

Torgeir Bruun Wyller

**DEN GERIATRISKE
EPIKRISEN
RÅD OG MENINGER**

Forord

Det skrives mange gode epikriser, men dessverre også en del dårlige. Før var problemet ofte at epikrisene var svært korte og overflatiske:

«Inn. Op. App. Ut.»

Nå er problemet heller at de eser ut og blir veldig lange, men ikke alltid med så informativt innhold. Derfor har jeg samlet noen tips til epikriseskriving i dette heftet, som primært er beregnet på leger ved Geriatrisk avdeling på OUS.

Synspunktene i heftet står helt og holdent for min regning. Heftet er ikke godkjent av noen overordnet instans, og jeg har ikke til hensikt å forsøke å få det godkjent eller å få det inn i e-håndboken.

Jeg håper at det likevel (eller kanskje nettopp derfor) kan oppleves som nyttig i det daglige pasientarbeidet.

Hjertelig takk til Marc Ahmed, Hege Ihle-Hansen, Bjørn Erik Neerland og Siri Rostoft, som alle har gitt svært nyttige innspill! Jeg tar gjerne i mot flere innspill, kritikk og korrektiver. Nye utgaver av heftet kan påregnes.

Januar 2017

Torgeir Bruun Wyller

1. Hva er grunnen til at vi skriver epikrise?

Epikrisen har ett helt dominerende formål. I tillegg kommer ett tilleggsformål.

Den (nesten) eneste grunnen til at vi skriver epikrise, er at vi skal samle og rydde informasjon som er til nytte for den som skal behandle pasienten senere. Det kan være deg selv, fastlegen, en sykehjemslege, en fysioterapeut, eller en annen sykehuslege neste gang pasienten er i kontakt med sykehuset (eller ved et annet sykehus). Epikrisen **skal** utformes med dette formålet for øye.

Hvis du vurderer å inkludere en informasjon, f.eks. et blodprøvesvar eller en røntgenbeskrivelse i epikrisen, er testspørsmålet dette: «Vil denne informasjonen bli til nytte for den som skal overta behandlingsansvaret for pasienten?» Hvis svaret på spørsmålet er «nei», skal denne informasjonen **ikke** være med.

Tilleggsformålet er dette: Det kan ha **læringsverdi** for den som har henvist pasienten å få vite hva sykehuset fant. Dette er en god begrunnelse for at vi beskriver patologiske kliniske funn ved innkommst, f.eks. knatrelyder over lungene eller cyanose. Den som la pasienten inn eller henviste, vil ofte synes det er lærerikt å få tilbakemelding på om sykehuset fant det samme som ham eller henne.

2. Hva er IKKE grunnen til at vi skriver epikrise?

Vi skriver ikke epikrise for å gi et kronologisk referat fra oppholdet

Mange epikriser går alt for langt i å lekse opp hva som skjedde under oppholdet og i hvilken rekkefølge. Dette har ofte meget begrenset interesse senere. Epikrisen blir oftere til nytte hvis den ryddes **tematisk** enn hvis den ryddes **kronologisk**. Det er f.eks. sjelden interessant å skille mellom «status ved innkomst» og «status ved visitt» (underforstått: dagen etter). I ettertid er forskjellen mellom disse to tidspunktene marginal. Hvis man fant noe ved innkomst og noe mer dagen etter, så samle det heller til ett punkt! For blodprøvesvar **kan** en serie være interessant, f.eks. «CRP 23 - 170 - 42», men det er nesten aldri noen vits i å angi mer enn tre verdier. Er verdiene stabile, så gjengi bare én. Selv om pasienten har hatt et langvarig opphold på Intensiv eller gjennomgikk flere cerebrale intervensjoner er alle røntgen thorax-beskrivelsene eller alle CT-beskrivelsene av beskjeden interesse senere. Beskriv i høyden den første og den siste.

Vi skriver ikke epikrise for å ha ryggen fri ved eventuelle senere klager

«Ryggen fri»-medisin blir fort dårlig medisin fordi det blir så mye forbehold og forsikringer. Har man gjort en god vurdering, står man uansett sterkt i de ytterst få tilfellene der noen senere klager. Men man må ikke la dokumentasjonshysteriet skygge for de gode vurderingene – det er ikke i pasientens interesse. Ikke skriv at du har konferert med dr. Ditt eller dr. Datt annet enn der det har vært helt spesielt vanskelige tvilstilfeller slik at det senere kan ha interesse å vite hvem som var involvert i vurderingen. Ikke skriv at du har informert pasienten om fordeler og risiko ved behandlingen – det skal du uansett alltid gjøre.

