

## **”MINIMUMSJOURNAL” FOR PASIENTER SOM INNLEGGES I HJERTEMEDISINSK AVDELING UNN**

Kvalitetssikring av innholdet i de medisinske primærjournaler er, og har alltid vært, et stort problem. Kvalitetsproblemene kan deles i tre typer:

1. Feilaktige eller misforståtte opplysninger.

Dette forhold kan bare korrigeres ved at den enkelte journalskriver gjør en bedre jobb og ikke ved administrative rutiner.

2. Manglende data i journalen.

Når man går tilbake i journaler for å finne spesifikk informasjon om forholdene ved journalopptakstidspunktet finnes denne ofte ikke. Dette er et problem både for den enkelte pasient og for mer vitenskapelig utnyttelse av journalen.

3. Store deler av journalen er fylt opp av med standardiserte beskrivelser av normale forhold som ikke gir noen positiv informasjon. Dersom man er sikker på at et visst antall forhold er skikkelig undersøkt kan disse beskrivelser av normale forhold reduseres betydelig.

Hensynet til pkt 2 og pkt 3 kan rettes på ved at alle pasienter spørres om et standardisert sett av amnestiske forhold og ved at alle som et minimum undersøkes på et visst antall punkter.

Hvilket sykehistoriepunkter og undersøkelsespunkter som det er hensiktsmessig å ta med i en slik liste vil variere med den type medisinsk virksomhet en enhet driver. Ved Hjertemedisinsk avdeling har vi valgt ut nedenstående momenter fordi dette er informasjon som hyppig forandrer diagnostikken eller gir uventete positive funn hos våre pasienter. Bruk av denne liste forutsetter en kontrakt mellom journalskriver og avdeling når det gjelder hvilke ting som alltid skal være sjekket. Til gjengjeld kan beskrivelsen av funnene ofte forkortes betydelig, for eksempel slik:

Munnhule/collum/thorax/mamma/pulmones/cor/abdomen/underekstremiteter/reflekser: normale funn.

Systemet har selvfølgelig også juridiske implikasjoner.

Det viktigste i enhver journal er pasientens spesifikke sykehistorie omkring de aktuelle plager og de relevante undersøkelser som gjøres for å avklare disse. Dette må alltid gjøres så grundig som mulig og beskrives så nøyaktig som mulig. Dersom det er klart hvilket organsystem pasientens problemer kan henføres til bør dette alltid undersøkes og beskrives komplett. Den vedlagte ”minimumsliste” er derfor en beskrivelse av hva man skal gjøre som et minimum vis a vis problemer som pasienten ikke har og organer som sannsynligvis fungerer normalt.

### **Minimumssykehistorie**

1. Hvem skal ha epikrise?

Her kan inkluderes innleggende lege, pasientens fastlege og andre leger/institusjoner som har ansvaret for pasienten.

2. Innledningssetning om problemstilling og omstendigheter omkring innleggelse.

3. Sosialt. Her bør omtales yrke, ekteskapeleg status, antall barn, om mor og far er friske, eventuelt hva de feiler eller døde av, antall søsken og deres helsestatus. Tilfeller av aktuell sykdom i slekten.

4. Tidligere sykdommer. Tidligere hospitaliseringer. For kvinner med barn omtales komplikasjoner ved svangerskap og fødsel. Tidligere sykdommer med relevans til de aktuelle (giktfeber, tuberkulose?).

5. Aktuelle sykdom.

6. Naturlige funksjoner, herunder matlyst, vektendringer, avføringsmønster, vannlatningsmønster, menstruasjon.

7. Allergier. Dette må det alltid spørres eksplisitt om.

8. Medikamenter. Fullstendig medikamentanamnese for den nære fortid. Bivirkninger.

9. Misbruksmønster: Røking, alkohol.

### **Regel:**

Ved første gangs journalskriving skal dette gjøres komplett. Senere kan man hen vise til tidligere journal eller epikrise og eventuelt supplere det som mangler der eller som har forandret seg. Vis derfor til en spesiell datert journal eller epikrise. Dette kan bidra til å redusere meningsløse gjentakelser i journalen i betydelig grad. Hvis pasienten nylig har vært innlagt er det tilstrekkelig å vise til dette og fortsette med hva som har skjedd siden forrige sykehusopphold.

## Undersøkelse

Beskrivelsen av undersøkelsen startes med datering, ved øyeblikkelig hjelp også klokkeslett. Som beskrevet ovenfor kan man hvis undersøkelsen er utført og funnet normal beskrive funnet med organsystemets overskrift og ”normale funn”. Dersom noe av minimumslisten ikke er undersøkt skal dette uttrykkelig anføres i journalen. Når det gjelder hvilke termer som skal brukes ved standardiserte normalbeskrivelser vises til eget dokument om dette.

### 1. Almentilstand

Denne inkluderer bevissthetsnivå, plager under undersøkelsen og psykisk status.

### 2. Blodtrykk på armen.

### 3. Pulsfrekvens omregnet til frekvens per minutt. En fotarterie på begge sider undersøkes på alle.

### 4. Respirasjon observeres, kvantifiseres bare hvis den er ekstraordinær.

### 5. Temperatur registreres på alle som er innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

### 6. Hud – hår – negler. Inkluderer bl.a. vurdering av ødem, eksantem, cyanose, icterus, behåring.

### 7. Lymfeknutesvulst. Undersøkes på hals, inklusive fossa supra clavicularis, i axiller og lyske.

### 8. Øyne. Inspeksjon av conjunctiva og sclera. Inspeksjon av pupiller med lysreaksjon.

### 9. Munnhule. Inspeksjon av cavum oris med tunge og svelg med spatel.

### 10. Collum. Inspeksjon og palpasjon med hensyn til venestuvning, lymfeknuter og thyreoidea. Auskultasjon av arteria carotis bilateralt.

### 11. Thorax. Inspeksjon av bevegelighet og form.

### 12. Mamma. Palperes hos alle kvinner.

### 13. Pulmones. Auskultasjon av begge lungers bakflate og sideflate. Perkusjon av bakflater.

### 14. Cor. Palpasjon av ictus eller impetus cordis. Auskultasjon av hjerteaksjon, hjertetonar, bilyder, som et minimum over apex, langs venstre sternalrand og basalt begge sider.

### 15. Abdomen. Inspeksjon med hensyn til symmetri og bevegelse. Palpasjon inklusive undersøkelse av forstørret milt, lever, nyre og bukaorta. Perkusjon av leverdempning og eventuelle tumores.

16. Genitalia externa. Testikler og øvrige scrotalinnhold palperes og inspiseres hos alle menn.

17. Underekstremiteter. Inspiseres.

18. Reflekser. Biceps, achilles og patellar og plantarrefleks.

På Hjertemedisinsk avdeling gjøres rectal og rectovaginal undersøkelse ikke rutinemessig, men på positiv indikasjon. Når rectal undersøkelse er utført skal det alltid gjøres hemofec. På kirurgiske avdelinger inngår dette vanligvis i rutinen på alle pasienter.

### **Vurdering**

Journalen skal avsluttes med journalskriverens vurdering av pasienten. Denne kan godt være subjektiv og skal ikke gjenta innholdet i journalen. Vurderingen skal inneholde en eller flere tentative diagnoser.

### **Oppfølging av journalskriving**

Utfylling av kurveark og grønne ark er en del av det å skrive journal på Hjertemedisinsk avdeling. Kurvearket skal fylles ut med medikamenter og blodtrykk. På grønnarket skal problemstillingene resymeres punktvis og kortfattet.

Knut Rasmussen

Overlege/professor