



Prosedyrer sengeavdelingen Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS)



Formålet med prosedyrene for sengeavdelingen er å sikre at pasientbehandling på korttidsplasser, KAD senger og intermediære senger er preget av høy faglig kvalitet. Prosedyrene skal bidra til at pasienter i regionen får de samme tilbudene og oppfølgingen.

Prosedyrene er utarbeidet av ansatte på sengeavdelingen, virksomhetsleder, avdelingsleder*, overlege NGLMS* og koordinator i samfunnsmedisin*. *Heretter kalt «arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdelingen».

Prosedyrene er sendt til ansatte på sengeavdelingen og ev. andre samarbeidspartnere i Sel for innspill. Dersom de berører andre kommuner enn Sel, er kommunene - via representant i 6K helse – gitt muligheter for innspill. Ved utarbeidelse av nye prosedyrer og vesentlige endringer, legges prosedyrene frem for kvalitetsutvalget og brukerutvalget NGLMS.

Virksomhetsleder har ansvar for årlig revisjon av prosedyrene.

Denne prosedyresamlingen omfatter også en beskrivelse av og lenker til prosedyrer utarbeidet i Nord-Gudbrandsdal og som gjelder flere tjenester.

Prosedyrene er tilgjengelig på «Region felles/NGLMS», i Compilo og på «NGLMS.no / Sengeavdelingen.



Innhold

INNHold.....	2
INFEKSJONSKONTROLL - SMITTEVERN	3
VOLD I NÆRE RELASJONER.....	3
BEREDSKAPSPLANVERK	3
BRANNVERNPLAN.....	3
SAMARBEIDSAVTALER MED SYKEHUSET	3
INNLEGGELSE INTERMEDIÆRE SENGER	4
Skjema: Avvisning sengeavdelingen	5
INNLEGGELSE AV PASIENTER KAD SENGER	6
MOTTAK OG OPPHOLD KAD	8
INNLEGGELSE KORTTIDSPLASSE	9
VISITT	12
LEGETILSYN VED AKUTTE HENDELSER.....	13
ORTOPEDISK TILSYN	13
BLODTRANSFUSJON	14
Transfusjon av blodprodukter utenfor sykehuset	15
DELIR	19
FALLFOREBYGGING	21
Skjema: Downton Fall Risk Index	23
Veiledning for Downton Fall Risk Index = fallrisikoanalyse	24
BESTILLING AV MEDISINER	25
NARKOTIKAREGNSKAP	25
OPPFØLGING DØDSFALL INKLUDERT MELDING	26
FJERNING AV PACEMAKER / ICD	27
RYDDING AV PASIENTROM	28
ANSVARLIG SYKEPLEIER.....	29
DØGNRYTMEPLAN	30
INFORMASJON.....	32
NYANSATTE	34
Sjekkliste: Opplæringsprogram nyansatte	35
VARSLING AV SYKEFRAVÆR	36
TESTAMENTARISKE GAVER	37
BRANNVERN – SJEKKLISTE.....	38



Infeksjonskontroll - smittevern

Alle ansatte skal følge rutiner og prosedyrer beskrevet i «Smittevernplaner og – prosedyrer» som er utarbeidet i Nord-Gudbrandsdal. Smittevernplanene og -prosedyrene ivaretar krav i infeksjonskontrollprogrammet for institusjonen i kommunene. De er lagt ut på [«NGLMS.no/samfunnsmedisin og folkehelse/smittevern/smittevernplaner og –prosedyrer for Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk»](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin%20og%20folkehelse/smittevern/smittevernplaner%20og%20-prosedyrer%20for%20Lesja,%20Dovre,%20Sel,%20Vågå,%20Lom%20og%20Skjåk) og «Region felles/6K Planer, prosedyrer og veiledere» utarbeidet regionalt».

Vold i nære relasjoner

Alle ansatte skal følge prosedyrer som er utarbeidet i Nord-Gudbrandsdal mot vold i nære relasjoner. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner med prosedyrer er lagt ut på [«NGLMS.no/samfunnsmedisin og folkehelse/ psykisk helse»](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin%20og%20folkehelse/psykisk%20helse) og «Region felles/6K Planer, prosedyrer og veiledere» utarbeidet regionalt».

Følgende prosedyrer (P) og sjekklister (S) er utarbeidet:

- P: Melding til politi
- P: Opplysninger til helse- og omsorgstjenesten
- P: Opplysninger til barnevernstjenesten
- P: Tiltak ved bekymring for eller mistanke om at barn/ unge utsettes for vold
- P: Tiltak ved kunnskap om at barn/unge utsettes for vold
- P: Tiltak ved bekymring eller mistanke om at personer over 18 år utsettes for vold
- P: Barnevernets oppgaver ved vold i nære relasjoner
- P: Oppfølging av voldsutøvere
- S: Fysisk mishandling – symptomer og tegn
- S: Tiltakskort «Våge å se, våge å spørre, tørre å handle»
- S: Symptomer på at barn og unge er utsatt for eller vitne til ulike typer vold
- S: Samtaler med barn

Beredskapsplanverk

Beredskapsplanverket som gjelder Sel kommune er tilgjengelig på vaktrommet.

Alle ansatte har ansvar for å sette seg i det som berører dem i deres arbeid på sengeavdelingen NGLMS.

Brannvernplan

Brannvernplanen er tilgjengelig på vaktrommet.

Alle ansatte har ansvar for å sette seg i det som berører dem i deres arbeid på sengeavdelingen NGLMS.

Samarbeidsavtaler med sykehuset

Det henvises til følgende lenke: [Samarbeidsavtaler med sykehuset](#)

Alle ansatte på sengeavdelingen har ansvar for å gjøre seg kjent med de rutiner, samarbeids- og tjenesteavtaler som berører sengeavdelingen.



Innleggelse intermediære senger

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Juni 2016	Prosess kommunene: Juni 2016	Brukerutvalg: 07.09.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)
Godkjent: Kommunalsjef helse og omsorg		Første utgave: 26.05.16	Revidert/utgave nr: 01.06.17 (3)	Neste revisjon: August 2017

Ansvar

- Avdelingsleder - eller i dennes fravær utpekt ansvarlig sykepleier
- Overlege – eller i dennes fravær utpekt ansvarlig lege
- Tildelingskontoret

Aktivitet/beskrivelse

Det er 6 øremerkede senger. Det skal ikke være mer enn 6 intermediære pasienter på avdelingen.

Generelle kriterier for innleggelse

- Intermediærsenger er for pasienter som en periode har behov for et forsterket tilbud i stedet for eller etter sykehusinnleggelse og hvor hjemkommunen vurderer at de ikke vil kunne ivareta pasientens behov.
- Innleggelse på intermediær avdeling avgjøres ved vedtak av tildelingskontoret (Sel, Vågå, Lom og Skjåk) og ledelse pleie- omsorg (Lesja og Dovre) i samarbeid med avdelingsleder NGLMS. Hvis tvil om intermediære senger er rett behandlingsnivå, drøfter avdelingsleder saken med overlege eller dennes stedfortreder som tar den endelige beslutningen.
- Vedtak skal fattes og muntlig sykepleierapporport skal gjennomføres før innleggelse.
- Opphold på en intermediær plass skal som hovedregel ikke være lenger enn 8 uker. Ved behov for lengre innleggelse enn 8 uker skal dette avtales mellom avdelingsleder og tildelingskontor i aktuell kommune.
- Ved uenighet mellom tildelingskontor i aktuell kommune og avdelingsleder eller overlege NGLMS, skal saken drøftes i fellesskap mellom avdelingsleder og overlege NGLMS sammen med kommuneoverlege og tildelingskontor i aktuell kommune. Den endelige beslutningen skal tas av avdelingsleder og overlege NGLMS.
- Legevisittslegen har ansvar for pasienten på dagtid. Ved akutte hendelser i dennes fravær henvises det til egen prosedyre.

Inklusjonskriterier / eksempler på tilstander

- Hjerneslag
- Brudd
- Kreft – palliativ behandling
- Infeksjon (ikke sepsis)
- KOLS og astma
- Feilernæring
- Hjertesvikt
- Nyresvikt
- Fallerende allmenntilstand med behov for kartlegging

Eksklusjonskriterier

- Pasienter som har behov for innleggelse pga utagerende lidelser eller alvorlige psykiske lidelser
- Ved ekstraordinære situasjoner i forhold til bemanning og arbeidsbelastning, kan ansvarlig sykepleier avgjøre at pasienter ikke kan legges inn. I slike situasjoner skal ansvarlig sykepleier dokumentere hendelsen på [«Skjema: Avvisning sengeavdelingen»](#). Skjemaet skal legges i hylla til avdelingsleder ved avslutning av vakt. Avdelingsleder og virksomhetsleder skal drøfte og følge opp alle avvisningssaker i fellesskap og sørge for at de legges frem i kvalitetsutvalget fortløpende på lik linje med klager og avvik.



