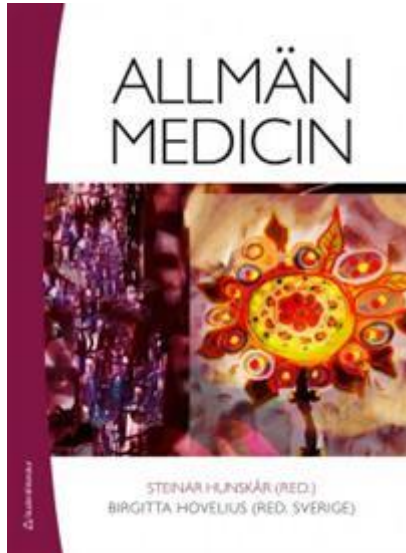


Journalföring och dokumentation

Den allmänmedicinska journalen

Nedanstående text är utdrag ur textboken Allmänmedicin av Steinar Hunskår



Patientjournalen utgör en systematisk dokumentation av patientuppgifter som har flera funktioner:

- informationskälla både för läkaren och andra som kommer i kontakt med patienten, och som lagligen har tillgång till journalen (vilket patienten själv också har)
- databas som kan fungera som arbetsredskap när läkaren vill bedriva systematiskt kvalitetsförbättringsarbete, utvecklingsarbete eller forskning
- juridiskt dokument vid tillsyn och i anmälningsärenden.

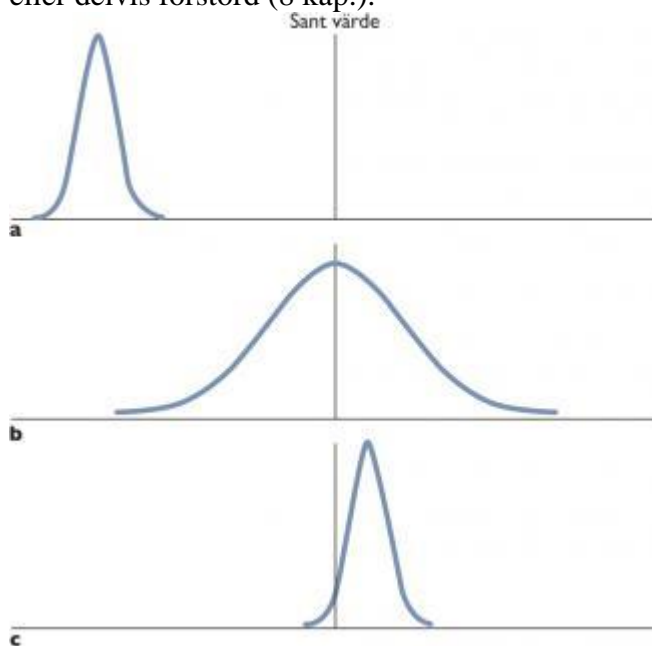
Läkare tänker ofta på journalen enbart som informationskälla, och de båda andra funktionerna kan lätt uppfattas som störande i förhållande till detta. Det är dock fullt möjligt att täcka in alla funktionerna utan att försvaga någon enskild punkt.

Regelverk

Journalen innefattar uppgifter läkaren har om patienten, oavsett i vilken form de förvaras och var på läkarmottagningen de befinner sig. Journalanteckningarna utgör tillsammans med laboratoriesvar, epikriser, remisser, brev, bilder, skisser och annat patientjournalen. Besök och telefonsamtal under jourtid, då läkaren har beredskap i hemmet, ska också journalföras så snart det är praktiskt möjligt. Det är en lång rad uppgifter som ska dokumenteras (se faktarutan [s. 70](#)).

Patienten har full rätt till insyn i journalen, med sällsynta undantag. Detta framgår av offentlighets- och sekretesslagens (2009:400) 25 kap. och patientdatalagen. När en patient uttrycker önskemål om att få ta del av sin journal kan man som en service erbjuda ett möte där läkaren och patienten kan gå igenom journalen tillsammans. Då kan ord och uttryck förklaras och eventuella missförstånd redas ut. Ett sådant förfarande får dock inte presenteras som ett krav eller utgöra ett hinder för att patienten ska få ta del av journalen, utan läkaren bör generellt sett stödja patientens rätt att ta del av sin egen journal. Vissa konsultationer kan vara konfliktfyllda, och det är då extra viktigt att man tänker sig för så att man inte uttrycker sig moraliserande eller sårande om patienten, bland annat just därför att journalen längre fram kanske kommer att läsas av patienten och andra. I patientdatalagen finns bestämmelser om utformningen av texten (3 kap.: De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården ska vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten).

