

Ejda Hassler, med dr, distriktsläkare ejda.hassler@klinvet.ki.se

Ingvar Krakau, docent, distriktsläkare; båda vid Centrum för allmänmedicin, Stockholm

Journalen – bristfällig informationskälla om patienter som vårdats för stroke

II För patienter som drabbas av slaganfall är det primära omhändertagandet inom akutsjukvården den första länken i en ofta komplex vårdkedja av fortsatt medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering, förebyggande insatser samt socialt stöd och omsorg. Det är därför av stor betydelse att överföring av information från akutsjukvården till de vårdgivare som tar över det långsiktiga vårdansvaret fungerar väl.

En studie med inriktning på dokumentationens användbarhet vid bl a stroke redovisas i rapporten »Ändamålsenlig vårddokumentation« [1]. Vid genomgång av dokumentationen för ett 40-tal strokepatienter fann man att endast hälften av de granskade journalerna fyllde i förväg uppställda krav på ändamålsenlighet och att omvårdnadsepikris saknades för 28 procent av vårdtillfällena.

Inom projektet InfoVU (Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) har ett förslag till checklista tagits fram [2]. Checklistan består av en samlad tvärprofessionell funktionsanalys och aktivitetsbedömning inför den samordnande vårdplaneringen och prövas för närvarande på en strokeenhet.

Enligt Patientjournallagen [3] skall journalen innehålla »väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder samt väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder«, uppgifter som, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [4], även skall kunna ge underlag för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte tidigare träffat patienten. Vilka krav som bör ställas på information som förs över mellan olika vårdgivare berörs inte närmare i Patientjournalagen, förarbetena till denna lag eller dess tillämpningsföreskrifter.

I föreliggande studie granskades journaler för patienter som sjukhusvårdats för förstagångsstroke med avseende på informationens användbarhet för övertagande vårdgivare i ett slutanvändarperspektiv – ett perspektiv som i flertalet fall torde vara allmänläkarens. Frågeställningarna var:

- Vilken nyckelinformation för efterföljande vårdgivare finns i den medicinska epikrisen, i läkarjournalen, i omvårdnadsepikrisen, i omvårdnadsjournalen och i journalanteckningarna från paramedicinsk personal (sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logoped)?
- Vilken information utöver den som finns i den medicinska epikrisen finns i andra dokument?

II Metod

En kartläggning av vårdinsatser och vårdförlopp från insjuknandet och ett år framåt har genomförts för samtliga 187 personer skrivna i en Stockholmskommun som under perioden 1 oktober 1999 till och med 31 mars 2001 för första gången in-

Sammanfattat



Epikriser, journaler, omvårdnadsepikriser, omvårdnadsjournaler och anteckningar förda av paramedicinare för 123 patienter med diagnosen stroke granskades med avseende på användbarhet för övertagande vårdgivare.

En checklista utformades för att täcka in uppgifter av betydelse för planering av fortsatt vård, rehabilitering och förebyggande insatser. Frågorna berörde sociala förhållanden, närstående, aktuellt status, riskfaktorer, information till patienten, kontakt med vårdgrannar samt medicinering och planering.

Resultaten visade såväl avsaknad som dubblering av information. Endast vad gällde närstående och funktionsförmåga fanns något att hämta i handlingarna utöver i läkarepikrisen och läkarjournalen. En strukturerad datajournal skulle kunna lösa problemen.

sjuknade i stroke [5]. I föreliggande delrapport granskades journalhandlingarna för de 123 patienter som initialt vårdats vid det sjukhus som huvudsakligen betjänade kommunens invånare och som utskrivits levande. Nästan hälften av patienterna (46 procent) hade vårdats på strokeenhet. Papperskopior införskaffades av alla journalhandlingar som förts av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logoped. Journalerna, som samtliga var förda i datorsystemet Melior, sorterades efter typ av handling och kategori av journalförare och granskades i detalj av en av författarna (EH).

