**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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_