Korrigerings av uppgifter i en journalhandling får endast göras på noga föreskrivet sätt. Rättelse av en felaktighet måste alltid göras så att den ursprungliga texten klart framgår. Det ska anges när rättelsen har gjorts och vem som har gjort den (patientdatalagens 3 kap.). I patientdatalagen finns också bestämmelser om hur patient kan ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att få journalen helt eller delvis förstörd (8 kap.).



Slumpmässiga och systematiska fel hos mätmetoder. Kurvornas utbredning i sidled visar storleken på slumpmässiga mätfel. Kurvornas avstånd från det sanna värdet visar storleken på systematiska mätfel. a) Diagrammet visar ett litet slumpmässigt fel och ett stort systematiskt fel. b) Här ses ett stort slumpmässigt fel (stor standardavvikelse) men inget systematiskt fel. c) Diagrammet visar här ett litet slumpmässigt fel och ett litet systematiskt fel.

Zoobotanica (Debbie Maizels)

Analys Kritisk skillnad (%)

Exempel:

Hb: Var uppmärksam på avvikelser som är lika med eller större än 7 %, det vill säga om den kritiska skillnaden är cirka 10 g/L, om Hb-värdet ligger på 130 g/L, som vid stigning från 130 till 140 g/L.

Kolesterol: Var uppmärksam på cirka 14 % avvikelse, det vill säga att kolesterolvärdet måste gå ned från 8,0 till minst 6,9 mmol/L innan det är rimligt säkerställt att det har ändrats.

ALAT	30
Albumin	8
ALP	18
Bilirubin	37
Calcium	5
CK	47
Ferritin	22
Glukos	16
GT	10
HbA _{1c} (IFCC)	15
Hb	7
Kalium	9
Kolesterol	14
Kreatinin	13
LDH	19
Leukocyter (cellräknare)	25
Natrium	2
Trombocyter (cellräknare)	24
Triglycerider	45
Urat	23

Kritisk skillnad (%) beräknad som 2 gånger den totala variationskoefficienten av biologisk och analytisk variation för några blod- och plasmakomponenter. Räkneexemplen nedan bygger på antagandet att det systematiska felet antingen är litet eller oförändrat mellan mätningarna, varför man bara har att ta hänsyn till

slumpmässiga mätfel och kan bortse från fel som beror på provtagningen.

Några av kraven på patientjournalens innehåll

Punkterna bygger på patientdatalagens (2008:355) 3 kap., 6 §: En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten.

Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.

Patientjournalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. En journalanteckning ska, om inte synnerligt hinder föreligger, signeras av den som svarar för uppgiften.

Journalens uppbyggnad

Journalen ska innehålla både ”longitudinella uppgifter”, där man följer de olika sjukdomsepisoderna, och ”tvärsnittsuppgifter” om patienten, det vill säga allt från adress till riskfaktorer, tidigare sjukdomar och stående medicinering.

Den longitudinella journalen består först och främst av de löpande anteckningarna. De flesta allmänläkare använder sig i dag av datorjournal, även om detta i sig inte är någon garanti för att journalen blir översiktlig. Strukturen för journalföring kan variera från läkare till läkare, men en journal utan struktur blir rörig, med risk för att man får ett sämre grepp om patientens problematik.

Allmänmedicinska konsultationer är i hög grad problemorienterade. Detta får konsekvenser för de löpande journalanteckningarna, som därför inte följer samma mall som sjukhusjournaler. Några journalsystem låter läkaren skriva all text fritt efter sitt eget system, medan andra har en i förväg inlagd mall för sjukhistoria, undersökningsfynd och så vidare.

En väldokumenterad modell för fritextanteckningar är SOAP-modellen.