För samtliga 123 patienter fanns epikris och journal förda av läkare. För 121 patienter fanns anteckningar förda av sjuksköterska och för 73 även en omvårdnadsepikris. Remisser förekom inte. Omvårdnadsepikriserna var jämnt fördelade mellan strokeenhet och vanliga avdelningar. Sjukgymnaster hade dokumenterat vård av 54 patienter, arbetsterapeuter av 49 patienter, medan logoped endast varit involverade i nio fall. Tre av fyra patienter på strokeavdelningen hade haft dokumenterad kontakt med åtminstone en paramedicinare mot en av tre patienter på vanlig medicinavdelning. Sammanlagt hade 77 patienter träffat någon av paramedicinarna enligt tillgängliga handlingar.

En checklista med 26 frågor upprättades (Tabell I). Vid ut-

Tabell I. Materialet bedömt med avseende på nedanstående faktorer.

Fråga	Frågeinnehåll
<i>Beskrivning av patientens sociala förhållanden – av vikt för rehabiliteringsarbetet</i>	
1	Finns uppgift om patientens yrke eller sysselsättning?
2	Finns det någon information om patienten som person, t ex om en hobby?
3	Finns uppgift om patienten bor ensam eller ej?
4	Finns det någon information om patienten måste gå i trappor i eller till hemmet?
<i>Information om närstående</i>	
5	Har patienten närstående eller ej?
6	Vad heter närstående?
7	Närståendes adress?
8	Närståendes telefonnummer?
<i>Uppgifter om aktuellt status – av betydelse för rehabiliterande insatser</i>	
9	Kan patienten reda sig själv eller krävs omfattande hjälp med ADL?
10	Finns uppgift om patientens motorik vid utskrivningen?
11	Finns uppgift om patientens sensorik vid utskrivningen?
12	Finns uppgift om patientens synfält vid utskrivningen?
13	Har patienten talsvårigheter?
<i>Riskfaktorer – viktiga för sekundärprevention</i>	
14	Finns uppgift om patientens rökvanor?
15	Finns uppgift om patientens alkoholvanor?
16	Är patienten överviktig eller ej?
17	Finns uppgift om patienten har hypertoni eller ej?
18	Finns uppgift om patienten har diabetes eller ej?
19	Finns uppgift om patienten har flimmer eller ej?
<i>Information till patienten</i>	
20	Har patienten informerats om riskfaktorer för återinsjuknande i stroke?
21	Finns uppgift om att patientens lämplighet som bilförare diskuterats?
<i>Kontakt med vårdgrannar</i>	
22	Finns uppgift om att kontakt med kommunen tagits?
<i>Medicinering och planering</i>	
23	Har ställningstagande till antikoagulantabehandling gjorts?
24	Finns aktuell medicinlista i epikrisen?
25	Finns rekommendationer om medicinsk kontroll i epikrisen?
26	Finns rehabiliteringsplan i epikrisen?

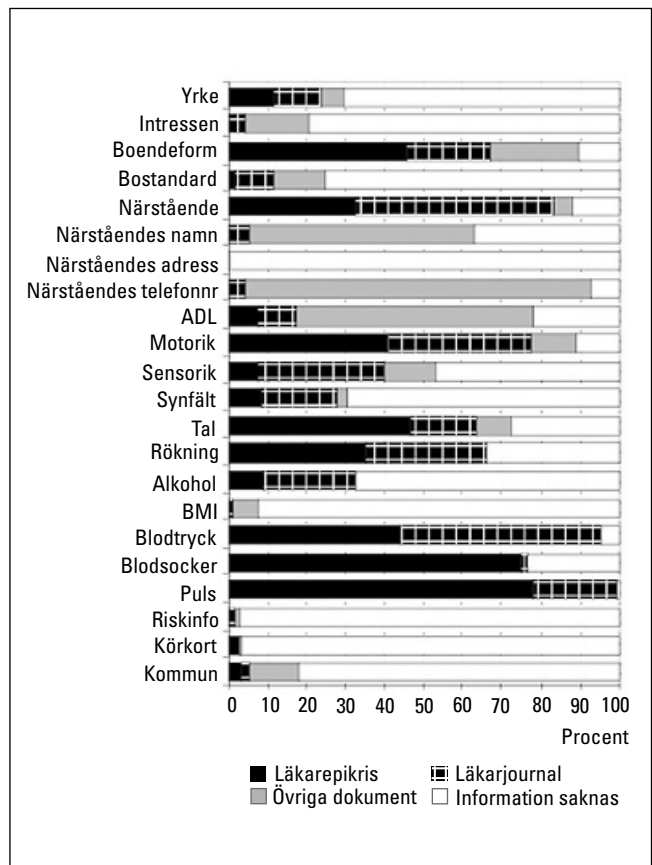
formningen av den beaktades dels den checklista som använts i studien »Ändamålsenlig vårdokumentation«, dels den checklista som föreslagits av InfoVU. Om det fanns dokumenterade uppgifter som vi som allmänläkare uppfattade var till god vägledning för nästkommande vårdgivare bedömde vi att frågan var tillfredsställande besvarad.