Vi skriver ikke epikrise for å informere pasienten

Epikrisen har som formål å informere annet helsepersonell. Denne informasjonen er som regel for komplisert til at pasienten kan gjøre seg nytte av den. Vi har en soleklar plikt til å informere pasienten, men epikrisen er i de fleste tilfeller et dårlig redskap for det. Det er respektløst og lettvent å tro at vi har bidratt til informasjonsplikten overfor pasienten ved å gi ham/henne epikrisen. Hvis pasienten trenger skriftlig informasjon (og det gjør de ofte), må vi skrive noe som er tilpasset dette formålet – men som selvsagt ikke må stå i motsetning til det som står i epikrisen.

Pasienten har selvsagt rett til å få epikrisen sin hvis han eller hun vil. Ofte er det også hensiktsmessig å sende epikrisen med pasienten slik at han eller hun kan vise den eller gi den videre til hjemmesykepleie, fastlege eller sykehjem og dermed sikre en rask og effektiv informasjonsflyt. Mange pasienter (eller pårørende) fører også kartotek over sine helsehendelser – ofte ikke dumt! Men vi må altså ikke tro at pasienten er blitt adekvat informert gjennom dette tiltaket.

Epikrisen er ikke en faktura

Diagnosene vi setter er grunnlag for beregning av DRG-poeng. Men hvor mange DRG et opphold utløste er likegyldig for pasienten og for den som skal følge opp ham eller henne senere. Vi skal sette de diagnosene vi mener er dekkende for oppholdet uten å bruke mental energi på å gruble over hvilke regnskapsmessige konsekvenser diagnosesettingen måtte få.

3. Din faglige fortolkning er en vesentlig del av epikrisen

Jeg har allerede vært inne på at epikrisen ikke er et referat fra oppholdet. Det skal utdypes her:

Epikrisen skal ikke bare ramse opp hva som skjedde eller hva slags prøvesvar pasienten hadde på en «nøytral» måte. Tvert imot: Din faglige vurdering er meget vesentlig og verdifull – nettopp for den som skal ha nytte av epikrisen senere. Både ved at du åpent legger frem dine vurderinger (det kommer vi tilbake til senere), men også gjennom den **seleksjonen** av informasjon som du foretar. Gjennom din faglige kompetanse sikrer du at den informasjonen som kommer med i epikrisen er relevant, og at det som er irrelevant utelates.

I denne vurderingen kan du selvfølgelig ta feil. Risiko for feilvurderinger i hva som kommer med i en epikrise er ikke til å unngå – akkurat som det ikke er til å unngå at man enkelte ganger gjør feilvurderinger når man behandler pasienter. Hvis du tar med alt av frykt for å utelate noe viktig, gjør du epikrisen ikke bare uleselig, men også **farlig**. I en slik epikrise risikerer man at livsviktig informasjon drukner i uvesentligheter.

Du slipper ikke utenom å gjøre en vurdering, men dette blir naturligvis enklere med erfaring. Den uerfarne legen skriver «Troponin 27 - 36 - 19». Den erfarne legen vet at dette ikke er en signifikant endring, og kan tillate seg å skrive «Normale myokardskademarkører», som straks sier leseren mye mer.

Den uerfarne legen skriver: «Rtg. thorax: Spredte fibrøse drag begge toppfelt, noe slyngget og kalkrik aorta, ingen sikker stuvning og ingen sikre pneumoniske fortetninger, men noe dårlig friprojeksjon av venstre sinus. R: Intet sikkert patologisk.». Den erfarne legen skriver heller: «Rtg. thorax viste ikke noe aktuelt».

4. Epikrisen skal være lang nok, men så kort som mulig

Geriatriske pasienter har per definisjon komplekse helseproblemer. Skal vi behandle dem ordentlig, er det derfor ikke til å unngå at epikrisen blir lang. En kort epikrise **kan** skyldes at vi har slurvet og ikke forholdt oss til pasientens signifikante helseproblemer.

Men nettopp fordi geriatriske epikriser nødvendigvis ofte må være lange, er det desto viktigere at de **ikke blir lengre enn høyst nødvendig**. Som nevnt kan for lange epikriser være farlige, fordi viktig informasjon drukner i alt det uviktige. Jo mer komplekst pasientens helseproblem er, desto viktigere er det derfor at vi virkelig disiplinere oss, gjør en nøye vurdering av hva som må være med, og utelater resten.

Jo lenger epikrisen blir, desto viktigere er det også at den er godt ryddet, slik at leseren finner frem. Mer om det senere. Vurderinger bør forklares tilstrekkelig slik at prosessen virker logisk og gjennomtenkt – det er ofte ikke åpenbart for den som leser epikrisen hvorfor man vurderte ting slik.

Det å kutte vekk overflødig informasjon og vurdere grundig hva som må være med, tar ofte litt tid. Vi må spandere å jobbe grundig nok med epikrisen til at vi også har tatt oss tid til å skjære vekk daukjøttet!

