

Bilaga 6 Specialistexamen i allmänmedicin: Bedömning av dokumentation i patientjournal.

Vad säger lagen om patientjournal?

Läkares journalföring regleras av Patientdatalagen (SFS 2008:355). Enligt lagen är syftet med patientjournal i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Den ska också vara en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, för uppgiftsskyldighet enligt lag samt för forskning.

Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Den ska såvitt möjligt alltid innehålla:

- uppgift om patientens identitet
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts ifråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- uppgift om vem som har gjort en viss anteckning och när.

Lagen säger också att journalen ska vara skriven på svenska, tydligt utformad och så lätt som möjligt kunna förstås av patienten.

Hur utformas en bra allmänmedicinsk journal?

I journalen ska man kunna utläsa vad patienten söker för och hur det upplevs, vad läkaren gör och hur bedömning och åtgärd utförs. Den ska kunna fungera som stöd och påminnelse för den läkare som skrivit den, men den ska också kunna läsas av andra som då kan förstå innehåll och betydelse av besöket.

Allt är inte lika viktigt varje gång. Ett besök på grund av ett väldefinierat enkelt tillstånd vinner på att vara kortfattat: Kontaktorsak, patientens beskrivning, undersökning av det väsentliga, bedömning och åtgärd.

Om det är en mer komplicerad problematik är det viktigt att man i texten kan se och förstå patientens problem och livssituation. Lika viktigt är att se läkarens resonemang och överväganden samt vilka undersökningar och interventioner som görs. Om journalen täcker problem över tiden, är det det samlade intrycket som ska bedömas. Det som finns i tidigare anteckningar vinner sällan på att upprepas om det inte rör sig om förändringar. Om journalen är svåröverskådlig kan en sammanfattning ibland vara på sin plats.

Om besöket omfattar flera problem är det särskilt viktigt med tydligt struktur, så att man kan utläsa hur vart och ett av problemen har handlagts.

SOAP

Ett sätt att bedöma journaler är att använda sig av minnesknepet SOAP som på engelska uttydes: Subjective, Objective, Assessment, Plan. Oavsett journalsystem och hur sökord nyttjas kan man använda denna mall, både för att skriva journal och för att bedöma kvaliteten i skrivna journaler.

S – subjektivt - patientperspektivet

Vad söker patienten för och hur beskrivs det? Vad finns det för upplevelse och tankar kopplade till symtomen? Har patienten någon uppfattning om vad det beror på? Beskrivs patientens sociala situation där det kan anses ha betydelse?

O – objektivt - doktorsperspektivet

Hur gör läkaren för att förstå patienten och problemet? Finns det differentialdiagnostiska överväganden som läkaren utforskar? Är status som det beskrivs klagörande? Saknas något? Finns det undersökningar som känns överflödiga? Är eventuella snabbtester motiverade?

A – assessment - bedömning

Förstår man bedömningarna och är de grundade? Finns det reflektioner över eventuella oklarheter? Finns differentialdiagnostiska resonemang om nödvändigt? Framgår det om patienten deltagit i bedömningarna och givits utrymme att kommentera läkarens synpunkter?

P – plan - åtgärd och uppföljning.

Vilken behandling ges? Är åtgärderna välgrundade? Är fortsatt utredning aktuell och i så fall hur? Ska det följas upp, och i så fall vem tar nästa nödvändiga kontakt? Finns det långsiktiga mål kopplade till åtgärderna?

Remisser

Remisser ska innehålla tydlig begäran/frågeställning och ge den information som behövs för att remissmottagaren ska kunna bedöma hur remissen ska hanteras, t ex ges förtur. Den ska också innehålla de psykosociala och medicinska bakgrundsfaktorer som kan vara väsentliga för att bedöma angelägenhetsgraden.

Intyg och läkarutlåtanden

Intyg och läkarutlåtanden ska vara skrivna så att mottagaren kan förstå läkarens bedömning. För utlåtanden till försäkringskassan gäller att det är viktigt att hålla reda på vilken information som efterfrågas under varje punkt. Det är också viktigt att läkarens bedömning och eventuella rekommendation klart framgår. Det ska framgå tydligt vad läkaren kan intyga och vad som endast kan beskrivas som patientens upplevelse.

Brev

Brev till patienten eller till andra mottagare ska vara skrivna så att mottagaren kan förstå innehållet.