

Instruktion till övning i journalskrivning termin 4

Journalen utgör den dokumentation av anamnes, status, vidtagna åtgärder, sjukdomsförlopp mm som läkare och andra yrkesgrupper enligt Hälso- och sjukvårdslagen är skyldiga att föra om en patient. Journalen utgör främst ett arbetsverktyg för läkare och andra yrkesgrupper, men kan också ha andra funktioner, exempelvis utgöra ett underlag för information till patienten (som även kan läsa sin journal på 1177), för administrativa beslut, för forskning samt i vissa frågor för myndighetsbeslut. Journalen kan alltså komma att läsas av flera olika grupper, vilket ställer krav på utformningen.

Den aktuella övningen går ut på att börja träna journalskrivning i anslutning till ett patientmöte där anamnes och status ingått. Det kan röra sig om en patient som kommer för inläggning, en nybesökspatient på mottagningen eller ett litet mer omfattande återbesök. Journalen ska i detta skede (T4) inte dikteras eller skrivas in i patientens ordinarie journal, utan skrivas som en separat uppgift som sedan makuleras. Även om journalen är avidentifierad eller anonymiserad får den inte under några omständigheter delges obehöriga, d v s visas för andra än berörd handledare och lärare. Informationen får heller inte i någon form publiceras på sociala medier.

Nedan finns förslag på en mall att följa vid journalskrivningen. Mallen innehåller sådana uppgifter som i högre eller lägre grad ingår i alla journaler. Några rubriker kan röra sådant du som student ännu inte fått instruktion i, men de finns med inför kommande terminer. På den enhet du tjänstgör kan det finnas andra rubriker som också bör ingå, eller sådana som bör tas bort. Gå därför igenom journalmallen med din handledare i förväg och kom överens om vad som ska ingå. Du får tillsammans med din handledare på enheten komma överens om vilken patient du ska träffa för denna uppgift.

Omfattningen av journalen är en balansgång mellan att vara för omfattande så viktig information kan "drunkna" och att vara för kort så att väsentliga delar fattas. Sträva efter att försöka vara så koncis som möjligt. Språket i journalen ska vara neutralt och sakligt. Skriv vårdat och tydligt, så att missförstånd inte kan uppstå. Undvik värdeladdade, kontroversiella ord och uttryck som kan uppfattas som nedsättande.

När uppgiften är genomförd ska du gå igenom den tillsammans med din handledare, som sedan återkopplar enligt EPA-modellen och intygar när den är godkänd. Se information om EPA på VFU-hemsidan: <https://www.oru.se/lakarprogrammet/vfu>

Förslag på mall för journal, att stämma av med handledare inför uppgiften

Kontaktorsak / kontaktsätt

Ange orsaken till den aktuella kontakten med sjukvården och hur kontakten inletts. *Exempel: Söker på grund av akut påkommen huvudvärk; Kommer på remiss från dr XX, vårdcentralen i X-landa pga...*

Sociala förhållanden

Ange relevanta sociala omständigheter. Civilstånd, sysselsättning, eventuell sjukskrivning, ev. hjälp i hemmet är sådant som det oftast är rimligt att ta upp under denna rubrik. Levnadsvanor av betydelse för hälsotillståndet bör noteras om kända. Tobak- och alkoholbruk bör alltid noteras, ibland är detta egna rubriker. *Exempel: Pensionerad lärare. Gift, maken frisk, de klarar hushållet själva, ingen hemtjänst. Två vuxna barn bor i närheten. Har aldrig rökt, använder alkohol sparsamt.*

Tolk och tolkspråk

Ange om tolk använts, och om det varit professionell tolk. Notera vilket språk som talats. *Exempel: Professionell arabisk tolk.*

Ärftlighet (hereditet)

Notera allvarliga och ev. ärftliga sjukdomar i släkten

Tidigare sjukdomar / operationer

Ange viktiga tidigare sjukdomstillstånd, t ex sådana som krävt sjukhusvistelse eller andra sjukvårdande åtgärder och som är av betydelse att känna till. Ange genomgångna operationer. *Exempel: Tidigare haft depressiva besvär. Appendektomerad 2012.*

Överkänslighet / allergi (ex läkemedel, födoämnen, pollen, pälsdjur mm)

Nuvarande sjukdom

Här anges ev. kroniska sjukdomar. *Exempel: Tablettbehandlad diabetes mellitus.*

Aktuellt

Här beskrivs den sjukdom/de problem som föranlett besöket. Ex. symtomens karaktär, utlösande, förvärrande och lindrande faktorer, utveckling över tid. *Exempel: Söker pga låga buksmärtor sedan två dagar osv...*

Aktuell medicinering

Ange aktuell medicinering, preparat och dos. Om ingen aktuell medicinering förekommer anges det. Eventuellt bruk av naturmedel kan också vara lämpligt att ange här. *Exempel: Ingen regelbunden medicinering, använder receptfria smärtstillande några gånger per månad pga huvudvärk.*

Status

Bör innehålla nedanstående rubriker. Se i övrigt statusmallen för beskrivning av genomförande av de ingående momenten. Även negativa (normala) fynd ska noteras.

- Allmäntillstånd (AT), munhåla och svalg (MoS), tyreoida, lymfkörtlar, hjärta, lungor, blodtryck, perifer cirkulation, buk.
- Ev. riktat status (per rektum, ögon, öron, bröst, gyn/manliga genitalia, neurologi, mm)

Bedömning

Bör innehålla en kort sammanfattande bedömning av den aktuella situationen. *Exempel: Tidigare frisk kvinna, inkommer med buksmärtor sedan två dagar som tilltagit det senaste dygnet. Undersökningsfynd och lab.prover inger misstanke om appendicit.*

Planering / åtgärd

Beskriv vad som ska hända närmast och vem som har det vidare ansvaret. *Exempel: Insätter antibiotika (namn) 1g x3 i fem dagar. Patienten uppmanas kontakta per telefon om utebliven förbättring inom några dagar. Sjukskrivs i två veckor. Remiss till vårdcentralen för uppföljning efter avslutad behandling. Muntlig information lämnad till patienten och medföljande vuxen dotter.*

Diagnos

Enligt International Classification of Diseases (ICD).