

# Gemensam journalstruktur för bättre vårdkvalitet

**Informationsflödet inom sjukvården i enskilda patientärenden har på senare år ökat alltmer. Därtill kommer ökade krav enligt olika författningar för dokumentation av omvårdnadsarbete. Dokumentationen har därför blivit en allt viktigare – och tidskrävande – del av sjukvårdsarbetet. I syfte att höja informationens kvalitet och tillgänglighet startades 1996 ett projekt vid psykiatriska kliniker i Västerbottens läns landsting för att utveckla nya och förbättrade rutiner för dokumentation av psykiatrisk behandling och omvårdnad.**

**En väl genomtänkt journalstruktur – som skall användas av alla yrkeskategorier – har arbetats fram. Den är enkel, enhetlig och logiskt uppbyggd. Journalstrukturen har införts med bibehållet »pappersformat» kompletterat med visst datorstöd. Tanken är att en gradvis övergång till datorhantering skall kunna ske.**

Dokumentation av behandling och omvårdnad har under senare år blivit en allt viktigare del av sjukvårdsarbetet. Trots betydande tidsåtgång brister do-

kumentationen emellertid ofta i kvalitet – både innehållsmässigt och med avseende på överblickbarhet och tillgänglighet [1]. Orsakerna till detta är många och komplexa:

Kraven i författningar på innehåll och omfattning av vårdokumentationen har gradvis ökat. Tillkomsten av föreskrifter om särskild dokumentation av omvårdnad har på flera håll medfört dubbeljournalföring av till stor del identiskt innehåll. Kraven vid tillsynsmyndigheternas och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds granskning av journalhandlingar torde också ha skärpts. Osäkerhet tycks råda huruvida sjukvårdsdokumentation i huvudsak skall vara ett verktyg i behandling och omvårdnad eller ett underlag för eventuella senare ställningstaganden i ansvarsfrågor.

## Informationsmängden ökar

Sjukvården har i sig blivit mer komplex, med ständigt ökande informationsmängder i enskilda patientärenden till följd. Ett kontinuerligt informationsflöde mellan patientens olika behandlare – både inom den egna kliniken och till vårdgrannar och myndigheter – har blivit en nödvändighet. Inte minst i psykiatrisk sjukvård har detta blivit tydligt i samband med att primärvård, socialtjänst och försäkringskassa ålagts ett större ansvar.

I patientärenden av längre varaktighet medför detta en anhopning av dokumentation, i form av journalanteckningar, omvårdnadsanteckningar, epikriser, behandlingsmeddelanden, intyg m m, i sådana mängder att de bara med svårighet kan överblickas. I sämsta fall finner man decimetertjocka journaler som innehåller ett oräkneligt antal upprepningar och som samtidigt kan brista i viktig aktuell information. Till detta torde komma den icke obekanta frustration som anblicken av en dylik journal kan ge.

Grundläggande metodutveckling av dokumentationsfrågor förefaller hittills ha varit ett lågt prioriterat område för merparten av sjukvårdens medarbetare; en viss uppgivenhet tycks härska. Ofta leds utvecklingen inom detta område av intressenter utanför sjukvården. I arbetet med utveckling av dokumentationsmetodik är sjukvårdskunskap och verksamhetsförankring – som representeras

### Basinformation

Patientens namn, personnummer, patientansvarig läkare, omvårdnadsansvarig sköterska, kontaktman, besöksdatum, vårdperiod, åtgärder, vårdgivare, diagnos m m

### Journaltext

Medicinsk dokumentation, omvårdnadsdokumentation

### »Bedside»

»Cardex»-anteckningar, medicinlistor, laboratorielistor m m

### Specialtext

Journalöversikt, receptprotokoll, protokoll över tvångsvård (LPT), brev, intyg, remisser m m

### Testmaterial

Skattningsformulär, psykologiska test, videoband m m

Figur 1. Journalstrukturens dokumentationstyper.

av sjukvårdens egna professionella grupper – helt nödvändiga förutsättningar för bättre kvalitet och större användbarhet av vårdokumentationen.

