

Journalen

Berit Eika, Jannik Hilsted & Svend Schulze

JOURNALEN OG DEN KLINISKE BESLUTNINGSPROCES

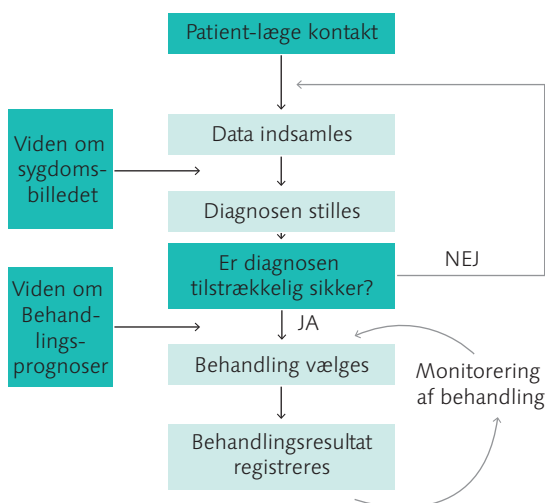
Journalen er et centralt redskab i det lægelige arbejde, og næsten ethvert møde mellem en læge og en patient resulterer i et journalnotat. Journalen er et vigtigt værktøj for lægens overvejelser i den kliniske beslutningsproces og tjener flere funktioner. Den er:

1. et medie til registrering af bl.a. anamnese (sygehistorie), objektiv undersøgelse og parakliniske undersøgelsesresultater
2. et middel til kommunikation mellem kolleger og med andre medarbejdere i sundhedsvæsenet
3. et juridisk dokument.

Der er en nøje sammenhæng mellem journalen og den kliniske beslutningsproces. Figur 1.1 viser i et forenklet diagram sammenhængen mellem, hvad lægen foretager sig, og dele af den kliniske beslutningsproces. Første trin i den kliniske beslutningsproces er en systematisk indsamling af data om patienten (anamnese og objektiv undersøgelse). Anamnese og undersøgelse af patienten udgør grundstenene i en indlæggelsesjournal og vil være bestemmende for, hvilke beslutninger der træffes om den videre udredning og behandlingen af patienten. De indsamlede data vurderes og sammenholdes med lægens forhåndsviden om sygdomme og deres manifestationer, og der opstilles en arbejdsdiagnose. Ofte ordineres yderligere parakliniske undersøgelser, fx blodprøver eller røntgenundersøgelser, der kan bekræfte diagnosen eller pege på andre diagnoser (differentialdiagnoser). Når diagnosen

Figur 1.1. Lægens opgaver.

- Oprette professionel relation til patienten
- Tale med og undersøge patienten
- Gruppere informationerne i meningsfulde enheder
- Stille midlertidig arbejdsdiagnose
- Informere patienten
- Aftale eventuelle yderligere undersøgelser
- Afprøve den midlertidige diagnose
- Informere patienten og iværksætte behandling i samråd med ham eller hende
- Resumere forløbet og beskrive de videre planer



skønnes tilstrækkeligt underbygget, informeres patienten om lægens overvejelser, og der vælges behandling.

INDLÆGGELSESJOURNALENS STRUKTUR, INDHOLD OG FORM

Journalen har per tradition en bestemt struktur, der gør det lettere at finde bestemte oplysninger i den. Journalens omfang og indhold varierer med specialet og situationen. De fleste journaler indeholder alle de rubrikker, der er angivet i Tabel 1.1, men hver enkelt rubrik varierer i både omfang og vægtning afhængigt af situationen. Således vil en journal på en akut patient i skadestuen kun indeholde det mest nødvendige for, at man kan stille en midlertidig diagnose og indlede behandling. Her er det registreringen af de akutte symptomer og fund samt den umiddelbare behandling, der er i fokus. I intern medicin derimod bruges journalen hovedsageligt som et diagnostisk redskab. Her registreres ikke kun patientens aktuelle klager, oftest vil journalen også indeholde en fuldstændig redegørelse for patientens tidligere sygdomme. Desuden gennemgås de forskellige organsystemer, så symptomer, der kunne tyde på, at patienten fejler noget andet eller mere end først antaget, ikke overses. Den kirurgiske journal kan være kort, typisk hvis patienten er ung og skal behandles for noget ukompliceret, fx ved en knæoperation hos en ung sportstrænede person. Men også i den kirurgiske journal kan det være vigtigt at foretage en nøje gennemgang af de forskellige organsystemer, typisk hos den ældre patient eller hos patienten, der skal igennem en større belastende behandling, for nøje at afgøre, om patienten tåler behandlingen, eller om der skal foretages noget inden behandlingen. Eksempler herpå kunne være optimering af insulinbehandlingen af diabetikeren eller vægtreduktion hos patienten, der skal galdeopereres. Ved genindlæggelser, hvor der allerede findes en komplet journal af nyere dato, kan journalen gøres kort. Den skal dog give tilstrækkelig information om den aktuelle sygdom, evt. i form af et kort resumé af sygehistorien samt en opdatering i forhold til den sidste indlæggelse. Det er altså ikke tilstrækkeligt kun at henvise til tidligere journaler!

I dag eksisterer en stadig større del af patientinformationer i elektronisk form. Det gælder både notater (fx

journalnotater), billeddiagnostisk materiale (fx røntgenbilleder) og resultater fra undersøgelser (fx klinisk biokemiske resultater eller beskrivelser af undersøgelser udført på patologisk afdeling). Der er i Danmark også indført mange forskellige former for elektronisk patientjournal (EPJ) i de sidste årtier. Desværre var der i lang tid en mangel på koordinering af de mange indsatser. Det er heldigvis ved at ændre sig. Der arbejdes ihærdigt på at indføre fælles EPJ, så alle faggrupper kan få adgang til de samme oplysninger om patienterne. Der vil sandsynligvis også ske en samordning på tværs af landet, så der inden for en overskuelig fremtid skabes en fælles national EPJ.

Gode råd om optagelse af journal og journalføring

Journaloptagelsen skal foregå, uden at samtale og undersøgelse kan høres eller overværes af andre.

- Hvis patienten ikke kan bidrage til sygehistorien (fx hvis patienten er bevidstløs), skal det fremgå af journalen, *hvem* der har givet oplysninger (fx pårørende), eller *hvorfra* de stammer (fx indlæggelsesseddel).
- Det kan være lettere at huske oplysninger, hvis man i stikord nedskriver det, der kommer frem under samtalen.
- Journalens sprog skal være sagligt, præcist og kort, men alligevel dækkende.
- Brug et enkelt og klart sprog uden fagudtryk ved journaloptagelsen.
- Når sygehistorien skal formuleres til journalen, skal man bruge de ord, som patienten har brugt, og undlade at oversætte eller fortolke oplysningerne.
- Skriv aldrig nedsættende bemærkninger eller kritiske notater om patienten, kolleger eller andre afdelinger.
- Undgå at kommentere patientens holdninger eller adfærd, medmindre det er strengt nødvendigt.
- Journalmateriale indeholder fortrolige oplysninger og er underlagt loven om tavshedspligt.
- Sørg for, at egne kladdenotater destrueres forsvarligt.
- Adgangen til den endelige journal bør begrænses.

