



Håndbok for pleien, Villa Skaar Bøn

Godkjent av: Skikkelstadødegård Veronica Valstad
Utarbeidet av: Skikkelstadødegård Veronica Valstad
Opprettet dato: 12.07.2019
Revidert dato: 07.01.2020
Revisjonsnummer:
Dokumentnummer:



ANSVAR OG MYNDIGHET: VILLA SKAAR BØN: ANSVAR OG MYNDIGHET	5
VERDIER OG HOLDNINGER	7
OMSORGSJULET	9
PRIMÆRSYKEPLEIE	11
GENERELT OM STELL AV BEBOER	12
OVENTILVASK	14
NEDENTILVASK KVINNE	15
NEDENTILVASK MANN	17
STELL I SENG	19
DUSJING	22
TANNSTELL OG MUNNHYGIENE	23
BRUK AV KLYSTER	27
FOREBYGGING AV UVI	30
FOREBYGGING AV OBSTIPASJON	31
REN URINPRØVE	33
STELL AV KATETER	34
VURDERING AV SIRKULASJON, HUD OG SÅR	36
BLODSUKKERMÅLING	38
BLODTRYKK	39
ENKELT SÅRSTELL	41
FOREBYGGING AV TRYKKSÅR	42
PULSTELLING	45
TEMPERATURMÅLING	46
TILRETTELEGGING AV NATTESØVN	48
VURDERING AV KRONISK SMERTE	50
KARTLEGGING AKUTT SMERTE	53
LEIRING FOWLERS LEIE	55
LEIRING FLATT I SENG	57
MOBILITET OG BEVEGELSE	59
FOREBYGGING AV FALL	60
HJELPEMIDLER	64
RESPIRASJONSFREKVENNS	66
BRUK AV O2 KONSENTRATOR OG RENGJØRING	68
SANSER/KOMMUNIKASJONSKAPASITET	70
REDUSERT SYN OG HØRSEL	72
KJØKKENETS ANSVAR I ERNÆRINGSARBEIDET	74
ERNÆRINGSGRUPPE	76
MATKONTAKT	77
SPISESITUASJONEN	79
VEKTKONTROLL	83
OPPFØLGING PASIENT I FARE FOR ELLER SOM ER UNDERERNÆRT	84
PROTEIN- OG ENERGIBEHOV	86
KARTLEGGING AV NÆRINGSINNTAK	88
KARTLEGGING AV INNTAK AV VÆSKE (DRIKKELISTE)	90



SPISE OG SVELGEVANSKER	91
KVALME OG MUNNTØRRHET	93
RUTINER FOR AVDELINGSKJØKKEN/ANRETNING	94
BLODPRØVETAKING	97
BLODPRØVER KAPILLÆRBLOD	99
INNLEGGELSE AV PERIFERT VENEKATETER	101
INTRAMUSKULÆR INJEKSJON	103
SUBCUTAN INJEKSJON	105
PERMANENT KATETERISERING	107
STERIL ENGANGSKATETERISERING	110
FJERNING AV SUTURER/AGRAFFER	113
HEMO-FEC	115
URICULT	117
OMSORG VED LIVETS SLUTT	120
TANNSTELL OG MUNNHYGIENE VED LIVETS SLUTT	122
RUTINER VED DØDSFALL	124
GENERELT OM SMITTEVERN	127
BRUK AV BESKYTTELSESUTSTYR	128
PROSEDYRE FOR SKYLLEROM	130
JOURNALFØRING	133
KVALITETSPLAN	137
SYKEPLEIERS DOKUMENTASJONSANSVAR	139
REGELMESSIG KARTLEGGING AV BEBOERE	141
INNLEGGELSE AV PASIENT	143
MOTTAGELSE OG SAMHANDLING MED PÅRØRENDE	146
INNLEGGELSE PÅ SYKEHUS	148
REKVIRERING AV SPESIALIST	150
UTSKRIVNING AV PASIENT	151
SAMTYKKEKOMPETANSE	153
LOV OM PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETER, KAPITTEL 4A	155
RESPEKTFULL BEHANDLING	157
ETISK REFLEKSJON	158
BRUKERMEDVIRKNING	160
SKJERMET PRIVATLIV	163
AVVIKENDE ADFERD	164
DEMENSUTREDNING	166
VURDERING VED UTFORDRENDE ADFERD	168
MISTANKE OM OVERGREP	171
OVERGREP PÅ PASIENT	173
SAMHANDLING MED BEBOER	175
SAMHANDLING MED PÅRØRENDE	177
SAMHANDLING MED KJØPER AV Plass	180
BEHANDLING AV KLAGER	181
OPPBEVARING AV VERDISAKER	183
INSTRUKS VED IMPLEMENTERING AV GPS PÅ BEBOER	186



KARTLEGGINGSSKJEMA FOR VURDERINGSBESØK	190
MOTTAKSPROSEDYRE FOR BEBOERE MED ADFERDSUTFORDRINGER	193
TVERRFAGLIG KOMPETANSETEAM	194
KJØRETUR MED BEBOER	195
AKUTTE OG LIVSTRUENDE HENDELSER	196
BEBOER FORSVINNER	198
DAGENS RENHOLDSOPPGAVE	200
HÅNDTERING AV TEKSTILER	201
BV 03 BRANNVAKT	204
BV 04 RUTINER VED ALARM	205



Ansvar og Myndighet: Villa Skaar Bøn: Ansvar og Myndighet

Type	Avdeling
Avdeling	Villa Skaar Bøn
Tittel	Villa Skaar Bøn: Ansvar og Myndighet

Beskrivelse



Person	Eirik Fjelldal
Funksjon	a) Bestyrer
Ansvar og myndighet	Overordnet ansvar for Bøn Sykehjem. Har ansvar for oppfølging av kunder, overordnet personalansvar, HMS, miljø, ISO sertifisering, interiør, innkjøpsansvarlig, arkivering, lager.
Person	Aleksandra Saran
Funksjon	b) Faglig leder
Ansvar og myndighet	Har faglig og medisinske ansvar i det daglige. Kommunikasjon med pårørende, rekvisisjoner og dokumentasjon, undervisning, veiledning, oppfølging og informasjon til ansatte.
Person	Tove Stefferud
Funksjon	c) Aktivitør
Ansvar og myndighet	Har ansvar for planlegging, tilrettelegging og utføring av aktiviteter for beboerne.
Person	Paula Maria Estrella Tryti
Funksjon	d) Tilsynslege
Ansvar og myndighet	Overordnet medisinsk ansvar.
Person	Stefan Nettet
Funksjon	e) Vaktmester
Ansvar og myndighet	Ansvar for vedlikehold, oppussing og reparasjoner innvendig og utvendig, samt følge opp serviceavtaler m.m.
Person	
Funksjon	f) Kjøkkenleder
Ansvar og myndighet	Har ansvar for kjøkkenets drift, IK-mat, innkjøp av matvarer, beboernes ernæring og dietter.
Person	Karin Store
Funksjon	g) Verneombud
Ansvar og myndighet	<p>Verneombudet er arbeidstakernes representant i spørsmål knyttet til helse, miljø og sikkerhet (HMS), og skal ivareta deres interesser i saker som angår arbeidsmiljøet.</p> <p>Verneombudet skal blant annet påse at:</p> <ul style="list-style-type: none">*maskiner, kjemiske stoffer og lignende ikke utsetter arbeidstakerne for fare.*nødvendige verneinnretninger og personlig verneutstyr er tilgjengelig for alle arbeidstakerne.*arbeidstakerne mottar all nødvendig instruksjon og opplæring.*arbeidet er tilrettelagt slik at det kan utføres på helsemessig forsvarlig måte.*det meldes fra om arbeidsulykker på arbeidsplassen. <p>Dersom det er umiddelbar fare for liv eller helse, har verneombudet rett til å stanse arbeidet.</p> <p>Det er viktig å huske at selv om verneombudet har tilsyns- og kontrollfunksjoner, betyr ikke det at arbeidsgiverens ansvar for arbeidsmiljø og sikkerhet innskrenkes.</p>
Person	Kristine Borghagen
Funksjon	h) Tillitsvalgt
Ansvar og myndighet	NSF
Person	TGS
Funksjon	i) Renhold
Ansvar og myndighet	
Person	Marianne Stenberg
Funksjon	j) Brannvernleder
Ansvar og myndighet	Ansvar for oppfølging av brannsikkerheten.



Verdier og holdninger

Tittel	Verdier og holdninger	Avdeling	Alle
Opprettet	27.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	9	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

På et sykehjem er man mest frisk!

Vi våger påstanden at det i hovedsak er friske mennesker på sykehjem. Selvsagt har mange opp til flere diagnoser, men vi mener at man allikevel er mest frisk - og minst syk.

Vi opplever at eldreomsorg alt for ofte handler om å holde fokus på sykdom og begrensninger. På sykehjem kan resultatet av dette bli at man ender opp med å behandle symptomer.

Vi mener at man bør rette blikket mot alt det som er friskt hos hver enkelt, og arbeide for å ivareta ressurser og ferdigheter. Vi skal selvsagt forholde oss til, og akseptere, sykdommen, men ikke begrense oss til å behandle symptomer. Smertestillende midler fjerner smerte, men ikke årsaken til smerten. Avførende midler bedrer en treg mage, men kun midlertidig, o.s.v.

Det blir med andre ord viktig å se på årsakene og jobbe forebyggende. Det gjør man bl.a. ved å ta utgangspunkt i alt det som er friskt, og ved å jobbe med trivsel og mental helse. Vi opplever derfor at varierte og spennende aktiviteter, frisk luft, hjemmelaget mat og en hjemmekoselig atmosfære ofte er viktigere enn medisiner.

Med dette målet forsøker vi å skape et hjem for våre beboere - ikke bare et sykehjem.

Selv om man følger alle de instruksjer og rutiner som er etablert for Villa Skaar, så er ikke dette nok dersom man ikke utviser gode holdninger og moral i arbeidet overfor våre beboere, kollegaer, pårørende og andre berørte parter. Høflighet og respekt skal alltid stå i sentrum for vårt arbeide. Dette skal f.eks. komme til uttrykk gjennom:

- Hvordan vi kommuniserer (bruker høflige ord, ikke kommanderer, snakker til og ikke om).
- Banker på døren før vi går inn på beboers rom.
- Har respekt for beboerens privatliv.
- Har forståelse for at vi arbeider i beboerens hjem.
- Ikke lar noen vente unødig lenge på hjelp.
- Aldri sier nei ved ønske om hjelp. Dersom vi er travel i øyeblikket, så forteller vi når vi kommer, og overholder avtalen (dette gjelder også overfor kollegaer).
- Nødanrop på sykesignalet svares umiddelbart.
- Tar tid til samtale med beboeren. Deltar sammen med beboerne under måltidet.
- Viser interesse og forståelse for beboerens situasjon og sykdomsbilde.



Å se hele mennesket

Som mennesker streber vi for å bli mer og mer komplette individer hvor både fysiske og åndelige behov blir tilfredsstilt. Særlig i vårt vestlige samfunn, hvor vi tar mange av de primære fysiske dimensjonene for gitt, ser vi at vi bruker stadig mer tid og ressurser på å realisere oss selv. Det gir for eksempel utslag i mange og varierte interesser og hobbyer.

Dessverre opplever mange at møtet med sykehjem blir en tøff opplevelse. På mange sykehjem er det ofte de fysiske primær-behovene, og kun dem, som står i fokus for tilbudet. Tilværelsen handler om å dekke behov for søvn og ernæring, samt å behandle smerte og symptomer. Man opplever ofte at de individuelle særegenhetene utvaskes til fordel for mer universelle og praktiske løsninger.