Elektronisk pasientjournal gir mulighet til å klippe og lime. Det kan være veldig arbeidsbesparende, men det gir risiko for at vi tar med for mye. Den tiden vi sparer på å klippe og lime fra løpende journaltekst, må vi i noen grad bruke på å kutte og rydde slik at bare det relevante blir stående igjen.

«Jeg beklager, men jeg har ikke hatt tid til å skrive kortere.» OSCAR WILDE

5. Unngå stammespråk!

I alle fag utvikler det seg raskt en sjargong som andre ikke nødvendigvis kjenner. Bruk ikke forkortelser hvis du ikke er 100% sikker på at de er allment kjent i fagmiljøet. LUTS, GERD, Berg, TUG, LOM, M1/M2/P1/P2, PMR, ICA, TMT-A og B, CERAD, OLT osv. er bare noen få av mange eksempler på forkortelser som florerer i epikrisene, men som man **ikke** kan ta det for gitt at gir mening til kolleger utenfor eget fagfelt. Og hvis ikke epikrisen gir mening for mottakeren, kan du like godt la være å skrive den. Unntaket er ved henvisninger/overflyttinger til spesialavdelinger; da kan i enkelte tilfeller bruk av spesialfagets egne forkortelser være hensiktsmessig og sikre en presis informasjonsoverføring.

6. Bakgrunn / aktuelt

Hovedregelen er at dette kan gjøres atskillig kortere enn i inntakstjournalen, fordi man når har fått bedre oversikt over hva det er viktig å ha med. Det er en smaksak hvorvidt man vil dele det i ett avsnitt for bakgrunn og ett for aktuelt, eller om man slår de to sammen.

Av og til kan det gjøres svært kort:

«Tidligere frisk, aleneboende enke uten offentlig hjelp som ble innlagt med akutt oppstått høyresidig hemiparese av tre timers varighet.»

Andre ganger må man bruke atskillig mer plass for å få med det relevante, særlig hvis det kan være diagnostisk tvil. Hos en pasient som legges inn med forbigående bevisstløshet, der differensialdiagnostikken står mellom kardial synkope og epilepsi og dette fortsatt er uavklart ved utskrivningen, kan det f.eks. være på sin plass å beskrive anfallet ganske inngående.

Det samme gjelder tidligere sykdommer. Hvis pasienten ble operert for tykktarmskreft et halvt år før, er det selvsagt svært relevant å ha med, og krever ikke så mange ordene. Hvis det derimot står i inntakstjournalen at pasienten har hatt "TIA x 3", kan det være på sin plass å se tilbake i journalen hva slags symptomer pasienten hadde den gangen og hvor grundig utredning som ble gjort. Hvis du ikke tror på at det var noe TIA (og dette er et eksempel på en diagnose som ofte er feil), så ikke gjenta denne informasjonen passivt, men gjør din faglige vurdering og beskriv den! I slike tilfeller kan det være til stor hjelp for epikrisemottakeren om du f.eks. skriver:

«I journalen angis flere TIA tidligere. Ved gjennomgang av journalen og utspørring av pasienten viser det seg at symptomene hver gang har vært preget av fall uten fokalnevrologiske utfall, altså ikke typisk for TIA. Vi tror derfor denne diagnosen ikke er riktig.»

Hvor mye som skal tas med av tidligere sykdommer, er også gjenstand for din faglige vurdering. Elektiv kirurgi for lenge siden, f.eks. for brokk, varicer eller store tonsiller, er typiske eksempler på informasjon som ofte ikke lenger har relevans. Noen ganger inkluderes absurd mange detaljer om forhold som ligger langt tilbake i tid (hastigheter over klaffer ved ekkokardiografi, operasjonsdetaljer). Men stadieinndelinger og vurdering av alvorlighetsgrad kan gi viktig informasjon: *«KOLS GOLD-stadium II, med respirasjonssvikt type 1 og habituell pO₂ 7,5»*.

Ikke trekk automatiske slutninger fra legemiddelbruk til diagnoser! Fordi om pasienten står på et statin, er det ikke sikkert hun har hyperkolesterolemi, fordi om hun står på allopurinol er det ikke sikkert hun har arthritus urica, og fordi om hun står på nitroglyserin er det ikke sikkert hun er koronarsyk. Det er som kjent ingen sjeldenhet at legemidler forskrives på svak indikasjon. Du har ansvar for at det som står i epikrisen er korrekt – og dermed for å vurdere om informasjon som overføres fra tidligere er sikker nok eller av usikker holdbarhet.

7. Status ved innkomst

Som nevnt er dette en del av epikrisen som særlig er nyttig for at den som har henvist pasienten kan se om sykehuset gjorde samme funn som ham eller henne. For den videre oppfølgingen av pasienten, er dette avsnittet ofte ikke så viktig.

Hovedprinsippet er å **bare gjengi patologiske funn**. F.eks.

