

Prosedyrer for Profil

BRUKERMODULEN

Mars 2016

Innholdsfortegnelse

BRUKERMODULEN I PROFIL - INFORMASJON	3
PÅLOGGING.....	4
Pålogging Profil.....	4
Behov for nullstilling av passord (standardpassord)	7
Endre passord 1. pålogging	8
Endre passord 2. pålogging	9
BRUKERKORT.....	10
Opprette ny pasient i Profil	10
Behandling av søknad om tenester	11
Rutiner ved vedtak om Heimesjukepleie	12
Aktivere tidlegare pasient i profil på nytt.....	13
Registrering av Informert samtykke.....	14
Opprette sak i postjournal	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Skrive saksutgreiing i profil	15
Sette inn teneste.....	16
Fylle ut tenestebildet og oppgavelinjer	18
Tenester til bebuarar i bukollektivet.....	19
Sette inn kontaktperson	20
Sett inn forbindelse.....	21
Redigere i kontaktperson / forbindelse.....	22
Sette inn journalansvarleg	23
Registrere / Avslutte midlertidig opphør.....	24
Registrere opphald i spesialisthelsetenesta	25
IPLOS- registrering	26
Overføre pasient til SOMS (Korttidsopphald)	28
Overføre pasient til SOMS (Langtidsopphald)	29
Avslutte Journalen til ein pasient / brukar.....	30
Skanning av dokument til postjournal.....	33
Skanning av dokumenter til pasientjournal (EPJ)	34
Prosdyre for skanning.....	35
IKONMENYER I PROFIL.....	38
HUSKELAPP I PROFIL.....	39
MØTEREFERAT I PROFIL.....	41
EPJ – Elektronisk pasientjournal.....	43
Sikre kvalitet i elektronisk pasientjournal	44
Dokumentering når ein ikkje har tilgang til Profil	46
Sette inn Plankategori, planområde og tiltak, skrive rapport	47
PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleien) i Profil	50
Lage pleieoppdrag i pasinetjournal	53
Kvittere for utførte tiltak	54
Sette inn / bruke maler i plan og rapport.....	56
Kopiere til ny mal i plan og rapport	57
Lage sammenfatning	58
Utskrift hovedkort	59
Rutine for mottak av e-meldingar	60
Lage og sende elektronisk melding	62

Rutine for kontroll av sendte elektroniske meldingar	66
behandle elektronisk melding	67
Elektroniske meldingar – Avvik mottekne meldingar	70
Elektroniske meldingar – Avvik sendte meldingar	72
Mottak av elektroniske meldingar, kveld / natt / helg	74
Registrering av diagnoser	75
Registrering av medisiner	76
Kontrollsignatur av medisinkort	80
Bruk av AK-journal (Marevan)	81
Seponere medisiner	82
Utskrift av medisinkort	83
Loggføring av gitt behovsmedisin	84
Registrering av cave / allergi	85
Bruk av fanark Skjema	86
Bruk av fanark Målinger	87
FRITEKSTSØK I PROFIL	88
RETTE / SLETTE I PROFIL	91
TILGANG I PROFIL FOR FYSIOTERAPEUTER	92
OPPLÆRING AV NYTILSETTE, VIKARER OG STUDENTER / ELEVER	93
JOURNALANSVARLEG – KONTROLL AV KVALITET EPJ	94
Vedlegg 1 – Oversikt roller og ansvar i profil	96
Vedlegg 2 - Opplæringsplan nye profilbrukarar	97
Vedlegg 3 – Skjema, Manuell dokumentering av utført helsehjelp	102
Vedlegg 4 – Medikament som skal registrerast i Profil	103
Vedlegg 5 – Bestillingsskjema, teneste fysioterapi	104
Vedlegg 6 – Arbeidsplanlegging / Kjøreruter i Profil	105
Vedlegg 7 – Prosedyre for håndtering av medisinlister i Heimesjukepleien	117
Vedlegg 8 – Revisjonsskjema EPJ	118
Vedlegg 9 – Veileder, sending av innleggelsesrapport	119
Vedlegg 10 - Meldingsflyt e-meldingar kommune / Helseforetak	131
Vedlegg 11 – Elektronisk pasientjournal -Revisjon og opplæring	0
Vedlegg 12 – Plassering av dokument i postjournal / pasientjournal Veiledande liste	0
Vedlegg 13 – Skrivereglar postjournal	1
Vedlegg 14 – Oversikt elektronisk meldingsflyt kommun/Helseforetak	4
Vedlegg 15 - Endringslogg prosedyrer	0

BRUKERMODULEN I PROFIL - INFORMASJON	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny: 09/13	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Brukermodulen i Profil er både eit personregister og ein elektronisk pasientjournal.

Personregisteret:

Inneheld personopplysingar om alle som mottek / har motteke kommunale omsorgstenester, i tillegg til opplysingar om pårørande og andre forbindelser (bl.a.leger) Her er og opplysingar om søknader, sakshandsaming og tildeling av / avslag om tenester.

Ved pålogging i brukermodulen kjem du først inn i søkebildet for brukerlista. Alle personer som på eit eller anna tidspunkt har søkt om kommunale omsorgstenester er registrert i registeret.

Elektronisk pasientjournal:

Journaler for alle som mottek, har motteke eller søker om, kommunale omsorgstenester.

Pasientjournalen er underlagt strenge regler for tilgang og innsyn. Berre dei som treng det i yrkesmessig samanheng skal ha tilgang til / kunne gå inn i journalen. Alle som får tilgang skal ha underskrive teieplikerklæring. Sjølv når ein har tilgang til ein pasienjournal skal ein ikkje gå inn i den utan gyldig grunn. Det blir loggført kven som gjer kva inne i kvar enkelt pasientjournal, og einingsleiar er forplikta til å ta ut logg over kven som har vore inne på den enkelte brukar / pasient sin journal.

Dersom ein pasient ber om innsyn i sin journal, vil opplysningar om kven som har vore inne i pasientjournalen, vere ein del av den informasjonen som vert utlevert.

PÅLOGGING

PÅLOGGING PROFIL	
Revisjon: Ved endring i påloggingsrutiner	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 02/16, 02/17
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Pålogging i Profil skjer med to påloggingar. Ved pålogging nummer 1, loggar du på ”Fellespunktet”, som er serveren der Profil ligg. Du loggar deg på som nettverksbrukar, med andre ord vil brukarnamnet ditt ha denne forma: «fornamn.etternavn@skodje.kommune.no».

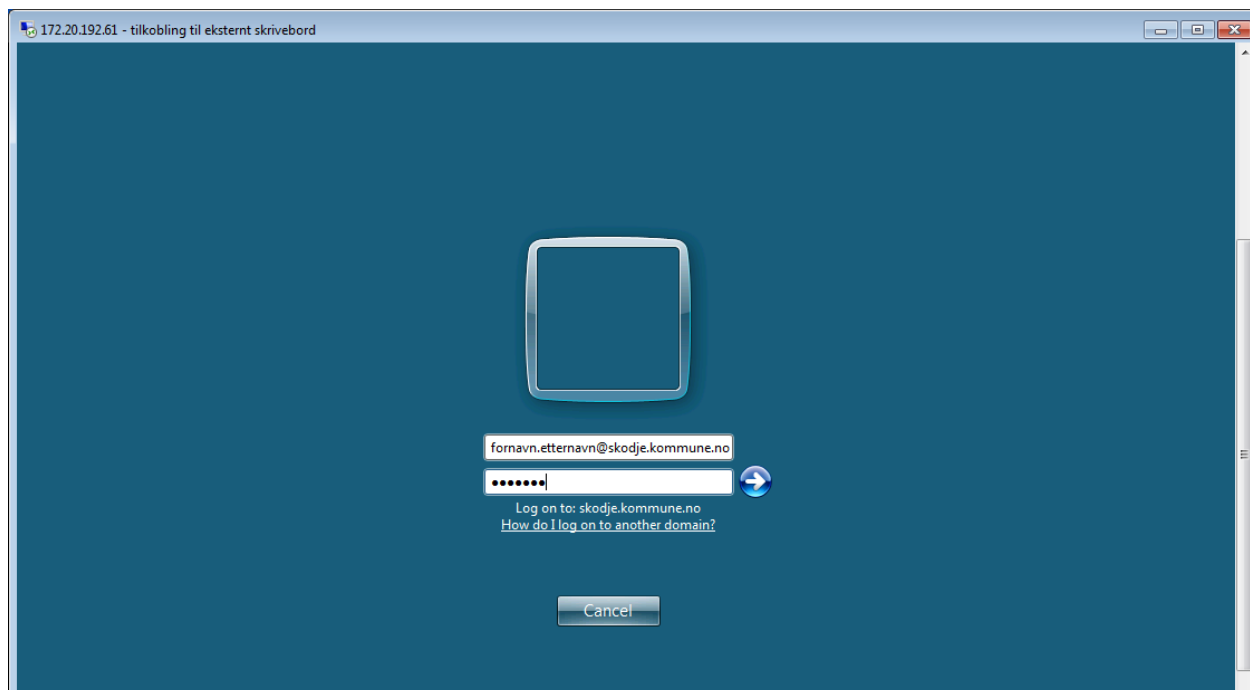
Pålogging nr 1. er litt ulik, alt etter som kva type datamaskin du logger deg på.

- 1. pålogging ordinær PC:



Dobbelklikk på Profilikonet på skrivebordet. Dersom du ikkje har dette ikonet, ta kontakt med systemansvarleg.

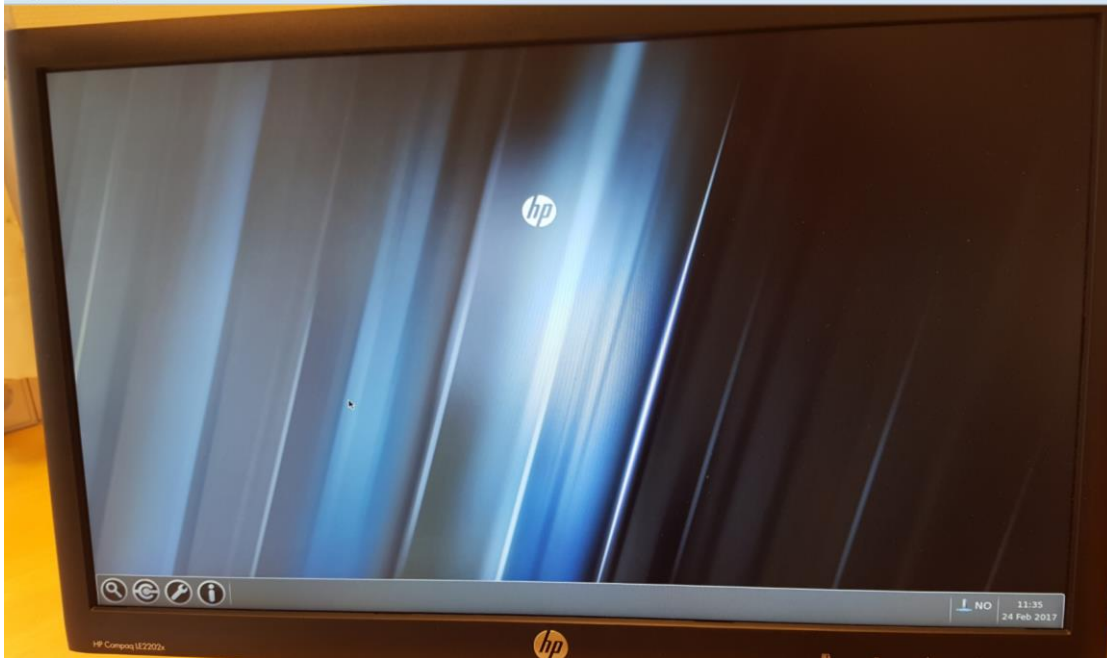
Du får opp følgande påloggingsbilde:



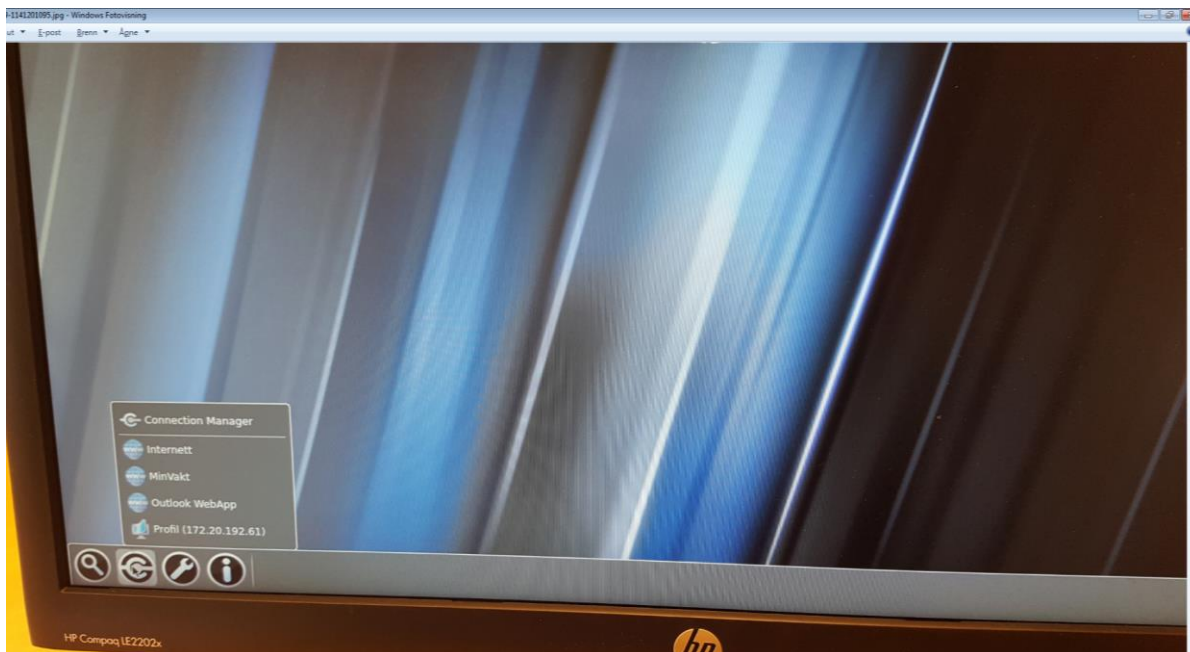
Logg deg på som nettverksbrukar med brukernavn og passord.

- 1. pålogging, tynnklient (= PC utan stor harddisk, kun ei lita boks som er festa på baksida av skjermen)

Desse vil stort sett alltid stå på, og det er tilstrekkelig å bevege på musa eller trykke på en knapp på tastaturet for å «vekke» dei. Du får opp følgende skjermbilde



Når du har fått skjermbilde, velg linja ikon nr to, nedst til venstre i skjermbiletet. Velg «Profil (172.20.192.61)»



Du får opp innloggingsboks, skriv inn brukernamn og passord, husk at heile brukernavnet skal skrivast: «fornamn.etternamn@skodje.kommune.no». Klikk på «Log In».



2. pålogging:

- Dobbelklikk på ikonet "Visma omsorg Profil" som ligg på skrivebordet du har fått opp.
- Du får opp innloggingsbildet "innlogging mot database"
- Fyll ut feltet "Bruker" og "Passord". Pass på at det i feltet "database" står "Profil, produksjon" (Om der står noko anna, velg frå rullegardinmenyen)
- Dersom du ønsker å endre passordet på 2. pålogging, kan du hake av i boks "bytte passord" Du vil da få opp eit nytt felt der du skriv ditt nye passord to gonger. (Husk: Du kan ikkje bytte passord utan først å skrive ditt gamle passord i det ordinære innloggingsbiletet.)
- Trykk på OK.

Når ein forlet PCen skal ein alltid logge seg av både Profil og Fellespunktet! Evt. kan ein låse PCen, ved å trykke ctrl+alt+delete samtidig, og velje Lås denne datamaskinen / lock this computer. Du treng då berre skrive inn første passord for å opne maskina igjen og fortsette arbeidet der du slapp.

Dette gjeld sjølv om ein straks skal gjenoppta arbeidet i Profil. Dette p.g.a. teieplikta, for å hindre innsyn av uautoriserte personer.

BEHOV FOR NULLSTILLING AV PASSORD (STANDARDPASSORD)	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 05/14	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Dersom ein gløymer eit passord må det nullstillast. Dette vert gjort av IT-avdelinga (passord nr 1) eller systemansvarleg for Profil (passord nummer 2).

Henvend deg til nærmaste leiar for å få nullstillt passorda. **Husk å gi beskjed om kva for passord det gjeld.** Leiaren henvender seg til IT-avdelinga eller til systemadministrator for Profil som sett passordet til standard passord. Brukarnamn vert ikkje endra.

Kor lang tid det vil ta for å få nullstillt passorda vil variere, men ein kan etter litt tid forsøke å logge seg på med standardpassorda, sjølv om ein ikkje har fått tilbakemelding om at nullstillinga er gjort. Dersom nullstillinga ikkje er utført i løpet av eit par dagar, (legg til ekstra tid dersom det er helg) be om at leiar kontaktar IT-ansvarleg / systemansvarleg på nytt. Dokumenter manuelt på eige skjema så lenge du ikkje får logga deg inn i Profil.

Hugs å endre passord etter nullstillinga. Det er viktig at ein ikkje har standard passord, dette er lett å misbruke! Ver merksam på at nettverkspassordet ikkje kan endrast før etter 24 timar.

ENDRE PASSORD 1. PÅLOGGING**Revisjon:** Årleg**Utarbeidd av:** Helen Østrem**Hovudansvar:** Leiar helse- og omsorgseininga**Erstatter:** Ny: 09/13**Revidert:** 02/16**Godkjent av:** Einingsleiar Per Løkkeborg**Gjeldande reglar og forskrifter:**

Passordet for 1. pålogging er koblet til domenenavnet «@skodje.kommune.no». IT-ansvarlig vil sette standard passord. Når det er endra frå standardpassordet, treng ein i utgangspunktet ikkje å endrast fleire gonger. Ein kan likevel endre passordet dersom ein ønsker det. f.eks. dersom ein ønsker at passordet på 1. og 2. pålogging skal være likt.

Gjør som følger:

- Logg deg på 1. pålogging med ditt gjeldande passord .
- Trykk på Startmenyen og velg «Windows security»
- Velg «Change a password» i lista som kjem opp.
- På første linje vil din brukerID ligge. Den skal ikkje endrast.
- På linje to, skriv ditt gjeldande passord
- På linje tre og fire skriv du inn ditt nye passord
- Trykk på pila bak linje fire

Passordet er endra.

Husk at du aldri må ha standardpassord som passord, og at du ikkje kan endre passord nr. 1 etter nullstilling før det har gått 24 timar. Passord nr. 2 kan endrast straks.

Du vil få opp feilmelding dersom passordet ikkje vart endra. Prøv på nytt, dersom det ikkje går, kontakt superbrukar.

ENDRE PASSORD 2. PÅLOGGING**Revisjon:** Årleg**Utarbeidd av:** Helen Østrem**Hovudansvar:** Leiar helse- og omsorgseininga**Erstatter:** Ny: 09/2013**Revidert:** 02/16**Godkjent av:** Einingsleiar Per Løkkeborg**Gjeldande reglar og forskrifter:**

Passordet for 2. pålogging må endrast ca kvar 3. mnd. Du vil 13 dager i forvegen få varsel om dette når du logger deg på.

Dersom du har hatt ett lengre fråver, kan passordet vere utløpt mens du har vore borte. Du vil da kun ha mulighet til å logge deg på en gang på det gamle passordet, og må derfor endre det første gong du loggar på. Husk passordregelen: **Passordet må inneholde minst 7 tegn: minst en bokstav, minst ett tall og minst ett spesialtegn f.eks.) (+ ? , : \ %**

Gjør følgende for å endre passord:

Fyll ut felta «bruker» og «passord», bruk ditt gamle passord, hak av i boksa «bytte passord», og trykk OK.

Du får opp denne boksa:

Skriv inn ditt nye passord på begge linjene, trykk OK, og passordet er endret. **Husk: Velg aldri standard passord.**

BRUKERKORT

OPPRETTE NY PASIENT I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 05/13, 02/16
Erstatter: Ny 05/09	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

- Sjekk at brukaren ikkje er registrert frå før- sjå prosedyre ”Aktiver tidligare pasient i Pofil på nytt”
- Trykk på ”sett inn ny rad”, mens du står i hovedbildet i Profil. Du får no opp eit nytt, tomt brukarkort.
- Den første fana i brukarkortet er aktivt. Fyll ut følgande felt:
- Fornamn, etternamn, fødselsnummer, adresse, postnummer, distrikt, sone, boligtype
- Fyll ut andre felt dersom du har opplysningane.
- Lagre. Dei andre fanearka i brukarkortet vert no aktive.
- Gå til fanemarket ”brukerdetaljer” og fyll ut dei opplysningane du kjenner til, her er det viktig å få med opplysningar om fastlege og telefonnummer
- Gå til fanemarket ”Iplos”. Bruk IPLOS veilederen dersom du lurar på noko her. Sjå overskrift ”Opplysninger om samfunnsdeltakelse”. Her vil det komme inn dersom personen har, eller har behov for, for eksempel støttekontakt, TT-kort, m.m.
- Viktig at alt her fylles ut, **unntatt felta ”Vurdert av lege og tannhelsepersonell”** som ikkje skal ikkje fyllast ut!
- Legg inn kontaktpersoner.(eiga prosedyre)

BEHANDLING AV SØKNAD OM TENESTER	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert
Erstatter: Ny 02/16	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Søknad om tenester kan vere skriftelege (søknad kan også komme via e-melding) eller muntleg, den kan framsettast av pasienten sjølv, pårørande, helsepersonell eller andre. Pasienten, evt. verje, må samtykke til at det vert søkt om tenestene. Dersom søknaden er framsett muntleg, skal skrifteleg søknad innhentast snarast.

- Når søknaden er motteke, skal pasienten registrerast i Profil, følg prosedyra ”Opprette ny pasient i Profil”
- Når søkaren er registrert i Profil, skal søknaden registrerast i postjournalen, følg prosedyre ” Registrere søknad i postjournal”
- Så snart som mulig, skal det takast eit vurderingsbesøk hos søkaren. Besøket skal fortrinnsvis utførast av sakshandsamar ved koordinerande eining.
- Etter vurderingsbesøket skriv ein saksutgreiing, sjå prosedyre ”Saksutgreiing i Profil”
- Når vedtaket er fatta skal brev gå ut til søkaren om vedtaket, og melding vert gitt til tenesteytar.

RUTINER VED VEDTAK OM HEIMESJUKEPLEIE	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 02/16	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

- Ved tildeling fyller KE ut øverste del av tenestebiletet og legg inn huskelapp til påfølgande dag (kvardag). Dersom vedtaket er fatta før helg eller helligdag, og brukaren treng hjelp før neste ordinære arbeidsdag, ringer KE ansvarleg sjukepleiar i HBO og informerer om vedtaket.
- Ansvarleg sjukepleiar i HBO har ansvar for å sørge for at brukaren kjem inn på arbeidslistene, ved å fylle ut resten av tenestebiletet. Opplysninger om tenestebehovet finn ein i saksutgreiinga og evt. i journalnotat.
- Dersom arbeidslister alt er utskrivne førast oppdraget på manuell arbeidsliste fram til neste listeskriving.
- Ansvarleg sjukepleiar HBO legg inn evalueringsdato i tenestebiletet, slik at tenesta til brukaren vert evaluert og eventuellt vert endra etter ei veke. Når evalueringa er gjort, legg ein inn huskelapp til KE, med beskjed om at vedtak kan skrivast.
- KE skriv vedtak om teneste på bakgrunn av reel tidsbruk.
- KE sett ny evalueringsdato.
- Ved seinare behov for endring i vedtaket skal eigen rutine følgast.

AKTIVERE TIDLEGARE PASIENT I PROFIL PÅ NYTT	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert 03/2013, 02/16
Erstatter: Ny 2011	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Prosedyra brukast dersom ein person tidlegare har vore pasient / brukar, og no skal motta tenester på nytt.

- Dersom du prøver å legge inn ein pasient som er blitt lagt inn i Profil tidligere, vil du få ei feilmelding om dette. I feilmeldinga vil du få oppgitt løpenummeret til den aktuelle personen. Lukk da registreingsvinduet utan å lagre.
- Gå til øverste menylinje og velg ”vis” → ”ikke aktive brukere”
- Søk opp brukerlista på nytt, ved å bruke dei gule ”søk”-knappane. Du vil no få opp ei brukarliste som også inneheld ikkje-aktive brukarar.
- Dersom du finn personen i denne lista, ta opp brukerkortet, gå til fanemarket ”brukerdetaljer” og velg ny status ”aktiv” → LAGRE. Brukaren er no reaktivert, og du vil få han /henne opp i den ordinere brukarlista. Sjekk at personen ligg på rett distrikt, og evt. rett sone.
- Dersom du ikkje finn brukaren i denne lista no, vil det seie at personen tilhøyrer / har tilhøyrert eit anna distrikt. Kontakt då avdelingsleiar eller systemansvarleg for å få lagt pasienten over i rett distrikt.
- Sett inn teneste, og fyll ut tenestebildet.

REGISTRERING AV INFORMERT SAMTYKKE	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 09/13	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

- Stå på pasienten sitt namn i brukerlista
- Velg Ajourhold bruker → Samtykkeregimet → Informert samtykke.
- Fyll ut: Dato, Status og merknad.
- Fyll ut ei linje for kvart samtykke, altså ei for samtykke til innsending av IPLOS diagnoseopplysningar og ei for samtykke til samhandling med anna helsepersonell.
- Dersom pasienten har reservasjonar i forhold til samtykket, skal dette dokumenterast i pasientjournalen. Skriv ein rapport (kategori: notat, område: Kontakt lege/nettverk, tiltak: Avtaler/beskjeder/samtaler. Legg også inn ei sammenfatning, type OBS, der du beskriv reservasjonen.
- Dersom samtykke er gitt av annen person, registreres dette i feltet «Samtykke gis av» ved markere på valget «Annen person»
- Fyll ut feltet «annen person» ved å søke opp denne personen i forbindelsesregisteret ved hjelp av microsøk (mellomromtast + TAB)
- Dersom personen ikke finnes i forbindelsesregisteret, må han /ho registreres som kontaktperson i pasientens brukerkort.

SKRIVE SAKSUTGREIING I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13, 02/16
Erstatter: Ny 2011	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Saksutgreiing skal skrivast når ein person søker om tenester. Når kommuna mottek søknad om tenester skal sakshandsamar ta eit vurderingsbesøk hos pasienten.

Følg prosedyre for vurderingsbesøk, og skriv saksutgreiing slik:

- Ta opp pasienten sitt brukarkort, velg faneark ”postjournal”
- Sett inn ny rad, og fyll ut følgande:
 - Type: velg ”INN”
 - Emne: Skriv (for eksempel) ”Søknad om
 - Saksbehandlar: sett inn dine initialer (= bruksnamn for pålogging i Profil)
 - Hak av i boksa ”opprett sak” NB: SVÆRT VIKTIG! Trykk OK.
- Gå til faneark ”saker”. Den øverste linja er den nyopprett saken. Dobbeltklikk, og du får opp boksa ”redigering av sak for N.N.” Endre ”status” til ”under behandling”
- Trykk på knappen ”saksutredning”. Fyll ut fakta i saken, sakshandsamars vurdering, og evt. innstilling, i dokumentet som kjem opp. Lukk dokumentet, og svar ”ja” når du får spørsmål om å lagre.

SETTE INN TENESTE	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13, 02/16, 03/17
Erstatter: Ny 2011	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Det skal opprettast sak på alle tenester som krev vedtak. Koordinerande eining (KE) har ansvar for dette. Dersom ei teneste må registrerast og settast i verk før KE har oppretta sak, må ein hugse på å informere KE om kva som er gjort, slik at dei kan knyte saksnummer til tenesta i etterkant.

- Stå i fanemarket «tenester» i pasienten sitt brukerkort
- Trykk på ikonet «sett inn ny rad» (oppe på skjermen)
- Kjør mikrosøk (= trykk på TAB og mellomromtast samtidig), og velg teneste frå plukkbildet som kjem opp.
- Du får no opp et nytt bilde, fyll ut «fra dato». TAB. Trykk på «sett inn» -knappen, og fyll ut linja som kjem til syne nederst i biletet:
 - Dersom pasienten skal ha besøk fleire gonger pr. dag, eller fleire gonger pr. veke, skal det settes inn ei rad pr besøk **og** pr. dag. Radene kan kopierast ved å trykke på knappen «kopier», velg antall linjer det skal kopieres til ved å skrive tallet i feltet, dersom du velger «ja» i feltet «rullerende dagsangivelse», vil linja bli kopiert med endret, påfølgende dager.
 - For å sette inn journalnr. og –år, stå i feltet ”journalnr.”, trykk F5, og velg ”utfør søk” i bildet som kjem opp. Velg rett linje av dei valga som kjem opp. NB: for at du skal kunne sette inn desse opplysningane er du avhengig av at det er oppretta ein sak på den tenesta du skal tildele, i fanemarket ”postjournal”. Kontakt koordinerande eining, som har ansvar for dette. Du kan ikkje bruke saksnummeret på ei tidlegare tildeling!
 - Trykk på «sett inn» -knappen, og fyll ut linja som kjem til syne nederst i bildet.
 - Fyll ut felta ”omfang pr.uke”, ”ressurs pr.uke”, ”antall besøk pr. uke” og ”antall hjelpere”. **Det er viktig at disse felta vert utfylt, då det er her systemet henter informasjon til sumrapporter og kommune – stat rapporteringa (KOSTRA og IPLOS).**

- Omfang pr uke: antal timar som brukar mottek teneste pr. veke. (Gjennomsnitt. Til dømes vil 1 time kvar fjerde veke tilsvare 15 min/veke)
- «Ressurs pr. veke». Ofte det samme som «Omfang pr. veke», men dersom brukar treng hjelp frå meir enn ein person samstundes, legg ein til desse timane i summen.
- ”Antall besøk pr uke” (gjennomsnitt)
- ”Antall hjelpere”: om det er ein eller fleire tilsette samstundes for å utføre tenesta.
- IPLOS org.:. og Man. IPLOS org.: Felta kjem berre opp når brukar vert tildelt ei teneste som er rapporteringspliktig i forhold til IPLOS. I dei fleste tilfella vil feltet «IPLOS org.», vere utfylt automatisk, men **ein må kontrollere at det er korrekt**, og evt. legge inn rett org.nr. manuelt, i feltet «Man. IPLOS org.». Dersom tenesta skal utførast av eit anna distrikt enn det brukaren tilhøyrrer, må ein og fylle ut feltet «Man. IPLOS org» etter kva organisasjonsnummer som utfører tenesta. Sjå oversikt over valga i tabellen:

Org.nr / teneste	BPA	DHH	DHP	DPM	HSAM	HSPL	HSPM
974 011 069 PLO Heimebaserte tenester	X	X			X	X	
995 216 558 Bukollektivet SOMS	X	X				X	
974 011 085 Bustader utviklingshemma			X				X
976 675 908 Prestemarka bu- og dagtilbod				X			
993 771 910 Avlastningsbustad utviklingshemma	X		X				

FYLLE UT TENESTEBILDET OG OPPGAVELINJER	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 05/14	Revidert 02/16, 08/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

For å kunne bruke funksjonen arbeidslister i Profil, er ein avhengig av at alle arbeidsoppgaver knytt til kvar enkelt brukar er registrert med oppgavelinjer i tenestebiletet.