Med denna utgångspunkt pågår sedan början av 1996 ett projektarbete för bättre dokumentation vid de psykiatriska kliniker i Västerbottens län.

## Projektets syfte och målsättning

Projektets huvudsyfte var att utveckla nya och förbättrade rutiner för dokumentation av psykiatrisk sjukvård. Projektet skulle leda fram till förslag om en ny och väl genomtänkt struktur för en gemensam patientjournal som kan användas av alla psykiatriska yrkesgrupper.

Med journalstruktur avser vi här ett hierarkiskt regelsystem för klassifikation av olika typer av vårdinformation. En sådan journalstruktur bör vara enkel, logiskt uppbyggd och kunna omfatta alla slag av psykiatrisk vårdokumentation. Journalstrukturen skall genom sin utformning bidra till att uppmärksamheten fokuseras på den individuella patientens problem, behov och resurser.

Samtidigt måste nödvändig bakgrundsinformation finnas lättillgänglig, och viktiga upplysningar ur patientens anamnes skall utan svårighet kunna hittas. Strukturen skall underlätta informa-

## Författare

TONNY ANDERSEN  
överläkare

BRITT-MARIE JOHANSSON  
överläkare; båda vid psykiatriska kliniken, Norrlands Universitets-sjukhus, Umeå

MARGARETHA LINDBERG  
leg sjuksköterska, vårdutvecklare, psykiatriska kliniken, Södra Lapp-lands sjukvård, Lycksele

ROLF STENWALL  
leg sjuksköterska, sektorssamordnare, psykiatriska kliniken, Skellefteå sjukvård.

tionsutbyte mellan olika vårdgivare och befrämja att kontinuitet, samarbete och processtänkande präglar behandling och omvårdnad. Om dessa mål kan nås skulle dokumentationen i högre grad kunna vara ett effektivt hjälpmedel i det dagliga vårdarbetet – och inte i första hand uppfattas som ett nödvändigt ont som inkräktar på det egentliga patientarbetet.

En grundförutsättning för projektarbetet var givetvis att nya dokumentationsformer skulle uppfylla gällande lagar och föreskrifter, exempelvis Patientjournalagen [2], Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd rörande Patientjournalagen [3] m m.

En strukturerad dokumentation torde vidare vara ett kraftfullt verktyg i det allmänna arbetet med vårdutveckling och kvalitetssäkring. Undervisning i dokumentation underlättas tveklöst, och tillgängligheten till patientdata för utvärdering och klinisk forskning ökar.

Ytterligare ett antal specifika målsättningar fanns med vid projektets planering. Patientjournalens struktur och innehåll skulle kvalitetssäkras genom särskilda rutiner för uppföljning. Medicinsk och omvårdnadsnära dokumentation skulle integreras för undvikande av parallell eller upprepade dokumentation. Arbetet med journalstrukturen skulle ligga till grund för ett fortsatt utvecklingsarbete med utnyttjande av datorteknik. Slutligen skulle journalstrukturen vara lika vid länets psykiatriska kliniker.