«Pasienten hadde hviledyspné og respirasjonsfrekvens på ca. 30/minutt, og det var knatrelyder over nedre halvdel av venstre lunges bakflate. For øvrig var det normal organstatus».

Av og til kan det være et poeng å presisere at noe var normalt, f.eks. «normal neurologisk status» hos en pasient som ble lagt inn med mistanke om hjerneslag.

8. Supplerende undersøkelser

Her gjelder det å begrense seg, og ikke gå seg vill i talløse prøvesvar som ingen noen gang kommer til å lese (og som man lettere kan finne i selve journalen i de tilfellene der det senere skulle bli behov for det). Begrens deg til det som er relevant i det enkelte tilfellet.

- Oppsummer gjerne normale prøvesvar uten å oppgi alle verdier: «*Myokardskademarkører, transaminaser, nyrefunksjon og betennelsesmarkører var normale*»
- Det samme gjelder for blodgass: Skriv at blodgassen var normal hvis den var det - da har det liten interesse å få vite eksakt nivå for de enkelte verdiene.
- Gi gjerne din fortolkning av prøvesvarene med en gang - det er til stor hjelp for leseren, som dermed får nytte av din kompetanse: «*Det forelå en normocytær anemi med Hb 8,8 og MCV 93*», «*Redusert nyrefunksjon med kreatinin 90 som gir en estimert GFR på 43*», «*Arteriell blodgass viste en respirasjonssvikt type I med pO₂ 7,6, normal pCO₂ og ingen metabolsk forstyrrelse*» er alt sammen gode setninger som hjelper leseren til raskt å skjønne hva det handler om uten at epikrisen blir fylt med flere tall enn nødvendig.
- Rund gjerne av tallene til et nivå som gir mening. Igjen er det dine kunnskaper som avgjør hvor detaljert det er noen vits i å være. Selv om laboratoriet gjerne oppgir CRP med komma og én desimal, er det nesten aldri noen vits i å ta med det. Hvis prøver som troponin og proBNP er svært høye (f.eks. over 1000), kan de gjerne avrundes til nærmeste hele 10'er. Det letter lesingen. Det har jo ingen som helst betydning hvorvidt proBNP er 1125 eller 1134 – den er i alle tilfeller høy.
- EKG: Ikke skriv av den automatiske maskintolkningen, men gjør dine vurderinger: «*EKG viste uspesifikke ST-T-forandringer uendret fra forrige innleggelse*», «*EKG viste ikke noe aktuelt*», men selvfølgelig mer detaljer når det er relevant: «*EKG ved innkomst viste 2 mm ST-elevasjon i de laterale prekordialavledningene*».
- Vanligvis bør man ikke skrive av hele beskrivelsen av radiologiske undersøkelser, men oppsummere essensen. Ved svært kompliserte undersøkelser, der det kan være vanskeligere å tolke betydningen med få ord selv, kan det av og til være nødvendig å kopiere inn hele eller deler av originalbeskrivelsen. Men det er unntaket.
- Unngå uttrykket «*kronisk iskemi*» om CT- og MR-funn selv om dette uttrykket er brukt i radiologens beskrivelse. Det er mange ganger påpekt at det er uheldig å trekke patofysiologiske slutninger av slike funn, de er uspesifikke og relatert til økende alder. Bruk gjerne det nøytrale begrepet «*periventrikulære hvit substans-forandringer*» i stedet. (Crespi J, Kvistad KA, Idicula T. «*Kroniske iskemiske forandringer*» – et misvisende begrep. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1206.)
- Unngå også uttrykket «*infeksjonsparametere*» om prøver som CRP, SR og hvite blodceller. De er markører for betennelse, ikke for infeksjon. Bruk gjerne «*betennelsesmarkører*» eller «*inflammasjonsmarkører*». (Wyller TB, Skovlund E. Korrelerte parametere og annen språklig slendrian. Tidsskr Nor Legeforen 2004; 124: 973.

9. Tverrfaglige vurderinger

Tverrfaglig samarbeid står sentralt i geriatrien, og epikrisen skal gjenspeile det tverrfaglige teamets vurderinger.

Det er litt ulik praksis med hensyn til om man lager et eget avsnitt for rapporter fra andre medlemmer av det tverrfaglige teamet, eller om man bygger dette inn i vurderingsavsnittet (se neste side).

Begge deler kan være helt greit, det viktigste er at man refererer det som er relevant på en ryddig og oversiktlig måte og begrenser seg til det relevante. Selv foretrekker jeg å ikke ha et eget avsnitt for tverrfaglige vurderinger, men ta det under "Vurdering og behandling". Jeg synes det best signaliserer at tverrfagligheten er en integrert del av avdelingens samlede behandling, og ikke kan isoleres til et eget avsnitt.