Tenestebiletet må oppdaterast kvar gong det skjer endringer, og ein kan velge mellom å endre i eksisterande tenestebilde, eller å legge til eit nytt tenestebilde. Når ein tek dette valget må ein nøye vurdere om endringa er ei endring i tenesta som gir meir / mindre tid eller om det berre er ei «omdisponering» av det eksisterande tenestetilbodet (for eksempel endring i tidspunktet tenesta vert utført, kva dag dusjinga skal gjerast og liknande). Heile tida må ein ha i tankane at det er viktig å behalde historikken i tenesta til brukaren. Når ein gjer ei endring i tenestebiletet, vil ein ikkje seinare kunne hente fram kva som stod der tidlegare, kun ein historikk på at tenesta er endra, og kven som har gjort det.

Dersom det er endring i tenesta, skal ein gi beskjed til koordinerande eining (KE), om at det skal skrivast nytt vedtak. Ein legg då **ikkje** inn journalnr/-år i tenestebiletet, dette gjer KE når nytt vedtak vert fatta. Dersom det ikkje er naudsynt med nytt vedtak, legg ein inn journalnr/-år som er gjeldande pr. dags dato.

For fullstendig prosedyre, sjå vedlegg 6.

TENESTER TIL BEBUARAR I BUKOLLEKTIVET	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 2011	Revidert 11/13
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Bebuarar i bukollektivet skal som standard tildelast følgande tenester:

OMB – Omsorgsbustad

DHH – Praktisk bistand 12 timar pr. månad (3 timar pr. veke)

HSPL – Heimesjukepleie 90 minutt på D-vakt og A-vakt.

FULL - Fullpensjon

Andre tenester vurderast tildelt etter søknad. Dette kan f.eks. vere aktivitetskontakt

SETTE INN KONTAKTPERSON

Revisjon: Årleg

Utarbeidd av: Helen Østrem

Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga

Erstatter: Ny 2011

Revidert 09/13, 02/16

Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg

Gjeldande reglar og forskrifter:

- Ta opp brukerlista. Velg pasienten du skal arbeide med, dobbelklikk. Du får no opp brukerkortet.
- Gå til fanemarket «kontaktperson»
- Trykk på ikonet «sett inn ny rad» oppe på skjermen.

- Sjekk om personen er lagt inn frå tidlegare ved å trykke på knappen «utfør søk», og bla deg nedover lista som kjem opp.
- Dersom du finn personen du skal legge inn, sjå over opplysingane, og rediger evt. om noko er endra, trykk knappen «lukk/hent». Fyll ut boksa som kjem opp og trykk OK. Personen er no lagt til som kontaktperson.
Dersom personen ikkje er lagt inn frå tidlegare, fortsett på neste punkt.

- Trykk på «innsett rad» i bildet du har oppe. Fyll ut for- og etternamn, og evt. adresse og postnummer. Fyll også inn dei telefonnummera du har. Obs at du sett privat fasttelefonnummer i feltet «privat». Feltet «Telefon» er telefonnummeret til arbeidsplassen til vedkommende dersom vi har dette.
- Trykk på «Lukk / hent»
- Velg «tilknytning» og / eller «slektskap», det som er aktuellt.
- Hak av det som er aktuellt i boksa «diverse»
- Trykk OK.
- For å legge inn fleire kontaktpersoner, gjenta prosedyra

SETT INN FORBINDELSE	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Einingsleiar Erna K. Knudsen	
Erstatter: Ny 2011	Revidert 09/13
Godkjent av: Einingsleiar Erna K. Knudsen	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Brukes for å registrere personer, leger, foretak i forbindelsesregisteret.

NB: Berre avdelingsleiarar og systemadministratorar har tilgang til å registrere forbindeler.

- Velg "ajourhold" fra menylinja øverst i bildet. Klikk på "forbindelse" fra droppmenyen som kjem fram.
- Innsett rad
- Velg forbindelsestype, person, (f.ex. pårørende, leger, m.m.). NB!: forbindelsestype «foretak» (f.eks. sjukehus, legekantor, NAV m.m.) er det kun avdelingsledere og systemansvarlige som har anledning til å legge inn / endre.
- For personer:
 - Fyll ut navn, adresse, telefonnr.m.m.
- For foretak:
 - Fyll ut navn adresse, telefonnummer og foretaksnummer (=organisasjonsnummer)
- Lagre og lukk.

REDIGERE I KONTAKTPERSON / FORBINDELSE	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 2010	Revidert 03/13, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Slette kontaktperson:

Stå i fana ”kontaktpersoner” i pasienten sitt brukerkort. Marker kontaktpersonen du skal fjerne, gå til menylinja på toppen av bildet, velg ikonet ”slett merket rad”. LAGRE. Merk deg at personen berre er fjerna frå pasienten / brukaren sitt kontaktkort, personen vil framleis ligge i forbindelsesregisteret, og vere mogleg å finne fram til igjen dersom det skulle bli behov for det.

Endre ”diverse”- opplysningar / legge inn merknader:

Stå i fana ”kontaktpersoner” i pasientens brukerkort. Dobbelklikk på den kontaktpersonen du skal endre opplysningar på. Gjer dei aktuelle endringane, LAGRE.

Dersom du skal gjere endringer i felt som er grå (= ikke aktive felt), sett markøren i feltet ”forbindelse” (her står ett nummer, du skal ikke fjerne dette, kun sett markøren før tallene) og trykk på F5 knappen. Du får no opp bildet ”ajouhold forbindelse – endre”, og kan endre namn / telefonnummer / adresse.

SETTE INN JOURNALANSVARLEG	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 09/13, 02/16
Erstatter: Ny 2009	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

For SOMS / HBO/Fysio er dette avdelingsleiar

For Psykisk helse er dette Psykiatrisk Sjukepleiar

For Prestemarka butilbod er dette Einingsleiar

- Finn pasienten i hovedbiletet i Profil, marker namnet, slik at linja vert blå.
- Gå opp på øverste menylinje, velg "ajourhold bruker" og "rolle bruker" i menyen som kjem fram.
- I feltet "Initialer" fyller du ut initialane til den som skal settast inn som journalansvarleg.. (Brukarnamn i Profil). Du kan også søke opp personen ved å bruke microsøk (= trykk mellomromtast + TAB samtidig), og velge rett person i operatørlista du får opp. Trykk "TAB"
- Velg "journalansvarleg" i den kvite boksa "rollen". Trykk "TAB"
- Fyll ut "fra dato"
- Lagre og lukk boksen.
- Dersom nokon er registrert som journalansvarleg frå før, vil du få varsel om dette, velg «ja», så vert journalansvarleg endra.

REGISTRERE / AVSLUTTE MIDLERTIDIG OPPHØR	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 2011	Revidert 06/13, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Midlertidig opphør skal registrerast når ein pasient i ei kortare eller lengre periode ikkje har behov for tenestene han /ho har fått vedtak på. Oftast vil dette vere i samband med innlegging i sjukehus / korttidsopphald sjukeheim. Det kan og vere at pasienten er på besøk hos, evt. har besøk av, pårørende som tek over oppgåvene for eksempel heimesjukepleien gjer til dagleg.

Ved innlegging i sjukehus skal ein registrere midlertidig opphør både på korttidsopphald i sjukeheim (**viktig for å få korrekt fakturering av tenesta**), heimesjukepleie (**viktig for at arbeidslister skal være korrekte**), middag, og kanskje også fleire tenester. Ein skal ikkje registrere midlertidig opphør på tenester som går som vanleg sjølv om pasienten er innlagt (omsorgsbustad, trygghetsalarm).

Registrer midlertidig opphør:

Gjerast på kvar teneste som skal ha det, men på grunn av arbeidslister frå Profil er det spesielt viktig at dette er ajourholdt på tenestene heimesjukepleie og korttidsopphald:

- Stå på pasienten sitt navn i brukerlista
- Gå til menylinja øverst i skjermbildet, velg "Ajourhold brukar" → "midlertidig opphør"
- Pass på at du står på tenesten du skal registrere midlertidig opphør for (velg i lista i nederste del av bildet)
- Velg "sett inn", og fyll ut linja som kjem opp med frådato og «fråvakt» I feltet "årsak" velges mellom tre ulike årsaker: ferie, avlastning og institusjonsopphald. → OK. (Kan evt. stå blank dersom ingen av valga passer.

Avslutt midlertidig opphør:

- Når pasienten på ny treng tenestene som er tildelt, avslutter ein det midlertidige opphøret ved å fyller ut "til" dato og «tilvakt».
- Fravakt: her velges **første** vakt der pasienten ikkje skal ha tjenesten, Tilvakt: her velges **siste** vakt der pasienten ikkje skal ha tjenesten.

REGISTRERE OPPHALD I SPESIALISTHELSETENESTA	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert 03/13, 02/16
Erstatter: Ny 2011	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Når ein pasient har eit opphald i spesialisthelsetenesta (sjukehus, rehabiliteringsopphald, m.m.) skal dette registrerast i Profil. Opplysningane inngår i den årlege kommune – stat rapporteringa.(KOSTRA-rapporteringa)

Registrer opphald i spesialisthelsetenesta slik:

- Marker pasienten sitt namn i brukerlista. I menyen øverst i skjermbildet, velg ”IPLOS” → spesialisthelsetjenester.
- Stå i ”forbindelse”, trykk F5, og velg fra lista over forbindelser, for eksempel Ålesund sjukehus.

Dersom du ikkje finn den forbindelsen du treng, må den leggest til som ny forbindelse, sjå eiga prosedyre. Husk at berre avdelingsleiar eller systemadministrator kan legge til forbindelsestypen «Foretak»

IPLOS- REGISTRERING	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13, 12/15
Erstatter: Ny 2009	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

IPLOS-registrering er pålagt frå Sosial- og helsedirektoratet, og er ein del av den årlege kommune-stat (KOSTRA) rapporteringa. IPLOS-opplysningane om den enkelte pasient / brukar skal alltid være oppdatert. Endringar i helsetilstand / hjelpebehov skal alltid utløyse gjennomgang og evt. endringar i IPLOS-registreringa. Opplysningar om IPLOS og IPLOS-variablane finn du i heftet ”IPLOS - Rettleiar for personell i kommunale helse- og sosialtenester”. Som eit minimum skal IPLOS registrering for alle pasientar / brukarar gjennomgå to gonger pr. år. (Før sommaren og til jul).

IPLOS-registrering i Profil skjer på tre ulike stader:

1. Bistands- og assistansevariabler

Marker pasienten i brukerlista, slik at linja med namnet er blå.

Velg IPLOS på menylinja øverst i bildet, og velg ”bistands- og assistansebehov” i menyen som kjem opp.

Om dette er første IPLOS-registreringa på pasienten / brukaren:

Det kjem det opp ei blank side.

→ Sett inn ny rad

Skriv inn dato for registreringa (datoen kan settast tidligare enn dagens dato)

→ Trykk TAB, du får no opp bistandsvariablane.

→ Fyll ut verdiane. Bruk om nødvendig IPLOS-rettleiaren (ligg i primærhyllene)

Om det tidlegare er registrert IPLOS verdiar på pasienten / brukaren:

Du får opp den tidlegare registreringa.

→ Sett inn ny rad

Skriv inn dato for registreringa (datoen kan settast tidligare enn dagens dato)

→ Trykk TAB, du får no opp bilstandsvariablane i tillegg til spørsmål om du ønsker å kopiere tidlegare registrering. Dersom ikkje endringane er store, trykk ”Ja”, og endre dei variablane som skal endrast. Om du trykker ”Nei”, fyller du ut alle variablane på nytt.

Trykk LAGRE og lukk vinduet.

2. IPLOS-opplysninger på brukerkortet til pasienten / brukaren.

Ta opp pasienten sitt brukerkort. Velg fana ”Iplos” og fyll ut i felte ved å velge alternativa som kjem fram når du klikker på kvart felt.

Ikkje fyll ut felte ”vurdert av lege” og ”vurdert av tannhelsepersonell” dei er ikkje obligatoriske, og dersom dei ikkje vert vedlikehaldt vil vi få feilmeldingar etter IPLOS-rapporteringa.

3. Reservasjon diagnose

Denne variabelen finn du på pasienten sitt brukarkort, fane ”bruker”, nesten nederst til venstre. Velg ”ja” eller ”nei”. Pasienten / brukaren skal informerast om at han / ho har rett til å reservere seg, Dette skal skje ved at brosjyra ”Informasjon om IPLOS-registeret” frå Sosial- og Helsedirektoratet skal leverast ut til alle brukarar saman med søknadsskjema når ein søker om tenester.

OVERFØRE PASIENT TIL SOMS (KORTTIDSOPPHALD)	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13, 02/16
Erstatter: Ny 2009	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Prosedyra gjeld både når pasienten har tenester frå anna distrikt i utgangspunktet, og når det er snakk om ein ny pasient som for eksempel kjem frå sjukehuset.

Når ein pasient får korttidsplass på SOMS, må tenesta ”korttidsplass” tildelast. Sjå prosedyre ”Sette inn teneste”. Sakshandsamar ved koordinerande eining har ansvar for å sette inn tenesta når denne vert tildelt. Når pasienten kjem til avdelinga, skal han/ho skrivast inn via modulen ”Plassadministrasjon” av avdelingsleiar på SOMS. Dersom pasienten kjem til avdelinga etter at avdelingsleiar har gått for dagen, må pasienten skrivast inn tidlegare på dagen.

Det er ikkje nødvendig å endre distrikt.

OVERFØRE PASIENT TIL SOMS (LANGTIDSOPPHALD)	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13, 02/16
Erstatter: Ny 2009	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Når ein pasient får langtids plass, tildelast tenesta "langtids plass". Sjå prosedyre "Sette inn teneste". Tenesta skal leggest inn i etterkant av inntaksmøte av sakshandsamar ved koordinerande eining. Når pasienten kjem til avdelinga, skal han/ho skrivast inn via modulen "Plassadministrasjon" av avdelingsleiar ved SOMS. Distrikt skal no endrast til "Skodje omsorgssenter".

Husk også at adressa til pasienten skal endrast.

Avslutt alle andre tenester. (Nesten – kanskje skal personen framleis ha f.eks. støttekontakt?)

AVSLUTTE JOURNALEN TIL EIN PASIENT / BRUKAR	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 2015	Revidert: 01/17
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter: Arkivlova, Journalforskrifta	

Ein journal skal avsluttast i Profil når ein brukar:

- Døyr
- Eller av anna årsak ikkje lenger treng tenester frå kommuna.

Oversikt over ansvarleg for å avslutte journalar i dei ulike einingane:

Eining:	Ansvar:
Heimebasert omsorg	Administrativ koordinator
Skodje omsorgssenter	Administrativ koordinator
Bukollektivet SOMS	Administrativ koordinator
Prestemarka	Profilansvarleg? Einingsleiar?
Psykiatritenesta	Primærsjukepleiar
Fysioterapitenesta	Primær fysioterapeut
Koordinerende eining	Sakshandsamar

Før journalen avsluttast, må følgande kontrollerast:

1. Skal alle tenestene avsluttast?

Ver særleg merksam dersom brukaren har tenester frå ei anna eining i kommuna. Dersom eit anna distrikt framleis skal yte tenester, må det endrast distrikt på brukaren. For eksempel frå Heimetenestene til Psykisk helse. Dersom ikkje tenestene skal avsluttast, skal heller ikke pasientjournalen avsluttast.

Sjekk tenestene brukaren har, og vurder om alle tenestene kan /skal avsluttast. Eksempel:

- Tekniske hjelpemiddel, hjelpemidla må registerast innlevert før ein kan avslutte tenesta.
- Fysio: Kan avsluttast, men fysioterapeut må få beskjed.
- Heimehjelp: Kan avsluttast, men merkantil (Kjell Lidvar) ved HBO må få beskjed.

- Tenester frå psykiatritenesta: Avsluttast etter avtale med psykiatrisk sjukepleiar.
- Inneliggande ved SOMS: Gi beskjed til administrativ koordinator dersom pasienten døyr.
- Kjøp /utkjøring av mat: gi beskjed til kjøkkenet.
- Tryggleiksalarm: Vaktmester må ha beskjed. Sluttdato for tenesta skal settast til siste dag i påbegynt månad.

2. Ligg det journalpostar i postjournalen som ikkje er ferdigstilt?

Alle journalpostar må ferdigstillast før brukaren vert avslutta. Dette for å sikre at arkivet er fullstendig. Som hovudregel er det den som har oppretta journalposten som skal ferdigstille den. Ei sak kan ikkje ferdigstillast før alle tilhøyrande journalpostar er ferdigstilt. Dersom ein journalpost ikkje er ferdigstilt, meld frå til den som oppretta journalposten om å ferdigstille den. Ein må vente til alle journalpostane er arkivert før ein ferdigstiller saka. (Vent minst 15 minutt etter ferdigstilling av journalpostar.)

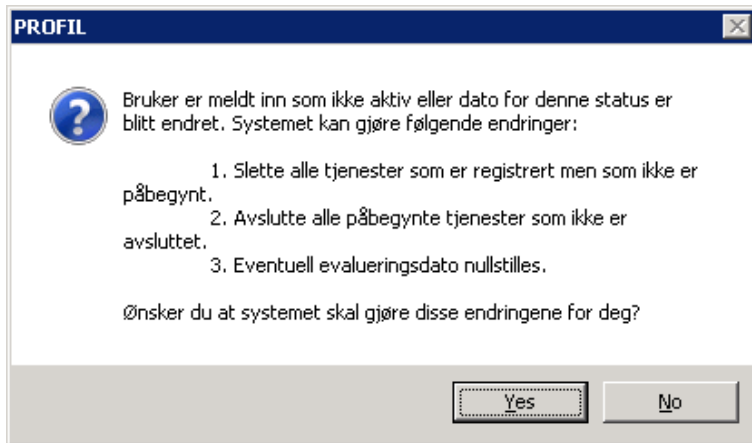
Avslutt pasient:

Dette gjer ein ved å åpne brukaren sitt brukarkort, og gå til fana «Brukerdetaljer», og endre status frå «Aktiv» til eit av dei andre valga:

- **Arkivert:** Brukast når ein person er registrert inn i Profil, og det seinare viser seg at han / ho likevel ikkje treng tenester.
- **Død:** Brukast når ein person er død.
- **Flyttet:** Brukast når ein person har flytta frå kommuna.
- **Frisk:** Brukast når personen er frisk, og derfor ikkje lenger har behov for teneste.
- **Behov opphørt:** Brukast når personen ikkje lenger ønsker teneste frå kommuna.

Alternativa er til tider flytande, berre vala «flyttet» og «død» er absolutte, medan det er flytande grenser mellom «frisk» og «Behov opphørt»

Når det er valt ny status, LAGRE. Du får opp følgande informasjonsboks:



Trykk «Yes».

Brukaren er no deaktivert. Han / ho kan hentast fram igjen om det vert behov for det, ved å legge inn hake på menyvalget «Vis» → «Ikke aktive brukere», og så søke opp pasienten på vanleg måte. Statusen kan også endrast tilbake til «aktiv» om personen treng tenester frå kommuna på eit seinare tidspunkt.

SKANNING AV DOKUMENT TIL POSTJOURNAL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 12/15
Erstatter: Ny 2015	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

For detaljer, sjå «Prosedyre for skanning»

Søknader, klager og andre brev / dokumenter som skal registrerast i pasientjournalen skal skannast inn. Det samme skal dokument som i utgangspunktet høyrer til i pasientjournalen, dersom sakshandsamar nyttar opplysningane i dokumentet i handsaminga av ein sak. I slike tilfeller skal dokumentet skannast både til postjournal og til pasientjournal.

Skanning utførast av:

SOMS / HBO: administrativ koordinator

Psykiatrisk teneste: Psykiatrisk sjukepleiar

Prestemarka: Einingsleiar og systemansvarleg Profil

Koordinerande eining: Sakshandsamarar

Fysioterapitenesta: Sakshandsamar KE

Når ein mottok dokument som skal skannast inn, les gjennom dokumentet og vidarefør evt. beskjeder som ikkje kan vente. Når du har forsikra deg om at alle viktige beskjeder er vidareført, legg dokumentet til skanning i posthylla til den som skal skanne.

Etter at eit dokument er skanna inn i Profil vert det arkivert i pasienten sitt brukarkort, under fana postjournal, og ein kan finne dei igjen her.

Pasientinformasjon som vert motteke elektronisk, vert automatisk lagt rett inn i pasientjournalen. Det vil då ikkje lenger være behov for å skanne inn desse opplysningane. Dersom ein mottok same informasjon i papirformat, skal papirversjonen makulerast.

SKANNING AV DOKUMENTER TIL PASIENTJOURNAL (EPJ)	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny Desember 2015	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Dokument som inneheld helseopplysningar eller er grunnlag for helsehjelp, skal skannast til pasientjournalen Dette kan vere brev frå lege eller anna helsepersonell eller helsetenester. Dersom sakshandsamarar skal nytte opplysningane i dokumentet i handsaminga av ein sak, skal dokumentet skannast både til postjournal og til pasientjournal. Når ein mottok dokument som skal skannast inn, les gjennom dokumentet og viderefør evt. beskjeder som ikkje kan vente. Dette er beskjeder som for eksempel medikamentendringar, at pasienten skal til lege, prøver som må takast, eller andre ting. Når du har forsikra deg om at alle viktige beskjeder er videreført, legg dokumentet til skanning i posthylla til den som skal skanne.

Skanning utførast av:

SOMS / HBO: administrativ koordinator

Psykiatrisk teneste: Psykiatrisk sjukepleiar

Prestemarka: Einingsleiar og systemansvarleg Profil

Koordinerende eining: Sakshandsamarar

Fysioterapitenesta: Sakshandsamar KE

Når dokumentet er skanna inn i Profil finn ein det igjen i pasientjournalen under tiltaket «Scanna dokument».

Pasientinformasjon som vert motteke elektronisk, vert lagt rett inn i pasientjournalen. Det vil då ikkje lenger være behov for å skanne inn desse opplysningane. Dersom ein mottok same informasjon i papirformat, skal papirversjonen makulerast.

PROSDYRE FOR SKANNING	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny Desember 2015	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter: Arkivloven	

Skodje kommune har fullelektronisk arkiv for pasientjournal og postjournal, og skal ikkje ha papirarkiv i tillegg. Det vil sei at alt som er arkivverdig skal skannast inn i enten postjournal eller pasientjournal.

Skanning av dokument:

Kopimaskin med equitrac vert nytta til skanning.

- Logg på og velg: kopiering- Sharp OSA – skanning av dokumenter.
- Velg kvar dokumentet skal skannast til, valga er:

PM	Prestemarka
Psykiatri	Psykisk helseteneste
SOMS	SOMS og HBO
- Velg filformat, alltid PDF
- Trykk Skann
- Angi om dokumentet som skal skannes (papirkilden) er en eller tosidig, om det skal skannes i sort/hvitt eller farge. Velg kvalitet på skanningen. Dersom dokumentet er handskreve eller har fotografi, velg HØG kvalitet på skanninga (dersom biletet er i fargar, velg i tillegg skanning i farge, elles kan kvaliteten vere normal.
- Skann

Dersom du legg dokumentet på glassplata, må du legge neste side på og velge «start» dersom dokumentet har fleire sider. Du kan skanne så mange sider du vil. Når siste side er ferdig skanna, velg «les-slutt».

Når eit dokument er skanna inn, importerast det inn i Profil, enten til postjournal eller til pasientjournal (EPJ). Søknader, klager, møtereferat og alle brev / uttalingar o.s.v.. som har med sakshandsaming å gjere, eller ellers har verdi for kommuna vert scanna til postjournalen. Til pasientjournalen scannar ein medisinsk / fagleg informasjon som ikkje er relatert til

sakshandsaminga, sjukepleierapportar og liknande som kjem som ordinære brev. Dersom dokumentet og er relatert til sakshandsaminga skal det skannast inn i både postjournal og pasientjournal. Sjå vedlegg 12 for rettleiande oversikt over kvar det enskilde dokument høyrer til, og vedlegg 13 for skrivereglar med tanke på kva tittel (emne) ein nyttar ved registrering av dokumentet.

Hente dokument inn i postjournalen.

Logg inn i Profil.

Gå til pasienten sin postjournal, og sett inn ny rad. Fyll ut bildet, husk å sette «type» til «inn», for å markere at dette er eit inngåande dokument. Velg «Tekst», og svar ja på spørsmål om lagring. I bildet som kjem opp henter du dokumentet under «Soms(\\:fps.filserver\overforing...» I psykiatritenesta og i Prestemarka vil ein tilsvarende finne fila i Psykiatri(\\:fps.filserver\overforing...) og Prestemarka(\\:fps.filserver\overforing...) Filnavnet vil vere tidspunkt for skannig. Velg rett dokument, og trykk «open». Dobbelsjekk at dokumentet du har valgt er rett, før du vel «lagre» Du vil no få spørsmål om du ønsker å slette fila, svar JA på dette.

Åpne dokumentet på nytt, ved å trykke på «Tekst». Kontroller at kvaliteten på det innskanna er tilfredsstillande. Vær særskilt merksam på:

- Dokument med fleire sider
- Handskrivne dokument
- Dokument med skrifttype / -størrelse som er vanskeleg å lese
- Bilete

Dersom kvaliteten er for dårleg, må dokumentet skannast og importerast på nytt, evt. med høgare kvalitet på skanninga

Kontroller at fila er sletta:

Når du er ferdig, åpner du filmappa, ikon på nederste menylinje:



og ser til at mappa SOMS/Psykiatri/Prestemarka(\\fps-filserver1\overforing\profil\skodje)(N:) er tom. Dette for å sikre at fila er sletta, og ikkje kan åpnast av uautorisert personell.

Hente dokument inn til Pasientjournal:

Logg inn i Profil, og gå til pasientjournalen. Velg tiltaket skanna dokument og sett inn ny rad. Skriv kort i rapportfeltet kva dokument som skal importerast. Lagre, og hent dokumentet inn ved hjelp av blyantikonet på øverste menylinje. Du får opp dialogboks, velg «Last skannet dokument» og «Lag vedlegg». Finn rett dokumentet i filutforskaren som kjem opp og hent det inn. Husk å slette fila etterpå. Kontroller at fila er sletta (sjå over)

IKONMENYER I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13, 02/16
Erstatter: Ny 2011	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Når du er logga inn i Profil, arbeider du ofte med ikonmenyane som ligg øvst og til venstre i skjermbiletet. Det er lett for at disse ”forsvinn” innimellom. For å ta dei opp igjen gjer følgande:

Ikonlinja til venstre i skjermbiletet:

- Stå på den grå linja heilt til venstre i skjermbiletet
- Høgreklikk
- Pass på at følgande valg er haka av:
 - Framebar
 - Framebar 6
 - Sheetbar 2
 - Sheetbar
 - Sheetbar 3
 - Sheetbar 4
 - Sheetbar 6
 - Sheetbar 5
 - left
 - Show power tips

Du må høgreklikke for kvart valg, då menyen vil forsvinne kvar gong du hakar av / tek vekk ei hake.

Ikonlinja oppe i skjermbiletet.

- Stå på den grå linja som ligg under menylinja
- Høgreklikk
- Hak av på dei samme valga som er nevnt ovanfor, men hak av for ”top” i staden for ”left”

HUSKELAPP I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert 05/14, 02/16, 10/16
Erstatter: Ny 2011	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

SKRIV HUSKELAPP:

Før du skriv ein huskelapp, sjekk om det er skrevet ein tilsvarende huskelapp frå før! (Sjå avsnitt: «Les, skriv ut eller endre huskelapp».)

- Bruk snarvei ”Skriv en huskelapp” i verktøylinja til venstre på skjermen.
- Vinduet ”huskelapp” vil åpne seg.
- Markøren vi stå i feltet ”forfall”. Fyll ut datoen du vil at beskjeden skal leses. Det er ikke nødvendig å sette inn klokkeslett.
- Trykk på TAB → markøren hopper til feltet ”vakttype” og velg aktuell vakttype.
- TAB → går til feltet ”initialer” Sett inn avdelingskode for den avdelinga som skal lese huskelappen.
- TAB → går til feltet ”løpenummer”. Dersom beskjeden gjeld ein spesiell pasient trykk på knappen F5 øverst på tastaturet ditt. Du får da opp pasientlista. Trykk på knappen «utfør søk» Velg aktuell pasient, trykk OK. (OBS: ikke nødvendig dersom beskjeden ikkje gjeld ein spesiell pasient)
- TAB → går til feltet ”angående” skriv overskrift om ønskelig – ikke nødvendig
- TAB → går til feltet ”tekst”, skriv beskjeden.
- Trykk på ”OK”
- Beskjeden er no lagra i systemet.

