



ØVRE EIKER
KOMMUNE



Helhetlig
pasientforløp

Sluttrapport - Helhetlig pasientforløp

Samhandlingsprosjekt mellom Øvre Eiker kommune
og Vestre Viken HF klinikk Kongsberg sykehus

Oktober 2012 – august 2014



Sammen skaper vi et livskraftig Øvre Eiker



Innhold

1. Sammendrag.....	2
2. Innledning.....	2
2.1 Bakgrunn for prosjektet.....	2
2.2 Definisjoner.....	3
2.3 Mål for prosjektet.....	3
2.4 Prosjektorganisering.....	4
2.5 Prosjektgruppas arbeidsform.....	5
3. Gjennomføring av prosjektet.....	6
3.1 Opplæring i sjekklister.....	8
3.2 Evaluering av bruken av sjekklister.....	8
3.3 Implementering.....	8
4. Prosjektgruppas videre anbefaling.....	9
4.1 Utarbeide ansvarskart.....	10
4.2 Kompetanse og opplæring.....	10
4.3 Rammevilkår.....	11
4.4 Videre evaluering.....	11

Vedlegg:

- 1 Sjekkliste for kontakt med legevakt
- 2 Sjekkliste overføring fra hjemmet til sykehus/Eikertun
- 3 Sjekkliste varsling om innleggelse og utskrivningsklar fra syke hus
- 4 Sjekkliste innen 72 timer etter ankomst
- 5 Samtale med primærkontakt
- 6 Sjekkliste utreise fra sykehjem
- Støttetekst til: 1 Sjekkliste for kontakt med legevakt
- Støttetekst til: 2 Sjekkliste overføring fra hjemmet til sykehus/Eikertun
- Støttetekst til: 3 Sjekkliste varsling om innleggelse og utskrivningsklar fra sykehus
- Støttetekst til: 4 Sjekkliste innen 72 timer etter ankomst
- Støttetekst til: 5 Samtale med primærkontakt
- Støttetekst til: 6 Sjekkliste utreise fra sykehjem
- Rutine for sjekklister
- Brukermanual for sjekklister

1. Sammendrag

I forbindelse med Samhandlingsreformen fikk Øvre Eiker kommune tilskudd fra Helsedirektoratet til prosjektet Helhetlig pasientforløp. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Øvre Eiker kommune og Kongsberg sykehus. Formålet med prosjektet er å utvikle god pasientflyt i Helse- og omsorgstjenesten i Øvre Eiker kommune med overgang til/fra spesialisthelsetjenesten - Kongsberg sykehus som er vårt lokalsykehus. Prosjektet har utviklet nytt helhetlig pasientforløp, definert de kritiske overgangene i forløpet og utarbeidet sjekklister som skal brukes ved disse overgangene. Sjekklister vil kvalitetssikre at overgangen mellom tjenester/nivåer blir så god som mulig. Dette sikrer et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud.

Trondheim kommune er referansegruppa inn i prosjektet. Stor takk til Line Kristoffersen Enhetsleder i hjemmetjenesten i Trondheim kommune som har delt kunnskap og erfaring på bakgrunn av "Helhetlig pasientforløp i eget hjem", som er et strukturert utskrivelses- og oppfølgingsprogram for hjemmetjenesten i Trondheim kommune. Vi har hentet nyttig erfaringer fra Trondheim og tatt utgangspunkt i det som kan passe oss ut fra lokale forhold og organisering.

2. Innledning

I forbindelse med Samhandlingsreformen fikk Øvre Eiker kommune midler fra Helsedirektoratet til gjennomføringen av prosjektet "Helhetlig pasientforløp". Dette er et samhandlingsprosjekt mellom Øvre Eiker kommune og Vestre Viken HF, Kongsberg sykehus. Formålet er å utvikle god pasientflyt i Helse- og omsorgstjenesten i Øvre Eiker kommune med overgang til/fra spesialisthelsetjenesten. Prosjektet ble igangsatt oktober 2012 og avsluttet august 2014.

2.1 Bakgrunn for prosjektet

En forutsetning for gjennomføring av intensjonene i samhandlingsreformen er en robust kommunehelsetjeneste. Kommunen må bygge sin kompetanse på forebygging, rehabilitering og tidlig innsats i sykdomsbilde. På samme måte må spesialisthelsetjenesten fortsette å videreutvikle sin spesialistkompetanse i et miljø hvor det er nok volum av slike oppgaver. Et godt strukturert, forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil kunne sikre tidlig intervensjon og et sammenhengende tjenestetilbud.

Prosjektet har samlet alle trådene fra tidligere samhandlingsprosjekter (akuttplasser, rehabilitering, lindrende behandling og tverrfaglig ambulant team) og utviklet nytt helhetlige pasientforløp som er lokalt forankret. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten er styrket gjennom prosjektet.

Gode pasientforløp som beskriver flyten i helse- og omsorgskjeden skal sikre samhandlingen mellom behandlingsnivåene/virksomheter og tidlig intervensjon på best effektive omsorgsnivå.

2.2 Definisjoner

“Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møter med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.” (St.mld. nr. 47 Samhandlingsreformen)

Det brukes ulike begreper på pasientflyten. Spesialisthelsetjenesten bruker ofte begrepet “behandlingslinjer” om diagnosefokuserete forløp internt i sykehuset:

«En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.» (Helse Sør-Øst)

Prosjektet har valgt å benytte Helse- og omsorgsdepartementets definisjon på pasientforløp:

«En helhetlig sammenhengende beskrivelse av pasientens kontakter med de ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

Denne definisjonen avgrensar prosjektet til å gjelde de innbyggere i Øvre Eiker kommune som får/har behov for en medisinsk vurdering, enten vedkommende bor hjemme eller på sykehjem. Det vil si at starten på pasientflyten vil være enten hos fastlege, legevakt eller sykehjemslege.

2.3 Mål for prosjektet

Effekt mål - skal angi virkningene av en vellykket gjennomføring av prosjektet, med et tidsperspektiv på 3-5 år.

- Bidra til en sammenhengende og et helhetlig tjenestetilbud for den enkelte bruker, før - istedenfor og etter et opphold i spesialisthelsetjenesten.
- Bidra til tidlig intervensjon på best effektive omsorgsnivå, slik at bruker får rett behandling på rett sted til rett tid.
- Bidra til at kommunen har nødvendig kompetanse i forhold til ny kommunerolle (nye oppgaver).
- Bidra til styrket samarbeid mellom Øvre Eiker kommune, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Resultat mål – de mål som skal realiseres i løpet av prosjektperioden.

Utvikle god pasientflyt i helse- og omsorgstjenesten i Øvre Eiker kommune. Det vil si et pasientforløp som viser hva som skjer med pasienten i kommunen, før og etter en eventuell innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Helhetlig pasientforløp skal sikre:

- Brukere som har behov for spesialisthelsetjenester kommer inn på sykehus.
- Brukere som ikke har et definert behov for spesialisthelsetjenester blir behandlet i eget hjem/sykehjem.
- Kommunen utvikler sine tjenester og sikrer gode overganger mellom nivåer/virksomheter.
- Pasientforløpet knyttes sammen med pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten.
- System og nettverk for fagutveksling mellom profesjoner og forvaltningsnivå.
- System som sikrer at kommunens nødvendige kompetanse- og opplæringsbehov blir ivaretatt.

Hovedtiltak

1. Kartlegging av dagens pasientflyt i helse- og omsorgstjenesten. Skissere nåværende pasientforløp for å bruke dette som utgangspunkt i utvikling av forbedret pasientforløp.
2. Utvikle nytt pasientforløp (fjerne ventetid, unødvendige flyttinger, uhensiktsmessige prosesser)
3. Kvalitetssikre prosedyrer og rutiner i alle ledd i pasientforløpet. Peke på kompetansebehov, rekruttering/opplæring.
4. Nytt pasientforløp implementeres. Sikre system for vedlikehold og evaluering av pasientforløp, slik at dette videreutvikles i takt med krav og endringer.

Målgruppe - er brukere av Øvre Eiker kommunes helse- og omsorgstjenester. Prosjektet skal ikke inkludere psykisk helsetjeneste eller tjenester til funksjonshemmede.

2.4 Prosjektorganisering

Styringsgruppe:

Navn	Tittel	Virksomhet
Einar Braaten	Leder st.gr/Kommuneoverlege	Øvre Eiker kommune
Marianne Nymo	Sekretær st.gr/Prosjektleder	Øvre Eiker kommune
Lisbeth Nymo	Helse- og omsorgssjef	Øvre Eiker kommune
Brit Elin Jørgensen	Samhandlingssjef	VVHF, Kongsberg sykehus
Sveinlaug Barstad	Leder Koordinerende enhet	Øvre Eiker kommune
Elise Steen/ Pia Mc Clathie	NSF	Øvre Eiker kommune
Terje Bjerkehagen	Rådgiver	Øvre Eiker kommune

Prosjektgruppe:

Navn	Tittel	Virksomhet
Marianne Nymo	Prosjektleder	Øvre Eiker kommune
Ann Flåten	Tjenesteleder Eikertun sykehjem	Øvre Eiker kommune
Kristin Bogen Bakkene	Tjenesteleder Hjemmetjenesten	Øvre Eiker kommune
Kristin Naug	Saksbehandler KE	Øvre Eiker kommune
Anne Kolseth Martinsen	Kvalitetsrådgiver	Øvre Eiker kommune
Trine Lise Mørk	Daglig leder Hjemmetjenesten	Øvre Eiker kommune
Mariann Burås	Kvalitet Rådgiver	VVHF, Kongsberg sykehus
Ann Kristin Dramdal	Avdelingsleder Eikertun sykehjem	Øvre Eiker kommune
Anne Grete Raaen	HTV Fagforbundet	Øvre Eiker kommune

2.5 Prosjektgruppas arbeidsform

Prosjektgruppa har gjennomført til sammen 28 møter av varighet på 2-3 timer. Prosjektgruppa fikk også mandat av Styringsgruppa til å sette ned arbeidsgrupper som har utarbeidet forslag til forskjellige sjekklister. I tillegg ble det satt ned en arbeidsgruppe som jobbet med Basiskompetanse.

Det har vært organisert 2 hele fagdager med Line Kristoffersen fra hjemmetjenesten i Trondheim kommune, hvor omkringliggende kommuner også ble invitert sammen med ansatte fra Øvre Eiker kommune og Kongsberg sykehus.

Ledere fra hjemmetjenesten i Øvre Eiker kommune har hospitert i Trondheim kommune en dag, for å erfare hvordan sjekklister blir brukt som et verktøy til å sikre gode overganger. Det ble utarbeidet rapport til prosjektgruppa etter hospiteringen.

Prosjektgruppa har arrangert "Åpen dag" for alle ansatte i Øvre Eiker kommune, med 3 samlinger av 2 timer. Her ble ansatte presentert nytt forbedret pasientforløp og gitt mulighet til å kommentere forslagene til sjekklister. Det var til sammen 120 ansatte som var innom.

Kvalitet Rådgiver ved Kongsberg sykehus har vært bindeleddet mellom kommune og sykehus i prosjektet. Hun har sikret at Kommunekontakter og fagansvarlig ved Kongsberg sykehus har kommet med innspill på sjekklister i overgangen mellom sykehuset og kommunen.

Prosjektet gjennomførte i april, mai og juni elektronisk evalueringer av bruken av sjekklisene. Evalueringen ble sendt ut til 230 ansatte. Innspill og resultater ble tatt med inn i prosjektet.

I arbeidet med implementering av sjekklisene har prosjektgruppa arrangert 3 samlinger for lederne i Øvre Eiker kommune. Samlingene har hatt fokus på leders rolle i arbeidet med å implementere sjekklisene i driften. Samlingene har vekslet mellom å være informativt og gruppearbeid med innspill til prosjektgruppa.

Det har vært gjennomført 7 møter i Styringsgruppa. Prosjektleder har rapportert til Styringsgruppa på status i forhold til prosjektet, foretatt nødvendige avklaringer og godkjenninger av arbeidet underveis.

3. Gjennomføring av prosjektet

Prosjektgruppa utarbeidet skisse av pasientforløpet slik det fremstod 31.12.2012. Dette har vært utgangspunkt når nytt pasientforløp har blitt utarbeidet. Flaskehals ble identifisert for å optimalisere pasientflyten.

Symbolforklaringer:

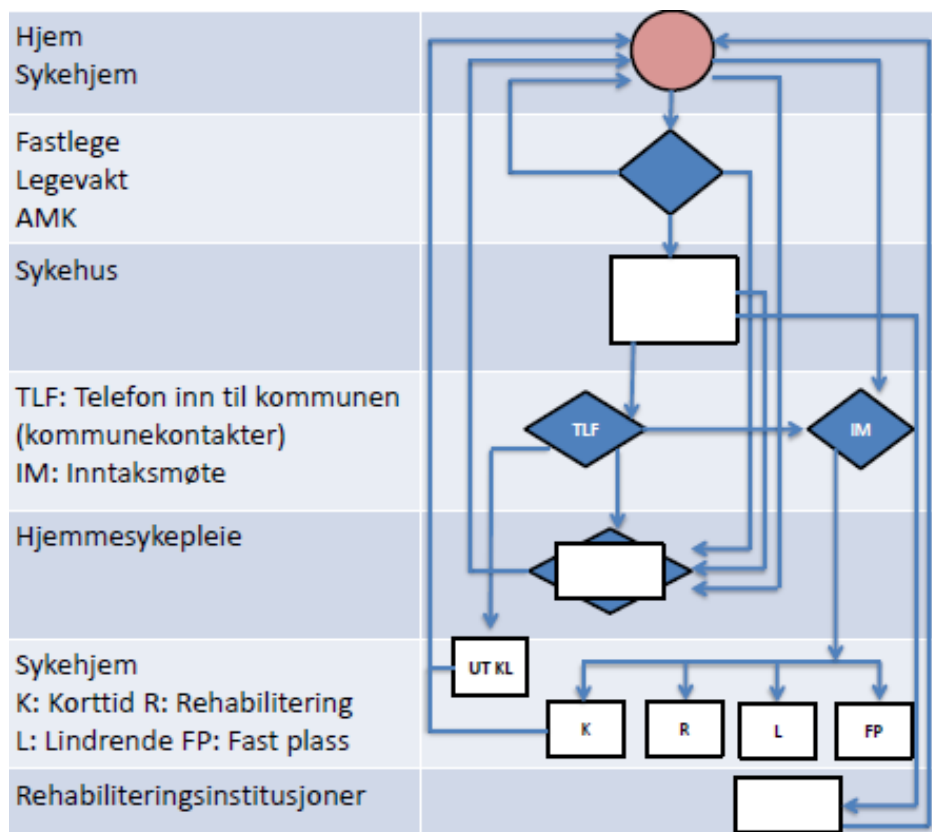
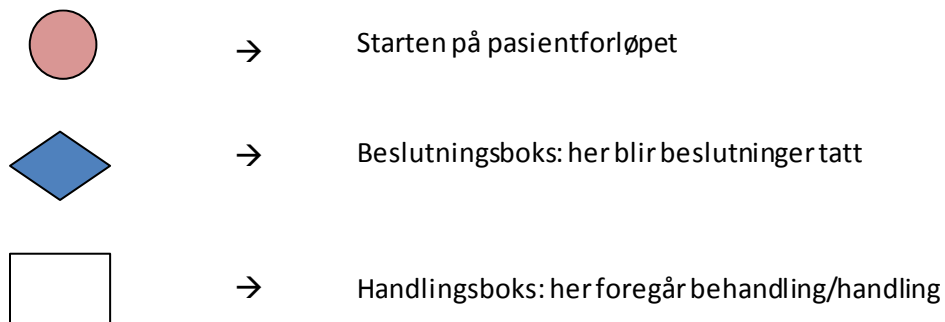
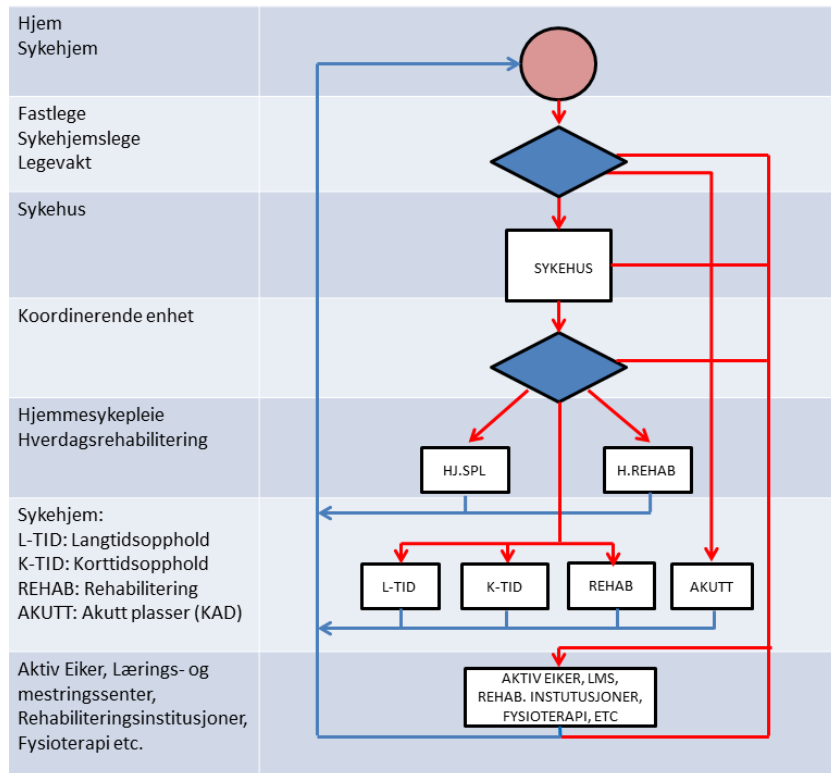


Fig 1: Skisse av pasientforløp pr. 31.12.2012

Forslag til nytt og forbedret pasientforløp ble godkjent i Styringsgruppa i februar 2013:



Pasientflyten fra sykehus skal være inn til Koordinerende enhet/kommunekontakt i kommunen. Koordinerende enhet skal være en inngang inn til kommunens helse- og omsorgstjenester. Her skal kommunens ressurser kobles på en hensiktsmessig måte, ivareta plassadministrasjon samt ha vedtaksmyndighet. Hvordan dette skal organiseres og driftes er en egen prosess utenom prosjektet.

Fig 2: Nytt pasientforløp

De kritiske overgangene i nytt pasientforløpet ble definert, og det ble utarbeidet sjekklister til bruk ved disse overgangene:

1. Kontakt med legevakt
2. Overføring til sykehus/sykehjem
3. Melde- og utskrivningsklar pasient fra sykehus
4. Innen 72 timer etter ankomst (fra sykehus, sykehjem, hjem, annen institusjon)
5. Samtale med primærkontakt
6. Utreise fra sykehjem (til sykehus, hjem eller annen avdeling)

I prosjektet ble disse overgangene kalt for "pit stop". I motorsporten innebærer dette som oftest skifte av dekk, mens det i denne sammenheng innebærer å stoppe opp, gå gjennom sjekklisten og på den måten kvalitetssikre at overgangen blir så god som mulig.

Pasientforløpet med sjekklister ble presentert på "Åpen dag" for alle ansatte i Helse- og omsorgsseksjonen, ledergruppa, Allmennlegeutvalget (fastlegene i Øvre Eiker kommune), Lokalt samarbeidsutvalg ved Kongsberg sykehus og i Kommunestyret i Øvre Eiker kommune.