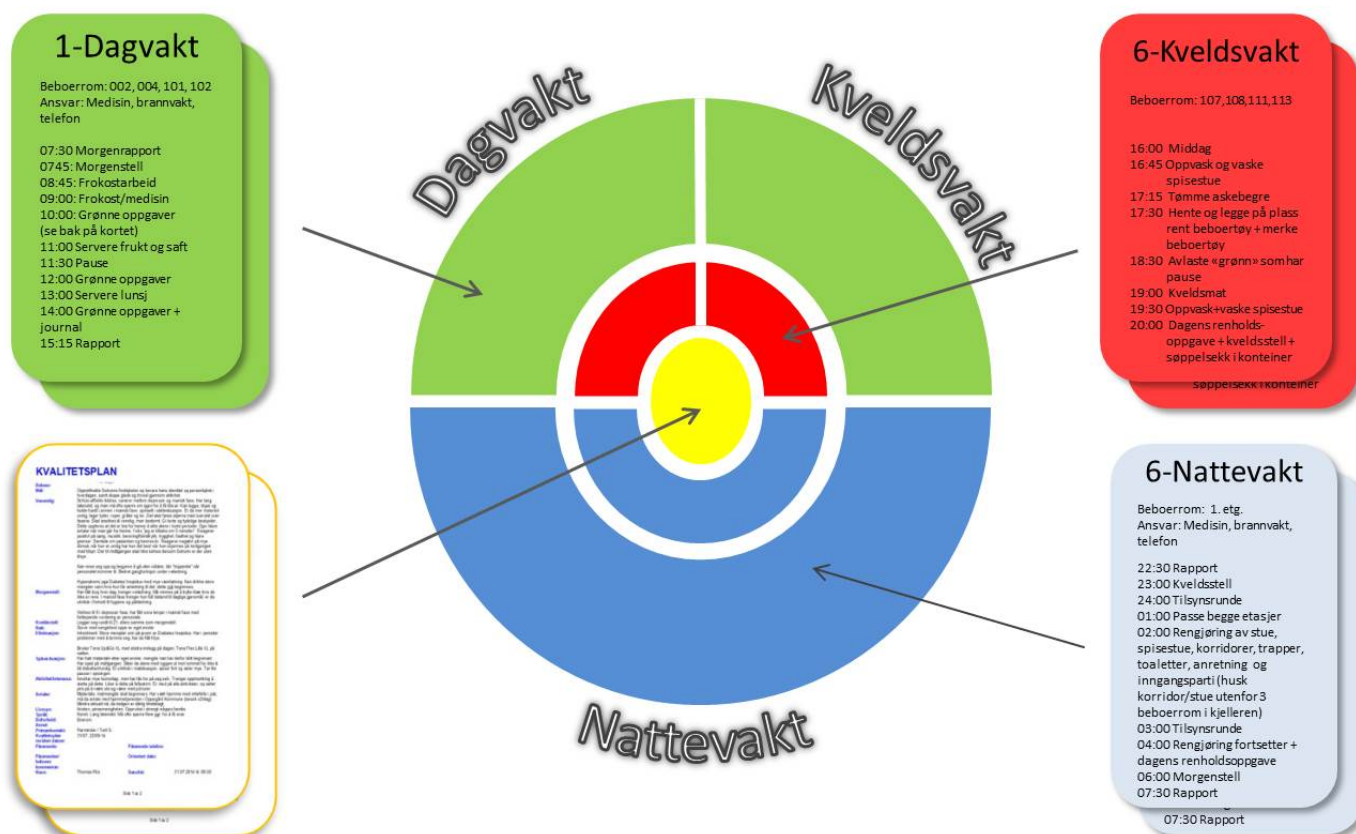
Vi tar avstand til en slik tenkemåte. Vi ønsker at våre beboere fortsatt skal ivaretas åndelig, samt at individets ønsker og muligheter tas på alvor. Dette handler om at alle, fra ledelse til renholder, ser enkeltmennesket og møter det som menneske og ikke som pasient.

Vårt aktivitetstilbud er kanskje noe uvanlig stort og variert nettopp for at vi skal ha mulighet til å sikre at alle opplever å ha valgmuligheter, samt at vi har muligheten for individuelle aktiviteter etter beboerens eget ønske.



Omsorgshjulet

Tittel	Omsorgshjulet	Avdeling	Alle
Opprettet	19.08.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie



Omsorgshjulet er vårt eget unike driftskonsept, som sikrer at alle våre beboere blir godt ivaretatt. Det er viktig for oss å prioritere nærvær og samvær, og ikke administrere oss vekk fra våre beboere.

Omsorgshjulet er satt sammen av tre elementer:

1. **Oppgavekortene** visualiserer arbeidsplanen. Hver ansatt har et unikt kort når vedkommende er på jobb. Det forteller hva vedkommende skal gjøre, når det skal gjøres og hvilke ansvarsområder den ansatte har.
2. **Kvalitetsplanen** er i midten av hjulet og ligger til grunn for alt vi gjør. Kvalitetsplanen er hver beboers individuelle plan som er utarbeidet i fellesskap mellom beboer, pårørende og oss.
3. **Røde og grønne oppgaver.** Oppgavekortene er røde eller grønne. Det forteller om man har grønne eller røde oppgaver. Grønne oppgaver er pasientrelaterte oppgaver. Røde oppgaver er mer praktiske gjøremål.



Oppgavekort

I vaktboka har hver ansatt fått ett nummer som samsvarer med nummeret på de ulike oppgavekortene. Det vil si at dersom man arbeider dagvakt og har nummer 1 i vaktboka, så har man fått det ansvar og de arbeidsoppgaver som kort nr. 1 viser. Dette innebærer at man selv er ansvarlig for at beboerne på de rom som nr. 1 har ansvar for, får den forsvarlige pleie og omsorg i tråd med våre rutiner og beboernes kvalitetsplan. I tillegg skal man følge de arbeidsoppgaver som er spesifisert til de ulike tidspunkter. Oppgavene som er listet opp er kun å betrakte som en grovkisse, og listen er dermed ikke uttømmelig.

Det at man har et definert ansvarsområde betyr ikke at man ikke skal hjelpe andre, dersom man blir bedt om dette. Samtidig kan man også be andre om hjelp når man trenger det. Man kan gjerne "bytte" beboere eller oppgaver med en kollega dersom dette er formålstjenelig, men ansvaret for beboeren eller oppgaven kan ikke byttes bort.

Kortene er laget i et hendig format som kan oppbevares i lommen eller henges på brystet. På baksiden av arbeidskortet er det en huskeliste for stell av beboer og stell av rom, samt forslag til "grønne" oppgaver. Oppgavekortene deles ut på morgen- og kveldsrapporten.

Kvalitetsplan

Oppgavekortene danner rammen rundt arbeidsdagen. De forteller hva som skal gjøres, når det skal gjøres, hvem som har ansvaret os.v., men de forteller ikke hvordan hver enkelt beboer skal møtes og hjelpes. Til dette benytter vi kvalitetsplanene (se mer informasjon om dette under eget kapittel om kvalitetsplaner). Kvalitetsplanen forteller oss hvordan beboeren skal hjelpes, hva vedkommende er glad i å gjøre og mye mer, og er derfor et viktig supplement til oppgavekortene. Sammen gir disse verktøy struktur, ansvarlighet, forutsigbarhet, individualitet og kvalitet i arbeidet vårt.

Røde og grønne oppgaver

En vanlig utfordring i sykehjem er at pleiepersonellet ofte føler at de ikke har tid nok med beboerne. Dette fordi de daglige oppgaver ofte kreves utført andre steder enn der beboerne befinner seg. Dette kan være stell av beboerrom, oppvask, skylleromsarbeid, klesvask og lignende. Beboerne overlates ofte til seg selv og blir gjerne passivisert. Dette er meget uheldig da dette ofte fører til at mange beboere blir apatiske, mens andre igjen kan reagere med utagerende fysisk eller verbal atferd. Et resultat av dette blir at personalet må løpe mellom oppgaver, noe som skaper stress og kan medføre at oppgaver forblir ugjorte.

For å fjerne dette problemet har vi omorganisert pleiefunksjonen. Våre pleiere skal gå med røde eller grønne oppgavekort. Det røde kortet indikerer at bæreren skal arbeide med praktiske oppgaver, mens det grønne kortet forteller at pleieren skal tilbringe arbeidstiden i beboernes miljø. Etter frokost går for eksempel den "grønne ansatte" inn i stuene og gjør ting med beboerne frem til lunsj. Forslag på aktiviteter kan være: Spille kort, yatzy, brettspill, bowling, kaste ball, trimme. Brette tøy, stryke duker/gardiner. Spille musikk, synge og spille. Vanne/plante blomster. Tørke støv, rydde. Lage vafler, kake, lunsj, suppe i stuen. Grille ute. Vise film, lysbilder på lerret. Se/lese i fotoalbum, ukeblader, bøker og lignende. Etter lunsj fortsetter den ansatte med grønne aktiviteter, og slik forløper også kveldsvakten. Den "røde ansatte" tar derimot alle de praktiske oppgavene. Vedkommende steller alle rommene på avdelingen, vasker spisestuer og anretninger etter måltider, vasker opp, gjør skylleromsarbeid og lignende. Vedkommende kan med andre ord konsentrere seg fullt og helt om disse oppgavene, og ikke måtte løpe til og fra slik man gjorde tidligere. De røde og grønne kortene går på rundgang slik at man skifter på å være "rød" eller "grønn".



Primærsykepleie

Tittel	Primærsykepleie	Avdeling	Alle
Opprettet	23.10.2012	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	15.01.2016
Revisjonsnummer		Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT

- Sikre kontinuitet i omsorgstilbudet.
- Ha en dedikert kontaktperson overfor pårørende.
- Ivare ta beboerens helse og miljø på en best mulig måte.

BESKRIVELSE AV TILTAK

Hver beboer har sin kontakt som sørger for at beboeren får en helhetlig omsorg. Det medisinske og sykepleiefaglige hovedansvar er tillagt henholdsvis lege og faglig leder. Det skal være kontinuitet i omsorgen, og primærkontakten har derfor ansvar for beboeren ut fra dennes faglige kvalifikasjon, ikke bare for den tiden vedkommende selv er på vakt, men hele døgnet. Her er kvalitetsplanen et nødvendig hjelpemiddel for å sikre kontinuitet.

Pårørende er viktig informasjonskilde om beboeren, og primærkontakten skal derfor medvirke med pårørende til overføring av kunnskap og vedlikehold av kompetanse om den enkelte beboer.

Primærkontaktene har et spesielt ansvar for "rommet" til beboeren. Primærkontakten skal sørge for at alt fungerer, som lys, vann, møbler, seng m.m., og tilse at rommet ser pent ut. Primærkontakten skal også ha oversikt over beboerens tøy. Det vil si at beboeren har nok tøy, tøyet er merket, passer, er rent og helt, samt at det er klart til høytider, bursdager og lignende. Vedkommende skal sørge for at inventar som beboeren har med seg blir merket, at verdisaker merkes og legges i safen, samt at beboeren blir integrert på huset m.m. Disse oppgaver er også nedfelt i oppgavekortene og er således en del av våre daglige rutiner, men primærkontakten har et overordnet ansvar for dette.

ANSVAR

- Faglig leder
- Primærkontakter



Generelt om stell av beboer

Tittel	Generelt om stell av beboer	Avdeling	Alle
Opprettet	30.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.01.2016
Revisjonsnummer	12	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT

Målet vårt vil alltid være at beboeren skal få dekket sitt personlige behov for å opprettholde god hygiene, og føle velvære, trivsel og trygghet. Vi skal bidra til at beboeren opprettholder sin egen identitet, selvfølelse og egenverdi.

BESKRIVELSE AV TILTAK

Prosedyrene rundt stellet er det samme uansett om beboeren er sengeliggende, oppegående eller sitter ved vasken, på stol eller dostol. Husk å gi beboeren "tid nok" til alle gjøremål som du vil at han skal klare selv.

