grand mal liknande kramp som är kortvarig. Det ligger en 30% risk att krampen förnyas om patienten har feber. Feberkramper tyder inte på att patienten skulle insjukna i epilepsi senare i livet. (Kuisma m.fl. 2008: 316)

Feberkramper sköts genom att svalka barnet, man tar t.ex. bort kläderna inomhus och öppnar fönstren. Man måste vara försiktig med att inte svalka patienten för mycket. Paracetamol ges för att sänka febern. Krampen har ofta slutat när ambulanspersonalen kommer på plats, därför är det sällsynt att vårdare blir tvungna att medicinera patienten. Som kramplösande medicin används bentsodiazepiner. Patienter som tidigare haft feberkramper kan ha egna mediciner hemma. (Kuisma m.fl. 2008: 319)

Efter att patienten vaknat, med hjälp av möjliga ögonvittnen försöker man få en beskrivning på hur krampen såg ut – ifall den var symmetrisk samt hur länge den varade. Lider patienten av epilepsi eller är han eller hon diabetiker? Är det frågan om patientens första epileptiska anfall eller har patienten haft flera anfall under senaste dygnet? Man reder ut hur ofta patienten normalt har anfall och om hon hade några förkänslor. Tog det länge förrän medvetandet återkom, var det snabbt eller hade patienten eftersömn? Har patienten tidigare skall- eller hjärnskador eller finns det tecken på infektion? (Kuisma m.fl. 2008: 317)

Patienten kan lämnas hemma ifall man vet orsaken till krampen (epilepsi, abstinens eller skött hypoglykemi), patientens medvetande är normaliserat och det inte finns några tecken på skallskador, delirium eller allvarliga infektioner. Det får inte heller vara frågan om återkommande anfall. Ifall patienten lämnas ensam hemma bör läkare konsulteras. Det bör heller inte vara frågan om patientens första epileptiska anfall. Efter första anfallet krävs undersökning av underliggande orsak. (Kuisma m.fl. 2008: 320-321)

Barnpatienter som tidigare har haft feberkramper kan lämnas hemma med föräldrarna ifall barnet är i gott skick. Det får inte finnas tecken på hjärnhinneinflammation eller

sepsis. Föräldrarna kan vid behov söka sig till hälsovårdscentralen på läkarbesök. Om det är frågan om barnets första feberkramp och barnet är i gott skick efteråt kan föräldrarna ta barnet till vård med egen transport. (Kuisma m.fl. 2008: 321)

6.4. Dokumentation av sjukdomarna

Enligt folkhälsolagens 18 § skall den till hälsovårdscentralen hörande personalen som besöker patienter alltid dokumentera patientens hälsotillstånd i därtill avsedda dokument. De som arbetar inom akutvården i Finland är alltid direkt eller indirekt via avtal hälsovårdscentralens personal. (Kuisma m.fl. 2008:52)

Juridiskt sett så har det som inte dokumenterats inte heller gjorts. Från dokumenten kan man efteråt kolla om patienter får korrekt och bra vård och detta möjliggör utvecklandet av organisationen. (Castrén m.fl. 2002:71-72)

I Finland används huvudsakligen FPA:s SV210-blankett (Utredning och ansökan om ersättning för sjuktransport) vid dokumentering inom akutvården. I dagens läge används också på vissa håll elektronisk dokumentation. Det är frågan om ett officiellt dokument och bör därför ifyllas sakligt. (Kuisma m.fl. 2008:52-59)

I dokumentet ifylls allt från orsaken till varför nödcentralen kontaktats, det man frågat samt iakttagit och de vårdåtgärder man gjort. Vårdaren bör vara speciellt noggrann gällande dokumentering av medicinering av patienter och vid fall där patienten lämnas hemma. Ifall något skulle hända så är dokumenteringen viktig för vårdarens rättskydd. (Kuisma m.fl 2008:52-59)

7. X-KODER

I prehospitäl vård används uttrycket X-kod för patienter som inte transporteras för fortsatt vård av sjukvårdspersonalen. Det finns tio olika x-koder från X-0 till X-9. Vårdaren kan låta bli att transportera patienten med ambulans, men har inte rätt att förneka patienten från att själv söka sig till vård. Användandet av X-koder bör noggrant övervägas och de skall användas ansvarsfullt. Användandet av X-koder varierar mycket beroende på ort och sjuktransportföretag. I Helsingfors så slutade över 38% av alla brådskande ambulansuppdrag i en X-kod år 2006. (Kuisma m.fl. 2008:103)

Som följande tas upp de för arbetet viktiga X-koder. Koderna som granskas närmare är X-2 (polisen tar hand om patienten), X-4 (annan transport används), X-5 (inget behov av transport eller vård), X-6 (patienten vägrar bli vårdad eller transporterad) och X-8 (vårdad på plats).

De andra X-koderna som inte tas upp i arbetet är: X-0 (körhinder), X-1 (patienten hittas död eller dör medan vårdarna är på plats), X-3 (annan hjälp), X-7 (ingen patient hittas) och X-9 (uppdraget annulleras).