Hvis du refererer kognitive tester (enten i dette avsnittet eller i vurderingsavsnittet), så unngå begrepene «godkjent» og «ikke godkjent», f.eks. om klokketesten og trail-making-testene. Det gir tap av potensielt klinisk relevant informasjon å forenkle resultatet av en ganske nyansert test til bare to verdier. Skriv heller hvordan pasienten klarte det, og ev. hva som er forventningsverdien for testen. Når det gjelder MMSE, så unngå å skrive bare poengsummen (med mindre den var 30/30); skriv hva pasienten klarte eller hvilke kognitive områder hun tapte poeng på.

Noen brukbare formuleringer kan f.eks. være slik:

«På klokketesten satte pasienten tallene riktig, men viserne kom helt feil. 3/5 poeng.

Trail-making-test A (TMT-A), som bl.a. er følsom for tempo og fokusert oppmerksomhet, ble gjennomført målrettet og uten feil, men litt langsomt på 71 sekunder (forventningsverdi 60 sekunder eller raskere).

TMT-B, som bl.a. er følsom for delt oppmerksomhet, hadde pasienten store problemer med. Hun gjorde flere feil som måtte påpekes, og brukte i alt 5 min 20 sek (forventningsverdi 3 minutter eller raskere).»

Fraser i DIPS kan være nyttige for å forklare kognitive tester på en grei måte uten å bruke for mye tid på det!

10. Vurdering og behandling

Dette er epikrisens klart viktigste del. Det er her du virkelig skal oppsummere pasientens helseproblem og gi dine råd om hvordan pasienten best kan hjelpes videre. Det kan være mye som skal inn i dette avsnittet (ikke nødvendigvis alt dette i alle epikriser, men følgende kan ofte være relevant):

- Hvilke diagnoser ble satt under oppholdet (gav grunnlag for behandlingen)?
- Hvilken (i hovedtrekk) behandling har pasienten fått, og hvordan har hun respondert?
- Hvordan er pasientens status (inkludert funksjonsnivå!) ved utreise? (Kan også ev. gjøres til eget hovedavsnitt)
- Hvilken differensialdiagnostisk usikkerhet eksisterer fortsatt, og hvordan bør det følges opp?
- Hvor skrøpelig/sårbar ("frail") mener vi pasienten er?
- Hva tror vi om pasientens prognose?
- Hvilke tiltak anbefaler vi for å bedre pasientens symptomer og funksjonsnivå best mulig på kort sikt?
- Hva anbefaler vi av forebyggende tiltak for å redusere risikoen for negativ helseutvikling på lang sikt (f.eks. antitrombotiske midler, statiner, blodtrykksmidler, bisfosfonater)? Er dette primær- eller sekundærprofylakse? Gi helst også anbefalinger for intensitet/behandlingsmål (avhenger igjen av prognosen og hvor sårbar pasienten er)
- Ofte kan det være på sin plass med et eget avsnitt med overskrift *Legemiddelvurderinger*
- Hvilke forhold bør følges opp/kontrolleres, og hvordan er ansvarsfordelingen? Hvis du ikke følger opp pasienten selv, så gi gjerne svært konkrete råd om når f.eks. blodprøver skal kontrolleres og hva som bør være konsekvensene. Det er til stor hjelp for den som skal overta ansvaret.
- Viktige etiske vurderinger (f.eks. om behandlingsnivå) med begrunnelse (ikke bare «etter en samlet vurdering»).

Hvis du har som mål at **enhver epikrise skal inneholde minst én tanke**, er du på god vei.

Den vanligste feilen som gjøres i dette avsnittet, er at man gjentar noe man har skrevet tidligere i epikrisen. Men en gjentakelse av det som er sagt før, er **ingen** vurdering. Setninger som «86 år gammel multimorbid kvinne med demens og diabetes legges inn med funksjonssvikt» hører **ikke** hjemme i vurderingsavsnittet. For det første er dette ingen vurdering, og for det andre står det jo lenger opp i epikrisen. Det er sløsing med andres og egen tid å gjenta seg unødvendig, og dessuten gir det risiko for at viktig informasjon ikke blir oppdaget. Det aller mest irriterende, er når kjønn og alder blir gjentatt i vurderingsavsnittet. Leseren har forhåpentligvis fått med seg pasientens alder og kjønn på et langt tidligere tidspunkt i lesingen.

Siden geriatriske pasienter ofte har mange helseproblemer, er det ikke til å unngå at denne delen av epikrisen kan bli lang. Det er OK, så lenge den informasjonen vi gir, er nyttig og hjelper til å gi pasienten bedre behandling. Vi får heller fatte oss desto mer i korthet i de andre avsnittene. Det er svært viktig å sortere de enkelte momentene fra hverandre på en ryddig måte og gi sin vurdering av alle relevante problemer etter tur, og tydelig atskilt med dobbelt linjeskift.