Anamnese og kommunikation

Sygehistorien eller anamnesen er måske den vigtigste del af den kliniske beslutningsproces. Ofte vil man med anamnesen alene kunne nå meget langt i at stille den rigtige diagnose. Gode kommunikationsfærdigheder er sammen med solid faglig viden helt afgørende for kvaliteten af anamnesen og dermed også for patientbehandlingen. Både de spørgsmål, der stilles, og omstændighederne ved samtalen vil være afgørende for, hvor mange brugbare oplysninger patienten kan og vil give. Anamneseoptagelsen er imidlertid også en samtale, der adskiller sig fra almindelig samtale. I modsætning til en almindelig samtale mellem to personer er anamneseoptagelsen styret af den ene part – lægen – og den er både målrettet og systematisk. Formålet med anamnesen er primært at indsamle fakta, der sammen med den objektive undersøgelse og andre undersøgelser kan føre til diagnosen. Det er vigtigt, at der under den lægelige samtale opbygges en professionel relation mellem patienten og lægen. Det kræver, at lægen er åben over for patientens synspunkter, lytter aktivt, udspejler og kan håndtere de følelsesmæssige dele af samtalen. Lægen skal også på en neutral faglig måde kunne tale om sociale tabuemner som seksualitet, drikkevaner, afføringsvaner mv. Journalskrivning inde-

holder forskellige kommunikative færdigheder. Lægen skal kunne kommunikere verbalt med sin patient, dvs. kunne interviewe på en effektiv måde, kunne informere og sikre sig, at informationen er forstået, og kunne lave en aftale med patienten. Den træned læge bruger i den professionelle samtale bevidst forskellige delfærdigheder. Det drejer sig om at kunne:

- sætte en tids- og indholdsmæssig ramme for samtalen
- afgrænse det område, der tales om
- uddybe de oplysninger, der gives
- resumere de informationer, som patienten har givet
- informere patienten om sine overvejelser
- træffe aftale med patienten om det videre forløb.

Anamnesen indeholder beskrivelse af både aktuelle symptomer, tidligere sygdomme og medicinforbrug mv., sådan som patienten husker dem. De områder, der skal eksplorerer, er ikke kun de rent biomedicinske (fx smerter, vægttab, vandladning osv.), men også de psykologiske og sociale sider af sygdommen. Anamnesen i journalen skal altså beskrive patientens opfattelser og vurderinger af sygdommen, samt hvordan den påvirker ham eller hende, også i forhold til familie, arbejde mv. Det er derfor vigtigt, at patienten under samtalen får mulighed for at fremkomme med alle sine klager og synspunkter. Af frygt for sygdom, af skam, af forlegenhed eller af anden grund fortæller ikke alle patienter om alle aspekter af deres sygehistorie, og vigtige informationer kan derfor blive "holdt tilbage". Nogle patienter vil præsentere deres klager og symptomer, sådan som de tror, at lægen helst vil høre dem, eller sådan som patienterne selv forstår deres symptomer. Et socialt problem kan derfor fx præsenteres som mavepine. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at lægen lytter efter det usagte. Lægens opgave er på den ene side at lytte og opmuntre patienten til at tale og på den anden side at begrænse samtalen til det lægelige. Det er bl.a. det, der er kunsten ved den lægelige samtale. Det kan læres gennem erfaring, men mest effektivt ved træning under vejledning.

Anamnesen

Forud for mødet med patienten bør lægen sætte sig ind i alle tilgængelige papirer om patienten, fx henvisning fra egen læge, ambulante notater, ældre journalnotater og tidligere undersøgelsesresultater. Denne forberedelse

Tabel 1.1. Journalens forskellige dele.

Patientens problem; Henvisningsårsag.

Anamnese: Hvad patienten fortæller om sin sygehistorie.

Objektiv undersøgelse: Hvad lægen finder ved at undersøge, se på, føle på og lytte til patienten.

Resumé og eventuel konklusion: Hvilke oplysninger og fund er de vigtigste?

Diagnoseforslag: Hvad er lægens hypotese om, hvad patienten fejler.

Plan for det videre forløb: Hvilke parametre skal specielt overvåges (observationer), hvilke yderligere informationer og undersøgelser er nødvendige (ordinationer), og hvilken behandling skal iværksættes.

Daglige journalnotater: Herunder observationer, informationer til patient og pårørende, undersøgelsesresultater, operationsbeskrivelse osv.

Epikrise: Hvad er den afsluttende beskrivelse af forløbet, inkl. planen for, hvad der skal ske, efter at patienten forlader sygehuset.

kan både sikre, at lægen er orienteret inden mødet med patienten, og at lægen får nyttige informationer, som patienten ikke nødvendigvis selv kommer ind på. Selve kontakten med patienten begynder altid med en præsentation med for- og efternavn samt stilling og en orientering om formålet med samtalen. Som studerende kan man fx indlede samtalen med: "Goddag, jeg hedder Niels Hansen og er medicinstuderende på ottende semester. Jeg er ved at lære at optage en journal og vil derfor gerne have lov til først at spørge dig ud om din sygdom og derefter undersøge dig. Bagefter er der en uddannet læge, som tjekker, at jeg har gjort tingene korrekt, og snakker med dig om, hvad der skal ske videre. Er det i orden med dig?"

Der er forskel på at optage journal på uvisiterede og visiterede patienter. Når patienten er uvisiteret, typisk hos den praktiserende læge eller i skadestuen, er hovedopgaven at samle tilstrækkeligt med informationer til at stille en arbejdsdiagnose. Når visiterede patienter skal interviewes, typisk i forbindelse med indlæggelsesjournalen, er patienten derimod ofte udredt og diagnosen allerede stillet. Her er det lægens opgave at spørge til de forskellige symptomer og områder, også dem, der ikke giver symptomer. Hensigten med journaloptagelsen hos den uvisiterede patient er at indsamle så mange relevante oplysninger som muligt, så man kan bekræfte eller supplerer den stillede diagnose og udelukke andre aktuelle sygdomme. Det drejer sig specielt om sygdomme, der er tilkommet siden sidste kontakt med afdelingen, eller om lidelser, som kan komplicere en planlagt behandling. Indimellem kan det afsnit, der ellers hedder "aktuelt" i journalen, derfor blive erstattet med et afsnit, som hedder "siden sidst".

En anamneseoptagelse begynder typisk med den *aktuelle sygehistorie*, fordi patientens opmærksomhed og eventuelle uro eller angst næsten altid er relateret til det aktuelle. Hvis det, der optager patienten, ikke bliver taget op i starten, kan det derfor påvirke hele samtalen på en negativ måde. Efter at det aktuelle er nøje gennemgået, er det mest hensigtsmæssigt at gennemgå *medicinforbruget* – både det nuværende og det tidligere. Medicinforbruget vil ofte give ledetråde til, at man kan spørge om *tidligere sygdomme*. Der kan herefter spørges til funktionen af *øvrige organsystemer*. *Allergi, dispositioner og ekspositioner* afklares dernæst, almindeligvis ved direkte spørgsmål. *Sociale forhold, tobak og alkohol* kræver ofte en mere nøjagtig gennemgang og spørgsmål, der stilles på en ik-

kedømmende måde. Disse emner kan passende berøres, når de mere sygdomsrelaterede områder er afklaret.