II Resultat

Handlingarna från strokeenheten var något mer kompletta än motsvarigheterna från andra medicinavdelningar. Inga skillnader av betydelse noterades vid jämförelse mellan handlingar rörande patienter som skrevs ut till hemmet och handlingar rörande patienter som skrevs ut till annan slutenvårdsenhet. Resultaten från genomgången av checklistan redovisas i Tabell II. Om samtliga handlingar genomgicks ökade informationen (Figur 1).

Uppgifter om patientens sociala förhållanden och närstående var få och fragmentariska. Dock innehöll omvårdnadsjournalen oftast tillräckliga uppgifter om närståendes namn och hur de skulle kunna nås per telefon.

I drygt hälften av omvårdnads- och arbetsterapeutjournalerna (62 respektive 69 procent) fanns tillräcklig information för bedömning av patientens ADL-förmåga, medan sådan in-



Figur 1. Uppgifter om 123 strokepatienter. Utgående från andelen patienter för vilka uppgift finns i epikrisen anges hur stor ytterligare andel patienter läsaren får uppgifter om genom att studera läkarjournaler och övriga dokument.

formation var sällsynt i övriga dokument. Patientens neurologiska tillstånd vid utskrivningen var i många fall svårt att värdera utifrån journalanteckningarna. Läkarsjournalerna gav tillräckligt underlag för bedömning av motorik i 75 procent av journalerna och i något lägre utsträckning i sjukgymnastjournalerna, 61 procent, medan uppgifter om motorik oftast saknades i övriga dokument. Uppgifter rörande sensorik fanns i 38 procent av läkarjournalerna och i 48 procent av sjukgymnastjournalerna.

Synfältsprövning redovisades i 27 procent av läkarjournalerna och sällan i övriga dokument. Eventuella talsvårigheter beskrevs som afasi, sluddrigt tal, otydligt tal eller att patienten hade svårt att hitta ord. I åtta av de nio logopedjournalerna fanns förväntad information om patientens talförmåga, men i läkarjournalerna redovisades uppgifter endast för 60 procent av patienterna.

Rökvanor dokumenterades i en del fall, som mest i 64 procent av läkarjournalerna, men detaljerade uppgifter om kvantitet, antal år som rökare eller tid sedan rökslut saknades i allmänhet. Alkoholvanor fanns nämnda i 32 procent av läkarjournalerna och knappast alls i övrig dokumentation. Kroppsmasseindex (BMI) fanns angivet i åtta sjuksköterskejournaler och i en läkarjournal. I ytterligare några dokument fanns uppgift om huruvida patienten var »överviktig«, »tung«, hade »normalt hull« eller var »mager«. Hypertoni bekräftades i en del fall men neigerades aldrig. Likaså var förhållandena vad gäller riskfaktorerna diabetes och flimmer.

Dokumentation om diskussion med patienten angående riskfaktorer fanns för fyra patienter och rörde rökning. Förutom de påtagliga följderna av ett slaganfall drabbas många

Tabell II. Andel i procent av samtliga av respektive slags förekommande dokument innehållande säkra uppgifter om nedanstående förhållanden.