Skjema: Avvisning sengeavdelingen

Skjemaet skal brukes ved avvisning av pasienter til KAD eller intermediære senger når pasientene er avvist ved ekstraordinære situasjoner i forhold til bemanning og arbeidsbelastning.

Ansvarlig sykepleier:
Dag, dato og klokkeslett
Diagnose:
Pasientens bokommune:
Henvisende lege:
Begrunnelse for avvisning:
Underskrift:
Oppfølging ved avdelingsleder og virksomhetsleder:
Dato/underskrift:



Innleggelse av pasienter KAD senger

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Juni 2016	Prosess kommunene: Juni 2016	Brukerutvalg: 07.09.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)
Godkjent: Kommunalsjef helse og omsorg		Første utgave: 26.05.16	Revidert/utgave nr: 01.06.17 (3)	Neste revisjon: August 2017

Ansvar

- Alle leger i kommunene i Nord-Gudbrandsdal
- Helsepersonell på sengeavdelingen
- Helsepersonell på legevakta

Aktivitet/beskrivelse

Det er tre øremerkede KAD senger på NGLMS.

Det er utarbeidet egen prosedyre på legevakta for innleggelse KAD senger som samsvarer med denne prosedyren.

Opphold på KAD plass er max 72 timer. Ved behov for lengere innleggelse overføres pasienten til annet type opphold.

Innleggelse og henvisning

- Innleggelse KAD plass avgjøres av:
 - Innleggende lege i kommunene i NG når legevakten ikke er betjent.
 - Primærvakt når legevakt er betjent. Sekundærvakt skal drøfte saken med primærvakt som avgjør om pasienten kan legges inn på KAD seng.
- Innleggende lege tar kontakt med sengeavdelingen på tlf. 992 17 890
- Innleggende lege skal skrive henvisning som skal omfatte:
 - Navn, fødselsnummer, adresse og telefon
 - Innleggesårsak/aktuell sykdom
 - Tidligere sykdommer
 - Kartlegging i forhold til smitterisiko
 - Medikamenter
 - Resultat av utførte undersøkelser
 - Plan for behandling frem til første hverdag
- Henvisning skal følge med pasienten eller leveres sengeavdeling før innleggelse.
- Dersom innleggende lege har legevakt på Otta, skal han/hun sørge for at pasienten blir fulgt til ansvarlig sykepleier av helsepersonell.
- Legevakslege har ansvar for pasienten i vakttid. Utenom vakttid, har tilsynslegen ansvaret.
- Innleggelse er bare aktuelt ved tilstander hvor observasjon og behandling på dette nivået i kommunehelsetjenesten vurderes som trygt av vaktlege og tilsynslegen, det er lite sannsynlig at sykehusinnleggelse blir nødvendig og om nødvendig etter konferanse med relevant sykehusspesialist.
- Innleggelse kan være aktuelt hvis hjemmeobservasjon/-behandling anses uegnet grunnet avstand til legevakt, utilfredsstillende tilsyn eller der behandlingen blir for krevende hjemme.
- Ansvarlig lege må til enhver tid vurdere behov for overføring til sykehus.



Inklusjonskriterier og eksempler på diagnoser / tilstander

- Pasienter som ellers ville blitt innlagt i sykehus
- Akutt forverring av definerte, kjente tilstander
- Uavklarte tilstander der fare for akutt forverring vurderes som liten
- Kjent funksjonssvikt hos eldre pasienter
- Voksne > 18 år
- Infeksjoner (pneumoni, urinveisinfeksjon, hudinfeksjon, gastroenteritt)
- KOLS med forverring som ikke krever overvåking med blodgass eller mekanisk ventilasjonsstøtte.
- Dehydrering ved interkurrent sykdom, for eksempel infeksjoner eller svangerskapskvalme
- Smerteproblematikk (kjent årsak, fall med stabile frakturer)
- Behandling av høy INR uten tegn til pågående livstruende blødning
- Diaré eller obstipasjon
- Brystsmerter og magesmerter
- Lettere og moderate psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblemer.
- Avklart tilstand og/eller diagnose som får tilbakefall/forverring av (kjent) psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem med en akutt funksjonsnedsettelse på ulike livsområder der innleggelse er nødvendig for å roe/avhjelpe en vanskelig livssituasjon.

Listen er ikke uttømmende – om innleggelse er aktuelt vil være avhengig av lokale forutsetninger.

Eksklusjonskriterier

- Gravide med svangerskapskomplikasjoner
- Akutt funksjonssvikt og delir/forvirringstilstander hos eldre med uavklart årsak
- Pasienter som venter på oppstart av døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller har behov for avrusning.
- Personer med alvorlig problematikk og/eller uavklarte tilstander:
 - Innleggelser der tvang er nødvendig
 - Akutt suicidalitet og alvorlig selvskading
 - Pasienter med tidligere alvorlig utagerings-/ voldsproblematikk der det blir vurdert til å være gjentakelsesfare
 - Pasienter med utagerende atferd, redusert impuls kontroll
 - Ved vold eller trusler om vold
 - Pasienter med stor uro eller irritabilitet, forvirringstilstander
 - Pasienter med akutt- og uavklart rusmiddelforgiftning
 - Pasienter med uavklart påvirkning av rusmidler og/eller legemidler
- Pasienter med tilstander som utløser plikt til å yte ø.hj. i spesialisthelsetjenesten bl.a.:
 - psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
 - psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
 - delirøse tilstander der avrusning ikke er en hovedsak
- Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig

Ved ekstraordinære situasjoner i forhold til bemanning og arbeidsbelastning, kan ansvarlig sykepleier avgjøre at pasienter ikke kan legges inn. I slike situasjoner skal ansvarlig sykepleier dokumentere hendelsen på «[Skjema: Avvisning sengeavdelingen](#)». Skjemaet legges i hylla til avdelingsleder ved avslutning av vakt. Avdelingsleder og virksomhetsleder skal drøfte og følge opp alle avvisningssaker i fellesskap og sørge for at de legges frem i kvalitetsutvalget fortløpende på lik linje med avvik/klager.



Mottak og opphold KAD

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Sommer/høst 2016	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Avdelingsleder, ansvarlig sykepleier, gruppeleder

Aktivitet/beskrivelse

Snarest mulig etter innkomst

Ansvarlig sykepleier har følgende oppgaver:

- Velge rom
- Skrive navn på pasienten og bostedskommune på tavlen
- Gi beskjed til aktuell gruppeleder

Gruppelederen har følgende oppgaver:

- Ta i mot pasienten og gå gjennom henvisning (obs. sjekk smittestatus)
- Sette i gang behandling
- Registrere i Profil - gi beskjed til tildelingskontoret i pasientens bostedskommune
- Registrere pasientopplysninger i kurvebok
 - Pasientark
 - Signeringsliste medisin
Medisinliste: Dersom det er avvik i forhold til det pasienten eller pårørende sier og medisinliste, tas det kontakt med fastlege, hjemmesykepleie, spesialisthelsetjenesten og/eller pårørende. Det gis beskjed til tilsynslege på første visitt.
 - Lab. ark
 - Epikriser
 - Sykepleiesammenfatninger
- Spørre pasienten om det er noen som skal ha beskjed om innleggelsen
- Orienterer / gi rapport til personell på avdelingen
- Ta innkomstblodprøver (sendes) første hverdag etter innleggelse

Fortløpende oppgaver

Den som er delegert ansvaret for oppfølging har følgende oppgaver:

- Følge behandlingsplan (*under revisjon*)
- Observere i forhold til ø.hj. prosedyre (*under revisjon*)
- Gi rapport
- Dokumentere relevante opplysninger i journal eller kurvebok – observasjoner med utgangspunkt i siste journalnotat fra tilsynslege, prøvetaking, undersøkelser, tiltak



Innleggelse korttidsplasser

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Høsten 2016 møte tildelingskontor/ rehabiliteringstjenesten	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Kommunalsjef helse og omsorg
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Aug. 2017

Ansvar

Tildelingskontoret. Avdelingsleder - eller i dennes fravær utpekt ansvarlig sykepleier. Overlege – eller i dennes fravær utpekt ansvarlig lege.

Aktivitet/beskrivelse

Det er tildelingskontoret som tildeler plass for pasienter fra Sel kommune på de seks korttidsplassene. I henhold til kvalitetsstandard fra 2014 i Sel kommune (lagret i Compilo) gjelder følgende:

18.1 Lovgrunnlag

Med korttidsopphold menes et tidsavgrenset opphold i institusjon gitt som døgnopphold, dagopphold eller nattopphold. Korttidsopphold i institusjon er lovpålagt med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven §§3-, 3-2 punkt 6, bokstav c, plass i institusjon. Korttidsopphold kan tildeles for rehabilitering, observasjon og medisinsk vurdering som ikke krever sykehusinnleggelse. Opphold kan bli forlenget til man mener potensialet et nådd og andre tiltak må iverksettes. Ved opphold utover 60 døgn pr kalenderår blir det regnet som langtidsopphold i forhold til egenbetaling, jfr Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester § 6.