Det kan anbefales, at man behandler ét område ad gangen og derefter resumerer det, som patienten har fortalt. Dette har to funktioner. Den ene er, at patienten får bekræftet, at lægen har forstået det, som patienten har fortalt, så eventuelle misforståelser kan korrigeres med det samme. Den anden er, at lægen bedre husker alle detaljer, når journalen efterfølgende skal dikteres eller nedskrives.

I journalen gengives patientens fortælling traditionelt i en fastlagt rækkefølge:

1. Årsagen til indlæggelsen
2. Allergi
3. Dispositioner
4. Ekspositioner
5. Tidligere sygdomme
6. Aktuelle sygdom
7. Øvrige organsystemer (centralnervesystemet, hjerte og lunger, mave-tarm-kanal, urinveje, gynækologisk, bevægeapparatet)
8. Medicin
9. Tobak og alkohol
10. Socialt.

Her følger en opremsning af spørgsmål og retningslinjer, der kan optræde under journalens forskellige rubrikker:

Allergi. Spørg om kendt overfølsomhed for medikamenter som penicillin og morfin, jodholdigt røntgenkontraststof, fødemidler, pollen m.m. Ved positivt svar beskrives debuttidspunkt og symptomer mere præcist.

Dispositioner. Er der kendt diabetes, stofskiftesygdomme, hjerte-, lunge- eller karsygdomme i den nærmeste familie? Dette er specielt vigtigt der, hvor den aktuelle lidelse giver anledning til at mistænke arvelighed.

Ekspositioner. Hvor det er relevant, forhøres om udsættelse for smitsomme sygdomme, udlandsrejser og toksiske påvirkninger.

Tidligere sygdomme. Vedrørende tidligere sygdomme og indlæggelser stilles spørgsmål af typen: Hvorfor blev du indlagt? Hvornår, hvor og hvordan blev du behandlet? Hvor det er relevant, spørges også om det videre forløb

efter en eventuel indlæggelse. Detaljeringsniveauet afhænger af, hvor relevant det er for det aktuelle problem. Spørg specifikt om kroniske sygdomme som diabetes, kronisk lungesygdom og forhøjet blodtryk: Hvornår debuterede sygdommen? Hvordan har forløbet været? Hvilke behandlinger har været anvendt og med hvilken effekt? Hvordan har sygdommen påvirket patientens hverdag og arbejdsliv?

Aktuelle sygdom. Det er sygehistoriens vigtigste afsnit, og det skal opbygges logisk. Begynd med at beskrive årsagen til indlæggelsen. Hvornår (tidspunkt), hvordan (spontan, efter traume osv.) og hvor (anatomisk lokalisation) debuterede symptomerne. Beskriv herefter symptomerne nærmere samt den videre udvikling. Er symptomerne til stede hele tiden eller intermitterende, og er der faktorer, som provokerer eller lindrer, fx indtagelse af mad eller drikke, varme, medicin, hvile, sengeleje? Er der ledsagesymptomer som kvalme, opkastninger, feber, blødning, diarré. Er symptomerne søgt behandlet og i bekræftende fald hvordan og hvor?

Øvrige organsystemer. I resuméform gennemgår lægen de øvrige organsystemer for bl.a. at klarlægge det daglige funktionsniveau, og om der er kroniske sygdomme, som kan få betydning for en eventuel behandling. For eksempel kan svær hjertesygdom betyde, at patienten har nedsat funktionsniveau og skal have hjælp både i dagligdagen og under indlæggelse. Svær hjertesygdom vil også være en komplicerende faktor hos en patient, der skal opereres, og omhyggelig beskrivelse af sygdommen er væsentlig både for den præ- og den postoperative behandling. Afhængigt af patientens svar på spørgsmål vedrørende de enkelte organer kan man nøjes med at notere: ingen klager.

Centralnervesystemet (= CNS). Hovedpine, svimmelhed, synsforstyrrelser, kraftnedsættelse, lammelse, krampes, styringsbesvær, føleforstyrrelser, besvimelser.

Hjerte og lunger (kardiopulmonalt). Der spørges om hoste, opspyt (ekspektoration), kortåndethed (dyspnø) ved belastning eller i hvile, uregelmæssig hjerteaktion, brystmerter og hævede ben (ødemer).

Mave-tarm-kanal (gastrointestinalt). Halsbrand, opstød, kvalme, opkastninger, ændret afføringsmønster (diarré eller obstipation), ekskretmisfarvning, appetit, normalvægt og vægtændring (kvantiteres).

Urinveje (urogenitalt). Hyppig vandladning (pollakisuri), natlig vandladning (nykturi), besværet, dråbevis vandladning (stranguri), inkontinens, smertefuld vandladning (dysuri), urinens udseende (uklar, mørk, blodig). Gentagne blærebetændelser.

Gynækologisk. Antal graviditeter og fødsler, inkl. komplikationer. Hos fertile kvinder spørges om menstruationens varighed og eventuelle smerter i forbindelse hermed, interval, regelmæssighed og dato for sidste menstruation. Eventuel brug af p-piller noteres. Ældre kvinder spørges om menstruationens ophør (menopause) og eventuelle klimakterielle gener. Blødning imellem menstruationer (metroragi) og udflåd (fluor vaginalis) karakteriseres.

Bevægeapparatet. Eventuelle led- eller rygsmerter beskrives, inkl. døgnvariation og provokerende faktorer. Der spørges til gangfunktion og om eventuelle bensår.

Medicin. Patientens sædvanlige medicinindtagelse klarlægges så præcist som muligt, og medbragte recepter eller medicinglas kontrolleres. Eventuelt kontaktes egen læge eller den hospitalsafdeling, hvor patienten tidligere var indlagt. For hvert middel søges præparatnavn, dosis og indikation beskrevet. Det kan være vigtigt også at få det tidligere medicinforbrug belyst. Har patienten med hjertesygdom fx tidligere fået andre typer medicin end den aktuelle. Og hvis ja, hvad var årsagen til, at medicinen ikke længere tages. Det kan også være vigtigt at spørge ind til ikke bare, hvilken medicin der er ordineret, men også hvilken medicin der tages. Der er nemlig patienter, som ikke tager den medicin, der er ordineret. En oplysning om, hvorfor medicin ikke tages, vil oftest kun komme frem gennem respektfuld udspørgen. Husk også at spørge om håndkøbs- og naturmedicin.

Tobak og alkohol. Det gennemsnitlige forbrug og arten heraf noteres. Det gælder både forbruget lige op til indlæggelsen og længere tilbage.

Socialt. Ægtestand, børn, bolig (art, størrelse, etage, elevator), erhverv (nuværende og tidligere), økonomi, herunder understøttelse (sygedagpenge, revalidering), og sociale foranstaltninger (hjemmehjælp, madudbringning, indretninger i hjemmet, herunder kørestol, rollator osv.).