Det ble gjennomført en pilot i en avgrenset del av omsorgsseksjonen som prøvde ut sjekklister i en avgrenset periode. Dette ga gode innspill til prosjektgruppa, som igjen foretok endringer etter utprøvingen. Prosjektgruppa utarbeidet rutiner for bruken av sjekklister samt brukermanual som ble presentert for alle lederne.

3.1 Opplæring i sjekklister

Avdelingsledere/Daglig ledere i hjemmetjenesten, boliger for funksjonshemmede og på sykehjemmet ble gitt ansvaret for opplæring i bruk av sjekklister. I denne prosessen jobbet avdelingsledere, daglig ledere og tjenesteledere sammen i grupper for å utforme innhold i de ulike punktene i sjekklister. På bakgrunn av dette utarbeidet prosjektgruppa støttebrev til alle sjekklister. Disse kan brukes i opplæring eller som en hjelpetekst ved utfyllingen av sjekklister.

3.2 Evaluering av bruken av sjekklister

Det ble gjennomført 3 spørreundersøkelser av bruken av sjekklister, henholdsvis i april, mai og juni måned. Undersøkelsen ble sendt ut til 230 ansatte på mail. Første undersøkelse ble besvart av 23 stykker. Prosjektgruppa fulgte opp med purringer til den enkelte via sine ledere. Siste undersøkelse ble besvart av 115 ansatte (50 %).

Undersøkelsen viser at minimum 183 sjekklister har vært utprøvd. Sjekklister som gjelder ved kontakt med legevakt er den sjekklister som har vært mest utprøvd. Legevakten har også gitt positive tilbakemeldinger på opplevd bedre kvalitet på samhandlingen med hjemmetjenesten etter at sjekklister er tatt i bruk. Sjekklister som gjelder samtale med primærkontakt viser evalueringen også har blitt brukt av 41 av de som har svart. Ellers viser evalueringen at det er ca 70 % av de som har svart som ikke har prøvd de andre sjekklister.

Når det gjelder spørsmål om sjekklister er til hjelp for å dokumentere svarer 70 % av de som har svart at sjekklister er til god hjelp for å dokumentere i Profil.

3.3 Implementering

Lederne er nøkkelpersoner i implementering av sjekklister i daglig drift. Prosjektgruppa har av den grunn gjennomført 3 samlinger med lederne for å synliggjøre dette arbeidet. Lederne har sittet sammen i sitt tjenesteområde og satt ned mål for hvordan de skal sikre bruken av sjekklister.

Slik skal lederne i Helse- og omsorg sikre at sjekklister blir brukt:

Eikertun	Hjemmetjenesten	Boliger for funksjonshemmede	Nattjenesten Servicetjenester
Det skal være hovedfokus på FAG.	Avvikssystemet: sørge for å skrive avvik i QM+ når sjekklister ikke blir brukt.	Gjennomgang av sjekklister på personalmøter. Bruke prosjektor for å vise. Sikre at alle har fått opplæring.	Alle ansatte bruker mail. Leder bruker mail som info kanal.
Sjekklister skal være eget punkt i alle medarbeidersamtaler.	Sjekklister er eget punkt på personalmøter og gruppemøter.	Eget punkt i handlingsplanen for å sikre at sjekklister blir brukt.	Fokus på: -rettigheter -plikter -dokumentasjon. -informasjon inn/ut
På hver avdeling skal det være nøkkelpersoner som har et særskilt ansvar i forhold til sjekklisene.	På tavlene: -eget kort med Primær oppgaver. (fristiller tid til arbeidet)	Brukermanualen ligger i opplæringspermen for Profil og i alle brukerpermer.	Sjekklister skal holdes levende.
Bruke avvikssystemet mer systematisk: -Læring gjennom avviksrapporter.	Hver ansatt har eget perm med skilleark til hver måned. (følge opp arbeidsoppgaver)	I alle brukermøter: bruker 5. Samtale med primærkontakt for å "drille" ekstra.	Sjekklister har fast plass på personalmøter.
E-mail til alle, også vikarer. Bruke e-mail som informasjonskanal.	Drøfter videre: Hva med dobbeltdokumentasjon ifht sjekklister/rapporter – hva med det juridiske?	Sjekklister skal inn i kompetansegruppa.	Deler på sjekklisten må tidlig videresendes – endre på sjekkliste.
		Ansvarsvakt: Tydeliggjort i oppgavene til ansvarsvakt at sjekkliste 1. Kontakt med legevakt skal brukes når legevakt kontaktes.	

4. Prosjektgruppas videre anbefaling

Altfor mange prosjekter blir evige prosjekter og dessverre er det mange prosjekter som også ender med en sluttrapport som havner i en skuff. Fra prosjekt til drift er å ses på som den store styrkeprøven.

Utfordringen nå er om prosjektet overlever ut i drift. Kort hva som er gjort:

- ✓ Utarbeidet sjekklister
- ✓ Utarbeidet støttetekst til hver sjekkliste (til bruk i opplæring)
- ✓ Utarbeidet rutine for bruk av sjekklister
- ✓ Utarbeidet brukermanual for utfylling av sjekklister i Profil
- ✓ Gjennomført opplæring med ledere

Når prosjektet skal over i drift skal ansvaret for Helhetlig pasientforløp overtas av linjen. Prosjektgruppa anbefaler at det utarbeides tydelig ansvarskart, system for opplæring, gode rammevilkår og at det gjennomføres evaluering to ganger i løpet av det første året sjekklister er i drift.

4.1 Utarbeide ansvarskart

Prosjektgruppa anbefaler at det utarbeides et ansvarskart som viser klart hvem som har ansvar for hva i Helhetlig pasientforløp. Det må sikres at Helhetlig pasientforløp har stort fokus fra øverste ledelse og til den enkelte ansatt som bruker sjekklister. *Noen* må holde fokus på bruken av sjekklister, etterspørre og legge til rette for bruken av disse. Hvem som er ansvarlig for dette må defineres. Sjekklister og Støttetekst til hver sjekklister ligger i Kvalitets- og avvikssystemet QM+. Her ligger også Rutine for bruk av sjekklister samt Brukermanual for sjekklister.

Prosjektgruppa anbefaler at hovedansvaret for Helhetlig pasientforløp legges til en funksjon/navngitt person i ledergruppen. Dette kan sikre et høyt fokus i ledermøtene. Samme funksjon/navngitt person har ansvar for årlig revidering av sjekklister, støttetekst, rutine og brukermanual. Det må også fremgå av Støtteteksten hvem som er faglig ansvarlig for innholdet, samt dato for siste revisjon. Ved endringer i sjekklister må endringene også gjøres på sjekklister i Profil. Systemansvarlig for Profil må ha melding ved endringer.

Ved Eikertun sykehjem har avdelingsledere bestemt at det på hver avdeling skal være nøkkelpersoner som har et særskilt ansvar for sjekklister. Det bør vurderes om kommunen er tjent med å ha tilsvarende system for alle virksomheter, hvor det er utarbeidet tydelig ansvarsfordeling mellom nøkkelperson og leder i bruk av sjekklister.

Nye verktøy som skal tas i bruk i Helse- og omsorgsseksjonen må alltid ses i sammenheng med sjekklister. Det er også viktig å ha system som sikrer at når det gjøres endringer i Profil så må også Støtteteksten til alle sjekklister evalueres. Dette arbeidet bør ligge til "Profilgruppa/Profilansvarlig", og bør fremgå av et ansvarskart.

4.2 Kompetanse og opplæring

Forutsetning for å ta i bruk sjekklister er forståelse av det faglige innholdet. Det vil være behov for å sikre god opplæring. Prosjektgruppa anbefaler at opplæring av sjekklister bør kunne tilbys ansatte som et e-læringskurs. Støtteteksten vil da være teorigrunnet i opplæringen. Sjekklister er utarbeidet og tilpasset Øvre Eiker kommune i samhandling med Kongsberg sykehus, og siden sjekklister er unike i den sammenheng vil det være vanskelig å kjøpe eksterne e-læringskurs. Prosjektgruppa har prøvd ut e-læringsverktøyet Fronter og testet en av sjekklister. Dette er et godt verktøy som fint kan benyttes til e-læring.

Det må være system som sikrer at alle nyansatte får opplæring i sjekklister. Det må være en felles rutine for opplæringen. Sjekklister må være en del av Profilopplæringen til alle ansatte. Dette kan ivaretas hvis dette inkluderes i en overordna kompetanseplan.

4.3 Rammevilkår

Tilbakemeldinger i prosjektperioden er at mangelfull tilgang på PCer ute i hjemmetjenesten og på avdelingene er en stor flaskehals i bruken av sjekklister. Hjemmetjenesten får nå tilgang på nettbrett men siden Visma som er leverandør av Profil, ikke har funksjon som støtter nettbrett er det foreløpig ikke mulig å få opp sjekklister på nettbrettene.

Prosjektgruppa anbefaler at behov for PCer i virksomhetene utredes og at de tilføres tilstrekkelig med PCer for effektiv dokumentasjon og bruk av sjekklister.

4.4 Videre evaluering

Evaluering i bruk av sjekklister vil bli foretatt av ansatte 15.01.2015 og 15.09.2015. Dette er ønske fra Styringsgruppa. Det forventes at flere vil svare på evalueringen og at evalueringen vil vise at flere bruker sjekklister. Samtidig vil man sikre tilbakemeldinger i forhold til utvikling og forbedring av sjekklister. En slik evaluering vil gi verdifull informasjon om implementeringen er vellykket.

Ledere bør også oppfordre ansatte til å bli gode på å melde avvik! Gode avviksrapporter som blir systematisk benyttet i hele organisasjonen vil forbedre bruken av sjekklister.

1. Sjekkliste for kontakt med legevakt

Navn:	Fastlege:	Kommer fra avd/adresse:	
Fødselsnummer (11 siffer):			
	Utført:	Uaktuelt:	Kommentar:
ÅRSAK TIL HENVENDELSE – aktuell sykehistorie			
VIKTIG INFORMASJON			
AKTUELLE DIAGNOSER -Ved diabetes bør blodsukker måles			
RESPIRASJON - Respirasjonsfrekvens Tungpusten – anstrengende pust? Slim i luftveiene? Surklete? Hvesende pust ved forverring? Pust går raskere for å kompensere for anstrengende pust? Hoste?			
BEVISSTHETSNIVÅ – Våken? Klar og orientert? Svarer adekvat på tiltale? Reagerer på smertestimuli? Bevisstløs? Pupiller?			
TEMPERATUR			
BLODSUKKER			
BLODTRYKK/PULS			
HUD – Hvordan er hudfargen, bleik, grå, rød, blå? Kald/klam?			
SMERTER – Når startet smertene? Hvor? Konstante/takvise? Utstråling?			
HA TILGJENGELIG MEDISINLISTE			
EVT. URINSTIX			
AVKLARE INFORMASJON TIL PÅRØRENDE			

Legges pasienten inn på sykehus?

For sykehjemmet: Fyll ut sjekkliste nr. 6

For hjemmesykepleien og Boliger for funksjonshemmede: Fyll ut sjekkliste nr. 2



2. Sjekkliste overføring fra hjemmet til sykehus/Eikertun

Navn:	Utreise dato:		
Fødselsdato:	Skal til:		
	Utført:	Uaktuelt:	Kommentar:
OVERFØRING TIL SYKEHUS:			
Informer pasient/pårørende og husk dokumentasjon i Profil under kontakt med pårørende.			
Må vedkommende ha følge?			
Fyll ut overføringsskjema på Profil og skriv ut.			
Skriv ut medisinliste.			
Legg ved overføringsskjema, medisinliste, eventuelt henvisning fra lege og tiltaksplan i en lukket konvolutt. Medisinliste og tiltaksplan kan evt faxes til sykehuset. Ring på forhånd til sykehuset og gi beskjed at du faxer. Husk anonymitet.			
Pakk pasientens eiendeler og send med pasienten: Toalettsaker, tøfler, et par klesskift og eventuelt briller, tannproteser, høreapparat, inhalator, øyedråper, salver og tbl som kan være vanskelig for sykehuset å få tak i.			
Levér konvolutt med opplysninger til ambulanspersonell eller pasient/ pårørende om de kjører selv.			
Fyll ut midlertidig opphør i Profil. Fjern pasient fra arbeidslister hj.spl, hj. hjelp, matlister og skriv på lista fra inntaksmøtet at bruker er på sykehus. Gi beskjed til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel dagavd., bioingeniør, psykiatri mfl.			
OVERFØRING TIL EIKERTUN:			
Informer pasient/pårørende og husk dokumentasjon i Profil under kontakt med pårørende.			
Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.			
Levér medisinliste og medisiner til avdelingen.			
Fyll ut midlertidig opphør i Profil. Fjern bruker fra arbeidslister hj.spl, hj.hjelp, matlister og skriv på lista fra inntaksmøtet at bruker er på Eikertun. Gi beskjed til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel dagavd., bioingeniør, psykiatri.			



3. Sjekkliste varsling om innleggelse og utskrivningsklar fra sykehuset

Navn:	Hjemmesykepleierode:		
	Kommentar:	Utført:	Uaktuelt:
Skrevet ut melding om innlagt pasient			
Ny bruker? Opprettet pasienten i Profil			
Sendt innleggingsrapport			
Sjekket tjenestebildet. Gitt evt aktuell tjeneste beskjed om innleggelse: -Hjemmesykepleien -Dagavdeling -Boliger for funksjonshemmede -Psykisk helsetjeneste			
Innleggingsdiagnose/årsak (noteres under kommentar)			
Fulgt opp melding: Helseopplysninger ved søknad			
Tentativ utskrivningsklar dato (dato noteres under kommentar)			
Kontaktet hjelpemiddelutlånet ved meldt behov for tekniske hjelpemidler			
Lest og besvart melding: Forespørsel			
Kontaktet fysio-/ergotjenesten etter behov ved hjemreise			
Kontaktet kreftkoordinator			
Lest og bevart: Melding utskrivningsklar pasient			
<u>Ved institusjonsplass:</u> Kontaktet ansvarlig for institusjonsplasser			
<u>Ved institusjonsplass:</u> -Registrert sak -Opprettet tjeneste -Skrevet ut og sendt dokument utskrivningsklar pasient til skanning. -Gitt kopi av dokument Helseopplysninger ved søknad til aktuell avdeling.			
<u>Ved hjemmesykepleie:</u> Kontaktet hjemmesykepleien om utskrivelse			
Reell utskrevet dato			

4. Sjekkliste innen 72 timer etter ankomst

Navn:	Fødselsdato:	Kommer fra:		
		Utført:	Uaktuelt:	Kommentar:
Gjennomgang av epikrise, sykepleiesammenfatning og medikamentliste av sykepleier/gruppeansvarlig.				
Avslutt midlertidig opphør i Profil.				
Sykepleier/gruppeansvarlig gir informasjon videre til gruppa og sørger for at bruker registreres på arbeidslister/tavla.				
GJELDER INNKOMSTKUN FOR EIKERTUN: Blodtrykk, Puls, Vekt, Høyde.				
Gi sykehjemslege beskjed om ny pasient.				
Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og levér i resepsjonen.				
Avklare nærmeste pårørende og legg denne inn i Profil.				
Legg inn medikamentliste i Profil.				
Ved medisinendring, endre medikamentliste i Profil og dosett/doseposer/medikament kabinett, evt kontakt fastlege/sykehjemslege dersom det er spørsmål vedrørende endringer.				
Skriv innkomstrappert og oppdater tiltaksplan. Skriv ut hovedkort.				
Samtale med pårørende				
IPLOS				
Kartlegg behovet for hjelp/tjenester: -hjemmesykepleie (ny bruker – behov for nøkkel?) -hjelpemidler (korttidsutlån, varig utlån – husk søknad) -trygghetsalarm -fysio-/ergotjenester -andre tjenester/varm mat				
Oppfølging videre? -Legekontroll? -Sting, sår? -Sende melding fastlege? -Sende melding hjemmesykepleien? -Blodprøver? -Demensutredning?				
GJELDER KUN HJEMMESYKEPLEIEN: Send endringer til Apotek 1 hvis bruker har multidose. Dette må gjøres så raskt som mulig.				
Foreløpig epikrise og medikamentliste faxes fastlege når den er mottatt. Merk fax om bruker har multidose.				
Har bruker trygghetsalarm, test alarmer.				

5. Samtale med primærkontakt

	Kommentar:
HELSE – Har det vært endringer i brukers diagnose, helse eller hjelpebehov det siste året?	
ERNÆRINGSTILSTAND – Har bruker behov for bistand til å lage mat, spise evt få tilkjørt varm mat? Er kostholdet variert? Har det vært vekttap de siste månedene? Har bruker problemer med eliminasjon?	
TANNHELSE – Har bruker egne tenner eller protese? Er det behov for bistand til munnhygiene? Er bruker informert om rett til gratis tannlege?	
SYN/HØRSEL – Trenger bruker bistand eller hjelpemidler pga svekket syn/hørsel?	
HUKOMMELSE – Har det vært endringer de siste månedene? Hvordan opplever bruker selv sin hukommelse? Er bruker i stand til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål? MMS test, demensteam?	
DAGLIGE BESLUTNINGER – Opplever brukers adferd som adekvat? Er det mistanke om forvirringstilstand? Har bruker forståelse for egen situasjon (hvis nei, kontakt fastlege for å vurdere samtykkekompetanse)	
BRANN – Er brukers hjemmesituasjon forsvarlig (brann, sikkerhet, helsetilstand)? Gå gjennom brannskjema. Gi pårørende beskjed om deres ansvar. Sykehjem: Røyker bruker? Behov for brannverntiltak?	
SOSIALT NETTVERK/AKTIVITETER – Hjelp fra og kontakt med pårørende og venner? Hvilke interesser/ aktiviteter har bruker deltatt i tidligere? Behov for bistand til sosial deltagelse?	
MESTRINGSEVNE – Opplever bruker trygghet og mestring av hverdagen? Dersom bruker har trygghetsalarm, test alarmen og at bruker forstår å bruke den.	
FUNKSJON/ADL – Hvordan klarer bruker å bevege seg innendørs? Hatt fall siste 4 uker? Evt iverksett forebyggende tiltak. Bør leiligheten tilpasses? (fjerne dørstokker, golvtepper ol) Har nødvendige hjelpemidler? Behov for veiledning i disse? Behov for bistand i personlig stell? Hva klarer bruker selv? Mestrer bruker å gjøre rent, lage mat, tømme søppel, vaske opp, vaske klær, innkjøp av varer? Kan noe gjøres for å styrke brukers funksjonsnivå? Hverdagsrehabilitering? Er det funksjoner som er i ferd med å svikte, men som kan styrkes? Kontakt fysio-/ergotjenesten for kartlegging av behov for tiltak? Er bruker motivert for opplæring/trening/sosiale tiltak.	
TILTAKSPLAN – oppdater og skriv ut ny tiltaksplan. Er brukers tjenestebehov i samsvar med eksisterende vedtak? Er det behov for nye vedtak? Oppdater IPLOS og tidsbruk i Profil.	
NYE BRUKERE:	
Ta med søknadsskjema dersom det ikke foreligger søknad. Er det behov for nøkkel?	
Legg inn tjenesten i Profil med tidsbruk. Fyll ut IPLOS	
Lag kardex med tiltaksplan, veibeskrivelse. Behov for nøkkel?	