LES, SKRIV UT ELLER ENDRE HUSKELAPP:

- Bruk snarveg ”les huskelapp” i ikonlinja til venstre på skjermen.
- Velg den aktuelle avdelingskoden.
- Velg periode, du kan ta en enkelt dag, veke, eller fleire dager, sett inn datoen(e)
- Trykk ”hent”

Det kjem opp ei liste over alle beskjedane som ligg inne for perioda du valgte. Du kan lese ein og ein ved å dobbelklikke på beskjeden. Når beskjeden er åpna kan du også endre / føye til om det trengs.

Du kan skrive ut alle beskjedane ved å velje knappen «skriv ut» til høgre i bildet.

- Du kan endre / føye til på beskjeden om det trengs, sjølv om ein annan har skrevet beskjeden i utgangspunktet.

AVDELINGSKODER HUSKELAPP:

Avdeling:	Avdelingskode:
SOMS Avdeling 1	AVD1
SOMS Avdeling 3/4	AVD34
SOMS Bukollektivet	BUKOL
HBO	HSPL

MØTEREFERAT I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert
Erstatter: Ny 11/2016	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Innkalling til møte:

Møteinnkalling lagast i Postjournalen.

Legg inn ei ny registrering i postjournalen.

Emne = Innkalling til (type møte)møte (dato for møte)

Fyll ut feltet «saksbehandlar» med dine Profilinitialer, velg «Type» Ut, og trykk på «Tekst»

Velg malen B-MØTE i lista som kjem opp. Fyll ut malen, lagre og skriv ut innkallinga. Lukk bildet, og hak av for ferdigstilt i registreringsbildet. OK.

Møtereferat i pasientjournalen:

Referat frå faglege møter skal skrivast i pasientjournalen under Notat – Kontakt lege/nettverk- Møtereferat:

Sett inn ei rad. Skriv i rapportfeltet kva møte ein har hatt og dato for møte. Lagre. Opne referatmalen ved å trykke på blyantikonet på øverste menylinje. Velg «Lag Word-dokument», og «Lag vedlegg» Velg malen «Møtereferat» frå lista, fyll ut og skriv referatet. Lagre. Skriv ut så mange kopier som skal sendast ut.

Utsending av møtereferat

Møtereferat som er skreve i pasientjournalen skal registrerast i postjournalen på følgande måte:

Legg inn ei ny registrering i postjournalen,

Emne = «Utsending ref. etter (type møte)møte, (dato for møte)»,

Saksbehandlar = dine profilinitialer,

Type = Ut.

Trykk på «Tekst»

Velg malen REF-MØTE i lista som kjem opp. Fyll ut med alle som får tilsendt referatet, samt henvisning til kvar originalt referat ligg og datoen det er skrevet. Lagre og lukk bildet. Hak av for «Ferdigstilt» i registreringsbildet.

Referat frå møter der referatet skal skrivast i postjournalen.

Sett inn ny linje i postjournalen,

fill ut felta

«Emne» = Referat etter (type møte)møte, (dato for møte),

«Type» = Ut, og

«Saksbehandler»= dine initialar i Profil.

Tykk på Tekst og velg malen «B-mref». Fyll ut, og skriv ut så mange eksemplar som skal sendast ut. Når ein har fylt ut feltet «kopimottakarar» i denne malen er det ikkje naudsynt å lage eige dokument for utsending av møtereferatet.

Elektronisk pasientjournal

EPJ – ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert 03/13, 02/16
Erstatter: Ny 2009	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Elektronisk pasientjournal i Profil er den delen av programmet der ein dokumenterer helsehjelpa.

Pasientjournalen har ti ulike arkfaner.

- Plan / rapport: her skrives rapporter. Ein kan og lese tidlegare rapporter her.
- Hovedkort: Sammenstilling av opplysninger tilknytta pasienten, som er lagt inn andre stadar i Profil. Hit hentes opplysninger om personalia, kontaktpersoner, diagnoser, cave, medisiner, tenester og sammenfatninger. En del av opplysningene kan velges inn eller ut av sammenstillingen
- Oversikt plan / rapport: Her kan en lese rapporter basert på utvalg ut i frå ulike kriterier.
- Elektroniske meldinger: Lese / behandle mottatte elektroniske meldinger på den enkelte pasient
- Diagnoser: Pasientens diagnoser
- Medisiner: Pasientens medisiner
- Foreskrivingsmodul: Ikkje i bruk pr. no
- Cave / allergi: Pasientens caver /allergier
- Skjema: Her kan en hente frem ulike forhåndsdefinerte skjemaer frå malbasen. Skjemaene vert ikkje låst for endringer før dei settast til avslutta, fleire pleiarar kan dermed registrere på same skjema over tid.
- Målinger: Her kan en legge inn ulike målinger. Kva som kan legges inn er forhåndsdefinert. Blodtrykksmåling har fleire variablar, og vert i tillegg lagt inn saman med pulsmåling, og skal leggest inn slik: overtrykk/undertrykk/puls.

Det er laga eiga prosedyre for å sikre at pasientjournalen har høg kvalitet: «Sikre kvalitet i elektronisk pasientjournal».

SIKRE KVALITET I ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 05/14	Revidert: 10/14, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter: Forskrift om pasientjournal §8. Norm for informasjonssikkerhet	

Brukarkort:

Viktig at dette er korrekt, da hovudkortet hentar opplysningar frå brukarkortet. **Oppdatert Hovedkort skal skrivast ut og oppbevarast i eigen perm, som backup i tilfelle systemet er nede!** Ajourføres med:

- Personnummer, sivil status og bustadsadresse
- Distrikt og evt. sone
- Forbindelser, herunder: næraste pårørande, fastlege, primær- og sekundærkontakt, obs evt. hjelpeverge

IPLOS – fullverdig registrering inneheld:

- Oppdaterte Bistands- og assistansevariabler
- Boligtype
- Samfunnsdeltaking
- Tenestetype og - mengde
- Evt. bruk av tvang

Skal ajourhaldast ved alle endringar, både forbigåande (for eksempel ved infeksjonar eller skadar) og varige (for eksempel forverring / forbetring av kjent sjukdom).

Diagnoser og evt. cave:

- Opplysningar som leggst inn her skal bekreftast av fastlege. Kun viktige / hoveddiagnoser legges inn.

Journalansvarleg:

SOMS / HBO = avdelingsleiar	Fysioterapi = xxxxxxxxxxx?????????
Psykisk Helse = Annan psyk.spl enn primærkontakt	Prestemarka = Einingsleiar

Pleieoppdrag (gjeld HBO):

- Sikre at bruker har oppdatert pleieoppdrag

- Bruk planområder og / eller tiltak som stikkord.
- Baser pleieplanen på IPLOS bistands- og assistansevariabler
- Tilknyttast PPS prosedyrer når slike brukes.

Rapport:

- Sikre at aktuelle tiltak er lagt inn
- Sikre at uaktuelle tiltak vert avslutta
- Sitkkprøver av at rapporter førast mot rett tiltak
- Alltid sjukepleierapport etter legemøte /-visitt
- Alltid rett dato og prioritet

Medikamentkort:

- Alle registrerte medikament, skal vere kontrollert
- Ved med.endringar skal ny utskrift takast med og leggas i heimejournalen til brukaren.

Sammenfatning:

- Skal oppdateres ved endringer. Fatt deg i korthet. Se prosedyre «Lage sammenfatning»

Skjemabehandling:

- Brukast til å lage relevante skjema / lister. For eksempel eliminasjon, blodprøvesvar, m.m.

Målinger:

- Skal nyttast til å registrere faste målinger, over tid eller i periodar, som til dømes blodsukker, vekt, oksygenmetning, BT/puls m.m.

Konsultasjon (gjeld SOMS):

- Tilsynslege SOMS skal dokumentere her (gjeld ikkje bukollektivet)

Registrert samtykke:

- Kontrollere at pasienten har underskrevet samtykke, og at dette er registrert under Ajourhold bruker→samtykkeregime→informert samtykke

Revisjon:

- Primær- og sekundærkontakt er ansvarleg for revisjon av journalen kvar 4-6 veke.
 - Revisjon av EPJ skal dokumenteres under: Notat – Pleieplan – Revisjon EPJ
- Journalansvarleg er ansvarleg for å ta stikkprøver av journalane
- Som ett hjelpemiddel for å holde oversikt, kan en bruke vedlegg 8: Revisjonsskjema EPJ

DOKUMENTERING NÅR EIN IKKJE HAR TILGANG TIL PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Det kan være fleire årsaker til at ein ikkje får rapportert i Profil, blant anna:

- Straumbrot
- Oppdatering av systemet
- Mangler brukarnamn / passord
- Gløymt brukarnamn / passord
- Har ikkje tilgang til pasienten

Uansett årsak, når ein ikkje kjem inn i Profil, skal utført helsehjelp likevel dokumenterast.

Ein nyttar då eige skjema:

- Skriv rapporten på «Skjema manuell dokumentering» (Vedlegg 3)
- Når ein på ny har tilgang til Profil, skannast rapporten inn i Profil. Administrativ koordinator gjer dette for SOMS og HBO.
- Den skanna rapporten tilbakedaterast, slik at den har korrekt dato.

SETTE INN PLANKATEGORI, PLANOMRÅDE OG TILTAK, SKRIVE RAPPORT	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 2009	Revidert 03/13, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Rapportering skal skje i forhold til tiltaka som er lagt inn på pasient / brukar. Du må gjennom tre nivå før du kjem til rapportskrivinga.

Dei tre nivåa er:

- a. Plankategorier F.ex.: Notat, Ivareta egen helse, Miljøterapi/praktisk bistand
Kvar plankategori kan berre settast inn EIN gong pr. pasient / brukar
- b. Planområde F.ex.: Ernæring, fysisk aktivitet, beslutninger i dagleglivet, m.m.
Kvart planområde kan berre settast inn ein gong pr. pasient/bruker.
- c. Tiltak F.ex.: spise /mat, adm. av medisiner, hjelpemidler m.m. Kvart tiltak kan berre settast inn ein gong pr. pasient/bruker.

Først når alle tre nivå er sett inn, kan ein begynne å skrive rapporter i Profil. Rapportane skal skrives på nivå tre, tiltak.

**For val av planområder, plankategorier og tiltak henvisast det til dokumentet
«Standard for dokumentasjon i Profil For Skodje Kommune»**

Sette inn nivå

Åpne pasientjournalen ved hjelp av ikonet ”pasientjournal” på menylinja på venstre side av skjermen. Du får nå opp pasientlista.

- Velg den pasienten du skal arbeide med ved å dobbelklikke på navnet i lista, du får nå åpna pasientens / brukarens journal. **Dersom det er eit rødt flagg bak pasientens navn, betyr dette at det ikkje finns aktive plankategorier i pasienten si mappe.**

Sett inn plankategori:

- Stå på pasienten sitt navn, i fanarket ”plankategorier” til høyre i skjermbildet. Trykk på ”sett inn ny rad” (knapp på øverste ikonlinje i skjermbildet) Velg plankategorien du vil sette inn i rullegardinmenyen i plankategorifeltet. LAGRE.

Sett inn planområde:

- Gå til plankategorien som ligg under pasientnamnet, sett inn ny rad, velg ønska planområde. LAGRE.

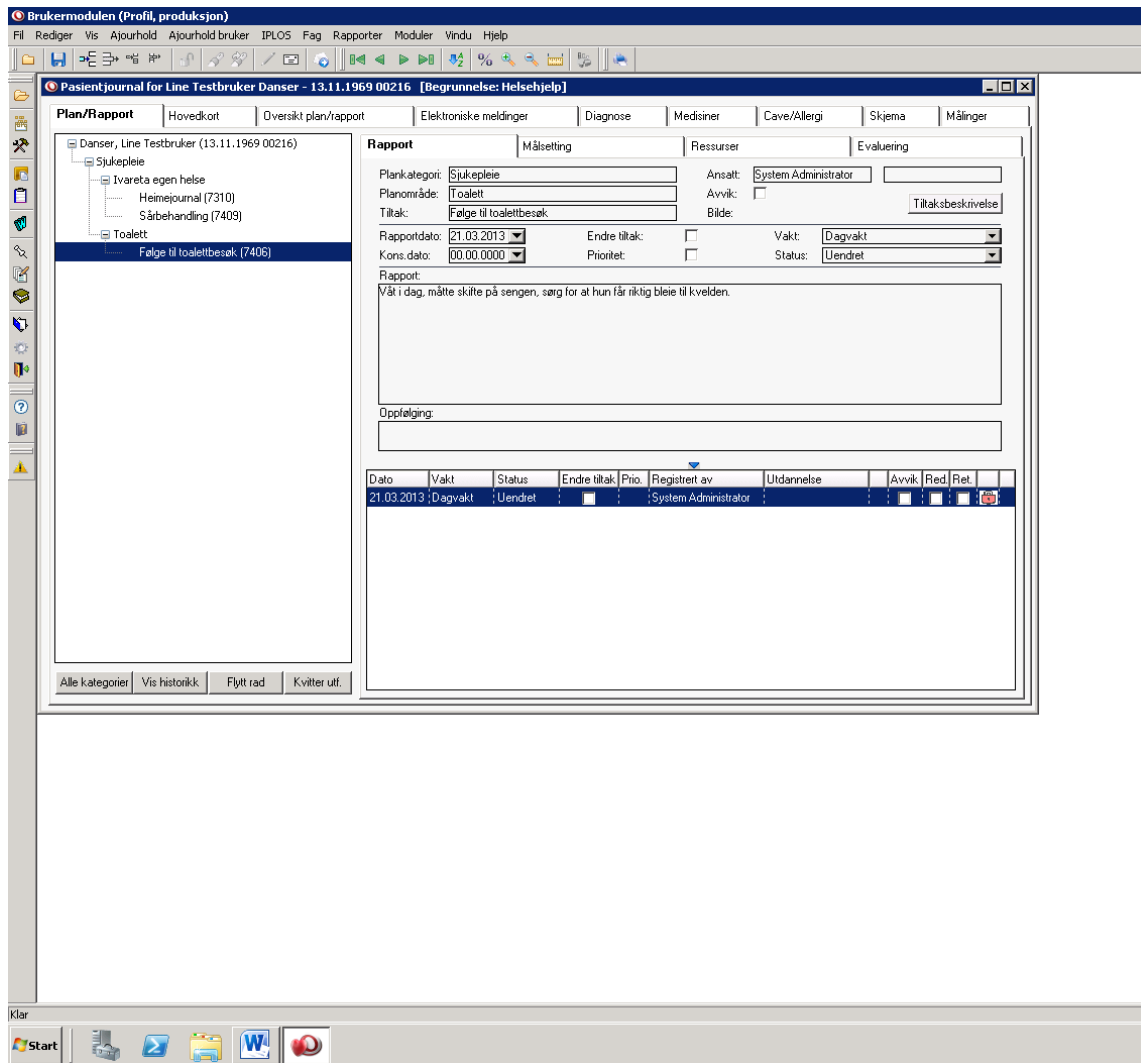
Legg inn et tiltak:

- Gå til ønska planområde, sett inn ny rad, velg ønska tiltak. LAGRE.

NB: Det er viktig å være restriktiv. Sett kun inn tiltak det er behov for, og avslutt tiltak dersom det ikkje er behov for dei lenger. Husk at pasientjournalen skal være mest mulig oversiktig!

Rutiner for rapportering:

1. I utgangspunktet skal ein kun skrive rapport ved avvik frå det normale, eller om forhold skal oppfølgast eller observerast særskilt.
2. Når det ikkje har skjedd noko som krev særskilt rapportering, skal ein kun kvittere for utførte oppdrag. Ein nyttar då knappen «Kvittere utf.», som ein finn nederst på navnelista i pasientjournalen. Sjå prosedyre «Kvittere for utførte tiltak».



3. Når det har skjedd noko som må rapporterast, gjer ein følgande: gå til det aktuelle tiltaket og sett inn ny rad. Skriv rapporten i feltet "rapport" Hak eventuelt av for «prioritet». Dersom du skriv rapport på aften- eller nattevakt, husk å velge vaktype overfor rapporteringsfeltet. LAGRE.

PPS (PRAKTISKE PROSEDYRER I SYKEPLEIEN) I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

PPS er ferdiglaga prosedyrer for ulike praktiske sjukepleietiltak, så som kateterisering, stell av ulike typer sår, stomier, tømmingsregimer, o.s.v. Prosedyrene er svært godt grunna i forskning. Her er og mykje bakgrunnsstoff, og ulike testar ein kan ta for å friske opp på kunnskapane sine om dei ulike områda.

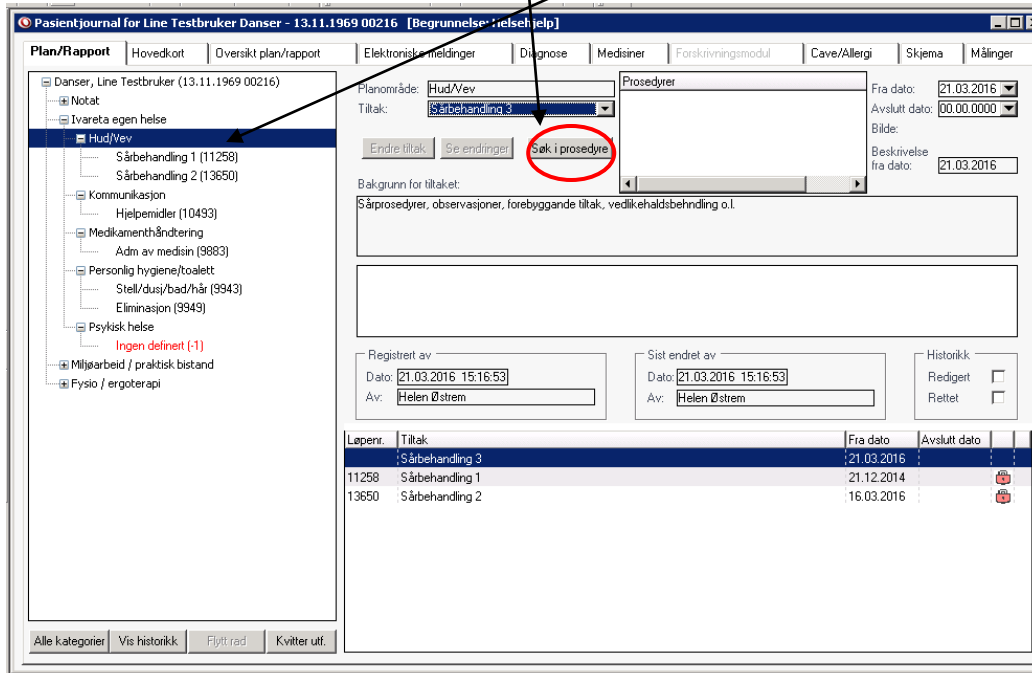
For å legge inn ei prosedyre, gjerast følgande:

Eksempelet viser korleis ein sett inn prosedyre

- Åpne pasienten sin journal.
- Sett inn plankategori og planområdet du treng (dersom dei ikkje er lagt inn frå før).
Stå på planområdet sett inn ny rad og velg tiltaket prosedyra skal knyttast opp mot.
LAGRE.
- NB: Dersom tiltaket allereie er i bruk, må det først avsluttast, for så å settast inn på nytt

The screenshot shows the 'Pasientjournal for Line Testbruker Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]'. The 'Plan/Rapport' tab is active. In the left-hand tree view, 'Ivareta egen helse' is selected, with its sub-items 'Personlig hygiene/toalett' and 'Eliminasjon (9627)' circled in red. On the right, the form shows 'Planområde: Personlig hygiene/toalett', 'Tiltak: Eliminasjon', and 'Prosedyre:' with a 'PPS' button. The 'Bakgrunn for tiltaket:' field contains the text 'Urin, avføring, oppkast o.l. Veiledning og tilrettelegging.'

- Stå på Planområdet der du satte inn tiltaket, slik at det er merka blått. Trykk på knappen «søk i prosedyre»

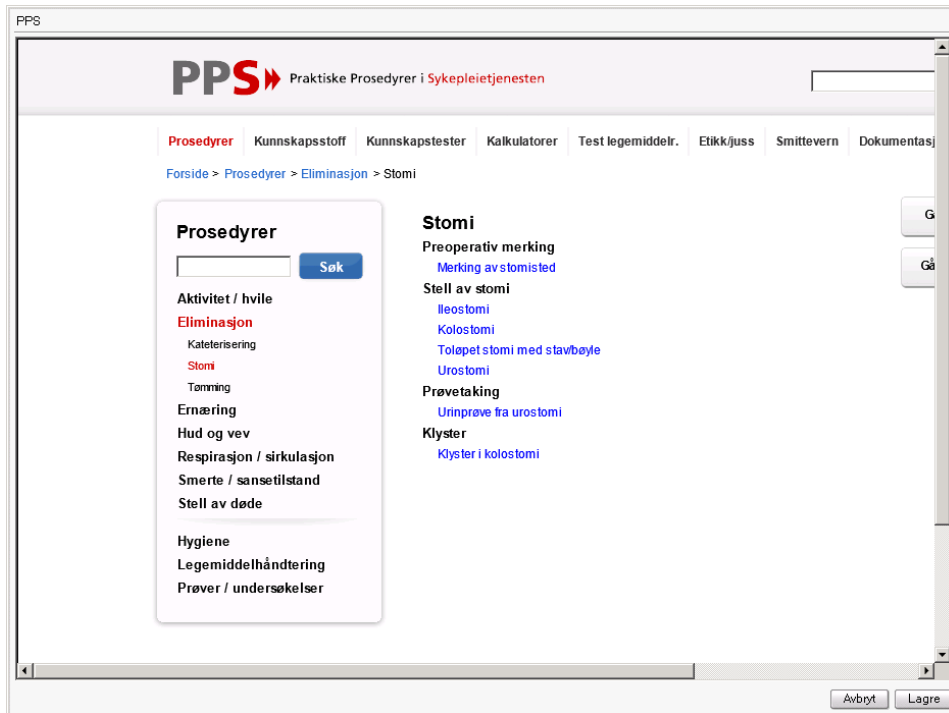


Ein kan legge inn fleire prosedyrer på same tiltak. Gjenta rutina, og velg neste prosedyre.

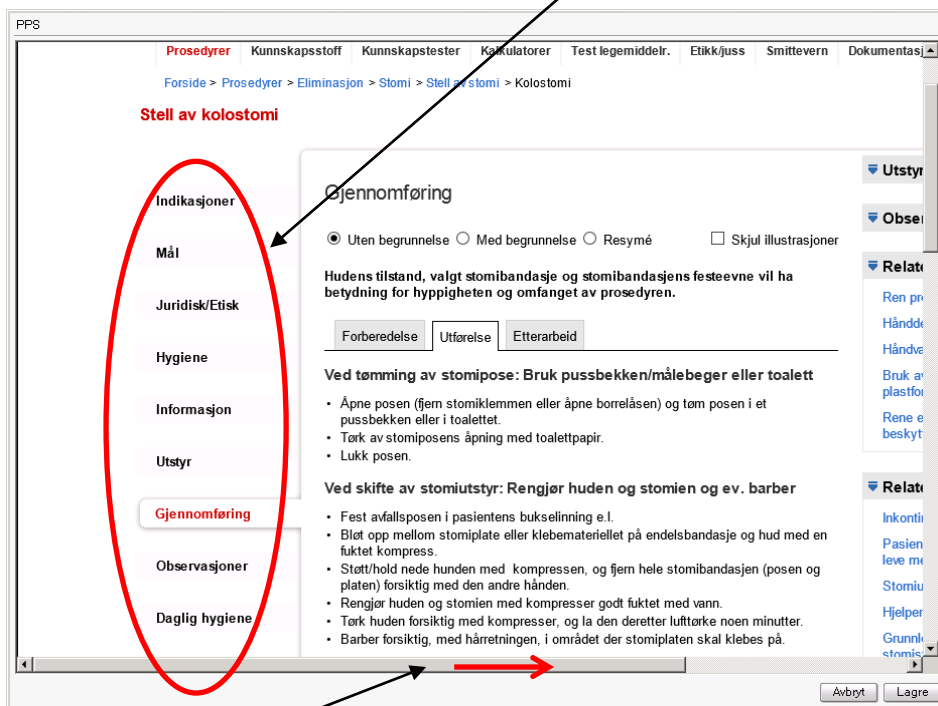
Du får no opp PPS søkevindu:



- Velg prosedyre ved å først velge hovedområdet, her eliminasjon, og så underområde, her stomi. Velg rett prosedyre i lista som kjem opp:



- Prosedyra kjem opp. Standard er at den viser seg i bildet «gjennomføring, menom ønskeleg kan ein velge frå dei andre menyvalga, for å sjå kva utstyr ein treng, kva observasjonar som bør gjerast, o.s.v.



For å skrive ut frå PPS, velg «skriv ut» øvst til høgre i PPS-biletet. Du finn det ved å dra baren mot høgre.

LAGE PLEIEOPPDRAG I PASINETJOURNAL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny 09/13	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Sjå prosedyrer «Sette inn og bruke maler i Plan- og rapport»
og «Kopiere til ny mal i Plan- og rapport»

KVITTERE FOR UTFØRTE TILTAK	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert:
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Opne pasientjournalen, merk pasienten sitt namn og gå til det tiltaket du har utført. trykk på knappen «kvitter utf.» nedst i vinduet. Du får no opp følgende bilete:

Kvitter for utført tiltak hos Line Testbruker Danser

Brukeropplysninger
 Løpenr.: 687
 F.dato/nr.: 13.11.1969 00216 Adresse: Numedalsveien 52
 Fornavn: Line Testbruker
 Etternavn: Danser Poststed: 3602 KONGSBERG

Registrer kvittering
 Dato utført: 13.05.2013 Tidspunkt utført: 00:00
 Utført av: Helen Hansen Østrem

Ta med alle tiltak

Registrer og avslutt

Tidligere kvitteringer for utførte tiltak

Dato	Kl.	Utført av	Plankategori	Planområde	Tiltak
30.04.2013		Helen Hansen Østrem	Sjukepleie	Ivareta egen helse	Sårbehandling
03.04.2013		Helen Hansen Østrem	Sjukepleie	Ivareta egen helse	Sårbehandling
26.03.2013		Helen Hansen Østrem	Sjukepleie	Ivareta egen helse	Sårbehandling

Fyll ut feltet «Tidspunkt utført», trykk «registrer og avslutt». Du har no dokumentert at tiltaket er utført som beskrevet, for eksempel i pleieoppdrag.

Dersom du skal kvittere for fleire utførte oppdrag, kan du merke pasienten sitt namn i staden for eit tiltak. Du vil da få opp dette biletet:

Kvitter for utført tiltak hos Line Testbruker Danser

Brukeropplysninger
 Løpenr.: 687
 F.dato/nr.: 13.11.1963 00216 Adresse: Numedalsveien 52
 Fornavn: Line Testbruker
 Etternavn: Danser Poststed: 3602 KONGSBERG

Registrer kvittering
 Dato utført: 13.05.2013 Tidspunkt utført: 00:00
 Utført av: Helen Hansen Østrem
 Ta med alle tiltak

Registrer
 Registrer og avslutt
 Avslutt
 Hjelp

Sjukesleie

- Ivareta egen helse
 - Heimejournal
 - Sårbehandling
 - Trenings og behandlingsopplegg
- Toalett
 - Følge til toalettbesøk
 - Avløring
- Hukommelse
 - Avledning
- Hørsel
 - Hørselhjelpemidler

Tidligere kvitteringer for utførte tiltak

Dato	Kl.	Utført av	Plankategori	Planområde	Tiltak	
30.04.2013		Helen Hansen Østrem	Sjukesleie	Ivareta egen helse	Sårbehandling	<input checked="" type="checkbox"/>
03.04.2013		Helen Hansen Østrem	Sjukesleie	Ivareta egen helse	Sårbehandling	<input checked="" type="checkbox"/>
26.03.2013		Helen Hansen Østrem	Sjukesleie	Ivareta egen helse	Sårbehandling	<input checked="" type="checkbox"/>

Slett rad

Det skal kun stå hake på dei tiltaka som du har utført, alle andre hakar skal fjernast.

Du kan evt. fjerne haka framfor kategoriområdet, alle boksene vert då tomme, for så å hake av i boksene til dei tiltaka som er utført. Husk å fylle ut feltet «Tidspunkt utført»

Det er ein føresetnad at oppgåva som er utført er registrert som eige tiltak i plan og rapport.

Det må og vere laga ein tiltaksbeskrivelse eller ein pleieplan, evt.pleieoppdrag

SETTE INN / BRUKE MALER I PLAN OG RAPPORT	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny: 09/13	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Det er mulig å sette inn ferdige maler i Plan og Rapport. Malene kan settast inn kor som helst, men skal fortrinnsvis brukas til pleieplaner, prosedyrer, bruk av tvang og anna som skal skrivast ut.

Sette inn mal:

1. Stå i pasientjournalen og velg tiltaket der malen skal brukas **f.eks.:**

Notat – Pleieplan – Pleieoppdrag (lage pleieoppdrag)

Ivareta egen helse – hud/vev – sårbehandling (1, 2 eller 3) (sårprosedyre)

Miljøarbeid/praktisk bistand – tvang – Tiltak nødsituasjoner A-melding (bruk av tvang)

2. Sett inn ny rad, skriv i rapportfeltet hva malen inneholder (for eksempel «pleieplan» eller «sårprosedyre») Obs at det ikkje skal skrives inn en vanlig rapport. LAGRE
3. På ikonlinja øverst på skjermen aktiviseres nå ikonet Microsoft Word = en gul blyant. Trykk på denne, velg Lag Word-dokument → Lag vedlegg. Du får opp liste over tilgjengelige maler. Velg malen du treng, fyll den ut, LAGRE og skriv den evt. ut.