Objektiv undersøgelse

Sædvanligvis efterfølges anamneseoptagelsen af en objektiv undersøgelse af patienten. Den akut medtagne patient udgør en undtagelse. Her vil den objektive undersøgelse foregå samtidig med eller endda forud for anamneseoptagelsen. I realiteten foretager lægen altid observationer ved brug af sin syns-, høre-, føle- og lugtesans lige fra sit første møde med patienten. Lægen vil notere sig, om patienten virker medtaget eller upåvirket af sin sygdom, og lægge mærke til gang, holdning, stemmeføring o.l. Formålet med den objektive undersøgelse er at supplere den dataindsamling, der allerede er sket ved anamneseoptagelsen, og at foretage såvel en generel som en specifik vurdering af patientens helbredstilstand. Pålideligheden af informationer indsamlet gennem den objektive undersøgelse er afhængig af en række faktorer, bl.a. undersøgerens erfaring og omhu.

Den objektive undersøgelse indledes og afsluttes med håndvask – gerne foretaget, mens patienten ser det. Udførelsen af den objektive undersøgelse indebærer en meget direkte fysisk kommunikation, når lægen undersøger sin patient – den professionelle berøring. Almindeligvis vil anamneseoptagelsen have sikret, at der er etableret en professionel relation mellem lægen og patienten, som vil kunne hjælpe patienten med at slappe af og samarbejde under den objektive undersøgelse. Desuden vil patienter næsten altid forvente, at lægen også skal undersøge dem. Alligevel er det vigtigt, at lægen forbliver opmærksom på, at den objektive undersøgelse ofte udgør en følsom situation for patienten. Patientens accept af situationen kan øges ved, at lægen begynder den objektive undersøgelse med at orientere patienten om, hvad der skal ske. Det er også vigtigt, at lægen undervejs forklarer, hvad der sker. Den mere erfarne undersøger vil også undervejs have overskud til at vedligeholde den verbale kontakt ved at udbygge udvalgte dele af anamneseoptagelsen. De fleste medicinstuderende vil dog have svært ved samtidigt at snakke med og undersøge patienten.

Selvom denne del af journaloptagelsen betegnes som en objektiv undersøgelse, er det, der står i journalen en beskrivelse af undersøgerens fund, og undersøgelsen vil dermed altid have et subjektivt islæt. I journalen angives både positive og negative fund og ikke blot i.a. (intet abnormt). Den objektive undersøgelse udvides efter behov. For eksempel vil man foretage en grov neurologisk under-

søgelse, hvis der er den mindste mistanke om påvirkning af nervesystemet.

Almene kliniske tegn

Den objektive undersøgelse begynder med en generel beskrivelse af patientens tilstand. Nedenstående parametre karakteriseres:

- a. Bevidsthedsniveau (der anvendes følgende skala: vågen, somnolent, soporøs, komatøs)
- b. Orienteringsgrad (orienteret i tid, sted og egne data, konfus, dement osv.)
- c. Psykisk (psykisk neutral, depressiv, opstemt, angst osv.)
- d. Påvirkethed (upåvirket, kronisk medtaget, akut medtaget, smerteforpinet osv.)
- e. Soigneringsgrad (velplejet, miseriespræget)
- f. Udseende i forhold til alder (svarende til alder, ældre/ yngre)
- g. Ernæringstilstand (over middel/middel/under middel)
- h. Højde og vægt registreres
- i. Respirationen karakteriseres (normal, kortåndet (dyspnø), hurtig (takypnø), forlænget eksspiration, overfladisk eller dyb)
- j. Hudfarve beskrives (rød, bleg, gul (ikterisk – ses bedst i sclerae og i dagslys), blå (cyanotisk), anæmisk (ses bedst på slimhinder, fx indersiden af nedre øjenlåg))
- k. Hudtemperatur og fugtighed (varm og tør, koldsvedende osv.)
- l. Temperatur med angivelse af, hvor den er målt
- m. Pulsfrekvens og regelmæssighed
- n. Blodtryk.

Ydre kranium undersøges for synlige traumer og sår, og hudfarven beskrives.

Øjne. Pupiller (egale og runde, reaktion for lys) og øjenbevægelserne undersøges. Conjunctivae og sclerae (blodskudte (injicerede), ikteriske) inspiceres. Synsfeltet vurderes ved grov undersøgelse. Eventuelt foretages oftalmoskopi.

Mund og svelg (cavitas oris). Læber (farve), tandstatus (caries, ømme tænder, protese), tunge (belægninger),

slimhinder (rødme, belægninger) og tonsiller (størrelse, belægninger) inspiceres. Foetor (uræmisk, hepatisk, ketonstoffer, alkohol) bemærkes.

Hals. Asymmetri, halsvenestase (bedømmes på fyldningsgraden af v. jugularis externa, når patienten sidder med overkroppen i ca. 45°) eller respiratoriske indtrækninger beskrives. Følgende palperes (halsen undersøges bedst bagfra med begge hænder): gl. thyroidea (størrelse og asymmetriske områder bedømmes), carotispulsen og halsglandlerne (de submentale og submandibulære, i nakken, langs m. sternocleidomastoideus samt de supraklavikulære glandler). Eventuelt medtages her de øvrige lymfeglandler (i armhulen og lysken). Med stetoskopet lyttes (auskultation) over aa. carotides (mislyd projiceret fra hjertet), jugulum og gl. thyroidea (ved struma).

Thorax. Asymmetri og misdannelser beskrives. Bevæger brystkassen sig symmetrisk med respirationen? Brystmuskulaturen palperes hos patienter med thoraxsmerter (myoser). Positive fund relateres til costanummer (tælles fra costa 2, der er det første costa, som kan palperes under clavícula).

Lungestetoskopi; stethoscopia pulmonum (st.p.). Patienten sidder med afdækket overkrop. Lungegrænser og eventuel dæmpning bestemmes ved perkussion. Lyder det meget hult, kan det skyldes, at lungen er faldet sammen (pneumothorax), og er lyden dæmpet, kan det skyldes væske i pleura eller lungebetændelse (pneumoni). Der stetoskoperes på bag- og sideflader samt forfra svarende til overlapper under forceret vejrtrækning. Respirationslydene karakteriseres (normal (vesikulær), svækket, bronkial osv.) ligesom eventuelle bilyde (sekretaslen, knitren (krepitation), gnidningslyde).

Hjertestetoskopi; stethoscopia cordis (st.c.). Undersøg med patienten i rygleje, evt. også i sideleje eller siddende, med overkroppen afdækket. Hjertets anslag mod brystkassen (impetus/ictus) føles med flad hånd (hånden skal ligge medialt for en linje, der halverer clavícula (medioklavikulærlinjen)). Stetoskopi over ictus og op mod venstre sternalrand samt i første og andet interkostalrum lige til højre for sternum. Notér hjertefrekvens, og om rytmen er regelmæssig. Sammenlign med perifer puls (radialispuls),

om der er pulsdeficit. Der tages stilling til, om hjertelydene er normale, og eventuelle mislyde karakteriseres: systolisk, diastolisk eller kontinuerlig, høj- eller lavfrekvent, styrke, lokalisation for maksimum og eventuel respirationsafhængighed og udstråling til fx halskar (se hals).