6. Sjekkliste utreise fra sykehjem

Navn:	Utreise dato:		
Fødselsdato:	Skal til:		
	Utført:	Uaktuelt:	Kommentar:
FRA EIKERTUN TIL HJEM:			
Informert pasienten og eventuelt pårørende om hjemreise.			
Pårørendemøte -eventuelt med hj.spl			
Kontakt hjemmesykepleien 3 dager før hjemreise.			
Informert sykehjemslegen om hjemreise dagen før.			
Skriv utreiserapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.			
Send papirer til hjemmesykepleien. Medisiner sendes med til det kan skaffes selv.			
Informert hjemmesykepleien at medisinliste er lagt inn i Profil.			
Reseppter			
IPLOS			
Hjelpemidler med hjem? (korttidsutlån, varig utlån – husk søknad)			
Praktiske forberedelser til hjemkomst: -Nøkkel -Penger til taxi -Mat i kjøleskap, middag. -Oppvarming			
Hvem henter? Klokkeslett?			
Faxe medisinliste til apotek etter avtale med sykehjemslege.			
Videre oppfølging: -Kontakt med fysio-/ergotjenesten - Hjelpemidler (søknad om varig utlån) -Kreftkoordinator -Demenskoordinator -Søknader/saksutredning -Ernæring, spesialkost -Hverdagsrehabilitering eventuelt Aktiv Eiker			
Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og lever i resepsjonen.			
Rommet ryddes og det gis melding til renhold så raskt som mulig.			

FRA EIKERTUN TIL SYKEHUS:			
	Utført:	Uaktuelt:	Kommentar:
Informer pasient og eventuelt pårørende om innleggelse til sykehus.			
Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.			
Fyll ut overførings skjema i Profil og skriv ut.			
Skriv ut medisinliste.			
Legg ved overførings skjema, medisinliste, eventuelt blodprøvesvar, Tiltaksplan og henvisning fra lege i en lukket konvolutt. Medisinliste og Tiltaksplan kan evt faxes til sykehuset. Ring på forhånd til sykehuset og gi beskjed at du faxer.			
Levér konvolutt med opplysninger til ambulanspersonell evt pasient/pårørende om de kjører.			
Pakk pasientens eiendeler og send med pasienten: Toalettsaker, tøfler, et par klesskift og eventuelt briller, tannproteser, høreapparat, inhalator, øyedråper, salver som kan være vanskelig for sykehuset å få tak i.			
Fyll ut midlertidig opphør i Profil.			
Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og lever i resepsjonen (Gjelder kun korttids plass)			
Rommet ryddes og det gis melding til renhold så raskt som mulig.			
FLYTTING MELLOM AVDELINGER:			
Informer pasient og eventuelt pårørende om overflytting så raskt som mulig etter beslutning om flytting er tatt.			
Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.			
Avtal med den aktuelle avdelingen klokkeslett det passer at pasienten flytter.			
Levér pasientens papirer og medisiner, gi overflyttingsrapport til sykepleier/hjelpepleier når pasienten blir overflyttet.			
Rommet ryddes og det gis melding til renhold så raskt som mulig.			

1. Sjekkliste for kontakt med legevakt

ÅRSAK TIL HENVENDELSE – aktuell sykehistorie: Kort hva er grunnen til at legevakt må kontaktes. Sykehistorie som er aktuell i denne situasjonen og hvor lenge denne situasjon har vart. Oppstod situasjonen plutselig. Kan pasienten gjøre rede for seg, er det viktig med avklaring om pasienten har opplevd denne situasjon tidligere. Spør eventuelt pårørende om de er til stede, dette kan være nyttig informasjon.

VIKTIG INFORMASJON: Cave er et uttrykk som brukes i medisinen for å advare mot skadelige prosedyrer eller kombinasjoner av legemidler med andre medikamenter. Cave indikerer at en pasient ikke tåler et gitt preparat.

R minus: Denne betegnelsen innebærer at lege på forhånd – etter omfattende medisinsk vurdering – har bestemt at man ved hjertestans ikke skal sette i gang omfattende hjerte-lunge-redning.

AKTUELLE DIAGNOSER: Diagnoser som er aktuelle i denne situasjonen. Ofte tenker man på fysiske diagnoser, husk å ta med psykiske diagnoser også.

RESPIRASJON: Respirasjon er pust/innåndinger og utåndinger. (Dette er kontrollert av hjernen. En rekke faktorer kan påvirke respirasjon eksempel hodeskader, blødninger, stress og feber, hypotermi (lav kroppstemperatur), medisiner, viljestyrt kontroll eller anstrengelse fra en aktivitet.)

Respirasjonsfrekvens er antall pust per minutt. Vanligvis telles antall ganger brystet heves eller senkes i ett minutt. Det er viktig at kroppen er i ro eller avslappet når vi måler respirasjonsfrekvens. Normal respirasjonsfrekvens for en voksen person i ro er 15-20 pust per minutt. Respirasjonsfrekvens på mer enn 25 pust per minutt eller under 12 pust per minutt (ved hvile) kan vurderes unormal. Det er ideelt å måle respirasjonsfrekvens et helt minutt. Ofte er respirasjon observert i bare 30 sekunder, og deretter dobler man summen som representerer respirasjonsfrekvensen per minutt.

BEVISSTHETSnivå: Våken og reagerer normalt - pasienten er ved full bevissthet.

Reagerer på tilsnakk - reagerer på stemmen din, svarer relevant på enkle spørsmål, adlyder enkle kommandoer.

Reagerer på smerte. Reagerer på berøring.

Bevisstløs: Du oppnår ikke kontakt med pasient, pasienten reagerer ikke på noen form for kontakt. Sjekk om pasienten har høreapparat, kan hende pasienten hører dårlig.

Pupiller: Når lys treffer øyet, trekker pupillen seg sammen. Sjekk reaksjon på begge pupiller.

TEMPERATUR: Normal kroppstemperatur er rundt 37°C. Høyere temperatur skyldes vanligvis feber, mens lavere temperatur kan skyldes at vedkommende har vært utsatt for kulde og/eller fuktig vær. Bruk av termometer sikrer nøyaktig temperaturmåling. Det finnes ulike typer termometer: Kvikksølv, digitalt, øre-termometer. Rektalt gir mest pålitelig resultat men benytt det som er mest hensiktsmessig for pasienten.

BLODSUKKER: Ved kjent Diabetes bør det måles blodsukker.

Lavt blodsukker: Blodsukkerverdier under 4 mmol/l kalles lavt blodsukker, eller hypoglykemi.

Symptomene eller plagene personer med diabetes får når blodsukkeret blir lavt, kalles føling. Føling kan skyldes at man har tatt for mye insulin eller tabletter, spist for lite, gjort for store fysiske

anstrengelser, vært utsatt for kraftig stress eller drukket mye alkohol. Det er ikke alltid like lett å forklare hvorfor blodsukkeret har blitt lavt.

Symptomer: Symptomene kan være svette, skjelvinger, uro, sult, frykt, irritabilitet og hjertebank. De kan imidlertid variere fra individ til individ, og endres med tiden. Ved svært lavt blodsukker kan folk virke beruset og få et glassaktig blikk. Det kan utvikle seg til bevisstløshet og kramper. Føling er vanlig ved type 1-diabetes. Det forekommer også ved type 2-diabetes.

Høyt blodsukker: Når blodsukkeret blir for høyt hos personer med diabetes, kan det skyldes at de har glemt å ta insulin eller tabletter, eller at insulinbehovet er blitt større enn vanlig på grunn av sykdom, feber, skade eller stress. Blodsukkeret hos dem som ikke har diabetes ligger stort sett mellom 4 og 8 mmol/liter. Ved diabetes regner man med at kontrollen er svært god hvis fastende blodsukker er mellom 4 og 7, og det sjelden er over 12.

Symptomer:

- Økt vannlatingshyppighet
- Mye urin
- Tørste og tørrhet i munn og slimhinner
- Rask og kraftig pusting
- Gradvis dårligere allmenntilstand
- Oppkast og magesmerter
- Sløvhet eller bevisstløshet
- Det kan lukte aceton (neglelakkfjerner) av pusten.

Disse symptomene er ofte de første tegn på diabetes, gjerne sammen med vekttap.

BLODTRYKK/PULS:

Er huden klam, kald og blek, kan dette indikere sirkulasjonssvikt. Det vil da være viktig å måle pasientens BT og Puls. Vær oppmerksom på mansjettens størrelse, for liten mansjett gir for høy, og for stor mansjett for lav blodtrykksverdi.

Praksis: Legg pasientens arm i hjertehøyde, pass på at klærne ikke strammer over overarmen. Plasser mansjett ca 2-3 cm over albueleddet. (Trykket *bør* måles 3 ganger, hvor luften *bør* slippe helt ut mellom hver måling. Det *bør* gå 1 minutt mellom målingene. Gjennomsnittet av de to siste målingene noteres som pasientens blodtrykk.) Det som står i parantes benyttes ikke ofte, men er anbefalingen fra Legevaktshåndboken.

Blodtrykket angis med to tall atskilt av en skråstrek. Overtrykket er trykket i arteriene når hjertet trekker seg sammen, og kalles også det systoliske trykket. Undertrykket er trykket i arteriene mellom hjerteslagene, altså når hjertet hviler. Dette trykket kaller vi det diastoliske trykket. Et blodtrykk på 150/90 betyr altså at trykket er 150 når hjertet trekker seg sammen, og 90 når hjertet hviler. Eldre personer med lite elastiske årer får et høyere systolisk trykk fordi årene har dårligere evne til å utvide seg. Av samme grunn kan det diastoliske blodtrykket synke. Ideelt sett skal blodtrykket ligge omkring 120/80 hos en voksen person. Hos de fleste vil det bli høyere med alderen. Et høyt blodtrykk over lengre tid kalles hypertensjon.

Betegnelsen lavt blodtrykk, hypotensjon, brukes vanligvis om tilstander hvor blodstrømmen til hjernen er så svak at man føler seg svimmel og eventuelt besvimer. Det kan være mange årsaker til

lavt Blodtrykk, blodårene utvider seg og trykket synker, Eksempler kan være blødninger, bivirkninger fra medisin, osv. Eks. Blodtrykk 90/60.

Puls: Puls er et uttrykk for hjertets pumpeaktivitet. Hver gang hjertet pumper ut blod i hovedpulsåren strømmer det videre ut til blodårene i blant annet armer og bein. Den trykkbølgen som oppstår kan vi kjenne som pulsslag på for eksempel håndleddet eller på halsen. Pausen mellom pulsslagene er den fasen hvor blod strømmer tilbake til hjertet og hjertet tar imot blod. Dette kalles hjertets hvilefase. Jo raskere hjertet slår, jo raskere vil pulsen være.

Det aller vanligste er å måle pulsen på håndleddets innside på tommelfingersiden. Legg peke- og langfinger langs pulsåren og tell pulsen i 1 minutt, eller i 30 sekunder og gang deretter med to. Pulsfrekvensen kan variere mellom hvilepuls på 40 til makspuls på rundt 200 slag i minuttet.

Praksis: Pasienten bør hvile i 5 minutter før puls måles. Hvilepuls ligger vanligvis rundt 60 – 80. Puls laverer enn 50 kalles bradikardi og puls over 80 kalles takykardi. Puls påvirkes av feber, infeksjoner, blødninger, medisiner, osv. Hvilepuls endres med alder.

HUD: Hvordan er fargen på huden, og temperaturen. Er huden blek eller rød? Hvordan er temperaturen, varm, kald, klam? Er det hevelser i huden? Eldre får ofte tørr og rynkete hud på grunn av for lite væske.

Blåfarge (cyanose): kommer ved nedsatt oksygenopptak. En ser cyanose først på lepper og negler. Ved kraftig oksygenmangel brer cyanosen seg til resten av kroppen.

Rød hud: Kan skyldes allergi (matvarer, vaskemidler, medisiner) og ofte flekkvis, rød hud i store eller små flekker. Rød hud over hele kroppen kan skyldes for eksempel opphopning av CO₂ (kronisk lungesyke), for høyt blodtrykk, feber.

Gul hud: Kan skyldes opphopning av gallestoff. Ses først i det hvite i øynet, ofte kombinert med kløe i huden. Pasienten er trøtt og kvalm.

Blek hud: Kan skyldes lav Hb (Hemoglobin)/blodprosent, sirkulasjonssvikt (blodtrykket faller og pulsen stiger). Pasienten er ofte trøtt.

SMERTER: Smerter kan ha svært ulik styrke/intensitet. De kan være lette, nesten bare en murring eller et ubehag, gradvis stigende helt til meget intense, nesten uutholdelige smerter. Smertens styrke kan ikke måles direkte, men det finnes metoder som gjør det mulig å registrere smertens styrke på en mer systematisk måte. Smerter har også ulik varighet, fra helt kortvarige "tak" (ilinger, "lynglimt" av smerte), gradvis økende til kroniske, varige smerter. Ved registrering av smerter er det viktig å definere tidsrommet smertene registreres i.

Smerter kan lokaliseres til nesten alle deler av kroppen. Noen ganger er smerten lokalisert til et skarpt avgrenset område, andre ganger vil det være vanskelig å kjenne akkurat hvor smerten sitter, den er mer diffust lokalisert. Noen ganger er det mer eller mindre vondt i nesten hele kroppen, man snakker da om utbredte smerter. Ved registrering av smerter er det viktig å definere hvor smertene kommer fra.

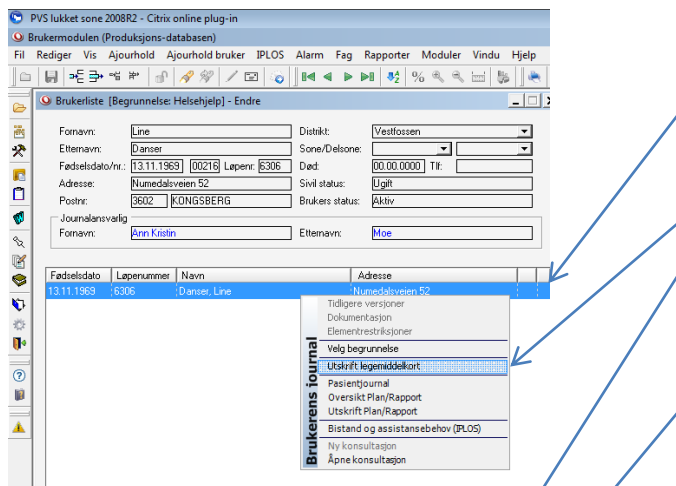
Smerter kan dessuten føles på ulike måter, det finnes ulike smertekvaliteter. Det er f.eks. ikke uvanlig at samme person har flere forskjellige typer hodepine. Smerter kan beskrives på mange måter, f.eks som stikkende, brennende, murrende, pulserende eller jevn. Måten smerter beskrives på varierer mye fra kultur til kultur, og det er ingen systematisk, internasjonalt anerkjent standardmetode for registrering av ulike smertekvaliteter. Smerter kan fremstå i hvile og bevegelse

eller under spesielle situasjoner, eks belastning.

Smertens styrke, varighet, lokalisasjon og kvalitet danner tilsammen et mønster som kan gi gode indikasjoner på hva smerten skyldes.

For å angi smerteintensitet brukes ofte en enkel skala fra 0 – 10 som kalles VAS-skala (Visuell Analog Skala). Dette er pasientens angivelse av hvor sterkt de opplever sin smerte. Selv om den er enkel er den et nyttig redskap for å få et inntrykk av hvor plaget pasienten er. Ytterpunktene er 0 som tilsvarer ingen smerte og 10 som angivelse for maksimal/verst tenkelige smerte.

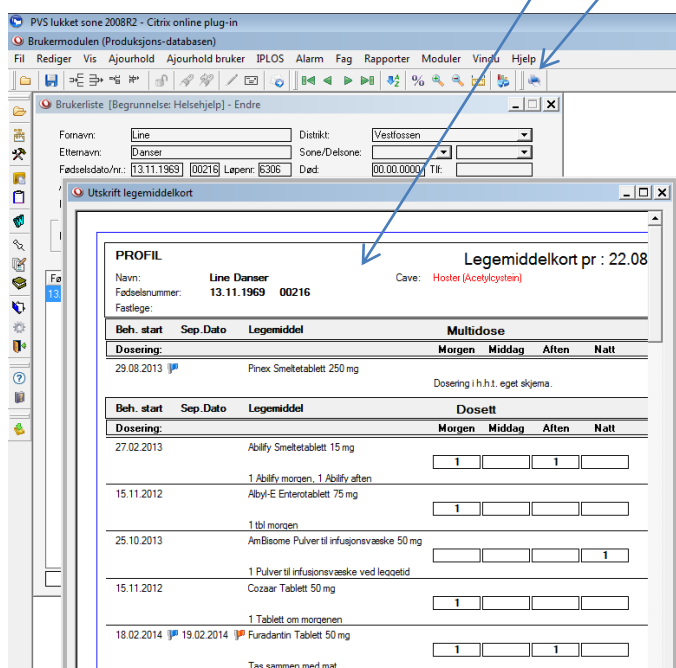
HA TILGJENGELIG MEDISINLISTE: Gå inn i pasientjournalen.



1. Marker navnet på brukeren.
2. Høyreklikk på brukeren.
3. Klikk på "Utskrift legemiddelkort" og legemiddelkortet åpnes.
4. Klikk på "Skriv direkte" og legemiddelkortet skrives ut.

Dette er en raskere vei til utskrift av legemiddelkortet enn via pasientjournalen, men du kan ikke gjøre endringer på denne måten. Husk at hvis legemiddelkortet har blåe og/eller røde flagg betyr dette at medikamentet ikke er kontrollert enten det skal seponeres (sluttes med) eller at et nytt medikament ikke er kontrollert etter at det ble lagt inn i Profil. En medisinliste som inneholder blå og/eller røde flagg blir ikke sendt elektronisk til sykehusene.

Det er kun sykepleier og lege som kan legge inn og kontrollere medikamenter i Profil.



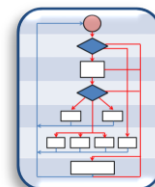
EVT. URINSTIX: Urinstix er en undersøkelse der en papirstrimmel som er tilsatt kjemiske stoffer dyppes i urinen. Hvis det for eksempel er bakterier, blod eller sukker i urinen vil strimmelen skifte farge. Urinstix tas ved mistanke om urinveisinfeksjon. Man kan blant annet undersøke om urinen inneholder røde eller hvite blodceller, sukker, proteiner, nitritt eller ketoner. På boksen til papirstrimmelen ses en skala og der angis antall minutter strimmelen skal avleses mot denne skala.

AVKLARE INFORMASJON TIL PÅRØRENDE: Avklar med bruker om pårørende skal informeres, og om hva. Pasient og bruker kan etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b) selv peke ut hvem han eller hun anser for å være sin nærmeste pårørende. Det behøver ikke være en som er i familie med pasienten. Den nærmeste pårørende er etter loven tillagt rettigheter og plikter med hensyn til blant annet medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Den nærmeste pårørende vil ofte være den som representerer pasienten eller brukeren og hans interesser, for eksempel i klagesaker.

Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helsetilstand og den behandling som gis. Hvis pasienten eller brukeren samtykker, kan pårørende informeres. I spesielle situasjoner kan pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten eller brukeren har gitt tillatelse til det. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd at ved behandling av pasienter og brukere som ikke selv kan ivareta sine interesser, har både pasienten eller brukeren og nærmeste pårørende rett til å bli informert.

LEGGES PASIENTEN INN PÅ SYKEHUS: For hjemmesykepleien og Boliger for funksjonshemmede: Fyll ut sjekkliste nr. 2 Sjekkliste overføring fra hjemmet til sykehus/sykehjem. For sykehjemmet: Fyll ut sjekkliste nr. 6. Utreise fra sykehjem.