18.2 Målsetting

- Tjenesten skal benyttes for å utrede tjenestemottakers evne til egenomsorg og vurdere behov for fremtidige tjenester/ tjenestenivå.
- Tjenesten benyttes i en avgrenset periode for tjenestemottakere som på grunn av sykdom / endring i funksjonsnivå trenger omfattende tilsyn og hjelp.
- Bruker skal kunne fortsette å bo i egen bolig.
- Bruker skal kunne fungere på et lavere omsorgsnivå enn institusjon.
- Behov for langtidsopphold i institusjon utsettes.
- Bruker opprettholder og / eller gjenopptrener funksjoner.
- Forebygge langtidsopphold i institusjon.
- Medisinsk utredning og / eller behandling.
- Rehabilitering.
- Forebygging og lindring av fysiske og psykiske symptomer.

18.3 Hvem kan få tjenesten

Pasienter som for en tidsavgrenset periode trenger døgnkontinuerlig observasjon, vurdering, pleie, behandling, tilsyn og / eller opptrening / rehabilitering eller omsorg ved livets slutt. Det vil bli vurdert om nødvendig helsehjelp kan gis på en faglig forsvarlig måte i hjemmet. Ved behov for observasjon og vurdering må det først avklares om behovet er av en slik art at nødvendig helsehjelp må ytes av spesialisthelsetjenesten.

Brukere som har en kronisk sykdom med dødelig utgang, og har behov for et kortere/lengre opphold i forbindelse med:

- Observasjon og vurdering av medisinsk behandling.
- Observasjon og oppfølging av palliativ (lindrende) behandling.
- Eget ønske om opphold i sykehjem for sosial stimulering.
- Eget ønske om å avslutte livet i sykehjem.



18.4 Tjenestens innhold

- Brukerne får individuell observasjon, pleie, behandling, og veiledning, der målet er at de skal greie mest mulig selv.
- Medisinsk behandling og pleie ved sykdom.
- Det ytes tverrfaglig oppfølging fra bl.a. lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Tilsynslege kan henvise til fysioterapeut og spesialisthelsetjeneste ved behov.
- Legge til rette for at bruker har nødvendige hjelpemidler.
- Vurdering av tilstand og funksjonsnivå med tanke på behandling, tiltak og fremtidige omsorgsbehov.
- Etterbehandling fra sykehus.
- All pleie og omsorg gis i samarbeid med autorisert helsepersonell.
- Legemiddelhåndtering utføres av autorisert helsepersonell etter foreskrivning av lege.
- Tilbud om å delta på sosiale aktiviteter ved institusjonen.
- Pasienter med behov for langvarig og koordinerte tjenester, skal få tilbud om å få utarbeidet en individuell plan jf. Lov om pasientrettigheter § 2-5, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, individuell plan.
- Fri transport til behandling hos spesialisthelsetjenesten.
- Pleie og omsorg ved livets slutt.
- Tidsbegrenset opphold blir ikke automatisk et langtidsopphold selv om behovet for hjelp øker. Forlenging av opphold skjer etter en tverrfaglig vurdering.
- Pasienter med behov for langvarig og koordinerte tjenester, skal få tilbud om å få utarbeidet en individuell plan jf. Lov om pasientrettigheter § 2-5, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, individuell plan.
- Fri transport til behandling hos spesialisthelsetjenesten.
- Pleie og omsorg ved livets slutt.

18.5 Hva kan forventes fra tildelingskontor / tjenesteyter

- All tildeling av tjenester blir gjort med bakgrunn i kartlegging av brukerens ressurser og behov, etter individuell / tverrfaglig vurdering. Målsetting med oppholdet blir nedsatt sammen med bruker.
- Det blir sendt ut skriftlig vedtak med målsetting, beskrivelse av tjenesten og informasjon om institusjonen.
- Betaling for tjenesten vil fremgå av vedtaket.
- Kontakt med andre tjenesteområder blir vurdert ved behov.

18.6 Hva forventes av bruker

- Gjør seg kjent med innholdet i vedtaket.
- Tar kontakt ved behov for informasjon, råd, veiledning og evt. ved klage.
- Den enkelte bruker utfører det han / hun mestrer selv.
- Tar selv ansvar for verdier som tas med til institusjonen. Dette bør begrenses.
- Sørger for at private klær er merket.
- Sørger selv for transport og betaling til og fra institusjonen.



18.7 Praktiske opplysninger

Egenandel for oppholdet kreves i hht. "Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester. Betalingssats fastsettes årlig i forbindelse med statsbudsjett. Kommunen har adgang til å ta betaling for korttidsopphold og dag- eller nattopphold fra første dag.

Har beboeren hatt flere korttidsopphold kan kommunen kreve egenandel etter § 3 når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår.

I tillegg til kvalitetsstandarden gjelder følgende:

Fast oppfølging fra lege, fysioterapeut og ergoterapeut,

- Fysio-/ ergoterapibehandling 1 -2 ganger i uken
- Legevisitt en gang i uken

Dette er hovedregelen for pasienter på korttidsavdelingen – som på korttidsavdelingen på sykehjemmet. Alle pasientene må vurderes i forhold til om dette er tilstrekkelig.

Utover kvalitetsstandarden gjelder følgende ved korttidsopphold på NGLMS:

Vedtak og sykepleierrapport

Vedtak skal fattes og muntlig sykepleierrapport skal gjennomføres før innleggelse.

Varighet av opphold

Oppholdet skal begrenses til 14 dager, men kan ev. forlenges til max. 4 uker.

Eksklusjonskriterier

Pasienter som omfattes av [prosedyren «Innleggelse intermediaære senger»](#).

I tillegg gjelder eksklusjonskriterier som er beskrevet i overnevnte prosedyre.



Visitt

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Mars 2016	Brukerutvalg: 07.09.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 22.09.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

- Avdelingsleder
- Gruppeleder
- Lege som går visitt

Aktivitet/beskrivelse

Hyppighet og tidspunkt

- Intermediære og KAD senger: Som hovedregel skal visitt gås alle hverdager. Det skal ikke gå lenger enn to dager mellom visittene på.
- Korttidsplasser: Som hovedregel en dag i uken (onsdager). Behov for hyppigere visitt avklares i dialog med gruppeleder basert på pasientens tilstand.
- 09.00-12.00 mandag-fredag
- Dersom visitten ikke er ferdig til 12.00, skal legen legge igjen en plan for arbeid som skal utføres med pasientene resten av dagen.
- Visitten skal ikke avbrytes utenom ved ø.hj. eller andre tidskrisiske hendelser

Previsitt – oppgaver som gruppeleder skal utføre før 09.00

- Drøfte behov mht visitt før visitten - legge en plan for visitten basert på opplysninger i profil og ev. tilbakemeldinger på morgenrapporten.
- Skrive alle planlagte utskrivningsdatoer på tavlen (i samarbeid med avdelingsleder)
- Rekviderte blodprøver skal være tatt før visitt – og svarene skal være tilgjengelig på visitten der det er mulig. Svarene skal legges i perm til legen.
- Oppdatere medisinlister i forhold til medisinlister fra innleggelsesskriv
- Administrere medisin til pasienter på sin gruppe

Legeoppgaver på visitten

- Utarbeide en behandlingsplan – sammen med sykepleier- for pasientene som skal gjelde frem til neste visitt
- Sette opp en plan for møter med pårørende fra kl. 12.30 til 13.00
- Godkjenne medisinlister
- Godkjenne blodprøver
- Skrive innleggelsesnotat og epikriser

Gruppelederoppgaver på visitten

- Viderebringe informasjon fra previsitten
- Ved nye pasienter skal innleggelsesskrivet presenteres for legen
- Bistå med supplerende opplysninger til epikriser



Legetilsyn ved akutte hendelser

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Juni / okt. 2016	Prosess Sel kommune: 14.02.17	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)
Godkjent: Kommunalsjef helse og omsorg	Første utgave: 15.02.17	Revidert/utgave nr: 01.06.17	Neste revisjon: Juni 2018	
Ansvar Gruppeleder				
Aktivitet/beskrivelse • Tilsynslegen tilkalles dersom denne er tilgjengelig. • I situasjoner der tilsynslege ikke er tilgjengelig, ringer sykepleier legevaktssentralen som ut-alarmerer: - Dagtid: Vaktlege i Sel kommune. - Kveld/natt og helg: Interkommunal vaktlege				

Ortopedisk tilsyn

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdelingen	Prosess avdeling: Sommer 2016	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018
Ansvar Tilsynslege				
Aktivitet/beskrivelse Rådgiver Embjørge Lie ved kirurgisk og ortopedisk avdeling er kontaktpunkt pr. mail eller telefon ved behov for tilsyn sengeavdeling; E-post: Embjoerge.Lie@sykehuset-innlandet.no , tlf 48018425 Hvis det sendes mail skal det ikke stå fortrolige opplysninger i mailen. Legen skal deretter skrive en henvisning som skal ligge klar i kurveboka på sengeavdelingen når kirurgen kommer på tilsyn.				