Mammae inspiceres med patienten siddende med hænderne på hofterne, dernæst med armene løftet over hovedet. Asymmetri, hudforandringer og indtrækninger beskrives, og eventuel sekretion fra papillen noteres. Eventuelle fund beskrives med klokkeslæt som på en urskive eller i kvadranter: øvre/nedre og mediale/laterale. Mammae palperes med flad hånd både med patienten liggende og siddende, idet den anden hånd evt. bruges til at støtte. Findes en knude, angives størrelse (i centimeter), klokkeslæt og afstand fra papil, overflade (glat/knudret), afgrænsning (diffus/velafgrænset), forskydelighed i forhold til den overliggende hud og i forhold til m. pectoralis samt eventuel tilstedeværelse af glandelssvulst i aksillen.

Abdomen. Patienten undersøges i rygleje med armene ned langs siden og afdækket abdomen. Forklar hele tiden, hvad der skal ske, og få patienten til at slappe af. Først inspiceres abdomen: adipøst eller fladt. Symmetri og bevægelser under respirationen bemærkes, eventuelle cicatricer beskrives (lokalisering, længde, hudforandringer). Dernæst auskulteres abdomen: Er tarmlydene normale, højt klingende eller manglende? Ved perkussion undersøges for lever- og blæredæmpning. Rungende perkussionstoner afspejler øget luft i tarmene (meteorisme) eller udenfor (fri luft i peritoneum). Dekliv (i flankerne) dæmpning, der flytter sig ved lejeændring, skyldes fri væske (ascites). Herefter palperes abdomen systematisk med begge hænder, idet man begynder modsat af, hvor patienten evt. har smerter. I begyndelsen føles ganske let, men trykket øges gradvis, for at man også kan få indtryk af dybereliggende strukturer. Med små rokkebevægelser søger man at danne sig et indtryk af eventuelle udfyldninger. Lokalisation, størrelse og bevægelighed samt eventuel pulsation bemærkes. Traditionelt tages her stilling til, om lever og milt er forstørrede. Eventuel ømhed karakteriseres: direkte/indirekte ømhed, perkussionsømhed, slipømhed (smerter ved pludseligt ophør af tryk). Det sidstnævnte er tegn på peritoneal irritation. Nyrelogerne palperes med én hånd bagtil i flanken, mens den anden palperer forfra. Cicatricer undersøges for fasciedefekter

(brok) ved palpation, mens patienten øger det intraabdominale tryk, fx ved at hoste. Denne undersøgelse gentages evt. med patienten stående.

Genitalia externa. Hos mænd inspiceres og palperes scrotum: testes, inkl. epididymis, vurderes (størrelse, ømhed?). Er der abnorme udfyldninger (tumorer), undersøges, om de er solide eller gennemskinnelige (pellucide), og størrelse, konsistens og relation til omgivelserne beskrives. Hos kvinder beskrives genitalia kun i forbindelse med gynækologisk undersøgelse.

Exploratio rectalis udføres rutinemæssigt hos alle mænd over 40 år samt hos alle patienter med symptomer fra abdomen, genitalia mv. Kan undlades hos kvinder, hvis der senere skal foretages gynækologisk undersøgelse. Fortæl patienten, hvad der skal ske. Patienten undersøges i rygleje med bøje knæ. Eventuelt foretages undersøgelsen i sideleje, hvilket muliggør inspektion af analregionen (hæmoroider, absces, prolaps mv.). En behandlet pegfinger forsynet med rigelig eksplorationscreme forcerer skånsomt analsphincter, idet man bemærker sphinctertonus (slap, normal eller spastisk). Med hånden supineret undersøges prostata (størrelse, symmetri, afgrænset overflade, kan overkanten nås?). Føles der tumorer i den del af rectum, som kan nås? Føles der udfyldninger i øvrigt eller ømhed? Til sidst bemærkes fæces' farve, og om der er blod eller slim.

Ryg. Asymmetri og eventuel skoliose bemærkes. Bevægelighed og ømhed af processus spinosi undersøges i det omfang, det måtte være relevant. Den paravertebrale muskulatur palperes. Lasègues prøve udføres.

Ekstremiteter. Inspektion med angivelse af egalitet eller asymmetri af muskeltrofik, knogle- eller ledforandringer, hudforandringer, herunder farve, atrofi, ødemer, pigmentering, misfarvninger, varicer og sår. Kraft, sensibilitet og reflekser (patellar-, akilles- og plantar-) vurderes ligesom bevægeligheden af de store led og eventuel ledsvulst. Puls i a. radialis og a. femoralis samt i a. dorsalis pedis eller a. tibialis posterior beskrives. Endelig hjælpes patienten ud på gulvet, så gangfunktionen kan vurderes.

Neurologisk undersøgelse. Kan omfatte undersøgelse af bevidsthedsniveau, kognitive funktioner (fx sprog og

hukommelse), balance, koordination, kranienerver samt det motoriske og det sensoriske system.

Resumé

Til sidst rundes indlæggelsesjournalen af med et resumé af de vigtigste informationer og evt. med en konklusion, hvis en sådan allerede kan drages. Resumeet bruges til at forberede hypotesedannelsen – diagnoseforslaget (se Tabel 1.1). Resumeet vil typisk indeholde indlæggelsesårsag, hovedpunkter i den aktuelle sygehistorie, herunder eventuelle tidligere sygdomme, der er væsentlige for den aktuelle. Og fra den objektive undersøgelse medtages de relevante positive fund samt uventede negative fund.

DIAGNOSEFORSLAG

På baggrund af anamnesen, den objektive undersøgelse og eventuelle undersøgelsesresultater angives diagnoseforslag. Er der flere forslag, prioriteres de og opstilles efter betydning. Data, der stammer fra anamnesen og den objektive undersøgelse, udgør i langt de fleste tilfælde hovedparten af den database, hvorpå diagnosen stilles. Efter optagelse af anamnese og objektiv undersøgelse har patienten krav på en grundig information om, hvilke overvejelser lægen har gjort sig, og hvilke undersøgelser der tænkes udført, ligesom allerede foreliggende resultater skal forklares patienten i en let forståelig form.

PLAN FOR DET VIDERE FORLØB

For alle indlæggelser gælder det, at der skal lægges en foreløbig udredningsplan samt en behandlingsplan i tilslutning til journaloptagelsen.

Tabel 1.2 og 1.3 viser, hvilke ordinationstyper der anvendes i en primær udredningsplan og de heraf afledte behandlingsplaner. Med hensyn til laboratorieundersøgelser kan man hos de fleste patienter klare sig med en række simple basisprøver som hæmoglobin, elektrolytter, S-kreatinin og urinstix. Yderligere undersøgelser afhænger af, hvilket organsystem man vurderer afficeret, fx levergaldetal med amylase ved den ikeriske patient, BAS-test

hos patienter, der muligvis skal undergå et operativt indgreb, og graviditetsreaktion hos kvinder med akutte nedre abdominalsmerter, hvor der er den mindste mistanke om ekstrauterin graviditet.

Endvidere vil det kliniske billede ofte give anledning til overvejelser vedrørende ét af nedenstående fire hovedområder:

1. Inflamtion

Mistanke om inflammatorisk tilstand bekræftes/afkræftes ved blodprøver, der karakteriserer det hvide blodbillede og akutfasereaktanter. Det kan man med mere specifikke

mikrobiologiske analyser, afhængigt af hvilken art af inflammation man mistænker.