Nyckeluppgift	Läkarepikris N=123	Läkarjournal N=123	Omvårdnadsepikris N=73	Omvårdnadsjournal N=121	Paramedicinsk journal N=77
<i>Sociala förhållanden</i>					
Yrke	11	24	5	16	18
Personlighet	0	4	5	7	14
Boendeform	46	61	45	75	42
Boendestandard	2	10	8	10	12
<i>Närstående</i>					
Närstående	33	82	70	98	31
Närståendes namn	0	5	34	58	0
Närståendes adress	0	0	0	0	0
Närståendes telefonnr	0	4	59	93	0
<i>Aktuellt status</i>					
Funktionsgrad	7	13	53	62	47
Motorik	41	75	20	32	69
Sensorik	7	38	1	2	51
Synfält	8	27	1	3	6
Tal	46	60	53	49	42
<i>Risikfaktorer</i>					
Rökvanor	35	64	7	17	1
Alkoholvanor	9	32	1	5	0
Kroppsdimension	0	1	0	7	0
Blodtryck	44	95	18	32	0
Sockerläge	75	24	14	16	0
Hjärtrytm	78	98	9	18	0
<i>Information till patienten</i>					
Riskinformation till patienten	0	2	1	1	1
Körkortsdiskussion	2	1	1	0	1
<i>Kontakt med vårdgrannar</i>					
Kommunkontakt	3	2	5	17	0

patienter av mindre synliga handikapp. Dessa, som inte gick att utläsa från tillgängligt material, kan eventuellt ha menlig inverkan på patientens förmåga att framföra ett fordon. Anmälan till länsstyrelsen förekom endast för en patient och var då snarare baserad på en psykiatrisk än på en neurologisk bedömning. I tre andra fall föreslogs patienten att avvakta med bilkörning en tid, men i resterande handlingar saknades helt uppgifter om eventuellt körkort och bilkörning.

Antalet dokumenterade kontakter med biståndshandläggare var litet och varierade mellan 0 procent i de paramedicinska journalerna och 17 procent i omvårdnadsjournalerna.

Medicinlista fanns i 97 procent av epikriserna, och samtliga epikriser innehöll uppgift om vem som i fortsättningen skulle ansvara för kontroller och vård. Men specificerad rekommendation om kontroll av riskfaktorer fanns endast för 15 procent. I övriga fall överlämnades bedömningen av vilka åtgärder som borde vidtas till nästkommande ansvarig läkare. För 50 procent av patienterna nämndes att rehabilitering var tänkt, men uppgifter om hur denna rehabilitering skulle gå till och vilka mål som förväntades bli uppnådda saknades helt.

II Diskussion

Utifrån ett antal nyckeluppgifter har vi i denna studie försökt att värdera information som kan inhämtas från akutsjukhusets journalhandlingar och som har betydelse vid övertagandet av vårdansvaret efter den akuta sjukhusvistelsen för stroke.

Bedömningen av vilka uppgifter som kunde vara av betydelse gjordes främst i ett allmänläkarperspektiv. Det är möjligt att vårdgivare med annan yrkesbakgrund skulle ha gjort delvis andra bedömningar. Dock bör framhållas att allmänläkarperspektivet är centralt i det långsiktiga omhändertagandet efter stroke. Det stora flertalet strokedrabbade hänvisas

förr eller senare till sin husläkare för fortsatt kontroll och uppföljning. Andra vårdgivare har knappast mindre behov än husläkaren av primäruppgifter från akutsjukvården.

Få uppgifter om patienten som person

Genomgången av materialet visade att relevanta uppgifter saknades i betydande omfattning. Särskilt anmärkningsvärt var att det i så stor utsträckning saknades uppgifter om patienten som person. Patienten skall vara delaktig i planeringen, och det är därför rimligt att mottagande vårdinrättning får veta något om patientens personliga förhållanden. Uppgifter om yrke eller tidigare verksamhet samt personens nuvarande intressen kan ge underlag för beslut om lämplig rehabilitering. Om personen bor ensam, om han/hon har anhöriga och var de i så fall bor och hur de kan nås kan också vara av betydelse då eftervården planeras.