X-2 Polisen tar hand om patienten

Oftast är det frågan om berusade patienter som inte klarar av att ta hand om sig själv. Polisen kan ta patienten i förvar ifall det inte finns tecken på störning i vitala livsfunktioner eller medvetandegraden. Det bör också försäkras att patienten inte har skador, sjukdomar eller medicinering som inverkar på hans tillstånd. Man bör kunna anta att patientens tillstånd inte inom kort kommer att bli sämre. (Castrén m.fl. 2004:183)

Finns det misstanke om att patienten tagit överdos av mediciner eller andra preparat, alkoholförgiftning (över tre promille för en ovan alkoholanvändare), eller lider av svårövervaklig sjukdom (t.ex. diabetes) så bör patienten transporteras för fortsatt vård. (Kuisma m.fl. 2008:105)

Berusade minderåringar tas sällan i polisens förvar utan transporteras oftast till hälsovårdsjouren. Ifall det inte finns behov av sjukvård kan patienten i vissa fall transporteras hem eller så kan man be föräldrarna hämta honom. Detta görs i enighet med patienten. Man måste komma ihåg att följa bestämmelserna i barnskyddslagen och anmäla händelsen till barnskyddet. (Kuisma m.fl. 2008:105)

När patienten överlämnas till polisen ges ett noggrant ifyllt dokument över vad som undersökts och konstaterats. I dokumentet kan vårdare skriva uppföljningsdirektiv till patienten. (Castrén m.fl. 2004:183)

X-4 Annan transport

Det är ofta svårt för den som anhåller om hjälp att kunna uppskatta behovet av vård och transport. Utgående från patientens tillstånd bestäms transportfordonet vilket inte nödvändigtvis behöver vara en ambulans utan kan också vara t.ex. taxi eller egen bil. (Castrén m.fl. 2004:184)

Ifall patienten söker sig till hälsovårdscentralen/sjukhuset med annan transport än ambulans bör vårdaren noggrant fylla i sjukvårdsberättelsen och ge originalet till patienten. Dokumentet kan tas med till vårdplatsen för att visa upp vid anmälningen. (Kuisma m.fl. 2008:106)

Ifall patienten anvisas till att på egen hand söka fortsatt vård, bör det inte finnas tecken på allvarliga sjukdomar eller allvarliga skador. Patientens tillstånd skall vara så stabilt att det inte förväntas förvärras under de närmaste timmarna. Patienten skall inte vara i behov av liggplats under transporten. (Castrén m.fl. 2004:185)

X-5 Inget behov av transport

Ensamhet, läkarbrist, korta vårdtider m.m. gör att människor söker trygghet genom att ringa till nödcentralen och be efter en ambulans. Människor kan också bli skrämda av små olyckshändelser och mindre allvarliga symptom. Den prehospitla vården har utvecklats mycket under de senaste åren och denna utveckling möjliggör en noggrann un-

dersökning av patienten redan hemma. Ifall det efter undersökningar inte finns behov av transport eller fortsatt vård kan man i samtycke med patienten lämna honom eller henne hemma. (Kuisma m.fl. 2008:105)

Situationen blir svårare om patienten och/eller anhöriga nödvändigtvis vill till sjukhusjouren. I dessa fall kan man söka stöd genom att konsultera läkare. Vårdaren kan endast avstå från att transportera patienten men kan inte förbjuda patienten från att själv uppsöka sig till en läkare. (Kuisma m.fl. 2008:106)

Sjukvårdsberättelsen skall fyllas i noggrant, där skall direktiv över när nödcentralen skall kontaktas på nytt dokumenteras. Direktiven skall även ges muntligt åt patienten och vid behov också till anhöriga. (Kuisma m.fl. 2008:105-106)

X-6 Patienten vägrar bli transporterad

Patienten måste skötas i samförstånd med honom eller henne och bör noggrant informeras om det dåvarande hälsotillståndet. Lagen om patientens ställning och rättigheter skyddar patientens autonomi och enligt den så kan patienten avstå från att bli vårdad. Självbestämmanderätten gäller för myndiga patienter fränsett vissa situationer där mentalvårds-, missbrukar- och barnskyddslagen tillämpas. (Kuisma m.fl. 2008:107)

Patienten kan inte lämnas ovårdad ifall hon är allvarligt skadad eller lider av någon allvarlig sjukdom. Ifall patienten inte kan göra rationella beslut kan vården genomföras mot hans vilja. Det kan vara frågan om t.ex. hjärnskador, hypovolemi, hypoglykemi, allvarliga infektioner eller efter epileptiska anfall. (Castrén m.fl. 2004:187)

Polisens handräckning kan användas vid fall där patienten vägrar bli omskött, är självdestruktiv eller tillståndet är livshotande. På vissa orter kan man också kalla en läkare på plats. (Kuisma m.fl. 2008:107)

Ifall patienten är i behov av fortsatt vård kan man försöka övertala honom att följa med. Patienten informeras om riskerna gällande hans situation, han bör också informeras om att han själv bär ansvaret för konsekvenserna. Läkare kan kontaktas och man kan be lä-

karen tala med patienten. Om patienten ändå vägrar bli transporterad informerar man honom om när nödcentralen bör kontaktas på nytt och ber patientens underskrift på sjuktransportsblanketten. (Castrén m.fl. 2004:187)