Hvis en mistanke om inflammatorisk tilstand bekræftes, vil næste skridt typisk være billeddiagnostiske undersøgelser for at afklare lokaliseringen. Her vil konventionelle røntgenundersøgelser, CT- og MR-scanninger, skintigrafier (herunder leukocytskintigrafi) være til nytte. Endelig vil blodtyrking kunne afgøre, om der er tale om en dissemineret (septisk) infektion.

2. Infarkt og trombose

Ved celledød frigives – uanset årsagen til celledøden – intracellulære enzymer til blodbanen. Enzymstigninger,

Tabel 1.2. Ordinationer i forbindelse med journaloptagelsen.

Udredningsplan
<ul style="list-style-type: none"> • Rekvisition af supplerende oplysninger, fx journalkopi fra tidligere indlæggelse på andet sygehus • Parakliniske undersøgelser (Tabel 1.3) <ul style="list-style-type: none"> • Blod- og urinundersøgelser (fx hæmoglobin, elektrolytter, kreatinin, urinstix) • Billeddiagnostiske undersøgelser (røntgen, ultralyds-, CT- og MR-scanning) • Elektrofysiologiske undersøgelser (fx elektrokardiogram) • Klinisk fysiologiske undersøgelser (fx renografi eller skintigrafi) • Klinisk mikrobiologiske undersøgelser (fx dyrkning fra blod, urin eller sårsekret) • Medicin – både det patienten fik før indlæggelsen og eventuel nyordineret medicin • Observationer, fx måling af blodtryk, puls og urinproduktion, samt vurdering af respiration og bevidsthedsplan • Andre ordinationer, fx anlæggelse af ventrikelsonde, intravenøs adgang, blærekateter
Behandlingsplan
<ul style="list-style-type: none"> • Almen behandling <ul style="list-style-type: none"> • Sikring af vitale funktioner (kredsløb, respiration) • Korrigering af væske- og elektrolytforstyrrelser • Specifik behandling af det/(de) afficerede organ(er) eller organsystem(er) <ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk behandling • Kirurgisk behandling

Tabel 1.3. Eksempler på parakliniske undersøgelser.

<p>"Rutineprøver", fx før akut kirurgi: hæmoglobin, leukocyter, C-reaktivt protein (CRP), natrium, kalium, standardbikarbonat, kreatinin el. karbamid, urinstix (protein, blod, sukker og ketonstoffer), blodtype og BAS-test. Højde og vægt.</p>
<p>Forslag til "organspecifikke" undersøgelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjertesygdom: koronare markører (kreatinfosfokinase (CKMB) og troponin T og I), ekg, gentagne blodtryksmålinger, rtg. thorax, arbejds-ekg, ekkokardiografi mv. • Lungesygdom: arteriepunktur, oxygensaturation, rtg. thorax, lungefunktionsundersøgelse (peak flow, forceret ekspiratorisk volumen i første sekund (FEV1) og forceret vitalkapacitet (FVC)) • Nyresygdom: kreatinin eller karbamin, natrium, kalium, standardbikarbonat, hæmoglobin, protein, albumin, renografi • Leversygdom: bilirubin, aminotransferase (ASAT eller ALAT), LDH, basisk fosfatase, koagulationsfaktor II, VII & X (PP eller INR) og albumin • Infektionssygdom: leukocyter og differentialetælling, C-reaktivt protein (CRP), blodtyrking, relevante mikrobiologiske og billeddiagnostiske undersøgelser • Koagulationsforstyrrelse (blødningstal): koagulationsfaktor II, VII & X (PP eller INR), trombocytter, APTT, kapillærblødningstid • Diabetes: blodsukker (tilfældigt målt eller fastende), urinstix for sukker og ketonstoffer, HbA1C • Thyroideasygdom: TSH, frit T3 og T4 • Lipidprofil (ved fx aterosklerose, DM): kolesterol (total, HDL og LDL) og triglycerid

der kan relateres til det organsystem, som er under mistanke, vil derfor kunne bestyrke en mistanke om, at der foreligger infarkt. Lokalisationen af et infarkt afklares ved CT- og MR-scanninger samt ved perfusionsbestemmelser (idet perfusionen til det pågældende område vil være nedsat/ophævet ved infarcering).

3. Traumer

For den multitraumatiserede patient er den blodprøvemæssige screening centreret om de hæmodynamiske forhold. Lokalisation af traumer foregår langt overvejende ved røntgen og CT-scanninger, herunder røntgenundersøgelser af regioner, der er tilgrænsende til det traumatiserede område.

4. Cancer

Blodprøvetagning ved kræftmistanke retter sig mod det organsystem, der er under mistanke. Tumorstoffet vil konkurrere om ilt og næringsstoffer med det normale væv, hvilket medfører, at der forekommer nekrose af det omkringliggende væv. Lokalisation af kræftsvulster sker ved røntgenundersøgelse, endoskopi, cytologi, biopsi, CT- og MR-scanning, PET/CT-scanning og skintigrafi. I de senere år er der endvidere kommet fokus på screening for kræftsygdomme. Screeningsprogrammer omfatter måling af markører for kræftsygdomme hos i øvrigt asymptomatiske personer. Findes markørerne positive, udredes patienten for kræftsygdomme.

Mange faktorer har betydning for strategien for, hvad der skal ske efter journaloptagelsen, fx de differentialdiagnostiske overvejelser, man har gjort sig i forbindelse med selve journalen, og om det er en akut medtaget eller mere kronisk syg patient. Som en hovedregel kan patienter, der indlægges på sygehus, klassificeres i én af tre grupper: akut, subakut eller elektiv, afhængigt af hvor hurtigt patienten har behov for behandling.

1. Den akutte patient, fx en patient med meningitis eller multitraume, kræver behandling i umiddelbar tilslutning til indlæggelsen. Inkluderet i de akutte behandlingskrævende patienter er ligeledes patienter med tilstande, der kræver behandling inden for de første timer efter indlæggelsen. Selvom denne gruppe udgør en mindre andel af de indlagte patienter, er det meget vigtigt, at lægen straks ved indlæggelsen gør sig klart, at patienten tilhører

denne kategori, så udredningsprogram og behandlingsstrategi tager hensyn til denne særlige omstændighed. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der på akutsygehusene etableres fælles akutmodtagelse (FAM). Det vil være en fælles indgang til hospitalet for alle patienter med akut opstået sygdom eller tilskadekomst. FAM vil være en fysisk lokalitet på et sygehus beliggende på én matrikel og vil således samle den nuværende skadestue og akutmodtagelse i én fælles enhed. Her varetages den akutte diagnostik, behandling og pleje af de fleste patienter, mens det for andre patienter vil blive nødvendigt at visitere til indlæggelse på en specialespecifik afdeling. Der opnås herved bedre mulighed for hurtig diagnostik, behandling og samarbejde om den akutte uafklarede patient på tværs af specialer og dermed et bedre grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb. Således er der en forventning om, at hver enkelt patient tilbydes den rette behandling på det rette niveau på det rette tidspunkt, og at tilbuddet tænkes ind som del af et sammenhængende patientforløb.

2. Den subakutte patient er karakteriseret ved, at der er længere tid til rådighed med henblik på at sikre sig den korrekte diagnose og dermed påbegyndelse af den korrekte behandling. Størstedelen af de patienter, der henvises til indlæggelse på hospital, tilhører denne gruppe. Som eksempler på sygdomme, hvor patienten betegnes som subakut, kan nævnes pneumoni og kolecytitis. De fleste subakutte tilstande vil kunne diagnosticeres i løbet af det første indlæggelsesdøgn.