Morgenstell

Planlegging

- Sett deg inn i beboerens kvalitetsplan. Hvordan skal vedkommende behandles? Har det skjedd noe i det siste?
- Planlegg hva du trenger av stelleutstyr.
- Planlegg hva du trenger av beskyttelsesutstyr

Før stell

- Bank på døren før du går inn.
- Smil, vær hyggelig og høflig (Dersom du er blid kan du gi beboeren en god start på dagen).
- Fortell hva du skal gjøre.

Stell av beboer

- Vask: Alle beboere skal vaske seg om morgenen enten de vasker seg selv med eller uten veiledning, trenger hjelp eller skal dusje/bade.
- Tannhygiene: Alle beboere skal stelle munn og tenner om morgenen enten de har egne tenner eller proteser.
- Klippe: Alt som kan klippes skal sjekkes. Det vil si negler på hender og føtter, skjegg og hår.
- Tøy: Tøyet skal være rent, helt og skal passe.



Stell av rom (Punkt 1 - 3 tas umiddelbart etter stell av hver beboer. De videre punkter tas etter frokost, men før pause.)

1. Skittentøy: Skittent beboertøy, sengetøy, klut, håndkle o.s.v. skal tas ut av rommet.
2. Ta ut stelleutstyr og ting som lager lukt: Det vil si vaskefat, bekken, søppel og lignende.
3. Sett opp vinduet og luft ut rommet: 5 min med gjennomlufting er nok.
4. Vaske: Vask det som er brukt (servant, dostol, flekker på gulv og lignende).
5. Orden på rom: Sjekk at det er ryddig og rent i skap og kommode, gardiner henger pent, bilder henger rett, blomster er pene, at det er såpe, sprit, håndkrem og papirhåndklær i dispensere, samt generell orden.
6. Rent tøy: Legg på rent sengetøy, og rent beboertøy på sin plass.
7. Lukk vindu og slukk lyset

Det er egne prosedyrer for dusjing og stell av beboere. Prosedyrene beskriver stell oventil og nedentil og stell i seng. Det er også egne prosedyrer for tannstell.

Døgnrytme

Hos oss legger beboerne seg, og står opp når de ønsker, så sant ikke medisinske forhold tilsier at beboeren må være våken på bestemte tider. Det skal være ro på huset kl. 23:00. Det innebærer at lyd og lys i fellesarealer dempes, samt at TV-er og radioer i fellesrom slås av (men ikke slå av midt i en film eller lignende). De fleste er oppe til frokost, men noen sover ofte lengre, og får frokosten når de står opp.

Orden på beboerrom

Alle skal passe på at tøyet ligger på plass i skapene til beboerne. Skapene skal være rene og ryddige. Se også kapittel om tekstiler i infeksjonskontrollprogrammet.

Rullestoler og andre møbler skal være rene, og overflødige møbler flyttes ut. Vinduene skal være rene, og gardiner skal henge pent og passe til rommet. Husk å fylle opp med dopapir, papirhåndklær, såper, kremer, tannbørste og tannkrem. Gi beskjed om mangler eller feil ved senger, stoler, andre møbler, vasker, kraner som drypper, bilder som skal henges opp og lignende.

Se for øvrig renholdsplan vedr. rengjøring av beboerrom.

ANSVAR

Alt pleiepersonell



Oventilvask

Tittel	Oventilvask	Avdeling	Alle
Opprettet	25.03.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.01.2016
Revisjonsnummer	9	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT:

- Være ren og uten sjenerende lukt.
- oppleve velvære.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under hele prosedyren

- Vask og tørk godt. Begynn alltid øverst og arbeide deg nedover.
- Bruk lotion og deodorant ved behov.
- Vær oppmerksom på at damer lett kan bli rød eller sår under bysten.
- Husk å opprettholde god håndhygiene etter hvert toalettbesøk.
- Menn må barberes hver dag, vær klar over faren for skjegg-sopp. Barbermaskinen skal alltid tømmes for hår og settes til lading etter bruk.
- Husk å gre håret.
- Se egen prosedyre om munnstell.

ANSVAR:

Alt Pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Nedentilvask kvinne

Tittel	Nedentilvask kvinne	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	24.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT:

- Være ren og uten sjenerende lukt.
- oppleve velvære.
- Unngå urinveisinfeksjoner

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under hele prosedyren

- Hold kontakt med pasienten og oppmuntre henne til å samarbeide og delta i størst mulig grad.
- Legg dekkeplast og et håndkle under setet til pasienten.
- Ivareta pasientens vaner og ønsker så langt det lar seg gjøre.
- Ikke blott pasienten unødig.
- Sørg for at pasienten ikke fryser. Unngå at sengetøyet blir vått. Skyll bort all såpe før du tørker pasienten godt med et rent håndkle.
- Dårlige pasienter: Vurder fortløpende om det er tegn til at pasienten er trett eller uvel
- Juster sengen og fjern aktuelt sengeutstyr

La pasienten ligge i et hensiktsmessig leie

- Hjelp pasienten av med eventuelle benklær/undertøy. Ikke blott pasienten unødig.
- Hjelp pasienten til et behagelig og hensiktsmessig rygg- eller sideleie.
- La pasienten ligge med beina lett bøyd.

Vask nedentil på riktig måte og i riktig rekkefølge

1. Ta på rene hansker.
2. Ved avføring/diare: Vask bort avføring først og skift vaskeklut for hvert tak inntil synlig avføring er fjernet.
3. Fjern hansker.
4. Utfør håndhygiene.
5. Ta på rene hansker.
6. Skill kjønnsleppene og vask først urinrørsåpningen og vagina forfra og bakover, deretter utover mot de store kjønnslepper. Bruk en ren del av vaskekluten for hvert tak. Hvis pasienten ligger i sideleie, løfter du beinet og vasker samtidig.
7. Skyll vaskekluten.
8. Vask symfyfen, lysken og perineum med faste, forsiktige tak, og skyll kluten etter hvert tak.



9. Tørk godt.
10. Hjelp pasienten over på siden og vask anusområdet

Tørk godt og smør ev. huden

- Tørk godt.
- Smør eventuelt med vannavstøtende salve/olje.
- Ta av hansker.
- Utfør håndhygiene.
- Hjelp pasienten med å få på seg eventuell truse, eventuelt også bind

ANSVAR:

Alt Pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Nedentilvask mann

Tittel	Nedentilvask mann	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	24.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT:

- Være ren og uten sjenerende lukt.
- Opplive velvære.
- Unngå urinveisinfeksjoner

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under hele prosedyren

- Hold kontakt med pasienten og oppmuntre ham til å samarbeide og delta i størst mulig grad.
- Ivareta pasientens vaner og ønsker så langt det lar seg gjøre.
- Ikke blott pasienten unødig.
- Sørg for at pasienten ikke fryser. Unngå at sengetøyet blir vått. Skyll bort all såpe før du tørker pasienten godt med et rent håndkle.
- Dårlige pasienter: Vurder fortløpende om det er tegn til at pasienten er trett eller uvel.
- Hvis pasienten får ereksjon under stellet: Avbryt vaskingen og legg et håndkle over genitaliene inntil reaksjonen er over og vaskingen kan fortsette. Distraher gjerne pasienten med småprat
- La pasienten ev. få bekken. Spør pasienten om han har behov for bekken/urinflaske før nedentilvask.

Klargjør utstyret

- Rydd plass på nattbordet til vaskevannsfat, såpe m.m.
- Hent det du trenger av utstyr og plasser det lett tilgjengelig på nattbordet.
- Plasser et skjerm Brett eller trekk et forheng foran sengen.
- Utfør håndhygiene.
- Ta på beskyttelsesfrakk.
- Fyll vaskevannsfatet med vann temperert etter pasientens ønske
-

Juster sengen og fjern aktuelt sengeutstyr

- Juster sengen til passende høyde.
- Senk eventuelt sengehesten på den siden du arbeider fra.
- Fjern sengeutstyr som vil være i veien, så som ekstra puter, sparkekasse og annet.
- Brett dynen dobbel og heng den over stolryggen ved fotenden av sengen.
- Ikke blottlegg pasienten, men dekk ham til med et overlaken, teppe eller håndkle.
- Hjelp pasienten til et behagelig og hensiktsmessig rygg- eller sideleie.



- La pasienten ligge i et hensiktsmessig leie

Vask nedentil på riktig måte og i riktig rekkefølge

1. Ta på rene hansker.
2. Ved avføring/diare: Vask bort avføring først og skift vaskeklut for hvert tak inntil synlig avføring er fjernet.
3. Fjern hansker.
4. Utfør håndhygiene.
5. Ta på rene hansker.
6. Trekk forhuden tilbake og vask glans penis forsiktig med rent vann, bruk eventuelt også mild såpe. Vask med roterende bevegelser. Bruk en ren del av vaskekluten for hvert tak.
7. Skyll vaskekluten.
8. Vask godt i furen mellom penishodet og forhuden, og skyll kluten etter hvert tak.
9. Skyv forhuden på plass.
10. Vask resten av penis og skrotum med mild såpe. Vask bakover mot anus.
11. Tørk godt.
12. Hjelp pasienten over på siden og vask anusområdet

Tørk godt og smør ev. huden

- Tørk godt.
- Smør eventuelt med vannavstøtende salve/olje.
- Ta av hansker.
- Utfør håndhygiene.
- Hjelp pasienten med å få på seg eventuell truse/bukse

ANSVAR:

Alt pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Stell i seng

Tittel	Stell i seng	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	24.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Mona Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT:

- Være ren og velstelt.
- oppleve velvære.
- Unngå sår hud og infeksjoner.
- Opprettholde hudens struktur og funksjon

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under hele stellet

- Ved stell i seng bør det være to pleiere til stede. Det gjør vi både av hensyn til beboerens behov/velvære, og i forhold til de ansattes slitasjeskader i rygg, nakke og armer m.m.
- Vi må aldri prate om private ting over hodet på beboeren under stellet eller i andre lignende situasjoner. Vi skal snakke til dem og med dem. Beboeren skal være i fokus, og behandles som et voksent menneske, slik vi selv ønsker å bli behandlet i en lignende situasjon.
- Ved stell i seng skal beboeren ikke blottlegges, trekk for gardiner ved fare for innsyn. Døren til rommet skal selvsagt være lukket.
- Hold kontakt med pasienten og oppmuntre ham/henne til å samarbeide og delta i størst mulig grad.
- Ivareta pasientens vaner og ønsker så langt det lar seg gjøre.
- Sørg for at pasienten ikke fryser. Unngå at sengetøyet blir vått. Skyll bort all såpe før du tørker pasienten godt med et rent håndkle.
- Vurder fortløpende om det er tegn på at pasienten er trett eller uvel

Juster sengen og fjern aktuelt sengeutstyr

- Juster sengen til passende arbeidshøyde.
- Senk eventuelt sengehesten på den siden du arbeider fra.
- Fjern sengeutstyr som vil være i veien under stellet, som ekstra puter, sparkekasse og annet.
- Brett dynen dobbel og heng den over stolryggen ved fotenden av sengen.
- Dekk til pasienten med et overlaken, teppe eller håndkle

Vask av ansiktet

- Fjern ev. puter fra sengen og legg et håndkle bak hodet og ryggen til pasienten.
- Fukt vaskekluten godt og form den som en vaskevott rundt hånden din.
- Vask pasientens ansikt med vaskekluten uten å bruke såpe, eller bruk litt mild såpe hvis pasienten ønsker det. Vask i rekkefølgen til punktene under.