Blodtransfusjon

Utarbeidet av: Overlege NGLMS	Prosess avdeling: -	Brukerutvalg:	Kvalitetsutvalg: 08.06.17	Godkjent: Overlege NGLMS Overlege Kronborg blodbanken, SI
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Avklaring av det medisinskfaglige- og økonomiske ansvaret ved blodtransfusjoner defineres i egen samarbeidsavtale.

Behandelnde lege. Sykepleiere som utfører transfusjonen.

Kilde: Prosedyre for blodtransfusjon Sykehuset Innlandet

Rekvirering

Transfusjon av erytrocyttkonsentrat skal ordineres av pasientens behandelnde lege.

Før bestilling skal lege ringe avdelingsleder og det skal avtales tidspunkt for når pasienten kan møte i avdelingen.

Når blodtransfusjonen planlegges må behandelnde lege eller sykepleier kontakte blodbanken pr. telefon for å gjøre avtale om pretransfusjonsprøve, samt forsendelse av blodet.

- Ved bestilling av pretransfusjonsprøve benyttes "Rekvisisjon Laboratoriemedisin"/ kryss av i pkt. for blodtypeserologi (ABO/Rh(D), antistoffscreening).
- For bestilling av blodprodukt benyttes "Rekvisisjon blodprodukter"

Vedr nedenstående prosedyre vises til prosedyre fra sykehuset innlandet [«Transfusjon av blodprodukter utenfor sykehuset»](#)

- Prøvetaking
- Forsendelse av erytrocyttkonsentrat
- Praktisk utførelse
 - Temperatur og blodtrykk
 - Transfusjonssett
 - Transfusjon
 - Etter avsluttet transfusjon
- Transfusjonsreaksjon



Transfusjon av blodprodukter utenfor sykehuset



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Medisinsk service

[]

Transfusjon av blodprodukter utenfor sykehuset

Avd. for Immunologi og transfusjonsmedisin

MeS04.02.03.03-07

Utgave:
1.00

Utarbeidet av:
Avd. overlege Jens Kronborg

Godkjent av
avd. sjef Anne Grete Mathisen

Gjelder fra:
17.10.2013

Side 1 av

1. Hensikt og omfang

Prosedyren skal sikre korrekt bruk av erytrocyttkonsentrat ved transfusjon utenfor sykehus.

Den omfatter:

- Identifisering og prøvetaking av pasienter som skal transfunderes
- Bestilling og transport av blod
- Transfusjonsprosedyre i institusjonen (praktisk gjennomføring og obligatorisk tilbakemelding av transfusjonens forløp)
- Registrering av transfusjonen
- Transfusjonsreaksjoner

2. Ansvar/målgruppe

Blodbanken har etter blodforskriften, ansvar for blodkomponenter frem til disse er frigitt for bruk, dvs. etter evt. transport til transfusjonssted.

Kommunehelsetjenesten, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven, har ansvar for transfusjoner som gis på institusjoner i kommunen samt opplæring av helsepersonell.

Prosedyren gjelder ansatte ved kommunale institusjoner som er involvert i transfusjon av pasienter. Prosedyren skal være kjent av ansatte i blodbanken.

Kun helsepersonell som har fått tilstrekkelig opplæring i transfusjon av blodprodukter og som den kommunale helsetjeneste har godkjent, kan utføre transfusjoner.

3. Handling

Rekvirering

Transfusjon av erytrocyttkonsentrat skal ordineres av lege.

Når blodtransfusjonen planlegges må blodbanken kontaktes pr. telefon for å gjøre avtale om pretransfusjonsprøve, samt forsendelse av blodet.

Blodbanken vil vurdere behov for evt. 2 prøver av pasienten (se pkt. "Prøvetaking")

- Ved bestilling av pretransfusjonsprøve benyttes "Rekvisisjon Laboratoriemedisin" / kryss av i pkt. for blodtypeserologi (ABO/Rh(D), antistofscreening).
- For bestilling av blodprodukt benyttes "Rekvisisjon blodprodukter"

Prøvetaking:

- Merk prøveglasset med
 - o pasientens fulle navn og fødselsnummer (11 sifre)
 - o dato og klokkeslett for prøvetaking
- Prøvetaker må være helt sikker på at det er riktig person som avgir prøven. Kontroller pasientens navn og fødselsnummer med etiketten på prøveglasset for prøvetaking
- Prøvetaker signerer på rekvisisjonen.

Husk: Utskrift er en kopi. Originalen ligger i kvalitetssystemet.

Sykehuset Innlandet 18.10.13



Utgave: 1.00	Transfusjon av blodprodukter utenfor sykehuset	MeS04.02.03.03-07 Side 2 av 4
--------------	---	----------------------------------

Før transfusjon skal pasienten være blodtypet (ABO og Rh(D)) minst 2 ganger i prøver tatt på forskjellige tidspunkter, og det skal utføres screening på "irregulære" blodtypeantistoff. Pretransfusjonsprøven er gyldig i 4 dogn etter prøvetaking.

Blodprøven må være blodbanken i hende 1-2 dager før planlagt transfusjon.

Forsendelse av erytrocyttkonsentrat

Blodbanken kontakter rekvirenten for å bekrefte transfusjonsdato /klokkeslett og avtale transport.

Normalt vil der ikke bli utlevert mer enn 2 enheter pr. gang. Transfusjonssett (blodfilter) sendes med ved hver forsendelse.

Blodet sendes i et godkjent, validert transportsystem.

Transfusjon

Transfusjonen skal utføres av lege eller sykepleier.

Den som utfører transfusjonen er ansvarlig for at kontrollrutiner følges og at transfusjonen blir registrert i pasientjournalen.

Siste utgave av "Håndbok i transfusjonsmedisin" og "Veileder for transfusjonstjenesten i Norge" bør foreligge ved institusjonen.

Praktisk utførelse

Før transfusjon av erytrocyttkonsentrat skal følgende kontrolleres:

- Navn og fødselsnummer på pasienten skal være identisk med navn og fødselsnummer på følgeseddelen som følger hver enhet.
- Pretransfusjonsprøven skal være gyldig (se følgeseddel)
- Tappennummer på posen skal være i samsvar med tappennummer på følgeseddel.
- Pasientens ABO- og Rh(D)-type skal være identisk med blodposens. Eventuell forskjell i blodtyper skal være kommentert på følgeseddelen. Dersom eventuell forskjell ikke er bemerket, må blodbanken kontaktes før transfusjonen starter.
- Posens holdbarhetsdato må ikke være overskredet.
- Posen skal være uskadd og innholdet må ikke ha påfallende utseende (farge, koagler, hemolyse, annet).

Når kontrollen er utført skal det signeres på følgeseddel som følger hver enhet.

La blodposen ligge i romtemperatur mens pasienten klargjøres til transfusjon.

ABO regler for utlevering av erytrocyttkonsentrat

Pasientens blodtype	Pasienten skal (kan) få erytrocyttkonsentrat med de angitte blodtyper
A	A (O)
B	B (O)
AB	AB (A, B eller O)
O	O

Husk: Utskrift er en kopi. Originalen ligger i kvalitetssystemet. 18.10.13



Temperatur og blodtrykk: Det bør måles temperatur på pasient i forkant av og etter transfusjonen (i tilfelle komplikasjoner).

Transfusjonssett: Alle blodprodukter skal infunderes gjennom blodfilter med maskestørrelse 150–250 µm (med i forsendelse fra blodbanken). Transfusjonssettet kobles til; Filterkammeret skal fylles helt. Dråpekammer skal være 1/3 fullt.

Transfusjon: Når transfusjonen er påbegynt, skal journallappen nede til høyre på blodposen klistres på pasientens transfusjonsark (med i forsendelse fra blodbanken). Start med dråpetakt på 20 dr. pr. minutt. De første 15 minutter skal pasienten ha tilsyn. Dråpetakten økes til 50 dr. pr. minutt. Pasienten skal observeres nøye under transfusjonen.

Pasienten oppfordres til å ringe på/gi beskjed dersom ubehag oppstår.

Utenom akutsituasjoner bør en blodenhets infunderes i løpet av ca 1 time, men i enkelte tilfeller langsommere dersom situasjonen tilsier det (se TACO under transfusjonsreaksjoner). Etter at blodet er satt, skylles veneflonen med 10 ml NaCl.

OBS: Blodet må være transfundert innen 4 timer etter det er tatt ut av transportkassen. Medikamenter og andre infusjonsvæsker enn isoton natriumkloridoppløsning skal ikke blandes med blod og blodprodukter.

Etter avsluttet transfusjon

Blodbanken skal ha tilbakemelding om transfusjonsforløpet: På følgeseddel som følger hver enhet skal ansvarlig for transfusjonen signere og evt. uønskede hendelser bemerkes.

Dokumentasjon av transfusjonen i pasientens journal/transfusjonsark følger institusjonens prosedyre for dokumentasjon.