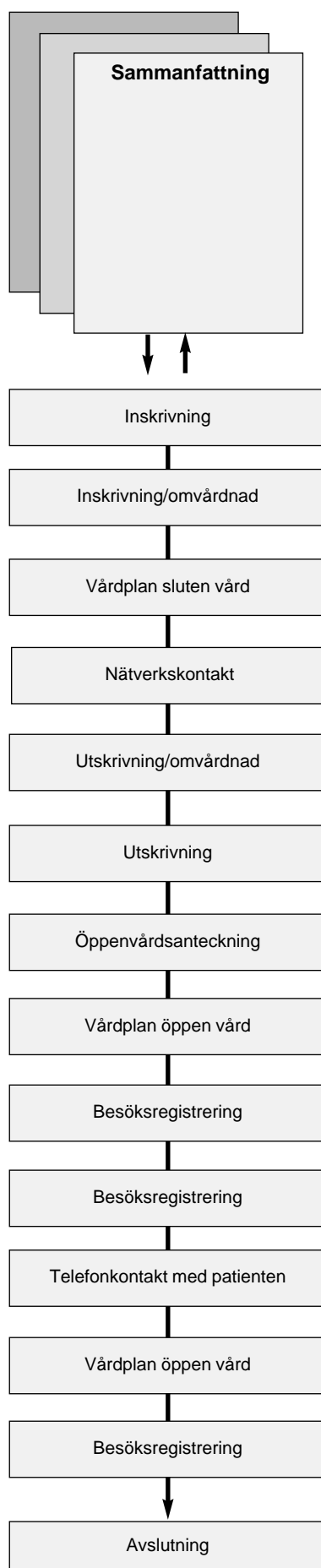
### Dokumentationstyper

Journalens huvudstruktur utgår från en indelning av journalinnehållet i fem olika dokumentationstyper (Figur 1). Dokumentationstyperna avgränsar olika funktionsområden med skilda förutsättningar för optimal dokumentationsform.

1. *Basinformation* är avsedd för information som har ett kort och väldefinierat format – ett namn, en sifferkod eller dylikt. Basinformationen är väl lämpad för datorteknik och samlas i en för ändamålet utvecklad databas.

I de gemensamma rutinerna för insamling av basinformation ingår en kontinuerlig registrering av alla mottagningsbesök i öppen vård och behandlingsperioder på slutenvårdsavdelningar och behandlingshem. Innehållet i behandlingskontaktakterna i öppenvård klassificeras enligt en särskild »Gemensam åtgärdslista», som tagits fram i samarbete med flera landsting. Systematisk diagnostik i både öppen och sluten vård ingår i de gemensamma rutinerna.

Basinformationen ger goda möjligheter till statistisk verksamhetsuppföljning. Problemområden vad avser resultat eller resursförbrukning kan uppmärksammas, och man får ett bättre underlag för planering och fördelning av



Figur 2. Dokumentationstypen *Journaltext*: Texttyper och flödesschema.

resurser. Regelbundna sökningar i basinformationen ger effektiv hjälp för att exempelvis undvika »bortglömda patienter» och »bortglömda åtgärder».

2. *Journaltext* omfattar dokumentation i textform av alla medicinska och omvårdnadsnära bedömningar och behandlingar. Projektarbetet koncentrerades i betydande grad kring denna dokumentationstyp (se nedan).

3. »*Bedside*» omfattar sådan information som typiskt samlas i samband med patientens vistelse på vårdavdelning – dvs »cardex»-anteckningar, medicinlistor, laboratorielistor m m. En samordning av rutiner för dokumentation av denna typ har ägt rum mellan länets psykiatriska kliniker.

4. *Specialtext* omfattar journalöversikt, diagnosregister, förteckning över intyg och brev m m. Även intygstext, brevtext och remisstext tillhör denna dokumentationstyp. I ett speciellt receptprotokoll dokumenteras utfärdade recept, och i ett besluts- och åtgärdsprotokoll för LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) sker dokumentation enligt föreskrifterna i denna lag.

5. *Testmaterial* är avsedd för »rådata» från exempelvis skattning med skattningsformulär, psykologisk testning m m. Även ljud- och videoband som omfattas av Patientjournalagen tillhör denna dokumentationstyp.

### Journaltextens innehåll

Dokumentationstypen *journaltext* skall så överskådligt som möjligt innehålla all nödvändig textbaserad dokumentation. *Journaltexten* består av olika texttyper som i sin tur innehållsmässigt definieras av ett antal obligata sökord. Ett begränsat antal ej obligata sökord kan användas vid behov.

