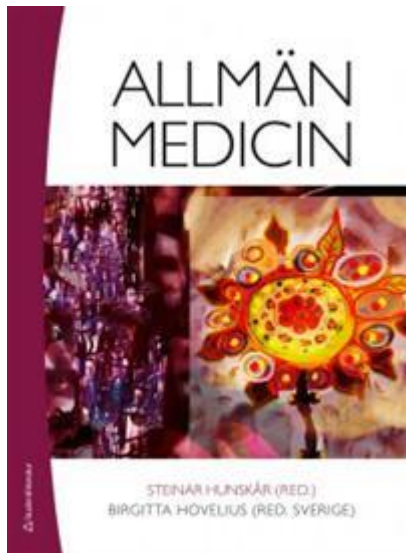


Remisser tof allmänläkare- specialistkliniker

Nedanstående text är utdrag ur textboken Allmänmedicin av Steinar Hunskår.



Principiellt viktiga patientuppgifter i en remiss från en allmänläkare är

- datum, personuppgifter, adress och telefon
- diagnos och problemställning
- vad remissen gäller, eventuell specifik beställning av undersökning eller liknande
- familjeförhållanden och social situation
- tidigare sjukdomar
- läkemedel, eventuella läkemedelsreaktioner
- relevanta riskfaktorer och ärftliga sjukdomar
- aktuell sjukhistoria
- resultat av den kliniska undersökningen
- resultat av behandlingsförsök, eventuell sjukskrivning
- resultat av prover, röntgenundersökningar och liknande, eventuellt fotokopia på svaren
- patientens bekymmer och förväntningar
- om det gäller en konsultation eller ett övertagande av vårdansvaret (helt eller delvis)
- läkarens bedömning och synpunkt på hur snabbt patienten bör få tid.

Läkaren måste i det enskilda fallet ta ställning till vilka uppgifter som är relevanta för att sjukhuset eller organspecialisten ska kunna fullgöra sin del av uppgiften på ett effektivt sätt. Ibland räcker det med ett par rader, dessemellan kan man nöja sig med dagens journalanteckning, andra gånger bör man ta med en del bakgrundsinformation och uppgifter om hur man dittills behandlat tillståndet. I sällsynta fall kan det behövas utförliga information på flera sidor. Remissen (se faktaruta) bör innehålla en klart formulerad problemställning av vilken det tydligt framgår vad allmänläkaren behöver hjälp med. Ju längre remiss, desto större krav på struktur och analys. Långa oredigerade utskrifter från datajournaler bör inte förekomma (med enstaka undantag).

Konsulterade specialister och sjukhusläkare måste bemöda sig om att göra epikrisen användbar för allmänläkarna. Kopia av långa sjukhusjournaler gör att viktiga uppgifter blir svåra att hitta och vittnar om bristande förståelse för vad epikrisen ska användas till. En epikris är en slutanteckning som skrivs då en patients kontakt med en instans inom hälso- och sjukvården avslutas. Exakta, fullständiga och tillgängliga epikrisuppgifter är en förutsättning för samarbete kring behandling och vård av patienter. En epikris bör normalt sett inte vara längre än en A4-sida, och förhållanden som allmänläkaren är väl insatt i behöver inte återges.

En väl utformad epikris till allmänläkaren bör innehålla

- diagnoser och tidpunkt för undersökning, eventuellt datum för inläggning och utskrivning
- sammanfattning av problemställningen vid inläggning eller remittering
- sammanfattning av förlopp och behandling
- resultat av relevanta prover och undersökningar, inklusive tolkning av svaren
- medicinska bedömningar
- svar på problemställningar och frågor från allmänläkaren
- läkemedel vid utskrivningen
- funktionsnivå och hjälpinsatser

- sjukskrivning
- råd om uppföljning och kontroll eller andra rekommendationer
- orientering om vilken information patienten har fått
- information om vem som är patientansvarig läkare
- klagörande av den fortsatta ansvarsfördelningen, om vad patienten, mottagningen eller allmänläkaren eventuellt ska göra fortsättningsvis.
- Problem uppstår om epikriserna inte prioriteras tillräckligt högt och därför inte blir skrivna förrän långt efter det att patienten har skrivits ut från sjukhuset. Om det går mer än ett par veckor innan allmänläkaren får epikrisen mister den ofta sitt värde, och både läkare och patient får helt i onödan avsätta tid för att gå igenom information som redan finns. Detta har förbättrats avsevärt med överföring av epikriser på elektronisk väg.

Exempel på remissutformning

Emma Engström, 290102–2324, Hanssons väg 4, 100 00 HÅBY.

Tel: 011–33 22 44

Diagnos: Koloncancer? Diarré.

Frågeställning: Remitteras för koloskopi p.g.a. misstanke om koloncancer.

Familj/socialt: Gift, två vuxna barn.

Tidigare sjukdomar: Opererad för varicer 1972. Hypertoni.

Läkemedel: Enalapril 10 mg, 1 tablett dagligen.

Riskfaktorer: Ingen i familjen har haft tarmcancer.

Aktuellt: Har känt sig ”hängig” de senaste 2–3 månaderna. De sista två veckorna också frekvent läckage av avföring när hon går på toaletten, men hon är inte avföringsinkontinent. Inte sett något blod i avföringen. Viktnedgång 2–3 kg sista halvåret. Inga buksmärter.

Klinisk undersökning: Verkar lite trött och hängig. Inga typiska tecken på depression. Buk u.a. Rektalundersökning negativ, men test för blod i avföringen på handsken positivt.

Kompletterande undersökningar: Hb 120, SR 25; TSH, ALAT, ALP, kreatinin: samtliga normala. Rektoskopi normal. Två av tre prov på blod i avföringen tagna hemma är positiva.

Bedömning: Misstanke om koloncancer.

Patienten bör kallas för koloskopi inom 2–3 veckor. Hon är informerad om hur undersökningen går till.

2 JULI 2019

Vänliga hälsningar

Anne Petersson, specialist i allmänmedicin