3. Den elektive patient er ikke umiddelbart truet af sin sygdom, og man har derfor bedre mulighed for at planlægge et relevant udredningsprogram og en hensigtsmæssig behandling. Her kan nævnes patienter med lyskebrok og patienter med forskellige stofskiftesygdomme. Oftest vil der for denne gruppe af patienter allerede foreligge en behandlingsplan ved indlæggelsen. Af hensyn til indlæggelsesforløbet effektivitet er det vigtigt, at journalarbejdet ikke bliver en forsinkende faktor.

Mange patienter har et langvarigt sygdomsforløb, og for flere patienters vedkommende kan det udvikle sig til kronisk sygdom. Som typiske kroniske sygdomme kan nævnes lungesygdomme som bronkitis og astma. Flere kroniske sygdomme er karakteriseret ved, at der i forløbet indtræder perioder med akut opblussen, fx recidiverende

anfald af pankreatitis. Journalerne hos disse patienter kan blive ganske omfattende, og det er vigtigt, at der med jævne mellemrum samles op, så der foreligger en beskrivelse for både forløbet og en status på patientens aktuelle tilstand. Disse journaler må ikke blive en lang opremsning af "siden sidst"-notater. I forbindelse med journalskrivningen er det også vigtigt at bemærke tegn på kroniske sygdomme, der kan medføre følgetilstande fra andre organsystemer. Som eksempel kan nævnes den kroniske alkoholiker med cirrosetigmata, der ofte kan debutere med akut gastrointestinal blødning eller med tegn på coma.

Det første døgn efter indlæggelsen har i alle tilfælde stor betydning for, at man opnår information om såvel diagnose, som i hvilken grad sygdommen har påvirket organismen (dehydrering, metaboliske forstyrrelser mv.). En løbende vurdering af patientens tilstand i det første indlæggelsesdøgn er meget vigtig, hvor der især skal lægges vægt på ændringer i temperatur, puls, blodtryk, diurese osv. samt på udvikling i smerter eller bevidsthedsniveau.

Det er lige så vigtigt, at der løbende tages konsekvens af de objektive fund samt af kliniske og parakliniske observationer og ændringer i dem. Hvis man fx finder, at en patient er eller bliver peritoneal, er der indikation for operation i de fleste tilfælde, og fraviger man det, skal man anføre grunden i journalen, fx at man tror, at patienten har akut pankreatitis, kolecystitis e.l.. Det er således væsentligt med gentagne observationer og kliniske undersøgelser, og det vil ofte være en fordel, at flere læger vurderer patienten, ligesom man skal overveje tilsyn fra andre lægefaglige specialer ved uklare sygdomstilfælde. Man skal være opmærksom på, at patienter, der indlægges akut, ofte er meget angste ved den primære journaloptagelse og vil være lettere at undersøge og få supplerende anamnesticke oplysninger fra, når de har vænnet sig lidt til omgivelserne og er faldet mere til ro.

DEN VIDERE JOURNALFØRING

En god journalføring er væsentlig. Der bør derfor altid anføres klokkeslæt på akutte notater, ligesom det er den journalskrivende læges pligt at sikre sig, at oplysningerne i journalen er korrekte (medicinordinationer, dosis osv.) og læselige.

Når lægen har nået en rimeligt sikker diagnose, skal patienten informeres, og behandlingsmuligheder, herunder undladelse af genoplivning, fremlægges (ifølge Lov om udøvelse af lægegerning § 6, stk. 2). Patienternes tilfredshed med den behandling, de modtager, er direkte relateret til omfanget af den information, de får. Det er vigtigt at holde sig for øje, at begrebet information både indeholder forståelsesmæssige og følelsesmæssige aspekter. Lægen skal udvise indføling og forståelse for såvel de rationelle som de irrationelle faktorer ved patientens situation (empati). Samtalen mellem lægen og patienten søger at nedbringe statusforskellen mellem parterne ved, at man etablerer en venlig, inviterende og ikkevurderende holdning. Konkret ønsker patienterne information om behandling, fremtidsudsigter, og om hvordan de kan håndtere sygdommen. Når man informerer, er det vigtigt at vide, at patienten kun husker den information, han eller hun forstår. Målet med information er, at patienten forstår lægens overvejelser og dermed også er motiveret for at samarbejde omkring det videre forløb. Kun det, der skabes enighed om, får gyldighed for begge parter i samtalen. Det er derfor vigtigt at diskutere med patienten for at opnå enighed om, hvordan man skal forholde sig til et givet problem. En patient, der har forståelse for og er enig i lægens anvisninger, opnår hurtigere bedring i tilstanden.

Ved information om resultatet af en behandling, fx operation for en ondartet sygdom, er det væsentligt, at man respekterer patientens ønske om informationsniveau. Man må aldrig skjule noget for patienten, men hvis han eller hun giver klart udtryk for ikke at ville vide, at det drejer sig om en malign sygdom, bør det respekteres. Det er ligeledes vigtigt, at det er patienten og ikke patientens pårørende, der har retten til at få informationer om sygdomsforløb og behandlingsplaner. Det vil ofte være en fordel at informere såvel patient som pårørende sammen i tilfælde af svær og uhelbredelig sygdom. Den psykologiske belastning for patienter med alvorlige lidelser er mindre, når de føler, at de har modtaget adækvat information.

EPIKRISSE

Ved udskrivelsen af patienten udfærdiges et udskrivelsesbrev – en epikrise. Epikrisen sammenfatter forløbet

af indlæggelsen og sendes til patientens praktiserende læge samt andre læger, der måtte være direkte inddraget i behandling af patienten. Det er derfor vigtigt, at epikrisen hurtigt bliver skrevet og sendt til den læge, der evt. skal fortsætte behandlingen af eller kontrollere patienten.

Epikrisen skal indeholde en kort, men fyldestgørende beskrivelse af fund, diagnoser, hændelsesforløbet under indlæggelsen og information om planlagte efterundersøgelser/behandlinger i ambulatorier eller hos egen læge. Epikrisen skal ikke være en gentagelse af journalens tekst, men skal indeholde en opsummering og en vurdering af det, der er sket. Det er således ikke nødvendigt at beskrive detaljer fra selve indlæggelsesforløbet. Patientens egen læge og afdelinger, hvor patienten senere bliver indlagt, har derimod behov for information om de vigtigste hændelser under indlæggelsesforløbet. Hvis patienten fx har gennemgået et kirurgisk indgreb, beskrives dette kort, ligesom det noteres, om efterforløbet har været glat, eller om der har været komplikationer såsom pneumoni, dyb venetrombose e.l. Laboratorieprøver anføres kun, såfremt de er unormale og bør kontrolleres af egen læge eller ved ambulante kontrol på sygehuset. Patientens tilstand ved udskrivelsen skal beskrives, ligesom patientens medicinstatus anføres, uanset om der under indlæggelsen er ændret i behandlingen. Ændringer i hjælpeforanstaltninger såsom hjemmesygepleje, hjemmehjælp mv. beskrives. Det skal klart fremgå, *hvem* (egen læge, hospitalsafdeling osv.) der varetager kontrol og af *hvad* (fx klinisk kontrol, antikoagulationsbehandling). Det er vigtigt, bl.a. ved maligne tilstande, at man anfører, hvilken information patienten har fået om sin sygdom og behandling.