- Vask rundt øynene fra neseroten og ut. For hvert tak begynn med et nytt sted på vaskekluten.
- Skyll kluten godt.
- Vask hver halvdel av ansiktet. Ta hensyn til rynker.
- Tørk ansiktet med et håndkle.
- Skyll kluten godt.
- Vask ytre ører, hals og nakke og tørk deretter med håndkleet

Vask av hendene

- Vi har her valgt å foreta vask av pasientens hender i en egen omgang etter at armene er vasket, men ikke alle vil gjøre det slik. Noen synes det er mest hensiktsmessig å vaske pasientens hender samtidig med at armene blir vasket, mens andre igjen foretrekker å gjøre det etter at de er ferdig med å vaske overkroppen.
- Skift vann om nødvendig.
- Legg et stort, tørt håndkle på tvers over pasientens midte og slik at det også dekker over madrassen på den siden som vender mot deg.
- Sett vaskevannsfatet oppå håndkleet i sengen, like ved hånden til pasienten.
- Be pasienten legge den nærmeste hånden i vaskevannsfatet, hjelp eventuelt til.
- Vask godt håndflatene og fingrene til pasienten.
- Tørk hånden.
- Vask og tørk den andre hånden tilsvarende.
- Rens pasientens negler og klipp dem om nødvendig.
- Vask av hendene

Vask av overkroppen foran

- Skift vann om nødvendig.
- Brett overlakenet ned til os pubis (underlivsbeinet).
- Vask brystet og øvre del av abdomen med faste tak, men ikke for hardt. Vær spesielt oppmerksom på huden under brystene til kvinner, løft dem opp og vask.
- Vær oppmerksom på hudfolder og vask dem godt, vask om nødvendig navlen med en vattpinne.
- Tørk godt.
- Dekk brystet med et håndkle, skjorte eller annet.
- Tørk godt.
- Vask nedre del av abdomen.
- Tørk godt.
- Smør inn huden med hudkrem. Vær lydhør for pasientens ønsker.
- Dekk brystet på pasienten med overlakenet

Vask av bein og føtter

- Etterfyll eventuelt med varmere vann, skift vann om nødvendig. Det er behageligere å bli vasket med varmt vann.
- Legg plast i fotenden av sengen, og et håndkle oppå der igjen.
- Brett overlakenet slik at det ene beinet er synlig fra hoften og ned. Ikke blott pasienten.
- Hev og bøy det beinet som skal vaskes først. Støtt pasientens bein, bruk assistent om nødvendig.
- Vask først fra ankel til kne, bruk lange, faste tak.
- Vask så fra kneet mot hoften.
- Plasser vaskevannsfatet på håndkleet i sengen, like ved den foten som skal vaskes først.
- Plasser pasientens ene fot i vaskevannsfatet. Støtt foten, bruk assistent om nødvendig. Vask foten og mellom tærne.
- Løft ut foten og sett vaskevannsfatet tilbake på nattbordet. Tørk godt, spesielt mellom tærne.
- Vask det andre beinet og foten tilsvarende.
- Smør inn bein og føtter med fuktighetskrem. Hos dårlige pasienter skal fuktighetskremen masseres



inn, men det forutsetter at pasienten ikke viser tegn til utvikling av trykksår.

- NB! Ikke bruk fuktighetskrem mellom tærne

Vask av rygg og sete

- Skift vann og sett vaskevannsfatet på nattbordet.
- Snu pasienten godt over på siden.
- Dekk lakenet med et håndkle.
- Vask ryggen med faste tak.
- Vask setet.
- Tørk godt
- Skift vann se egen prosedyre for nedentil vask

ANSVAR:

Alt helsepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Dusjing

Tittel	Dusjing	Avdeling	Alle
Opprettet	24.04.2012	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.06.2018
Revisjonsnummer	5	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT:

- Være ren og velstelt.
- Opplive velvære.
- Unngå sår hud og infeksjoner.
- Opprettholde hudens struktur og funksjon

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under dusjing

- Ved dusjing skal vi bruke god tid og gjøre det til en behagelig og avslappende opplevelse.
- Sjekk kontinuerlig temperatur på dusjvann, f.eks. med en finger foran dusjhodet for å redusere fare for skolding.
- Ved hårvask er det viktig å vaske og skylle håret og hodebunnen godt. Såperester kan forårsake flass og belegg i hodebunnen.
- Husk å tørke godt under armene, brystene, navlen, ører og ikke glem mellom tærne (fuktighet gir grobunn for soppinfeksjoner og sår).
- Smør godt med fuktighetskrem, men ikke mellom tærne.
- Ikke glem å klippe negler, og gi føttene litt ekstra omsorg. Noen av beboerne liker å ha på seg neglelakk. Vær da ekstra påpasselig med håndhygiene. Møkkrenner skal ikke forkomme.
- Spør om beboeren ønsker å få stelt håret sitt hos en frisør.
- Seng og madrass vaskes en gang i måneden (månedens første badedag).

ANSVAR:

Alt helsepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Tannstell og munnhygiene

Tittel	Tannstell og munnhygiene	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.06.2017
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Personlig hygiene

HENSIKT:

Opprettholde god Munnhygiene. Forebygge sykdom og dårlig lukt fra munnen. Viktig for ernæring, velvære og sosialt samvær.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Glem aldri å pusse tenner. Tennene pusses 2 ganger daglig. Dårlig munnhygiene gir munnsykdommer, sopp, råtnete tenner, dårlig ånde og gir beboeren dårlig og ubehagelig smak i munnen, noe som igjen gir nedsatt appetitt. Beboere med egne tenner stiller dem selv (med veiledning) dersom de klarer det. Dersom det ikke lar seg gjøre, stiller pleier tennene.

Dersom beboeren bruker munnvann som f.eks. Corsodyl, er det en fordel at dette gjøres etter frokost, da munnvannet gir maten dårlig smak. Dessuten vil mulige rester av fluortannkrem oppheve effekten av Corsodyl.

Dårlig tilpassete proteser skal tilpasses av tannlegen. Gi beskjed slik at vi får bestilt time. Hvis protesene blir brukt daglig, unngår vi forandringer i kjeven og endring av eventuelle gjenstående tenners stilling. Husk at proteser må ikke bli værende i munnen på bevisstløse eller til de som ikke er i stand til å bruke proteser på normal måte.

Foruten vanlig munnhygiene kan vi bruke Dent-o-sept eller lignende hvis det er eller er fare for sopp-infeksjon.

Munntørrhet er en bivirkning ved mange medikamenter, og kan gi protesegneg. Jo dårligere beboeren er, jo viktigere er det med god munnhygiene.

Tilrettelegging slik at pasienten har de hjelpemidler som er nødvendig for å utføre tann- og munnstell, om nødvendig kontakte tannpleier/tannlege. Vurder om pasienten trenger tilsyn av lege/tannlege/tannpleier. Dokumenter spesielle funn i pasientens pleieplan og gi beskjed videre til sekundærkontakt eller ledende sykepleier.

Tannlege/tannpleier kommer 1 gang pr. år og ser over alle pasientenes tenner, og de innkaller til videre behandling hvis nødvendig. Innkalling til tannhelsetjenesten må avtales når det kommer nye pasienter om de ikke nylig har vært hos tannlegen. Og alltid når pasienten ber om det.

HVER PASIENT SKAL HA EGEN PROSEDYRE FOR TANN – OG MUNNSTELL.



UTSTYR TIL BEBOERE MED EGNE TENNER:

- Elektrisk tannbørste og/eller liten myk tannbørste
- Mellomromsbørste/tannpirker.
- Krus til skylling.
- Fluortannkrem.
- Evt. Corsodyl gel og/eller Corsodyl munnskyllevann ved infeksjoner.
- Fluortabletter 0,25 mg inntil 6 ganger daglig når det er vanskeligheter med utførelse av tannstell.
- Skaffe til veie det tannlegen anbefaler.

RUTINER:

- Tennene pusses 2 ganger daglig
- Motivere og informere pasienten
- Vask hendene godt og ta på hansker
- Stå ved siden av (ikke foran) eller bak om pasienten sitter når vi skal foreta pussingen
- Har pasienten tørre lepper smøres disse før pussing
- Ta litt tannkrem på tannbørsten
- Sørg for god arbeidsstilling, godt lys og godt innsyn – plasser to fingre på innsiden av leppene for å se og for å komme godt til med tannbørsten.
- Børst på tennenes utside, innside, på tyggeflaten og spesielt godt langs med tannkjøttet. Om nødvendig må leppene holdes forsiktig ut for å komme til og få pusset langs tannhalsene
- Gjør rent mellom tennene med mellomromsbørste/tannpirker
- Børst forsiktig over tungen og gane
- Skyll godt
- Fluortabletter når dette er bestemt.

UTSTYR TIL PASIENTER MED PROTESER:

- Protesebørste
- Liten myk tannbørste
- Mildt oppvaskmiddel (Zalo), tannkrem uten slipemiddel
- Krus til skylling
- Protesebestemiddel (evt)
- Munnskyllevann - OBS! Vademecum er nesten bare sprit og tørker ut munnslimhinnene, og munntørrehet er ofte problem hos eldre
- Evt. Corsodyl munnskyllevann ved infeksjon

RUTINER:

- Protese tas ut og rengjøres minst 1 gang daglig med protesebørste og såpe (Zalo) eller med tannkrem uten slipemiddel.
- Protese bør tas ut og skylles etter hvert måltid. Å drikke et glass vann etter maten hjelper også til med å fjerne matrester.
- Informer pasienten om hva som skal skje.
- Børst kjevekam, tunge og gane med den myke tannbørsten.
- La pasienten skylle munnen med vann.
- Skyll protese godt før de settes i munnen.
- Bruk protesebestemiddel ved behov.
- Ved misfarging av protese kan den rengjøres ved å legge protese en liten stund i en blanding av en del klor og fire deler vann. OBS! Ikke om det er metallklammer på protese!!!
- Ved tannstein kan det rengjøres ved å legge protese en liten stund i 7 % eddik.



SVÆRT SYKE ELLER BEVISSTLØS PASIENT

UTSTYR:

- Låsbar pinsett/tang med tuffere.
- Myk liten tannbørste til tenner og tunge.
- Håndkle, pussbekken, cellostoff, tannglass, hansker, spatel, lommelykt, munnspeil og kompresser dersom behov.
- Fluortannkrem når pasienten har egne tenner.
- Munnrensepinner: Sterile tørre med svamp, eller lemonglycerin svabs.
- Vann fra springen, evt. andre midler til fukting av slimhinner (eks. Glycerol 70 %, jordnøttolje).
- Vaseline, fet hudkrem eller leppepomade.

RUTINER:

- Ved smerter i munnen gis smertestillende ½ time før munnstell
- Informer pasienten
- Sørg for god belysning
- Bruk alltid låsbar pinsett eller tang.
- Dekk til puten med håndkle og bruk hansker.
- Rens munnhulen godt med låsbart pinsett og tuffer
- Bruk den myke tannbørsten på tunga og i ganen.
- Ta lite tannkrem på børsten ved rengjøring av tenner.
- Corsodyl gel kan brukes i forebygging og behandling av infeksjoner.
- Viktig å holde munnhulen fuktig (vann, farris, eplejuice, glyserol).
- Smør beboerens lepper før og etter munnstellet.

VED MUNNTØRRHET:

- Drikke rikelig f.eks. Farris, vann, saft av sitrusfrukter, eplejuice, Sitronvann øker spyttsekresjonen.
- Sørg for godt munnstell.
- Sukkerfri tyggegummi eller syrlig drops.
- "Kunstig spytt" kjøpes på apoteket.
- Holde leppene myke med leppepomade.