STØTTE TEKST TIL:



Helhetlig pasientforløp

2. Sjekkliste overføring fra hjemmet til sykehus/Eikertun

Denne sjekklisen brukes av hjemmesykepleien og boliger for funksjonshemmede hver gang brukere skal overføres enten til sykehus eller Eikertun.



Øvre Eiker kommune

Gjelder for:
 hjemmesykepleien
 Boliger for funksjonshemmede

2. Sjekkliste overføring fra hjemmesykepleien til sykehus/Eikertun

Navn:	Utbac dato:		
Fødselsdato:	Skal til:		
	Utført:	Løst/dt:	Kommentar:
OVERFØRING TIL SYKEHUS:			
Informert pasient og pårørende og dokumentert i Profil.			
Pårørende fra følge?			
Overføringskjema på Profil og skriv ut.			
Medisinliste og evt. blodprøvesvar.			
Overføringskjema, medisinliste, eventuelt og fra lege og tiltaksplan i en lukket konvolutt. Når og tiltaksplan kan evt. føres til sykehust. Ring på til sykehust og gi beskjed at du ferdig. Husk å ta.			
Antenne ordinaler og send med pasienten: or, stoff, brillor, tenneproteor, hørapparat, et par inhalator, øyedikar, salver, til som kan være for sykehust å få tak i.			
Konvolutt med opplysninger til ambulansesentral eller pasient/ pårørende om de kjører selv.			
Fyll ut midlertidig opphør i Profil. Hvis pasient fra arbeidsliste hj.spl, hj. hj.de, medistar og skriv på liste fra innlempet at bruker er på sykehus. Gi beskjed til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel degerd., psykiater.			
OVERFØRING TIL EIKERTUN:			
Informert pasient og pårørende og dokumentert i Profil.			
Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil og fyll ut overføringskjema.			
Lever medisinliste og medisin til avdelingen.			
Fyll ut midlertidig opphør i Profil. Hvis bruker fra arbeidsliste hj.spl, hj. hj.de, medistar og skriv på liste fra innlempet at bruker er på Eikertun. Gi beskjed til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel degerd., psykiater.			



2. Sjekkliste overføring fra hjemmet til sykehus/Eikertun

OVERFØRING TIL SYKEHUS

Informert pasient/ pårørende og husk dokumentasjon i Profil under kontakt med pårørende.

Det er viktig å informere pasienten så rask som mulig om innleggelse til sykehus. Avklar med pasienten om pårørende skal informeres og hvilken informasjon som eventuelt skal gis.

Pasient og bruker kan etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b) selv peke ut hvem han eller hun anser for å være sin nærmeste pårørende. Det behøver ikke være en som er i familie med pasienten. Den nærmeste pårørende er etter loven tillagt rettigheter og plikter med hensyn til blant annet medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Den nærmeste pårørende vil ofte være den som representerer pasienten eller brukeren og hans interesser, for eksempel i klagesaker.

Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helsetilstand og den behandling som gis. Hvis pasienten eller brukeren samtykker, kan pårørende informeres. I spesielle situasjoner kan pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten eller brukeren har gitt tillatelse til det. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd at ved behandling av pasienter og brukere som ikke selv kan ivareta sine interesser, har både pasienten eller brukeren og nærmeste pårørende rett til å bli informert.

Husk dokumentasjon i Profil at pasient/pårørende er informert. Gå inn i pasientjournal og finn bruker.

The screenshot shows a software window titled 'Brukermodulen (Produksjons-databasen)'. It contains a form for patient information with fields for 'Fornavn', 'Line', 'Distrikt', 'Høkkstrand', 'Efternavn', 'Dansen', 'Sone/Olbone', 'Fødselsdato/fr.', '13.11.1969', '00218', 'Laperri', '6306', 'Død', '00.00.0000', 'T#', 'Adresse', 'Narnedalsveien 52', 'Sivil status', 'Ugift', 'Postnr.', '9602', 'KONGSBERG', 'Brukers status', 'Aktiv', 'Journalansvarlig', 'Fornavn', 'Ann Kristin', 'Efternavn', 'Moe'. Below the form is a table with columns 'Fødselsdato', 'Lapernummer', 'Navn', and 'Adresse'. The first row contains '13.11.1969', '6306', 'Dansen, Line', and 'Narnedalsveien 52'. A dropdown menu is open over the table, listing options: 'Tidligere versjoner', 'Dokumentasjon', 'Elementrestriksjoner', 'Velg begrunnelse', 'Utskrift legemiddellkort', 'Pasientjournal', 'Oversikt Plan/Rapport', 'Utskrift Plan/Rapport', 'Bistand og assistansebehov (PLOS)', 'Ny konsultasjon', and 'Åpne konsultasjon'. Two blue arrows point from 'Pasientjournal' and 'Utskrift legemiddellkort' to a box on the right containing the steps: '1. Finn bruker' and '2. Åpne pasientjournal'.

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon.

Velg Planområde → Ivareta egen helse.

Velg Tiltak → Kontakt med pårørende: Dokumenter her om kontakt med pårørende.

Må vedkommende ha følge?

Boliger for funksjonshemmede har egne regler for følge til sykehus. Sjekk dette i pasientens journal. Hjemmesykepleien må vurdere om pasienten har behov for følge til sykehus og avklare med pasienten om å ta kontakt med pårørende.

Fyll ut overførings skjema på Profil og skriv ut

Hvordan finne skjema:

Søk opp bruker. Velg fanen journalnotat. Sett inn ny rad. Skriv inn overføring av bruker. Lagre. Velg "Overføring av bruker". Velg OK. Fyll ut skjema. Lagre skjema. Skriv ut skjema.

Send skjema med pasienten (gjelder Eikertun) eller skjema faks i etterkant (gjelder hjemmetjenesten) til sykehuset.

Skriv ut medisinaliste.

The screenshot shows the 'Brukermodulen (Produksjons-databasen)' interface. The top window displays the user profile for 'Line Danser' with fields for name, address, birth date, and status. A context menu is open over the user name, with 'Utskrift legemiddellkort' highlighted. The bottom window shows the 'Utskrift legemiddellkort' (Medication List) for 'Line Danser', displaying a list of medications with their dosages and administration times.

Beh. start	Sep. Dato	Legemiddel	Morgen	Middag	Aften	Natt
29.08.2013		Pinex Smeltetablett 250 mg				
27.02.2013		Abilyf Smeltetablett 15 mg	1		1	
15.11.2012		Albyl-E Enterotablett 75 mg	1			
25.10.2013		Ambisome Pulver til infusjonsvæske 50 mg				1
15.11.2012		Cozaar Tablett 50 mg	1			
18.02.2014	19.02.2014	1 Tablett om morgenen Furadantin Tablett 50 mg	1		1	

1. Marker navnet på brukeren.
2. Høyreklikk på brukeren.
3. Klikk på "Utskrift legemiddellkort" og legemiddellkortet åpnes.
4. Klikk på "Skriv direkte" og legemiddellkortet skrives ut.

Dette er en raskere vei til utskrift av legemiddellkortet enn via pasientjournalen, men du kan ikke gjøre endringer på denne måten. Husk at hvis legemiddellkortet har blå og/eller røde flagg betyr dette at medikamentet ikke er kontrollert enten det skal seponeres (sluttes med) eller at et nytt medikament ikke er kontrollert etter at det ble lagt inn i Profil. En medisinaliste som inneholder blå og/eller røde flagg blir ikke sendt elektronisk til sykehusene.

Det er kun sykepleier og lege som kan legge inn og kontrollere medikamenter i Profil.

Legg ved overføringsskjema, medisinliste og eventuelt henvisning fra lege og tiltaksplan, i en lukket konvolutt. Medisinliste og tiltaksplan kan eventuelt faxes til sykehuset. Ring på forhånd til sykehuset og gi beskjed at du faxes. Husk anonymitet.

Etter hvert vil vi få mulighet å sende alt elektronisk. For sykehuset vil det være et godt hjelpemiddel å sende med tiltaksplan. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Sykehuset sender **elektronisk melding om innlagt pasient** når pasienter blir lagt inn på sykehuset. På bakgrunn av denne melding blir det fra kommunen sendt innleggelsesrapport. I denne rapporten inngår hovedkort, tjenestebilde, diagnoser, medisinliste og IPLOS registrering. Kommunekontakt ivaretar denne funksjonen.

Pakk pasientens eiendeler og send med:

Toalettsaker, tøfler, et par klesskift og eventuelt briller, tannproteser, høreapparat, inhalator, øyedråper, salver og medisiner som kan være vanskelig for sykehuset å få tak i.

Hvis pårørende pakker husk å gi dem beskjed om hva som er lurt å pakke med. Viktig å sende med medisiner/salver/inhalator som kanskje ikke sykehuset har et lager av.

Lever konvolutt med opplysninger til ambulanspersonell eller pasient/pårørende om de kjører selv.

Fyll ut midlertidig opphør i Profil.

Søk opp bruker fra brukerliste og dobbeltklikk på navnet. Trykk på arkfanen Tjenester og marker den tjenesten du skal legge inn midlertidig opphør på. Gå opp på menylinjen og klikk Ajourhold bruker og velg Midlertidig opphør.

Du får opp et nytt skjema hvor du velger Sett inn ny rad opp på verktøylinjen og legger inn dato og årsak til opphør og lagrer.

Dette fjerner bruker fra arbeidslister (hj.spl og praktisk bistand) og matlister. Skriv på lista fra inntaksmøtet som henger på hver avdeling at bruker er på sykehus. **Gi beskjed til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel dagavdelingen, bioingeniør, psykiatri m.fl.**

OVERFØRING TIL EIKERTUN

Informér pasient/pårørende og husk dokumentasjon i Profil under kontakt med pårørende.

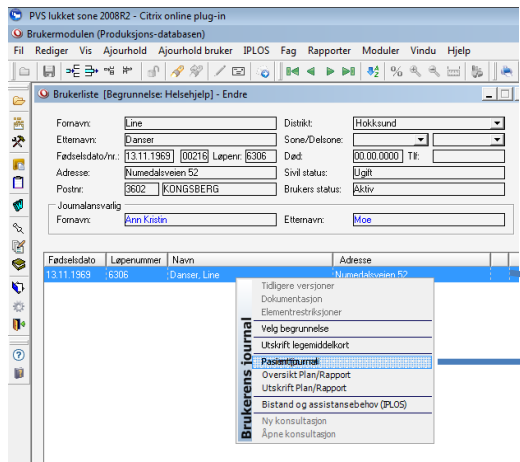
Det er viktig å informere pasienten så rask som mulig om plass ved sykehjemmet. Avklar med pasienten om pårørende skal informeres og hvilken informasjon som eventuelt skal gis.

Pasient og bruker kan etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b) selv peke ut hvem han eller hun anser for å være sin nærmeste pårørende. Det behøver ikke være en som er i familie med pasienten. Den nærmeste pårørende er etter loven tillagt rettigheter og plikter med hensyn til blant

annet medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Den nærmeste pårørende vil ofte være den som representerer pasienten eller brukeren og hans interesser, for eksempel i klagesaker.

Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helsetilstand og den behandling som gis. Hvis pasienten eller brukeren samtykker, kan pårørende informeres. I spesielle situasjoner kan pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten eller brukeren har gitt tillatelse til det. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd at ved behandling av pasienter og brukere som ikke selv kan ivareta sine interesser, har både pasienten eller brukeren og nærmeste pårørende rett til å bli informert.

Husk dokumentasjon i Profil at pasient/pårørende er informert. Gå inn i pasientjournal og finn bruker.



The screenshot shows a software window titled 'Brukerliste (Begrunnelse: Helsehjelp) - Endre'. It contains a form with fields for 'Fornavn: Line', 'Etternavn: Danse', 'Fødselsdato/vr.: 13.11.1963', 'Adresse: Numedalsveien 52', and 'Postnr.: 3602'. Below the form is a table with columns 'Fødselsdato', 'Løpernummer', 'Navn', and 'Adresse'. The first row contains '13.11.1963', '6306', 'Danse, Line', and 'Numedalsveien 52'. A context menu is open over the first row, listing options: 'Tidligere versjoner', 'Dokumentasjon', 'Elementrestriksjoner', 'Velg begrunnelse', 'Utskrift legemiddelkort', 'Pasientjournal', 'Oversikt Plan/Rapport', 'Utskrift Plan/Rapport', 'Bistand og assistansebehov (PLOS)', 'Ny konsultasjon', and 'Åpne konsultasjon'. Two blue arrows point from the 'Pasientjournal' and 'Brukerens journal' options to a box on the right containing the text: '3. Finn bruker' and '4. Åpne pasientjournal'.

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon.

Velg Planområde → Ivareta egen helse.

Velg Tiltak → Kontakt med pårørende: Dokumenter her.

Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.

Overføringsrapport skrives under:

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon

Velg Planområde → Ivareta egen helse

Velg Tiltak → Kontakt med behandlingsapparatet: Skriv overføringsrapport her.

Overføringsrapport bør inneholde:

-Hva er bakgrunn for oppholdet ved sykehjemmet.

-Hva er målet med oppholdet.

Levér medisinliste og medisiner til avdelingen.

Når medisinliste ligger i Profil trenger du ikke skrive ut. Avdelingen har da tilgang til medisinliste via Profil. Hos brukere uten medisinliste i Profil kopieres medisinlisten og sendes med.

Fyll ut midlertidig opphør i Profil.

Søk opp bruker fra brukerliste og dobbeltklikk på navnet. Trykk på arkfanen Tjenester og marker den tjenesten du skal legge inn midlertidig opphør på. Gå opp på menylinjen og klikk Ajourhold bruker og

velg Midlertidig opphør.

Du får opp et nytt skjema hvor du velger Sett inn ny rad opp på verktøylinjen og legger inn dato og årsak til opphør og lagrer.

*Dette fjerner bruker fra arbeidslister (hj.spl og praktisk bistand) og matlister. Skriv på lista fra inntaksmøtet som henger på hver avdeling at bruker er på Eikertun. **Gi beskjed til aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel dagavdelingen, bioingeniør, psykiatri m.fl.***

3. Sjekkliste varsling om innleggelse og utskrivningsklar fra sykehus

Skrevet ut melding om innlagt pasient

Du er inne på brukerliste i Profil:

- Gå inn på meldingsvarsler (gul trekant som blinker). Mottatte meldinger (fra sykehusene i Kongsberg og Drammen) ligger i **innboks**.
- Melding - **innlagt pasient** - sykehuset varsler om innlagt pasient.
- Dersom pasientens navn er oppgitt i meldingen, er pasienten registrert i Profil.
- Dersom pasientens navn ikke er oppgitt, er det en ny bruker som ikke er registrert i Profil (meldingen kommer med blå skrift). Se neste punkt ved ny bruker.
- Åpne meldingen og skriv ut.

Ny bruker? Opprettet pasienten i Profil

Melding om innlagt pasient som ikke er bruker av Profil kan ikke besvares før brukeren er registrert i Profil. Vedkommende må derfor registreres som bruker i Profil. Brukeren får da et løpenr. (står ved siden av navnet). Åpne deretter meldingen og skriv inn brukers løpenr. (midt på siden der det står saksbehandling). Deretter kan meldingen skrives ut.

Sendt innleggingsrapport

Melding om innlagt pasient må besvares ved å sende en innleggingsrapport på følgende måte (husk at meldingen må ha oppgitt pasientnavn):

1. Dobbelklikk på meldingen. Skriv ut meldingen enten ved å høyreklikke på musetast – deretter **print**, eller gå i fil øverst til venstre på siden og **skriv ut**. Meldingen legges i permen. Lukk meldingen ved å klikke på krysset øverst til høyre.
2. Tilbake i innboks. Klikk på pil til høyre i feltet **beh.status**, midt på siden.
3. Trykk **fordelt til ansvarlig**, og ditt navn som ansvarlig kommer opp. Viktig at du er pålogget i profil som deg selv.
4. Trykk **lagre**, øverste linje på siden.
5. Trykk **2. mine ubeh.meld.** I meldingsboksen øverst til venstre i bildet.
6. Trykk **oppfrisk** (under meldingsboks). Innkommet PLO- melding ligger nå klar for behandling hos deg, og du skal besvare. Dette er vi pålagt å gjøre ihht. avtalen mellom Vestre Viken og kommunen.
7. Trykk **svar** til venstre i bildet. Du får opp et bilde som heter **valg av avsenders tjenestested**.
8. Trykk **sykepleietjeneste, pleie- og omsorg**, deretter **OK**, og det kommer opp et nytt bilde (andre linje).
9. Trykk på pil på meldingstype (hvitt felt øverst til venstre i bildet).
10. Trykk **innleggingsrapport**.
11. Trykk på **samtykkebehov og samtykke gitt**.
12. Trykk **avsender**, nederst til venstre i bildet.
13. Trykk **vis melding**, nederst mot høyre i bildet. Du ser da de opplysningene som sendes til sykehuset.
14. Trykk **send melding**, nederst til høyre i bildet. Du får beskjed med rød skrift at meldingen er sendt. Dersom du får opp en feilmelding (error), se punktet etter punkt 18 (meldingen kan ikke sendes før dette er utført).
15. Lukk meldingen ved å trykke på krysset øverst til høyre på innleggingsmeldingen. Du er da tilbake i innboks.
16. Trykk på pila ved **beh. status** hvor det står fordelt til ansvarlig (ditt navn).
17. Trykk **ferdig behandlet** (lagring skjer automatisk).
18. Trykk **1. innboks** øverst til venstre i bildet for å komme tilbake til innboks. Trykk på blinkende gul trekant for å se om det har kommet nye meldinger.

Dersom du ikke får sendt melding pga **error**, gjør som følger:

Legg ned PLO meldingene og søk opp brukeren i Profil - gå inn på brukerdetaljer. I bildet under brukers navn og adresse er kommunen oppgitt, med kommunenummer (liten boks til høyre). Dersom det står 624 (uten 0 foran), er det her feilen ligger (vanligste feil dersom du ikke får sendt meldingen) - det skal stå **0624** som er riktig kommunenummer. Rett opp og lagre. Dersom du fremdeles ikke får sendt meldingen, ring til sykehuset.

Sjekket tjenestebildet. Gitt evt aktuell tjeneste beskjed om innleggelse: -Hjemmesykepleien, -Dagavdeling, -Boliger for funksjonshemmede, -Psykisk helsetjeneste

Gå inn i tjenestebildet og sjekk om brukeren har tjenester. Ring til aktuell hjemmesykepleierode (Vestfossen, Skotselv eller Hokksund) om brukeren har tjenester fra hjemmetjenester, og/eller for eksempel varm mat, dagsenter.

Kontortelefon mand-fred i Vestfossen: Telf:32 75 57 00. Vakttelefon 957 59 679 brukes lørd.og sønd.
Kontortelefon mand-fred i Hokksund: Telf:32 70 17 00. Vakttelefon 901 21 281 brukes lørd.og sønd.
Kontortelefon mand-fred i Skotselv: Telf:32 25 10 63. Vakttelefon 907 88 235 brukes lørd.og sønd.

Ved boliger for funksjonshemmede skal Tjenesteleder ha informasjon (bruk løpenr.) på mail om innleggelsen.

Ved tjenester fra psykisk helsetjeneste skal Tjenesteleder ha informasjon (bruk løpenr.) på mail om innleggelsen.

Innleggelsesdiagnose/årsak

Dette fremkommer av melding Helseopplysninger ved søknad. Noteres i kommentarfeltet på sjekkliste pga statistikk som skal føres.

Fulgt opp melding: Helseopplysninger ved søknad

Melding i innboks Helseopplysning ved søknad (opplysninger til oss om pasienten). Meldingen må leses, da den kan inneholde viktige opplysninger, for eksempel dato for utskrivelse. Meldingen skal ikke besvares.

