

# Socialmedicinsk journal

(til brug i klinikken og i kommunen)

## 1. Socialmedicinsk journal (til brug i klinikken)

### -Rehabilitering:

Indsats, der sigter mod at genoprette pt's fysiske, kognitive og psykiske funktionsevne med størst mulig selvoplevet livskvalitet.

Eksempler er hjerte-, KOL- og neurorehabilitering.

### -”Lagkagen”:

Rehabilitering sker i et samspil mellem ”lagkagen”:

**Sygdom(me) <--> funktionsevne <--> det sociale**

I samtalen med patienten (journaloptagelsen) tages udgangspunkt i pt's sygdom.

Når afklaring og overblik herover er skabt, vurderes funktionsevne og -niveau.

Endelig afklaring af det sociale, ikke mindst i forhold til og forlængelse af det funktionelle niveau.

Ond cirkel:

**Sygdom → nedsat funktionsevne → nedsat socialt niveau → mere sygdom (osv.)**

Denne onde cirkel skal vendes til en positivt gående spiral:

**Øget funktionsniveau → raskere → øget socialt niveau og velvære → øget funktionsniveau (osv.)**

### -Handleplan/ordinationes:

I forlængelse af journaloptagelsen, der danner grundlag for en vurdering og opsamling af pt's ressourcer, skal der i konklusionen/resuméet fremgå en handleplan/ordinationes:

A. Sygdom

B. Funktionsevnen

**B1.** Fysisk

**B2.** Kognitivt (intellektuelt)

**B3.** Psykisk (emotionelt, mentalt)

C. Det sociale

### A. Sygdom

**\*Somatisk:** Fractura colli femoris, apoplexia cerebri, polyneuropati, reumatisk sygdom, sansetab, medfødt defekt osv → somatisk/fysisk dysfunktion

**\*Psykisk/kognitivt:** Demens, delirium, depression, apoplexia cerebri, alkohol- og medicinmisbrug → psykisk/kognitiv dysfunktion

### B1. Fysisk funktionsevne

**\*Vigtige funktioner:**

-Balance

-Styrke (især ældre)

-Bevægelighed

-Kondition (især yngre)

-Udholdenhed

**\*Tiltag:**

-Fysio- og ergoterapi

-Bandagist

-Neuropsykolog

-Diætist

-Hjælpemidler (kørestol, rollator, stok, gangstativ, andet)

-Genoptræningsplan (i hospitalssammenhæng (specialiseret) og i kommunalt regi) (se bilag C))

**\*Tests af den fysiske funktionsevne:**

-Mobilitet (ganghastighed og trappegangshastighed)

\*Ligge og vende sig liggende

\*Sidde på sengekant (trunkal stabilitet)

\*Forflytninger

\*Standfunktion

\*Gang med gangramme (talerstol)

\*Gang med rollator eller gangbuk

\*Gang med en eller to albuestokke

\*Gang uden brug af gangredskab

-”Timed up and go”

-Bergs balanceskala

-Smerte (visuel, analog skala, VAS 1-10)

-HAQ (Health Assessment Questionnaire til vurdering af funktionsniveau og sygdomsaktivitet (se bilag A))

-DAS (Disease Activity Score)

-Ledvurdering (ømhed og hævelse)

-BAS (spørgeskema til ptt med mb. Bechterew og andre spondylære artritter (inflammatoriske tarmsygdomme, reaktive artritter, uklassificerbare artritter, pyrofosfatartritter) med henblik på at vurdere sygdomsaktiviteten (se bilag B))

-Lequesne, WOMAC, qualioست og smertegrad (til vurdering af funktionsniveau af ryg, artrose og osteoporose)

## B2. Kognitiv funktionsevne

**\*De eksekutive funktioner:**

Samlebetegnelse for den overordnede styring og kontrol af en række kognitive processer og adfærd