VED BEHOV FOR GRUNDIG INSPEKSJON AV MUNNHULEN:

DOKUMENTASJON:

Alle pasienter skal ha egen tiltaksplan, her skal det dokumenteres om munnstatusen har innvirkning på pasientens matinntak. Om dette ikke er tilfelle kan munnhygiene dokumenteres under personlig hygiene. Ved plager i munnhulen må det foretas en inspeksjon:

- Egne tenner, eller bruker pasienten hel-, delprotese eller har implantat
- Har pasienten ubehag eller smerter i munnhulen
- Er det synlig skade eller sykdom i tannsettet
- Er slimhinnen intakt og normal
- Hvordan er pasientens tyggefunksjon
- Hvordan er evnen til egenomsorg ved tannpuss
- Er pasienten sjenert eller brydd over inspeksjon i munnen
- Hvordan fungerer samarbeidet med pasienten under undersøkelsen
- Trenger pasienten å henvises til tannlege eller tannpleier nå



ANSVAR:

Avdelingssykepleier
Avdelings personell

HENVISING:

- Se notat munntørrhet og kvalme.
- Se skjema for vurdering av munnhule «ROAG norsk versjon».
- Kvalitetsplan



Bruk av klyster

Tittel	Bruk av klyster	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Eliminasjon

HENSIKT:

- Oppnå at tarmen er tom for avføring.
- Oppleve tømningen så ubesværlig som mulig

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Helsepersonell skal ha opplæring i denne prosedyren

- Hjelp pasienten over i venstre sideleie og dekk sengeunderlaget med plast
- Oppfordre pasienten til å tømme blæren om det er behov.
- Hjelp pasienten over i venstre sideleie, eventuelt over i høyre sideleie eller ryggleie dersom venstre sideleie er umulig eller ugunstig.
- Dekk sengeunderlaget med et papir- eller tøyunderlag med plast.
- Dekk til pasienten med et teppe, overlaken eller håndkle.
- Plasser bekken eller toalettstol m/bekken ved siden av sengen, eller sørg for at toalettet er reservert og lett tilgjengelig.

Smør inn tuppen av rektumsonden med glidemiddel, og før rektumsonden forsiktig inn

- Smør inn tuppen av rektumsonden med glidemiddel.
- Be pasienten om å trekke knærne litt opp mot magen.
- Løft opp pasientens ene seteball og inspiser huden i analområdet for hemoroider, sår eller rektalprolaps.
- Be pasienten puste dypt.
- Før rektumsonden langsomt og forsiktig inn i rektumampullen.

Innsetting av klystervæske

Avbryt prosedyren hvis pasienten klager over sterke smerter, eller hvis rektumsonden møter stor motstand

- Hvis rektumsonden møter motstand, forsøk følgende: vri eller trekk rektumsonden litt ut og før den forsiktig videre, eller vent litt før du prøver på nytt, eller masser pasienten forsiktig på magen
- Hvis pasienten klager over sterke smerter eller rektumsonden møter stor motstand: Avbryt prosedyren og kontakt lege.



La klystervæsken renne inn og juster hastigheten

- Hold rektumsonden i posisjon og la klystervæsken renne inn. Hastigheten justeres etter hvor høyt du holder posen.
- Hvis klystervæsken ikke vil renne inn: Forsøk å vri på rektumsonden eller trekk den litt ut og før den inn igjen.
- Hvis pasienten ikke klarer å holde på klystervæsken: Stopp væsketilførselen ved å klemme av rektumsonden, og be pasienten om å knipe igjen anus. Be pasienten om å puste regelmessig.

La pasienten snu seg over i høyre sideleie når halvparten av klystervæsken har rent inn

- Hjelp ev. pasienten til å snu seg over i høyre sideleie når halvparten av klystervæsken har rent inn.
- Be pasienten knipe sammen endetarmsmuskelen, klem sammen posen og trekk ut rektumsonden når all klystervæske har rent inn.

Be pasienten holde på klystervæsken i 5–15 minutter, og hold kontakt med pasienten mens klysteret virker

- Be pasienten holde på klystervæsken i 5–15 minutter avhengig av effekt.
- Vreng hanskene av over rektumsonden, og kast det hele rett i avfallsposen.
- Ta av beskyttelsesfrakk/plastforkle dersom pasientrommet forlades.
- Utfør håndhygiene.
- Hold kontakt med pasienten under virkningen av klysteret, og sørg for at ringeklokke er tilgjengelig dersom rommet forlades. Ikke forlat pasienten hvis han/hun ikke er i stand til å ta vare på seg selv i situasjonen!

Hjelp ev. pasienten til toalett, bekken eller toalettstol og gi pasienten ringesnoren/ringeklokken

- Når pasienten har holdt på klystervæsken tilstrekkelig lenge: Hjelp ev. pasienten til toalett, bekken eller toalettstol, eller plasser et bekken under pasienten.
- La pasienten være alene, dersom mulig, men sørg for at han/hun har ringeklokke tilgjengelig. Gjør avtale om når du vil komme tilbake dersom pasienten ikke ringer.
- Dersom det er viktig å observere avføringen og pasienten benytter toalettet: Be han/henne om ikke å spyle ned avføringen.

Gi pasienten toalettpapir eller hjelp til med å tørke

- Ved behov, hjelp til med å tørke og/eller med nedentilvask når pasienten er ferdig. Benytt beskyttelsesfrakk/plastforkle og hansker.
- Ta av beskyttelsesfrakk/plastforkle og hansker.
- Utfør håndhygiene.

ANSVAR:

Sykepleier
helsepersonell

HENVISING:



Kvalitetsplan



Forebygging av UVI

Tittel	Forebygging av UVI	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.06.2017
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Eliminasjon

HENSIKT:

Forebygge urinveisinfeksjon.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Rikelig væsketilførsel, og for spesielt utsatte må det føres drikkeliste. Drikkemengde bør være 1,5 l- 2 l pr døgn.

- En kan også forebygge ved å gi Hiprex, Østrogen(lokalbehandling) og/eller C – vitamin.
- Å ha regelmessige toalett-tider tilpasset den enkelte.
- Sørg for at pasienten får sitte på toalettet og unngår bekken i sengen.
- Sørg for at pasienten får tilstrekkelig med tid ved toalettbesøk.
- Å holde tarmen i orden er viktig for å forebygge urinveisinfeksjon. Obstipert tarm kan klemme mot urinveiene og hindre tømming av urinblæra.
- Gode toalettrutiner og hyppige bleieskift så pasienten unngår å bli våt inn mot huden, og unngår at bakterier fra tarmen overføres til urinveiene.
- Riktig nedentil stell viktig for å forebygge urinveisinfeksjon. Bruk alltid engangshansker. Det må alltid vaskes på en slik måte at vi unngår å føre bakterier fra tarmen og over til urinveiene.
- Bruk ren (ny) klut, håndkle og vaskevannsfat der det er gjentatte urinveisinfeksjoner.
- Personalet må bruke hansker og evt. stellefrakk ved kontakt med urin, og være nøye med håndhygiene – også etter hanskebruk.
- Viktig med god håndhygiene mellom pasientene.

ANSVAR:

Pleiepersonalet
Sykepleier
Lege



Forebygging av obstipasjon

Tittel	Forebygging av obstipasjon	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Eliminasjon

HENSIKT:

Opprettholder eller gjenoppretter normalt avføringsmønster.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prosedyren gjelder hovedsakelig ved primær obstipasjon, dvs der sykdom som påvirker mage-tarmfunksjonen er utelukket. Prosedyren kan også være aktuell for pasienter som blir behandlet med legemidler som har obstipasjon som bivirkning.

Generelle prinsipper

- Kartlegg pasientens og ev. pårørendes kunnskaper om forebyggende og behandlende tiltak.
- Informer skriftlig og muntlig om anbefalte forebyggende og behandlende tiltak til pasient og ev. pårørende
- Ta pasient og ev. pårørende med på råd i utarbeidelse av en plan for forebygging eller behandling av obstipasjon.

Kosthold og væskeinntak

- Informer pasienten om fiberrike matvarer og om virkning/bivirkning av fiber.
- Informer om betydningen av tilstrekkelig væskeinntak. 1,5-2 liter pr dag
- Mobilitet/aktivitetsnivå
- Dersom pasienten er stillesittende, oppfordre til aktivitet.
- Dersom pasienten er sengeliggende eller sitter i stol, gjøres øvelser.

Toalettvaner

- Informer pasienten om betydning av regelmessige toalettvaner, særlig å gå på toalettet etter nattesøvn og etter måltider
- Sørg for estetiske forhold på toalettet.
- Tilrettelegg for at pasienten sitter godt ved toalettbesøk.
- Optimal sittestilling på toalett.



- Informer pasienten om betydningen av korrekt sittestilling.
- En sittestilling der knærne er en anelse høyere enn hoften mens bena støttes mot en krakk kan bidra til at analsfinktere og puborektalmuskel avslappes. Den anorektale vinkelen (A-B) i kolon retter seg dermed ut og defekasjonsprosessen lettes.
- Sørg for at det settes av nok tid til toalettbesøk slik at pasienten unngår stress.

Sengeliggende pasient

- Skjerm pasienten.
- Tilstreb sittende posisjon.
- Om pasienten må ligge under defekasjonsprosessen, anbefales å ligge i venstre sideleie, med svai rygg og bena trukket opp.
- Liggestilling.
- Ev. tilrettelegg for bruk av avføringsmidler

Vurder behovet for avføringsmidler

- Tilrettelegg for ev. bruk av volumøkende midler (for eksempel hvetekli, loppefrø).
- Konferer med lege om ev. bruk av andre avføringsmidler.

Dokumenter i pasientjournalen

- Dokumenter planlagte og utførte tiltak og evaluer effekten av disse jevnlig

ANSVAR:

Pleiepersonalet

HENVISING:

Kvalitetsplan



Ren urinprøve

Tittel	Ren urinprøve	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Eliminasjon

HENSIKT:

Fastslå om det er bakterier og riktig behandling.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Kvinne

- Utfør nedentilvask med dusj ved urin og/eller avføringslekkasje
- Skill kjønnsleppene og vask urinrørsåpningen hvis kvinnen har urin- eller avføringslekkasje.
- Skill kjønnsleppene og vask først urinrørsåpningen og vagina forfra og bakover, deretter utover mot de store kjønnslepper.

Mann

- Utfør nedentilvask ved urin og/eller avføringslekkasje
- Trekk forhuden tilbake og vask glans penis hvis mannen har urin- eller avføringslekkasje.
- Helst midtstrømsprøve: La den første porsjonen urin gå i toalettet. Den neste samles i prøveglasset.
- Men det er også en god løsning med bekken.
- Ta en urinstix men hvis utslag henvend deg til sykepleier for å ta en sendepøve.
- Kast ikke urinen før denne er tatt.
- Ta av hansker.
- Utfør håndhygiene

ANSVAR:

Pleiepersonell, Sykepleier

HENVISING:

Kvalitetsplan



Stell av kateter

Tittel	Stell av kateter	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2013	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Eliminasjon

HENSIKT:

Forebygge urinveisinfeksjon.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Opprettholdelse av sterilt, lukket system

Bruk grunnleggende smittevernrutiner, inkludert håndhygiene før og etter all berøring av kateter og urinoppsamlingssystem og etter bruk av engangshansker. Hansker bør benyttes ved tømning av urinposer og andre situasjoner hvor det er forventet kontakt med urin.

- Rutinemessig rengjøres området rundt urinrørsåpningen daglig med vanlig såpe og vann. Yttersiden av kateteret rengjøres også på samme vis. Vær spesielt oppmerksom på om det har lagt seg et belegg der hvor kateteret går inn i urinrøret. Dette må fjernes.
- Opprettholdelse av sterilt, lukket system for urindrenasje er avgjørende for forebygging av urinveisinfeksjoner. Når kateteret er lagt inn og koblet til urinoppsamlingssystemet, skal koblingen forsegles med tape og ikke brytes med mindre det finnes klare indikasjoner for dette.
- Ved ukontrollert frakobling skal kateterenden rengjøres med aseptisk teknikk og nytt urinoppsamlingssystem tilkobles. Det må vurderes om kateter og drenasjesystem skal skiftes.
- Ved indikasjon for bytte av urinoppsamlingssystem må dette gjøres med aseptisk teknikk og en klar klinisk indikasjon må foreligge.