KOPIERE TIL NY MAL I PLAN OG RAPPORT**Revisjon:** Årleg**Utarbeidd av:** Helen Østrem**Hovudansvar:** Leiar helse- og omsorgseininga**Erstatter:** Ny: 09/13**Revidert:** 02/16**Godkjent av:** Einingsleiar Per Løkkeborg**Gjeldande reglar og forskrifter:**

Dersom det er behov for endringer i en allerede utfylt mal, kan du kopiere fra den gamle, lime inn i den nye, og kun endre det som er nødvendig på følgende måte:

1. Gå til malen som skal endrast og åpne den.
2. Trykk Ctrl + A for å merke alt (dette merker også celleinndelinga)
3. Trykk på Ctrl + C for å kopiere
4. Lukk malen
5. Stå på det planområdet der aktuelle tiltaket ligg. Avslutt gjeldande tiltak, bruk dagens dato. LAGRE.
6. Sett inn tiltaket på nytt, gjeldande frå morgondagens dato. LAGRE
7. Gå til det nye tiltaket, sett inn ny rad, skriv i rapportfeltet hva malen inneheld, (for eksempel «pleieplan» eller «sårprosedyre») Obs at det ikkje skal skrives inn en vanlig rapport. LAGRE
8. Velg ikonet Microsoft Word, velg Lag Word-dokument → Lag vedlegg, og velg malen «tom mal». Når malen opnar seg, fjern det som er skrevet der, og lim inn frå gammalt dokument ved å trykke Ctrl + V, gjer dei endringane som trengs. LAGRE.
9. Skriv ut dersom behov.

HUSK:

CTRL + A = merk alt (inkludert celler og celleinndeling)

CTRL + C =kopier

CTRL + V = Lim inn

CTRL + Z = Klipp ut

LAGE SAMMENFATNING	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 02/16
Erstatter: Ny Juni 2014	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Det skal alltid være oppdatert sammenfatning på alle pasienter. Dette fordi sammenfatningen er en del av opplysningene som sendes i e-melding til sykehuset dersom pasienten legges inn. Det skal lages sammenfatning når pasienten kjem til eininga / avdelinga, etter sykehusopphald, og elles ved endringar. For å sikre at sammenfatninga er oppdatert, har primærgruppe eller-sjukepleiar ansvar for at den vert kontrollert kvar 4-6 veke.

For å sette inn sammenfatning, stå på pasientens namn i **pasientjournalen:**

- Sett inn en rad.
- Velg type sammenfatning: (Sammenfatning, Tidligere sykdom, Sosiale forhold, OBS)
- Skriv sammenfatningen. Denne skal være kort. Ta kun med aktuelle punkt:

• Medikamentadministrasjon	• Hud
• Respirasjon	• Søvn
• Sirkulasjon	• Mobilitet
• Ernæring	• Sosialt/familie
• Eliminasjon	• Livssyn
• Smerte	• Annet
• Psykisk helse	
• Hukommelse	
• Personlig hygiene	

UTSKRIFT HOVEDKORT	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 09/14
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Det skal til ei kvar tid være utskrivne oppdaterte hovedkort på alle pasienter. Dette er ein viktig backup når Profil av ulike årsaker er nede, for å sikre at pasientane får nausynt helsehjelp!

Gå til fanemarket «hovedkort» i pasienten sin journal.

Hak av i «utvalg», alt, unntatt medisiner. (Egen medisinliste skal være utskrevet utenom.)

Om ønskeleg, kan du skrive ei ny samanfatning ved å trykke på knappen «sammenfatning»

Skrives ut ved å trykke først på «skriv ut» knappen, så på skriverikonet på øverste ikonmenyen.

RUTINE FOR MOTTAK AV E-MELDINGAR	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny: 01/17	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

E-meldingar til kommuna vert sendt til ulike tenester, ikkje til enkeltpersonar.

Kvart tenesteområde/eining/avdeling er ansvarleg for å handtere sine meldingar. Dette vil sei:

Meldingar til **Saksbehandlar, pleie, omsorg, rehab.:**

Alle meldingar til denne adressa skal behandlast av sakshandsamarar på koordinerande eining eller i psykiatritenesta. Dess fordeler meldingane seg i mellom.

Meldingar til **Sykepleieteneste, pleie- og omsorg:**

Kvar eining skal handsame meldingar om eigne pasienter. Det er ikkje lov til å opne meldingar som gjeld pasientar ein ikkje yt tenester til!

På SOMS, Bukollektivet og i HBO skal ansvarleg sjukepleiar sjekke innboksa minst tre gonger pr. vakt. Fordel evt. meldinga til ein annan ansvarleg sjukepleiar, men alle meldingar skal handterast same dag! Dersom det ikkje er sjukepleiar ein stad, må sjukepleiar som er på jobb ta meldingar for den avdelinga som

Melding som gjeld pasient i psykiatritenesta, har psykiatrisk sjukepleiar ansvar for. Desse vert handsama i ordinær arbeidstid, måndag til fredag. (**Dette gjeld og melding om innlagt pasient.**)

Melding som gjeld brukarar i Prestemarka, er det Meldingsansvarleg i Prestemarka som skal handtere. (**Dette gjeld og melding om innlagt pasient.**)

Melding om innlagt pasient skal handterast av HBO / SOMS etter kven som «eig» pasienten. Innlagte pasientar på SOMS med korttidsplass, høyrer til SOMS. Då psykiatritenesta ikkje er døgnbemanna, må (**HBO/SOMS**) ta seg av desse utanom ordinær arbeidstid. Prestemarka / psykiatritenesta har ansvar for at der ligg oppdaterte samandrag på alle pasientar.

Det er utarbeida veileder for innsending av innleggelsesrapport. Sjå vedlegg 9.

Husk at når innleggelsesrapport er sendt, skal innleggelsesmeldinga ikkje ferdigbehandlast men fordelast til sakshandsamar, koordinerande eining. Bruk initialane msn (=Marianne Sneis)

Meldingar til Legeteneste, pleie- og omsorg:

Melding til denne tenesta, skal berre gjelde pasienter med langtids plass på sjukeheim, dersom det er sendt melding til denne tenesta angående andre pasientar, skal det meldast avvik.

Desse meldingane skal sjukepleiar på SOMS lese og utføre dei tiltak som er naudsynte. Noter i feltet «merknader» kva som er gjort, og fordel meldinga til tilsynslegen, med status «fordelt til ansvarleg». Tilsynslegen har ansvar for å ferdigbehandle meldinga når han har lest den.

Meldingar til Psykisk kommunehelseteneste:

Psykiatrisk sjukepleiar skal ta seg av desse meldingane. Dei har ansvar for å sjekke innboksane minst tre gonger pr. vakt.

Meldingar til Fysioterapi, pleie- og omsorg og Ergoterapi, pleie- og omsorg

Fysioterapeutane skal ikkje handtere desse meldingane. Kvar eining henter inn meldingar som gjeld «deira» pasienter. Skriv rapport om kva meldinga inneheld i Profil på fysioterapeutene sitt område, slik at dei får informasjonen.

Meldingar til Økonomi / oppgjørstjeneste, pleie- og omsorg

Gjeld meldingar som har med vederlag for opphald i institusjon å gjere, Administrativ koordinator tek seg av desse meldingane.

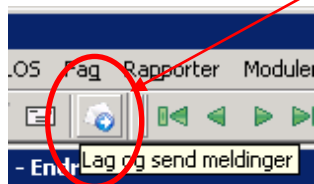
LAGE OG SENDE ELEKTRONISK MELDING	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 11/15, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Elektroniske meldingar kan sendast til alle som er innlagt i forbindelsesregisteret i Profil, som elektronisk forbindelse. Pr. februar 2016, gjeld dette fastlegar ved Skodje legekantor og sjukehusa i Helseregionen (Møre og Romsdal: Ålesund, Molde, Volda og Kristiansund, samt st. Olavs Hospital og Oslo Universitetssykehus OUS).

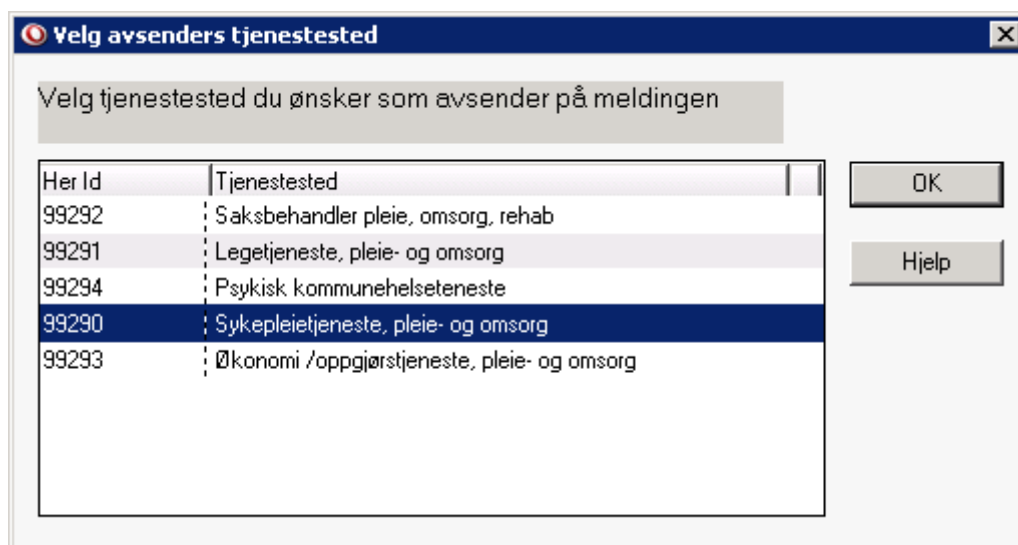
Stå på pasienten sitt namn i brukerlista

Velg Ajourhold bruker → Lag og send meldinger

Eller ikonet «Lag og send meldinger» på øverste ikonlinje.



Følgende bilde kjem opp. (ikkje alle har alle / dei same valga) Velg alltid «sykepleieteneste pleie- og omsorg», unntatt dersom melding om innlagt pasient kjem frå Psykiatri PLO meldingsmottak Velg då «Psykisk kommunehelsetjeneste» Trykk Ok.



Følgande bilde kjem opp:

1. Velg meldingstype, du får opp en valgmeny, velg alltid «Forespørsel» Før en kan sende elektroniske meldinger er det viktig at pasienten har samtykka til utveksling av helseopplysninger. Sjå prosedyre «Registrering av informert samtykke» Hak av i boksa «Samtykkebehov og samtykke gitt» dersom pasienten har samtykka.
2. For å legge til mottaker har du to valg: Trykk på knappen «adresseregister» og skriv inn minst tre bokstaver, eller skriv inn minst tre bokstaver i tekstsøk-feltet og trykk TAB. I begge tilfella får du opp liste over mottakarar knytt til søkeordet du skriv inn. For eksempel skriv «sko» (For Skodje legekontor) Har du brukt knappen adresse-register, vil motakarar knytt til Skodje legesenter komme opp under søkefeltet.
3. Legg inn evt. kopimottaker på samme måte som du legg inn mottakeren.
4. Kontroller, evt. endre, avsender ved å markere «avsender». Bildet vil no endre seg:

5. «Tjenestested» er valgt frå tidligere, Dersom du treng å endre tenestestad, velg i menyen som kjem opp når du trykker på pila i enden av feltet.
6. Velg «Rolle» under «Avsender helsepersonell», vanligvis «Sykepleier» (Skriv «S» og trykk TAB, så vil sykepleier komme automatisk» Feltet «Rolle til bruker» kan stå blankt, det vil være utfyllt automatisk dersom du har ei rolle knytta til brukar i Profil..
7. Fyll ut «type forespørsel» frå menylista og skriv forespørselen i feltet «beskrivelse». Trykk «lagre» og «send melding».

Dersom du ikkje kan skrive ferdig meldinga, kan du lagre den som en kladd. Du finn igjen meldinga ved å gå på menypunktet Ajourhold → Kladd meldinger og trykke på søk-knappen.

Ved kommunikasjon med fastlege er det meldingstypen «forespørsel» som skal brukast. Til sjukehus skal det brukes andre typer meldingar. Sjå vedlegg 10, Meldingsflyt E-meldingar. I meldingstype «Forespørsel» er det berre fanemarket «Melding» som er aktivt. Dersom du velger andre meldingstypar, vil ulike fanemark vere tilgjengeleg, alt etter meldingstype.

Ein gjennomgang av dei ulike fanemarka:

Melding

- Alltid aktiv, fyll ut som beskreve ovanfor.

Roller

- I denne fana er alle som har ein forbindelse til pasienten lista opp. Avgjer om rollene som er registrert i tilknytning til pasienten skal vere med, ta vekk haka dersom ikkje.

Tjenester

- Alle tenester pasienten har frå kommuna er lista opp, ta vekk haka på det som ikke er nødvendig å sende

IPLOS

- Her vil den nyeste IPLOS-skåren leggest inn automatisk. OBS at denne er korrekt. Oppdater til ny score dersom det er endringer som ikkje er komen med. (Sjå eiga prosedyre). Avgjer om alle opplysningane skal sendes med, om ikkje, ta vekk haka..

Diagnose / Cave

- Registrerte diagnoser og caver kommer opp her. Fjern haker om noe er uaktuelt.

Legemidler

- Medisinlista kjem opp her. Fjern alle haker når du sender innleggelsesrapport. Dette fordi kvaliteten på oversikta ikkje kan garanterast. Det er lett for at den er ufullstendig og unøyaktig.

Medisinsk faglig / Sykepleiedokumentasjon

- I desse fanane kan du hente inn rapporter som skrivne i Profil, eller legge inn aktuelle opplysningar i fritekst.
 - Legge inn opplysninger i fritekst: Sett inn rad. Velg type opplysning, og skriv en beskrivelse. Om ønskelig kan det settes inn flere rader med opplysninger.
 - Hente inn rapporter: Velg «Kategori» + evt. «Område» + evt. «Tiltak», Alle rapportene innanfor utvalget vil bli sendt med i meldinga.

Begrunnelse

- Brukes ved henvisninger.

RUTINE FOR KONTROLL AV SENDTE ELEKTRONISKE MELDINGER

Revisjon: Årleg

Utarbeidd av: Helen Østrem

Hovudansvar Leiar helse- og omsorgseininga

Erstatter: Ny: August 2014

Revidert: Februar 2016

Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg

Gjeldande reglar og forskrifter:

For å sikre at alle elektroniske meldingar har gått som de skal, må dette kontrollerast dagleg.

Kontrollen utførast på alle dagvakter av:

HBO: Ansvarlig sykepleier.

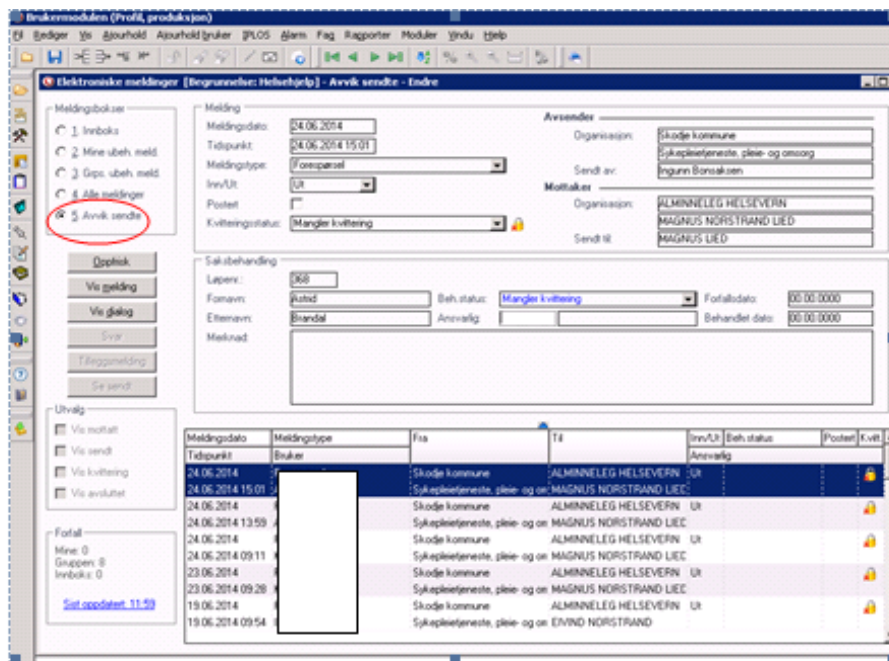
SOMS / BOKOLLEKTIVET: Sjukepleiar på kvar avdeling.

Prestemarka: Korinna Geisler

Kontrollen utføres som følger:

Trykk på ikonet meldingsvarsler  for å få opp elektronisk meldingsboks.

Velg meldingsboks nr. 5: «Avvik sendte»



Du får nå opp en liste over meldinger som er forsøkt sendt, men som av ein eller anna grunn ikke har gått gjennom. Sjekk først om meldinga likevel har komt til mottakar. Dersom ikkje, lag meldinga på nytt, og prøv å sende den igjen. Dersom det fremdeles ikke går, meld frå til systemansvarlig!

BEHANDLE ELEKTRONISK MELDING

Revisjon: Årleg

Utarbeidd av: Helen Østrem

Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga

Erstatter: Ny: 09/13

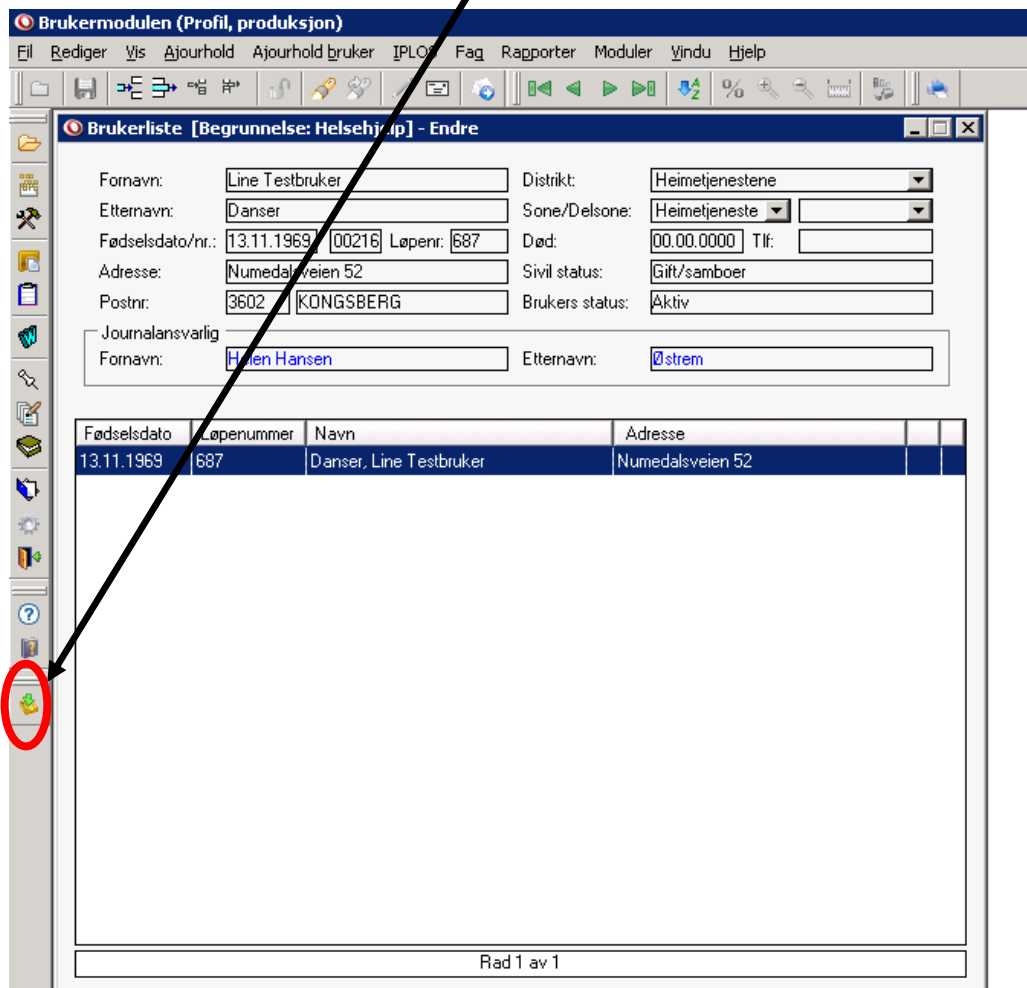
Revidert: 02/16

Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg

Gjeldande reglar og forskrifter:

Ansvarleg sjukepleiar skal jevnleg sjekke innbokska, og fordele innkomne meldingar. Alle meldingar skal behandlast same dag, helst på same vakt.

Åpne meldingsbokska ved å klikke på ikonet.



Brukermodulen (Profil, produksjon)

Brukerliste: [Begrunnelse: Helsehjelp] - Endre

Fornavn: Line Testbruker Distrikt: Heimejenestene
 Etternavn: Danser Sone/Delsone: Heimejeneste
 Fødselsdato/vr: 13.11.1963 00218 Lepenr: 687 Død: 00.00.0000 Til:
 Adresse: Numedalsveien 52 Sivil status: Gift/samboer
 Postnr: 3602 KONGSBERG Brukers status: Aktiv

Elektroniske meldinger [Begrunnelse: Helsehjelp]

Meldingsboks-er

- 1. Innboks
- 2. Mine ubeh. meld.
- 3. Grps. ubeh. meld.
- 4. Alle meldinger
- 5. Avvik sendte

Oppfrisk
 Vis melding
 Vis logg
 Svar
 Tilleggs melding
 Se sendt

Utvalg

- Vis mottatt
- Vis sendt
- Vis kvittering
- Vis avsluttet

Forfall

Mine: 0
 Grupper: 0
 Innboks: 0

Sist oppdatert: 11.41

Meldingsdato	Meldingstype	Fra	Til	Inn/UH	Beh. status	Postert	Kvitt

Finn meldinga ved å velge «mine ubeh. meld.»

Du får nå opp liste over meldingane du har ansvar for å behandle

Brukermodulen (Profil, produksjon)

Brukerliste: [Begrunnelse: Helsehjelp] - Søk

Elektroniske meldinger [Begrunnelse: Helsehjelp] - Gruppens ubehandlede meldinger - Endre

Melding

Meldingsdato: 10.09.2013
 Tidspunkt: 10.09.2013 09:24
 Meldingstype: Epikrise
 Innv/UH: Inn
 Postert:
 Kvitteringsstatus:

Avsender

Organisasjon: Ålesund sjukehus
 Medisinsk avdeling

Mottaker

Organisasjon: Skodje legekontor
 Lege: Knut-Egil Eik v/Skodje legekontor

Saksbehandling

Lepenr.:
 Fornavn: Beh. status: Fordelt til ansvarlig
 Etternavn: ELO Elisabeth Longva
 Meiknad:

Forfallsdato: 10.09.2013
 Behandlet dato: 00.00.0000

Journalart:

Utvalg

- Vis mottatt
- Vis sendt
- Vis kvittering
- Vis avsluttet

Forfall

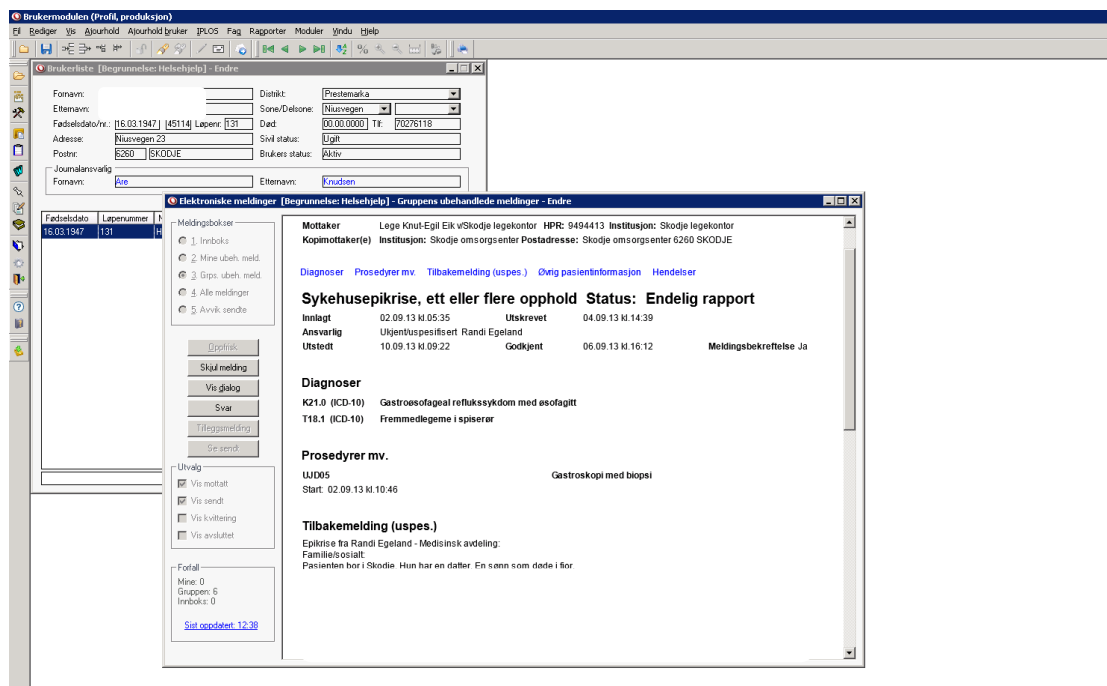
Mine: 0
 Grupper: 6
 Innboks: 0

Sist oppdatert: 12:23

Meldingsdato	Meldingstype	Fra	Til	Inn/UH	Beh. status	Kv.
10.09.2013	Epikrise	Ålesund sjukehus	Skodje legekontor	Inn	Fordelt til ansvarlig	Red. Ret.
10.09.2013 09:24		Medisinsk avdeling	Lege: Knut-Egil Eik v/Skodje legekontor			
09.09.2013	Epikrise	Ålesund sjukehus	Skodje legekontor	Inn	Fordelt til ansvarlig	
09.09.2013 10:01		Medisinsk avdeling	Lege: Knut-Egil Eik v/Skodje legekontor			
09.09.2013	Epikrise	Ålesund sjukehus	Skodje Legekontor	Inn	Fordelt til ansvarlig	
09.09.2013 08:14		Ålesund sjukehus	Lege Knut-Egil Eik v/Skodje legekontor			
05.09.2013	Epikrise	Ålesund sjukehus	Skodje Legekontor	Inn	Fordelt til ansvarlig	
05.09.2013 12:01		Ålesund sjukehus	Lege Magnus Norstrand Lied			
21.08.2013	Epikrise	St. Olavs Hospital	Skodje Legekontor	Inn	Fordelt til ansvarlig	
21.08.2013 14:01		St. Olavs Hospital	Skodje legekontor	Stim. Levold		

Merk meldinga du skal behandle, og velg behandlingsstatus «under behandling»

Dobbelklikk på meldinga for å åpne den:



Les gjennom meldinga, og utfør dei tiltaka som skal gjerast.

Dette er samme arbeidet som vart gjort når ein mottek for eksempel epikrise på papir.

Eks:

Medisinendringar: Må endrast i pasienten si medisinliste, og i dosett / multidosett.

Blodprøver: Planlegge at blodprøver vert tekne

Spesielle hensyn: hensyn som må takast i etterkant av f.eks. innlegging eller kontroll ved sjukehus, må implementerast i den daglege pleia.

Skriv ett kort sammendrag av meldinga i plan og rapport, (Plankategori: Ivareta egen helse, Planområde: Kontakt lege/nettverk Tiltak: Lege / helsepersonell) henvis til den elektroniske meldinga. (Du kan evt. kopiere fra meldinga og lime inn i rapporten – Husk at du kun skal ta med det viktigaste, den fullstendige meldinga vil alltid ligge tilgjengelig i pasientjournalen, faneark «elektroniske meldinger»!)

Om du ikkje rekk å ferdigstille meldinga, rapporter til neste vakt at sjukepleiar der må ferdigstille arbeidet. Skriv i notatfeltet kva som er gjort, evt. ikkje gjort.

PÅ SOMS er det svært viktig at tilsynslegen er orientert om opplysningar som kjem pr. e-melding. Meldinga skal difor ikkje ferdigstillast, men fordelast til legen i staden for. Skriv kva som er gjort i merknadsfeltet i innboks. Når meldinga er lest endrer legen behandlingsstatus til «ferdig behandlet». Meldinga vert då automatisk journalført av legen.

ELEKTRONISKE MELDINGAR – AVVIK MOTTEKNE MELDINGAR	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 02/15, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

1. Manglande fordeling av mottekne meldingar

Dersom mottekne meldingar ikkje vert handsama og fordelt, skal dette meldast som avvik i kommuna sitt ordinære avvikssystemet.

2. Ukjend brukar «BLÅMELDING»:

Koordinerande eining har ansvar for desse meldingane

a. Feilsendt melding:

Kontakt avsendar av meldinga og meld frå om feilsendinga. Dersom avsendar kan motta meldingstype «avviksmelding», skal ei slik melding sendast. Når du har forvissa deg om at dette er forstått og godtatt av avsendar, skal meldinga sletteast:

- Skriv i merknadsfeltet kva som er gjort i forhold til meldinga. LAGRE.
- Slett meldinga ved å stå på den, og trykke på knappen «slett merket rad» på øverste ikonmenylinje. Meldinga vert sletta. Berre systemleverandøren kan ta den opp att.

b. Ukjent (ny) brukar med søknad om tenester:

- NB: Meldinga skal IKKJE fordelast til ein ansvarleg før brukaren er oppretta i Profil, og knytta opp mot meldinga. Dette gjerast på følgande måte:
 - Opne meldinga og finn namn og fødselsnummer på personen.
 - Lukk meldinga igjen, registrer personen inn i Profil ved å følge prosedyra «Opprette ny pasient i Profil». Når brukaren er lagra i Profil, vil systemet opprette eit løpenummer på brukaren.
 - Opne meldingsboksja igjen, og finn meldinga. Legg løpenummeret inn i rubrikken «Løpenr.:» i feltet «Saksbehandling».
 - Trykk TAB, og lagre.
 - Meldinga er no knytt til personen i Profil, og kan fordelast til den som skal handsame meldinga på vanleg måte. (Sakshandsamar)

- Registrer meldinga som søknad om teneste i postjournalen.
- Opprett sak.
- Skriv i meldinga sitt merknadsfelt kva du har gjort i forhold til meldinga. (For eksempel: Pasienten er registrert som ny bruker i Profil, meldinga inneheld søknad om heimesjukepleie. Sak er oppretta)

3. Uleseleg innhald

Ta kontakt med avsendar, og avtal at meldinga sendast på nytt.