Tentativ utskrivningsklar dato

I melding om Helseopplysning ved søknad står som oftest tentativ (foreløpig) utskrivningsdato. Noter dette i kommentarfeltet i sjekkliste pga statistikk.

Kontaktet hjelpemiddelutlånet ved meldt behov for tekniske hjelpemidler

Korttidsutlån av tekniske hjelpemidler formidles til hjelpemiddelutlånet (Eiklager) på mail: hjelpemiddelutlaenet@ovre-eiker.kommune.no

Lest og besvart melding: Forespørsel

Melding i innboks Forespørsel behandles og besvares på samme måte som en innleggelsesrapport (skal som oftest besvares). Forespørselen leses, settes på behandlingsstatus til deg, lagre, trykk på punkt 2 (mine ubeh. meld.), oppfrisk, trykk svar. Hent opp meldingstypen svar på forespørsel. Dersom sykehuset mener pasienten må inn på korttids/rehab.opphold, sendes svar elektronisk med hvilken avdeling på Eikertun pasienten får plass. Det kan også være andre beskjeder fra sykehuset vi må forholde oss til, og besvare.

Kontaktet fysio-/ergotjenesten etter behov ved hjemreise

Ved varig utlån av hjelpemidler eller ved behov for vurdering av Fysio-/Ergotjenesten kan tjenesten kontaktes på mail. (følgende tlf: Fysioterapeut: 993 50 544, Ergoterapeut 1: 32 70 16 97/480 69 807, Ergoterapeut 2: 32 70 17 15/994 66 652)

Kontaktet kreftkoordinator

Kreftpasienter som blir skrevet ut fra Drammen og Kongsberg sykehus er informert om at Øvre Eiker kommune har kreftkoordinator som tar kontakt med alle pasienter som har/får en kreftdiagnose. Når det blir meldt pasienter med kreftdiagnose sendes mail til kreftkoordinator med brukers løpenr. Kreftkoordinator tar kontakt med disse.

Lest og bevart melding: Utskrivningsklar pasient

Melding i innboks **Melding om utskrivningsklar pasient** er melding fra sykehuset til oss om at en pasient er utreiseklar. Meldingen må besvares. Sykehuset kan ikke sende ut pasienten før vi har bekreftet tilbudet han/hun får; hjem med hjemmesykepleie eller inn på korttids-/rehab. opphold.

- Dersom pasienten skal inn på Eikertun sendes svar på samme måte som ved forespørsel, ved meldingstype plan for utreise, hvor du skriver hvilken avdeling ved Eikertun pasienten skal til.
- Dersom pasienten skal hjem med hjemmesykepleie må hjemmesykepleie-distriktet pasienten tilhører kontaktes for informasjon. I svar til sykehuset skrives at hjemmesykepleien er informert om at pasienten kommer hjem.

Melding i innboks **Melding om utskrevet pasient** er kun en orientering, og skal ikke besvares. Trykk ferdig behandlet på behandlingsstatus. Denne meldingen sendes også dersom pasienten dør under sykehusoppholdet. Den må derfor leses nøye.

Ved institusjonsplass: Kontaktet ansvarlig for institusjonsplasser

Skal pasienten inn på korttids-/rehab opphold kontaktes ansvarlig for institusjonsplasser for avklaring av hvilken avdeling pasienten skal til.

Ved institusjonsplass: -Registrert sak, -Opprettet tjeneste, -Skrevet ut og sendt dokument utskrivningsklar pasient til skanning, -Gitt kopi av dokumentet Helseopplysninger ved søknad til aktuell avdeling.

- Opprett ny sak i postjournal og registrer dokumentet *utskrivningsklar pasient* med saksnr. før det sendes til arkivet for skanning.
- Legg inn tjenesten i saksbildet.
- Meld fra til resepsjonen på Eikertun (mail) at bruker det løpenr. — kommer på korttid/rehab i dag.
- Skriv ut og gi kopi av dokumentet (Helseopplysninger ved søknader) til aktuell avdeling.

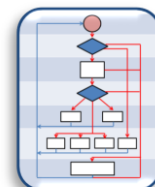
Ved hjemmesykepleie: Kontaktet hjemmesykepleien om utskrivelse

Gi melding til hjemmesykepleien pr. tlf. om utskrivelse. Er det brukere ved Boligene for funksjonshemmede eller Psykisk helsetjenester sendes mail til tjenesteleder om utskrivelse.

Reell utskrevet dato

Reell utskrivningsdato betyr den dato pasienten er skrevet ut fra sykehuset.

STØTTE TEKST TIL:



Helhetlig pasientforløp

4. Sjekkliste innen 72 timer etter ankomst

 Dyrre Elvar kommune

Gjelder for:
Hjemmesykepleier
Sykehjem
Bolg for funksjonshemmede

4. Sjekkliste innen 72 timer etter ankomst

Navn:	Fødselsdato:	Kommer fra:	Utført:	Utført:	Kommentar:
Gjennomgang av aktivitet, sykepleieplanføring og medikamentene av sykepleier/gruppeansvarlig					
Avslutt midlertidig opphør i Profitt					
Sykepleier/gruppeansvarlig gir informasjon videre til gruppe og sørger for at bruker registreres på arbeidsliste/talesk.					
GJELDER INNKOMST KUN FOR ENKELTVEK:					
og lever i					
om i Profitt					
i Profitt og i kontakt med vedrørende					
skalt)					
sk skrevet)					
Hensiktsmessig/valgt med:					
-Oppfølging videre?					
-Lagekontroll?					
-Sling, skt?					
-Sende melding fastlege?					
-Sende melding hjemmesykepleier?					
-Blodprøve?					
-Demensutredning?					
GJELDER KUN HJEMNESYKEPLEIER:					
Send endringer til Apokal i hvis bruker har midtdose. Dette må gjøres så raskt som mulig.					
Forklaring aktivitet og medikamentene faxes fastlege når den er mottatt. Merk fax om bruker har midtdose.					
Hvis bruker tryggeskiltet, sett alarmen.					

Denne sjekklisten brukes etter sykehus-/sykehjemsopphold både for de som bor hjemme/bolig og ved sykehjemmet. Sjekklisten brukes også for de som kommer fra hjem og inn på sykehjemmet. Sjekklisten fylles ut innen 72 timer etter ankomst.



4. Sjekkliste innen 72 timer etter ankomst

Gjennomgang av epikrise, sykepleiesammenfatning og medikamentliste av sykepleier/gruppeansvarlig.

Sykepleier/gruppeansvarlig går gjennom informasjon fra sykehuset og danner seg et bilde av pasientens situasjon. Hva må følges opp? Mangler epikrise/sykepleiersammenfatning må denne etterlyses.

Avslutt midlertidig opphør i Profil.

Hvis tjenesten er satt på midlertidig opphør i Profil må denne avsluttes. Søk da opp bruker fra brukerliste og dobbeltklikk på navnet. Trykk på arkfanen Tjenester og marker den tjenesten du skal avslutte opphør på. Gå opp på menylinjen og klikk Ajourhold bruker og velg Midlertidig opphør. Du får opp et nytt skjema hvor du legger inn dato for opphør.

Sykepleier/gruppeansvarlig gir informasjon videre til gruppa og sørger for at bruker registreres på arbeidslister/tavla.

Sykepleier/gruppeansvarlig registrerer pasienten inn på arbeidslister/tavle og gir informasjon videre til gruppa ved rapport.

GJELDER INNKOMST KUN EIKERTUN:

-Blodtrykk, Puls, Vekt, Høyde.

-Gi beskjed til sykehjemslege om ny pasient.

-Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og lever i resepsjonen

Alle som kommer inn på sykehjemmet skal det tas BT, puls, vekt og høydemål av.

Blodtrykk: Er huden klam, kald og blek, kan dette indikere sirkulasjonssvikt. Det vil da være viktig å måle pasientens BT og Puls. Vær oppmerksom på mansjettens størrelse, for liten mansjett gir for høy, og for stor mansjett for lav blodtrykksverdi.

Praksis: Legg pasientens arm i hjertehøyde, pass på at klærne ikke strammer over overarmen. Plasser mansjett ca 2-3 cm over albueleddet. (Trykket *bør* måles 3 ganger, hvor luften *bør* slippe helt ut mellom hver måling. Det *bør* gå 1 minutt mellom målingene. Gjennomsnittet av de to siste målingene noteres som pasientens blodtrykk.) Det som står i parentes benyttes ikke ofte, men er anbefalingen fra Legevaktshåndboken.

Blodtrykket angis med to tall atskilt av en skråstrek. Overtrykket er trykket i arteriene når hjertet trekker seg sammen, og kalles også det systoliske trykket. Undertrykket er trykket i arteriene mellom hjerteslagene, altså når hjertet hviler. Dette trykket kaller vi det diastoliske trykket. Et blodtrykk på 150/90 betyr altså at trykket er 150 når hjertet trekker seg sammen, og 90 når hjertet hviler. Eldre personer med lite elastiske årer får et høyere systolisk trykk fordi årene har dårligere evne til å utvide seg. Av samme grunn kan det diastoliske blodtrykket synke. Ideelt sett skal blodtrykket ligge omkring 120/80 hos en voksen person. Hos de fleste vil det bli høyere med alderen. Et høyt blodtrykk over lengre tid kalles hypertensjon.

Betegnelsen lavt blodtrykk, hypotensjon, brukes vanligvis om tilstander hvor blodstrømmen til hjernen er så svak at man føler seg svimmel og eventuelt besvimer. Det kan være mange årsaker til lavt Blodtrykk, blodårene utvider seg og trykket synker, Eksempler kan være blødninger, bivirkninger fra medisin, osv. Eks. Blodtrykk 90/60.

Puls: Puls er et uttrykk for hjertets pumpeaktivitet. Hver gang hjertet pumper ut blod i hovedpulsåren strømmer det videre ut til blodårene i blant annet armer og bein. Den trykkbølgen som oppstår kan vi kjenne som pulsslag på for eksempel håndleddet eller på halsen. Pausen mellom pulsslagene er den fasen hvor blod strømmer tilbake til hjertet og hjertet tar imot blod. Dette kalles hjertets hvilefase. Jo raskere hjertet slår, jo raskere vil pulsen være.

Det aller vanligste er å måle pulsen på håndleddets innside på tommelfingersiden. Legg peke- og langfinger langs pulsåren og tell pulsen i 1 minutt, eller i 30 sekunder og gang deretter med to. Pulsfrekvensen kan variere mellom hvilepuls på 40 til makspuls på rundt 200 slag i minuttet.

Praksis: Pasienten bør hvile i 5 minutter før puls måles. Hvilepuls ligger vanligvis rundt 60 – 80. Puls lavere enn 50 kalles bradykardi og puls over 80 kalles takykardi. Pulsen påvirkes av feber, infeksjoner, blødninger, medisiner, osv. Hvilepulsen endres med alder.

Vekt/høyde: Dette måles for å se eventuelle endringer, kunne regne ut BMI, eventuelt væskeansamlinger mm.

Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og lever i resepsjonen:

Dette skjema bruker resepsjonen for å registrere brukere inn og ut av Eikertun. Dette skjema er kun i papirversjon og skal ligge på alle avdelinger. Dette fylles ut og leveres i resepsjonen.

Avklare nærmeste pårørende og legg denne inn i Profil.

Nærmeste pårørende er definert i Pasientrettighetsloven § 1-3 b). Nærmeste pårørende er den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvar, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.

Nærmeste pårørende har rettigheter på f.eks.: rett til medvirkning av behandlingen sammen med pasienten hvis pasienten mangler samtykkekompetanse. Nærmeste pårørende har også rett til informasjon hvis pasienten samtykker til dette, eller forholdene tilsier det.

Legge inn nærmeste pårørende i Profil:

Søk opp bruker fra brukerliste. Trykk arkfanen Kontaktperson. Velg Sett inn ny rad oppe på verktøylinjen. Trykk på knappen Innsett rad til høyre i bildet og fyll ut alle relevante opplysninger. Trykk Lagre og Lukk/hent. Skriv relasjon til bruker i det neste bilde som kommer opp.

Ved endringer av tlf., adresse etc. på kontaktperson som allerede ligger inne; dobbeltklikk på kontaktpersonens navn, feltet med detaljer om kontaktperson kommer da opp, trykk F5 på tastaturet og gjør endringer. Lagre/lukk.

Legg inn medikamentliste i Profil.

1. Klikk på Medisiner

2. Klikk sett inn ny rad.

3. Skriv inn medikamentet (er, bare de første bokstavene) og trykk Enter. Er det flere legemiddelformer/ styrker kommer det opp en liste hvor du velger riktig medikament fra. Klikk OK.

4. Klikk på den lille pila ved siden av Forordning og velg fast, kur, egen eller ved behov.

5. Dose: Her fyller du ut om det skal tas til mat/uten mat, etter liste osv. På Marevan skriver du "Etter liste f eks kl 13/18".

6. Anvendt: her skriver du hva medikamentet er for (Epilepsi, vanndrivende osv).

7. Velg Dossett eller Multidose

CAVE fylles ut ved behov. Klikk CAVE, Sett inn ny rad og fyll ut skjemaet som kommer opp.

Dosseringstype: Klikk på den lille pila hvis du skal ha noe annet enn standard. Er det medikamentutdeling for eksempel fler enn fire ganger i døgnet kan du velge "Detailjert dossering". Da kan du legge til egne klokkeslett. For Marevan velger du "Skjemadossering" siden den dosseres etter eget skjema. Fyll inn dato for første dose.

Dossering/første dose: Fyll inn antall tabletter/doser til riktig tid.

Registrert/kontrollert: Her står det hvem og når som har registrert/kontrollert medikamentlista. Blått flagg viser at medikamentet er registrert, men ikke kontrollert. Rødt flagg viser at medikamentet er seponert, men ikke kontrollert.

8. Skriv inn legens navn og trykk Enter. Finnes flere alternativer kommer det opp beskjed om dette, klikk OK og en liste med alternativene kommer opp. Velg riktig lege og trykk Lukk/hent.

For å legge inn sykehuslege skriver du Sykehus og trykker Enter, klikk OK på boksen om flere alternativer, velg riktig sykehus og trykk Lukk/hent. Du trenger ikke finne legens navn, det holder med sykehuset.

Ved medisinendring, endre medikamentliste i Profil og dosett/doseposer/medikament kabinett, evnt kontakt fastlege/sykehjemslege dersom det er spørsmål vedrørende endringer.

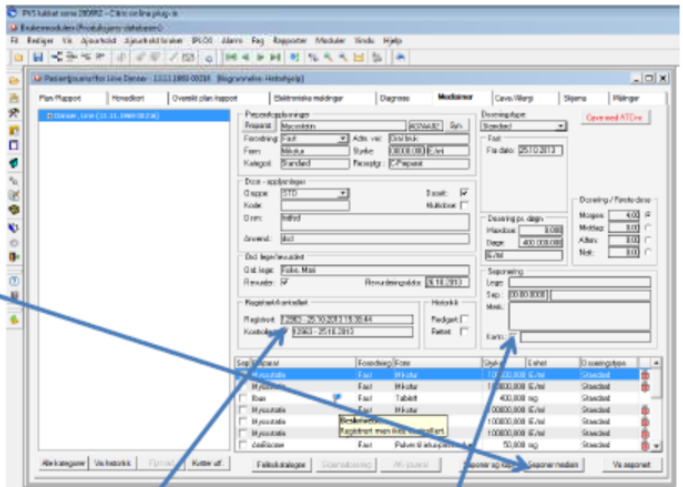
Å seponere legemiddel i lista:

1. Klikk på Seponer medisin. Svar OK på om du virkelig vil seponere.
2. Fyll ut skjemaet som kommer opp. For å fylle ut lege, se pkt 8 under å registrere et medikament.

Merknad fylles ut med f eks "Seponert etter beskjed via fax fra fastlege"

3. Klikk OK.

Rødt flagg viser at medikamentet er seponert, men ikke kontrollert.



Å kontrollere registrert og seponert legemiddel:

Når du har kontrollert en *ny medisin i legemiddellista* klikker du i ruta "Kontrollert" ved Registrert/kontrollert.

Når du har kontrollert en *seponert medisin* klikker du i ruta "Kontr" ved Seponering. Dette må gjøres for hvert medikament.

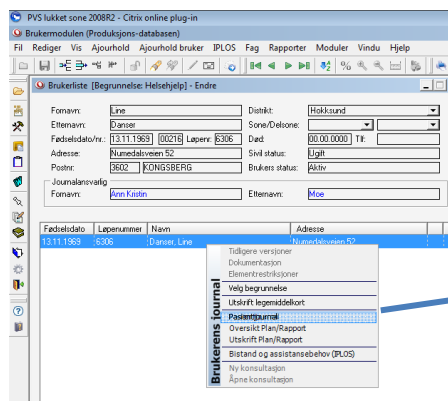
Blått flagg viser at medikamentet er registrert, men ikke kontrollert. **Rødt flagg** viser at medikamentet er seponert, men ikke kontrollert.

Rutine for medikament kabinett ligger på QM +.

Hvis hjemmesykepleien må kontakte fastlege gjøres dette via fax av den som er ansvarlig for brukeren denne dagen. Etter hvert vil vi kunne elektronisk samhandle med fastlegene.

Skriv innkomstrapport og oppdater tiltaksplan. Skriv ut hovedkort.

I Helsepersonell loven heter det at «Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.» Det kan være utfordring når flere med ulik kompetanse samarbeider om pleien til pasienten. Gå inn i pasientjournal og finn bruker.



1. Finn bruker
2. Åpne pasientjournal

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon.

Velg Planområde → Ivareta egen helse.

Velg Tiltak → Kontakt med behandlingsapparat: Skriv innkomstrapport her.

Innkomstrapporten bør inneholde:

-Status

-Funksjonsvurdering

-Ressurser

-Hjelpebehov

-Behov for videre oppfølging (spesielle behov): Mål for tjenesten/oppholdet.

Profilgruppa utarbeider høsten 2014 en beskrivelse på hvordan vi skal legge inn Tiltaksplan i Profil. Vi skal gjøre dette likt uavhengig av hvor vi jobber i kommunen. Det er også planlagt opplæring av dette i løpet av høsten.

Ny bruker: lag Tiltaksplan. For hjemmetjenesten: lag veibeskrivelse.

Samtale med pårørende

Å gjennomføre pasient-/pårørendemøte vil kunne sikre både gode overganger som for eksempel fra Eikertun og hjem, og god informasjonsutveksling mellom pasient, pårørende og kommunale helse- og omsorgstjenesten. I forkant av et slikt møte avklares det med pasienten om pårørende skal kontaktes og eventuelt hvem.

Agenda for pasient-/pårørendemøte kan være:

Gi informasjon om tjenesten

Innhente informasjon

Avklare videre pasientforløp

Svare på spørsmål

Er pasienten på korttidsopphold ved Eikertun er det viktig at hjemmesykepleien alltid blir kontaktet så det kan avklares om det er behov for at de også møter. Noen ganger vil det være naturlig at sykehjemslege, fysio-/ergotjenesten er med. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle hva som er hensiktsmessig.

Er pasienten på korttidsopphold er det viktig å starte planlegging av hjemreise allerede ved innkomst. Tjenester som trygghetsalarm og hjelpemidler kan ta litt tid.

Er pasienten på Demensavdeling har de egne skjema de benytter i samtale med pårørende. For eksempel: "Bakgrunnsopplysningskjema", "Min historie".