Blodposer som ikke brukes skal alltid returneres til blodbanken med beskjed om årsak til at blodet ikke ble brukt.

Den/de tomme posen(e) og infusjonssettet oppbevares avstengt i kjøleskap i 24 timer før de kastes (hindre kontaminering). Rest kan benyttes av blodbanken til videre utredning ved evt. forsinket hemolytisk transfusjonsreaksjon.

Transportkassen, samt de utfylte følgesedlene, returneres blodbanken snarest.

TRANSFUSJONSREAKSJON

Ved transfusjonskomplikasjoner skal blodbanken informeres umiddelbart. Ved alvorlige transfusjonsreaksjoner avbrytes transfusjonen straks. Ved mildere reaksjoner avgjør behandlende lege om transfusjonen skal avbrytes eller fortsettes. Alvorlige transfusjonsreaksjoner skal utredes av blodbanken.

1. **Akutt hemolytisk transfusjonsreaksjon:** Årsak vanligvis ABO-uforlikelig blod. Symptomer kommer akutt under transfusjonen: Feber, frostanfall, takykardi, press for brystet, hodepine, kvalme, lændesmerter, dyspne. Kan ses: Blodtrykksfall evt. sjokk, hemoglobinuri, DIC.



2. **Forsinket hemolytisk transfusjonsreaksjon:** Årsak tidligere immunisering uten at antistoffene er fanget opp ved screening. Symptomer: Temperaturstigning, ekstravaskulær hemolyse, fallende Hb, ikterus.
3. **Febril non-hemolytisk transfusjonsreaksjon:** Årsak tidligere dannede antistoffer mot leukocyttantigener og eller frisetting av cytokiner fra leukocytter. Symptomer: Frysninger og temperaturstigning under eller like etter transfusjonen. Forsvinner vanligvis etter et par timer.
4. **Posttransfusjonspurpura:** Årsak tidligere dannede antistoffer mot plateantigener. Symptomer: Petekkier, blødning.
5. **Allergiske reaksjoner:** Årsak antistoffer mot plasmaproteiner fra giver eller antistoffer fra giver mot plasmaproteiner hos pasient. Symptomer: Utslett, urtikaria, sjokk, anafylaksi.
6. **TRALI (transfusion related acute lung injury):** Årsak: HLA- eller granulocyt-antistoffer fra *giver* som aktiverer komplement hos pasient. Symptomer: Akutt lungesviktsyndrom og/eller bilaterale lungeinfiltrater innen 6 timer etter avsluttet transfusjon uten tegn til transfusjonsrelatert overbelastning av kretsløpet.
7. **TACO (Transfusion-associated circulatory overload):** Årsak: Transfusjonshastighet som overstiger kapasiteten til pasientens kretsløp og gir stigende sentralt venetrykk med venstresidig hjertesvikt og lungestuvning. Størst risiko hos eldre pasienter med hjertesykdom og hos mindre barn. Symptomer: Tungpustethet og blodtryksstigning. Profylakse: Langsom infusjon hos utsatte pasienter og nøye observasjon. En hyppig transfusjonskomplikasjon.

Ved utredning av transfusjonskomplikasjoner skal følgende utføres:

- o Blodprøve (EDTA-blod) av pasienten tas raskt etter at transfusjonsreaksjonen startet.
- o Resten av alle aktuelle blodposere og infusjonssett sendes til blodbanken.
- o Nøyaktig beskrivelse av transfusjonsreaksjonen sendes til blodbanken – benytt følgeskjema tilhørende produktet.
- o Behandlende lege avgjør hvilke andre prøver som eventuelt skal rekvireres (blodkultur, haptoglobin).

Det skal i utgangspunktet ikke utleveres flere blodprodukter mens utredning av en transfusjonskomplikasjon foregår.

Blodbanken skal sende svarrapport på utredet transfusjonsreaksjon til rekvirent.

Ved tidligere febril eller allergisk reaksjon;

Fastslå om mulig årsaken og unngå denne. Hvis ingen sikker årsak som kan unngås/fastslås gjør følgende:

- o Infunder langsomt og under stadig overvåking.
- o Gi eventuelt premedikamentasjon med antihistamin, antipyretika eller steroider.

Blodbanken sørger for at bivirkninger og alvorlige uønskede hendelser meldes videre til det nasjonale hemovigilanssystem (www.hemovigilans.no).

Referanser

[MeS04-03](#)

Håndbok i transfusjonsmedisin

[MeS04.02.03.03-08](#)

Transfusjon - flytskjema



Delir

Utarbeidet av: Overlege NGLMS	Prosess avdeling: Vinter 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder og overlege NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revisjon / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Lege og sykepleier

Aktivitet/beskrivelse

Delir defineres som en akutt forstyrrelse av våkenhet, oppmerksomhet og kognisjon. Tilstanden er vanlig hos pasienter innlagt i sykehus. Delir er alvorlig, kostbart, og underdiagnostisert. Faren for å utvikle delir øker med økende alder, mental svikt, sansedefekter, kroniske sykdommer og stort medikamentforbruk. Det er viktig å forebygge og behandle tilstanden i tidlig fase²

ÅRSAKER

- Alkoholabstinens (delirium tremens)
- Infeksjoner
- Metabolske forstyrrelser
- Urinretensjon
- Hypoksi
- Hypoglykemi
- Intoksikasjoner
- Elektrolyttforstyrrelser
- Coronarsykdom
- Smerter
- Hjerneslag
- Nye medisiner inkludert antibiotika
- Endokrine forstyrrelser

DIAGNOSTIKK

Kliniske kjennetegn

Forvirringstilstand preget av svingende kognitive funksjoner og oppmerksomhetssvikt. Den mentale svikten utvikler seg raskt (timer til uker).

Utredning

- Komparentopplysninger
 - tidligere funksjonsnivå
 - mistanke om demens eller tidligere godt fungerende?
 - lignende episoder før?
 - rusmisbruk?
 - detaljert sykehistorie for aktuelle episode
 - organlokaliserende symptomer?
 - utløsende forhold (fall, nye medisiner osv)?
- Grundig klinisk undersøkelse inkludert temperatur
- Laboratorieprøver: Hematologistatus, CRP, INR, ASAT, ALAT, CK, Bilirubin, Amylase, GGT, Kreatinin, Albumin, Mg, Na, K, Ca, glucose, urinstatus
- EKG
- O₂-metning eller blodgass



Diagnostiske kriterier (ICD-10). Alle må oppfylles.

A. Redusert bevissthetsnivå

- nedsatt oppfattelse av omgivelsene
- svekket oppmerksomhet

B. Kognitive forstyrrelser

- Svekket korttidshukommelse og umiddelbar gjenkallingsevne med relativt velbevart langtidshukommelse
- Desorientering for tid, sted eller egne data

C. Psykomotoriske forstyrrelser med minst en av følgende

- Rask endring fra hypoaktivitet til hyperaktivitet
- Økt reaksjonstid
- Økt eller nedsatt talestrøm
- Tendens til å fare sammen

D. Forstyrret søvn-våkenhetsrytme med minst en av følgende

- Insomni eller invertert søvnrytme
- Nattlig symptomforverring
- Mareritt som kan fortsette som hallusinasjoner eller illusjoner når pasienten har våknet

E. Akutt start og fluktuerende forløp

F. Underliggende cerebral eller fysisk / systemisk sykdom

BEHANDLING

- Finne og behandle årsak
- Seponer alle medisiner som ikke vurderes som livsnødvendige
- Skjerming og reorientering
- Sikre oksygenering, sirkulasjon, nær normoglykemi og normale elektrolytter
- Adekvat smertelindring
- Sikre ernæring og hydrering
- Medikamentell behandling kan være nødvendig for at pasienten skal få hvile/sove og på den måten bryte en ond sirkel.



Fallforebygging

Utarbeidet av: Ergoterapeut/ Skomakerstuen, fysioterapeut/ Sag- flaten, rehab.sykepleier/Tingsrud	Prosess avdeling: Vinter 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revisjon / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Helsepersonell ved sengeavdelingen

Aktivitet/beskrivelse

Fall: En ikke planlagt hendelse som fører til at en person lander på et lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet.

Fall med skade: En skade som krever ytterligere overvåkning, behandling eller som har dødelig utgang.

Forhøyet fallrisiko: Identifiseres ved kartleggingsverktøy som baserer seg på en skåringsmetode, der det sammenlagte resultatet indikerer fallrisikoen. Skåringen må alltid kombineres med en klinisk vurdering av fallrisikoen. Dersom en pasient er vurdert til ikke å ha forhøyet fallrisiko, men likevel faller- må ny vurdering gjennomføres.