4. Dobbelsendte meldingar

Når like meldingar er blitt sendt, skal den eine handsamast og journalførast på vanleg måte, duplikatmeldinga skal slettast. Med duplikatmelding meiner ein melding med same referansenummer.

5. Sletting av feilsendt melding, som er blitt fordelt

Dersom ei melding som i utgangspunktet er feilsendt vert fordelt, kan ikkje meldinga slettast på vanleg måte. Driftsansvarleg for IKT-løysinga, må då inn i databasen, og slette meldinga. Meldingsansvarleg må då kontakte IKT-driftsansvarleg. (sjå rutinebeskriving for sending og mottak av meldingar over Norsk Helsenett)

ELEKTRONISKE MELDINGAR – AVVIK SENDTE MELDINGAR	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 02/15	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Avvik på sendte meldingar vert registrert i meldingsboksa «Avvik sendte»

Alle som har ansvar for å sjekke innboksa må og sjekke meldingsboksa «Avvik sendte».

Gje beskjed til avsendar om avvik. Det er god rutine å sjekke «Avvik sendte», kvar gong ein er inne for å lese / sende ei e-melding.

Erfaring viser at meldingane, trass i feilmelding, likevel kan ha gått gjennom, særlig om meldinga er sendt til Skodje legekantor. Før ein sender meldinga på nytt, er det difor lurt å kontakte mottakar og undersøke om meldinga er komen fram.

Handtering av meldingar med avvik:

Åpne meldingsboksa «Avvik sendte»

Sist på linja for meldinga vil det ligge eit ikon. Du får opp ei beskriving av feilen ved å legge pila over ikonet:

Blått flagg: Systemet ventar på kvittering frå mottakar sitt system på at meldinga er mottatt.

Vil normalt sett ofte vise ei kortare eller lengre periode på dei fleste meldingar som vert sendt, avhengig av kor raske systema er. Om feilen viser meir enn 1-2 timar, og det hastar med å få svar, må ein kontakte mottakar av meldinga, og gje munnleg beskjed. Dersom det ikkje hastar å få svar på meldinga kan ein avvente til dagen etter.

Hengelås med raudt kryss: Det er gått over 24 timer utan at mottakar sitt system har sendt kvittering på at meldinga er mottatt. Send meldinga på nytt, eller ta kontakt med mottakar og gi informasjonen som ligg i meldinga direkte.

Raudt flagg: Meldinga er avvist av mottakar sitt system. Sjekk om mottakar likevel har fått meldinga, før du evt. sender den på nytt.

Avslutning av meldingar med avvik:

Ein har ansvar for pasienter ein «eig».

For å arbeide med meldinga, fordel meldinga til deg sjølv.

Etter at du har sikra at meldinga / evt. opplysningane i meldinga er komen dit det skal, skriv du i merknadsfeltet kva du har gjort. Når du har behandla ferdig meldinga, endrar du behandlingsstatus til «Ferdig behandlet», og lagrar på vanleg måte.

Ved behov, skriv rapport i pasientjournalen.

MOTTAK AV ELEKTRONISKE MELDINGAR, KVELD / NATT / HELG	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny 2015	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

På kveld, natt og helg er det sjukepleiar HBO og SOMS som har ansvar for å motta elektroniske meldingar og sende innleggelsesrapportar. Då det ikkje alltid er sjukepleiar på vakt begge stadar, må HBO og SOMS ha ein dialog med kvarandre (**kvar kveld? Helg?**) for å sikre at meldingane vert handtert slik dei skal.

Det er berre meldingar av typen «Melding om innlagt pasient» som MÅ handterast på kveld / natt / helg, men om ein har anledning, bør ein og behandle andre meldingar som gjeld egne pasientar.

REGISTRERING AV DIAGNOSER**Revisjon:** Årleg**Utarbeidd av:** Helen Østrem**Hovudansvar:** Leiar helse- og omsorgseininga**Erstatter:** Ny: 09/13**Revidert:****Godkjent av:** Einingsleiar Per Løkkeborg**Gjeldande reglar og forskrifter:**

Opplysninger om pasienten sine diagnoser SKAL innhentast frå fastlege. Kun relevante diagnoser skal innhentast, og kodeverket ICPC-2 skal brukast. Vær merksam på at diagnosekodane som er angitt på epikriser fra sykehus er andre koder (ICD-koder). Desse skal ikkje brukast! Fastlege har korrekte diagnosekoder.

- Åpne pasienten sin journal.
- Velg faneark ”diagnose”
- Sett inn ”ny rad”
- Sett inn diagnosekoden opp ved å trykke på den grå knappen ved siden av feltet «diagnosekode». Du kjem inn i søkevertøy for ICPC-2-diagnoser. Velg diagnose og underterm.
- Registrer ”diagnose stilt av”, bruk mikrosøk (mellomromstast + TAB) for å få opp navneliste over legane. Dersom ein lege ikkje er oppført i navnelista (for eksempel ein lege ved eit sykehus) kan legen sitt namn, og arbeidsstad noterast i feltet ”merknader”.
- NB. Alle fastleger skal leggest inn i forbindelsesregisteret! Ta kontakt med systemansvarleg som skal gjere dette.
- Dersom diagnosen er en IPLOS-diagnose, angir ein dette ved å hake av i boksen ”innrapporteres til IPLOS”. Dette skal gjøres dersom diagnosen har relevans i forhold til dei tenestane som vert ytt til pasienten. **Men ikkje dersom pasienten har reservert seg mot innrapportering av diagnoser til IPLOS-registeret**
- Angi dato diagnosen gjeld frå
- Angi om diagnosen er kronisk

REGISTRERING AV MEDISINER

Revisjon: Årleg

Utarbeidd av: Helen Østrem

Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga

Erstatter: Ny 09/13

Revidert: 05/16

Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg

Gjeldande reglar og forskrifter:

For meir informasjon om handtering av mottekne medisinopplysningar frå samarbeidende helsepersonell / andre, sjå vedlegg 7: «Prosedyre for handtering av medisinlister i heimesjukepleien»

Medisiner registrerast i pasientjournalen, faneark ”medisiner”

Trykk ”sett inn ny rad”, og fyll ut følgande:

Preparatopplysningar:

- Fyll inn preparatnamn (det er nok med dei fyrste bokstavane) og trykk TAB → du får opp ei plukklister, velg rett preparat / styrke. Trykk OK.
 - Dersom same preparat står oppført fleire gonger med lik styrke, skuldast dette at det er fleire produsentar, du treng ikkje ta hensyn til dette, det er slik for at legen skal kunne velje produsent ved utskriving av reseptar.)
 - Dersom du ikkje finn preparatet du skal legge inn, må systemansvarleg manuelt legge preparatet inn i systemadministrasjonen. Fyll då ut skjema «Medikament som skal registrerast i Profil» (Vedlegg 4)
 - Ver merksam på at ulike vitaminpreparat er lagt inn som Nycoplus for eksempel: Nycoplus Folsyre 0,4 mg, Nycoplus C-vitamin 250 mg, o.s.v. Søk derfor på Nycoplus først dersom du ikkje finn vitamintabletter du skal legge inn.
 - Oksygen er lagt inn som medikament, og kan registrerast i medisinarket.
- Velg ”forordning”. Alternativa er:
 - Egen: medisiner pasienten administrerer selv (på medisinutskrifta vil medikamentet bli markert med ein figur)
 - Fast: medisin som ligg i dosett / multidose. Når medikamentet skal være fast, fyll ut fradato i feltet lenger til høyre.
 - Kur: medisinen skal gis som en kur

- Ved behov: Behovsmedisin
- Velg ”adm. vei” Denne settes automatisk til ”ukjent” av systemet, velg det som passer fra menyen
- ”Form”, ”Styrke”, ”Kategori” og ”Reseptgruppe” fylles automatisk ut av systemet.

Doseringstype:

Alternativer er:

- **Standard** - ST. Brukes ved vanlig dosering, morgen, middag, kveld, natt
 - OBS: Dosering nr 4 = NATTmedisin, og skal KUN brukes på medisiner som skal gis umiddelbart før sengetid.
- **Antikoagulasjonsjournal** – AK. Brukast ved Marevanbehandling.
- **Detaljert dosering** - DD. Brukes når medisiner gis oftere enn x4. F.eks. augedråper etter operasjon.
- **Skjemadosering** - SK. Brukes ved opp- eller nedtrappingsplaner. F.eks Prednisolon.

Dosering / Første dose:

Fylles ut automatisk når ein legg inn kode i dssn-opplysninger

Morgon: medisiner som gis ca kl 08.30-09.00

Middag: medisiner som gis ca kl 13.00

Aften: medisiner som gis i tidsrommet 17.00-21.00 (se «**anvend**»)

Natt: Medisiner som gis umiddelbart før sengetid (for eksempel sovemedisiner)

Dssn-opplysninger:

- **Gruppe:** ”STD” (=standard).
- **Dosett:** Vil automatisk bli haka av. Dersom legemiddelet ikkje skal leggst i dosett, ta bort haka.
- **Multidose:** Endre haka frå dosett til Multidose dersom medikamentet vert pakka i multidose.
 - **OBS:** Medikament som ikkje er i tablettform, for eksempel plaster, augedråpar, mikstur, m.m., skal ikkje ligge verken i dosett eller multidose. Sjå då til at begge hakene er tatt vekk!
- **Kode:** Mikrosøk (enter + TAB samtidig) velg den doseringa som passer. Når denne velges, vil feltet «Dosering / første dose» fylles ut automatisk

- **Dssn:** Denne fyller seg ut selv når du velger kode, men kan endres dersom beskrivelsen ikke passer (F.eks: Øyedråper som skal gis 1x2 i høyre øye. Dersom du velger 1x2 som kode, vil teksten vise «1 tablett morgen og en tablett kveld» Dette kan du da endre til ønsket tekst, for eksempel «en dråpe i høyre øye morgen og kveld»)
- **Anvend:** Brukes når det er behov for å angi tidspunkt for når medisinen skal inntas. F.eks dersom:
 - pasienten skal ha aftenmedisiner på to ulike tidspunkt (f.eks. både kl 17.00 (17.30) og kl 21.00). Legg da inn medisinen på aften, og angi tidspunkt for inntak i feltet. Hvis pasienten skal ha samme type medisin på disse tidspunktene: ikke legg medisinen inn på morgen, middag, aften, natt, men skriv tidspunkt for inntak i feltet i stedet for. Dette for å unngå misforståelser i forhold til multidosepakningene.
 - pasienten skal ha medisiner før morgenmedisiner (F.eks. Fosamax)

Ord. lege /revurdert:

- Stå i feltet «ord. lege». Kjør mikrosøk, velg ordinerende lege fra listen som kjem opp. Dersom den aktuelle legen ikkje ligg i forbindelsesregisteret, må han / ho leggest inn først. Sjå prosedyre «sett inn forbindelse» Henvend deg til systemadministrator som gjer dette
- «Revurder» og «revurderingsdato» er ikke i bruk.

Cave (evt.: «Cave med ATC-nr.»):

Dersom pasienten har cave, kan du finne opplysninger om dette ved å trykke på den røde knappen "Cave". Dersom knappen er svart, er ingen cave registrert på pasienten. Dersom det er registrert cave på et medikament, vil knappen vise "Cave med ATC-nr.". Cave / allergi registreres i fanemarket "Cave / allergi" i pasientjournalen.

Registrering av div. utstyr

Dersom pasienten bruker utstyr av noe slag, kan dette registreres på samme måte. I «Preparat» søker ein då etter «Utstyr». Du vil få opp ei liste innehaldande f.eks. inkontinensutstyr, stomiutstyr, diabetesutstyr, utstyr til kateter, m.m. Velg «Forordning» «Egen». Registreringen medfører at en ser på medisinlisten at pasienten bruker denne typen utstyr, oversikt over hva slags utstyr pasienten bruker, og bestillingsskjema for dette, ligg i egen perm.

Hensyn å ta ved registrering av medikamenter:

Når en registrerer medikamenter er det viktig å ta hensyn til hvordan registreringen vil se ut på medisinalisten ved utskrift. Dette bestemmes av følgende:

- Preparatopplysninger: «Forordning»: Valgene Egen og Ved behov vil gi overskrift. Dersom begge er i bruk, vil de slås sammen til en overskrift i utskriften.
- Dssn-opplysninger: Valga Fast og Kur i «forordning» vil komme fram her. Valga er Dosett, Multidose, eller ingen av dei. Alle valg gir egne overskrifter, hhv. «Dosett», «Multidose» eller «Fast medisin utenom multidose/dosett»

Synonympreparat:

Det er viktig å legge inn «originalnamn» når eit synonympreparat blir brukt. Dette for å unngå misforståelser, og lette arbeidet ved f.eks. kontroll av medisinalister. Skriv inn originalnamn i feltet «anvendelse» (for eksempel for Metoprolol: = SeloZok)

KONTROLLSIGNATUR AV MEDISINKORT	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny: 09/13	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Medisinkortet skal berre skrivast ut dersom alle medisinane er kontrollsignert. Dette må gjerast av ein annan sjukepleier enn den som har lagt inn medisinen i Profil.

Gå til medisinfana i pasientjournalen. Ikkje kontrollert medikament er markert med eit blått flagg ved preparatnamnet. Klikk på den linja som skal kontrollerast, Sjekk alle punkta (OBS haken for dosett/multidose). Hak av i boksa «kontrollert». Dine initialer og datoen vil no visast. LAGRE.

Også seponerte medisiner skal kontrollsigneres. Disse er markert i medisinlista med rødt flagg.

**Ein kan enkelt finne ut om det finns registrert medisin som må kontrollerast slik:
Gå på menylinja, velg Fag → medisin → kontrollsignatur. Ein får då opp ein rapport om ikkje kontrollert medisin.**

BRUK AV AK-JOURNAL (MAREVAN)	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

AK-journal = Antikoaguleringsjournal.

AK-journalen brukes når pasienten står på Marevan.

Legg inn Marevan slik som dei andre medikamenta, men velg AK-journal i feltet

”doseringstype” (rullgardinmeny). Menyknappen ”AK-journal” vil nå aktiveres nederst i bildet. Trykk på denne, og fyll ut følgende felt i bildet som kommer opp:

- Dersom dette er kjente opplysningar: Behandlingsmål anbefalt INR-nivå, behandling startet, indikasjoner velg evt. dosering
- Dagens dosering: dato, INR (verdi), ukedose og dagsdoser mandag – søndag.
- Neste kontroll og lege

For pasienter HBO legg dosett til, skal AK-journalen skrives ut og legges i pasienten si korg på medisinrommet, eller tas med heim til pasienten, om dosetten legges heime hos pasienten

Skriv huskelapp i Profil om ny INR kontroll, slik at det kjem påminning om dette på rett dato.

Dersom HBO skal ta INR-prøva, må dette skrives på huskelappen.

SEPONERE MEDISINER	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny 09/13	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Opne medisinfana i pasienten sin journal

Gå til knappen «seponer medisin» nederst i bildetfeltet, klikk på denne. Trykk OK på spørsmålet «Ønsker du virkelig å seponere denne medisinen?» Boksen «meld inn seponeringsopplysninger» åpner seg. Fyll ut, og trykk OK.

Ved doseendringar nyttar ein knappen «seponer og kopi». Du slepp då å fylle ut alle opplysningane på nytt, det er tilstrekkeleg å legge inn endringane.

UTSKRIFT AV MEDISINKORT	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 03/13
Erstatter: Ny 2009	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Det skal alltid legges oppdatert medisinliste i pasienten sin heimejournal. Ved medisinendringer må det og skrivast ut nytt hovedkort på brukaren, som settast i hovedkortpermen. Dersom ein ikkje kan få kontrollert medisinendringane, og dermed ikkje får skrevet ut medisinlista, må den gamle lista endrast manuelt, og skiftast ut med ny liste når kontrollsignatur er på plass.

Utskrift legemiddelkort:

Stå på pasienten sitt namn i brukerlista.

I menylinja øverst i bildet velger ein Fag → medisin → Utskrift legemiddelkort. Trykk på skriverikonet på menylinja.

Utskrift Marevandosering:

Stå på pasienten sitt namn i brukerlista.

I menylinja øverst i bildet velger ein Fag → AK-journal. Trykk på skriverikonet på menylinja, og velg «skriv direkte».

Ein kan og skrive ut oversikt kun over behovsmedisiner:

Stå på pasienten sitt namn i brukerlista.

Fag → medisin → Utskrift medisin ved behov → med (eller utan) fødselsnummer.

LOGGFØRING AV GITT BEHOVSMEDISIN	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 03/13	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Gitt behovsmedisin kan loggføres.

- Stå på pasientens navn i brukerlista, eller inne i pasientjournalen.
- Velg Fag → Medisin → Logg → Medisin ved behov
- Velg «sett inn detaljrad» på øverste ikonlinje.
- Dato fylles automatisk ut med dagens dato, men kan endres. Når dato er korrekt - trykk TAB.
- Tidspunkt fylles automatisk ut med 00:00, endre til korrekt tidspunkt - trykk TAB
- Fyll ut indikasjon for å gi medisinen – trykk TAB
- Fyll ut effekt. Effekten kan fyllast ut seinare, evt av anna pleier.

Om ønskelig kan en skrive ut rapport om gitt behovsmedisin:

Velg Fag → medisin → utskrift medisin ved behov → med (evt. uten) fødselsnummer.

Det er viktig å enten bruke eller ikkje bruke denne funksjonen. Kvar eining må bestemme kva dei ønsker.

REGISTRERING AV CAVE / ALLERGI	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny: 09/13	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Alle opplysninger om Cave / allergi bør komme frå lege, evt. bekreftast av lege.

- Gå til pasientjournalen, og velg fanemarket Cave / allergi
- Sett inn ny rad
- Hak av for det som er aktuelt i avhakingsfeltet
- Dersom cave /allergi gjeld medisiner, sett inn ATC-nummer i ATC-feltet
 - Virkestoff fylles automatisk ut når ATC-nummeret benyttes
- Fyll ut felta «kjent anafylaktisk reaksjon» og / eller «Beskrivelse av allergi»

BRUK AV FANEARK SKJEMA	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny 09/13	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Skjema kan nyttast for ulike registreringar over lengre perioder. For eksempel avføring, blodprøvesvar, m.m.

Maler ein kan velge mellom leggast inn i systemadministrasjonen.

Aktivere skjema:

- Stå i pasienten sin journal, i faneark «Skjema».
- Sett inn ny rad
- Velg plankategori og planområde
- Fyll ut emne, aktuell situasjon og problemstilling
- LAGRE
- Trykk på ikonet Microsoft Word i øverste ikonmeny (en gul blyant)
- Velg malen du vil bruke frå lista som kjem opp ved å dobbelklikke på valget, eller merk det og trykk OK.
- Fyll ut skjemaet og lagre
- Ein kan tilpasse ein eksisterande mal til det aktuelle behovet.
- Skjemaet vert ikkje låst, og kan derfor brukast av fleire, f.eks. om ein skal registrere BT over ein periode.
- For å avslutte skjemaet når perioda er over, fyller ein ut feltet «låst dato»

BRUK AV FANEARK MÅLINGER	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 11/14, 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Brukes til å registrere ulike målinger. F.eks. blodsukker, vekt, temperatur, BT/puls, m.m.

- Stå i pasientens journal, faneark målinger
- Sett inn ny rad
- Fyll ut målt dato, evt. klokkeslett, velg type måling, og før inn verdi (obs at BT / Puls først inn slik: overtrykk/undertrykk/puls)
- LAGRE
- Nye og evt. eldre verdier for den aktuelle målinga vil vises i en graf i fanebildet
- Registreringa for målingar vil bli låst etter eit visst tidrom. (same som for rapporter)
- Grafane kan skrivast ut ved behov.

FRITEKSTSØK I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert:
Erstatter: Ny 03/16	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Fritekstsøk i journal

Funksjonen for fritekstsøk gir deg mulighet til å søke i ord og beskrivelser som er skrevet i Plan/rapport i Profil.

Du må være autorisert for søkefunksjoner for å kunne bruke dette bildet i Profil.

Det er logging i dette bildet, slik at det blir logget som tilgang til pasientjournal for de resultatene du får opp på listen din.

Fritekstsøk får du opp enten via Fag → Fritekstsøk, eller via ikonet Fritekstsøk



Bildet består av to deler. Til venstre angir du søkevilkårene dine, og til høyre får du listen med resultater.

Du kan søke for i journalene for mange, eller enkeltbrukere.

Du kan velge en datoperiode.

Du velger hvilke fritekst-elementer i journalen du ønsker å søke i.

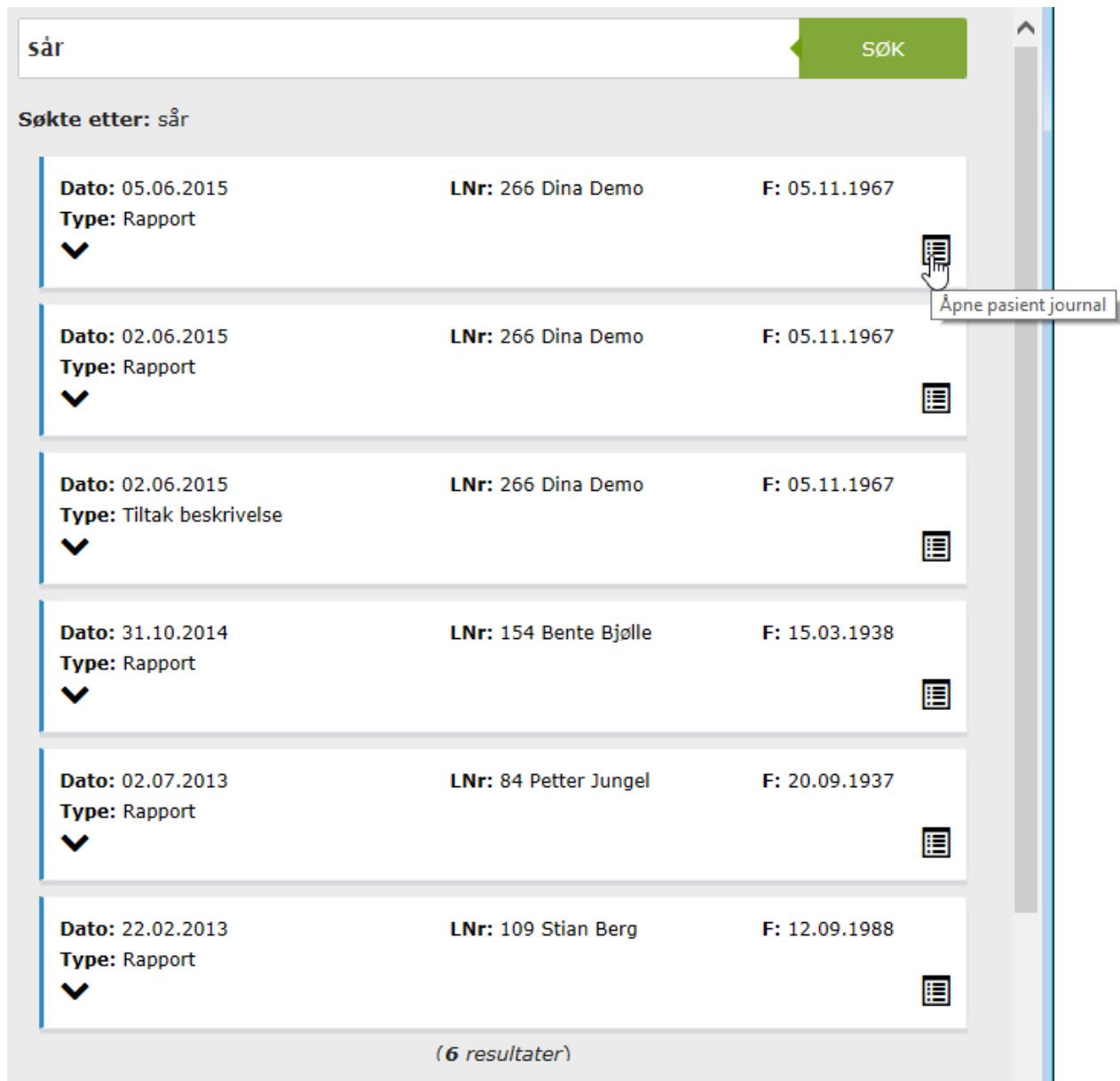
I feltet oppe til høyre skriver du ett eller flere begrep du ønsker å søke på. Du kan for eksempel søke på sår og smerte, du vil da få listet opp rapporter der begge disse ordene er brukt. Søkeresultatene vil gi treff også der ordet har delvis treff, for eksempel vil søk på «sår» også returnere treff på «sårstell» og «Såret».

Når du har trykket Søk får du en liste med resultater. Resultatlisten er sortert etter kvalitet på treff, sånn at hvis du har søkt på to begreper får du først opp de resultatene som inneholder begge begrepene.

Du ser dato teksten er skrevet på, hvilket type element det er, og brukerens navn, løpenummer og fødselsdato.

Du har en pil som gir deg muligheten til å lese elementet med treff, og en lenke som åpner pasientjournalen.

Nederst i bildet ser du hvor mange treff du har.



Dato	LNr	F	Type
05.06.2015	266 Dina Demo	05.11.1967	Rapport
02.06.2015	266 Dina Demo	05.11.1967	Rapport
02.06.2015	266 Dina Demo	05.11.1967	Tiltak beskrivelse
31.10.2014	154 Bente Bjølle	15.03.1938	Rapport
02.07.2013	84 Petter Jungel	20.09.1937	Rapport
22.02.2013	109 Stian Berg	12.09.1988	Rapport

(6 resultater)

Når du klikker Åpne pasientjournal blir du dirigert direkte til det aktuelle elementet i journalen.

Pasientjournal for Dina Demo - 05.11.1967 35832 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Plan/Rapport Hovedkort Oversikt plan/rapport Elektroniske meldinger Diagnose Medisiner Forskrivningsmodul Cave/Allergi Skjema Målinger

Demo, Dina (05.11.1967 35832)
 Sykepleie
 Hud/Sår
 Sårstell (1159)

Rapport Målsetting Ressurser Evaluering

Plankategori: Sykepleie Ansatt: Berit Helgaas
 Planområde: Hud/Sår Avvik:
 Tiltak: Sårstell Bilde:

Rapportdato: 04.06.2015 Endre tiltak: Vakt: Aftenvakt
 Kons.dato: 00.00.0000 Prioritet: Status: Uendret

Rapport:
 Pas har røde utslett rundt såret, og det væsker sterkt. Obs!

Oppfølging:

Dato	Vakt	Status	Endre tiltak	Prio.	Registrert av	Utdannelse	Avvik	Red.	Ret.
05.06.2015	Dagvakt	Uendret	<input checked="" type="checkbox"/>		Berit Helgaas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.06.2015	Aftenvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>	!	Berit Helgaas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.06.2015	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Berit Helgaas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle kategorier Vis historikk Flytt rad Kvitter utf.

Dato: 05.06.2015 **LNr:** 266 Dina Demo **F:** 05.11.1967
Type: Rapport
 Pas har røde utslett rundt såret, og det væsker sterkt. Obs!

Resultatet er markert med gult i resultatlisten.

Hvis du setter hake på «Nøyaktig søk» vil du kun få returnert tekst-strenger der det nøyaktige begrepet er brukt.

Filtre

Distrikt / Sone / Delsone
 Institusjon / Avdeling
 Bruker ID
 Løpenr...
 Fra dato: 21.10.2014 Sluttdato: 21.10.2015
 Søke elementer Nøyaktig Søk
 Tiltak beskrivelse

Frokost

Søkte etter: Frokost

Dato: 09.12.2014 **LNr:** 90 Gry Telokk **F:** 12.05.1979
Type: Rapport
 Vedr. vekt/ernæring: Det ble foretatt vektkontroll i forbindelse med oppstart av tjenesten for ca 1 år siden (oktober 2011) Pasienten veide da 65 kg med klær. Vi foretok rutinemessig vektkontroll for 1 mnd siden, og vekten var da 55 kg med klær. Hun har mao hatt et vekttap på 10 kg siste 10 mnd. Det er mistanke om at vekttapet har skjedd pga at pasienten glemmer å spise. I samråd med pasient og hennes datter startet vi derfor opp med hjemmehjelp daglig for å gjøre istand frokost og lunch. Videre har vi startet opp med middagsutlevering i ukedagene. Vektkontroll i dag: 56 kg. Det rapporteres fortsatt at det ikke alltid ser ut til at pasienten spiser istandgjort lunch og middag.

RETTE / SLETTE I PROFIL	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	Revidert: 09/13, 02/16
Erstatter: Ny 2010	
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Når ein rapport i Profil har låst seg, kan retting /sletting berre utførast av journalansvarleg.

- Velg ”ajourhold bruker” på øverste menylinje i skjermbildet. Velg ” velg begrunnelse” i menyen som kjem opp, og velg så ”retting i journal” eller ”sletting i journal”
- Gå til den aktuelle brukers pasientjournal, finn rapporten som er feil og markerer denne, slik at linja blir blå.
- Trykk på hengelåsikonet på ikonlinja øverst i skjermbildet.
- Rapporten vil no åpne seg, og kan rettast eller slettast etter behov.

TILGANG I PROFIL FOR FYSIOTERAPEUTER	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 04/14	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Tilgang til pasienter som ikkje har andre tenester fra kommunen:

Legg inn pasienten, velg distrikt "fysio barn/unge". Tildel teneste "FYS"

Dersom ein er usikker på om personen mottek tenester frå anna tenesteytar i kommuna, prøv å legge han inn med fødsels- og personnummer, dersom han har andre tenester vil du få beskjed om at han er registrert allerede, og du vil få opplysning om kva løpenummer personen har.