*Journaltexten* omfattar dels texttyper i löpande följd (Figur 2). Sammanfattningen är en uppdaterad och översiktlig redovisning av relevanta bakgrundsfaktorer, social situation, drog- och alkoholvanor samt somatisk sjuklighet. I sammanfattningen beskrivs det psykiatriska sjukdomstillståndet: sjukdomsdebut och förlopp, symtomatologi, personlighet och funktion, behandlingar, diagnos och prognos.

En första sammanfattning skrivs typiskt vid nybesök i öppen eller sluten vård. Sammanfattningen kontrolleras och uppdateras vid behov vid inläggning, vid utskrivning och regelbundet i öppenvårdskontakter samt när behandlingskontakten avslutas. Den aktuella sammanfattningen avser således att ge en sammanhållen och överskådlig helhetsbild av patient och sjukdomstillstånd (Figur 3).

Sammanfattningen är grunden för all övrig textbaserad dokumentation, och

nödvändig tid och omsorg skall ägnas åt att ge denna hög kvalitet. Genom att sammanfattningen utgör ett lättillgängligt underlag för behandlingsmeddelanden och intyg av olika slag – exempelvis till primärvård, försäkringskassa och socialtjänst – bör avsevärda totala tidsvinster emellertid kunna göras. För att underlätta rationell uppdatering av sammanfattningen lagras denna i ett datoriserat textbehandlingssystem.

Journaltextens övriga texttyper används fortlöpande i olika former av behandlingsarbete. I allmänhet bör dessa texter vara korta och inte innehålla information som redan finns i sammanfattningen. Vid inläggning på vårdavdelning gör inskrivande läkare en kortfattad inskrivning, som av den omvårdnadsansvariga kompletteras med en inskrivning/omvårdnad. Dessa texttyper ger olika perspektiv på patientens situation och tillstånd, utan att upprepa varandra.

Vid utskrivning färdigställer den omvårdnadsansvariga en utskrivning/omvårdnad; utskrivande läkare gör där efter en kort utskrivning med fokus på medicinska fakta. Både utskrivningstexterna och den uppdaterade sammanfattningen ersätter traditionell epikris.

### Behandlingsarbetet

Det löpande behandlingsarbetet dokumenteras i första hand i *vårdplan sv* (sluten vård) och i *vårdplan öv* (öppen-vård). Vårdplanen ansvarar patientens huvudbehandlare för och omfattar alla planerade åtgärder inklusive en tidsram för vårdplaneringen. Vårdplanen revideras vid angiven tidpunkt eller vid behov dessförinnan. I vårdplaneringen ingår en utvärdering av resultaten av insatta åtgärder i förhållande till de uppsatta målen i den föregående vårdplanen.

Om ett behandlingsarbete i öppen-vård fortgår i överensstämmelse med vårdplanen, och det i övrigt inte finns behov av särskild dokumentation, kan behandlingskontaktarna dokumenteras mycket kortfattat i en besöksregistrering. Dokumentation i denna form kan till exempel ofta med fördel användas i psykoterapeutiskt arbete.

De övriga texttyperna används när det finns behov av ytterligare dokumentation. Öppenvårdsbesök, telefonkontakter och nätverkskontakter dokumenteras i skilda texttyper; av enkelhetsskäl används till största delen samma sökord i dessa texter. Särskilda bedömnings- eller behandlingsåtgärder dokumenteras vid behov i för ändamålet avsedda texttyper. Här kan exempelvis neuropsykologisk bedömning, personlighetsbedömning, specifikt sjukgymnastiskt eller arbetsterapeutiskt behandlingsarbete dokumenteras.