1. Utfør håndhygiene
2. Åpne et sterilt skiftesett
3. Fukt de sterile kompressene/tupferne med desinfeksjonsmiddel tilsatt > 70% alkohol
4. Åpne urinoppsamlingssettet (unngå å forurense koblingspunktet).
5. Ta på rene hansker.
6. Ta av forseglingen mellom kateter og slange. Desinfiser rundt koblingen på blærekateteret med de fuktete kompressene og la tørke.
7. Ta av gammel pose og koble til ny pose uten å berøre kateteråpningen eller åpningen til urinposeslangen.
8. Forsegl koblingen mellom kateter og slange med tape som følger med oppsamlingssystemet.

Plassering av kateterposen – opprettholdelse av drenasje.



- For å unngå skade på uretra må kateterslangen festes på en slik måte at det hindrer bevegelse og drag på kateteret.
- Unngå knekk eller klem på drenasjeslangen. Urinen skal strømme uhindret, og ikke bli stående i slangen.
- For å hindre tilbakestrømming av urin, må posen alltid oppbevares under blærenivå. Posen skal aldri ligge på gulvet.
- Posen bør alltid oppbevares slik at tappe-kranen ikke er i berøring med gulvet. Dersom kranen kommer i kontakt med gulvet må den desinfiseres utvendig med desinfeksjonssprit.

Tømming av urinposen

- Oppsamlingsposen bør tømmes regelmessig. Fortrinnsvis på slutten av hver vakt. For full pose kan hindre fri urindrenasje.
- Tømmingen må gjennomføres på en slik måte at man unngår søl.
- Håndhygiene må gjennomføres både før og etter tømming, og det må benyttes rene hansker og en oppsamlings-beholder som er varmedesinfisert.
- Unngå at tappekranen kommer i kontakt med oppsamlingsbeholderen i forbindelse med tømming. Dersom dette skulle skje utilsiktet, må kranens utside desinfiseres med desinfeksjonssprit før kranen åpnes og tappingen påbegynnes.

Anbefaling

Bruk grunnleggende smittevernrutiner, inkludert hansker, ved berøring av kateteret og oppsamlingsystemet.

- Hold drenasjesystemet lukket.
- Sørg for at drenasje av urin skjer uhindret. Det er ikke nødvendig å klemme av kateteret før det skal fjernes.
- Hold oppsamlingsposen under urinblærens nivå til enhver tid.
- Hold posen bort fra gulvet.
- Tøm oppsamlingsposen regelmessig.
- Bruk en separat, varmedesinfisert oppsamlingsbeholder for hver pasient.
- Unngå søl og sørg for at tappekranen ikke kommer i kontakt med den usterile oppsamlingsbeholderen ved tappingen.
- Hverken kateter eller urinpose skal skiftes rutinemessig, kun på klinisk indikasjon, eller etter anbefalinger fra produsenten.
- Bruk av antiseptisk middel i oppsamlingsposen for urin anbefales ikke.
- Bruk av antibiotika for å forebygge urinveisinfeksjon anbefales ikke, med mindre det er klinisk indikasjon.
- Stell av meatus (urinrørsåpningen) med antiseptiske midler for å forebygge urinveisinfeksjon anbefales ikke. Rutinemessig skylning av urinblæren anbefales ikke. Skylning kan imidlertid være indisert etter kirurgiske inngrep som berører urinveiene.

ANSVAR:

Tilsynslege, sykepleiere, pleiepersonalet



Vurdering av sirkulasjon, hud og sår

Tittel	Vurdering av sirkulasjon, hud og sår	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2014	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	10.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

Hjertefunksjon

Er pulsen normal, hurtig/ langsom, uregelmessig, svak, kraftig. Nitroglyserin, hjertesengeleie,

Blodsirkulasjon

Blodtrykk normalt, forhøyet, lavt. Har pasienten blødning, ødem, cyanose. Er pasienten blek eller kaldsvett, har han feber, fryser, frostanfall. Er huden på ekstremitetene kjølig, varm, blek eller rød. Har pasienten smerter pga. ischemi eller har han åreknuter, leggsår/trykksår, hudforandringer, hudfarge og temperatur på føtter. Tromboflebitt. Intravenøst/venekateter.

Sengeleie

Trenger pasienten spesielt sengeleie, sengebøyle, bånd, medfører leiet fare for avklemming av kar, bruker han støttestrømper, gjør han spesielle øvelser.

Hud

Hudfølsomhet, tynn gjennomsiktig hud, fukt/ tørrhet, farge, hår, slimhinner, negler. Sår type ; trykk-, ben-, operasjonssår. Sår – beliggenhet, størrelse, dybde, væskende, infisert, farge, varmt, hevelse, smerter, tilheling, hjelpemidler i seng. Vurdering med Braden skala, evt. modifisert Norton skala.

Følesans

God eller redusert evne til å kjenne trykk, berøring, smerte og temperatur. Oversensibel.
Diabetes

Nevropati

Nerveskade pga. dårlig regulert blodsukker medfører redusert evne til å føle trykk, berøring, smerte og



temperatur – vanligst i ben og armer. Symptomer: prikking, stikking, nummenhet, balansevansker, følelse av å gå på «puter», noen ganger ingen symptomer.



Blodsuktermåling

Tittel	Blodsuktermåling	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2006	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

HENSIKT:

Kartlegge pasienten blodsukkerverdi. At pasientens blodsukker holdes stabilt og innenfor gitt referanseområde, og sikre rett behandling.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

UTSTYR:

Blodsukkerapparat og teststrimmel finnes i medisintralle på hver avdeling

FREM GANGSMÅTE:

1. Utfør Håndhygiene, bruk hansker
2. Vask hendene til pasienten eller bruk steril svab.
3. Sett i teststrimmelen for å slå på måleapparatet (hvit og grå stripet ende skal inn i apparatet).
4. Når apparatet viser symbolet (dråpe), er det klart for testing.
5. Bloddråpe fra rent innstikksted påføres den øverste kanten av teststrimmelen der den møter den smale kanalen.
6. Apparatet teller seg ned fra 5 til 1 sek.
7. Les av resultatet på skjermen.
8. Apparatet slår seg automatisk av når teststrimmelen fjernes.
9. Ta av hansker
10. Utfør håndhygiene

Se for øvrig brukerveiledning for blodsukkerapparat.

ANSVAR:

Sykepleier har ansvar for å ta blodsuktermåling og å lære opp helsefagarbeidere. Hver enkelt arbeidstaker er ansvarlig for at retningslinjene blir fulgt.



Blodtrykk

Tittel	Blodtrykk	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	06.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

HENSIKT:

Kartlegge/overvåke blodtrykket ved mistanke om for høyt eller lavt BT, for å sikre rett behandling.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Plasser mansjetten rundt armen, ca. 3 cm over albueleddet
- Unngå at klær strammer rundt armen på pasienten.
- Stramme klær hindrer blodsirkulasjonen og vil gi feil måleresultat.
- Ha klar en mansjett i riktig størrelse.
- Bredden på mansjetten bør være ca. 2/3 av lengden på overarmen. Den oppblåsbare delen, cuffen, bør ha en bredde på 40 % av armens omkrets og dekke ca. ca. 80 % av ekstremitetens omkrets.
- Plasser mansjetten rundt armen, ca. 3 cm over albueleddet.
- Mansjetten kan ev. plasseres utenpå klærne, hvis dette ikke hindrer riktig plassering av stetoskop og stoffet er tynnere enn 2 mm. Unngå for mange folder på klærne.
- Plasser senteret av cuffen over a. brachialis og stram til mansjetten. Det sikrer at a. brachialis klemmes av når cuffen pumpes opp.
- Sjekk at slangene ligger slik at de ikke påvirker auskultasjonen. Slangene bør ligge slik at de ikke kommer i berøring med stetoskopet. For å unngå feilmåling. Finn pulsen i albueleddet og plasser stetoskopet
- Finn pulsen i a. brachialis i albueleddet ved palpasjon.
- Plasser stetoskopet over a. brachialis i albueknokken. Hold stetoskopet slik at det slutter om huden uten å lage merke.
- Stetoskopet skal ikke berøre cuffen. Det skaper støy som forstyrrer lyttingen.
- Blir stetoskopet trykt for hardt ned, kan det klemme sammen a. brachialis slik at pulsslagene ikke blir hørbare.
- Pump opp cuffen ca. 30 mm Hg over systolisk blodtrykk.
- Slipp luften forsiktig ut med en hastighet på 2–3 mm Hg/sekund eller 2-3 mm Hg/pulsslag.
- For å unngå feil avlesning av blodtrykket. Slippes luften ut for raskt, kan måleresultatet bli for lavt systolisk trykk og for høyt diastolisk.
- Systolisk blodtrykk registreres når det første pulsslaget høres (Korotkoffs fase 1).
- Diastolisk blodtrykk registreres når lyden av pulsslagene opphører helt (Korotkoffs fase 5).
- Les av så nøyaktig som mulig.
- Slipp ut resten av luften.
- Noter deg trykket.
- Gjenta ev. blodtrykkmålingen
- Det må gå minst ett minutt mellom hver måling dersom målingen skal gjentas.
- Utfør håndhygiene.
- Dokumenter



Digital måling:

Digitalt blodtrykksapparat

Digital måling:

- Fremgangsmåten er den samme som ved manuell måling.
- Fest mansjetten rundt armen på pasienten (det skal være 2 cm fra albuebøyen til nedre del av mansjetten).
- Trykk på startknappen.
- Apparatet styrer selv målingen og angir både puls og blodtrykksverdi.
- Blodtrykket bør tas 3 ganger med 4 til 5 minutters mellomrom.
- Pluss sammen resultatet og del på 3, dette er gjennomsnittet og det resultatet vi bruker.

Viktig at apparatene blir lagt tilbake på plassen sin, slik at det er lett tilgjengelig i akutte situasjoner.

ANSVAR:

Sykepleier
Helsepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Enkelt sårstell

Tittel	Enkelt sårstell	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2006	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

HENSIKT:

Sårskift ved rene og overfladiske sår
Målsetting: Hel hud

BESKRIVELSE AV TILTAK:

UTSTYR:

- Alle sårstell skal ha en prosedyre
- Sykepleier er ansvarlig for opplæring.
- Helt enkle tørre sår
- Bruk hansker
- Sterilt skiftesett
- Bandasje materiell

FREMGANGSMÅTE

1. Utfør håndhygiene:
2. Finn frem nødvendig utstyr.
3. Bruk hansker.
4. Pakk opp det sterile skiftesettet.
5. Spyl forsiktig såret med dusj eller, NaCl kan brukes.
6. Bruk en steril tupfer og tørk området rundt sårhulen.
7. Meld ifra til sykepleier som videre vurderer såret og videre behandling.
8. Organiser utstyret slik at urent og rent ikke krysses.

ANSVAR:

Avdelingssykepleier har ansvar for at alle blir gjort kjent med retningslinjene for sårstell, og at nødvendig undervisning blir gitt.
Hver enkelt arbeidstaker er ansvarlig for at retningslinjene blir fulgt.



Forebygging av trykksår

Tittel	Forebygging av trykksår	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	06.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

HENSIKT:

At pasienten skal ha hel og frisk hud.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Foreta en vurdering av huden på alle nye pasienter så fort som mulig, og i hvert fall i først stell – benytt Braden - skala.
- Hvis pasienten har klare risikofaktorer må hudvurderingen gjøres raskt etter innleggelse – innen 4 timer. Og forebyggende tiltak igangsettes.