X-8 Patienten sköts på plats

Vissa sjukdomstillstånd kan vårdas på plats av ambulanspersonalen och patienten behöver inte söka sig till fortsatt vård. Oftast är det frågan om hypoglykemi, epileptiska anfall, supraventrikulär takykardi (SVT), bröstsmärta och lindriga astma anfall. Hypoglykemin vårdas genom att ge patienten näring via munnen eller intravenös sockerlösning. Vid epileptiska anfall används bentsodiatsepiner. Hos icke hjärtsjuka SVT patienter sköts tillståndet genom att ge läkemedlet adenosin intravenöst. Nitro ges åt patienter som lider av angina pectoris och som inte har tecken på akut hjärtinfarkt i EKG:n. Astma vårdas genom inhalering av astmamediciner. (Castrén m.fl. 2004:188-189)

Ibland är det svårt och skilja mellan användandet av koderna X-5 och X-8. Sjukförsäkringen ersätter uppdrag som alarmerats via nödcentralen där medicin har använts intravenöst, intramuskulärt eller via andningsvägarna med redskap/mediciner som finns i ambulansen, läkare har konsulterats och det tydligt kan påvisas att situationen krävt vårdarnas yrkeskunskap. (Kuisma m.fl. 2008:108)

För att kunna lämna patienten hemma måste vårdaren veta orsaken till anfallet. Det får inte t.ex. vara frågan om patientens första epileptiska anfall. Det bör också vara ett tillstånd som lätt går att vårdas. Det kan gälla bröstsmärta som vårdas med nitro, vartefter det inte finns tecken på syrebrist i patientens EKG. Efter vården bör patientens allmäntillstånd vara bra och han bör vara saklig och orienterad. Patienten skall klara av att ta hand om sig själv eller så bör situationen vara så bra att försörjaren klarar av att ta hand om patienten. Patienten bör inte ha fått skador i samband med anfallet. (Castrén m.fl. 2004:188)

8. UTVECKLING AV HEMVÅRSDIREKTIV

Inom sjukvården används skriftlig handledning allt bredare utsträckning. Det finns flera orsaker till att användningen av skriftligt material har ökat, bl.a. så har vårdtiderna blivit allt kortare och patienter har ofta ökat behov av att veta mera om sjukdomar och dess vård för att bättre kunna ta hand om sig själva. Skriftliga direktiv skall vara till för att stöda den verbala handledningen och som källa för att uppfriska minnet. (Torkkola m.fl. 2002:7-8)

Skriftliga hemvårdsdirektiv fungerar som en informationskälla vars betydelse är att rådgiva och handleda patienter. De ger också en bild av den organisationen som utdelar direktiven, t.ex. om deras vårdideologier. Därför finns det inte bara ett enda sätt att utveckla hemvårdsdirektiv. Direktiven måste formis enligt de behov som organisationen har och vara till för att stöda både personal och patienter. (Torkkola m.fl. 2002:34)

Enligt Torkkola m.fl. (2002:34-35) så är det lättare att bygga upp hemvårdsdirektiven ifall man har en färdig modell att gå efter. Vid Östra Nylands räddningsverk använder man sig inte av skriftliga hemvårdsdirektiv vilket betyder att det inte finns färdiga modeller eller en bas att bygga upp nya hemvårdsdirektiv på. Därför har skribenten valt att använda sig av olika litteratur och artiklar om utvecklande av hemvårdsdirektiv, dock främst gjorda för bruk innanför sjukhus.

De färdiga hemvårdsdirektiven borde vara lätt tillgängliga och vara sparade i elektronisk format så att man utan besvär kan printa ut nya kopior. Innehållet bör granskas med jämna mellanrum och förnyas vid behov. De bör dock godkännas av organisationen och de personer som ansvarar för innehållet i direktiven. (Torkkola m.fl. 2002:60-61)

8.1. Fungerande hemvårdsdirektiv

Saker som bör tänkas på när man utvecklar hemvårdsdirektiv är: att man skriver åt patienten, att man skriver ut de viktiga sakerna först, användandet av rubriker, möjliga bilder, texten, kompletterande uppgifter, bra språk och layouten. Nedan tas dessa saker närmare upp. (Torkkola m.fl. 2002)

Att skriva till patienten

Det är viktigt att alltid tänka på vem man skriver åt. Hemvårdsdirektiven skall vara till för att handleda patienten. Så att han kan handla rätt enligt de direktiv som finns och enligt vilka organisationen fungerar. Direktiven är också en väsentlig informationskälla. Ett bra direktiv är tilltalande för patienten. Han skall känna att direktiven är gjorda för honom och det bör framkomma direkt i början vad direktiven handlar om. (Torkkola m.fl. 2002:35-36)

Det är bra att bestämma sig hur patienten tilltalas i texten, använder man sig av du eller ni. Ifall man är osäker på vilket man borde använda är det bättre att nia. Tillsägelser borde användas föraktsamt, det borde istället i hemvårdsdirektiven förklaras och motiveras varför vissa saker bör göras. (Torkkola m.fl. 2002:37-38)

Till allra först “First things first”

Genom att skriva de viktigaste sakerna först försöker man väcka patientens intresse för innehållet i direktiven. Att skriva de viktigaste sakerna först i hemvårdsdirektiven är också viktigt så att de patienter som endast läser en del av direktiven får den viktigaste informationen direkt i början. (Torkkola m.fl. 2002:39)

Rubriker

För att göra hemvårdsdirektiven lättlästa använder man sig av rubriker och under-rubriker. En bra huvudrubrik skall också väcka läsarens intresse för att läsa vidare. Med underrubriker delas texten i tillräckligt stora delar och de är till för att berätta vad texten nedan handlar om. (Torkkola m.fl. 2002:39-40)