Rubrikerna i SOAP motsvaras som regel av följande rubriker i datorjournalen: Kontaktdorsak/aktuellt, Status, Bedömning och Åtgärd:

- S: Subjektivt (Kontaktdorsak/aktuellt). Man ger en kortfattad presentation av problemet så som patienten har formulerat det, varpå det följer en resumé av sjukhistorien.
- O: Objektivt (Status). Resultatet av den kliniska undersökningen noteras. Alla positiva fynd beskrivs men utan tolkning. Man skriver inte att man vid stetoskopi finner att patienten har hjärtsvikt, utan att man hör rassel. Negativa fynd beskrivs när så är relevant, antingen därför att det är viktigt för bedömningen (som avsaknad av nackstelhet hos ett febersjukt barn eller perifert status vid skador) eller därför att det är viktigt med tanke på uppföljningen (som normalt vibrationssinne hos en person med diabetes).
- A: Analys (Bedömning). Analys (assessment), bedömning och kliniska överväganden noteras. Läkarens bedömning av situationen är det centrala. Här ges också en eller flera tänkbara diagnoser.
- P: Plan (Åtgärd). Anteckningen innefattar de åtgärder man har kommit fram till i samråd med patienten, planering för den närmaste tiden och vilka mål man har för eventuell behandling. Information och prognos kan också tas upp här.

Punkt A – Analys (Bedömning) ska här beskrivas något mera utförligt. I vissa fall kan beskrivning av sjukhistoria och status vara mycket kortfattad, till exempel då diagnosen är uppenbar och differentialdiagnoser saknas. I de allra flesta fall är det dock klokt att mera detaljerat beskriva de bedömningar man gör. Det som ska bevaras i skriftlig form upplevs som mera förpliktigande, och för att kunna formulera sig väl behöver man vara klar i tanken. Det kan vara bra att inte hoppa över det man är osäker på utan ta ställning till kontakt med en kollega för råd, remittera vidare eller liknande. Detta leder till högre professionell kvalitet, och dessutom blir journalen ett slags bollplank för läkaren, ett instrument som gör det möjligt att vidareutveckla sina tankegångar även på egen hand. Därutöver kan man ha stöd av fylliga bedömningsanteckningar i anmälnings- och försäkringsärenden. Läkaren har lov att göra bedömningar som i efterhand visade sig vara fel. Men om läkaren inte skriver ned något om hur hon tänkte under konsultationen kan det med viss rätt

uppfattas som att kunskap saknades. Som läkare måste vi våga synliggöra vår osäkerhet och klargöra hur vi tänker.

Tvårsnittsjournalen med bakgrundsinformation ska göra det lätt att hitta fram till och identifiera patienten (adress, telefonnummer, personnummer) och relativt snabbt skaffa sig överblick över viktiga bakgrundsuppgifter (stående medicinering, tidigare sjukdomar, riskfaktorer, allergier, yrkesmässig exponering). Detta är förhållanden som oftast inte ändrar sig så snabbt, och nyttan av att ha en uppdaterad journal uppväger det lilla extraarbete som krävs.

För att man ska kunna använda journalen för självvärdering är det viktigt att uppgifterna är standardiserade. Moderna datajournalssystem gör sådana värderingar mycket enklare än tidigare, och de möjligheterna bör utnyttjas på bästa sätt för läkaren, vårdcentralen och patienterna. Det bör vara möjligt att spåra kontakttyp, och diagnoser bör registreras på ett enhetligt sätt. Uppgifterna om patientens stående medicinering måste vara uppdaterade. Det är lämpligt att registrera även andra behandlingsåtgärder på ett systematiskt sätt. Andra förslag på information som kan systematiseras är rökning, pneumokockvaccination och riskfaktorer för hjärtsjukdom. Om det är för få uppgifter som är standardiserade kan värdet av en självvärdering minska. Däremot kan ett bra material också ge underlag för verksamhetsförbättring på ett mer organisatoriskt plan, liksom för forskning.