Tilgang til pasienter som har andre tenester fra kommunen:

Fyll ut vedlegg 5, og lever til systemadministrator. Systemadministrator legg inn teneste "FYS" (Fysioterapi) Dette vil gi fysioterapeuter tilgang til pasienten sin journal, begrensa til plankategoriene «Fysio/ergoterapi», «Lukket notat fysisk helse» «Notat» og «Ivareta egen helse»

For å dokumentere, velg:

- Plankategori "Fysio / ergoterapi"
- Planområde "Journalnotat"
- Tiltak etter behov

OPPLÆRING AV NYTILSETTE, VIKARER OG STUDENTER / ELEVER	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert: 02/16
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Sjå vedlegg 2: Opplæringsplan nytilsette

Prinsipp:

Alle nytilsette, vikarer og studentar/elever skal dokumentere helsehjelpa dei yter, på lik linje med fast tilsette. Dei skal få tildelt unik brukerID og tilhøyrande passord for innlogging i Profil., Avdelingsleiar har ansvar for å melde inn nye brukarar slik at alle tilganger er klar den dagen som dei kjem for fyrste gong.

Nytilsette og vikarar:

Opplæring i Profil skal starte under opplæringsperioda, og gis av den fast tilsette som den nytilsette (vikaren) går opplæringsvakter saman med, etter oppsett opplæringsplan.

Superbrukar skal hjelpe til etter behov.

Studentar /elevar:

Veileidar har ansvar for opplæring, etter oppsett opplæringsplan.

Superbrukar skal hjelpe til etter behov

JOURNALANSVARLEG – KONTROLL AV KVALITET EPJ	
Revisjon: Årleg	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 05/14	Revidert:
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	

Journalansvarleg har ansvar for å kontrollere journalkvaliteten, og er pålagt å ta stikkprøver jevnleg.

Kvalitet i pasientjournalen skal sikrast i henhold til prosedyre «Sikre kvalitet i elektronisk pasientjournal»

Primær- og sekundærkontakt har særlig ansvar for at journalen førast med god kvalitet, men alle som dokumenterer i journalen har ansvar for å dokumentere slik at ein ivaretek kvaliteten.

For kontroll av kvalitet i EPJ, følgast sjekklister «Elektronisk pasientjournal - Revisjon og opplæring» (Vedlegg 11)

Vedlegg Profilprosedyrer Brukermodul

VEDLEGG 1 – OVERSIKT ROLLER OG ANSVAR I PROFIL	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i:	

Rolle	Ansvar	Kommentar
Einingsleiar	Overordna ansvar. Godkjenner prosedyrer Stikkprøver logg over åpning av journal	
Avdelingsleiar:	Ansvar for at alle tilsette har opplæring i dokumentasjon i Profil, og for organisering av arbeidet, slik at det vert rom for dokumentering	
Systemadministrator	Tilganger Vedlikehold av systemadministrasjonen Lage og oppdatere prosedyrer	
Primærkontakter	Hovedansvar for journalen Ansvar for planer	HBO: Primærgrupper har felles ansvar for sine primærpatientar
Sekundærkontakter	Assisterer primærkontakt	Andre må ta ansvar dersom primær- og sekundærkontakt er utilgjengeleg.
Alle tilsette / faste vikarer / ekstravakter	Dokumentere i pasientjournalen, Daglig vedlikehold av opplysninger	
Vikarer / ekstravakter / studenter / elever	Dokumentere i pasientjournalen	
Journalansvarleg	Retter / sletter i pasientjournalen Overvåke bruk av Profil m.t.p. kvalitet i pasientjournalen.	
Tilsynslege sjukeheim	Dokumentere i Profil Ferdigstille elektroniske meldingar	

VEDLEGG 2 - OPPLÆRINGSPLAN NYE PROFILBRUKARAR	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Opplæring av nyttilsette, vikarer og studenter/elever	

DEL 1 –TEORI

1. Kva er Profil

- Profil er eit datasystem for Helse- og omsorgsektoren
- Det er et stort system med mange moduler inndelt i funksjonsområder.
- Vis eleven moduloversikta og fortell kva som ligg i den enkelte
 - Egenbetaling – fakturering og vederlagsberegning
 - Personell –tilsettregister som grunnlag for autorisering (og evt. arbeidsplanlegging)
 - Plassadministrasjon –inn og utskrivning i institusjon
 - Systemadministrasjon –Master (hjerna) i Profil. Alle tilganger, mellom anna. i Brukermodulen styrast herfrå.
 - Bruker - inneheld alle individbaserte data, og er den modulen vi skal gjennomgå i dag.

2. Om datatryggleik.

- Profil inneheld både eit personregister og EPJ -elektronisk pasientjournal, og:
 - er dermed underlagt alle bestemningar knytt til datatryggleik
- Alle har underteikna databehandlaravtale og teiepliktskjema, og
 - skal med det vere kjend med bestemmingane knytta til handtering av personregister og helseopplysningar.
- Alle er autorisert ut i frå arbeidsstad, profesjon og arbeidsoppgåver, og skal med det berre ha tilgang til opplysningar dei har bruk for å kunne utøve naudsynt helsehjelp.
- Mange arbeider i fleire ulike einingar eller soner og har då tilgang til pasient/brukarar andre stader enn der dei arbeider «i dag». Dette er i prinsippet brot på tilgangsbestemmingane. Men det er ikkje praktisk gjennomførbart å styre/endre tilganger etter dei tilsette si veksling mellom arbeidsstad.
- Tilganger er difor og basert på et tillitsforhald mellom Skodje kommune og den enkelte tilsette, og
 - Kommuna forventar at tilsette er seg sitt ansvar bevisst.
- Helsepersonellova som i dag omfattar alle personer som yt helsehjelp, –øg dei utan formell helseutdanning - har en § som forbyr helsepersonell å tileigne seg opplysningar dei ikkje har bruk for.

- All bevegelse i Profil sett spor og vert loggført. Einingsleiar har lovpålagt plikt på seg til å kontrollere logg jevnleg.
 - Tileigning av urettmessige helseopplysningar er oppseiingsgrunn, og
 - derfor er det ikke særlig smart å surfe på pasienter/brukere

3. Om brukernamn og passord

- Tilsette som skal ha tilgang til Profil, må få utferda brukernamn og passord. For å komme inn i Profil må ein gjennom to påloggingar:
 - 1. pålogging: Her logger du deg på med nettverkskontoen din som gir deg tilgang til severen (kalla Fellespunktet) der programmet Profil ligg.
 - 2. pålogging: Pålogging til sjølve programmet Profil

Om 1. pålogging:

- Brukernamn og passord til 1. pålogging vert laga av IT-avdelinga. IT-avdelinga legg alltid inn standard passord til nye Profilbrukarar, dette må ALLTID endrast, sjå Profilprosedyra «Endre passord 1. pålogging»
- Når passordet er endra, er det ikkje naudsynt å endre dette fleire gonger, men dersom ein ynskjer det kan ein endre ved å følgje prosedyra (f.eks: om du ønsker å ha same passord på 1. og 2. pålogging) **Ver merksam på at ein kan endre dette passordet først 24 timar etter at det er oppretta.**

Om 2. pålogging:

- Brukernamn og passord til 2. pålogging vert laga av Systemansvarlig for Profil
- Når systemansvarleg legg ein tilsett inn som Profilbrukar, vil passordet alltid settast til standard passord for Profil Også dette passordet skal alltid endrast, sjå Profilprosedyre «endre passord 2. pålogging» Passorda vil ikkje vere synleg i systemet, så det **kjenner kun den tilsette. Du skal aldri avsløre passordet ditt til nokon andre!**
- Passord nr. 2 vil utløpe etter ca 3 månader. Når det gjenstår 13 dagar varsler systemet om at det er tid for å bytte passord.
- Systemet varsler dag for dag, og når den 13. dagen er passert uten passordskifte blir brukernamnet utestengt.
 - Nedtellinga skjer òg om den tilsette er fråværende og ikkje har logga seg inn.
 - Tilsette kan oppleve å bli utestengt etter lengre fråver
 - Når bruarnamnet er stengt, har den tilsette moglegheit til å logge seg på **EIN** gong ein må då sørge for å endre passordet straks!

Tap av passord:

- Ved tap av passord, må den tilsette kontakte systemansvarleg og be om at det vert laga eit nytt.
- Systemansvarleg åpner tilgangane igjen med å sette standard passordet (alt etter kva passord som er tapt) Den tilsette må då på nytt endre passord ved første pålogging. (Ein kan ikkje nytte passord ein har nytta på dei 9 siste gongane.)

DEL 2 PRAKTISKE ØVINGAR

Henvis til Profilprosedyrer

4. Pålogging og å lage passord

- Gi eleven brukernamn/passord som er utgitt av systemansvarleg, og vis kvar og korleis dette tastast inn.
- Be eleven bytte begge passorda og vis korleis eit passordskifte skal gjerast
- Be eleven foreta en ny pålogging for å kontrollere dei nye passorda.

5. Brukersøk

- Vis ulike måter å søke etter pasientar/brukarar på.
- Vis institusjonslista til elever som arbeider i sjukeheim.
- Forklar eleven forskjellen på Brukarkortet og EPJ (elektronisk pasientjournal)
- Be eleven gjere øvingar

Øving: søk etter pasientar i grupper og enkeltvis

PAUSE

Før eleven gjeng til pause, skal Profil avlogges. Derved får eleven ein ekstra påloggingsøving.

6. Brukerkortet si oppbygging og organisering av opplysinger

- I undervisinga skal lærar konsekvent bruke testbrukarar
- Vis alle fanane og dei ulike bileta i brukerkortet.
- Vis menyane IPLOS og Fag
 - Forklar hensikta med opplysningane og korleis desse registrerast inn og / eller endrast.
- Be eleven gjere øvingar

Øving: Den enkelte elev leitar opp ein bestemt brukar dei kjenner godt og som dei kan vurdere datagrunnlaget på. Eleven skal nå bevege seg fra fane til fane, frå bilde til bilde, og gjere menyvalg.

7. Gjennomgang faneark og bilder

- Lærer går gjennom alle bilda under fanearka **bruker, brukerdetaljer og kontaktpersoner**, og menyvalget **IPLOS -ADLfunksjoner** og peikar på alle felt det er krav om skal være utfylt.
- Vis korleis opplysingar skal registrerast og ajourførast

Øving: Eleven skal følge lærer gjennom dei ulike bileta, og rette opp feil og manglar dersom slike vert oppdaga. Øvinga gjeng kontinuerlig under heile gjennomgangen.

8. LESE OG SKRIVE RAPPORTER I EPJ

Vis lese rapporter:

- Lese på fleire pasientar:
 - Ikon
 - Fag-meny
- Lese på enkeltpasient
 - Faneark «Oversikt plan og rapport»

Vis utvalg periode /dato, prioritet

Skriv rapporter:

Rett pasient
 Rett plassering av rapporten
 Kvittere for utført oppdrag (eitt / fleire)
 Målinger

Bruke Maler i Profil

Pleieoppdrag (Ikkje alle einingar nyttar denne)
 Tvang
 Skjema (fane i EPJ)

Praktiske Prosedyrer i Sykepleien PPS

Øving: Eleven følger lærar gjennom dei ulike valga, prøver ulike måter å finne / lese rapporter på og lærer å skrive rapporter. Vis til Standard for dokumentasjon. Vis faner «skjema» og «målinger», bruken av maler og PPS. Henvis til Profilprosedyrer.

9. Oppsummering og avslutning

Kontroller at eleven oppfyller opplæringskravet:

- a. Kjenner kommuna sitt reglement for datatryggleik.
- b. Kjenner reglane for tilgang, pålogging og passord.
- c. Forstår Profil som system, og oppbygging/organisering av personregisteret, herunder at eleven forstår forskjellen på brukarlista og EPJ
- d. Kan logge seg inn og endre egne passord.
- e. Kan søke i personregisteret og hente frem brukerkortet til ein bestemt pasient/brukar.
- f. Kan bevege seg mellom ulike faner og bilder i brukerkortet og finne frem til opplysninger.
 - i. Må kunne hente opplysninger om fastlege og næraste pårørande og deira adresser og telefonnummer.
- g. Har tilstrekkelig kunnskap til å kunne gjennomføre praktiske øvelser på arbeidsplassen mht. å registrere og ajourføre opplysninger i brukerkortet.
- h. Skal ha tilstrekkelig kunnskap til å kunne lese og skrive rapporter i EPJ.

Avslutt opplæringa med følgande informasjon:

- Dagens gjennomgang er nærast ein presentasjon og at det er gjennom daglig bruk av systemet at den eigentlige lærings skjer.
- Alle einingar har superbrukarar som kan bistå med den vidare opplæringa.
- Alle einingar har en journalansvarlig som har ansvar for pasientjournalens struktur og faglige innhald. Denne kan og bistå dersom det vert gjort feil i journalen som krev retting og/eller sletting.
- Systemansvarleg for Profil har ansvar for tilgangsstyringa og må kontaktast dersom ein av ulike årsaker vert utestengd som brukar.

VEDLEGG 3 – SKJEMA, MANUELL DOKUMENTERING AV UTFØRT HELSEHJELP

Henvisning i: Behov for nullstilling av passord
 Dokumentering når ein ikkje har tilgang til PROFIL

Årsak til manuell dokumentering (kryss av):					
Profil er nede:	<input type="checkbox"/>	Mangler påloggingsinformasjon:	<input type="checkbox"/>	Pasienten er utilgjengeleg /ikkje registrert i Proil:	<input type="checkbox"/>
Avdeling:		Dato:		Vakt:	
Tilsett:					
Pasient:					
Område:					
Tiltak:					
Rapport:					
<p>Legg skjemaet til administrativ koordinator, som skanner det inn i Profil. Det skal ikkje skrivast annan rapport i Profil</p>					

VEDLEGG 4 – MEDIKAMENT SOM SKAL REGISTRERAST I PROFIL	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Registrering av medisiner	

Opplysninger om medikament som skal legges inn i Profil

Preparatets navn:	Styrke / måleenhet:
Legemiddelform:	Administrasjonsmåte:
Virkestoff:	Reseptgruppe: (A, B eller C-prep.)
Merknader (f.eks. synonympreparat):	
Sign.:	

Skjemaet fyllast ut og leveres til Systemansvarleg Profil

VEDLEGG 5 – BESTILLINGSSKJEMA, TENESTE FYSIOTERAPI	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 09/13	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i:	

Bestillingsskjema, teneste Fysioterapi:

Pasientens navn:	
F.nr.:	
Fra dato:	
Til dato:	
Antall behandlingar:	
Hyppighet:	
Tidspunkt:	
Varighet:	

 Ansvarleg fysioterapeut

VEDLEGG 6 – ARBEIDSPANLEGGING / KJØRERUTER I PROFIL	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 05/14	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Fulle ut tenestebilde og oppgavelinjer	

Arbeidsplanlegging i Profil (basert på arbeidsruter).

I det følgende vil dette heftet vise trinn for trinn registrering du må gjøre i Profil for å kunne produsere automatiske arbeidsruter i programmet.

Profil har følgende forutsetninger for å kunne lage arbeidsruter:

- Bruker er registrert
- Bruker er tildelt en tjeneste som bruker oppgavelinjer
- Oppgavelinjer er registrert
- Personell må være ferdig konfigurert i forhold til hvordan kommunen ønsker å bruke arbeidsplanleggeren.

1 Tjenestebildet (brukermodulen)

Betingelsen for å fordele oppgaver (besøk) automatisk til arbeidsruter i Profil er at du har registrert nøyaktig i tjenestebildet hvilke oppgaver som skal fordeles og hvilke arbeidsruter de skal legges på.

Redigering av tjenester for Hjalmar Andreas Andersen

Tjeneste: HJSY Hjemmesykepleie Timer/minutt pr. uke: 0 / 0
 Fra: Kommunen Ant. besøk pr. uke: 0,00
 Journalår: 2010 Fradato: 01.01.2010 Antall hjelpere:
 Journalnr: 2 Tildato: 00.00.0000
 Ansvarlig: Iverksatt dato: 01.01.2010
 Generell hyppighet: 35 gang pr. uke Avslutt dato: 00.00.0000
 Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): 14 / 35

Merknad:
 Evaluering:
 Dato: 00.00.0000

Hypighet
 Mandag: 5
 Tirsdag: 5
 Onsdag: 5
 Torsdag: 5
 Fredag: 5
 Lørdag: 5
 Søndag: 5

Avvik org. nivå utøver
 Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
2010	9	1	mandag	08:30	11:30	L1	Dag	Morgenstell	30	2	1
2010	9	1	mandag	12:00	15:30	L1	Dag	Tilsyn evt. hjelp til toalett. V	30	2	1
2010	9	1	mandag	16:00	18:30	L4	Åften	Hjemmesykepleie	20	2	1
2010	9	1	mandag	19:00	21:30	L4	Åften	Hjemmesykepleie	30	2	1
2010	9	1	mandag	23:00	02:00	L5	Natt	Hjemmesykepleie	15	2	1
2010	9	1	tirsdag	08:30	11:30	L1	Dag	Morgenstell	30	2	1
2010	9	1	tirsdag	12:00	15:30	L1	Dag	Tilsyn evt. hjelp til toalett. V	30	2	1
2010	9	1	tirsdag	16:00	18:30	L4	Åften	Hjemmesykepleie	20	2	1

Øverste del av bildet er knyttet til saksbehandling og IPLOS informasjon, dette har ingen betydning for arbeidsplanlegging i Profil med unntak av at du må ha registrert en tjeneste med gyldig datointervall for å kunne lage en plan.

1.0 Knappene

- Knappen brukes for å kopiere en registrert oppgave til ny eller nye linjer
- Sletter en registrert oppgavelinje.
- Setter inn en ny (blank) linje slik at du kan registrere en ny oppgave.

2 Registrere oppgaver i et tjenestebilde.

Når du står i brukers mappe, velger du skillekortet **Tjenester** og klikker på ikonet  (sett inn ny rad).

Redigering av tjenester for Janne Halvorsen

Tjeneste: Timer/minutt pr. uke: /

Fra: Ant. besøk pr. uke:

Journalår: Fradato: Antall hjelpere:

Journalnr: Tildato:

Ansvarlig: Iverksatt dato:

Generell hyppighet: Avslutt dato:

Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): /

Merknad:

Evalueringsdato:

Hyppighet: Mandag: Tirsdag: Onsdag: Torsdag: Fredag: Lørdag: Søndag:

Avvik org. nivå utøver

Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere

Vanligvis vil den som har ansvaret for planlegging av hvordan tjenester skal ytes få opp tjenestebildet som vist over. For å registrere oppgaver slik at du får med oppgavene som er tildelt bruker i ukeplan, må du sette inn en linje for hver oppgave bruker er tildelt.

Start med å klikke på -knappen

Redigering av tjenester for Janne Halvorsen

Tjeneste: Timer/minutt pr. uke: /

Fra: Ant. besøk pr. uke:

Journalår: Fradato: Antall hjelpere:

Journalnr: Tildato:

Ansvarlig: Iverksatt dato:

Generell hyppighet: Avslutt dato:

Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): /

Merknad:

Evalueringsdato:

Hyppighet: Mandag: Tirsdag: Onsdag: Torsdag: Fredag: Lørdag: Søndag:

Avvik org. nivå utøver

Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
2010	10	1	mandag	08:00	09:30	L2	Dag	MorgenstellMedisinetKok	30	2	1

Oppgavelinjen fylles nå ut felt for felt. **OBS det er best å bruke tabulator-tasten når du skal til neste felt.**

År

Profil vil automatisk velge inneværende år.

Uke

Profil vil automatisk velge inneværende uke.

Intervall

I feltet intervall, kan du styre om oppgaven skal utføres hver uke, annen hver uke osv. 1 = hver uke, 2 annen hver uke osv. Du kan legge en oppgave med intervall opp til 52 som er lik utføres en gang per år. Depotinjeksjoner kan legges med intervall for eksempel lik hver 18 uke, hvilket vil bety at oppgaven kun kommer på ukeplan hver 18. uke.

Ukedag

Angi om dagen er mandag, tirsdag eller en annen dag. I feltet kan du bruke bokstaver på tastaturet for å velge rett dag. 2 x T vil gi deg torsdag, M vil gi deg mandag osv.

Fra klokken – Til klokken

Feltene styrer rekkefølge på arbeidslisten. Det kan være vanskelig å fordele alle besøk dersom du legger en fast tid på alle oppgaver (for eksempel 08.30 – 11.30). Dersom du velger et slikt oppsett vil Profil ikke klare å fordele mer enn en eller to av oppgavene som er satt til dette tidsrommet. Dette betyr at du må fordele de manuelt hver uke. Dersom du angir tidsrom så korrekt som mulig vil du oppleve at automatikken blir bedre.

Ansvarlig

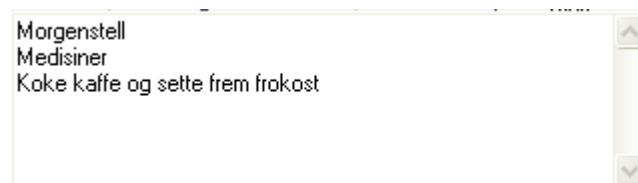
Dette felte skal du bruke for å angi hvilken *Liste* oppgaven automatisk skal legges på. Du kan angi initialer på listen (samme som du brukte når du registrerte listen i ansattbildet i personal modulen), initialene kan du legge direkte inn i feltet om du husker disse. Du kan også søke med micro-søk eller med F5-tasten.

Vakt type

Angi hvilken vakt denne oppgaven skal utføres. Dag, Aften eller Natte.

Beskrivelse

Feltet åpner et fritekstfelt når du flytter markøren inn i feltet.



I feltet kan du beskrive detaljer hva oppgavene består i. NB dette feltet har du nytte av i Mobil Profil hvor alt du skriver her vil vises i klartekst.

Varighet

Angi varighet for oppgaven i minutter. Du vil få en melding dersom du setter varighet lenger enn hva som er angitt i fra klokken og til klokken.



□ Kompetanse

Skal alltid settes til 6 (= lister).

□ Hjelpere

Her skal alltid stå 1, dersom det kreves flere hjelpere, settes det inn en linje for hver helper, og markerer linjene med ulike lister. Det er kun en natlliste, så her settes kun inn en linje.

2.0 Kopiere en oppgave til flere linjer (dager).

Jeg har registrert en oppgavelinje som jeg har lagt til mandag, denne linjen vil jeg også bruke for resten av ukens dager.

Redigering av tjenester for Janne Halvorsen

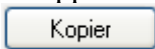
Tjeneste: HJSY Hjemmesykepleie Timer/minutt pr. uke: 0 / 0
 Fra: Kommunen Ant. besøk pr. uke: 0,00
 Journalår: Fradato: 03.03.2010 Antall hjelpere:
 Journalnr: Tildato: 03.03.2011
 Ansvarlig: Iverksatt dato: 03.03.2010
 Generell hyppighet: 1 gang pr. uke Avslutt dato: 00.00.0000
 Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): 0 / 30

Merknad: Evaluering: Dato: 00.00.0000
 Hyppighet: Mandag: Tirsdag: Onsdag: Torsdag: Fredag: Lørdag: Søndag:

Avvik org. nivå utøver
 Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
→ 2010	10	1	mandag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner	30	2	1

Som det vises i bildeutklippet over har linjen jeg har registrert med en oppgave fått en pil for. Knappen



henter opp et lite bilde:

Bestill kopiering av linjer

Kopier fra antall linjer: 1
 Kopier til antall linjer: 6
 Rullerende dagsangivelse: Ja

OK
 Avbryt
 Hjelp

□ Kopier fra antall linjer

Det er kun fra antall linjer = 1 som fungerer i dette feltet.

☐ Kopier til antall linjer

Angi hvor mange linjer (dager) du vil kopiere til, for en hel uke vil det være 6 (du har allerede registrert oppgaven for mandag).

☐ Rullende dagsangivelse

JA = Oppgavelinjene du kopierer til vil får tirsdag, onsdag osv.

NEI = Alle dager ligger med mandag (eller den dagen du har angitt på linjen du kopierer fra).

Bekreft med OK-knappen. Du vil nå se at bildet fylles ut med det antall ekstra linjer (dager) som du bestilte i bildet vist over.

Dersom du har en oppgave hvor alle dager er like, men hvor du trenger å endre litt i for eksempel beskrivelse for en dag, kopierer du først og deretter redigerer du dagen eller beskrivelsen du vil endre, for eksempel endre stell på fredag til dusj.

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
2010	10	1	mandag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner i Sette	30	2	1
2010	10	1	tirsdag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner i Sette	30	2	1
2010	10	1	onsdag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner i Sette	30	2	1
2010	10	1	torsdag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner i Sette	30	2	1
→ 2010	10	1	fredag	10:00	10:30	L1	Dag	Dusj	30	2	1
2010	10	1	lørdag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner i Sette	30	2	1
2010	10	1	søndag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stell i Gi medisiner i Sette	30	2	1

2.1 Kontroll av verdier for tildelt tjeneste.

Dersom den som har gjort saksbehandling og tildeling av tjenesten du registrerer oppgaver på også har fylt ut antall timer og minutter per uke (for IPLOS statistikk), samt antall besøk per uke, kan du kontrollere dette mot din ferdige registrering av oppgaver.

Redigering av tjenester for Janne Halvorsen

Tjeneste: HJSY Hjemmesykepleie
 Fra: Kommunen
 Journalår: Fradato: 03.03.2010
 Journalnr: Tildato: 03.03.2011
 Ansvarlig: Iversatt dato: 03.03.2010
 Generell hyppighet: 22 gang pr. uke
 Avslutt dato: 00.00.0000

Timer/minutt pr. uke: 7 / 50
 Ant. besøk pr. uke: 20,00
 Antall hjelpere: 1

Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): 8 / 10

Hypighet
 Mandag: 3
 Tirsdag: 3
 Onsdag: 4
 Torsdag: 3
 Fredag: 3
 Lørdag: 3
 Søndag: 3

Merknad
 Evaluering
 Dato: 00.00.0000

Avvik org. nivå utøver
 Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
→ 2010	10	1	mandag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stellG i medisinerSette	30	2	1
2010	10	1	mandag	14:00	14:20	L2	Dag	TilsynMiddag	20	2	1
2010	10	1	mandag	19:00	00:00	L4	Aften	Lett kveldsstellLeggesMe	20	2	1
2010	10	1	tirsdag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stellG i medisinerSette	30	2	1
2010	10	1	tirsdag	14:00	14:20	L2	Dag	TilsynMiddag	20	2	1
2010	10	1	tirsdag	19:00	00:00	L4	Aften	Lett kveldsstellLeggesMe	20	2	1
2010	10	1	onsdag	10:00	10:30	L1	Dag	Lett stellG i medisinerSette	30	2	1
2010	10	18	onsdag	12:00	15:00	L3	Dag	Depotinj. se medisin kardex	10	2	1

Øverst til venstre i IPLOS registreringen ser du de estimerte timer som saksbehandler (tilder) har estimert av tid, i feltet midt i bildet **Beregnet sum varighet per uke** ser du antall timer og minutter som er hentet fra feltet varighet i oppgavelinjene.

Du kan telle antall besøk i kolonnen til høyre som viser antall besøk per dag. OBS feilkilde når du registrer inn oppgave med hyppighet > 1.

Dette er en kontrollmulighet du kan gjøre direkte når du har registrert, lagret og åpnet bildet igjen.

2.2 Endring i tenesta (nytt vedtak).

Når en bruker har en tildelt teneste, og denne tenesta inneholdt mange oppgavelinjer er det viktig at du er klar over funksjonen som gjør at du kan kopiere linjer fra et vedtak til et nytt.

Utgangspunktet er som vist;

Redigering av tjenester for Rolf Bernhardsen

Tjeneste: HJSY Hjemmesykepleie Timer/minutt pr. uke: 7 / 0
 Fra: Kommunen Ant. besøk pr. uke: 0,00
 Journalår: 2007 Fradato: 01.01.2007 Antall hjelpere: 1
 Journalnr: 110 Tildato: 01.04.2010
 Ansvarlig: Iverksatt dato: 01.01.2007
 Generell hyppighet: 21 gang pr. uke Avslutt dato: 01.04.2010
 Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): 8 / 10

Merknad: Evaluering
 Dato: 20.03.2010
 Nytt vedtak

Hyppighet
 Mandag: 3
 Tirsdag: 3
 Onsdag: 3
 Torsdag: 3
 Fredag: 3
 Lørdag: 3
 Søndag: 3

Avvik org. nivå utøver
 Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
2010	10	1	mandag	01:00	00:00	LN7	Natt	Snu / Skifte ved behov	10	2	1
2007	37	1	mandag	10:00	10:30	LN1	Dag	Hjemmesykepleie	30	3	1
2007	37	1	mandag	20:00	20:30	LN4	Åften	Hjemmesykepleie	30	2	1
2010	10	1	tirsdag	01:00	00:00	LN7	Natt	Snu / Skifte ved behov	10	2	1
2007	37	1	tirsdag	10:00	10:30	LN3	Dag	Hjemmesykepleie	30	2	1
2007	37	1	tirsdag	20:00	20:30	LN4	Åften	Hjemmesykepleie	30	2	1
2010	10	1	onsdag	01:00	00:00	LN7	Natt	Snu / Skifte ved behov	10	2	1
2007	37	1	onsdag	10:00	10:30	LN1	Dag	Hjemmesykepleie	30	2	1

For å legge til eller fjerne besøk:

1. Stå i pasientens brukerkort, faneark «tenester».
2. Sett inn ny rad
3. Fyll inn «HSPL» (=tenesta heimesjukepleie) i feltet Teneste og trykk TAB.
4. Du får opp følgende melding:



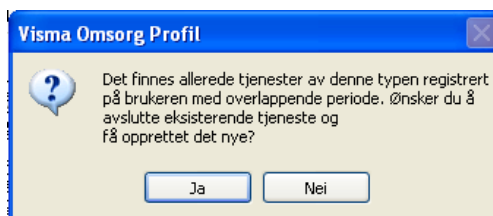
5. Velg JA dersom du ønsker å kopiere oppgavelinjene du har i gjeldene tjeneste. Dersom du vil legge alt inn alle oppgavelinjene på nytt, velger du **NEI**. Du får en ny melding:



6. Når du angir dato tjenesten skal gjelde fra, ser du at oppgavelinjene fylles ut. Du kan nå på vanlig måte registrere en ny oppgavelinje og kopiere denne til de dager den skal

gis. Du kan også redigere oppgavelinjer du har kopiert, for eksempel endre klokkeslett, kjøreliste og lignende.