-Opmærksomhed

-Perception

-Orientering

-Tænkning

-Erkendelse

-Hukommelse

-Planlægning

-Styring og kontrol af handlinger og adfærd

-Sprog

-Intellekt

**\*Tests af den kognitive funktionsevne:**

-MMSE (Mini-Mental State Examination, testning af den aktuelle, kognitive funktionsevne, siger *ikke* noget om eventuel demens, individuelt mål (se bilag D))

- Urskivetest (undersøgelse af de eksekutive funktioner)
- ADASCOG
- CAMCOG (ergoterapi, en del af CAMDEX)
- ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination)
- Neuropsykologisk undersøgelse

### **B3. Psykiske funktionsevne**

#### **\*Tests af den psykiske funktionsevne:**

- GDS (Geriatric Depression Scale (se bilag E))
- Hamilton
- MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)

### **B1, B2 og B3. De fysiske, kognitive og psykiske funktionsevner**

#### **\*Tests af de fysiske, kognitive og psykiske funktionsevner:**

- ADL (Activity of Daily Living)
  - \*B-ADL (personlig hygiejne, på- og afklædning, mobilitet, spisning og kontinensforhold)
  - \*I-ADL (administrere økonomi og medicin, anvende telefon og fjernbetjening, indkøb, madlavning, offentlige transportmidler)

### **C. Det sociale**

#### **\*Sociale tiltag (tilknytning til arbejdsmarkedet):**

- Sygemelding
- Handlingsplan (ressourceprofil)
- Journalkopi
- Statusattest
- Specifik/generel helbredsattest
- Speciallægeerklæring
- Intervention
- Arbejdsprøvning
- Paragraf 56-erklæring (særlig aftale mellem arbejdsgiver og arbejder ifm. kronisk sygdom)
- Revalidering
- Flexjob
- Helbredsbetingsførtidspension

#### **\*Sociale tiltag på sygehuset (inden udskrivelsen):**

- Tværfaglig konference (typisk sengeafdelingens personale x 2 ugl. mellem læge, sygeplejerske, sosu, fysio- og ergoterapi)
- Hjemmeplejekonference (tværsektoriel, afholdes på hospitalet mhp planlægning af fremtiden og udskrivelsen, hvor personale fra både hospital og kommune deltager)
- Hjemmebesøg (tværsektoriel, foretages i pt's hjem mhp at afdække behov for boligændringer, hvor pt, personale fra hospital og kommunen deltager)

#### **\*Sociale tiltag efter udskrivelsen:**

- Handicapvenlig bolig (ældrebolig)
- Plejhjem (plejebolig)
- Aflastningsophold
- Rehabiliterings-, genoptrænings- og observationsophold
- Dagcenter, daghjem
- Hjemmepleje (hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske)

**\*Sociale tiltag i hjemmet:**

- Hjælpemidler (kørestol, rollator, stok, gangstativ, bækkenstol, sengebord, gangredskaber, hospitalsseng, selvslukkende komfur)
- Fjernelse af dørtrin
- Boligændringer (greb, gelænder)
- Baderum (toiletforhøjer, skridsikkert underlag, badebænk)
- Køkken (køkkenstol og -redskaber)
- Madservice
- Tøjkaskordning
- Indkøbsordning
- Nødkald
- Besøgsven
- Tilskudsordninger (transport, tandpleje, fodpleje, medicinkort, vederlagsfri fysioterapi)

**Tests****\*Krav til tests:**

- Validitet
- Reproducerbarhed
- Intraobservatørvariation
- Interobservatørvariation
- Acceptabel for pt og undersøger
- Ikke for tidskrævende
- Anvendeligt format med et sprogbrug, der er tilpasset pt og undersøger
- Kendt af alle faggrupper i det tværfaglige team

**\*Fordele og ulemper:**

- Noget deskriptivt gøres kvantitativt (målbar)
- Forenkler og forsimples
- Tab af indhold, navnlig nuancer

**Lægelige ansvarsområde****\*Journaldisposition:**

- Subjektivt
- Objektivt
- Diagnoser (på latin)
- Konklusion/resumé (3 "lagkagestykker")
- Handleplan/ordinationes (3 "lagkagestykker")
- Mål (til vurdering af pt)

**\*Eksempel:***-Subjektivt:***\*Indledning:**

85-årig kvinde overflyttes fra ortopædkirurgisk afdeling her til genoptræning efter højresidig collum femoris-fraktur.

