**Journalgranskningsmall Nyköpings Kommun**

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

SÄBO äldre  FSO  Hemsjukvård  Granskad legitimerad personal: Sjuksköterska

**1. Finns närstående angivna Ja  Nej**

2. Är ställningstagande till samtycke inhämtat och dokumenterat gällande:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |
| NPÖ/Sammanhållen journalföring |  |  |
| Informationsöverföring till närstående |  |  |
| Samtycke till begränsningsåtgärd (när det är aktuellt utifrån hälsoplan) |  |  |
| Presumtivt samtycke - att patienten hade gett sitt samtycke om hen hade vetat att det var för hens bästa. |  |  |

3. Finns det dokumentation om när vårdperioden startades? Ja  Nej

4. Finns aktuell namngiven:

* Omvårdnadsansvarig sjuksköterska Ja  Nej  Ej aktuellt
* Patientansvarig läkare Ja  Nej  Ej aktuellt
* Aktuell vårdcentral Ja  Nej  Ej aktuellt

1. Medicinsk diagnos, verifierad Ja  Nej  Ej aktuellt
2. Finns dokumentation av grundbedömningar Ja  Nej  Ej aktuellt

Grundbedömningar görs i samband med ny vårdkontakt av patient. Det som avviker från det normala skall vara dokumenterat.

1. Finns dokumentation av bedömning vid förändrat hälsotillstånd Ja  Nej  Ej aktuellt

8. Finns dokumenterad bedömning med instrument, senaste året:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej | Ej aktuell |
| Modifierade Norton |  |  |  |
| MNA Initial bedömning |  |  |  |
| Downton |  |  |  |
| ROAG |  |  |  |
| Abbey Pain Scale |  |  |  |

1. Finns det dokumenterade aktuella hälsoplaner kopplat till patientens individuella behov? Ja  Nej  Ej aktuellt
2. Finns alla delar i hälsoplanen?

**a) Orsak** Ja  Nej

**b) Konsekvens** Ja  Nej

**c) Funktionshinder/problem Ja  Nej**

**d) Individens resurser Ja  Nej**

**e) Individens hinder Ja  Nej**

**f) Delmål/Mål Ja  Nej**

g) Har målen tagits fram i samråd med patienten Ja  Nej  Ej aktuellt/möjligt

**h) Åtgärder kopplade till hälsoplan Ja  Nej**

**i) Uppföljning (planerad/utförd) Ja  Nej**

**12. Hur många åtgärder finns som ej är kopplade till hälsoplan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13.** Information och undervisning om undersökningar och behandlingar till patient. Ja  Nej  Ej aktuellt/möjligt

14. **Dokumentation om att nödvändig information lämnats till närstående** Ja  Nej  Ej aktuellt/möjligt

**15. Journalanteckningarna skrivna med respekt för patientens integritet Ja  Nej**

**16. Journalanteckningar skrivna på ett tydligt och förståeligt sätt Ja  Nej**

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

**Ja  Nej**

**18. Finns överkänslighet/ingen känd dokumenterad?** Ja  Nej  Ej aktuellt/möjligt

19. Har senaste **bedömningen** dokumenterats i efterhand? **Ja  Nej**

**Hur många dygn efter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**