Förvaring och sekretess

Patientjournaler ska förvaras så att de inte kommer till skada eller förstörs och inte heller kan läsas av obehöriga. Det finns bestämmelser om bevarandetid i patientdatalagen och andra författningar. Epikriser kan också förvaras i elektronisk form om de är inskannade i sin helhet. Tillgång till uppgifterna är förbehållen de personer som behöver dem i sitt arbete. Läkarna behöver tillgång till journalerna i samband med besök, medan medarbetarna behöver tillgång till dem när de ska skriva in epikriser, boka tider, skriva in laboratoriesvar och så vidare. Det ska dock understrykas att detta inte innebär att journalerna kan läsas fritt av all personal. Endast de medarbetare som är involverade i vård och behandling av en patient har rätt att ta del av uppgifter ur dennes journal (så kallad inre sekretess). På arbetsplatsträffar bör man

återkommande ta upp frågor kring korrekt användning och hantering av journaler.

Brev, remisser och epikriser

Brev till patienterna gäller vanligtvis provsvar eller kortare besked och uppföljning efter tidigare besök. Det är vanligt att man ger skriftligt svar om blodproverna visar avvikande värden, medan normala resultat inte alltid förmedlas. Patienten måste redan under besöket informeras om hur läkaren brukar göra. Vissa läkare skickar ett svar i vilket fall som helst, ofta i form av ett standardbrev som man kan ha en mall för i datorn. Svar på röntgen och histologiska undersökningar kan lämpligen skickas till patienten även om de inte visar något avvikande, eftersom patientens oro i samband med sådana prover är högre. Om något är onormalt och potentiellt viktigt för patientens hälsa bör man använda sig av telefonen. Brev till patienten med svar på prover måste anpassas till den kunskapsnivå patienten har. Läkaren måste tolka svaret och säga något om konsekvenserna: Vad innebär förhöjt ALP? Vad betyder pålagringar i kotpelaren? Bör fyndet följas upp?

Remisser och epikriser är en del av journalen. Innehållet måste anpassas till behovet och problemställningen. Därutöver måste dokumentet innehålla läkarens adress och telefonnummer. Om det är en remiss skriven av en jourhavande läkare måste namnet på patientens allmänläkare anges (om det är känt), och denna bör orienteras genom en kopia av journalanteckningen. Patienten måste få information om vart han är remitterad och för vad.

Exempel på innehåll i en konsultation och efterföljande journalanteckning med SOAP-struktur

Konsultation

Emma Engström är 74 år och har känt sig lite hängig på sistone. Dottern har just skilt sig och fru Engström blir djupt berörd av att se barnbarnen fara illa av detta. De senaste 2–3 veckorna har hon också besvärats av diarré, och hennes man har sagt att hon nu måste komma iväg till läkare. När läkaren frågar vidare framkommer det att hon har tappat några kilo under sista halvåret, men det är hon egentligen riktigt belåten med. Hon har inga smärtor och avföringen har varit normal tills helt nyligen. Hon har inte märkt något blod i avföringen. Hon

måste dock gå på toaletten oftare än förut, och hon har också problem med att det läcker lite avföring. Ingen i familjen har haft tarmcancer. Läkaren undersöker hennes mage och gör rektalundersökning men hittar inget fel. Test för blod i avföringen på handsken är dock positivt. Läkaren talar om för fru Engström att hennes tillstånd kan hänga samman med den påfrestande familjesituationen men att det inte kan uteslutas att symtomen beror på tarmcancer. Läkaren kommer att undersöka henne närmare för att ta reda på detta. De kommer överens om att ta några blodprover samma dag och en tid för rektoskopi sätts upp veckan därpå.

Resultterande journalanteckning

Läkarens anteckning ser ut på följande sätt:

- S eller Kontaktdorsak/aktuellt: Hängig sista 2–3 mån. Sista två veckorna också frekvent läckage av avföring när hon går på toaletten, inte avföringsinkontinent. Inte sett blod i avföringen. Viktnedgång 2–3 kg sista halvåret. Inga buksmärtor. Ingen tarmcancer i familjen. Bekymrad för barnbarnen då dottern nyligen separerat.
- O eller Status: Verkar lite trött och hängig. Inga egentliga tecken på depression. Buk u.a. Rektalundersökning negativ, men blod positivt.
- A eller Bedömning: Symtomen inger misstanke om koloncancer. Differentialdiagnos: reaktiv depression. Grundligare utredning av detta längre fram.
- P eller Åtgärd: Blodprover nu, åter om en vecka för rektoskopi. Instruktion om tarmtömning. Tar också blod i feces x 3 hemma. Remitteras oavsett resultatet vidare för koloskopi nästa vecka. Ger information.