Er pasienten hjemme er det viktig at pasienten får informasjon om at tjenestene som blir igangsatt første 72 timer er midlertidig og at tjenestene vil kunne endre seg i forhold til behovet. God dialog med pårørende er viktig med tanke på avklaringer om hva de kan bidra med og hva kommunens helse- og omsorgstjenesten kan gjøre.

IPLOS

IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester. Sjekk Iplos registrering og om det er behov for å endre. Se brukerveiledning for ytterligere spørsmål. Tilgjengelig brukerveiledning (papirversjon) skal være tilgjengelig på alle avdelinger/soner.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

Oppdatere Iplos-registrering:

Søk opp bruker fra brukerliste og gå opp på verktøylinjen og trykk IPLOS og Bistand og Assistansebehov. Velg Sett inn ny rad og dato. Bruk Tab-tast, du vil da få spørsmål om du vil kopiere forrige IPLOS-registrering. Svar JA og gjør eventuelt endringer. Er du usikker på verdiene, hold musepeker over verdiene og du får frem en forklaring. Lagre.

IPLOS skal oppdateres hvert halvår og ved endringer.

Kartlegg behovet for hjelp/tjenester: -hjemmesykepleie (ny bruker – behov for nøkkel?) - hjelpemidler (korttidsutlån, varig utlån – husk søknad), -trygghetsalarm, -fysio- /ergotjenester, - andre tjenester/varm mat.

Er pasienten feks på korttidsopphold er det viktig å starte planlegging av hjemreise så tidlig som mulig. Tjenester som trygghetsalarm og hjelpemidler kan ta tid å få på plass.

Ved behov for korttidsutlån av hjelpemidler kontaktes hjelpemiddelutlånet på mail. Ved varig utlån av hjelpemidler eller ved behov for vurdering av Fysio-/Ergotjenesten skrives henvisningsskjema og leveres Fysio-/Ergotjenesten. Ved akutt behov kan tjenesten kontaktes på følgende tlf:

Fysioterapeut: 993 50 544, Ergoterapeut 1: 32 70 16 97/480 69 807, Ergoterapeut 2: 32 70 17 15/994 66 652

Er det ny bruker ute i hjemmetjenesten må det vurderes om det er behov for nøkkel.

Ta med søknadsskjema til bruker, og ta det med tilbake ferdig utfylt.

Oppfølging videre? -Legekontroll?, -Sting, sår?, -Sende melding fastlege?, -Sende melding hjemmesykepleien?, -Blodprøver?, -Demensutredning?

Videre oppfølging dokumenteres i Tiltaksplan. Profilgruppa utarbeider høsten 2014 en beskrivelse på hvordan vi skal legge inn Tiltaksplan i Profil. Vi skal gjøre dette likt uavhengig av hvor vi jobber i kommunen. Det er også planlagt opplæring av dette i løpet av høsten.

GJELDER KUN HJEMMESYKEPLEIEN:

Send endringer til Apotek 1 hvis bruker har multidose. Dette må gjøres så raskt som mulig.

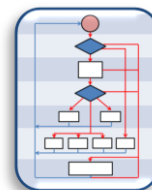
Hjemmetjenesten har utarbeidet rutine for dette. Følg denne.

Foreløpig epikrise og medikamentliste faxes fastlege når den er mottatt. Merk fax om bruker har multidose.

Har bruker trygghetsalarm, test alarmen.

Vanlig prosedyre for å sjekke at trygghetsalarmen virker som den skal. Når alarmen testes, går den direkte til hjemmetjenesten. Det er ikke nødvendig å varsle hjemmetjenesten på forhånd når alarmen skal testes.

STØTTE TEKST TIL:




Helhetlig pasientforløp

5. Samtale med primærkontakt

Hva innebærer å være primærkontakt? Se hver avdelings definisjon på primærkontakt og hvilke oppgaver som ligger til funksjonen.

Denne sjekklista brukes av hjemmesykepleien, sykehjem og boliger for funksjonshemmede når det kommer nye brukere og ved evaluering hvert halvår. Den kan også brukes ved endringer i helsetilstanden/funksjonsnivå hos brukere. Denne sjekklisten vil sikre observasjoner rundt endringer som skjer over tid.



Øvre Eiker kommune

Gjelder for:
 hjemmesykepleien
 Sykehjem
 Boliger for funksjonshemmede

5. Samtale med primærkontakt

	Kommentar
HT:SE – Har det vært endringer i brukers diagnose, helsetilstand eller hjelpebehov det siste året?	
LESTAND – Har bruker behov for bistand til å legge ut få sluttet vann mat? Er kostholdet varmt? Har den de siste månedene? Har bruker problemer igjen?	
Har bruker egne tenner eller protase? Er det tend til munnhygiene? Er bruker informert om tannlege?	
– Trenger bruker bistand eller hjelpemidler pga hørsel?	
E – Har det vært endringer de siste månedene? lever bruker selv sin hukommelse? Er bruker i enligg/ta ansvaret for daglige gjøremål? MMS (som)?	
LUTNINGER – Opplever bruker utfordring som det mistenkes om forvinningsforhold? Har bruker egen situasjon (hvis nei, kontakt fastlege for å bekrefte/utelukke)?	
brukers hjemmesituasjon forsvarelig (Økonomi, ledighet)? Så gjennom brønnskjema, og sjekk om dette ansvaret.	
INTERAKTIVITETER – Hvilke fag og kontakt med venner? Hvilke interesser/ aktiviteter har bruker også? Behov for bistand til sosial deltakelse?	
NYE – Opplever bruker trygghet og mestring av dersom bruker har trygghetsplan. Det skal man fortelle å bruke den.	
DL – Hvordan klarer bruker å bevege seg ut i felles siste 4 uker? Ernt ivaresett forbygningsforholdet? (Jegne dørstokker, gulvtapper, andre hjelpemidler)? Behov for veiledning i disse?	
Stend i personlig stoff? Hva klarer bruker selv? Er å gjøre rent, legge mat, tørke søppel, vaske.	
Helse/vevstater, innkjøp av varer? Kan noe gjøres for å styrke brukers funksjonsnivå? Hverdagshabilitering? Er det funksjoner som er i ferd med å svikte, men som kan styrkes?	
Kontakt fysiske/også tjenesten for kartlegging av behov for stikk? Er bruker medvart for opplæring/øving/sovere stikk.	
ARBEIDSPLAN – Oppdater og skriv ut ny arbeidsplan. Er brukers tjenestebehov i samsvar med eksisterende vedtak? Er det behov for nye vedtak? Oppdater i PUS og Sidsbruk i Prefil.	
NYE BRUKERE:	
Ta med skjenkeskjema ved første besøk så bruker kan søke på de tjenestene det er behov for, nøkkeltillatnings- skjema og analyse for tjenester i kommunen.	
Legg inn tjenesten i Prefil med Sidsbruk. Fyll ut i PUS	
Leg hendler med arbeidsplan og veiledningsveileder. Er det behov for nøkkel?	



5. Samtale med primærkontakt

HELSE – Se rapporter fra det siste året og tidligere utfylt sjekklister. Hvilke endringer har det eventuelt vært. Infeksjon? Brudd? Innkomst sykehus?

ERNÆRINGSTILSTAND – Har bruker behov for bistand til å lage mat, spise evt få tilkjørt varm mat? Er kostholdet variert? Har det vært vekttap de siste månedene? Har bruker problemer med eliminering? Behov for tilkjørte matvarer? Behov for å observere vektendring?

Brukere bør veies slik at en kan følge med på endringer i vekt. Vektøkning bør også registreres og årsaken til dette vurderes.

TANNHELSE – ”Eldre, langtidssyke og uføre med hjemmesykepleie over 3 måneder, minimum en gang pr. uke har rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider så lenge pleien vedvarer” (Lov om tannhelsetjenesten, Lov 1983-06-03 nr. 54).

Har bruker egne tenner eller protese? Er det behov for bistand til munnhygiene? Har tilstrekkelig og riktig utstyr?

Er det gitt beskjed til tannkontakten ved avdelingen? Se avdelingens rutiner på hvor det finnes informasjon om rett til gratis tannhelsetjeneste og rutiner rundt dette.

SYN/HØRSEL – Trenger bruker bistand eller hjelpemidler pga svekket syn/hørsel?

Med alderen svekkes sansene og både syn og hørsel blir redusert hos de fleste med årene. For noen er disse sansetapene så alvorlige at livskvaliteten blir kraftig redusert. Bruk av hjelpemidler og fysisk tilrettelegging i hjemmet eller på sykehjemmet er tiltak som kan kompensere for sviktende syn og hørsel og bidra til en bedre hverdag. Dårlig syn hindrer mange eldre i å ta seg fram utenfor hjemmet, utføre praktiske gjøremål og følge med i avisen. Hørselen kan bli så dårlig at det er vanskelig å føre en samtale eller høre på radio og lyden fra TV.

Når både syn og hørsel svikter blir problemene ekstra store. Resultatet kan bli sosial isolasjon og redusert livskvalitet. Det er derfor viktig at både syn og hørsel kartlegges hos eldre slik at nødvendige tiltak blir satt i verk. Tiltakene kan være tilpassing av hjelpemidler, fysisk tilrettelegging i boligen, bruk av teknikker for å bedre kommunikasjonen og kunnskap om rettigheter for personer med sansetap. Ergoterapeut og fysioterapeut kan bistå i kartlegging av behov for hjelpemidler.

Klarer bruker å høre radio, tv, ringeklokke, telefon? Klarer bruker å se dørterskler, tv, orientere seg i rommet/huset.

Syns- og hørselskontakt i kommunen er Ergoterapeut i kommunen. Ring resepsjonen på Eikertun tlf. 32 70 18 00 for å komme i kontakt med dem.

HUKOMMELSE – Har det vært endringer i brukers hukommelse de siste månedene? Hvordan opplever bruker selv sin hukommelse? Er bruker i stand til å planlegge og å ta ansvar for daglige gjøremål?

Hvis det er behov for demensutredning skal fastlege kontaktes (evt sykehjemslege på Eikertun). Hjemmetjenesten kontakter fastlege med en kort bakgrunn for en utredning (pårørende kan også kontakte fastlege). Fastlege tar blodprøver og henviser bruker til Demensutredningsteamet på

Eikertun som gjør utredning. Fastlegen får beskjed om resultatene av testen og fastsetter evt diagnose.

DAGLIGE BESLUTNINGER – Opplevs brukers adferd som adekvat? Er det mistanke om forvirringstilstand? Har bruker forståelse for egen situasjon (hvis nei, kontakt fastlege for å vurdere samtykkekompetanse). Vurder om det er behov for samtale med pårørende.

Dette sier Lov om pasient- og brukerrettigheter om samtykkekompetanse og hvem som vurderer om vedkommende har samtykkekompetanse:

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

§ 4-2. Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen. Departementet kan gi forskrifter om krav til skriftlighet eller andre formkrav ved visse former for helsehjelp.

§ 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse, og*
- b) personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art.*

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell.

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.

I praksis betyr det at den som yter helsehjelp (gjelder både ufaglærte og faglærte) avgjør om brukeren er i stand til å ta avgjørelser til sitt eget beste. Dette skal være situasjonsbestemt. For eksempel kan en bruker være samtykkekompetent i forhold til mat, påkledning og stell, men ikke i forhold til innsikt i at å gå ut i 20 minus i bare pysjamasen er helsefarlig. Da kan det være nødvendig med tiltak for å forhindre dette. Diskuter med kolleger hvis du er usikker.

BRANN – Hjemmetjenesten har medansvar for vurdering av brannsikkerheten der bruker ikke har pårørende. Skjemaet “Brannvern for hjemmeboende pensjonister” gjennomgås og legges i brukers journal. Dokumenter i Profil hva som gjøres.

Der bruker har pårørende skal hjemmetjenesten informere om at vi ikke har ansvar for brannsikkerheten. Hjemmetjenesten er i disse tilfellene rådgivende i form av informasjon om hjelpemidler ifht brannsikkerhet og veiledning i bruk av skjemaet “Brannvern for hjemmeboende pensjonister”. Dokumenter at pårørende har fått informasjon om ansvarsforhold og har fått utlevert/veiledning om skjema.

Skjemaet “Brannvern for hjemmeboende pensjonister” ligger i QM+ under “Helse og omsorg – Dokumenter, kvalitet og avvik”, “Maler / skjemaer”.

På sykehjemmet: Røyker bruker? Er det behov for brannverntiltak?

SOSIALT NETTVERK/AKTIVITETER – Hjelp fra og kontakt med pårørende og venner? Hvilke interesser/ aktiviteter har bruker deltatt i tidligere? Behov for bistand til sosial deltagelse? Ta evt kontakt med Dagavdelingen for å høre hvordan bruker fungerer der.

MESTRINGSEVNE – Opplever bruker trygghet og mestring av hverdagen? Hva kan evt gjøres for å øke tryggheten til brukeren? Dersom bruker har trygghetsalarm, test alarmer og at bruker forstår å bruke den.

Trygghetsalarmer skal testes av bruker for å forsikre om at brukeren forstår, og klarer å bruke trygghetsalarmer. Når alarmer testes, går den direkte til hjemmetjenesten. Det er ikke nødvendig å varsle hjemmetjenesten på forhånd når alarmer skal testes.

FUNKSJON/ADL – Hva klarer bruker selv? Hvordan klarer bruker å bevege seg innendørs? Hatt fall siste 4 uker? Evt iverksett forebyggende tiltak. Bør leiligheten tilpasses? (fjerne dørstokker, golvtepper ol) Har nødvendige hjelpemidler? Behov for veiledning i disse? Behov for bistand i personlig stell? Hva klarer bruker selv? Mestrer bruker å gjøre rent, lage mat, tømme søppel, vaske opp, vaske klær, innkjøp av varer? Kan noe gjøres for å styrke brukers funksjonsnivå? Hverdagsrehabilitering? Er det funksjoner som er i ferd med å svikte, men som kan styrkes? Kontakt fysio-/ergotjenesten for kartlegging av behov for tiltak? Er bruker motivert for opplæring/trening/sosiale tiltak.

For veiledning i, og for å søke om, hjelpemidler kontaktes Fysio-/ ergotjenesten på Eikertun via resepsjonen tlf. 32 70 18 00. I Hjemmetjenesten så kan hjelpemiddelkontaktene bestille enkelte hjelpemidler. Se avdelingens rutine for dette. I tillegg har hjemmetjenesten ergoterapeut en dag i uka i hvert distrikt.

Akuttlager med hjelpemidler brukes på kvelder, helger og høytider. Se avdelingens rutiner på dette.

Hverdagsrehabilitering er det Koordinerende enhet i samarbeid med hjemmesykepleien som avgjør om brukeren skal være med på. Avdelingen får beskjed om aktuelle kandidater.

TILTAKSPLAN – oppdater og skriv ut ny tiltaksplan. Er brukers tjenestebehov i samsvar med eksisterende vedtak? Er det behov for nye vedtak? Oppdater Profil. Se avdelingens bruksanvisninger på oppdatering av Profil og Primærkontaktens oppgaver.

Profilgruppa utarbeider høsten 2014 en beskrivelse på hvordan vi skal legge inn Tiltaksplan i Profil. Vi skal gjøre dette likt uavhengig av hvor vi jobber i kommunen. Det er også planlagt opplæring av dette i løpet av høsten.

Ny bruker:

Ta med søknadsskjema dersom det ikke foreligger søknad. Er det behov for nøkkel?

Bruker kan beskrive sine utfordringer i en søknad og får en vurdering av hvilke tjenester som er aktuelle.

Er det behov for nøkkel? Ta med nøkkelkvikteringskjema så bruker kan kvittere for utlevert nøkkel med en gang. Gi beskjed til Hjelpemiddellageret om behov for nøkkelboks og avtal overlevering av nøkkel.

Ta med prisliste for tjenester i kommunen.

Hvis Hjemmetjenesten er de første som kommer til bruker informeres det om at tiltakene som settes i gang er midlertidige og kan bli endret når det har vært et vurderingsbesøk og et vedtak foreligger.

Legg inn tjenesten i Profil med tidsbruk. Fyll ut IPLOS

Legg inn tjenesten i Profil med tidsbruk (dette kan gjøres uten at et vedtak foreligger). Det er viktig at dette blir lagt inn med engang så tidsbruken hos bruker kommer med på rapporter.

Legg inn nye tjenester:

Søk opp bruker fra brukerliste. Trykk arkfanen tjenester og velg Sett inn ny rad oppe på verktøylinjen. Velg tjeneste ved å bruke mikrosøk (ordskiller + Tab-tast). Følgende beskjed kommer opp; Mer enn en tjenestetype finnes. Velg en av tjenestetypene.

Trykk OK og velg tjeneste fra listen og trykk OK.

Sett inn generell hyppighet, timer og antall hjelpere.

Trykk Sett inn på høyre side og sett inn dager/intervaller mm.

Fyll ut IPLOS:

IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester. Sjekk Iplos registrering og om det er behov for å endre. Se brukerveiledning for ytterligere spørsmål. Tilgjengelig brukerveiledning (papirversjon) skal være tilgjengelig på alle avdelinger/soner.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

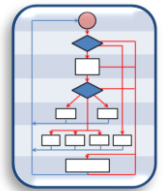
Registrer Iplos:

Søk opp bruker fra brukerliste og gå opp på verktøylinjen og trykk IPLOS og Bistand og Assistansebehov. Velg Sett inn ny rad og dato. Bruk Tab-tast. Skriv inn verdiene. Er du usikker på verdiene, hold musepeker over verdiene og du får frem en forklaring. Lagre.

Lag kardex med tiltaksplan og veibeskrivelse. Er det behov for nøkkel?


Lag kardex med Tiltaksplan og veibeskrivelse. Sykepleier (lege på Eikertun) legger inn og kontrollerer medisinaliste i Profil.

STØTTE TEKST TIL:



Helhetlig pasientforløp

6. Sjekkliste utreise fra sykehjem


Dive Øst kommune

Sjekkliste
Sjekkliste

6. Sjekkliste utreise fra sykehjem

Navn:	Utreise dato:			
Fødselsdato:	Stad:			
	Ulfart:	Utsatt:	Kommentar:	

FRA EIKERTUN TIL HJEM:

Informér pasienten om hjemreise.				
Kontakt hjemmehjelpen 3-7 dager før hjemreise.				
Sjekk utreisepassert (funksjonsunderlag, helsebehold) under kontakt med behandlingssjefen i Profilt og fylt ut				

- Hjelpearbeider (sist ved om varig utreise)
- Kjøftkoordinator
- Demenskoordinator
- Selskapsledelse/medisiner
- Omstilling, spesialist
- Hverdagshandtering
- Aktivit. Sjar

Pårandemåte				
-eventuelt med hjelp				
Fylt ut sjekkliste for inn/utskifting av brukere og lever i resepsjonen				
Kommentar/nytt og delge melding til retningsnett som mulig				

1

FRA EIKERTUN TIL SYKEHUS:

Informér pasient og dere pårørende om innleggelse til sykehus				
Fylt ut overføringsskjema i Profilt og fylt ut				
Sjekk ut medisinene og evt. blodprøver.				
Legg ved overføringsskjema, medisinene, blodprøver, utskriften og henvisning fra lege/en lukket konvulsitt. Medisinene og utskriften kan evt. faxes til sykehuset. Ring på forhånd til sykehuset og gi beskjed at du følger.				
Taikk pasientens pårørende og arbeid med pasienten: Toalettaker, toalett, biler, vann/toalett, helsepassert, et parkepassert, innkøp, avdrift, søvner				
Lever konvulsitt med opplysninger til ambulansesjefen evt. pasient/ pårørende om de sjener.				
Documenter kontakten med behandlingssjefen i Profilt.				
Fylt ut midlertidig sjekkliste i Profilt, hjem pasient fra arbeidstid, medisin og evt. på lege fra innkøpsstasjon brukeren til sykehus.				
Fylt ut sjekkliste for inn/utskifting av brukere og lever i resepsjonen (Gjelder korttidspasert)				
Kommentar/nytt og delge melding til retningsnett som mulig				

FLYTTING MELLOM AVDELINGER:

Informér pasient og dere pårørende om overflytting til retningsnett som mulig, etterbehandling om flytting av retningsnett.				
Sjekk utreisepassert under kontakt med behandlingssjefen i Profilt og fylt ut overføringsskjema.				
Arbeid med den aktuelle avdelingen slik at det passer at pasienten flytter.				
Lever pasientens papirer og medisinene til overflyttingsretningsnett i sykehuset/hjelpeskjema når pasienten blir overflyttet				
Kommentar/nytt og delge melding til retningsnett som mulig				

2

6. Sjekkliste utreise fra sykehjem

FRA EIKERTUN TIL HJEM:

Informer pasienten og eventuelt pårørende om hjemreise.