Text

Direktiven bör vara lätt förståelig, svåra ord bör undvikas och texten borde löpa logiskt. Texten bör skrivas så att den motsvarar det som man skulle säga muntligt till patienten och borde svara på de frågor som patienten behöver veta. När man skriver om sjukdomar och deras vård borde man svara på frågorna: *vad, hur, vart, när* och *vad är konsekvenserna*. (Torkkola m.fl. 2002:42-43)

Bilder

Bilder är till för att göra direktiven mera lockande. De är också till för att göra texten mera förståelig. I vissa direktiv så kräver innehållet att man använder sig av bilder. Ifall bilden inte ger mera innehåll till texten så är användningen onödigt. (Torkkola m.fl. 2002:40-41)

Kompletterande uppgifter

I slutet av direktiven kan man skriva ut kontaktuppgifter, information om vem som har gjort direktiven samt hänvisningar vart tilläggsinformation kan sökas. Bra direktiv ger patienten möjligheten att kontakta någon instans ifall han har frågor som inte direktiven ger svar på. Alla direktiv kräver inte att man har ovannämnda saker med, som t.ex. direktiv som allmänt beskriver sjukdomar och deras vård. (Torkkola m.fl. 2002:44-45)

Det kan vara bra att hänvisa patienten att söka tilläggsinformation från olika medicinska- och icke medicinska böcker eller artiklar och också från internet. (t.ex. terveysportti eller föreningssidor). (Torkkola m.fl. 2002:45)

Språket

För att patienten skall förstå direktiven bör språket vara bra och förståeligt. Som hjälp kan man använda sig av olika språkböcker och ordlistor. Försiktighet bör användas vid översättningar av medicinska termer och vid användning av förkortningar. (Torkkola m.fl. 2002:46)

Layout

Om direktiven är bra uppbyggda och ser bra ut så är det lättare att förstå innehållet och samtidigt så ökar det intressen för att läsa den. Det betyder inte att direktiven måste vara gjorda på dyrt papper och ha massor med fina färgbilder. (Torkkola m.fl. 2002:53)

Hela processen börjar med att man planerar hur direktiven skall se ut, hur man placerar text, bilder och rubriker samt storleken på pappret. Sedan bestäms vilket typsnitt används och storleken på texten, vad blir radavståndet, marginalerna och hur texten justeras samt om man tänker betona vissa ord. Det är viktigt att välja en font som är tydlig och var olika bokstäverna lätt kan skiljas. (Torkkola m.fl. 2002:55-59)

Tomrum behövs inte undvikas. Däremot så blir direktiven mera lättlästa ifall det inte finns för mycket text. Det är inte möjligt att få all information nedskrivet på ett enda direktiv. (Torkkola m.fl. 2002:53)

8.2. Forskning om utvecklande av skriftliga direktiv

Skribenten sökte på databasen PubMed olika artiklar om utvecklande av skriftliga direktiv inom sjukvården. Som sökord användes bl.a. ”*patient information*”, ”*written material*” på engelska, finska och svenska. Skribenten försökte också hitta material för utvecklande av hemvårdsdirektiv för den prehospitala vården. Alla artiklar som skribenten hittade var gjorda för användning innanför sjukhuset. I artiklarna finner man stöd för det som Torkkola m.fl (2002) har skrivit i boken ”*Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille*” som skribenten valt att använda som bas vid utvecklandet av hemvårdsdirektiven.

Evans, J.R. Darren har i sin forskning ”*Designing Patient-Focused Information: An Opportunity for Communicating Anatomically Related Information*” från år 2008 tagit upp 10 punkter för att utveckla förståeliga skriftliga direktiv: 1. Håll meningarna korta, 2. Föredra lätta före svåra, 3. Föredra bekanta ord, 4. Undvik onödiga ord, 5. Använd handligsverb, 6. Skriv som du talar, 7. Använd termer som läsaren förstår, 8. Använd

dig av läsarens erfarenheter, 9. Ta nytta av variationer, 10. Skriv för att uttrycka något och inte för att imponera.

Utöver de 10 punkter som Evans, D (2008) tagit upp i sin forskning så har Walsh, Dawn och Shaw, David G. i sin forskning ”*The design of written information for cardiac patients: a review of the literature*” från år 2000 tagit upp några viktiga punkter. Walsh, D och Shaw, D rekommenderar att; bestämma sig för vad patienter behöver veta, undvika jargong, använda rubriker och underrubriker, använda sig av fråga-svara formaten, göra direktiven personliga, välja en enkel font för läsaren och använda sig minst av storleken 12 för texten, markera viktiga ord, lämna tillräckligt med tomrum och ifall man använder bilder borde de höra ihop med texten.

I en forskning gjord av Monsivais, Diane och Reynolds, Audree år 2003 med titeln ”*Developing and Evaluating Patient Education Materials*” tas upp viktigheten med att producera tillräckligt enkel text i skriftliga direktiv. Det finns många människor som inte är bra på att läsa och har kanske svårigheter med att förstå lästa texten. Därför borde skriftliga direktiv skrivas så att en sjätteklassist skulle förstå dem.