Et vurderingsavsnitt i epikrisen kan da f.eks. bli slik:

«Den akutte tilstanden ved innleggelsen ble oppfattet som en pneumoni. Han fikk penicillin, først intravenøst og så peroralt, med god klinisk og biokjemisk respons.»

Ved innkomsten hadde han delirium med vekslende våkenhet og oppmerksomhet og uttalt desorientering. Dette bedret seg under oppholdet, men ved utskrivningen er han fortsatt tydelig desorientert. Komparentopplysninger fra sønnen tyder på at pasienten har blitt økende glemsom i løpet av det siste året, og sønnen gir ham en gjennomsnittsskåre på 4,7 på "Spørreskjema til pårørende" (IQCODE). En skåre over 3,5 på dette instrumentet angis å indikere mulig demens. Likevel sier sønnen at den kognitive tilstanden nå fortsatt er mye verre enn rett før innleggelsen. Vi vet derfor ikke om hans desorientering i hovedsak skyldes hans delirium eller om han også har en underliggende demens, og vil derfor ta ham tilbake til poliklinikken for kognitiv testing i en stabil fase.

Han var avmagret med BMI på 19. Komparentopplysninger tyder på et vekttap på 7-8 kg i løpet av det siste året. Vi har vurdert dette til mest sannsynlig å skyldes kombinasjon av dårlig regulert diabetes, bivirkning av metformin (se nedenfor) og depressive plager. Vi tror tiltak mot disse forholdene i hvert fall vil bremse vekttapet, og har også søkt HELFO om dekning av næringsdrikk på blå resept.

Hans diabetes var dårlig regulert bedømt ut fra en HbA1c på 10,7. Selv om han er skrøpelig og har begrenset gjenstående levetid, bør man nok ta sikte på en HbA1c under 8,5 for å unngå plager relatert til hyperglykemi (herunder vekttap). Dessuten er han underernært, og metformin gir ofte redusert appetitt. Vi har derfor seponert Glucophage og Amaryl og startet med Insulatard morgen og kveld. Dette er ikke ferdig innstilt ved utskrivningen, og det er fint om legen på helsehuset kan fortsette dette. Vi foreslår at morgenosen justeres med mål om at blodsukkeret etter middag skal være mellom 10 og 12, og kveldsdosen justeres med mål om at morgenblodsukkeret skal være mellom 7 og 8.

*Han virker som nevnt noe depressiv, og sier han er ensom etter at han ble enkemann. Vi tror dagsenter vil kunne være svært nyttig for ham (og trolig mer effektivt en antidepressiver), noe han litt motvillig har sagt seg villig til å prøve. Vi foreslår at han får tilbud om plass i dagsenter når han er ferdig med korttidsopphold på helsehuset (**kopi av epikrisen går med pasientens samtykke som søknad om dagsenterplass til bestillerkontoret**).»*

For **slagpasienter** oppgis også antatt slagetiologi (TOAST-klassifikasjonen), anatomisk klassifikasjon (OCSP) og skåre på modified Rankin Scale (mRS) og National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ved innkomst og utreise. Også for andre pasienter bør funksjonell status ved utreise beskrives kort.

11. Legemidler ved utskrivning

Det er en selvfølge at legemiddellisten skrives nøyaktig og entydig og samstemt med det pasienten brukte ved innleggelsen, slik at det ikke kan oppstå misforståelser om hva pasienten fra nå skal bruke. Seponerte og nye legemidler bør merkes tydelig i listen (begrunnelsen vil ofte fremgå av vurderingsavsnittet og trenger da ikke gjentas).

Like selvfølgelig er det at legemiddellisten ved utskrivning er nøye gjennomtenkt, så vi føler oss trygge på at dette antakelig er den legemiddelkombinasjonen som vil gi pasienten best mulig helse i tiden etter utskrivningen.

Hvis pasienten skrives ut med Marevan, oppgi målområde for INR, siste INR-måling, antatt ukedose og anbefalt tidspunkt for neste INR.

12. Kontroll og oppfølging

Angi om pasienten skal tilbake til kontroll ved sykehuset. Angi også om, og evt. innen når, vi foreslår at pasienten kontrolleres av fastlegen (eller sykehjemslegen), hva vi foreslår at man særlig skal se etter ved kontrollen, og tiltak ved ev. funn. Dette kan også omtales i vurderingsavsnittet (se kap. 10). Vurder å bestille time til pasienten hos fastlegen før utreise, og skriv da gjerne i epikrisen at «time er bestilt, [dato og klokkeslett]».

13. ...og (nesten) til slutt, noen små poenger

Vær høflig mot mottakeren

Det er trist å lese epikriser der sykehusleger opptrer nedlatende eller ubehagelig belærende mot kollegaer i primærhelsetjenesten. Direkte pinlig blir det når sykehuslegen er en fersk LIS eller turnuslege og fastlegen en erfaren allmennlege. Anerkjenn at mottakerne har kompetanse. Ikke formuler deg som om fastlegen er sykehusets tjener som kan utføre alt vi ikke gidder. Fastlegene setter pris på konkrete råd, men vær bevisst på at dette er nettopp **råd** eller **forslag** kollegaer imellom. «Bør» er ofte bedre enn «må».

