

Skema udfyldes med JA, NEJ eller IR (ikke relevant)	"J1" = journal nr. 1 ud af 20, "J2" = journal nr. 2 ud af 20 osv. osv.																			
Spørgsmål	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20
Fremgår årsagen til patientkontakten? <i>Fremgår automatisk, hvis det er en henvist patient.</i>																				
Indeholder journalen en anamnese/sygehistorie? <i>Eks. diagnoser, nuværende tilstand m.v.</i>																				
Indeholder journalen en subjektiv beskrivelse? <i>Eks. oplevelse af smerter m.v.</i>																				
Er det dokumenteret, at patienten er spurgt til eventuelle allergier? <i>Dokumentér også hvis pt. ikke har "kendte" allergier f.eks. ved at angive: "Ingen kendte allergier".</i>																				
Indeholder journalen en beskrivelse af udførte undersøgelser samt indikation (baggrund for valgte undersøgelser)? <i>Eks. vurdering af trafik og ledmobilitet, vurdering af fejlstillinger, kredsløbsvurdering mv. For standardundersøgelser kan indikationen være indlysende og skal derfor ikke gentages.</i>																				
Er undersøgelsesvar (nyrer, øjne og distal trykmåling) beskrevet ved behandling af diabetespatienter? <i>Skal være oplyst af egen læge eller hospital – patientens eget udsagn er ikke tilstrækkelig dokumentation.</i>																				
Indeholder journalen en behandlingsplan? <i>Diagrammet kan ikke bruges som behandlingsplan, men skal suppleres med en skriftlig plan.</i>																				
Er der dokumentation for informeret samtykke til den aktuelle behandling (behandlingsplan(er)) i journalen? <i>Nyt mundtligt samtykke indhentes og dokumenteres ved ændringer i behandlingsplan(er). Afkrydsning er ikke tilstrækkeligt.</i>																				
Er patientens aktuelle og relevante medicin beskrevet i journalen?																				
Afspejler journalen, at patienten er undersøgt og behandlet efter 'best practice'? <i>Det er ikke tilstrækkeligt at angive at "pt. er undersøgt og behandlet efter 'best practice'". Punkterne skal følges.</i>																				
Hvis undersøgelser og behandlinger ikke følger 'best practice', er dette dokumenteret i journalen? <i>Afvigelsen skal dokumenteres med en faglig begrundelse.</i>																				

Journalgennemgang – spørgsmål – januar 2023

Spørgsmål	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20
Er pt. diagram revideret?																				
I de få tilfælde, hvor diagrammet ikke kan beskrive alle de fodrelaterede problemer, indeholder journalnotatet da en supplerende tekst (eks. dybde, størrelse m.v.)?																				
Er fodstatus udfyldt og sendt til egen læge og fodstatusdatabasen?																				
Fremgår det af journalen, at fodstatus er (tilbudt) udleveret til diabetes patienter?																				
Er der overensstemmelse i journalen imellem observationer fra fodstatusundersøgelse og diagrammet? (Den røde tråd)																				
Er der journalført i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten?																				
Fremgår det i journalen, hvornår og af hvem notatet er lavet?																				
Er skriftlig og mundtlig information/vejledning/undervisning til patienten i eks. egenomsorg beskrevet i notatet?																				
Hvis der undtagelsesvist er foretaget rettelser i journalen, er disse så foretaget korrekt? Eks. på korrekt fremgangsmåde er ved at tilføje rettelser i et nyt notat med dato samt initialer på den fodterapeut, som har foretaget rettelser.																				
Er der indhentet og dokumenteret korrekt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger/informationer? Se foreningens hjemmeside for vejledning til dette punkt.																				
Er notater, behandlingsplan(er) m.v. forståelige for andre end den fodterapeut, der har foretaget dokumentationen i journalen?																				

Tabel 1. Spørgsmål til journalgennemgang.

J1 står for journal nr. 1 og J2 står for journal nr. 2 osv. osv. Der skal gennemgås min. 20 journaler ved en journalgennemgang/journalaudit. Du kan læse mere om journalgennemgang på Danske Fodterapeuters hjemmeside og hjemmesiden for netværksmøder. Klinikken må gerne tilføje spørgsmål til skemaet. Revideret d. 18.12.2022.