I synnerhet för patienter som skrivs ut till hemmet är en bedömning av funktionsförmågan väsentlig. Helst skulle varje epikris innehålla en bedömning enligt Katz, men i många handlingar var det inte ens möjligt att få veta om personen hade omfattande hjälpbehov eller inte.

Diffust om neurologiskt status och riskfaktorer

Vidare borde det efter vård under diagnosen stroke vara självklart att fordra att patientens neurologiska status bedömdes vid utskrivningen och att sådan information fanns dokumenterad. Diffusa uppgifter om »svaghet« i en lem eller otydligt tal vid inläggningstillfället, som var vanligt förekommande i de granskade journalerna, kan inte tjäna som underlag för planerad rehabilitering på annan klinik eller i öppen vård.

För att förhindra återinsjuknande i stroke är åtgärdande av riskfaktorer av stor betydelse. I dokumenten saknades i många fall uppgifter om levnadsvanor, och även om data rö-

rande blodtryck, hjärtrytm och sockerläge fanns i större utsträckning var uppgifterna inte särskilt säkra utan ofta ögonblicksvärden och registrerade vid ankomsten till sjukhuset.

Eftersom stroke ofta medför dolda handikapp vore det lämpligt att kräva att körkortsinnehav dokumenterades och ställningstagande till bilkörning gjordes. Vår genomgång visar dock att detta sällan var fallet.

Brist på instruktioner om vidare vård

I nästan alla epikriser fanns en aktuell medicinlista, och alla patienter för vilka antikoagulantabehandling var indicerad hade enligt epikrisen påbörjat sådan behandling. I epikriserna fanns även uppgift om nästa vårdgivare, men avsaknaden av tydliga instruktioner rörande patientens vidare vård och rehabilitering samt kvitteringsrutiner torde kunna bidra till att uppföljningen av patientens slaganfall allvarligt äventyras.

Samma uppgifter återkom i dokumenten, och även om det emellanåt går att finna ytterligare information i handlingarna, utöver epikrisen, är det inte realistiskt att övertagande vårdpersonal gör sig tid att rekvidrera och genomöka ett omfattande material. Även om logopedjournalerna innehåller god information om patientens tal resulterar en beställning av en sådan journal endast i information i några enstaka fall.

Ingen omvårdnadsdokumentation för hälften av patienterna

Avsaknaden av omvårdnadsdokumentation (för nästan hälften av patienterna saknades omvårdnadsepikris) och av dokumentation från paramedicinsk personal är anmärkningsvärd. Bristen på sådan information borde rimligen vara till förfång för planering av fortsatta insatser från dessa personalkategorier i det fortsatta omhändertagandet.

Socialtjänsten utanför vårdkedjan

Det förelåg inga väsentliga skillnader mellan dokumentationen på strokeenheten och den på vanliga vårdavdelningar. Inte heller var det skillnad mellan epikriser och andra handlingar för patienter som skrevs hem och patienter som överfördes till annan vård. Det hade annars kunnat förväntas att mer information förelåg för patienter med pågående vårdkedja än för patienter med (formellt) avslutad vårdkedja.

Socialstyrelsen definierar vårdkedja som en sammanhållen värdeperiod. Värdeperiod i sin tur definieras som samtliga kontaktkomponenter som avser ett och samma hälsoproblem [6]. Dock ingår inte socialtjänsten i strokepatientens vårdkedja på samma villkor som medicinsk vård och omvårdnad. För att information skall kunna föras över till socialtjänsten måste patienten eller dennes ombud lämna sitt medgivande [7]. Även om ett slaganfall är en i tiden avgränsad händelse kan dock knappast vårdkedjan vid stroke anses vara avslutad när patienten skrivs ut. Behovet av sekundärprevention och risk för sequelae efter stroke innebär behov av fortsatta och uthålliga vårdinsatser.