7. Knytt tjenesten opp mot eksisterende vedtak om heimesjukepleie, ved å føre inn journalnummer og år (samme som for tjenesten som har vært tidligere)
8. Når du har redigert ferdig tjenesten vil du få en ny melding:



9. Velg **JA**. Den nye tjenesten opprettes og den gamle tjenesten avsluttes med dato dagen før den nye settes.

NB:

- **Det er viktig at du registrerer ny tjeneste når mengden (tidsbruken) øker eller minsker, dette for å vise korrekte tidsbruk når det kjøres rapporter som har tjeneste og tid som grunnlag for å måle tjenesteproduksjon**
- **Når tenesten skal økes eller minskes i tidsbruk, skal vedtaket revurderes og nytt vedtak sendes brukar. Avdelingssjukepleiar HBO gjer dette, husk å gi beskjed!**

2.3. Endringar i tenesta (utan revurdering av vedtak)

Endringer i tjenesten utan revurdering av vedtak skal ikkje endre tilbudet til brukeren i mengde tid eller antall besøk. Dette krever revurdering av vedtaket (se punkt 2.2.) Endringer som kan gjøres utan revurdering er endring av tidspunkt, dag eller arbeidsliste.

Gjør som følger:

Åpne tjenestebildet for tjenesten heimesjukepleie og legg inn endringane. Trykk OK for å lagre og lukke bildet.

2.4. Registrering av medikamentadministrasjon:

Alternativ 1: Eget besøk hos bruker for utlevering av multidose eller dosett / legging av dosett:

Redigering av tjenester for Line Testbruker Danser

Tjeneste: HSPL Heimesjuepleie Timer/minutt pr. uke: 0 / 0
 Fra: Kommunen Ant. besøk pr. uke: 0,00
 Journalår: Fradato: 17.03.2014 Antall hjelpere:
 Journalnr: Tildato: 00.00.0000
 Ansvarlig: Iverksatt dato: 17.03.2014
 Generell hyppighet: 3 gang pr. uke Avslutt dato: 00.00.0000
 Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): 0 / 29

Merknad: Evaluering
 Dato: 00.00.0000

Hyppighet
 Mandag:
 Tirsdag:
 Onsdag:
 Torsdag:
 Fredag:
 Lørdag:
 Søndag:

Avvik org. nivå utøver
 Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
2014	13	2	torsdag	13:00	14:00	DL5	Dag	Lever multidose, legg Marev	15	6	1
2014	13	2	onsdag	09:00	15:00		Dag	Medikamentadministrasjon,	30		1
2014	12	2	torsdag	13:00	14:00	DL5	Dag	Legg Marevandosett	15	6	1

Linje 1: Dersom besøk hos bruker kun omfatter utlevering av multidose og / eller legging av dosett registrerer en tidsbruk 15 minutter.

Linje 2: Alt annet arbeid i forbindelse med medikamentadministrasjon registreres med teksten «Medikamentadministrasjon, kontakt med lege / apotek» og et tidsbruk på 30 minutter hver andre uke. Obs at en ikke fyller ut feltene «ansvarlig» og «komp», da denne tiden kun skal registreres, men ikke komme ut på arbeidslistene.

Linje 3: Dersom brukeren har medisiner i tillegg til multidose, som utløser ukentlig besøk, legges det inn en ekstra linje med motsatt (lik) uke for å registrere besøket. Samme tidsbruk, 15 minutter.

Alternativ 2: Utlevering av multidose samtidig med annet oppdrag hos bruker:

Redigering av tjenester for Line Testbruker Danser

Tjeneste: HSPL Heimesjuepleie Timer/minutt pr. uke: 0 / 0
 Fra: Kommunen Ant. besøk pr. uke: 0,00
 Journalår: Fradato: 18.03.2014 Antall hjelpere:
 Journalnr: Tildato: 00.00.0000
 Ansvarlig: Iverksatt dato: 02.04.2014
 Generell hyppighet: 9 gang pr. uke Avslutt dato: 00.00.0000
 Beregnet sum varighet pr. uke (timer/minutter): 2 / 42

Merknad: Evaluering
 Dato: 00.00.0000

Hyppighet
 Mandag: 1
 Tirsdag: 1
 Onsdag: 1
 Torsdag: 3
 Fredag: 1
 Lørdag: 1
 Søndag: 1

Avvik org. nivå utøver
 Distrikt: Sone: Delsone:

År	Uke	Intervall	Ukedag	Fra Kl.	Til Kl.	Ansvarlig	V.type	Beskrivelse	Varighet	Komp	Hjelpere
2014	15	1	mandag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell	20	6	1
2014	15	1	tirsdag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell	20	6	1
2014	15	1	onsdag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell	20	6	1
2014	14	2	torsdag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell	20	6	1
2014	15	2	torsdag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell, lever multidose	25	6	1
2014	15	2	torsdag	09:00	15:00		Dag	Medikamentadministrasjon,	40		1
2014	15	1	fredag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell	20	6	1
2014	15	1	lørdag	09:00	09:30	DL5	Dag	Morgenstell	20	6	1

- Dersom utlevering av multidose skjer når en er hos bruker på annet oppdrag, øker en tidsbruken med 5 minutt i forhold til ordinært oppdrag. Obs: Dette er en vurderingssak: dersom reel tidsbruk ved utlevering av multidose tar lengre tid enn 5 minutter, eller en skal legge dosett i tillegg, øker en tidsbruken etter hva som er reelt. Total tidsbruk på medikamenthåndtering pr 2 uker skal være 45 minutter.
- Alt annet arbeid i forbindelse med medikamentadministrasjon registreres med teksten «Medikamentadministrasjon, kontakt med lege / apotek» og et tidsbruk på totalt 45 minutter hver andre uke. Obs at en ikke fyller ut feltene «ansvalig» og «komp», da denne tiden kun skal registreres, men ikke komme ut på arbeidslistene.
- Dersom brukeren har medisiner i tillegg til multidose, som utløser ukentlig, legges det inn en ekstra linje med motsatt (lik) uke for å registrere besøket. Øk tidsbruk på det ordinære besøket etter hva som er reel tidsbruk.

- **2.5. Generell informasjon**
- Kwart enkelt besøk heimesjukepleia skal ha hos en bruker skal registrerast med egen oppgåvelinje i tenestebildet. Dvs: har brukaren besøk morgon, middag, kveld og natt, skal det registrerast ei linje pr besøk pr dag for hele veka. Dersom det er behov for to hjelparar hos brukaren, registrerast ei oppgåvelinje pr hjelper. (Gjeld ikkje natt).
- Utlevering av multidose legges i ulik uke med intervall 2
- Hjelp til dusj hver annen uke legges i aktuell uke med intervall 2
 - Om bruker skal ha morgenstell den «andre» uka, legges inn egen linje for hver av disse oppdragene, begge med intervall 2.
- Injeksjoner legges inn med intervall etter kor ofte dei skal settast. F.eks. B12-inj. legges inn med intervall 12, ettersom de settes kvar 12. uke.
- Skift av permanentkateter legges også inn med intervall på hvor ofte det skal skiftes. Dersom kateteret må skiftes før oppsatt tid, MÅ en gå inn på oppgavelinjen og ENDRE UKENUMMMERET til uken kateteret skal skiftes neste gang. Dersom dette ikke gjøres, vil skiftfrekvensen bli feil.
- Medisin som gis en spesiell dag i uken (intervall1, f.eks. Methotrexat) eller måneden (intervall 4, f.eks. Alendronat) legges inn på rett dag med egen linje i tjenestebildet. Vil da komme frem som eget oppdrag. Dette sikrer at medisinen ikke glemmes.
- Husk å avslutte tidligere tjeneste, og legg inn tjenesten på nytt når en endrer mengden på tjenesten. En kan bruke samme saksnummer, men det må skrives nytt vedtak. (Revurdering av tjeneste)
- Oppdrag som ikke skal utføres hver natt, legges på døgnet før (f.eks. oppdrag som skal utføres natt til lørdag, (etter kl. 00.00.) legges på fredag.
- Dersom en bruker kun skal ha tjeneste fra heimesjukepleien i perioder (f.eks. dersom BPA har fri / pårørende skal bort, eller lignende) fyller en ut oppgavelinjer i tjenestebildet som vanlig. En kan så sette inn midlertidig opphør av tjenesten i de perioder der brukeren ikke skal ha hjelp fra hjemmesykepleien. Dersom periodene medfører en midlertidig økning av tjenesten hjemmesykepleie må tjenesten legges inn og avsluttes for hver gang.
- Når en bruker i kortere eller lengre perioder ikke har behov for tjenesten hjemmesykepleie (for eksempel ved innleggelse i sykehus, sykehjem eller annen institusjon), skal det registreres midlertidig opphør på tjenesten. Brukeren vil da ikke komme på arbeidslistene. For å få brukeren inn på arbeidslistene igjen, må det midlertidige opphøret avsluttes. Dato når det midlertidige opphøret avsluttes, settes inn så snart en har sikre opplysninger om dette. Prosedyre i prosedyrehåndboka for Profil

VEDLEGG 7 – PROSEDYRE FOR HÅNDTERING AV MEDISINLISTER I HEIMESJUKEPLEIEN	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Oktober 2013	Revidert: Mai 2014
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Registrering av medisiner	

Mål: Faglig forsvarlig håndtering av medikamentlister.

Prosedyre:

Hjemmesykepleien får medisinlister/opplysninger frå følgende:

Fastlege, anna lege (turnus-, vikarleger, legevakt, sykehusleger), anna helsepersonell (sykepleier ved sykehusavdeling), apotek (i samband med multidose), pasient/pårørende.

Alle medisinopplysninger som kjem frå fastlege skal være underskrevet eller komme som elektronisk melding. Alle underskrevne medikamentlister som ikkje kjem som elektronisk melding skal skannast til pasientjournalen. Dersom medisinopplysninger blir gitt muntlig, skal disse bekreftes skriftlig så snart som mulig, helst som elektronisk melding.

Elektronisk melding frå fastlege med medisinendringer skrives ut og settes i multidosepermen, slik at endringa vert kontrollert ved neste levering av multidose.

Alle medisinlister vi mottar skal kontrollerast opp mot medisinliste i Profil. Dersom ein oppdagar avvik, må fastlege kontaktast for å få avklart kva medisin pasienten skal ha. Medisinlister som utløyser endringer i Profil skal skannast til pasientjournalen.

Medisinlistene frå apotek (multidose), dersom det er uoverensstemmelser her skal ein kontakte fastlege for å avklare kva medisin/dosering pasienten skal ha. Opplysningene frå apotek er basert på opplysninger fastlege har gitt apoteket. Nye lister frå apoteket skal settast i eigen perm «Ordinasjonskort apotek 1», og skiftast ut ved ny endring.

Anna lege (turnus-/vikarlege, legevakt, sykehuslege). Medisinlister kontrollerast for endringer, signeres, kopieres og originalen leggst til skanning. Når andre legar har gjort endringer i medisinane til ein pasient (for eksempel ved innleggelse eller poliklinisk behandling, er det viktig at det sendast e- melding til fastlege om endringane. Dette for å sikre at HBO og fastlege har same medisinopplysninger, og slik unngå/forebygge feilmedisinering.

Pasient/pårørende: Beskjeder frå pasient/pårørende er ofte muntlige. Opplysningene må bekreftast av ordinerende lege snarast, evt. via fastlege.

VEDLEGG 8 – REVISJONSSKJEMA EPJ

Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Juni 2014	Revidert: Oktober 2014
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Sikre kvalitet i elektronisk pasientjournal	

Følg prosedyre «Sikre kvalitet i Elektronisk pasientjournal»

Navn pasient: _____

Oppgave	Utført dato/sign	Utført dato/sign	Utført dato/sign	Utført dato/sign	Utført dato/sign	Utført dato/sign	Utført dato/sign
Brukerkort							
IPLOS							
Diagnoser/Cave							
Journalansvarlig							
Pleieoppdrag							
Rapporter							
Medikamentark							
Sammenfatning							
Skjemabeh.							
Målinger							
Samtykke registrert							
Revisjon ferdig							

VEDLEGG 9 – VEILEDER, SENDING AV INNLEGGELSESRAPPORT	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Einingsleiar Pleie- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: September 2014	Revidert 01/17
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Sende innleggelsesrapport etter mottatt «Melding om innlagt pasient»	

Innhold

Definisjoner, presiseringer og avgrensninger	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Gjennomgang av elektronisk meldingsflyt mellom HF og kommunen	4
Prosedyre for avdelinger/døgneheter som ikke har tatt i bruk elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Hvordan ser de ulike meldinger ut:	6
Melding om Innlagt pasient	6
Helseopplysning 24 timers melding /oppdatert helseopplysning	7
Melding om Utskrivningsklar pasient	8
Avmelding av utskrivningsklar pasient	8
Forespørselsmelding.	9
Oppdatert Helseopplysning	9
Melding om Utskrevet pasient	9
HF- adressering og bruk av de ulike e-meldinger	10
Har pasienten registret merknad under Obs?	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Meldingsutveksling ved begrensa samtykke eller der pasienten ikkje samtykker	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Hvordan skal meldingsutvekslingen utføres	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Sjekk for sending av melding	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Medikamentliste	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Har pasienten registrert Cave i journalen?	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Sending av kontrollert melding	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
Fordeling av meldinga om innlagt pasient	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
AVVIKSHÅNDTERING	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
1. Melding om pasient som ikke har kommunale tjenester	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	

2. Manglende meldinger og mangelfulle opplysninger

Feil!

Bokmerke er ikke definert.

Veileder gjeld berre pasienter som mottok kommunale tenester, dvs har ein aktiv journal i vår EPJ.

Definisjoner, presiseringer og avgrensninger

- Kommuna skal berre motta melding om innlagt pasient på personer som har kommunale tenester.
 - Melding om innlagt pasient på andre personer er å ansjå som **avvik** – sjå eiga prosedyre på korleis slike skal handsamast.
- Kommuna er pliktig til å motta meldingar 24/7 og respondere på meldingene innafor ein tidsfrist på 4 timer.
- Kvar eining/avdeling skal overvåke meldingsboksa, motta innleggelsesmeldingar og respondere på desse med innleggelsesrapport. Dette fordeler seg slik på dei ulike stadane:
 - Ansvarleg sjukepleiar HBO har ansvar for meldingar angående innlagte pasientar i HBO.
 - Ansvarleg sjukepleiar SOMS har ansvar for meldingar angående pasienter innlagt på SOMS og bukollektivet. I tillegg skal dei respondere på meldingar til psykiatritenesta (**BERRE melding om innlagt pasient!**) utanom normalarbeidstida.
 - Psykiatritenesta: ansvarleg for melding om innlagt pasient for sine pasientar måndag – fredag kl 08.00 – 15.00.

Meldingsutveksling ved begrensa samtykke eller der pasienten ikkje samtykker

Det skal ALLTID sjekkast om pasienten har samtykka til informasjonsutveksling før ein sender innleggingsrapport.

Når pasienten har sagt nei til samhandling med anna helsepersonell:

ta telefonisk kontakt med sjukehuset eller avdelinga og informer om dette. Skriv rapport om at dette er gjort.

Når pasienten har restriksjoner i kva som kan utvekslast med anna helsepersonell:

Når ein sjekker samtykket for pasienten vil det ligge henvisning til dato for OBS-sammenfatning. Gå til pasientjournalen og les den aktuelle OBS-sammenfatninga, der skal det vere forklart korleis ein skal lage innleggelsesrapport om pasienten. Skriv rapport om kva som er gjort

Har pasienten registret merknad under Obs?

Typisk her er HLR minus. Om dette er registret skal dette føyast til i Sammendragsrapporten, og sendes over til HF – sjå eksempel under. Opplysningane som framkjem under Obs kan enten kopierast inn etter samme prosedyre som Sammenfatning eller skrivast inn som fritekst. Det bør være ei rutine at opplysningar som framkjem under OBS, og bør ligge inne i sammendraget, då slepp ein å gå ut og inn mellom pasientjournalen og e-meldinga når ein

lager rapporten. Dersom det er registrert HLR minus på en pasient, skal opplysninger om dato og legen som avgjorde dette registrerast.

Sammenfatning

Type: OBS Fra dato: 08.06.2010 Avslutt dato: 00.00.0000

Sammenfatning av brukerens situasjon og ressurser:
HLR- jfr. journalnotat dato

Registrert av: System Administrator, Sist endret av: System Administrator

Type	Situasjonsbeskrivelse	Fra dato	Avslutt dato
Sammenfatning	Bruker kom hit fra Solgløtt sykehjem mars 2010Er gift ingen barn .mannen er her	02.03.2014	
OBS	Utført farlighetsvurdering dato 2.05.2013. diskusjon vedr. misbruk trigger. vær all	06.05.2013	
OBS	HLR- jfr. journalnotat dato	08.06.2010	
Sosiale forhold	Gift og har 5 barn, 4 barnebarn. Alle bor på sørlandet. Ringer ofte og er på besøk	08.06.2010	
Tidligere sykdom	Gjentagende lungebetennelse.	08.06.2010	

Korleis skal meldingsutvekslinga utførast

Innleggelsesrapport skal sendast som respons på melding om innlagt pasient. Meldinga ser slik ut i innboks:

Melding

Meldingsdato: 28.02.2014
Tidspunkt: 28.02.2014 14:56
Meldingstype: Melding om innlagt pasient
Inn/Ut: Inn

Avsender
Organisasjon: HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Somatikk plo meldingsmottak (Molde)

Mottaker
Organisasjon: KRISTIANSUND KOMMUNE
Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg

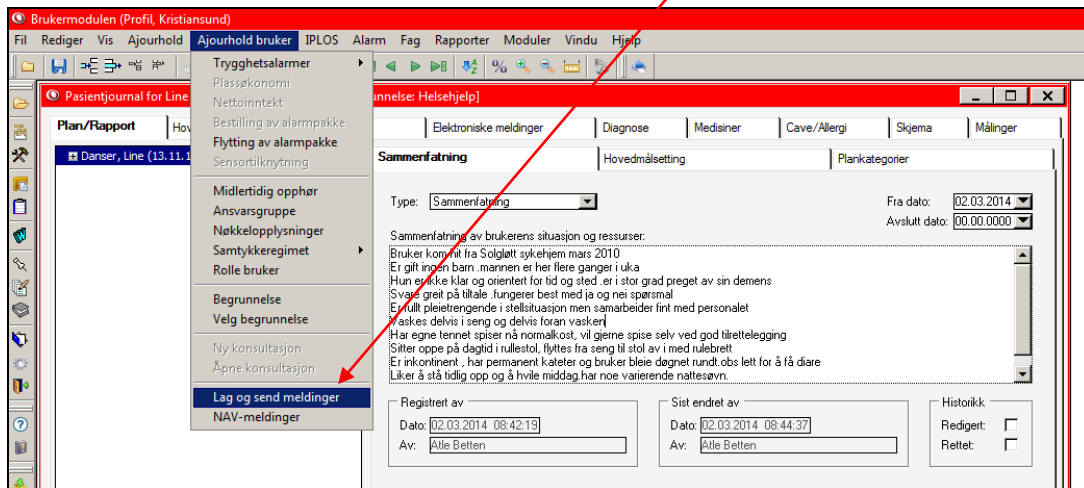
Saksbehandling
Løpenr.: 1
Fomavn: Line Beh. status: Forfallsdato: 00.00.0000
Etternavn: Danser Ansvarlig: Behandlet dato: 00.00.0000

Meldingsdato	Meldingstype	Fra	Til	Inn/Ut	Beh.status	Postert	Kvitt
28.02.2014	Forespørsel	HELSE MØRE OG ROMSDAL	KRISTIANSUND KOMMUNE	Inn			
28.02.2014 14:57	Line Danser	Psykiatri plo meldingsmottak (Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg				
28.02.2014	Melding om innlagt pasient	HELSE MØRE OG ROMSDAL	KRISTIANSUND KOMMUNE	Inn			
28.02.2014 14:56	Line Danser	Somatikk plo meldingsmottak (Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg				
28.02.2014	Forespørsel	HELSE MØRE OG ROMSDAL	KRISTIANSUND KOMMUNE	Inn			
28.02.2014 14:51	Line Danser	Somatikk plo meldingsmottak (Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg				

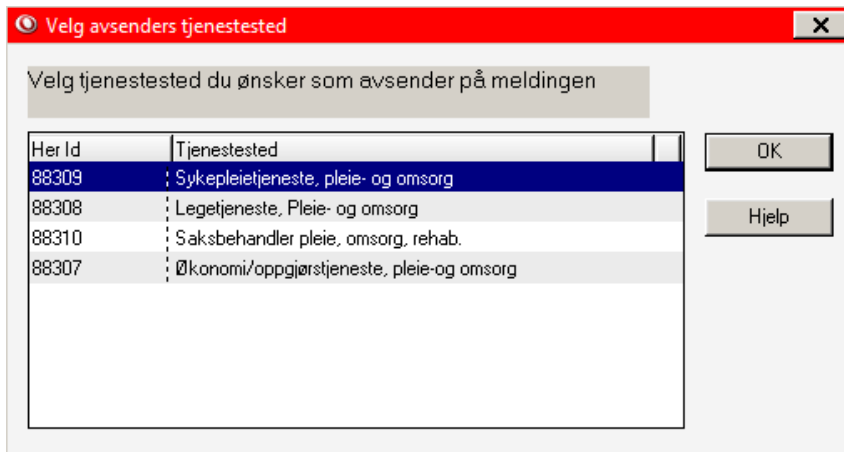
Seinast 4 timer etter mottak av melding om innlagt pasient skal meldinga innleggelsesrapport sendast

Slik sender ein meldinga:

1. Hent opp pasienten i EPJ
2. Gå til sammenfatning og kopier all tekst som framkommer vha Ctrl-C
3. Gå til Ajourhold bruker på menylinjen, Velg Lag og send meldinger



4. Velg avsender: **Sykepleietjenesten pleie- og omsorg** og trykk OK. Obs at dersom meldinga kjem til psykiatritenesta, skal ein velge avsendar «Psykisk kommunehelsetjeneste»



5. Velg meldingstype: **innleggelsesrapport**

Lag og send melding vedrørende Line Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Melding/Samtykke
 Meldingstype: **Innleggelsesrapport**
 Meldingsstatus: Avviksmelding, Forespørsel
Mottaker
 Adresseregister
 Helseopplysninger til lege, Henvisning, Innleggelsesrapport, Legemiddelhåndtering, Orientering om dødsfall, Orientering om tjenestetilbud

Bruker
 Løpnummer: 1 Fødselsnummer: 13.11.1969 00216
 Navn: Line Danser

Kopi til
 Adresseregister Tekstsøk:
 Her-id:
 Virksomhet:
 Mottaker:

6. Hak av for Samtykkebehov og samtykke gitt, sjekk at pasienten har underskrevet samtykkeskjema først! (Du finner det under menyen Ajourhold bruker → samtykkeregime → informert samtykke). **Dersom pasienten har reservert seg, eller samtykke ikke er gitt, ringer sjukehuset og opplyser om dette.**

Lag og send melding vedrørende Line Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Melding/Samtykke
 Meldingstype: Innleggelsesrapport
 Meldingsstatus: Ny **Samtykkebehov og samtykke gitt**

Bruker
 Løpnummer: 1 Fødselsnummer: 13.11.1969 00216
 Navn: Line Danser

Mottaker
 Adresseregister Tekstsøk:
 Her-id:
 Virksomhet:
 Mottaker:

Kopi til
 Adresseregister Tekstsøk:
 Her-id:
 Virksomhet:
 Mottaker:

7. Velg mottakar

Gå til feltet tekstsøk og skriv inn – Somatikk (alternativt psykiatri) og trykk deretter på Tab-tasten. Velg aktuelt sjukehus ved å trykke på velg-knappen-

VISMA Gå til Logg inn

Adresseregistere somatikk

Sorter etter Relevans Navn Avansert søk Søk i adresseregister hos NHH

- Somatikk plo meldingsmottak (Ålesund)**
 Strandveien 1, 7502 STJØRDAL
 HER-id: 104388 EDE: alesund_hmn@edi.nhn.no
- Somatikk plo meldingsmottak (Kristiansund)**
 Strandveien 1, 7502 STJØRDAL
 HER-id: 104386 EDE: kristiansund_hmn@edi.nhn.no
- Somatikk plo meldingsmottak (Molde)**
 Strandveien 1, 7502 STJØRDAL
 HER-id: 104387 EDE: molde_hmn@edi.nhn.no

Rett adresse framkjem i meldinga slik:

Som du ser vil det ikkje stå kva sjukehus som er velt som mottakar, så ver svært merksam på at du velger rett sjukehus.

- Alle opplysningene som skal være med i rapporten vert hausta frå journalen. Det einaste du skal gjere er å kopiere inn Sammendraget. Det gjer eiv ved å gå til fana “Sykepleiedok” og “Sett inn ny rad” ved å klikke på ikonet

- Etter at du har sett inn ny rad får du frem dette biletet, klart for å lime inn sammenfatninga:

- Bildet ser slik ut etter at du har limt inn sammendraget:

Lag og send melding vedrørende Line Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Melding | Roller | Tjenester | Iplos | Diagnose/Cave | Legemiddel | Medisinsk faglig | **Sykepleiedok.** | Begrunnelse

Beskrivelse: Type opplysning: **Sykepleiesammenfatning**

Braker kom hit fra Solgløtt sykehjem mars 2010
 Er gift ingen barn .mannen er her flere ganger i uka
 Hun er ikke klar og orientert for tid og sted .er i stor grad preget av sin demens
 Svare greit på tiltale .fungerer best med ja og nei spørsmål
 Er fullt pleietrengende i stellsituasjon men samarbeider fint med personalet
 Vaskes delvis i seng og delvis foran vasken
 Har egne tennet spiser nå normalkost, vil gjerne spise selv ved god tilrettelegging
 Sitter oppe på dagtid i rullestol, flyttes fra seng til stol av i med rulebrett
 Er inkontinent , har permanent kateter og bruker bleie døgnet rundt.obs lett for å ta diare
 Liker å stå tidlig opp og å hvile middag.har noe varierende nattesøvn.

Type opplysning

Dersom det framkjem opplysninger under “Obs” skal disse enten kopierast og limast inn etter samme prosedyre som overfor eller skrivast inn som fritekst.

11. Frå Type opplysninger vel du Sykepleiesammenfatning

Lag og send melding vedrørende Line Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Melding | Roller | Tjenester | Iplos | Diagnose/Cave | Legemiddel | Medisinsk faglig | **Sykepleiedok.** | Begrunnelse

Beskrivelse: Type opplysning: **Sykepleiesammenfatning**

Braker kom hit fra Solgløtt sykehjem mars 2010
 Er gift ingen barn .mannen er her flere ganger i uka
 Hun er ikke klar og orientert for tid og sted .er i stor grad preget av sin demens
 Svare greit på tiltale .fungerer best med ja og nei spørsmål
 Er fullt pleietrengende i stellsituasjon men samarbeider fint med personalet
 Vaskes delvis i seng og delvis foran vasken
 Har egne tennet spiser nå normalkost, vil gjerne spise selv ved god tilrettelegging
 Sitter oppe på dagtid i rullestol, flyttes fra seng til stol av i med rulebrett
 Er inkontinent , har permanent kateter og bruker bleie døgnet rundt.obs lett for å ta diare
 Liker å stå tidlig opp og å hvile middag.har noe varierende nattesøvn.

Type opplysning

Sykepleiesammenfatning

12. Blokker for innsending av diagnoser

Lag og send melding vedrørende Line Testbruker Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Melding | Roller | Tjenester | Iplos | **Diagnose/Cave** | Legemiddel | Medisinsk faglig | Sykepleiedok. | Begrunnelse

Kodeverk: ICDPC-2 Diagnosekode: P03

Diagnose: Depresjonsfølelse

Underterm:

Diagnose stilt av: Bernitsson, Daniel

Merknad: Jfr. melding 23.3.2013

Iplos diagnose:

Fra dato: 21.03.2013 Kronisk:

Til dato: 00.00.0000 Uaktuelt:

Diagnose	Fra Dato	Til Dato	Iplos	Ta med
P03 Depresjonsfølelse	21.03.2013		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
P70 Demens	12.06.2014		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
T93 Lipidstoffskifte forstyrrelse	20.03.2013		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA	20.03.2013		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hak av for:

Ta hensyn ved medisinforskriving

Ta hensyn itm. mat og drikke

Kontaktallergi

Pollenallergi

Innstekstikk eller lignede

Atc-Nr.:

Verkestoff:

Kjent analytisk reaksjon:

Beskrivelse av allergi:

Tåler ikke melk, får magesmerter og diarre

Beskrivelse av allergi:

Ta med:

Tåler ikke melk, får magesmerter og diarre

Merk alle | **Fjern alle** | Merk alle | Fjern alle

Velg fane «Diagnose / cave»

Klikk på «Fjern Alle» Haka under «ta med» etter kvar diagnose vil da bli borte.

Grunnen til at det ikkje skal sendast inn diagnoser, er at det er en alt for stor feilkilde, samt at ikkje relevante opplysninger lett vert sendt med. Det er innleggande lege som har ansvar for å opplyse om relevante diagnoser.

13. Innleggelsesmelding til Psykiatrisk avdeling

Innsending av Innleggesesrapporter for brukere av psykisk helsetjenester.

Meldinga vises slik:

13.47		Psykisk kommunehelsetjeneste	Helen Østrem
14.09.2015	Melding om innlagt pasient	Psykiatri pleie-meldingsmottak (Kristiansund)	Inn Ferdig behandlet
09:47		Psykiatri pleie-meldingsmottak (Kristiansund)	Helen Østrem
		Psykiatri pleie-meldingsmottak (Kristiansund)	Helen Østrem

Legg merke til at **Mottakar** er Psykisk kommunehelseteneste. Dette vil sei at i staden for å velge «sykepleietjeneste, pleie- og omsorg» som avsender når du sender innleggelsesrapport, skal du velge

Psykisk kommunehelseteneste. Dette gjeld også sjølv om pasienten ikkje mottek psykiske helsetenester i kommuna frå før.