Informer pasienten om dato for hjemreise. Dokumenter i utreiserapporten.

Det er viktig å informere pasienten så raskt som mulig om hjemreise. Avklar med pasienten om pårørende skal informeres. Pasient og bruker kan etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b) selv peke ut hvem han eller hun anser for å være sin nærmeste pårørende. Det behøver ikke være en som er i familie med pasienten. Den nærmeste pårørende er etter loven tillagt rettigheter og plikter med hensyn til blant annet medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Den nærmeste pårørende vil ofte være den som representerer pasienten eller brukeren og hans interesser, for eksempel i klagesaker.

Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helsetilstand og den behandling som gis. Hvis pasienten eller brukeren samtykker, kan pårørende informeres. I spesielle situasjoner kan de pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten eller brukeren har gitt tillatelse til det. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd at ved behandling av pasienter og brukere som ikke selv kan ivareta sine interesser, har både pasienten eller brukeren og nærmeste pårørende rett til å bli informert.

Pårørendemøte, -eventuelt med hj.spl.

Å gjennomføre pasient-/påørendemøte vil kunne sikre god overgang fra Eikertun og hjem. Dette kan sikre god informasjonsutveksling mellom pasient, påørende og kommunale helse- og omsorgstjenesten. I forkant av et slikt møte avklares det med pasienten hvem i forhold til påørende som bør inviteres med.

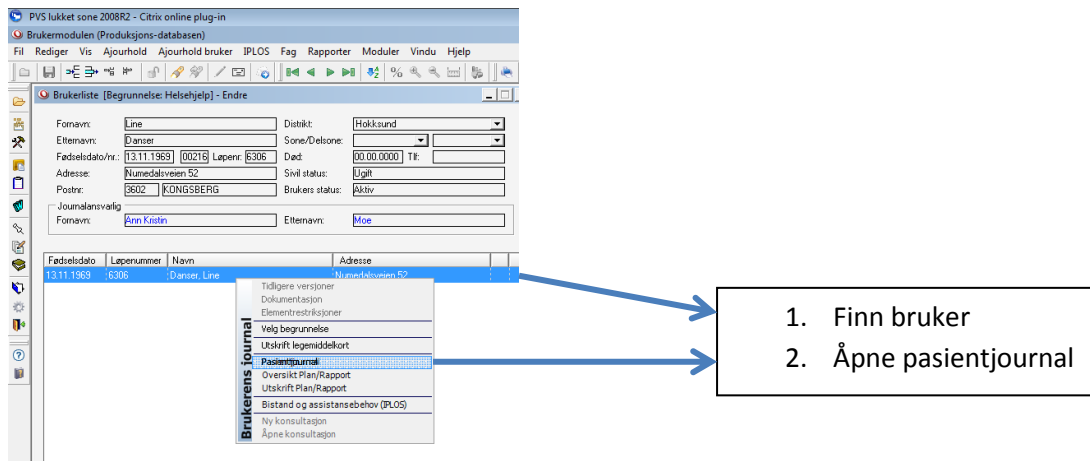
Agenda for pasient-/påørendemøte kan være:

- Gi informasjon
- Innhente informasjon
- Avklare videre pasientforløp
- Svare på spørsmål

Det er viktig at hjemmesykepleien alltid blir kontaktet så det kan avklares om det er behov for at de møter. Noen ganger vil det være naturlig at sykehjemslege, fysio-/ergotjenesten er med. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle hva som er hensiktsmessig.

Kontakt hjemmesykepleien 3 dager før hjemreise.

Er hjemreisen tilstrekkelig forberedt? Er det behov for hjelpemidler, trygghetsalarm, oppstart hjemmetjeneste? Er det noen spesielle spørsmål til hjemmesykepleien – avklaringer? Dokumenter i Profil at hjemmesykepleien er informert. Gå inn i pasientjournal og finn bruker.



Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon.

Velg Planområde → Ivareta egen helse.

Velg Tiltak → Kontakt med behandlingsapparat: Skriv utreiserapport og dokumenter her.

Informér sykehjemslege om hjemreise dagen før.

Informasjonen om hjemreisen kan være ved direkte kontakt eller telefon fortrinnsvis, evt. Mail til sykehjemslegen. En del pasienter skal ha med resepter, henvisninger mm, og derfor må den aktuelle sykehjemslegen få beskjed i rimelig tid. Det kan også være aktuelt med utreisesamtale med pasienten.

Skriv utreiserapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.

Utreiserapport skrives under:

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon

Velg Planområde → Ivareta egen helse

Velg Tiltak → Kontakt med behandlingsapparatet: Skriv utreiserapport her.

Utreiserapport bør inneholde:

- Avklart hjemreise med pasienten, hvem henter/drosje og klokkeslett for hjemreise
- Hvilke praktiske forberedelser til hjemkomst er gjort
- Funksjonsvurdering
- Hjelpebehov
- Informere at medisinliste er lagt inn i Profil
- Behov for hjelpemidler til hjemreise er ivaretatt
- Kontaktet fysio-/ergotjenesten for hjelpemiddelvurdering, eventuelt andre samarbeidspartnere
- Kontaktet hjemmesykepleien
- Behov for videre oppfølging

Send papirer til hjemmesykepleien. Medisiner sendes med til det kan skaffes selv.

Send med kopi av medisinliste hvis pasienten administrerer medisiner sine selv. Da våre systemer ennå ikke er fullelektroniske må liste sendes med på papir.

Informer hjemmesykepleien at medisinaliste er lagt inn i Profil.

Informasjon gis ved at dette skrives i utreiserapporten i Profil.

Reseppter

Trenger pasienten resepter ved hjemreise? Gi beskjed til sykehjemslege at pasienten skal hjem. Informasjonen om hjemreisen kan være ved direkte kontakt eller telefon fortrinnsvis, evt. mail. En del pasienter skal ha med resepter, henvisninger mm, og derfor må den aktuelle sykehjemslegen få beskjed i rimelig tid.

Dersom dette ikke blir gjort, vil det føre til mye merarbeid for hjemmesykepleien.

IPLOS

IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester. Sjekk Iplos registrering og om det er behov for å endre. Se brukerveiledning for ytterligere spørsmål. Tilgjengelig brukerveiledning (papirversjon) skal være tilgjengelig på alle avdelinger/soner.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Sider/default.aspx>

Oppdatere Iplos-registrering:

Søk opp bruker fra brukerliste og gå opp på verktøylinjen og trykk IPLOS og Bistand og Assistansebehov. Velg Sett inn ny rad og dato. Bruk Tab-tast, du vil da få spørsmål om du vil kopiere forrige IPLOS-registrering. Svar JA dersom det er kort tid siden forrige registrering. Svar NEI dersom det er lang tid siden forrige registrering. Skriv inn verdiene. Er du usikker på verdiene, hold musepeker over verdiene og du får frem en forklaring. Lagre.

Hjelpemidler med hjem? (korttidsutlån, varig utlån – husk søknad)

Ved behov for korttidsutlån av hjelpemidler kontaktes hjelpemiddelutlånet på mail. Ved varig utlån av hjelpemidler eller ved behov for vurdering av Fysio-/Ergotjenesten skrives henvisningsskjema og leveres Fysio-/Ergotjenesten. Ved akutt behov kan tjenesten kontaktes på følgende tlf: Fysioterapeut: 993 50 544, Ergoterapeut 1: 32 70 16 97/480 69 807, Ergoterapeut 2: 32 70 17 15/994 66 652.

Dokumenter at dette er gjort i utreiserapporten.

Praktiske forberedelser til hjemkomst: Nøkkel, penger til taxi, mat i kjøleskap, middag, oppvarming mm.

I utgangspunktet er dette pasientens eventuelt pårørendes ansvar, i særlige tilfeller kan det gis bistand. Avklare med pasienten hvem som gjør praktiske forberedelser i hjemmet, eventuelt gi beskjed til disse etter brukers samtykke. Dokumenter i utreiserapport i Profil.

Hvem henter? Klokkeslett?

Dokumenter dette i utreiserapporten i Profil.

Faxe medisinaliste til apotek etter avtale med sykehjemslege.

Dette gjelder pasienter med multidose. Det er greit å avklare med sykehjemslegen for å forsikre seg om at det ikke skal gjøres ytterligere endringer før det faxes.

Videre oppfølging: Kontakt med fysio-/ergotjenesten, Hjelpemidler (søknad om varig utlån), Kreftkoordinator, Demenskoordinator, søknader/saksutredning, ernæring, spesialkost, Hverdagsrehabilitering, Aktiv Eiker.

Avklare med pasienten om vi kan videreformidle navn og telefonnummer til eventuelle aktuelle tjenester slik at de kan ta kontakt for å informere om tilbudet i kommunen. Dokumenter hva som er gjort og behov for videre oppfølging.

Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og lever i resepsjonen.

Dette skjema bruker resepsjonen for å registrere brukere inn og ut av Eikertun. Dette skjema er kun i papirversjon og skal ligge på alle avdelinger. Dette fylles ut og leveres i resepsjonen.

SKJEMA FOR INN/UTSKRIVING AV BRUKERE NÅR RESEPSJONEN ER STENGT			
NAVN: _____			
PERSON NR: _____			
Skriver inn dato:	fra:	institusjon	<input type="checkbox"/>
		bosted	<input type="checkbox"/>
		sykehus	<input type="checkbox"/>
Skriver ut dato:	til:	institusjon	<input type="checkbox"/>
		bosted	<input type="checkbox"/>
		sykehus	<input type="checkbox"/>
AVDELING:			
Signatur: _____		Dato: _____	
Leveres resepsjonen etter utfylling.			

Rommet ryddes og det gis melding til renhold så raskt som mulig.

Beskjed til renhold gis pr tlf til renholder 1 på mob 97 05 63 45 eller muntlig til renholder i avdelingen.

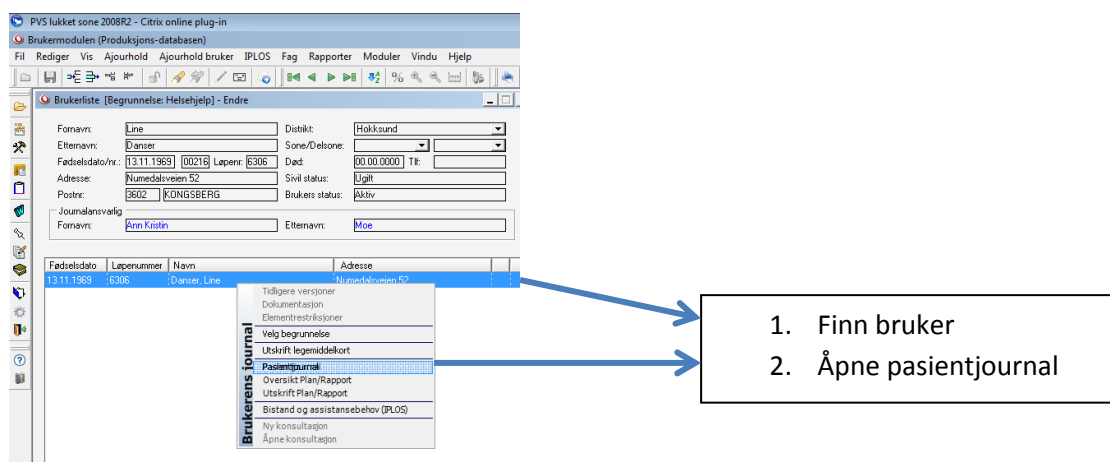
FRA EIKERTUN TIL SYKEHUS:

Informer pasient og eventuelt pårørende om innleggelse til sykehus.

Det er viktig å informere pasienten så rask som mulig om innleggelse til sykehus. Avklar med pasienten om pårørende skal informeres. Pasient og bruker kan etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b) selv peke ut hvem han eller hun anser for å være sin nærmeste pårørende. Det behøver ikke være en som er i familie med pasienten. Den nærmeste pårørende er etter loven tillagt rettigheter og plikter med hensyn til blant annet medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Den nærmeste pårørende vil ofte være den som representerer pasienten eller brukeren og hans interesser, for eksempel i klagesaker.

Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helsetilstand og den behandling som gis. Hvis pasienten eller brukeren samtykker, kan pårørende informeres. I spesielle situasjoner kan de pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten eller brukeren har gitt tillatelse til det. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd at ved behandling av pasienter og brukere som ikke selv kan ivareta sine interesser, har både pasienten eller brukeren og nærmeste pårørende rett til å bli informert.

Dokumenter i Profil at pasient/pårørende er informert. Gå inn i pasientjournal og finn bruker.



The screenshot shows a software window titled 'Brukermodulen (Produksjons-databasen)'. It contains a form for patient information, including name, address, and birth date. Below the form is a table with columns for 'Fødselsdato', 'Lepenummer', 'Navn', and 'Adresse'. The first row is highlighted in blue. A context menu is open over this row, with 'Brukerens journal' selected. Two blue arrows point from the 'Brukerens journal' option to a box containing the following list:

1. Finn bruker
2. Åpne pasientjournal

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon.

Velg Planområde → Ivareta egen helse.

Velg Tiltak → Kontakt med pårørende: Dokumenter her om kontakt med pårørende.

Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.

Overføringsrapport skrives under:

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon

Velg Planområde → Ivareta egen helse

Velg Tiltak → Kontakt med behandlingsapparatet: Skriv overføringsrapport her.

Overføringsrapporten bør inneholde:

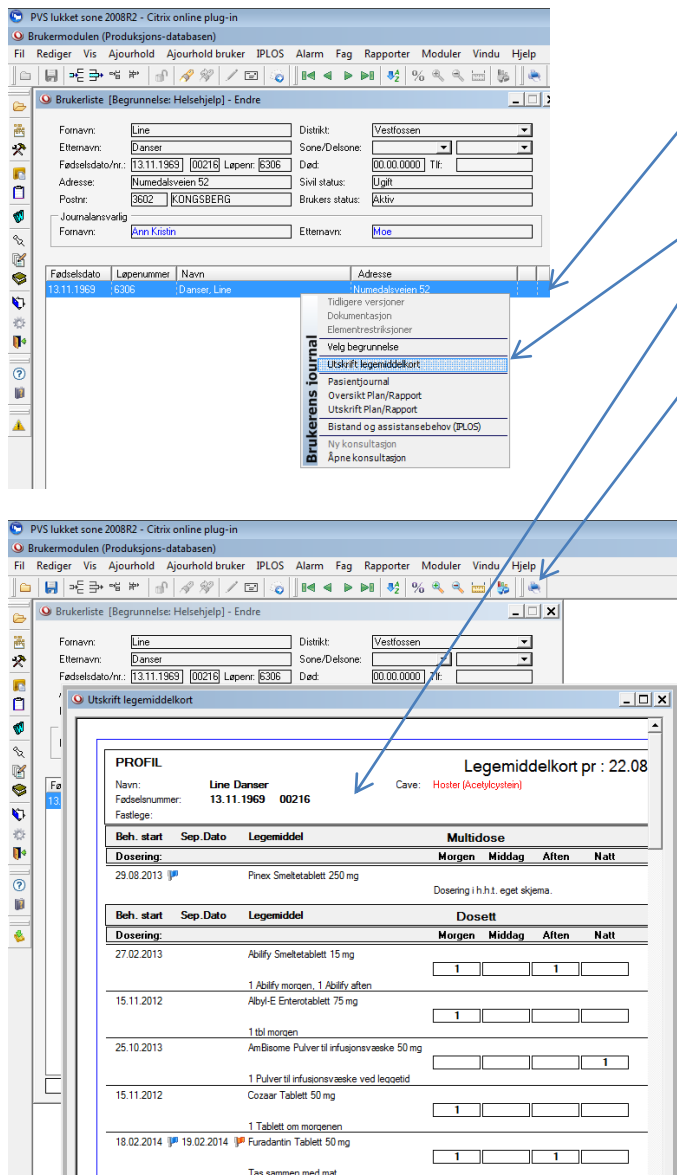
- Informert pasient og eventuelt pårørende om innleggelse
- Tid og sted for overflytting som er avtalt med sykehuset
- Bakgrunn for innleggelse

Fyll ut overføringskjema på profil og skriv ut.

Hvordan finne skjema:

Søk opp bruker. Velg fanen journalnotat. Sett inn ny rad. Skriv inn overføring av bruker. Lagre. Velg "Overføring av bruker". Velg OK. Fyll ut skjema. Lagre skjema. Skriv ut skjema.

Skriv ut medisinliste.



1. Marker navnet på brukeren.
2. Høyreklikk på brukeren.
3. Klikk på "Utskrift legemiddelkort" og legemiddelkortet åpnes.
4. Klikk på "Skriv direkte" og legemiddelkortet skrives ut.

Dette er en raskere vei til utskrift av legemiddelkortet enn via pasientjournalen, men du kan ikke gjøre endringer på denne måten. Husk at hvis legemiddelkortet har blåe og/eller røde flagg betyr dette at medikamentet ikke er kontrollert enten det skal seponeres (sluttes med) eller at et nytt medikament ikke er kontrollert etter at det ble lagt inn i Profil. En medisinliste som inneholder blå og/eller røde flagg blir ikke sendt elektronisk til sykehusene.

Det er kun sykepleier og lege som kan legge inn og kontrollere medikamenter i Profil.

Legg ved overføringskjema, medisinliste, eventuelt blodprøvesvar, Tiltaksplan og henvisning fra lege i en lukket konvolutt. Medisinliste og Tiltaksplan kan evt faxes til sykehuset. Ring på forhånd til sykehuset og gi beskjed at du faxes.

Etter hvert vil vi få mulighet å sende alt elektronisk. For sykehuset vil det være et godt hjelpemiddel å sende med Tiltaksplan. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Sykehuset sender **elektronisk melding om innlagt pasient** når pasienter blir lagt inn på sykehuset. På bakgrunn av denne melding blir det fra kommunen sendt innleggelsesrapport. I denne rapporten inngår hovedkort, tjenestebilde, diagnoser, medisinliste og IPLOS registrering.

Levér konvolutt med opplysninger til ambulanspersonell evt pasient/ pårørende om de kjører.

Pakk pasientens eiendeler og send med pasienten

Viktige ting å pakke med: Toalettsaker, tøfler, et par klesskift, eventuelt briller, tannproteser, høreapparat, inhalator, øyedråper, salver og medisiner som kan være vanskelig for sykehuset å få tak i.

Fyll ut midlertidig opphør i Profil.

Søk opp bruker fra brukerliste og dobbeltklikk på navnet. Trykk på arkfanen Tjenester og marker den tjenesten du skal legge inn midlertidig opphør på. Gå opp på menylinjen og klikk Ajourhold bruker og velg Midlertidig opphør.

