

Journalgranskning i Combine

Uppdraget kommer från MAS enligt rutin.

Syfte

Granskningsmallen är ett hjälpmedel vid granskning av legitimerad personals dokumentation i patienters journal. Resultatet ger ett underlag vid utvärdering av dokumentationen och kan användas som ett diskussionsunderlag.

Journalgranskning är även en kvalitetssäkring för god vård.

Granskning med mallen ger en uppfattning:

- om dokumentationen följer omvårdnadsprocessens steg enligt ICF struktur.
- om dokumentationen är fullständig, för omfattande eller ofullständig för varje steg i omvårdnadsprocessen.
- om det går att följa ett relevant omvårdnadsförlopp i dokumentationen i relation till bedömt behov av insats.

Hjälp för användandet av

Granskningsmall

Tillvägagångssätt och bedömningskriterier

Snabbläs journalen du ska granska för att bilda en uppfattning om patientens bedömda behov och dokumenterade insatser följer omvårdnadsprocessens struktur.

Mallen:

- Fyll i ett alternativ **Ja, nej** eller **Nej, men heller inte relevant.**
i de markerade rutorna.
- Anteckna eventuella avvikelser/iakttagelser under **kommentarer** vid varje fråga.
- Gör en totalbedömning av omvårdnadsjournalen:

Läs igenom omvårdnadsdokumentationen och gör därefter bedömning och fyll i ett alternativ

Fullständigt, Ofullständigt eller För omfattande/brustext

Hjälp text vid bedömningen av dokumentationen. Beakta att uppgifter ska ställas mot bedömt uppdrag. Text patient A bor på särskilt boende kontra patient B fått hjälpmedel förskrivet. Patient A kan då förväntas ha en mer omfattande anamnes/inskrivning och fler aktiva hälsoärenden mm.

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Inskrivning/ Anamnes | Hälsa och levnadsförhållanden före inskrivning i hemsjukvård Omvårdnads/rehabplanering | Ger uppgifterna en tydlig bild av patienten? Hur patienten lever, vårdkontakter, egenvårdsförmåga. Finns en övergripande planering för tänkta vårdinsatser. |
| Hälsoärende | Hälsosituation och förhållanden som påverkar den aktuella omvårdnaden | Ger uppgifterna i hälsoärendena en tydlig bild av patientens aktuella hälsosituationer och risker? Uppdaterade hälsoärenden? Förändringar i patientens hälsosituation/risker. |
| Aktuella hälsoärende | Problem/resurs/risk Problemformulering formulerat för varje identifierat hälsoärende | Utgår de analyserade vårdbehoven från uppgifter i anamnes/ inskrivning? Finns en tydlig koppling mellan anamnes/inskrivning och pågående hälsoärenden? Framgår det i hälsoärendena vad åtgärderna ska fokusera på? Finns det dokumenterat processteg utreda/bedöma patientens egenuppfattade - / Bedömt- och avsett funktionstillstånd. |
| | Mål Förväntat resultat, en prognos. | Är de formulerade målen realistiska och mätbara? Observera att målet inte ska vara formulerat som en åtgärd. |
| | Planerade åtgärder Vad som ska göras. ” Huret ” | Beskriver åtgärderna tydligt vad som ska genomföras? Går det att utläsa när det ska göras, hur ofta och av vem? |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| | | Kan de planerade åtgärderna leda till att målet uppfylls? |
| | Utförda åtgärder. | Går det att tydligt utläsa om åtgärderna blivit genomförda? Observera att det kan vara uppgifter eller värden som dokumenteras i andra delar av journal. |
| | Effekter eller uteblivna effekter av åtgärder | Hur har det gått? Vilken effekt ser man av åtgärden? Har åtgärderna lett till en förbättring, försämring eller ses ingen förändring? |
| | Utvärdering av mål | Finns det beskrivet om målen är uppnådda eller inte uppnådda? |
| | | |
| Totalbedömning | Bedömning av hela omvårdnadsjournalen | Är den totala omvårdnadsdokumentationen i journalen fullständig, för omfattande eller saknas väsentlig dokumentation, finns det "brustext" t ex anteckningar som inte är avsedda för patient utan är rena arbetsanteckningar. För att bedömas som fullständig ska det gå att följa ett förlopp i dokumentationen enligt omvårdnadsprocessen. Det ska gå att få en total tydlig bild av vilka vårdbehov patienten har, planerade omvårdnadsåtgärder, hur det gick/går och utvärdering av mål och åtgärder. |

Granskningsmall

| Inskrivning/Anamnes | JA | NEJ | Nej, men heller inte relevant | Kommentar |
|--|----|-----|---|-----------|
| Medicinsk diagnos | | | | |
| Hälsohistoria | | | | |
| levnadsvana | | | | |
| egenvård | | | | |
| Pågående vårdkontakt | | | | |
| Läkemedelshantering | | | | |
| Social situation | | | | |
| Boendesituation | | | | |
| Medgivande/Samtycke | | | | |
| Skydds-och begränsningsåtgärder | | | | |
| Nytto-och riskanalys vid skyddsåtgärder | | | | |
| Utvärdering av skyddsåtgärder | | | | |
| Planering | | | | |
| Medicinsk vårdplanering | | | | |
| Läkarkontakt | | | | |
| Anhörig kontakt | | | | |
| Omvårdnads/rehabplanering | | | | |
| Planering för patient som faller ofta | | | | |
| Resultat bedömningsinstrument | | | | |
| Visam beslutsstöd | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------|--------------|-------------------------|-------------------------------|-----------|
| Hälsoärende | | Kommentar: | | | |
| Antal hälsoärende | | | | | |
| Sammanställning av samtliga hälsoärenden | Ja | Nej | Delvis | Nej, men heller inte relevant | kommentar |
| Problemformulering | | | | | |
| Bedömning i "huret" | | | | | |
| Egenuppfattat funktionstillstånd | | | | | |
| Bedömt funktionstillstånd | | | | | |
| Avsett funktionstillstånd | | | | | |
| Planerat mål | | | | | |
| Målformulering | | | | | |
| åtgärder | | | | | |
| Återrapportering | | | | | |
| Uppdaterad status | | | | | |
| Måluppföljning/följa upp resultat | | | | | |
| Övrigt | Ja | Nej | Kommentar: | | |
| Vedertagna förkortningar | | | | | |
| Patientens delaktighet | | | | | |
| Total bedömning | Fullständig | ofullständig | För omfattande/brustext | | |
| Total bedömning | | | | | |