Her Id	Tjenestested
99292	Saksbehandler pleie, omsorg, rehab
99291	Legetjeneste, pleie- og omsorg
99294	Psykisk kommunehelseteneste
99290	Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg

Dersom ein brukar av psykiske helsetenester i kommuna, vert innlagt på sjukehuset av somatiske årsaker, kan kommuna og verte bedt om ein innleggelsesrapport. Då sender ein denne på vanleg måte, med avsender «Sykepleietenesten, pleie- og omsorg»

NB: Melding skal adresserast til Psykiatri meldingsmottak (ved aktuelt sjukehus), i staden for Somatikk meldingsmottak (Søk på «psykitarisk», istaden for «somatikk»)

Sjekk før sending av melding

Før meldinga vert sendt skal ein gjennomføre en enkel men viktig kvalitetssjekk.

Medikamentliste

- a. Dersom pasienten har hjelp til medikamentadministrering, skal det være ei aktiv medikamentliste. Lista skal til ei kvar tid vere oppdatert.
- b. Dersom pasienten ikkje har bistand til medikamentadministrasjon, skal det ikkje finnast medikamentliste.
 - i. Dersom medikamenter likevel er registrert på pasient under pkt b, skal desse **deaktiverast** før meldinga sendast.

Lag og send melding vedrørende Line Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Melding | Roller | Tjenester | Iplos | Diagnose/Cave | **Legemiddel** | Medisinsk faglig | Sykepleiedok. | Begrunnelse

Preparatopplysninger (FEST Ver. 1.6 / Egen registrert)

Preparat:
 Forordning: Adm. vei:
 Form: Styrke: mg
 Kategori: Reseptgruppe:

Doseringsstype:

Dssn - opplysninger

Gruppe: Dosett:
 Kode: Multidose:
 Dssn:
 Anvendelse:

Fast Dosering / Første dose
 Fra dato:

Ord. lege/revurdert

Ord. lege:
 Revurderes: Revurderingsdato:

Dosering pr. døgn

Maxdose: Døgn:

Registrert/kontrollert

Registrert:
 Kontrollert:

Historikk

Redigert: Rettet:

Seponering

Lege:
 Seponeret:
 Merknad:
 Sponert:

Preparat

Preparat	Form	Styrke	Enhet	Doseringsstype	Ta med
Marevan	Tablett	2,500	mg	AK-journal	<input checked="" type="checkbox"/>
Insulin Mixtard 30/70	Fast	Injeksjonsvæske	100,000	IE	<input checked="" type="checkbox"/>
Levaxin	Fast	Tablett	75,000	mikrog	<input checked="" type="checkbox"/>
Levaxin	Fast	Tablett	100,000	mikrog	<input checked="" type="checkbox"/>
FRESURBIN ENTERAL ERNÆRING	Fast	Mikstur			<input checked="" type="checkbox"/>
Natriumklorid Baxter	Fast	Infusjonsvæske	9,000	mg	<input checked="" type="checkbox"/>

Endre...
 Mottaker / Kopi t Avsender

Alternativ b: ta bort alle hakene på medikamentlista.

Har pasienten registrert Cave i journalen?

Berre "Cave" knytt til **medikament** og **intoleranse på mat** skal takast med i rapporten. Øvrige hakast bort.

Sending av kontrollert melding


Meldinga er no klar for sending. Trykk på knappen **Send melding** –nedst i høgre hjørne. Når meldinga er sendt får du kvitteringen "meldingen er sendt"

Fordeling av meldinga om innlagt pasient

Når ein har sendt innleggelsesrapport, skal den opprinnelege «Melding om innlagt pasient», fordelast til sakshandsamar ved Koordinerande eining, Marianne Sneis (msn). Dette for at KE skal kunne ha oversikt over kven som er blitt innlagt utanom kontortida.

AVVIKSHANDTERING

1. Melding om pasient som ikke har kommunale tjenester

- Det er avvik dersom kommunen mottok ei melding om innlagt pasient på en person som ikke har kommunale tjenester.
- Avviket avdekkast på 2 måter:
 1. Pasienten har ingen tjenester under fana «tjenester» i brukerkortet. Dersom tjenesteoversikten **kun** innehold tekniske hjelpemidler og/ eller omsorgsbolig anses ikkje dette som kommunale tjenester i denne sammenheng.
 2. Meldinga kjem inn som en linje med blå skrift. Den blå skriften betyr at personen ikkje er registrert i Profil og har heller ingen journal. (Merk at det er vanskelig å se om skriften er blå, når linja er merka...)
- Ein pasient som tidligare har mottoke tenester frå kommuna, f.eks. rehabiliteringsopphold etter en operasjon, el.liknande, vil vere registrert i Profil, men ikkje komme fram i pasientlista, fordi han/ho er deaktivert. For å få fram desse pasientane, gå til menyen «Vis», velg «ikke aktive brukere» og trykk på søkknappen på nytt for å få frem brukerliste med ikke aktive pasienter.
- **Avviksprosedyre**
- Ta telefonisk kontakt med avsender innleggende avdeling og gi beskjed om at du har mottatt en melding på en pasient uten kommune tjenester.
- Marker meldingen, uten å åpne den, og skriv i merknadsfeltet kven du har gitt beskjed til. Lagre.
- Slett melding ved å klikke på ikonet «slett rad»  på verktøylinja.

2. Manglende meldinger og mangelfulle opplysninger

Sykehuset har laga ei avviksmelding som dei vil bruke dersom kommuna ikkje responderer, eller at meldingene inneholder mangelfulle opplysninger. Det kan faktisk skje det motsatte også, og da bør vi og melde avvik. Avviksmeldinga nedanfor skal då nyttast.

Melding om forbetningsforslag eller uønska samhandlingshending mellom kommune og HMR

Utfylt skjema sendast til:

Helse Møre og Romsdal HF
 Samhandlingsavdelinga
 Postboks 1600
 6026 Ålesund

Namn på meldande eining: (Kommune/eining//legekontor/DMS)

Namn på eining det meldes til eller kor hendinga fann stad: (Sjukehus og avdeling)

1. Fylles ut av den som melder, og leverer til næraste leiar

Pasienten sine initialer	Fødselsdato	Dato/klokkeslett for hendinga
Beskriv kort hendinga:		
Beskriv forbetningsforslag:		
Dato	Namn på meldar	Arbeidsstad

2. Fylles ut av meldar sin næraste leiar og sendast samhandlingsavdelinga i HMR (sjå adresse over)

Leiar sin vurdering/kommentar		
Dato	Namn på leiar	Epostadresse:

VEDLEGG 10 - MELDINGSFLYT E-MELDINGER KOMMUNE / HELSEFORETAK	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: Desmber 2014	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Sende innleggelsesrapport etter mottatt «Melding om innlagt pasient» Lage og sende elektroniske meldingar	

Kommune PLO		Meldingstype		Sjukehuset
Adresse: sykepleietjenesten , (evt. psykisk kommunehelsetjeneste)		Melding om Innlagt pasient (Umiddelbart)	←	Dersom pasienten har kommunale tjenester
Dersom pasienten har kommunale tjenester	→	Innleggelsesrapport (innen 4 timer)		
Adresse: saksbehandlertjenesten		Helseopplysning 24-t varsel (Tidligmelding)	←	Sendes innen 24 timer om pasienten treng kommunale tjenester etter utskrivelse
Til bruk ved interaktiv samhandling rundt pasienten adresse: saksbehandlertjenesten /sykepleiertjenesten	→	Dialogmeldinger: Forespørsel, Svar på forespørsel, Avvik (innen 4 timer)	←	Til bruk ved interaktiv samhandling rundt pasienten
Adresse: saksbehandlertjenesten		Helseopplysning oppdatering (Umiddelbart)	←	ved behov for nye eller endrede tjenester fra kommunen
Adresse: saksbehandlertjenesten		Melding om Utskrivingsklar pasient Mellom kl 8-15, ma-fred. (se avtale)	←	Når pasienten er ferdigbehandlet og klar for utskriving
		Helseopplysning oppdatering som Utskrivingsrapport.		
Kommunen svarer på når Utskrivingsklar pas kan tas i mot innen 4 timer	→	Forespørsel (Tilbakemelding på mottak av utskrivingsklar pasient)		
Adresse: saksbehandlertjenesten		Avmelding Utskrivingsklar pasient Umiddelbart og telefonisk beskjed	←	Dersom pasienten likevel IKKE er ferdigbehandlet
		(Det kreves ny Helseopplysning oppdatering før pasienten igjen meldes utskrivingsklar)		
Adresse: sykepleietjenesten, evt. Psykisk kommunehelsetjeneste		Utskrivingsrapport. Inneheld opplysninger til sakshandsamer	←	
Adresse: sykepleietjenesten evt. Psykisk		Melding om Utskrevet pasient	←	Den dagen pasienten skrives ut av sjukehus

kommunehelsetjeneste				
adresse: saksbehandlertjenesten /sykepleiertjenesten		Avviksmelding Dersom en melding er sendt feil, benyttes denne for å varsle		Egne rutiner for andre avvik

VEDLEGG 11 – ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL -REVISJON OG OPPLÆRING	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 05/14	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Journalansvarlig – kontroll av kvalitet EPJ	

Eining / avdeling:	Dato:	Utført av:
		Frå eininga:
		Frå systemeigar:
Journalen skal innehalde:	Avvik	
	Ja	Nei
		Merknad og oppfølgingsplan
- Ajourhald brukarkort, herunder næraste påørnade, fastlege, m.v.		
- Oppdatert IPLOS-registrering		
- Samanfating, tidlegare sjukdommar, HRL og sosiale forhold		
- Pleieplan med evt. tilknytting til PPS		
- Rapport skrivne mot rett tiltak?		
- Sjukepleierapport etter legemøte / legevisitt?		
- Prioritet på viktige rapportar		
- Medikamentkort		
- Diagnosar og evt. CAVE		
- Skjemabehandling (evt.)		
- Konsultasjon – for sjukeheimspasientar		
- Revisjon utført av primær- eller sekundærkontakt kvar 4-6 veke		

PROFILPROSEDYRER SKODJE KOMMUNE

Roller etablert?			
- Primær- og sekundærkontakt utnemnd?			
- Journalansvarleg utnemnd?			
- Fastlege /ansvarleg lege ?			
Rutiner i eininga:			
- Primærsjukepleie			
<ul style="list-style-type: none"> - Primærkontakt - Sekundærkontakt - Ein av desse skal ha minimum 3-årig helsefagleg utdanning på høgskulenivå 			
- Pleiplan, jamnfør IPLOS-kartlegging			
- IPLOS-registrering og den einskilde primærkontakt si evaluering			
- av desse, i henhold til prosedyre, herunder ajourhald av pleieplankvar 4-6 veke.			
- Utskrift av hovudkort			
- Bruk av nettbrett i samband med legevisitt, SOMS (Evt. HBO)			
- Tilgang til prosedyrer og manualar			
- Prosedyrer for kva som gjerast ved off-line			
- Kven skal kontaktast ved mislykka pålogging			
- Rapporteringspraksis på ulike tiltak			
- Bruke av beskjeder/avtaler/hendelser			
- Oppsummering / resyme legevisitt			
- (Gjennomgang av kompetanse for ressursgruppe evt.)			

**VEDLEGG 12 – PLASSERING AV DOKUMENT I POSTJOURNAL / PASIENTJOURNAL
VEILEDANDE LISTE**

Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny: 12/15	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i: Prosedyre for skanning	

POSTJOURNAL	PASIENTJOURNAL (EPJ)
Søknader /saksutredning/vedtak	Epikriser
Samtykkeerklæringer	Uttale - lege, - knyttes opp mot sak - pasientjournal.
Kartleggingsskjema som knyttes mot en sak (eks. omsorgsbolig, omsorgslønn)	Funksjonsprofil
Innkalling til møter	Ukeplaner
Referat fra møter	Individuell plan (skjemabehandling)
Klagebrev	Prøvesvar
Ymse brev dersom brevet fører til ei sak, er tilknytt eksisterende sak eller har verdi for kommuna. Sakshandsaming starter når ein mottek søknad.	Røntgensvar
Rapporter – dersom det er knytt opp mot ei sakshandsaming	Histologisvar
Sakkyndig vurdering – dersom det knyttes opp mot en saksbehandling	Utskrivningsrapporter o.l. fra sykehus/laboratorier
Henvisninger – dersom det knyttes opp mot en saksbehandling	Journalnotat – men bruker man opplysningene som begrunnelse i en saksutredning, skal det også i postjournal.
Legenotat / legeerklæringer – dersom det knyttes opp mot en saksbehandling	Sykepleierrapporter
Avviksskjema	Medisinsk/faglig informasjon
Medikamentavtaler	
Avtaler	
Bekreftelse på mottak av langtidsplass	
Kvittering for utlevering av hjelpemidler	
Søknad om hjelpemidler	
Vedtak om Individuell plan	
Svarskjema fra beboer/pårørende	
Egenmelding om inntektsopplysninger	
Miljørapport – dersom det knyttes opp mot en saksbehandling	
24 timers varsel	
Melding om utskrivningsklar pasient	
Søknad om helse- og omsorgstjenester	
Avmelding av pasient	

VEDLEGG 13 – SKRIVEREGLAR POSTJOURNAL

Revisjon: **Utarbeidd av:** Helen Østrem

Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga

Erstatter: Ny: 12/15

Revidert

Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg

Gjeldande reglar og forskrifter:

Henvisning i: Prosedyre for skanning

Felles begrepsbruk og nøyaktig bruk av titlar på dokument gjer det enklare å søkje opp att saker i elektronisk arkiv

Skannes til postjournal	Tittel
Søknader/saksutredning/vedtak	Søknad - {kva søknaden gjeld} Eks: Søknad - Institusjon, langtidsopphold Søknad - Institusjon, dagplass Søknad - Institusjon, korttidsopphold Søknad - Rehabilitering Søknad – Heimesjukepleie Søknad – Heimehjelp Søknad - Psykisk helsetjeneste Søknad - Trygghetsalarm Søknad - Omsorgsløn Søknad - Bukollektiv Søknad - Avlastning for pårørende Søknad – Aktivitetskontakt (støttekontakt) Søknad - Dagtilbod Søknad - Individuell plan Søknad - Koordinerte tenester Saksutgreiing - {kva saksutgreiinga gjeld} Vedtak - {kva vedtaket gjeld}
Samtykkeerklæringer	Samtykkeerklæring Samtykkeerklæring Trygghetsalarm
Kartleggingsskjema knytt mot ei sak (eks. omsorgsbustad, omsorgsløn)	Kartleggingsskjema - {kva skjemaet gjelder}
Innkalling til møter	Innkalling til møte - {kva møtet gjeld} {dato}
Referat fra møter	Referat fra møte - {kva møtet gjeld} {dato}
Klagebrev	Klage på {kva klaga gjeld}
Meldeskjema frå sjukehus	24-timersvarsel Melding om utskrivningsklar pasient Søknad om helse- og omsorgstjenester Avmelding av pasient
Diverse andre brev dersom brevet fører til ei sak, har tilknytning til en eksisterende sak eller har verdi for kommunen. Sakshandsaming starter når det kjem søknad.	Tittelen skal angi hva brevet omhandler

Skannes til pasientjournal (EPJ)	Tittel
<p>Epikriser / Notat /Pasientorientering. Ver merksam på at dersom dokumentet har relevans til sakshandsaminga, skal dokumentet også skannast til postjournal.</p>	<p>Epikrise/Notat/Pasientorientering – Innskannet {kva dokumentet, kva dokumentet gjeld} Eks: Epikrise – Innskannet dokument: Epikrise, sykehusopphold xx.xx.xx - xx.xx.xx</p> <p>Notat - {kva saka gjeld}</p> <p>Pasientorientering – Innskannet dokument: Orientering til pasient, sykehusopphold xx.xx.xx - xx.xx.xx</p>

VEDLEGG 14 – OVERSIKT ELEKTRONISK MELDINGSFLYT KOMMUNE/HELSEFORETAK	
Revisjon:	Utarbeidd av: Helen Østrem
Hovudansvar: Leiar helse- og omsorgseininga	
Erstatter: Ny:	Revidert
Godkjent av: Einingsleiar Per Løkkeborg	
Gjeldande reglar og forskrifter:	
Henvisning i:	

Gjennomgang av elektronisk meldingsflyt mellom HF og kommuna

Følgande prosedyre skal følges dersom det fra sjukehuset si side vert vurdert at det er aktuelt med oppfølging frå kommunalt tjenesteapparat etter utskriving frå helseforetaket.

1. Melding om innlagt pasient

Straks etter innleggelse skal mottaksavdeling på sykehuset sende elektronisk melding om innlagt pasient til den kommuna pasienten er heimehøyrande. Sjukepleiar forvissar seg om at pasienten er registrert i Profil, har underskrevet samtykkeskjema om utveksling av helseopplysninger med anna helsepersonell, og kontrollerer at meldte pasient har kommunale tenester (fana tenester i brukerkortet). Dersom ja på, skal kommuna svare med en elektronisk innleggelsesrapport innen 4 timer. Dersom nei skal meldingen behandlast som avvik.

Obs at det er egne rutiner dersom pasienten ikkje har samtykka eller har restriksjoner i forhold til utveksling av helseopplysninger med anna helsepersonell.

2. Helseopplysning 24 timers melding

Innen 24 timer skal sengeposten sende melding til kommunen med informasjon om pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Dersom pasientens status endrar seg, eller det vurderast nytt forventet utskrivningstidspunkt, skal sengeposten sende kommuna ei oppdatert elektronisk Helseopplysning.

3. Melding om utskrivingsklar pasient

Når pasienten er ferdigbehandla og klar for utskriving, skal sengeposten sende kommunen Melding om utskrivingsklar pasient.

Kommunen skal bekrefte at melding er mottatt og tilkjennegi når de kan ta i mot pasienten via meldingen «Forespørsel».

Dersom det viser seg at pasienten det er sendt 24-timers melding til kommunen på, likevel ikke har behov for tenester etter sykehusoppholdet, eller at pasienten likevel ikke er klar for utskriving, skal sengeposten sende beskjed til kommunene via meldingen Avmelding av utskrivingsklar pasient. Sengeposten skal i tillegg ringe kommunen og varsle muntleg.

Pasienter det er sendt avmelding på og som har behov for kommunale tenester, skal sengeposten sende ny Melding om utskrivingsklar pasient når dette er klart.

Pasienter det er sendt 24-timers melding på og som dør under opphaldet skal sengeposten varsle kommuna om via meldinga Utskrevet pasient (som død), og muntlig pr. telefon.

4. Utskrivingsrapport

Når pasienten skal skrivast ut frå sjukehuset, skal avdelinga sende meldinga Utskrivingsrapport. Meldinga inneheld alle tidlegare meldingar (av typen Forespørsel) som er sendt i løpet av opphaldet, med den siste oppdaterte informasjonen. Meldinga vil ikkje innehalde medisinliste, då denne skal komme frå legen, i form av epikrise.

5. Melding om utskrevet pasient

Meldinga vert sendt når pasienten forlet sjukehuset. Når kommuna mottok denne meldinga kan vi ikkje lenger sende melding om pasienten til sjukehuset. Dette skuldast at pasienten sin journal på sjukehuset vert lukka når pasienten vert utskreven, og den vert ikkje kontrollert for evt. meldingar som kjem inn.

6. Epikrise

Epikrisa skal sendast seinast samtidig som pasienten forlet sjukehuset. Epikrisa skal sendast fastlege, med KOPI til sjukepleietenesta. Dersom Epikrisa ikkje er komen når pasienten kjem heim, eller at mottakar og kopimottakar ikkje er rett.er dette eit avvik, som skal meldast til sjukehuset.

7. Kommunikasjonsmeldinger

Ved behov for å kommunisere rundt pasientens behov for pleie og omsorg, kan både sykehuset og kommunen sende og motta de elektroniske meldingene forespørsel og svar på forespørsel under innleggelsen.

Korleis ser dei ulike meldingane ut:**Melding om Innlagt pasient**

Avsender	HELSE MØRE OG ROMSDAL HF - Somatikk plo meldingsmottak (Molde)
Pasient	Line Danser FNR: 131169 00216
Mottaker	KRISTIANSUND KOMMUNE - Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg

Melding om innlagt pasient**Kontaktinformasjon virksomhet**

Hendelse	Tidspunkt	Sted	Merknad
Pasient innlagt	2013-06-01 14:05	Molde sjukehus - Medisinsk avdeling - MEDS03	Pasienten ble innlagt 01.06.2013 ved Medisinsk avdeling - MEDS03 Pasienten er registrert som mottaker av kommunale tjenester og har samtykket til at det sendes melding om innleggelse til kommune og fastlege. I henhold til samarbeidsavtalen skal eventuelle omsorgsopplysninger og medisinske opplysninger overføres til sykehuset snarest mulig etter at innleggelsen er kjent for kommunen.

Kontaktinformasjon enhet

Medisinsk overvåkningsenhet	tel:71 21 72 50
-----------------------------	-----------------

Ansvarlig

Ansvarlig	Relasjon	Godkjent dato	Merknad
Bente Molde			

Helseopplysning 24 timers melding /oppdatert helseopplysning

Pasient	Line Danser FNR: 131169 00216
Mottaker	KRISTIANSUND KOMMUNE - Saksbehandler pleie, omsorg, rehab.

Helseopplysninger ved søknad

Medisinskfaglige opplysninger	Cave	Sykepleieopplysninger	Kartlegging av funksjonsnivå	Andre pasientopplysninger	Pårørende/foresatte
Kontaktinformasjon virksomhet	Kontaktpersoner helsepersonell				

Medisinskfaglige opplysninger

Cave	Med. allergi: metformin og pioglitazon, ATC = A10BD05, test, Allergisk mot: metformin og pioglitazon, Virkestoff, legemiddel: A10BD05
Cave	Med. allergi: Paracetamol + paragin forte, ATC = N02BE01, ., Allergisk mot: Paracetamol + paragin forte, Virkestoff, legemiddel: N02BE01
Cave	Med. allergi: Ampicillin, ATC = J01CA01, Utsett og kløe, Alvorlig Allergisk mot: Ampicillin, Virkestoff, legemiddel: J01CA01
Annet	Fallfare
Kritisk informasjon	Inokulasjonssmitte HIV

Sykepleieopplysninger

Antatt forløp	- Oppfyller flere sepsis-kriterier, behandles med væske og flere typer antibiotika.
Pasientens status	- Red. AT, feber og hoste i en uke, forverring siste dager. - Lite væske- og matinntak siste uke. - AA, angst, alzheimer - Er til vanlig oppegående, men har for øyeblikket økt behov for pleie. Forventet utskrivningstidspunkt: 2014-03-03

Er bandasjemateriell og engangsutstyr sendt med pasient	Trenger hjelp til legemiddeladm	Endring i funksjonsnivå
Nei	Ja	
Avtale om adm. av legemidler	Avtale om adm. av multidose	Merknad
Nei	Nei	

IPLOS: Kartlegging av funksjonsnivå

Funksjonsvariabel	Vurdering	Merknad
Hukommelse	1	
Kommunikasjon	1	
Ivareta egen helse	3	
Styre atferd	3	
Spise	3	
Personlig hygiene	3	
Toalett	2	
Bevege seg innendørs	2	

Hendelse	Tidspunkt for hendelse	Eksternt helsepersonell	Merknad
	2014-02-24	Nei	
Tjenesteyter	Stormes, Per Oddvin		

Behov for assistert kommunikasjon

Hørselsvikt	Synsvikt	Tolk for språk	Behov opphørte dato	Merknad
Ja	Ja			

Opplysninger til søknad

Egensøknad er ikke sendt	Merknad: 1. Varsel om innlagt pasient. PS: Fellet 'Egensøknad er ikke sendt' er satt automatisk
--------------------------	---

Andre pasientopplysninger

Sivil status	Bor alene	Språk
Ugift	Nei	NORSK

Pårørende/foresatte

Person	Slektskap	Omsorgsfunksjon	Merknad
Simen Danser	Ektefelle		

Kontaktinformasjon enhet

Infeksjonsmedisin post	tel:70105790
------------------------	--------------

Kontaktpersoner helsepersonell

Per Oddvin Stormes

Ansvarlig

Ansvarlig	Relasjon	Godkjent dato	Merknad
Utskrivende sykepleier	Per Oddvin Stormes	2014-02-24	

Dokumentinformasjon

Utstedelsestidspunkt	2014-02-24 09:35
Informasjon om forsendelsen	Forsendelsesstatus: Ny
Melding sendt:	2014-02-24 09:35
Meldingsid:	b5d22598-c5fd-4b0a-b0db-09a35779c4dd

Melding om Utskrivningsklar pasient

Avsender	HELSE MØRE OG ROMSDAL HF - Somatikk plo meldingsmottak (Ålesund)
Pasient	Line Danser FNR: 131169 00216
Mottaker	KRISTIANSUND KOMMUNE - Saksbehandler pleie, omsorg, rehab.

Melding om utskrivningsklar pasient

Kontaktinformasjon virksomhet

Hendelse	Tidspunkt	Sted	Merknad
Pasient innlagt	2014-02-24 08:46	Ålesund sjukehus - Medisinsk avdeling - MEDS02	Pasienten ble innlagt 24.02.2014 ved Medisinsk avdeling - MEDS02
Pasient utskrivningsklar	2014-02-25 00:00		I h.h.t. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 3, anses pasienten å være utskrivningsklar den 25.02.2014

Kontaktinformasjon enhet

Infeksjonsmedisin post	tel:70105790
------------------------	--------------

Ansvarlig

Ansvarlig	Relasjon	Godkjent dato	Merknad
Hilde Selsås			

Avmelding av utskrivningsklar pasient

Avmelding utskrivningsklar pasient

Kontaktinformasjon virksomhet

Hendelse	Tidspunkt	Sted	Merknad
Pasient innlagt	2014-02-24 08:46	Ålesund sjukehus - Medisinsk avdeling - MEDS02	Pasienten ble innlagt 24.02.2014 ved Medisinsk avdeling - MEDS02
Pasient utskrivningsklar	2014-02-25 00:00		I h.h.t. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 3, anses pasienten å være utskrivningsklar den 25.02.2014
Avmelding av utskrivningsklar pasient	2014-02-24		I h.h.t. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 3, ble pasienten meldt utskrivningsklar den 25.02.2014. På bakgrunn av endring i helsetilstand ansees pasienten ikke lenger å fylle vilkårene for å være utskrivningsklar.

Kontaktinformasjon enhet

Infeksjonsmedisin post	tel:70105790
------------------------	--------------

Ansvarlig

Ansvarlig	Relasjon	Godkjent dato	Merknad
Per Stornes			

Forespørsel

Avsender	HELSE MØRE OG ROMSDAL HF - Somatikk plo meldingsmottak (Ålesund)
Pasient	Line Danser FNR: 131169 00216
Mottaker	KRISTIANSUND KOMMUNE - Saksbehandler pleie, omsorg, rehab.

Forespørsel

Type forespørsel	Helseopplysninger
Spørsmål	blabla

Dokumentinformasjon

Samtykke	Nei
Utstedelsestidspunkt	2014-02-24 14:25
Melding sendt:	2014-02-24 14:25
Meldingsid:	2456a43c-eaab-426a-9da1-d6fd9ac9c9df

Oppdatert Helseopplysning

Se Helseopplysning

Melding om Utskrevet pasient

Melding om utskrevet pasient

[Kontaktinformasjon virksomhet](#)

Uttilstand	Pasienten utskrevet til
Som levende	Vanlig bosted med kommunale tjenester

Hendelse	Tidspunkt	Sted	Merknad
Pasient utskrevet	2014-02-14 13:15	Ålesund sjukehus - Medisinsk avdeling - MEDS02	Pasienten ble utskrevet 14.02.2014 ved Medisinsk avdeling - MEDS02 Pasienten er registrert som mottaker av kommunale tjenester og har samtykket til at det sendes melding om utskriving til kommune og fastlege.

Pasient/pårørende som er informert

Person som er informert	Form	Dato	Informert av	Beskrivelse
Lars Danser	Skriftlig	2014-02-14	Per Stornes	Sønn

HF- adressering og bruk av de ulike e-meldinger

E-meldinger brukes til alle kommuner vi samhandler med.

- Sykepleier må i meldingene som skal sendes velge riktig adressat og tjenestenivå.
- Meldingene sendes til pasientens folkeregistrerte kommune og følgende tjeneste:
 - Saksbehandlertjeneste
 - Sykepleietjeneste
- Hvilken **tjeneste** hver spesifikk melding skal sendes til:

Type melding	Sendes til	Kommentar
<i>Melding om innlagt pasient</i>	Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg	Sendes alltid til sykepleietjenesten
<i>Helseopplysninger: 24 timers varsel</i>	Saksbehandlertjeneste pleie, omsorg, rehab	Sendes alltid til saksbehandlertjenesten
<i>Helseopplysninger: Oppdatering</i>	Settes automatisk ut i fra <i>Helseopplysninger: 24 timers varsel</i>	Sendes alltid til saksbehandlertjenesten
<i>Forespørsel</i>	Saksbehandlertjeneste pleie, omsorg, rehab og Sykepleietjeneste pleie- og omsorg	Forespørsel kan sendes til begge adressater
<i>Svar på forespørsel</i>	Saksbehandlertjeneste pleie, omsorg, rehab og Sykepleietjeneste pleie- og omsorg	Svar på forespørsel kan sendes til begge adressater. Til-adressen settes automatisk ut i fra avsenderadresse på det som besvares.
<i>Melding om utskrivningsklar pasient</i>	Saksbehandlertjeneste pleie, omsorg, rehab	Sendes alltid til saksbehandlertjenesten
<i>Avmeld utskrivningsklar pasient</i>	Settes automatisk ut i fra <i>Melding om utskrivningsklar pasient</i>	Sendes alltid til saksbehandlertjenesten
<i>Melding om utskrevet pasient</i>	Sykepleietjeneste pleie- og omsorg	Sendes alltid til sykepleietjenesten