**\*Allergi:****\*Dispositioner:****\*Tidligere:****\*Ekspositioner:****\*Aktuelt:**

Inddrag funktionsevnen før og nu.

\*Øvrige organsystemer:

\*Medicin:

\*Misbrug:

\*Socialt:

Uddyb!

*-Objektivt:*

\*Generelt indtryk, akut, kronisk påvirket, farver, smerter, ET, AT, kognitiv og psykisk funktionsevne. T, BT, p, sat og RF.

\*Med fokus på den/de aktuelle problemstillinger uddybes det observerede, fysiske funktionsniveau.

*-Diagnoser (på latin):*

*-Konklusion/resumé:*

\*(Sygdom): 85-årig kvinde kendt med type 2-DM, hypertension og KOL overflyttes fra ortopædkirurgisk afdeling til genoptræning efter hø. collum femoris-fraktur.

\*(Funktionsevne): Hidtil været mobiliseret med en alm. stok. Anvender aktuelt gangramme og personstøtte. Har været delirøs på kirurgisk afdeling, men er nu i bedring kognitivt. Skulle habituelt være kognitivt velfungerende.

\*(Det sociale): Klaret sig som aleneboende i eget hjem med hjælp til rengøring hver 14. dag.

*-Plan/ordinationes:*

\*(Sygdom): Rp: Parakliniske undersøgelser

\*(Funktionsevne): Rp: Fysioterapi til mobilisering

Rp: Ergoterapi til MMSE- og ADL-vurdering

\*(Det sociale): Rp: Kontakt til datter og hjemmepleje (habituelt funktionsniveau)

Rp: Medicin

*-Mål:*

\*Udskrivelse til eget hjem med øget hjemmehjælp via muligvis et kommunalt genoptræningstilbud. Forventes at kunne genvinde sit tidligere funktionsniveau.

**\*Anden anskuelse af rehabiliteringen:**

	Sygdommen	Funktionsevnen	Socialt
Før			
Efter			
Fremover (mål)			

**\*Bilag:**

-A: HAG-skema

-B: BAS-skema

-C: Genoptræningsplan

-D: MMSE-skema

-E: GDS-skema

## 2. Socialmedicinsk journal (til brug i kommunen)

**\*Kort resumé:**

- \*Kort præsentation af problemet (personlige data og det socialmedicinske sagsindhold)
- \*Oversigt over de foreliggende sagsakter

**\*Anamnese:**

- \*Allergi
- \*Tidligere sygdomme og indlæggelser
- \*Aktuelle helbredsproblemer, herunder patientens egen vurdering af funktionsevnen
- \*Øvrige organsystemer
- \*Misbrug (medicin, alkohol, tobak og stoffer)

**\*Social anamnese:**

- \*Opvækstforhold
- \*Skolegang
- \*Erhvervsuddannelse
- \*Erhvervsanamnese
- \*Familieforhold
- \*Netværk
- \*Belastninger
- \*Boligforhold
- \*Økonomi
- \*Tidligere socialmedicinske foranstaltninger
- \*Motivation for socialmedicinske foranstaltninger

**\*Objektiv undersøgelse:**

- \*Almindelig, objektiv undersøgelse
- \*Objektiv vurdering af funktionsevnen
  - \*Kognitiv funktion
  - \*Emotionel funktion
  - \*Fysisk funktion
- \*Danne sig indtryk af personligheden

**\*Konklusion:**

- \*Diagnose
- \*Vurdering af funktionsevnen (børn, unge, voksne, ældre)
- \*Behov for supplerende sociale eller helbredsrelevante oplysninger
- \*Den socialmedicinske handleplan, virkemidler, mål (ideelle, kritiske og realistiske (lovhjemmel)).