De flesta texttyper kommer till användning i både öppen och sluten vård

### TEXTTYP

#### Sammanfattning

(Sammanfattningen är en uppdaterad översiktlig beskrivning av relevanta bakgrundsfaktorer, somatisk och psykiatrisk sjukdom m m. En första sammanfattning skrivs typiskt vid nybesök i öppen- eller slutenvård. Sammanfattningen kontrolleras och uppdateras vid behov, exempelvis vid inläggning och utskrivning, och regelbundet i öppenvårdskontakter samt vid avslutning av kontakten. För sammanfattning och uppdatering ansvarar läkare eller annan personal med erforderlig kunskap.)

#### SÖKORD

##### • Vårdgivare/dokumentation

##### • Varning

(*Innehåll*: Överkänslighet eller intolerans som innebär allvarlig risk för liv eller hälsa. Anteckning om och beskrivning av intoleransen eller överkänsligheten skall göras på sedvanligt sätt i journalen.)

##### • Hereditet

##### • Bakgrund

(*Innehåll*: Barndom, uppväxt och utveckling. Skolgång, utbildning och arbete. Relationer och familjebildning. Livsstil och värderfarenheter. Hälsobefrämjande faktorer.)

##### • Socialt

(*Innehåll*: Aktuell familjesituation, socialt nätverk, boende och försörjning.)

##### • Drog och alkoholvanor

##### • Somatiskt

##### • Psykiatriskt

(*Innehåll*: Sjukdomsdebut, förlopp och utredningar. Symtomatologi, personlighet och funktion. Behandlingar och resultat. Diagnostiskt resonemang, eventuell prognos.)

##### • Suicidalt beteende

(*Innehåll*: Erfarenhet av självmordsbeteenden bland släkt och vänner. Karakter av tidigare självmordsbeteenden – typ av beteende, meddelanden, intention och risk för död. Risksituationer och självmordspreventiva faktorer.)

Figur 3. Metodbokens beskrivning av texttypen Sammanfattning.

och kan – med enstaka undantag (in- och utskrivning på slutenvårdsavdelning) – användas av all personal som har erforderlig kunskap. En smidig användning av strukturerad text av det nu beskrivna slaget förutsätter enkelhet och överblickbarhet. Antalet texttyper och sökord har därför begränsats till det minsta möjliga.

Texttyper och sökord beskrivs i en metodbok [9], och en översikt över dessa finns i en inplastad fickmanual, som även innehåller en översikt över öppenvårdsdiagnostik samt symtom- och funktionsskattningssinstrumentet GAF [10].

### Projektets genomförande

Vid psykiatriska klinikerna i Västerbottens län (Umeå, Lycksele, Skellefteå) har den nya journalstrukturen införts med väsentligt bibehållit »papersformat». Inom flertalet dokumentationstyper har emellertid datoriserade stödfunktioner utvecklats.

Merparten basinformation samlas i en särskild databas där även bearbetning av journaltextens sammanfattning görs. Basinformation och sammanfattning är tillgängliga via klinikens datorterminaler, vilket kan vara till stor kli-

nisk hjälp i situationer när journalen inte omedelbart finns tillgänglig.

Inom »bedside»-området finns datoriserade rutiner för övervakning av provsvar från exempelvis patienter som behandlas med litium och klozapin. Inom dokumentationstyperna specialtext och testmaterial finns flera andra typer av datorstöd.

Som nämnts utarbetades en metodbok med utförliga beskrivningar av dokumentationstyper, texttyper och sökord samt en särskild vägledning för användning av texttyper med omvårdnadsinnehåll. Sökorden i dessa texter har sin teoretiska grund i omvårdnadsprocessen som problemlösningmodell [11]. Metodboken innehåller även information om i vilken ordning journalhandlingar skall sorteras, anvisningar angående beskrivning av psykiskt status, dikteringsanvisningar, en kortfattad vägledning i diagnossystemet DSM-IV [10] samt exempel på dokumentation av patientfall i öppen och sluten vård.

