**Journalgranskningsmall Nyköpings Kommun**

Datum: ……………. Hälso-och sjukvårdsjournal

SÄBO [ ]  Omsorg [ ]  Socialpsykiatri [ ]  Hemsjukvård [ ]

Granskad journal nr/år: ………………

Egenkontroll utförd av planerings ansvarig ssk, namn: ……………………………………..

**1. Finns närstående angivna Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

2. Samtycke (aktivt)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |
| NPÖ/sammanshållen journalföring |[ ] [ ]
| Informationsöverföring till närstående  |[ ] [ ]
| Informationsöverföring annan vårdgivare |[ ] [ ]

(varje ja kryss = 1p) Ja ……p (max 3p)

3. Inskrivnings datum Ja [ ]  1p Nej [ ] 0p

4. Planeringsansvariga namngiven

* Sjuksköterska/Distriktssjuksköterska (aktivt) Ja [ ]  1p Nej [ ]  0p
* PAL/läkare (aktiv) Ja [ ]  1p Nej [ ]  0p

**5.** Aktuell vårdcentral Ja [ ]  1p Nej [ ]  0p

**6.** Medicinsk diagnos, verifierad Ja [ ]  1p Nej [ ]  0p

**7**. Framkommer hälsohinder i grundbedömningar Ja [ ]  1p Nej [ ]  0p Grundbedömningar görs i samband med inflyttning/inskrivning eller förändrat hälsotillstånd av patient. Det som avviker från det normala/hälsohindren (ICF term) skall vara dokumenterat.

8. Bedömning med instrument, senaste året

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |
| Modifierade Norton |[ ] [ ]
| MNA Initial bedömning |[ ] [ ]
| MNA Slutlig bedömning |[ ] [ ]
| Downton |[ ] [ ]

(varje ja kryss = 1p) Ja ……..p (max 4p)

9. Finns aktiva hälsoplaner? **Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**10. Antal aktiva hälsoplaner? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**11.** Finns alla delar i hälsoplanen?

**a) Funktionshinder/problem Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**b) Individens resurser Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**c) Individens hinder Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**d) Delmål/Mål Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

e) Har målen tagits fram i samråd med patienten? **Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**f) Åtgärder Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**g) Uppföljning (planerad/utförd) Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**12. Notering om att information om vård/behandling/åtgärd**

 **lämnats till patienten** **Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

13. **Notering om att information om vård/behandling/åtgärd**

 **lämnats till närstående Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**14. Journalanteckningarna skrivna med respekt för**

 **patientens integritet Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

**15. Journalanteckningar skrivna på ett tydligt och förståligt sätt**

 **(God svenska, inget ”sjukhusspråk”, förkortningar) Ja** [ ]  **1p Nej** [ ]  **0p**

Total poäng: ……… p (Max 26p + antal hälsoplaner)

Nedanstående frågor ger inga poäng, endast i kunskaps syfte.

16. Finns bedömd behandlingsnivå dokumenterad, tex: inga aktivt livräddande insatser

 (O-HLR) **Ja** [ ]  **Nej** [ ]

**17. Om vårdsmitta, finns det dokumenterat? Ja** [ ]  **Nej** [ ]

**18. Om överkänslighet, finns det dokumenterat? Ja** [ ]  **Nej** [ ]

Något du vill tillägga? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_