### **3. Journalskrivning i socialmedicin (til brug i kommunen og i klinikken) og rehabilitering**

På klinisk kursus i socialmedicin og rehabilitering indgår journalskrivning som en vigtig del af undervisningen. I journalen redegøres for en problemstilling med et lægefagligt perspektiv, og derfor skrives den efter dispositionen for en almindelig lægejournal. Ligesom i al anden lægefaglig journalskrivning afpasses indholdet den konkrete problemstilling.

**\*Formålet:**

- Med en lægefaglig systematik at sammenfatte relevant viden om patientens problemstilling. Læseren af journalen skal hurtigt og ubesværet kunne overskue og finde rundt i journalen.
- At skabe et vidensgrundlag, træffe beslutninger og foretage handlinger på.

**\*Journalen består af tre hovedafsnit:**

- Anamnese
- Objektive undersøgelse
- Konklusion

**\*Funktionsevne:**

Funktionsevnen er et centralt begreb i den socialmedicinske og rehabiliteringsfaglige sygehistorie. Der skal altid foreligge en beskrivelse af funktionsevnen i en journal, som omhandler en socialmedicinsk og rehabiliteringsfaglig problemstilling.

Funktionsevnen måles i forhold til en række praksisbegreber, som er specifikke for den konkrete problemstilling. F.eks. måles praksisbegrebet "uarbejdsdygtighed" på patienten, der er på sygedagpenge og skal have foretaget en vurdering i forbindelse med sagsbehandlerens opfølgning af sagen.

I forbindelse med børnesager vurderes både forældreevnen, forældrenes evne til at varetage omsorgen for barnet og barnets udvikling.

I sager, hvor det drejer sig om ældre patienter, benyttes mange forskellige praksisbegreber som f.eks. balance, mobilitet og ADL (activities of daily living).

Der indsamles oplysninger om funktionsevnen både under anamnesen og som en del af den objektive undersøgelse.

Hvis der er foretaget en arbejdsprøvning, bør der foreligge en beskrivelse i de medfølgende akter.

Funktionsevnen beskrives også i tid.

Under anamnesen udspørges patienten om funktionsevnen før og efter sygdommens debut.

Hvis der foreligger divergerende oplysninger om funktionsevnen, eksempelvis fordi patienten og dennes pårørende vurderer forskelligt, er det vigtigt, at lægen forholder sig til denne divergens i konklusionen.

Som et supplement til patientens og de pårørendes oplysninger kan der også indhentes oplysninger fra tredjeperson (f.eks. en hjemmehjælp).

I forbindelse med den objektive undersøgelse foretager lægen forskellige tests med henblik på at vurdere den aktuelle funktionsevne.

Funktionsevnen inddrages i vurderingen af den socialmedicinske prognose og rehabiliteringspotentialet.

**\*Den socialmedicinske konklusion og handleplan:**

Det hører med til den socialmedicinske konklusion, at lægen giver et bud på patientens diagnose(r).

Lider patienten af flere sygdomme, bør lægen gøre sig nogle overvejelser over, hvilke sygdomme der især reducerer funktionsevnen. Konklusionen skal altid indeholde lægens samlede skøn over funktionsevnen.

I den praktiske virkelighed er det ikke lægens opgave at komme med forslag til sociale ydelser over for patienten. Det kan rent faktisk ende med at skade patienten, hvis han fejlagtigt har fået det indtryk, at lægen afgør omfanget af hjælpen fra det offentlige. Det er alene sagsbehandleren, der har ret og pligt til at træffe beslutninger om social indsats.