Viktige tiltak ved forebygging av fall:

- Risikovurdering
 - Alle pasienter skal kartlegges ved innkomst
 - Skåringsskjema (downton fall risk index) legges i permen og dokumenteres i profil.
 - Ny risikovurdering ved endring i allmenntilstand
 - Ny risikovurdering minst to ganger i året hos langtidspasienter

Dersom risikovurderingen indikerer fallrisiko iverksettes følgende standardtiltak:

- Legemiddelgjennomgang
 - Antihypertensive legemidler, antidiabetiske legemidler, sovemidler, beroligende midler, antipsykotiske midler, legemidler som kan gi delir, legemidler med antikolinerg virkning, blodfortynnende legemidler, kortikosteroider og synsforstyrrelser.
- Huskeliste for pasientrom
 - Snakk med pasient/pårørende om fallforebygging
 - Informere om og sikre at pasienten har ringesnor lett tilgjengelig
 - Sikre at personlige eiendeler og ganghjelpemiddel er innen rekkevidde
 - Motiver pasienten til å benytte stødige sko og plasser de innenfor pasientens rekkevidde
 - Lås hjul på seng og nattbord og senk sengen til laveste nivå
 - Tilby og evt. ha opp sengehest på motsatt side av WC på natt
 - La nattbords lampe og/eller lyset på WC være påslått på natt
 - Fjern eller flytt møbler/utstyr som kan medføre fallrisiko
- Tilsyn ved behov
 - Planlegg og gjennomfør økt tilsyn, utenom de faste rutinene på sengeavdelingen
- Pasient- og pårørendeinformasjon
 - Informer pasienten om tiltak som er iverksatt i forhold til fallforebygging. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent informeres nærmeste pårørende om tiltakene.
- Opprettholde aktivitet og trening
 - Gi pasienten veiledning, mulighet og motivasjon til å være aktiv gjennom hverdagslige gjøremål, f eks reise/sette seg, gå til og fra måltider osv.
 - Vurder i hvert enkelt tilfelle om trening med fysio/ergo er aktuelt

**Individuelt tilpassede tiltak:**

- Vurder behov for en tverrfaglig utredning/kartlegging av pasienter med forhøyet fallrisiko
 - Det gjøres så raskt som mulig etter påvist forhøyet fallrisiko, og bør ta for seg bakenforliggende sykdom, medisiner, balanse/forflytningsevne, kognisjon, atferd, syn og ernæring.
 - Planlegg, iverksett og dokumenter individuelt tilpassede tiltak som er identifisert etter den tverrfaglige utredningen.
- Ved forhøyet fallrisiko og utskriving, skal det avtales gjennomgang av bolig dersom pasienten ønsker dette. [Fallforebyggende brosjyre](#) gis pasient og ev. pårørende .

Dokumentasjon:

- Vurdering av fallrisiko og tilpassede tiltak skal dokumenteres i profil
- Dersom pasienten nekter/motsetter seg forebyggende tiltak mot fall, må dette dokumenteres.
- Kartleggingen av pasientens fallrisiko skal dokumenteres i epikrise når vedkommende overføres til sykehus, hjemmetjenesten, sykehjem eller annen helseinstitusjon.



Veiledning for Downton Fall Risk Index = fallrisikoanalyse

Tidligere kjente fall

1 poeng = Kjenner til at pasienten/beboeren har falt det siste året

Legemiddelbruk

Gå gjennom legemiddellisten til pasienten/beboeren eller la pasienten/beboerens selv fortelle hvilke legemidler han/hun bruker.

Fordel legemidlene etter grupperingene på skjemaet og sett poeng.

Sensorisk funksjon

1 poeng: Nedsatt syn = har moderat til kraftig nedsatt syn eller er blind. Bruker briller daglig.

1 poeng: Nedsatt hørsel = har moderat til kraftig nedsatt hørsel eller er døv. Bruker høreapparat.

1 poeng: Nedsatt motorikk = har nedsatt kraft eller bevegelse i en eller flere ekstremiteter.

Kognitiv funksjon

1 poeng = er ikke orientert for navn, tid og sted. Ved behov gjøres en utredning etter lokale rutiner.

Gangfunksjon

0 poeng = pasienten/beboeren har sikker gange med eller uten ganghjelpemiddel og husker å bruke hjelpemiddelet.

1 poeng = pasienten/beboeren har usikker gange med eller utan ganghjelpemiddel og/eller glemmer å bruke hjelpemiddelet av og til.

Risikofaktorene summeres til en poengsum. Ved 3 eller over 3 poeng, indikerer at pasienten/brukeren har en høy fallrisiko.

Ved høy fallrisiko må vurderingsgrunnlaget gjennomgås og aktuelle/relevante tiltak iverksettes.



Bestilling av medisiner

Utarbeidet av: Avdelingsleder	Prosess avdeling: Vinter 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018
Ansvar • Avdelingsleder delegerer medisinbestilling til sykepleier • Ansvarlig sykepleier eller den som blir delegert oppgaven av ansv.spl.				
Aktivitet/beskrivelse <u>Hyppighet og tidspunkt</u> • Bestilling skal skje mandag – onsdag - fredag før kl 1400 • Hvis medisinen bestilles fredag og det er noe medisin avdelingen MÅ ha til helgen, sørg for å få forsikring om Apotek 1 kan levere samme dag (de kontakter sykehusapoteket). Dersom Apotek ikke kan levere fredag, må ansvarlig spl ringe en avdeling på SIL og får medisinen sendt oppover med helseekspress eller ambulanse.				

Narkotikaregnskap

Utarbeidet av: Avdelingsleder	Prosess avdeling: Vinter 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018
Ansvar Avdelingsleder, ansvarlig sykepleier, sykepleier				
Aktivitet/beskrivelse Avdelingsleder og/eller ansvarlig sykepleier utpeker en ansvarlig den 1. hver måned (eller påfølgende svart dag). Den som er utpekt regner over lager av narkotika og sørger for kontroll av annen sykepleier. Dersom det oppdages svinn, skal avdelingsleder varsle virksomhetsleder for videre oppfølging. Politianmeldelse skal vurderes.				



Oppfølging dødsfall inkludert melding

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Sommer /høst 2016	Brukerutvalg: 13.03.17 (2)	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (3)	Godkjent: Virksomhetsleder og Overlege NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (3)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Gruppeleder. Lege. Helsepersonell på avdelingen.

Aktivitet/beskrivelse

1. Forventet dødsfall

Forventet dødsfall på hverdager i vanlig arbeidstid skal synes av tilsynslege som også skal fylle ut dødsattest. I de tilfeller der tilsynslege ikke er tilstede skal to helsepersonell hvor min en er sykepleier konstatere pasientens død. Dødstidspunkt, symptomer og funn skal dokumenteres i profil.

Symptomer og funn

Funn vil avhenge av hvor lang tid det er siden dødsfallet inntraff.

Pupiller: Lysstive. Vil vanligvis være dilaterte til noen timer etter dødsfallet.

Dødsflekker (livores): Oppstår etter omtrent 2 timer og er fiksert etter 12–24 timer. De befinner seg på kroppens lavereliggende deler. Fargen er avhengig av blodets oksygeneringsgrad og temperaturen i omgivelsene. CO-forgiftning gir røde dødsflekker.

Dødsstivhet (rigor mortis) inntreffer vanligvis etter 2–4 timer, først i ansikts- og halsmuskulatur. Dødsstivheten forsvinner etter 1–3 døgn. Kroppsdelene som er rettet ut med makt, blir ikke stive på nytt. Høy temperatur i liket eller i omgivelsene fremskynder utviklingen av dødsstivhet, mens lav temperatur forsinker prosessen.

Supplerende undersøkelser

Kjenn på halsen etter carotispuls. Auskultor hjerte og trakea. Hold hånden, et speil eller et par briller foran avdødes munn for å undersøke respirasjon (kondens). Undersøk pupillene med lys. Sjekk korneareflekse.

Tiltak

Ivaretagelse av pårørende: Et dødsfall kan utløse mange ulike reaksjoner, blant annet avhengig av den pårørendes forhold til den avdøde. Spesielt i situasjoner der det kun er én pårørende til stede, må man vurdere behov for mobilisering av nettverk, eventuelt formidling av kontakt med prest eller kommunal omsorgstjeneste. Samtale, nærvær og rolig opptreden er det viktigste.

Praktiske tiltak: Hvis det er > 24 timer til tilsynslege er til stede, skal det ordnes transport til kjølerom på Sel Sykeheim. Dødsmeldingen blir utfylt og sendt på første hverdag av tilsynslege. Dvs legevakten skal IKKE kontaktes ved forventet dødsfall.

Tilsynslege skal fylle ut dødsmeldingsblankett i samsvar med [rettledningen på baksiden av denne](#) og levere den til rekvirenten/NGLMS ved gruppeleder (den som har plikt til å melde dødsfallet) i forseglet konvolutt som i adresseres Sel lensmannskontor.

Kopi av legeerklæringen sendes den lokale politimyndighet, hvis dødsfallet kan være unaturlig.

Gruppeleder sender dødsmelding til adressat.

2. Uventet dødsfall

Ved uventet dødsfall skal lege (tilsynslege eller vaktlege Sel - primærvakt NGLMS i dennes fravær), kontaktes umiddelbart. Legen skal vurdere om politiet skal varsles.