Hudvurdering bør omfatte følgende punkter:

1. Vedvarende rødme
2. Blemmedannelse
3. Lokal varme
4. Misfarget hud
5. Oppbløting av huden
6. Lokalt ødem
7. Hardhet i huden
8. Hud over benfremspring
9. Områder pasienten sier gir ubehag eller smerter
10. Trykk fra medisinsk utstyr(kateter, oksygenlange etc)

Braden Skala for risikovurdering av trykksår.

Totalskår: Medium risiko 13 – 14, høy risiko: 10 – 12, svært høy risiko 9 og under.

Andre risikofaktorer:

- Vurdere om det finnes andre faktorer som kan gi økt risiko for utvikling av trykksår, for eksempel sykdom, medisiner, utsatt for lokalt trykk eller finnes aldersforandringer i huden.
- Er pasienten utsatt for lokalt trykk: Trange sko, sengeliggende, rullestolbruker, urinkateter, O2 kateter, ernæringssonde eller benytter andre hjelpemidler som kan utøve trykk.
- Aldersforandringer: Tørr hud, rynker, tynnere hud, ujevn hudpigmentering og redusert hårvekst. Hudblødninger i form av flekker i huden. Redusert elastisitet. Nedsatt smertefølsomhet.

Lag individuell plan for pleien av den enkeltes hud.



Hva vi må passe på:

1. Ikke snu pasienten over på hud som fremdeles er rød fra forrige episode med trykkbelastning.
2. Bruk ikke massasje til forebygging av trykksår.
3. Gni ikke hudområder som er i risiko for utvikling av trykksår.
4. Bruk fuktighetskrem for å fukte tørr hud og redusere fare for hudskade.
5. Benytt barriereprodukter som beskyttelse mot fuktighet for å redusere risikoen for trykkskade.
6. Huden skal rengjøres når den er utsatt for urin, avføring, svette og sårsekret.
7. Hvis pasienten har liten kontroll over urin og avføring, bør kontinestiltak igangsettes

Ernæring for trykksår forebygging:

1. Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos risikopasienter ved innleggelse og fortløpende under oppholdet. Se egne prosedyrer for vurdering av underernæring / bruk av MNA – skjema.
2. Planlegg og evaluer ernæringstiltak for pasienter med utilstrekkelig ernæringsinntak og/ eller ernæringssvikt.
 1. Kost og væskeregistrering for å kartlegge i hvilken grad pasienten spise drikker i forhold til beregnet behov.
 2. Som en tommelfingerregel bør en bruke minst 30 – 35 kcal/kg kroppsvekt/dag, 1,25-1,5g protein/kg kroppsvekt/dag og 30-35ml væske/kg kroppsvekt/dag
 3. Appetitt, matvaner, tannstatus , tyggeevne, svelgevaner, evne til å spise selv er faktorer som blant annet må vurderes før valg av tilrettelagt ernæringsbehandling.
 4. Gi proteinrik mat, næringsdrikke, Cubitan
 5. Ved økt risiko for underernæring eller når vi føler at vi ikke har kompetanse nok til å løse problemet, kan vi kontakte ernæringsfysiolog på Ringerike Sykehus.

Trykkfordelende underlag:

- Forebygging for pasienter i faresonen skal gis kontinuerlig så lenge de er i faresonen.
- Fysioterapeuten kontaktes for hjelp til å finne rett trykkavlastende underlag
- Og eventuelt annet avlastende utstyr til rullestol, og er med på vurderingen om innkjøp av nytt materiell.
- Vurder både pasientens situasjon og kostnader ved valg av trykkfordelende utstyr. En helhetlig vurdering bør omfatte følgende:
 - Vurdering av pasientens hud
 - Komfort og personlig preferanse
 - Generell helsetilstand
 - Livsstil og evner
- Vurder regelmessig behov for trykkfordelende underlag og stillingsforandring basert på:
 - Undersøkelse av hud
 - Pasientkomfort og evne
 - Generell tilstand
- Valgt underlag må være egnet i pleie og behandlingssituasjoner og brukes i henhold til anbefalt levetid ut fra leverandørens anbefalinger og gjeldende testmetoder.

Ved bruk av trykksårforebyggende underlag og annet forebyggende utstyr:

- Ved en hver kontakt med pasienten undersøke om underlag og annet hjelpeutstyr er egnet og funksjonelt.
- Iverksett leieforandring og snuregime også når pasienten er utstyrt med trykkfordelende underlag.



Ved bruk av trykksårforebyggende utstyr for å forebygge sår på hæler:

- Bruke puter for å unngå kontakt mellom benfremspring på knær, hæler, ankler
- Bruk pute under legger for total avlastning av hælene eventuelt Heellift eller lignende.
- Bruk av pute må ikke motvirke tilsiktet trykkfordelende effekt av annet utstyr i bruk.
- Undersøk huden på hælene regelmessig.

Ved bruk av trykksårforebyggende utstyr i sittende stilling:

- Bruk trykkfordelende underlag hos pasienter med redusert mobilitet som sitter i stol/rullestol. Noen sittepute har vist seg å være mer effektiv enn andre, men en pute kan ikke anbefales fremfor en annen.
- Begrens tiden pasienten sitter oppe i stol uten trykkfordeling. Juster sittestillingen ved at stolen vippes litt frem vekselvis bakover.
- Ryggmargsskadde er ekstra utsatt.

Ved bruk av trykksårforebyggende utstyr:

Bruk ikke følgende utstyr da disse kan føre til/bidra til trykksår

- Gummiring
- Vannfylte hansker
- Syntetisk saueskinn

OBS! Studier har vist at ekte saueskinn kan bidra til å forebygge trykksår, men hygieniske forhold gjør at dette ikke kan anbefales.

ANSVAR:

Sykepleier
Alt helsepersonell



Pulstelling

Tittel	Pulstelling	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	06.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

HENSIKT:

Overvåke puls og sikre rett behandling

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Finn pulsen på håndleddet til pasienten og palper.
- Her er a. radialis lett tilgjengelig, og dette er derfor det vanligste stedet å telle pulsen.
- Hos dårlige pasienter kan halspulsåren være aktuell.
- Press fingertuppene dine med pekefinger, langfinger og ringfinger mot arterien til pasienten.
- Bruker du kun tommel eller pekefinger, risikerer du å telle din egen puls. Bruk derfor to eller tre fingre.
- Registrer pulsfrekvensen og tell i 30 sekunder, ev. 1 minutt
- Ved regelmessig puls: Tell pulsslagene i 30 sekunder, gang deretter med 2 for å få pulsfrekvensen per minutt.
- Ved uregelmessig puls, lav puls eller puls over 100 slag per minutt: Tell pulsslagene i 1 minutt.
- Pulsfrekvensen registreres alltid som antall slag per minutt.
- Regelmessig puls: Er du i tvil om du har telt rett, kan du kontrolltelle pulsen i 30 sekunder og gange med 2.
- Uregelmessig puls: Telling av puls i ett minutt vil gi et riktigere bilde av pulsfrekvensen.
- Observer rytme og spenning.
- Dokumenter
- Håndhygiene

ANSVAR:

Sykepleier og alt helsepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Temperaturmåling

Tittel	Temperaturmåling	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	06.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sirkulasjon/Temp//Hud

HENSIKT:

Overvåke temperaturen og sikre korrekt behandling.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- La pasienten ligge i sideleie
- Utfør håndhygiene.
- Hjelp pasienten over i sideleie.
- Ta på hansker.
- Løft opp øvre rumpeball.
- Før termometeret forsiktig inn, ca. 3,5 cm.
- La termometeret ligge inne i anbefalt tid.
- Ta ut termometeret og les av temperaturen.
- Utfør håndhygiene
- Dokumenter

Temperaturmåling aksillært

- Plasser termometeret i armhulen og påse at det blir liggende riktig i anbefalt tid
- Legg termometeret med spissen midt i armhulen.
- Be pasienten holde overarmen tett inntil kroppen.
- La termometeret ligge i armhulen i anbefalt tid.
- Ta ut temperaturmålet og les av temperaturen.
- Utfør håndhygiene
- Dokumenter

ANSVAR:

Sykepleier og helsepersonell

HENVISING:



Kvalitetsplan



Tilrettelegging av nattesøvn

Tittel	Tilrettelegging av nattesøvn	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	25.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Søvn/hvile/smerter/velvære

HENSIKT:

God nattesøvn.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Kartlegg pasientens individuelle søvnvaner

Vurder pasientens søvnvaner og behov for hjelp og utstyr. Imøtekom pasientens ønsker så langt som mulig.

Vurder pasientens behov for personlig hygiene, ernæring, eliminasjon og liggestilling

- Vurder pasientens behov for hjelp til eliminasjon og personlig hygiene, og iverksett ev. tiltak.
- Gi ev. pasienten et lett måltid mat.
- Hjelp ev. pasienten med å få på seg nattskjorte og ev. nattsokker.
- Sørg for at pasienten har nytt vann å drikke på nattbordet. Minn pasienten på ev. restriksjoner i væskeinntak i relasjon til undersøkelser og behandling neste dag.
- Ved behov: Sørg for at pasienten har et bekk/urinflaske for å late vannet om natten.
- Se til at pasienten har en god liggestilling etter pasientens ønske og helsesituasjon. Vurder behov for ekstra puter.

Klargjør sengen og sørg for et godt sovemiljø

- Re sengen.
- Se til at sengelampe og ringesnor er tilgjengelig for pasienten. Ev. tilby ørepropper og/eller øyemaske.
- Rydd bort overflødig utstyr og avfall på nattbordet og i rommet.
- Sjekk muligheter for ventilasjon i rommet og iverksett aktuelle tiltak.
- Utfør håndhygiene.
- Sørg for at medisinskteknisk utstyr er programmert riktig, som f. eks O2 konsentrator og pulsasjonsapparat.
- Trekk for gardiner etter pasientens ønske.
- Sørg for at dører og vinduer ikke knirker.

Vurder hyppighet av tilsyn og oppretthold et rolig sovemiljø. Se inn til pasienten om natten. Oppretthold et rolig miljø og påse at pasienten ikke blir forstyrret.



Dokumenter i pasientjournalen

ANSVAR:

Pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Vurdering av kronisk smerte

Tittel	Vurdering av kronisk smerte	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Søvn/hvile/smerte/velvære

HENSIKT:

- Vurdere smertens intensitet.
- Vurdere type smerte

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Vi menytter to verktøy til å kartlegge og dokumentere smerte:

- MOBID-2 smerteskala i Extensor (benyttes spesielt overfor demente eller pasienter som har vanskelig for å uttrykke seg)
- ESAS-r i Extensor

Renlevante problemstillinger:

Rekkefølge og omfang kan tilpasses den enkelte pasient. Kartleggingen starter bredt.

Innledende spørsmål:

- Hvor ofte er du plaget med smerter?
- Hvor lenge har du hatt smerter?
- Når startet smertene – årstall/mnd?
- Hvilke hendelser førte til smertene? Ulykke, operasjon, skade, kreft eller annen sykdom eller ingen spesiell hendelse?

Hvor er smerten lokalisert

- Hvor er smerten lokalisert? Be evt. pasienten om å markere smerten ved å peke på egen kropp.

Benytt smerteskala til spørsmålene:

- Hva er graden av smerte: i løpet av den siste uken, på sitt verste og på sitt minste, akkurat nå og i gjennomsnitt?
- Hvilken grad av smerte er akseptabel for deg?

Smertens varighet og rytme:



- Hvor lenge har du hatt smertene?
- Er smertene konstante, eller kommer de i perioder?
- Har smertene forandret seg underveis?

Kjennetegn

- Kan du beskrive smerten med ord?

Gjennomførte undersøkelser relatert til smerten

- Kan du fortelle litt om hva slags undersøkelser du har vært igjennom tidligere?