Selv om du synes fastlegen er en dust, behøver du ikke skrive det. Hvem vet – kanskje fastlegen synes du er en dust også? Hvis du derimot mener noen har begått en alvorlig feil eller forsømmelse, må det selvsagt tas opp på skikkelig vis. Det blir en annen sak.

Slett epikrisemalens oppsett

Når man henter dokumentet «Epikrise» i DIPS, kommer det opp et standard dokument med en lang rekke overskrifter. Denne malen legger i for stor grad opp til nettopp oppramsing av detaljer på bekostning av vurdering og resonnement. Du er ikke forpliktet til å benytte alle disse overskriftene; det er du som er ansvarlig for at epikrisen får et faglig godt innhold og en formålstjenlig disposisjon. Jeg pleier å starte epikrisearbeidet med å slette de overskriftene jeg ikke planlegger å bruke.

Ikke alt trenger å refereres

Av og til dukker det opp differensialdiagnostiske hypoteser, rare prøvesvar eller andre ting i et pasientforløp som i ettertid viser seg å ha vært et betydningsløst blindspor. F.eks. en preliminær radiologibeskrivelse som gjorde at vi rekvirerte supplerende prøver, men så ble beskrivelsen revidert og radiologene bestemte seg for at det ikke var noe viktig likevel. Dette fremstod kanskje som viktig der og da, men i ettertid er det en parentes. Det er ikke nødvendig å ta med alt! Igjen: Det er din vurdering hva som er relevant. Ting du mener er klart irrelevant ut fra det du vet når du skriver epikrisen, har du ikke bare lov til, men en forpliktelse til å utelate.

Dette poenget gjelder i særdeleshet for resultatet av kognitive tester utført i forløpet av akutt somatisk sykdom. Vi vet at slike resultater er lite representative, men ikke alle som leser epikrisen vet nødvendigvis det. De kan komme til å feiltolke dette som «objektive» mål på kronisk kognitiv svikt. Hvis du ser tester som er gjort under slike omstendigheter under oppholdet, kan det være riktigst å forbigå dem i stillhet i epikrisen.

Hvis du bruker malen for epikrise i DIPS, kommer bl.a. overskrifter som «Kritisk informasjon» og «Seponerte medisiner». Dersom det ikke foreligger noen kritisk informasjon eller det ikke er seponert noen medisiner, så slett disse overskriftene i stedet for å skrive «ingen»!

Bruk av «jeg» og presens

Et pussig utslag av at epikriser nå i stor grad lages ved å «klippe og lime», er merkelig bruk av personlige pronomen og verbets tider. I innkomstjournalen står det kanskje:

«I går kveld kjente pasienten seg mer tungpusten enn vanlig. Da hun våknet i dag tidlig var det blitt enda verre.

...

Hun har deklive ødemer, knatrelyder over lungene og halsvenestuvning i sittende stilling.

...

Jeg vurderer dette som en hjertesviktforverring.»

Det er helt greit i inntakstjournalen, men hvis det bare klippes uredigert inn i epikrisen (forfattet en uke senere av en annen lege), er det ikke like greit. Det skaper forvirring om når noe faktisk skjedde, og hvem som har gjort hva. I beste fall er det bare språklig klønete. Men det handler ikke bare som språk og stil. Slike formuleringer kan også skape grunnlag for alvorlige misforståelser. Du er ansvarlig for det du skriver; du kan gjerne gjøre andres ord til dine, men du må likevel redigere dem så det blir korrekt i epikrisen.

Unngå bruk av «man» i epikrisen, det skaper ofte uklarhet om hvem det er snakk om. F.eks: «*Man kan vurdere å utrede pasienten for KOLS.*» Hvem er man? Fastlegen? Epikriseskriver?

Muntlig kommunikasjon kan være veldig effektivt

I kompliserte tilfeller, som er regelen snarere enn unntaket i geriatrien, kan det være svært rasjonelt og avklarende med en telefonprat mellom sykehuslegen, som har spisskompetanse og ser pasienten her og nå, og fastlegen, som har oversikt, kjenner pasientens medisinske historie og skal følge opp siden. En kjapp telefonsamtale som supplement til epikrisen kan være gull verd. Det kan bringe på det rene hva som har skjedd før, og skape en felles forståelse av hvordan ting skal håndteres videre. Selvsagt ikke til erstatning for en god epikrise, men som supplement.

I flere år har jeg nå avsluttet mine polikliniske notater slik:

«Dersom det er behov for ytterligere drøfting, kan jeg nås på telefon [mitt mobilnummer].»