Monsivais, D och Reynolds, A (2003) får stöd från forskningen av Aldridge, Michael D. Med titeln ”*Writing and Designing Readable Patient Education Materials*”. Han skriver att största delen av skriftlig material är skrivna för personer med läsbarhet på högstadiet eller gymnasienivå. Aldridge skriver också att skriftliga direktiv inom vården borde vara på den nivån att en 11 eller 12 åring förstår dess innehåll.

8.3. Uppbyggnad av beställarens hemvårdsdirektiv

Direktiven delades upp i mindre stycken genom använda underrubriker. I direktiven används till viss utsträckning fråga-svara format men där är också direkta hänvisningar hur patienter och anhöriga skall agera vid vissa situationer. Meningarna är tillräckligt korta och direktiven byggs upp i punktformat. Storleken för direktiven blev A5, på ena sidan

finns informationen på finska och på andra sidan på svenska. Alla tre direktiven skrivs på vitt eller ljus paper med svart text. Som font användes ”Helvetica”.

De printade direktiven har Östra Nylands räddningsverkets logo upptill. Inga andra bilder användes, för de skulle inte ha medfört tilläggsinformation till direktiven. Radavsåndet har gjorts tillräckligt för att göra direktiven mera lättlästa. Ingen svår medicinsk terminologi finns med för att göra texten lättare förstådd.

Själva direktiven kommer inte att innehålla mycket information om sjukdomen. Direktiven är till för att påminna patienten och anhöriga om egenvården, samt när patienten bör uppsöka läkarvård på egenhand eller med ambulans.

9. ETISKA REFLEKTIONER

Den prehospitala vården baserar sig på en humanistisk människosyn, där man ser människan som en unik varelse. Den lyfter fram individens rätt att inverka på de beslut som görs gällande henne. (Kuisma m.fl. 2008:17)

Alla val i olika vårdsituationer baserar sig på etiska beslut, t.ex. när man kartlägger patientens situation och prioriserar vårdåtgärderna. Speciellt vid svåra olyckor och vid situationer där patienten är allvarligt sjuk så blir vårdaren tvungen att tänka över sina egna beslut och hur besluten inverkan på patienten och anhöriga. Vårdaren måste fråga sig själv vems bästa som befrämjas i situationen och hur man som vårdare kan stöda patienter och anhöriga vid oväntade situationer. I vissa fall måste vårdaren godkänna att alla inte kan räddas. (Kuisma m.fl. 2008:17)

Patienten har rätt att bli behandlad bra och värdefullt i alla vårdsituationer. Som vårdare bör man alltid respektera patientens människovärde. Vårdarens mål är att minska på patientens lidande. (Kuisma m.fl. 2008:17)

Syftet med detta arbete är att öka på patientens känsla av god vård genom att utveckla direktiv som hjälper till med egenvården. Eriksson har i sin bok "Broar" skrivit om etiska frågor som har med forskning att göra. Eriksson skriver hur man inte skall genom forskning orsaka lidande eller skada patienten t.ex. om det direkt berör vården av patienter. Forskningen skall inte heller vara ett självändamål, utan skall vara till för att gagna andra människor. (Eriksson 1991:21-22)

För att bygga upp de skriftliga direktiven har skribenten använt sig av material som är både aktuellt och evidensbaserat. Direktiven baserar sig på de vårdlinjer som de tre sjukdomstillstånden har.

10. KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION

Examensarbetet gjordes genom att följa Lauris modell för aktionsforskning från år 1997. I arbetet används de fyra första fasen av Lauris (1997) modell. För att hemvårdsdirektiven inte blev testade och ingen uppföljning gjordes så finns inte hela aktionsforskningens modell med. Ifall hela processen skulle ha varit med hade arbetet blivit för omfattande i detta skede. De tre faser som inte kom med i arbetet är: fas för förverkligande, utvärderingsfasen och fas för godkännande.

Fasen för förverkligande innehåller både förverkligande av verksamheten och dess uppföljning. Utvärderingsfasen är något som börjar redan vid planeringsfasen och kontinuerlig uppföljning av programmets förverkligande görs under prestationsfasen. Här görs också slutvärderingen genom färdigt planerad metod. I fasen för godkännande görs förändringen till en bestående handlingsmönster. (Paunonen 1997:117-118)

Syfte med arbeten var att utveckla tre olika hemvårdsdirektiv för tre olika sjukdomsfall till Östra Nylands räddningsverk. De tre olika sjukdomstillstånd som direktiv utvecklades för var: hypoglykemi, hjärnskakning och feberkramp.

Examensarbetet strävar att svara på de centrala frågorna som skribenten valde för studien. Frågorna var följande:

- 1) Vilka behov och vilken nytta finns det av hemvårdsdirektiv inom den prehospitla vården
- 2) Hur bygger man upp ändamålsenliga och fungerande hemvårdsdirektiv.

För att ta reda på behov och nytta med att utveckla skriftliga direktiv för den prehospitla vården valdes att använda tidigare forskningar om användning av hemvårdsdirektiv. Sökning efter hemvårdsdirektiv för den prehospitla vården gav inga resultat, vilket tyder på att färdiga skriftliga hemvårdsdirektiv inte används flitigt ute på fälten. Därför användes tidigare forskningar gjorda för innanför sjukhusbruk.

I arbetet användes 23 källor, varav två var webbkällor. Alla forskningar förutom en var gjorda på 2000-talet. Det material som användes för att beskriva vården av sjukdomarna och kriterierna för att kunna lämna hem patienter innehöll den information enligt vilket man för tillfället fungerar inom prehospitla vården.