Fjerning av Pacemaker / ICD

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Sommer 2016	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder og Overlege NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (3)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Lege som syner

Aktivitet/beskrivelse

- PM/ICD-operasjonsstedet blottlegges
- Der legges et snitt over ICD eller PM
- Elektrodene frigjøres fra ICD eller PM ved et rask klipp med saksen så tett på enheten som mulig
- PM eller ICD enhet fjernes fra den avdøde
- Operasjonsstedet lukkes med strips
- Der påsettes plaster
- Når prosedyren er overstått, vrenses engangshanskene ut over enheten, og hansken knytes (på denne måte er enheten nå omgitt av to hansker). Dette legges i plastpose som knytes og igjen legges i plastboks.
- Det skrives et kort notat med følgende opplysninger:
 - Merk: Brukt ICD/pacemaker
 - Navn på avdøde
 - Fødselsdata
 - Navn på lege der har uttatt PM/ICD

Forsendelse

Plastboksen sendes ved anledning med ambulansetransport som har oppdrag til SIL med beskjed om å levere den til patologisk avdeling.

Utstyr

2 x engangshansker, skalpell, stripes, plaster



Rydding av pasientrom

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Sommer/høst 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Foreløpig godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 17.10.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Helsepersonell og rengjøringspersonell på sengeavdelingen

Aktivitet/beskrivelse

Helsepersonell rydder. Rengjøringspersonell vasker rom og inventar.

Ved rydding av rom:

- Rydde skap
- Dynere og puter skal i egen grønn sekk og settes på skyllerom.
- Dynetrekk, laken, putevar, frottè, nattøy skal i egen grønn sekk og settes på skyllerom.
- Ta ut vannkolber til O2 + den lille slangen – vaskes i dekontaminator. O2-slangene mellom kolbe og pasient kastes.
- Kast søppel
- Fyll på hansker og spritservietter dersom tomt

Ved klargjøring av rom:

- Legge på rent sengetøy
- Legge inn nattskjorte, vaskeklut og lite håndklær
- Sjekke at det ligger O2 maske + nesekateter, og at alle tilhørende deler er på plass

Utstyr

Grønn sekk til skittentøy, ligger på skyllerom. Sengetøy mm



Ansvarlig sykepleier

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Oktober 2016	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Endret / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Den sykepleieren som er merket med en rød stjerne* i vaktboken har ansvarsvakt ved avdelingsleders fravær.

Ved fravær for sykepleier merket som ansvarsvakt, skal sykepleier med lengst ansiennitet ha ansvarsvakten.

Den som har ansvarsvakt kan delegere alle gjøremål til annen person(er) bortsett fra det sykepleiefaglige ansvaret og det overordnede ansvaret for å påse at delegerte oppgaver er utført.

Aktivitet/beskrivelse

- Det sykepleiefaglige ansvaret
- Fordele vaktens oppgaver/gjøremål. (*Døgnrytmeplan er for tiden under revisjon*)
D-vakt ukedager:
 - hvilke sykepleiere skal ha legevisitt
 - fordele personell til gruppe A og B, hvem skal ha ansvar for skyller om og lager (tøy og annet utstyr)
 - Torsdag sjekke om helgen er i orden i forhold til dekkede vakter.
 - Hvem skal bestille medisin mandag – onsdag – fredag

D-vakt alle dager:

- Sjekke at det er personell på vakt til A- og N-vakt, samt til neste dag.
- Kontakt med Tildelingskontor i Sel kommune vedrørende status om innleggelser og utskrivelser fra NGLMS.
Kl 08:15 kommer TK til avdelingen for status.
TK skal ha også ha beskjed fortløpende, senest kl 14:30 dersom nye pasienter blir innlagt og/eller utskrevet.
Tildelingsenheter i andre kommuner ringer tar opp aktuelle intermediære pasienter.
Jmf prosedyren Innleggelse intermediære senger.
- Skaffe vikar ved fravær.
- Er det nødvendig å forskyve personell, må vikar ordnes på den vakten det blir forskjøvet fra!
- Hvis nødvendig; pålegge overtid etter liste (se egen prosedyrebeskrivelse).
- Kan spørre om hjelp av legevaktpersonell til å skaffe vikar.



Døgnrytmeplan

Utarbeidet av: Avdelingsleder	Prosess avdeling: Vinter 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revisjon/utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Helsepersonell

Dagvakt fra kl. 07.30

- 07.30 – 07.45 Felles rapport fra nattvakt
- 07.45 – 08.15 Gruppedeling: A på personalkjøkken og B på vaktrom.
Rapport fra kveld/dag før.
- 08.15 - Morgenstell. Rydde rommet etter stell.
Blodprøvetaking, målinger og observasjoner.
- 09.00 – 11.00 Frokost.
Kontroll og utdeling av medisin
- Fra kl 09.30 Legevisitt: Gruppe A først og Gruppe B sist
Trening + mobilisering av pasientene
- 11.00 – 11.15 Rydding av avdelingen, skyllerom, lager
- 11.30 - 12.00 1. pauseavvikling
- 12.00 - 12.10 Midtrapport med videre delegering
- 12.10 - 12.40 2. pauseavvikling
- 13.30 – 14.00 Utdeling av middag og medisiner
- 14.00 – 15.00 Skrive rapport i profil
Rydde inn matbrettene, utføre gjenværende oppgaver
Middagshvil for pasienter
- 15.00 – 15.15 Skrive ut ny pasientliste til kveldsvakter
- 15.15 – 15.30 Gruppeleder gir rapport til kveldsvaktene.
Rydding og forfallende arbeid



Aftenvakt fra kl. 15.15

- 15.15 – 15.30 Fellesrapport fra gruppeleder A+B
- 15.30 – 16.30 Gå runde til alle pasientene, hjelpe dem opp til aften, servere kaffe
- 17.00 – 18.30 Gruppeleder deler ut medisiner
Forberede kveldsmat, trening og mobilisering av pasientene
- 18.30 – 19.00 Pauseavvikling for personellet
- 19.00 – 20.00 Servere kveldsmat og rydde etterpå
- 20.00 – 21.30 Kveldsstell. Kaste søppel
- 21.00 – 21.15 Gruppeleder deler ut nattmedisiner
- 21.30 – 22.15 Skrive rapport i profil.
Skrive ut pasientliste til nattvakt + huskeliste til neste dag
Batteri til heis og prekestolene settes til lading
- 22.15 – 22.30 Gruppeledere gir rapport til nattvakt.

Nattevakt kl 22.15-07.45

- 22.15 - 22.30 Rapport fra aftenvaktene
- 22.30 - 24.00 Gå runde til alle pasientene med tilhørende observasjoner.
- 24.00 - 03.00 Legge medisiner i dagsdosettene
- 03.00 - Gå runde til alle pasientene med tilhørende observasjoner
- 06.00 – 07.30 Gå runde til alle pasientene med tilhørende observasjoner
Registrere drikke/diureselister i Profil (væskedøgn er fra 06.00-06.00)
Rydde rom
Målinger tas: BT, puls, temp, SatO2, blodsukker



Informasjon

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling / virksomhetsleder	Prosess avdeling: Sommer 2016	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

- Virksomhetsleder
- Avdelingsleder
- Alle ansatte sengeavdelingen

Aktivitet/beskrivelse

Informasjonskanaler

- Personalmøte
- Avdelingsmøte
- Møte med kjøkkenpersonell
- Oppslagstavle
- Informasjonsperm
- Mail
- SMS: Brukes etter vurdering i spesielle situasjoner. Bruke dersom det sendes ut informasjon med kortere frist enn 14 dager

*Alle ansatte har ansvar for å delta på og følge med på alle informasjonskanaler.

Type informasjon

- Faste fora (innkallelser, saksliste, referater)
 - Personalmøte: Virksomhetsleder sender innkallelse og saksliste til alle ansatte på mail. Avdelingsleder henger det også opp på oppslagstavla. Avdelingsleder sender referat til alle ansatte på mail. Referatene lagres på E-phorte.
 - Avdelingsmøte: Avdelingsleder sender innkallelse og saksliste til alle ansatte på mail og henger det opp på oppslagstavla. Avdelingsleder sender referat til alle ansatte på mail. Referatene lagres på E-phorte og i informasjonsperm.
 - Drøftingsmøte med tillitsvalgte: Virksomhetsleder sender referat til avdelingsleder og alle ansatte på sengeavdelingen. Referatet lagres i E-phorte.
 - Møte med kjøkkenpersonell: Avdelingsleder informerer om relevante saker på avdelingsmøte.
 - Virksomhetsledermøte (pleie og omsorg): Det sendes ikke felles referat fra dette møtet til avdelingen, men relevante saker formidles fra virksomhetsleder til avdelingsleder og ansatte sengeavdelingen via mail.
 - Lederforum: Det skrives ikke fast referat, men relevante saker formidles fra virksomhetsleder til avdelingsleder og ansatte sengeavdelingen via mail
 - Kvalitetsutvalg og brukerutvalg: Virksomhetsleder sender referat til avdelingsleder som orienterer om dette på avdelingsmøte. Referatene lagres på «Region felles/NGLMS/kvalitetsutvalg eller brukerutvalg» og i E-phorte.
 - 6K helse, kommuneoverlegeforum, fastlegeforum: Virksomhetsleder får kopi av referat og videresender aktuell informasjon til avdelingsleder og ansatte på sengeavdelingen via mail. Referatene lagres under «Region felles/6k helse eller NGLMS» og i E-phorte.