Hvis noen tror jeg er blitt nedringt av masete fastleger, må de tro om igjen. Jeg har kanskje blitt oppringt to eller tre ganger som følge av dette, og de telefonene har vært meget nyttige og oppklarende (og dessuten hyggelige).

Jeg skal ikke driste meg til å foreslå at enhver epikrise bør avsluttes slik, men kanskje i de mest kompliserte tilfellene? Uansett synes jeg erfaringen er interessant.

14. Det som står her er ikke viktig. Advarsel: Bør ikke leses hvis ikke du (som forfatteren av dette heftet) er en tvangspreget og pirkete språknerd

Epikrisens innhold og disposisjon er klart viktigere enn språklig perfektjonisme. I en hektisk hverdag skal man naturligvis prioritere å gjøre epikrisen innholdsmessig meningsfull og ryddig fremfor å gjøre den språklig optimal. Likevel er det kanskje en sammenheng mellom slurvet språk og slurvet tanke?

Den som har høye ambisjoner om språklig stringens, kan forsøke å unngå tre fallgruver som epikriseskrivere ofte faller i:

Tomgangsspråk

Dette ser vi typisk i dikterte epikriser, og er utslag av at den som dikterer «småsludrer» med mikrofonen og sier ting som har liten informasjonsverdi eller er helt selvfølgelig:

«Det dreier seg således om en 81 år gammel mann med problematikk knyttet til falltendens»
kan erstattes av

«81 år gammel mann med falltendens».

«Man undersøker pasienten på visitten»

«Pasienten har fått behandling og rehabilitering av avdelingens tverrfaglige team»

«Pasienten bor i et hus»

og

«Pasienten sitter i en stol»

er eksempler på selvfølgeligheter som vanligvis like gjerne kan droppes.

Jålebegreper

Det er masse merkelig slang i helsevesenet, som ikke har noen annen funksjon enn å skape avstand og gi det vi sier og skriver et litt mystisk preg. NB! Med dette mener jeg ikke genuin medisinsk terminologi, der en fagterm kan være både mer presis og mer dekkende enn et norsk hverdagsord. I slike tilfeller er det ikke bare tillatt, men å anbefale, at man bruker det presise medisinske fagordet i epikrisen. Med «jålebegreper» mener jeg ord som ikke øker presisjonsnivået, men som vesentlig brukes blant helsearbeidere og ikke blant folk flest.

Ikke skriv	Skriv heller
Falt x fler	Falt flere ganger
Hospitalisert	Innlagt
Multimorbid	Har mange sykdommer (men som regel er det helt unødvendig å skrive det i epikrisen i det hele tatt – epikrisen omtaler jo alle disse sykdommene, og da kan leseren se helt av seg selv at det er mange av dem)
Fatigue	Utmattelse
Cerebralt insult, apopleksi	Hjerneslag (eller helst: hjerneinfarkt, hjerneblødning)
Problematikk	Problem
Tilbakemelding	Svar
Metodikk	Metode
Størrelsesorden	Størrelse
Man	Vi, jeg, fastlegen, sykehjemslegen...
Rimelig allmenntilstand, rimelig klar og orientert	Beskriv mer presist om du vurderer allmenntilstanden som god, lett redusert eller sterkt redusert, og hvorvidt pasienten er orientert eller ikke
Per nå	Nå, i dag (men som regel helt overflødig, fremgår av sammenhengen)
I forhold til	Når det gjelder, med hensyn til («i forhold til» betyr «sammenliknet med», og kan brukes når det er det man vil si)

Særskriving

Hovedregelen på norsk er at sammensatte ord skrives som ett ord (samskriving). Bruk av feilaktig oppdeling av ordene (særskriving) griper om seg, ikke minst i journal- og epikrisetekster. Dette drives bl.a. frem av at særskriving er vanlig i engelsk (det heter «blood test» på engelsk men «blodprøve» på norsk), og av at retteprogrammer og programmer for talegjenkjenning oftere kjenner igjen de to enkeltordene separat enn det sammensatte ordet.

Det heter ikke	...men det heter
Influensa prøver	Influensaprøver
Luftveis symptomer	Luftveissymptomer
Penicillin behandling	Penicillinbehandling
Lunge kreft	Lungekreft
Venstre forskyvning	Venstreforskyvning
Ankel brudd	Ankelbrudd
Kylling lever (sett i frysedisken i butikken, betyr at kyllingen er levende, men levende kylling selges sjelden i Kiwi på Ullevål)	Kyllinglever
Ny malt (sett på en dør på Ullevål, betyr ny i motsetning til gammel malt (f.eks. til ølbrygging), men i rommet innenfor var det verken ny eller gammel malt)	Nymalt
Øvre Slotts gate (sett på et gateskilt i Oslo)	Øvre Slottsgate