Sjukdomsfallen är samma fastän de sköts hemma eller på sjukhus. Därför är det möjligt att använda sig av allmän forskning gjorda gällande hemvårdsdirektiv. Flera forskningar betonar handledningens betydelse för att hjälpa patienten att klara sin egenvård. Forskningen visar också på nyttan med skriftliga direktiv. (Kääriäinen m.fl. 2006 och Johansson m.fl. 2003) Också internationella forskningar betonar skriftliga materialens betydelse vid handledning av patienter. (Valerie, A & Arthur, S 1995 & Moult m.fl. 2004)

För att bygga upp fungerande och ändamålsenliga hemvårdsdirektiv så användes boken ”Potilasohjeet ymmärettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille” från år 2002. Där beskrivs grundligt hur skriftliga hemvårdsdirektiv skall formars. För att få stöd för den information som togs från boken valdes några forskningar ut om hur man bygger upp skriftliga hemvårdsdirektiv (Evans 2008).

Efter att skribenten studerat litteraturen och forskningarna så utvecklades tre olika hemvårdsdirektiven till beställaren. Ifall hemvårdsdirektiven tas i bruk så kan beställaren testa direktiven och göra möjliga ändringar på dem.

Direktiv gjordes åt patienter med hypoglykemi, hjärnskakning och feberkramp. Som bakgrund för feberkramp beskrevs allmänt om epileptiska anfall. Detta för att beställaren senare har möjligheten att göra flera skriftliga hemvårdsdirektiv t.ex. just åt patienter med epilepsi.

Som teoretisk bakgrund för arbetet valdes teorier om hälsa, vårdade och beslutsfattande. Erikssons tankar användes som bakgrund för hälsa och vårdade. För att beskriva beslutsfattandet inom vården användes Lauris teorier.

Vården strävar till att göra människor friska eller i såpass bra skick som möjligt. De beslut som vårdare gör kan inverkar direkt på patientens hälsa. Teorin om beslutsfattande valdes p.g.a. att de tillfällen där hemvårdsdirektiv kommer i användning kräver i hög grad att vårdare gör olika beslut. Beslut om vården och beslut om patientens vidare vård.

Vidare forskning kan göras utgående från detta arbete. Man kan t.ex. forska i hur hemvårdsdirektiven används, hur de fungerar och är patienter nöjda med den tilläggsinformation som de får.

KÄLLOR

- Aldridge, Michael D. 2004. *Writing and Designing Readable Patient Education Materials*. I: *Nephrology Nursing Journal*. Vol.17, nr. 4/2004. s.373-377.
- Eriksson, Katie. 1987. *Vårdandet idé*. Stockholm: Norstedts Förlag. ISBN: 91-20-06684-8
- Eriksson, Katie. 1989. *Hälsans idé*. 2. uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, Katie. 1991. *Broar - introduktion I vårdvetenskaplig metod*. Åbo Akademi. ISBN 951-649-974-0.
- Eriksson, Katie. 1994. *Den lidande människan*. Liber utbildning. ISBN 91-643-0862-7.
- Evans, Darrell J.R. 2008. *Designing Patient-Focused Information: An Opportunity for Communicating Anatomically Related Information*. I: *Anatomical Sciences Education* nr 1/2008. s.41-45.
- Castrén, Maaret; Kinnunen, Heikki; Paakkonen, Heikki; Pousi, Jouni; Seppälä, Juhani; Väisänen, Olli. 2002. *Ensihoidon Perusteet*. 2 uppl. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti. ISBN 951-98649-5-4.
- Castrén, Maaret; Kurola, Jouni; Lund, Vesa & Silfast, Tom. 2004. *Ensihoito-opas*. 1.-2. uppl. Helsinki: Duodecim. ISBN 951-656-145-4.
- Ilanne-Parikkala, Pirjo; Kangas, Tero; Kaprio, Eero A.; Rönnemaa, Tapani. 2006. *Diabetes*. 4. uppl. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry. ISBN 951-656-204-3.
- Johansson, Kirsi; Leino-Kilpi, Helena; Salanterä, Sanna; Lehtikunnas, Tuija; Ahonen, Pia; Elomaa, Leena; Salmela, Marjo. 2003. *Need of change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective*. I: *Patient Education and Counseling* Vol. 51. s.239-245.
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Porthan, Kari. 2008. *Ensihoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. ISBN 978-951-26-5766-7.
- Kääriäinen, Maria; Kyngäs, Helvi. 2005. *Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2005*. I: *Hoitotiede* Vol. 17, nr 4/2005. s.208-216.
- Lauri, Sirkka. 2007. *Päätöksenteko hoitotyön arjessa*. I: *premissi*. Nr 5/2007. s.21-23.
- Kääriäinen, Maria; Kyngäs, Helvi; Ukkola, Liisa; Torppa, Kaarina. 2006. *Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa*. I: *Hoitotiede* Vol. 18 Nr 1/2006. s.4-13.