Medicinsk epikris mest användbar

Denna studie bekräftar och fördjupar fynd och slutsatser som gjorts tidigare, främst i den citerade utredningen »Ändamålsenlig vårddokumentation«, nämligen att det finns stora förbättringsmöjligheter när det gäller att dokumentera uppgifter som bör föras vidare i vårdkedjan från akutsjukvård till efterföljande vårdinstanser. I all sin ofullständighet är dock den medicinska epikrisen den mest användbara informationskällan. Mycket lite tilläggsinformation av betydelse för allmänläkaren (och sannolikt också för andra efterföljande vårdgivare) finns att hämta i läkarjournal, omvårdnadsepikris, omvårdnadsjournal eller paramedicinska journalanteckningar.

Att dokumentera vad som sker i vården och att hantera sådan information är ett tidskrävande arbete. I en studie från So-

cialstyrelsen [8] redovisades att läkare vid sjukhus ägnade 7,5 timmar och läkare i primärvården 6,8 timmar per vecka åt arbete med patientjournaler (mediantider). För sjuksköterskor var motsvarande tidsinsatser 6 respektive 7,5 timmar. I vår studie saknas uppgifter om vilken tid läkare och sjuksköterskor lagt ned på dokumentationsarbetet, men det torde ha rört sig om tider av samma storleksordning.

Strukturerad datorjournal skulle lösa problemen

Med tillgång till datorjournal som informationsbärande medium vore det fullt möjligt att med hjälp av enkla mallar strukturera den samlade journalinformationen så att den får ett rimligt mervärde också för dem som skall ta vid i vårdkedjans nästa länk. Läkare, sjuksköterskor och paramedicinare skulle ge svar på de frågor de bäst behärskar. Exempelvis skulle sjuksköterskan ansvara för att frågor rörande närstående besvarades och arbetsterapeuten bedöma ADL. Mallarna skulle ge översiktlig information, och för den händelse mottagaren önskade fördjupad information skulle detta lätt kunna åstadkommas med länkning till dokument. Detta vore ett mer kostnadseffektivt sätt att utnyttja vårdpersonal än dagens ordning. Dessutom skulle kvalitetskontroll och uppföljning väsentligt underlättas om informationen vore strukturerad.

Det inom forskning och utveckling vedertagna begreppet GCP (good clinical practice) måste således migrera till den vardagliga sjukvården.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Ändamålsenlig vårddokumentation [rapport]. Stockholm: Grufman Reje Management; 2002. <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Revisionen/Dokument/Granskningsrapporter/Slutrapport145.pdf>
2. Ågren B. Checklista ger säkrare vård vid stroke. Läkartidningen 2004;101:3511-3.
3. Patientjournalagen. SFS 1985:562.
4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Patientjournalagen. SOSFS 1993:20.
5. Krakau I, Hassler E. Strokevård vid vändpunkt. Stockholm: Allmänmedicinska enheten, KS; 2003.
6. Socialstyrelsen; 2004. <http://www.sos.se/epc/klassifi/filer>
7. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. SOSFS 1996:32.
8. Socialstyrelsen. Omfattningen av administration i vården. 2000. <http://www.sos.se/fulltext/0077-001/0077-001.htm>



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

The complete hospital notes made by physicians, nurses and paramedics for 123 patients diagnosed with stroke were studied in order to assess whether the information was sufficient for transfer to a new caregiver. A checklist was designed to include information of importance for the planning of subsequent medical care, rehabilitation and prevention. The questions covered the following areas: social situation, next of kin, current status and physical condition, risk factors, information to the patient, contact with social services, medication and planning. The results revealed missing as well as duplicated information. Apart from the notes written by physicians, additional information was not found to be of use, with the exception of information on next of kin, current status and physical condition.

Ejda Hassler, Ingvar Krakau

Correspondence: Ejda Hassler, Centrum för allmänmedicin, Alfred Nobels Allé 12, SE-141 83 Huddinge, Sweden ejda.hassler@klinvet.ki.se