Den nya journalstrukturen togs i bruk den 1 januari 1997. Vid alla första-gångsbesök upprättades patientjourna-

**ANNONS**

ler enligt den nya strukturen. För patienter i Umeå med en pågående kontakt upprättades nya patientjournaler vid det första besöket efter årsskiftet. För Lyckseles och Skellefteås del planerade man för en mer långsiktig och successiv övergång till den nya journalstrukturen med målet att den skulle vara införd senast den 31 december 1997. På varje klinik har handledning framför allt i omvårdnadsdokumentation kontinuerligt ägt rum.

### Uppföljning, resultat, visioner

Olika metoder har använts för uppföljning av hur journalstrukturen i praktiken fungerar. En allmän uppföljning av den nya journalens användbarhet görs genom att samtliga föreståndare regelbundet inhämtar synpunkter från medarbetarna. Synpunkterna behandlas sedan i lokala arbetsgrupper och i projektets styrgrupp.

Under hösten 1997 samlades de lokala arbetsgrupperna och styrgruppen under två seminariedagar för att gemensamt gå igenom de dittills vunna erfarenheterna. Journalstrukturen bedömdes som i stort sett tillfredsställande, men genomgången resulterade i några smärre förändringar, exempelvis vissa förtydliganden av texttyper och sökord. Årligen återkommande gemensamma utvärderingsseminarier planeras.

Journalens textdel har granskats med hjälp av speciella granskningsmallar och granskningskriterier, som utarbetats av projektets styrgrupp. Vi har valt ut vissa texttyper och undersökt om dokumentationsstrukturen följts, och om innehållet i texttyper och sökord varit korrekta. De granskade texttyperna har varit sammanfattning, vårdplan slutenvård, vårdplan öppenvård samt inskrivning/omvårdnad.

I april och maj 1997 (4–5 månader efter det att den nya journalstrukturen infördes) granskades omkring 50 journaler vid var och en av de tre psykiatriska klinikerna. Kvaliteten på de granskade texterna var övervägande tillfredsställande. Mer än 70 procent av de granskade sammanfattningarna bedömdes vara bra eller mycket bra.

De tydligaste bristerna fanns under sökordet psykiatrisk, där det exempelvis ofta saknades redovisning av resultatet av tidigare behandlingar. Det har även visat sig finnas problem beträffande vårdplan i öppenvård då flera behandlare är involverade, vilket sannolikt mera har sin grund i bristande samordning av behandlingsinsatserna än i svårigheter att dokumentera.

Vi fann inga större skillnader mellan länets olika psykiatriska kliniker. Databasen vid psykiatriska kliniken i Umeå omfattade vid årsskiftet 1997/1998 omkring 3 000 sammanfattningar.

### Svårigheter

Samtidigt som erfarenheterna av den nya journalstrukturen till övervägande del är goda har svårigheter av olika slag blivit tydliga. Det har visat sig vara ganska krävande i både tid och omsorg att upprätta bra sammanfattningar – givetvis särskilt om informationsmängden är stor och svår att överblicka.

Även att upprätta bra vårdplaner kräver omsorg och eftertanke, och bör i många fall föregås av konsultation och samordning på öppenvårdskonferens eller avdelningsrund. Det har emellertid gång på gång blivit uppenbart att dessa svårigheter främst beror på bristande överblick över patientens situation och tillstånd samt på bristande struktur och målmedvetenhet i behandlingsarbetet. Sådana brister synliggörs i den nya journalstrukturen och blir då möjliga att åtgärda.

Vår ambition och förväntan är att den fortsatta kvalitetsssäkringen av vårddokumentationen på ett avgörande sätt skall bidra till generella förbättringar av behandlingsarbetet.

Under de närmaste åren kommer fler och sannolikt mer specifika kvalitetskriterier för journalernas struktur och innehåll att tas fram. Projektets styrgrupp kommer att fortsätta sitt arbete; ett viktigt inslag är fortlöpande kontakter med psykiatrins olika yrkesgrupper för utvärdering och eventuell revision av journalstrukturen.