- Lauri, Sirkka. 1984. Päätöksenteko hoitotyön prosessina. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö. ISBN 951-9105-53-0
- Käypähoito potilasohjeet. 2006. Ohjeita lievän pään vamman saaneille [www]. Kustannus Oy Duodecim. Hämtat 25.2.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=pot00108&p_teos=pot&p_selaus=
- Mattila, Elina; Kuisma, Markku; Sund, Kaj; Voipio-Pulkki, Liisa-Maria. 2004. *Out-of-hospital hypoglycaemia is safely and cost-effectively treated by paramedics*. I: European Journal of Emergency Medicine. Vol 11, nr. 2/2004. s.70-74.
- Monsivais, Diane; Reynolds, Audree. 2003. *Developing and Evaluating Patient Education Materials*. I: Journal of Continuing Education in Nursing. Vol. 34, nr 4/2003. s.172-176.
- Moult, Beki; Franck, Linda; Brady, Helena. 2004. *Ensuring Quality Information for Patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information*. I: Health Expectations nr 7/2004. s.165-167.
- Paunonen, Marita; Vehviläinen-Julkunen, Katri. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. uppl. Juva: WSOY. s. 114-135. ISBN 951-0-205-87-7.
- Saarelma, Osmo. 2009. Lääkärikirja Duodecim, Aivotärhdys ja pään vammat (aikuiset) [www] Hämtat 25.2.2010. Publicerat 9.7.2009. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=dlk&p_haku=kommootio&p_artikkeli=dlk00641
- Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena; Tiainen, Sirkka. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. ISBN 951-26-4766-4.
- Valerie, AM; Arthur, SRN. 1995. *Written patient information: a review of literature*. I: Journal of Advanced Nursing. Vol. 21. s.1081-1086.
- Walsh, Dawn; Shaw, David G. 2000. *The design of written information for cardiac patients: a review of the literature*. I: Journal of Clinical Nursing nr. 9/2000. s.658-667.

BILAGOR

Bilaga 1:



ITÄ-UUDENMAAN PELASTUSLAITOS
RÄDDNINGSVÄRKET I ÖSTRA NYLAND

HEMVÅRDSDIREKTIV FÖR PATIENTER MED LÅGT BLODSOCKER

När är blodsockret för lågt?

- Ifall du har insulinkänningar eller det mätta blodsockervärdet är under 4,0 mmol/l.

Egenvård vid lågt blodsocker:

- Ät kolhydrater som uppsugs snabbt, dröj inte. Kom ihåg att alltid ha med dig t.ex. glukospastiller eller socker.
- Oftast så hjälper redan 10-20 gram kolhydrater (1 glas sockerhaltigt saft eller 8 bitar glukospastiller) för att rätta till lindriga hypoglykemier.
- Blodsockervärdet mäts efter 15 minuter och om värden inte korrigerats så upprepas akuthjälpen.
- Undvik dock att höja blodsockret för mycket.

Kontakta 112 ifall:

- Diabetikern blir medvetslös eller desorienterad.
- Diabetikern inte kan inta mat eller dryck för att rätta till det låga blodsockret.
- Diabetikern inte återhämtar sig efter att blodsockernivån normaliserats.

Kontakta din egen läkare eller diabetesskötare när:

- Blodsockernivån inte hålls under kontroll
- Du har blivit skött på grund av för låga blodsockervärden.



MATALAN VERENSOKERIN KOTIHOITO-OHJE

Milloin verensokeri on liian matala?

- Jos tunnet matalan verensokerin oireita tai mittaat alle 4,0 mmol/l sokeriarvon.

Omahoito:

- Ota jotain nopeasti imeytyvää hiilihydraattia, älä viivyttele. Pidä aina mukana esim. glukoosipastilleja tai sokeria.
- Yleensä 10-20 grammaa nopeasti imeytyvää hiilihydraattia (esim. lasi sokeripitoista juomaa tai 8 kpl glukoosipastilleja) korjaa lievän hypoglykemian.
- Mittaa verensokeriarvon 15 minuutin kuluttua ja toista tarvittaessa ensiapuhoito.
- Vältä verensokerin ylikorjaamista.

Ota yhteys 112 mikäli:

- Diabeetikko menee tajuttomaksi tai ilmenee sekavuutta.
- Diabeetikko ei pysty syömään tai juomaan korjatakseen liian matalia verensokereita.
- Diabeetikon oireet eivät korjaannu verensokeritason palauduttua.

Ota yhteys omalle lääkärille tai hoitajalle:

- Jos verensokeritasapaino heittelee.
- Jos sinua on hoidettu liian matalien verensokereitten takia.



HEMVÅRD FÖR PATIENT MED HJÄRNSKAKNING

Vilka symptom är normala efter en hjärnskakning:

- måttlig huvudvärk
- illamående
- uppstötningar
- svindel
- minnes- och koncentrationsvårigheter
- trötthet

Egenvård:

- Uppföljning av medvetandegraden.
- Diskutera med patienten med jämna mellanrum. Ifall patienten svarar sakligt tyder det på att allt är normalt.
- Patienten bör under första natten väckas med 4 timmars mellanrum. Kontrollera att han reagerar och vaknar normalt.
- Patienten bör försöka röra på sig redan undet första dagen. Barn kan leka normalt ifall formen tillåter.
- Värk kan lindras med receptfria värkmediciner, t.ex. Panadol®, Burana®.

Vad bör undvikas under följande dagar:

- Bilkörande
- Långvarigt TV-tittande eller läsande.
- Användning av datorer och dataspel.
- Intag av alkohol eller andra berusningsmedel.
- Hård fysisk ansträngning

Kontakta 112 ifall:

- Patienten är medvetslös eller desorienterad.
- Patienten har grötigt tal, käselefall eller svaghet i händer eller fötter.
- Patienten inte går lätt att väckas eller är somnolent.
- Patienten har kraftig huvudvärk som förvärras eller våldsamma återkommande uppstötningar.