Hjælpeark til at tælle svarene sammen i efter Journalgennemgang

Spørgsmål	Antal JA?	Antal NEJ?	Antal IR?	Skal der iværksættes forbedringstiltag (hvilke?) og fokuseret journalgennemgang?	Hvis ja, hvem skal stå for at iværksætte dette? Og hvornår skal forbedringstiltag og journalgennemgang være gennemført?
Fremgår årsagen til patientkontakten? <i>Fremgår automatisk, hvis det er en henvist patient.</i>					
Indeholder journalen en anamnese/sygehistorie? <i>Eks. diagnoser, nuværende tilstand m.v.</i>					
Indeholder journalen en subjektiv beskrivelse? <i>Eks. oplevelse af smerter m.v.</i>					
Er det dokumenteret, at patienten er spurgt til eventuelle allergier? <i>Dokumentér også hvis pt. ikke har "kendte" allergier f.eks. ved at angive: "Ingen kendte allergier".</i>					
Indeholder journalen en beskrivelse af udførte undersøgelser samt indikation (baggrund for valgte undersøgelser)? <i>Eks. vurdering af trofik og ledmobilitet, vurdering af fejlstillinger, kredsløbsvurdering mv. For standardundersøgelser kan indikationen være indlysende og skal derfor ikke gentages.</i>					
Er undersøgelsessvar (nyrer, øjne og distal trykmåling) beskrevet ved behandling af diabetespatienter? <i>Skal være oplyst af egen læge eller hospital – patientens eget udsagn er ikke tilstrækkelig dokumentation.</i>					
Indeholder journalen en behandlingsplan? <i>Diagrammet kan ikke bruges som behandlingsplan, men skal suppleres med en skriftlig plan.</i>					
Er der dokumentation for informeret samtykke til den aktuelle behandling (behandlingsplan(er)) i journalen? <i>Nyt mundtligt samtykke indhentes og dokumenteres ved ændringer i behandlingsplan(er). Afkrydsning er ikke tilstrækkeligt.</i>					
Er patientens aktuelle og relevante medicin beskrevet i journalen?					
Afspejler journalen, at patienten er undersøgt og behandlet efter 'best practice'? <i>Det er ikke tilstrækkeligt at angive at "pt. er undersøgt og behandlet efter 'best practice'". Punkterne skal følges.</i>					

Spørgsmål	Antal JA?	Antal NEJ?	Antal IR?	Skal der iværksættes forbedringstiltag og fokuserede journalgennemgang?	Hvem skal stå for det? Og hvornår skal det være gennemført?
Hvis undersøgelser og behandlinger ikke følger 'best practice', er dette dokumenteret i journalen? <i>Afvigelsen dokumenteres med en faglig begrundelse.</i>					
Er pt. diagram revideret?					
I de få tilfælde, hvor diagrammet ikke kan beskrive alle de fodrelaterede problemer, indeholder journalnotatet da en supplerende tekst (<i>eks. dybde, størrelse m.v.</i>)?					
Er fodstatus udfyldt og sendt til egen læge og fodstatusdatabasen?					
Fremgår det af journalen, at fodstatus er (tilbudt) udleveret til diabetes patienter?					
Er der overensstemmelse i journalen imellem observationer fra fodstatusundersøgelse og diagrammet? (<i>Den røde tråd</i>)					
Er der journalført i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten?					
Fremgår det i journalen, hvornår og af hvem notatet er lavet?					
Er skriftlig og mundtlig information/vejledning/undervisning til patienten i eks. egenomsorg beskrevet i notatet?					
Hvis der undtagelsesvist er foretaget rettelser i journalen, er disse så foretaget korrekt? <i>Eks. på korrekt fremgangsmåde er ved at tilføje rettelser i et nyt notat med dato samt initialer på den fodterapeut, som har foretaget rettelser?</i>					
Er der indhentet og dokumenteret korrekt samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger/informationer? <i>Se foreningens hjemmeside for vejledning til dette punkt.</i>					
Er notater, behandlingsplan(er) m.v. forståelige for andre end den fodterapeut, der har foretaget dokumentationen i journalen?					

Tabel 2. Ark til at tælle svarene fra journalgennemgangen sammen i. Revideret januar 2023.