### Sammanfattning

Den nya journalstrukturen vid Västerbottens psykiatriska kliniker har införts med bibehållet »pappersformat» kompletterat med ett visst datorstöd. Vi tror att det har varit fördelaktigt att helt kunna fokusera på vårddokumentationens form och innehåll utan att behöva blanda detta med frågor om marknadens olika datorsystem. Därtill kommer att den psykiatriska vårddokumentationen är så komplex att inget datorsystem inom överskådlig tid kommer att kunna tillgodose alla dokumentationsbehov.

En gradvis övergång till elektronisk datahantering är både nödvändig och önskvärd; en viss återhållsamhet i introduktionen av ny teknik minskar dessutom risken för misstag och felinvesteringar och ger möjlighet till anpassning av verksamheten i ordnade former. Särskilt bör behovet av utbildning till klinikkens medarbetare ej underskattas.

De förbättringar i främst tillgängligheten av vårddokumentation som datortekniken kan medföra skall naturligtvis tas tillvara. Ett nästa steg blir rimligtvis att hela dokumentationstypen journaltext datoriseras. Vi förväntar oss att det kommersiella datorsystem som då blir aktuellt utan större svårigheter kan anpassas till den framtagna gemensamma journalstrukturen.

### Referenser

1. God psykiatrisk vård på lika villkor? En nationell översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården. Socialstyrelsens följer upp och utvärderar 1997:8. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
2. Patientjournalagen. SFS 1985: 562.
3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, Patientjournalagen. SOSFS 1993: 20.
4. Socialstyrelsens föreskrifter om markering i journal av intolerans och allvarlig överkänslighet mot läkemedel m m. SOSFS 1982: 8.
5. Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. SOSFS 1993: 17.
6. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. SOSFS 1996: 24.
7. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. SOSFS 1996: 32.
8. Sekretesslagen. SFS 1980: 100.
9. Metodboken. Umeå: Psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 1996.
10. DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
11. Segesten K. God omvårdnad – en viktig faktor för patienters välmående och tillfrisknande. Vård i Norden 1993; 13: 23–6.
12. Carnevall D. Handbok i omvårdnadsdiagnostik. Stockholm: Liber utbildning, 1996.
13. Dahlberg K. Konsten att dokumentera omvårdnad. Lund: Studentlitteratur, 1996.
14. Thorell-Ekstrand I, Ehnfors M. Omvårdnad i patientjournalen. Fou-rapport 38. Stockholm: SHSTF, 1992.

### Summary

#### Psychiatric units in Västerbotten to adopt a new standardised format for psychiatric records

Tonny Andersen, Britt-Marie Johansson, Margaretha Lindberg, Rolf Stenwall

*Läkartidningen 1999; 96: 2102-6.*

During recent decades psychiatric health care has become increasingly complex due to substantial clinical improvements and to the growing need of integrating psychiatric services with other health and welfare services in the community. The traditional psychiatric record format is incompatible both with these requirements and with the practical advantages and difficulties of modern computer technology. In a collaborative effort involving most professional categories at three psychiatric units in the county of Västerbotten in northern Sweden, a new structured format for medical records was developed. The basic feature is a structured summary of background factors, social situation, drug habits, and general health, which is reviewed and updated as necessary. The psychiatric condition is described in some detail, including onset and course, symptomatology, personality factors, diagnosis, treatment results, suicidality, etc. Day to day treatment is outlined in in- and out-patient treatment plans, which are evaluated and revised at regular intervals. The new record format, which is used by all categories of health care professionals, is intended to promote goal-directed treatment and professional collaboration, and is easily adapted to computer technology.

*Correspondence:* Dr. Tonny Andersen, Consultant, Dept. of Psychiatry, Umeå University, Norrlands Universitetssjukhus, SE-901 85 Umeå, Sweden.

*E-mail:* tonny.andersen.us@vll.se