AIVOTÄRÄHDYSPOTILAAN SEURANTAOHJE

Oireet, jotka ovat normaaleja aivotärähdyksen jälkeen:

- kohtalainen päänsärky
- pahoinvointi
- oksentelu
- huimaus
- muisti- ja keskittymisvaikeudet
- väsymys

Kotihoito:

- Tajunnan tason seuranta.
- Keskustele potilaan kanssa tasaisin väliajoin. Asialliset vastaukset riittävät osoittamaan että asiat ovat kunnossa.
- Ensimmäisenä yönä potilas herätetään 4 tunnin välein. Tarkkaile reagointia, herääkö hän normaalisti.
- Ensimmäisenä päivänä potilaan on jo pyrittävä nousemaan ylös liikkumaan. Lapsi voi liikkua vointinsa mukaan.
- Reseptivapaita särkylääkkeitä voi ottaa särkyyn, esim. Panadol®, Burana®.

Mitä kannattaa välttää seuraavina päivinä?

- Autolla ajoa.
- Pitkäkestoista TV:n katselua ja lukemista.
- Tietokoneen käyttöä tai videopelien pelaamista.
- Alkoholin tai muiden pähteiden nauttimista.
- Kovaa fyysistä rasitusta.

Ota yhteyttä 112 mikäli:

- Potilas on tajuton tai sekava.
- Potilaalle kehittyy toispuoleista raajaheikkoutta, kömpelyyttä tai puheen puuroutumista.
- Potilaalla on heräämisvaikeutta tai uneliaisuutta.
- Potilalla esiintyy voimakasta, paheneva päänsärkyä tai toistuvaa rajua oksentelua.



HEMVÅRDSDIREKTIV VID FEBERKRAMP

Vad är feberkramp?

- Feberkramp inträffar i samband med hög feber (över 38,5° C) där barnet förlorar medvetandet och får oftast ett krampanfall. I vissa fall så blir barnet endast slapp.
- Vid krampanfallen kan man se symmetriska ryckningar och kramper i kroppen, händerna och fötterna.
- Krampanfallet är oftast över på några minuter.
- Feberkramp har inget att göra med epilepsi och tyder inte på att barnet skulle insjukna senare i sjukdomen. Anfallet inverkar inte heller på barnets fysiska och psykiska utveckling.
- Feberkramp är troligen till viss del ärftliga och anfallet kommer oftast i början av en infektion när febern stiger.

Egenvården vid krampanfall:

- Lägg barnet och ligga på sida eller på magen med huvudet vänt mot sidan.
- Kontrollera att luftvägarna är öppna och fria.
- Krampanfallen sköts med bensodiazepin-rektiol, vars bruk lärs ut vid sjukhuset.
- Svalka barnet inomhus genom att ta bort kläderna.
- Febernedsättande mediciner ges enligt rekommendationer för att sänka på febern, t.ex. Panadol ® rektion eller mixtura.

Kontakta 112 ifall:

- Det är frågan om barnets första krampanfall.
- Krampanfallet slutar inte inom 5 minuter efter att barnet fått kramputlösande medicin.
- Barnet inte återhämtar sig efter anfallet, har uppstötningar eller är smärtsam.



KUUMEKOURISTELEVAN LAPSEN KOTIHOITO

Mikä kuume-kouristus on?

- Kuume-kouristus ilmenee tajuttomuuskouristuskohtauksena kuumeen yhteydessä.
- Kohtauksen aikana lapsi menee tajuttomaksi. Useimmiten on havaittavissa vartalon, käsien ja jalkojen symmetristä nykinää ja jäykistelyä. Lapsi voi myös mennä vain veltoksi.
- Kohtaus menee tyypillisesti ohi muutamassa minuutissa.
- Kuume-kouristelussa ei ole kyse epilepsiasta, eikä se enteile epilepsian kehittymistä. Kohtaukset eivät myöskään haittaa lapsen henkistä ja fyysistä kehitystä.

Milloin kuume-kouristuksia ilmenee?

- Taipumus kuume-kouristuksiin on ilmeisesti periytyvä ja voi esiintyä missä tahansa kuumeisessa tulehdustaudissa.
- Kuume-kouristus ilmenee useimmiten ensimmäisenä kuume-päivänä kuumeen noustessa yli 38,5° C.

Kotihoito:

- Aseta lapsi makaamaan vatsalleen pää sivulle käännettynä tai kyljelleen.
- Varmista että lapsi pystyy hengittämään esteettömästi.
- Kouristuskohtaus hoidetaan diatsepaami-peräruiskeella, jonka käyttö opetetaan sairaalassa.
- Viilennä lasta sisätiloissa ottamalla vaatteita pois.
- Kuumetta hoidetaan alennetaan ohjeen mukaan esim. Panadol® peräpuikko tai mikstuura.

Ota yhteys 112 mikäli:

- On kyseessä lapsen ensimmäinen kuume-kouristelu.
- Kouristus ei mene ohi 5 minuutissa diatsepiini-peräruiskeen annon jälkeen.
- Lapsi on oksenteleva, kivulias tai muuten poikkeava kohtauksen jälkeen.