Du får opp et nytt skjema hvor du velger Sett inn ny rad opp på verktøylinja og legger inn aktuelle datoer og årsak til opphøret. Lagre.

Fyll ut skjema for inn/utskrivning av brukere og lever i resepsjonen. (gjelder korttids plass)

SKJEMA FOR INN/UTSKRIVNING AV BRUKERE NÅR RESEPSJONEN ER STENGT	
NAVN:	_____
PERSON NR:	_____
Skrives inn dato:	fra: institusjon <input type="checkbox"/>
	bosted <input type="checkbox"/>
	sykehus <input type="checkbox"/>
Skrives ut dato:	til: institusjon <input type="checkbox"/>
	bosted <input type="checkbox"/>
	sykehus <input type="checkbox"/>
AVDELING:	
Signatur: _____	Dato: _____
Leveres resepsjonen etter utfylling.	

Dette skjema bruker resepsjonen for å registrere brukere inn og ut av Eikertun. Dette skjema er kun i papirversjon og skal ligge på alle avdelinger. Dette fylles ut og leveres i resepsjonen. Skjema fylles kun ut på de som har korttids plass.

Rommet ryddes og det gis melding til renhold så raskt som mulig.

Beskjed til renhold gis pr tlf til renholder 1 på mob 97 05 63 45 eller muntlig til renholder i avdelingen.

FLYTTING MELLOM AVDELINGER:

Informer pasient og eventuelt pårørende om overflytting til annen avdeling.

Det er viktig å informere pasienten så raskt som mulig om overflytting til annen avdeling. Dokumenter dette i overføringsrapporten. Avklar med pasienten om pårørende skal informeres, om hva. Pasient og bruker kan etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b) selv peke ut hvem han eller hun anser for å være sin nærmeste pårørende. Det behøver ikke være en som er i familie med pasienten. Den nærmeste pårørende er etter loven tillagt rettigheter og plikter med hensyn til blant annet medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Den nærmeste pårørende vil ofte være den som representerer pasienten eller brukeren og hans interesser, for eksempel i klagesaker.

Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helsetilstand og den behandling som gis. Hvis pasienten eller brukeren samtykker, kan pårørende informeres. I spesielle situasjoner kan de pårørende ha rett til informasjon uten at pasienten eller brukeren har gitt tillatelse til det. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd at ved behandling av pasienter og brukere som ikke selv kan ivareta sine interesser, har både pasienten eller brukeren og nærmeste pårørende rett til å bli informert.

Skriv overføringsrapport under kontakt med behandlingsapparatet i Profil.

Overføringsrapport skrives under:

Velg Plankategori → Tverrfaglig dokumentasjon

Velg Planområde → Ivareta egen helse

Velg Tiltak → Kontakt med behandlingsapparatet: Skriv overføringsrapport her.

Overføringsrapporten bør inneholde:

- Informert om overføring med pasienten og eventuelt pårørende
- Tid og sted for overflytting som er avtalt med avdelingen
- Status
- Funksjonsvurdering
- Ressurser
- Hjelpebehov
- Informere at medisinaliste er lagt inn i Profil
- Behov for videre oppfølging (spesielle behov)

Avtal med den aktuelle avdelingen klokkeslett det passer at pasienten flytter.

Avtale dokumenteres i Overføringsrapporten i Profil under Kontakt med behandlingsapparatet.

Levér pasientens papirer og medisiner, gi overføringsrapport til sykepleier/hjelpepleier når pasienten blir overflyttet.

Det meste av dokumentasjonen skal ligge i Profil.

Rommet ryddes og det gis melding til renhold så raskt som mulig.

Beskjed til renhold gis pr tlf til renholder 1 på mob 97 05 63 45 eller muntlig til renholder i avdelingen.



Godkjent:	Godkjent av:	Versjon nr.: 1
Revideres:	Ansvarlig revidering:	Side 1 av 1

Formål:

Sikre tydelig rollefordeling, god flyt, dokumentasjon og kvalitet i forhold til informasjonsutveksling internt og på tvers av tjenester av kartlegging og oppgaver som er nødvendig å gjennomføre i overgangene i pasientforløpet.

Hva:

Sjekklister ligger i Pasientjournal - under fanen Skjema i Profil. Her krysser den ansvarlige av på når oppgaven er utført, eventuelt krysser av for uaktuelt, signerer med dato og initialer. Sjekklisten skal låses når den er ferdigskrevet. Sjekklister skal alltid være ferdig gjennomgått i henhold til oppsatt tid for hver sjekklister.

1. Kontakt legevakt.
 - Denne fylles ut fortløpende ved hendelse.
2. Overføring fra hjemmesykepleien/sykehjem.
 - Denne fylles ut innen bruker drar til sykehus/sykehjem.
3. Varsel om innleggelse og utskrivningsklar fra sykehus
 - Denne fylles ut fortløpende ved hendelse.
4. Sjekklister innen 72 timer etter ankomst
 - Skal fylles ut i løpet av 72 timer.
5. Primærkontakt
 - Fylles ut hvert halvår. Frist ved 1. gang kontakt er 4. uker.
6. Sjekklister utreise fra sykehjem.
 - Skal være ferdig utfylt samme dag.

Hvem:

Hver tjeneste/avdeling skriver egen rutine for bruk av sjekklister hvor ansvarsforløpet beskrives.

Følgende fordeling skal beskrives:

- Hvem som har ansvar for hvilken sjekklister/dokumentering.
- Hvem ansvaret kan overføres til når listen skal utarbeides over lengre tid.
- Hvem som har ansvar for å påse at de ansvarlige følger opp og tar i bruk sjekklister aktivt i sitt arbeid
- Den ansvarlige har til ansvar å:
 - Sikre at punktene i sjekklister blir gjennomgått og utført.
 - Sikre at en annen tar over ansvaret ved vaktbytte – i oppsatt prioritet

Når denne rutinen med de lokale tilpasningene ikke blir fulgt skal det skrives avvik i QM+ under kvalitetsavvik.

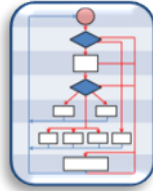
Lowverk:

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Opprettet:	Plassering: QM+		
Kommune: Øvre Eiker	Seksjon: Helse og omsorg	Tjeneste: Eikertun sykehjem og hjemmebaserte tjenester	Avdeling: Alle



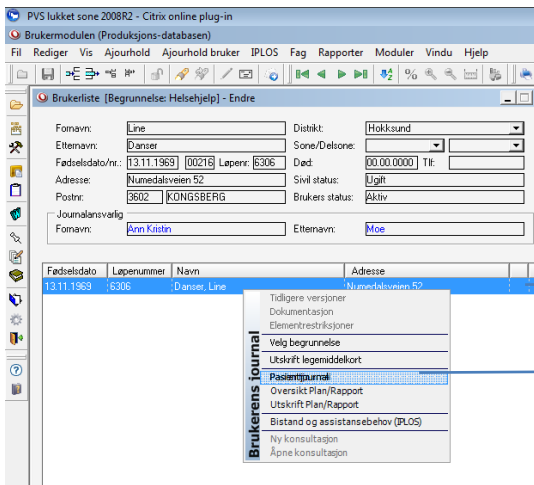
Helhetlig
pasientforløp

Brukermanual for sjekklister

Innhold:

- A. For å åpne, fylle ut og lukke skjemaet..... s. 2
(inkludert forslag til overskrifter under “Emne”)
- B. For å fortsette å skrive og å lese i tidligere skjemaer. s. 5
(inkludert tips til utfylling)
- C. For å skrive ut en sjekkliste..... s. 6
- D. For å låse en sjekkliste..... s. 7
- E. Signering av dokumentet..... s. 7

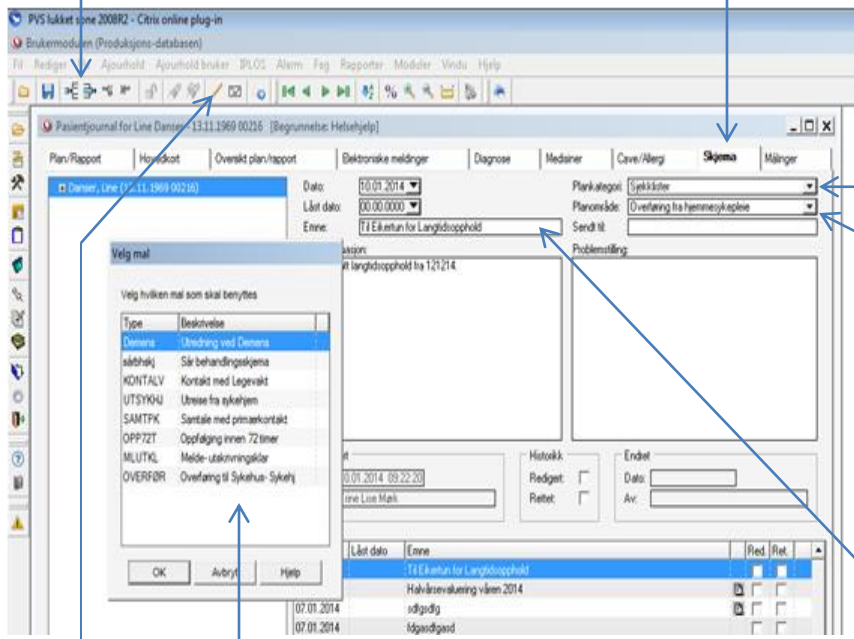
A. For å åpne, fylle ut og lukke sjekklister



1. Finn brukeren
2. Åpne Pasientjournalen

4. Klikk Sett inn ny rad

3. Klikk på skjema



5. Klikk på pila ved Plankategori og velg "Sjekklister"
 6. Klikk på pila ved Planområde og velg område.
- NB! Under "Overføring fra hj spl" ligger sjekkliste ift overføring til sykehjem og sykehus. "Ut fra sykehjem" gjelder for overføring til hjemmet, sykehus og mellom avdelinger.*
7. Lag en overskrift (se forslag til overskrifter under).

8. Klikk på Blyanten
9. Velg sjekkliste og klikk OK.

Forslag til overskrifter under "Emne":

Husk å skrive dato (evt halvårsevaluering) så det er enkelt å finne igjen en sjekklister seinere.

Kontakt med legevakt:

- Kontakt med Legevakt 121213

Samtale med Primærkontakt:

- Halvårsevaluering våren 2014
- Ny bruker 010214

Overføring til sykehus og sykehjem (gjelder kun hjemmetjenesten):

- Innleggelse på Kongsberg sh 130114
- Rullerende opphold på Eikertun fra 100114
- Overføring til Vestfossen hj tjeneste fra 100214
- Overføring til Nøsteelva fra 241214

Utreise fra sykehjem (gjelder kun Eikertun):

- Overføring til Skotselv hj tj fra 101014
- Overføring til Lindrende fra 010213
- Innleggelse på Drammen sh 151014

Oppfølging innen 72 timer:

- Ny bruker fra Eikertun 200914.
- Ny bruker fra Hokksund hj tjeneste fra 060514
- Ny bruker fra Kongsberg sh fra 101014

Varsling om innleggelse og utskrivningsklar pasient

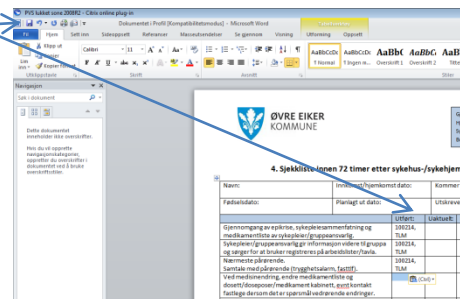
- Denne fyller kommunekontakten ut.

10. Fyll ut feltene utført/uaktuelt med dato og initialer og evt kommentar

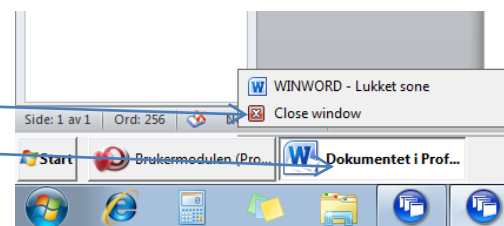
11. Lagre.

Tips til utfylling:

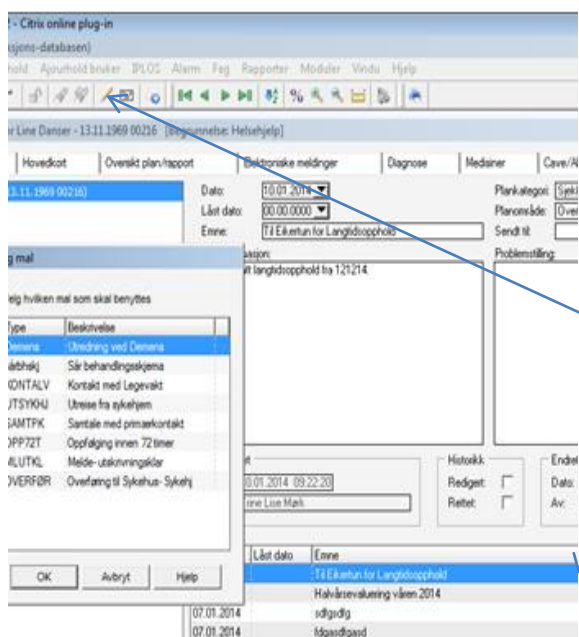
Hvis du skal fylle ut flere felt med dato og initialer kan du kopiere og lime inn. Marker det du skal kopiere ved å klikke tre ganger i ruta, høyreklikk på det blå og velg kopier. Klikk en gang i ruta du skal kopiere til og velg **A**.



12. For å lukke en sjekkliste høyreklikker du på "Dokumenter i Profil" og velger "Close window/Lukk ". Får du beskjed om å lagre, velger du Ja.



B. For å fortsette å skrive og å lese utfylte sjekklister



1. Marker skjemaet du skal åpne med blått ved å klikke en gang på riktig skjema.

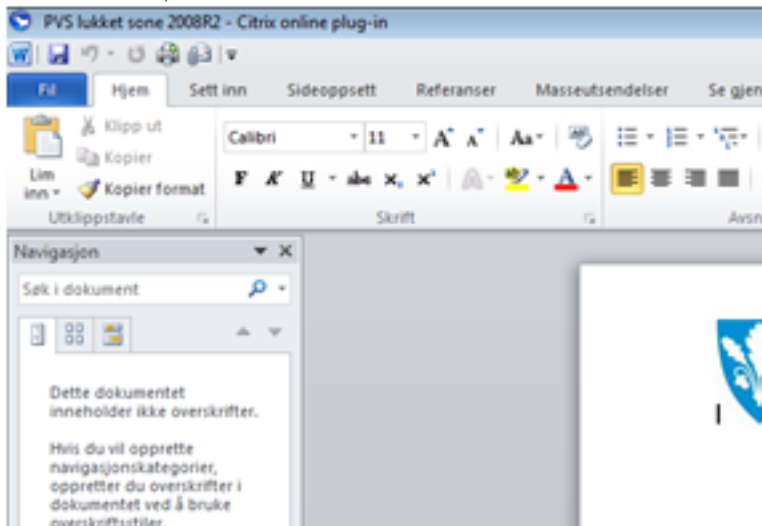
2. Klikk en gang på Blyanten og skjemaet åpnes klart til å leses eller å skrives i.

Det er bare sjekklister som er åpne som det kan fortsettes å skrives i. Er dokumentet låst står dette under kolonnen "Låst dato". Alle sjekklister kan åpnes med lesetilgang.

C. For å skrive ut en sjekkliste.

1. Åpne aktuell sjekkliste (se pkt B.).

2. For Hurtigutskrift – klikk på skriver.



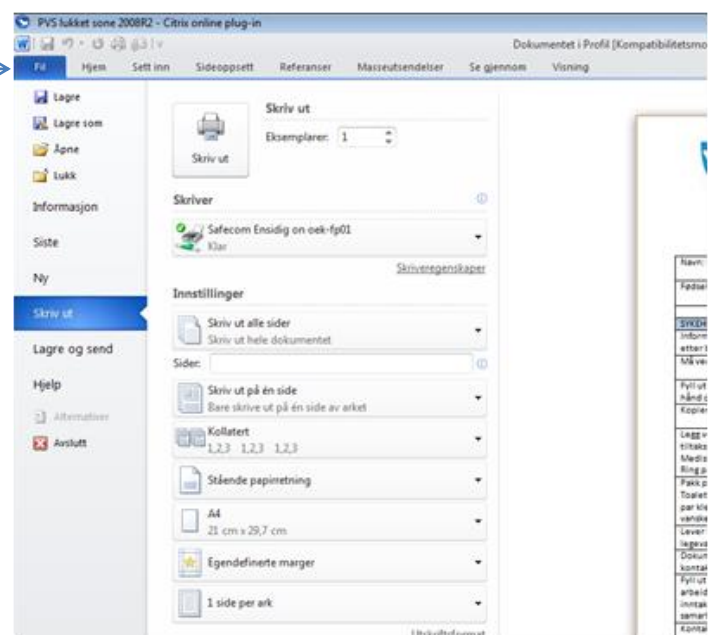
3. For å redigere utskriften – klikk på Fil.

Her kan du bestemme bl a antall eksemplarer og utskrift på begge sider.

For dere med Safecomskriver:

For fargeutskrift må det stå Safecom Farge. Står det Safecom Ensidig kommer utskriften i svart/hvitt.

Dere med andre skrivere, pass på at det står riktig skriver.



D. Å låse en sjekkliste

The screenshot shows a software window with the following elements:

- Date:** 10.01.2014
- Låst dato:** 00.00.0000
- Emne:** #1 Ekstern for Langtidsopphold
- Plankategori:** Sjekklister
- Plankode:** Overføring fra hjemmesykepleie
- Sendt til:**
- Aktuelt situasjon:** Lene har låst langtidsopphold fra 12/214.
- Historikk:** (Empty)
- Registret:**
 - Date: 10.01.2014 09:22:20
 - Av: Tine Lise Møik
- Endet:** (Empty)
- Table:**

Dato	Låst dato	Emne	Ferd	Låst
10.01.2014		Til Ekstern for Langtidsopphold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.01.2014	10.01.2014	Holvårsutværing våren 2014	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
07.01.2014		idagtidig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07.01.2014		idagtidig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06.01.2014		Sjekkliste utreise fra sykehjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.12.2013	16.12.2013	utskrivningsklar test	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1. Klikk på den lille pila og velg dato for låsing av sjekklista.

2. Klikk på Lagre.

At dokumentet er låst vises med en hengelås (det kan ta noe tid før hengelåsen blir synlig).

Låst dato vises her.

E. Signering av dokumentet

The screenshot shows the 'Registret' section with the following information:

- Date:** 13.01.2014 09:19:50
- Av:** Tine Lise Møik

Den som oppretter dokumentet er den som blir stående under "Registret" med navn og dato. **Det er denne personen som er ansvarlig for å kvalitetssikre og å låse dokumentet når det er ferdig skrevet (se pkt D.).**

deling pr. tilf innen 24 timer/1. leggelse for overføring av lingen har mottatt medisinliste og		
nde og dokumenter i Profil.	1000114, TLM	
nder kontakt med ofil.	100114, TLM	
isiner til avdelingen.		
ør i Profil og fjern bruker fra elp, og fra matlister.	100114, TLM	
istrasjon i Profil.		

Du kan skrive i andres dokument så lenge du er **logget på som deg selv og signerer med dato og initialer** på de punktene du fyller ut. Dette er god nok dokumentasjon.