JURIDISKE ASPEKTER

Journalen er et juridisk gældende dokument, hvilket vil sige, at journaloptegnelser er det juridiske grundlag for domstolens vurdering af sagsanlæg, der omhandler konkrete patientforløb. I denne sammenhæng er den lægelige profession jo ikke anderledes stillet end andre erhverv, hvor en kunde/klient, som ikke mener at have fået den vare eller ydelse, der er betalt for, indbringer sit forehavende for domstolene. Dette forhold er én af mange grunde til, at journaloptegnelser skal foretages med stor præcision og omhu. Lægens forpligtelse i for-

bindelse med journalføring er præciseret i lægeloven, der er det juridiske grundlag for bl.a. Patientforsikringen og Patientklagenævnet.

Det har igennem mange år været patienternes ret at få journalindsigt, dvs. at få en kopi af deres journal. Dette foregår bedst i forbindelse med en samtale, hvor uklarheder eller forståelsesmæssige problemer kan forklares og uddybes for patienten. Hvis en undersøgelse eller behandling påfører patienten en fysisk skade, kan der i henhold til *Lov om patientforsikring* i visse tilfælde ydes erstatning. En sådan skade kan fx være en sjælden komplikation til en behandling, hvorved sygdomsforløbet forlænges væsentligt og derved kommer til at ligge patienten til økonomisk last. Det er vigtigt, at patienterne informeres herom, såfremt skaden skulle ske, ligesom man skal henvisse patienterne til at kontakte *Patientklagenævnet*, hvis de ønsker at klage over den faglige behandling.

PATIENTSIKKERHED

Moderne medicinsk og kirurgisk diagnostik samt behandling er effektiv, kostbar og potentielt farlig forstået på den måde, at diagnostiske eller terapeutiske procedurer, der eksempelvis udføres på det forkerte tidspunkt, på den forkerte patient eller på den forkerte lokalisation hos den rigtige patient, kan have mere eller mindre katastrofale konsekvenser for patienten. Fællesbetegnelsen for sådanne forløb er *utilsigtede hændelser*. Det er et begreb, som flytrafikken har introduceret, og som omfatter både hændelser, der reelt har haft alvorlige konsekvenser, og hændelser, som potentielt kunne have haft alvorlige konsekvenser (men hvor tilfældigheder har bevirket, at ulykken ikke er indtruffet). Bestræbelserne på at reducere antallet og omfanget af utilsigtede hændelser benævnes *patientsikkerhed*. Patientsikkerhed er dels konkretiseret i udarbejdelsen af sikkerhedsprocedurer i specielt risikable diagnostiske og terapeutiske situationer som fx kemoterapi af kræftpatienter og kan dels bruges til at lære at håndtere lignende situationer bedre i fremtiden, når indtrufne utilsigtede hændelser med alvorlige eller potentielt alvorlige konsekvenser for den enkelte patient analyseres (kerneårsagsanalyser, der er udviklet i analogi med Havarikommissioners arbejde).

ETIK

Opførsel på en hospitalsafdeling

Når den medicinstuderende eller helt unge læge møder op på en hospitalsafdeling, er der mange ligheder med, men også flere adfærdsmæssige forskelle fra, hvordan man opfører sig på andre arbejdspladser.

Forholdet til patienter og pårørende

Generelt gælder det, at lægen opfører sig som et ansvarligt menneske over for patienten. Lægen skal lade sig lede af sin "moralske sans" – den indfølelse fornemmelse af, hvad der her og nu bedst tjener patienten. Lægen skal vise respekt for patientens integritet og selvbestemmelsesret. Patienterne befinder sig jo i en rolle, som er præget af hjælpeløshed, og er afhængige af, at der udvises høflighed, for at de kan bevare en form for social identitet og selvbillende.

Det er vigtigt med en god omgangstone over for alle, så der etableres trygge rammer for patienterne. Man taler således ikke hen over hovedet på patienterne om, hvad de nu kan fejle, ligesom fagligt opklarende spørgsmål ikke bør foregå på en sengestue eller andre steder, hvor der er patienter eller andre grupper til stede. Diskussion af vanskelige patienttilfælde, operationsfund mv. hører heller ikke hjemme i elevatorer, kantiner eller lignende steder, hvor der ofte er både pårørende og patienter til stede.

Man skal vælge en neutral påklædning og forsøge at have en rolig, men sikker fremtoning. Det virker fx ikke beroligende og tillidsskabende at se en ansat komme farende i en opknappet flagrende kittel. Smykker bør undgås, da de kan være kilde til infektion. Ved patientkontakten er det væsentligt med en lyttende og forstående adfærd, idet man herigennem lettere opnår patientens tillid. Man skal søge at undgå at afbryde patienterne, når de spørger om noget, og man skal sikre sig, at de har forstået den information, man giver, ligesom det er vigtigt, at patienten ikke har nogle tvivlsspørgsmål vedrørende sygdomsforløbet og de beslutninger, der bliver truffet.

Forholdet til de ansatte

På hospitalet møder man mange forskellige personalekategorier, der hver for sig spiller en vigtig rolle i hele patientudrednings- og behandlingsforløbet. Specielt i sit første år i kontakt med hospitalsvæsenet vil man kunne opnå stor viden ved at lytte til kolleger af enhver kategori, der har en større erfaring i omgang med patienter. De fagpersoner, de yngre læger får mest kontakt med, er primært afdelingens og hospitalets øvrige læger, sygeplejersker og sekretærer.

Dødsfald

Ved dødsfald på hospitalet skal der foretages ligsyn af en læge, som skal udfærdige en dødsattest. Den læge, som syner den afdøde, skal sikre sig, at der ikke er indikation for retslægeligt ligsyn, og tage stilling til, om der skal og kan foretages obduktion. Som eksempel på, hvornår et medikolegalt ligsyn bør finde sted, kan nævnes dødsfald under en operation og ved mistanke om fejlbehandling med døden til følge. Tidligere blev der foretaget obduktion på et meget stort antal patienter. I de senere år er det kun et mindre antal, der bliver obduceret, oftest pga. usikkerhed omkring diagnosen. Forud for obduktionen skal man have nærmeste pårørendes accept. Endelig skal lægen, der konstaterer dødsfaldet, tage hensyn til, om afdøde er tilmeldt organdonorsystemet.

HVORDAN KAN JEG LÆRE JOURNALSKRIVNING

Journalskrivning er en kompleks proces, der forudsætter forskellige delfærdigheder, herunder systematisk indsamling af informationer og gruppering af informationerne i meningsfulde enheder. Mangelfulde journalfærdigheder, viste en norsk undersøgelse, var den faktor, der bedst forudsagde stress hos nyuddannede læger. Træning i journaloptagelse er derfor en af de vigtigste færdigheder, man kan tilegne sig som student. Med øvelse bliver journaloptagelse mere og mere automatiseret, og dermed bliver journalskrivning med tiden en rutineopgave for de fleste læger.