- Turnus/arbeidsplan/ ferielister/timebank
 - Avdelingsleder henger opp informasjon om feriepulje på oppslagstavla innen februar måned
 - Ved utarbeidelse av arbeidsplan og ferielister, legger avdelingsleder forslag i hylla til tillitsvalgte, henger det opp på oppslagstavla og sender det på mail til alle ansatte senest fire uker før oppstart. Tilbakemelding til avdelingsleder gis innen 1 uke.
 - Avdelingsleder sender godkjent arbeidsplan og ferielister til alle ansatte på mail senest to uker før oppstart og henger det opp på oppslagstavle
 - Alle ansatte sender avdelingsleder informasjon om egen timebank innen september ved avvik.
- Ansettelser og vakanser
 - Avdelingsleder gir oppsummering av status på avdelingsmøter
 - Avdelingsleder henger opp informasjon på oppslagstavla ved nyansettelser
- Kurs / opplæring (interne og eksterne, innkalling, invitasjon og oppsummering i etterkant)
 - Avdelingsleder henger opp invitasjon eller innkalling på oppslagstavle, sender mail og ev. sms hvis kort frist
 - Alle ansatte som har deltatt på kurs/konferanser, skal lage en oppsummering for de andre ansatte på avdelingsmøte. Dersom det er forhold som alle ansatte bør informeres om, sender avdelingsleder informasjon om dette på mail til alle ansatte. Dersom det er lysark, sendes de på mail til avdelingsleder som videresender til alle ansatte.
- IK og prosedyrer /rutiner
 - Avdelingsleder orienterer om endringer i IK og prosedyrer på avdelingsmøter og sender mail til alle ansatte (ev. med mulighet for innspill – avhengig av endringens karakter)
 - Avdelingsleder henger opp forslag til nye prosedyrer på oppslagstavle og sender på mail for innspill (med frist)
- Økonomi
 - Virksomhetsleder sender kopi av tertialrapportering på mail til alle ansatte



Nyansatte

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Oktober 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Avdelingsleder. Alle ansatte sengeavdelingen.

Aktivitet/beskrivelse

Det henvises til generelle rutiner for mottak av nyansatte i Compilo.

I tillegg skal denne prosedyren brukes.

Alle nyansatte får utlevert en perm i forbindelse med ansettelsen. Permen skal inneholde følgende:

1. Opplæringsprogram
2. Internkontroll NGLMS med bl.a. organisasjonskart og mål for sengeavdelingen – lagret på Compilo
3. Prosedyrer for sengeavdelingen – lagret på «Region felles/NGLMS», Compilo og [«NGLMS.no/Sengeavdelingen»](http://NGLMS.no/Sengeavdelingen)
4. Brannvern
5. Samarbeidsrutiner med Tildelingskontoret
6. Turnus og døgnyttmeplan
7. Informasjon om Compilo
8. Profil
9. minVakt til Triangel
10. Ansattliste
11. Aktiv forsyning

Avdelingsleder har ansvar for å:

- Sikre at informasjon i permen for nyansatte til enhver tid er oppdatert
- Utpeke en kontaktperson for den første måneden
- Sette opp tre opplæringsvakter for sykepleiere, to for hjelpepleiere og en dag for annet personell - om mulig – sammen med kontaktpersonen
- Sende arbeids-/turnusplan senest en måned før oppstart
- Lage en plan for opplæringsprogram – se vedlegg [«Sjekkliste opplæringsprogram nyansatte»](#). Etter gjennomgang av sjekkliste oppbevares den i den enkeltes personalmappe.
- Følge opp i henhold til rutine i Sel «Velkommen som nyansatt» (Compilo)

Kontaktpersonen har ansvar for å:

- Følge opp i henhold til ansvar beskrevet på sjekkliste
- Følge opp den nyansatte i forhold til spørsmål og inkludering i miljøet

Øvrige ansatte har ansvar for å:

- Inkludere og støtte alle nyansatte
- Følge opp i henhold til ansvar ev. beskrevet på sjekkliste



Sjekkliste: Opplæringsprogram nyansatte

Navn ansatt:			
Kontaktsykepleier:			
Tema	Ansvarlig	Tidsfrist	Signatur
DAG 1			
Tildeling av garderobe	Avdelingsleder		
Din kontakt for dagen			
Rapport			
Stell og pleie			
Informasjon om NGLMS inkludert internkontrollen	Avdelingsleder		
Omvisning	Avdelingsleder		
Brannvernrunde	Avdelingsleder		
Adgangskort - tildeling	Avdelingsleder		
Region Data – får brukernavn og passord som gir tilgang til kommunal e-post og Compilo			
Profil – tilgang, brukernavn og passord	Avdelingsleder		
Triangel - tilgang, brukernavn og passord	Avdelingsleder		
DAG 2			
Gjennomgang av prosedyrer for sengeavdelingen			
Telefonsystemet			
Profil – gjennomgang			
DAG 3			
Aftenvakt			
INNEN TRE UKER			
Compilo			
Triangel			
Aktiv Forsyning			
Verneombudets rolle			
Gjennomgang av personalreglement: Fravær, egenmeldinger, permisjoner, rettigheter og plikter			
INNEN 2,5 MÅNEDER			
Oppfølgings-/prøvetidssamtale 1 / Compilo	Avdelingsleder		
FØR PRØVETIDENS UTLØP PÅ CA 6 MÅNEDER			
Oppfølgings-/prøvetidssamtale 2 / Compilo	Avdelingsleder		



Varsling av sykefravær

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Mars 2016	Brukerutvalg: 07.09.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 22.09.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Alle ansatte

Aktivitet/beskrivelse

Umiddelbart ringe og gi beskjed til nærmeste leder dersom man er syk. Når nærmeste leder er fraværende skal ansvarlig sykepleier orienteres – som igjen orientere avdelingsleder sved første anledning.

Egenmelding skal fylles ut av den som mottar beskjed om sykefravær og legges i hylle til vedkommende som er syk. Den som har vært syk skal fylle ut resterende informasjon, samt signere på første dag på arbeid igjen. Ferdigutfylt egenmelding legges i hylle til avdelingsleder.

En sykmelding skal leveres eller sendes til avdelingsleder første fraværsdag.

Når det gjelder oppfølging av sykefravær henvises det til Compilo, bl.a. «IK NGLMS».



Testamentariske gaver

Utarbeidet av: Arbeidsutvalg prosedyrer sengeavdeling	Prosess avdeling: Sommer 2016	Brukerutvalg: 30.11.16	Kvalitetsutvalg: 08.06.17 (2)	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 14.12.16	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018

Ansvar

Avdelingsleder og/eller ansvarlig sykepleier i leders fravær

Aktivitet/beskrivelse

- Avdelingsleder eller ansvarlig sykepleier skal be pårørende som ønsker å gi testamentarisk pengegave til sengeavdelingen om å opprette egen konto som evt skal stå i avisen
- Ved spesifikke ønske i forhold til gaver, bes de pårørende sende/levere et skriv om ønskene
- Pårørende må varsle banken hvilken konto gaves skal settes inn på:
 - P 302 (sosiale aktiviteter for personalet)
 - P 304 (utstyr og inventar sengeavdelingen)
- Avdelingsleder skal sende takkekort.



Brannvern – sjekkliste

Utarbeidet av: Avdelingsleder	Prosess avdeling: Vinter 2016	Brukerutvalg: 13.03.17	Kvalitetsutvalg: 08.06.17	Godkjent: Virksomhetsleder NGLMS
Første utgave: 23.03.17	Revidert / utgave nr: 01.06.17 (2)			Neste revisjon: Juni 2018
Ansvar Alle ansatte på sengeavdelingen				
Aktivitet/beskrivelse Liten dør til pasientrom skal være lukket. Kaffetrakter/vannkoker: Støpsel skal tas ut etter hver gangs bruk. Ved endt vakt skal det ses over at det er gjort. Senger: Tilse at ledninger ikke ligger i klem Røyking: Det er forbudt å røyke på avdelingen. Hvis det skjer skal pasienten informeres og hvis nødvendig i ft samtykkekompetanse, må pårørende informeres og tobakk må lagres inne på medisinerom som er låst. Stearinlys skal ikke brukes. Små dører inn til pasientrom skal være lukket hele døgnet. Vaskeutstyr på skyllerom etterses i ht daglige rutiner.				