Smertelindrende tiltak

- Har du brukt eller bruker du spesielle smertelindrende tiltak? Hvordan synes du ev. effekten er, og har du merket noen bivirkninger?
- Har du brukt eller bruker du andre metoder/teknikker for å lindre smerten?
- Er det andre ting eller situasjoner som bidrar til å redusere smerten din?

Forverring av smerten

- Er det noe som forverrer smerten?

Konsekvenser av smerten

- Virker smerten inn på andre områder? Fører den f.eks. til dårlig nattesøvn, kvalme eller brekninger eller forstyrrer den matlysten?
- Virker smerten inn på humøret ditt slik at du kan føle deg sliten, nedfor og trist?
- Virker smerten inn på følelseslivet ditt slik at du føler deg engstelig, deprimerert eller irritabel?

Andre opplysninger

- Er det andre ting du vil fortelle om smerten, f.eks. om du gjør noe spesielt for å få kontroll over smertene?

Observer pasientens nonverbale uttrykk for smerte

- Registrer pasientens motoriske uttrykk for smerte. Se etter ansiktsgrimaser eller en liten rykning i øyebryn, se på kroppsholdningen, liggestillingen i sengen eller ev. vegring for å bevege seg. Spesielt viktig ved kognitiv svikt

Registrer pasientens puls, blodtrykk og respirasjon og observer huden

- Registrer pasientens puls, blodtrykk og respirasjon og hudens temperatur, farge og svette.

Vurder og dokumenter pasientens smerteintensitet

- Vurder pasientens verbale uttrykk, reaksjoner og motoriske tegn, samt registreringer av smerteintensitet, puls, blodtrykk mv.
- Dokumenter i pasientjournalen



ANSVAR:

Sykepleier
Helsepersonell
Lege

HENVISING:

- Kvalitetsplan
- Mobid-2 smerteskala i Extensor
- ESAS-r i Extensor



Kartlegging akutt smerte

Tittel	Kartlegging akutt smerte	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Søvn/hvile/smerte/velvære

HENSIKT:

- Vurdere smertens intensitet.
- Vurdere type smerte.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Vurder hvor mange spørsmål du kan stille pasienten ut fra hvor sterke smerter pasienten gir uttrykk for. Hvis pasienten har sterke smerter, vil konsentrasjonsevnen være redusert, og det kan være vanskelig å svare korrekt dersom spørsmålene er mange. Pasienten trenger energien til å takle smertene. Er smertene sterke, bør lege konsulteres og behandling iverksettes før videre smerteutredning kan fortsette.

Vi benytter to verktøy til å kartlegge og dokumentere smerte:

- MOBID-2 smerteskala i Extensor (benyttes spesielt overfor demente eller pasienter som har vanskelig for å uttrykke seg)
- ESAS-r i Extensor

Relevante problemstillinger:

Hvor er smerten lokalisert

- Hvor er smerten lokalisert? Be pasienten om å peke på egen kropp.

Benytt smerteskala til spørsmålene:

- Hva er graden av smerte?
- Hvor sterke er smertene akkurat nå og på sitt verste og på sitt minste?
- Hvilken grad av smerte er akseptabel for deg?

Smertens varighet og rytme:

- Hvor lenge har du hatt smertene?
- Er smertene konstante, eller kommer de i perioder?
- Har smertene forandret seg underveis?

Kjennetegn



- Kan du beskrive smerten med ord?

Smertelindrende tiltak

- Har du brukt spesielle smertelindrende tiltak tidligere?

Forverring av smerten

- Er det noe som forverrer smerten?

Konsekvenser av smerten

- Virker smerten inn på andre områder? Fører den f.eks. til dårlig nattesøvn, dårlig humør, kvalme eller brekninger eller forstyrrer den matlysten?

Andre opplysninger

- Er det andre ting du vil fortelle om smerten, f.eks. om du gjør noe spesielt for å få kontroll over smertene?

Observer pasientens nonverbale uttrykk for smerte

- Registrer pasientens motoriske uttrykk for smerte. Se etter ansiktsgrimaser eller en liten rykning i øyebryn, se på kroppsholdningen, liggestillingen i sengen eller ev. vegring for å bevege seg.

Registrer pasientens puls, blodtrykk og respirasjon og observer huden

- Registrer pasientens puls, blodtrykk og respirasjon og hudens temperatur, farge og svette.

Vurder og dokumenter pasientens smerteintensitet

- Vurder pasientens verbale uttrykk, reaksjoner og motoriske tegn samt registreringer av smerteintensitet, puls, blodtrykk mv.
- Dokumenter i pasientjournalen.

ANSVAR:

Sykepleier
Pleiepersonell
Lege

HENVISING:

- Kvalitetsplan
- MOBID-2 smerteskala i Extensor
- ESAS-r i Extensor



Leiring Fowlers leie

Tittel	Leiring Fowlers leie	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	25.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Søvn/hvile/smerte/velvære

HENSIKT:

Oppleve velvære.
Unngå sengeleiets komplikasjoner som trykksår og kontrakturer.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under hele prosedyren

- Hold kontakt med pasienten - forklar underveis hva som skal skje og oppmuntre ham/henne til å samarbeide og delta i størst mulig grad.
- Ivareta pasientens sikkerhet.
- Ikke blott pasienten unødig. Vis omtanke for pasienten.
- Vurder fortløpende om det er tegn på at pasienten er trett eller uvel.
- Bruk riktig arbeidsteknikk.

Juster sengen og fjern aktuelt sengeutstyr

- Utfør håndhygiene.
- Ta ev. på beskyttelsesfrakk.
- Juster sengen til passende arbeidshøyde.
- Senk ev. sengehesten på den siden du arbeider fra.
- Fjern sengeutstyr som vil være i veien under prosedyren, som ekstra puter, sparkekasse og annet.
- Brett dynen dobbel og heng den over stolryggen ved fotenden av sengen.



Hjelp pasienten til rette i et høyt ryngleie (Fowlers leie)

- Hev hjertebrettet 45° til 60°.
- Legg en liten pute under hodet.
- Bruk puter til å støtte armer og hender hos pasienter som ikke har kontroll over dem (lammelser,



- nerveskader).
- Plasser en pute i korsryggen.
 - Påse at hode, nakke og rygg er rett, og at kroppsvekten hviler på setet slik pasienten sitter.
 - Plasser eventuelt en liten pute under lårene.
 - Plasser en pute eller liknende under anklene.
 - Plasser fotbrettet slik at pasientens fot hviler mot det.

Fowlers leie: Alternativt når pasienten har tredelt seng

- Hev hjertebrettet 45° til 60° og juster fotenden slik at pasienten får en komfortabel sittestilling.
- Legg en liten pute under hodet.
- Bruk puter til å støtte armer og hender hos pasienter som ikke har kontroll over dem (lammelser, nerveskader).
- Plasser en pute i korsryggen.
- Påse at hode, nakke og rygg er rett, og at kroppsvekten hviler på setet slik pasienten sitter.
- Plasser fotbrettet slik at pasientens fot hviler mot det

ANSVAR:

Pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Leiring flatt i seng

Tittel	Leiring flatt i seng	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	25.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Søvn/hvile/smerte/velvære

HENSIKT:

Oppleve velvære. Bedret mulighet for avspenning og for aktivitet i muskulaturen. Bedret ventilering av lungene. Forebygge trykksår og kontrakturer.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prinsipper som må ivaretas under hele prosedyren

- Hold kontakt med pasienten - forklar underveis hva som skal skje og oppmuntre ham/henne til å samarbeide og delta i størst mulig grad.
- Ivareta pasientens sikkerhet.
- Ikke blott pasienten unødig. Vis omtanke for pasienten.
- Vurder fortløpende om det er tegn på at pasienten er trett eller uvel.
- Bruk riktig arbeidsteknikk.

Juster sengen og fjern aktuelt sengeutstyr

- Utfør håndhygiene, og ta ev. på beskyttelsesfrakk.
- Juster sengen til passende arbeidshøyde.
- Senk ev. sengehesten på den siden du arbeider fra.
- Fjern sengeutstyr som vil være i veien under prosedyren, som ekstra puter, sparkekaske og annet.
- Brett dynen dobbel og heng den over stolryggen ved fotenden av sengen.

Ryggleie

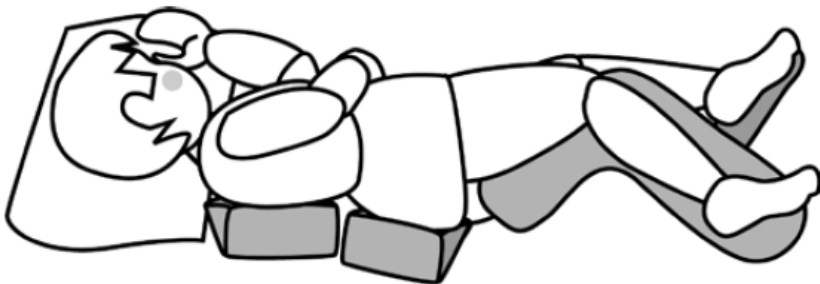
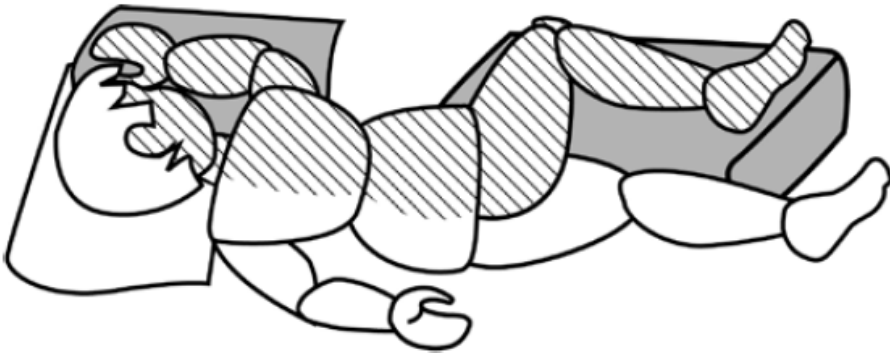
- Ta utgangspunkt i menneskets naturlige måte å bevege seg på, tyngdekraft og friksjon i alle forflytninger.
- Hode, nakke og ryggstøyle skal utgjøre en rett linje.
- Plasser en pute under hodet i passende høyde (panne og hake horisontalt) og med god støtte for nakkegropa.
- Plasser ev puter der det ikke er kontakt med underlaget, som f.eks. skulderblader, underarm, korsrygg, hofter, knær, ankler. Bruk gjerne A-formetleiring, med pute under hodet, og en pute på hver side av øvre rygg.
- Plasser en liten ball eller liknende i pasientens hender.
- Ta hensyn til pasientens behov. Ved hjerte-lunge problematikk vil ikke pasienten kunne ligge flatt. Ta da hjertebrettet opp. Ved mye sekret i lunger, tenk på at de deler av lungene som blir liggende høyst, ventilerer mest. Ved ødemer, tenk drenering tilbake til hjerte. Bruk innstillingene på sengen eller bygg



opp med puter.

Sideleie

- I sideleie må hodeputen være høyere enn i ryggleie. Hode, skulder, hofta i lik linje. God støtte for nakkegrota.
- Sideleie kan være i «fosterstilling» med 90 grader i hofter og knær. Eller med nederste ben strakt, øverste ben bøyd, og overkropp lett rotert over på siden
- Plasser pute mellom eller under kne, slik at kneet kommer i høyde med hofta. Plasser puter der det ikke er kontakt med underlaget, eller for å støtte opp. F eks støtte innunder bekken og rygg.
- Der hensikten er drenering av sekret i lunger, la pasienten ligge med den siden som har mest sekret opp. Der hensikten er å legge til rette for best mulig pust, la de best ventilerte lungeavsnitt ligge øverst. F eks redusert pust pga tumor venstre lungehalvdel, forsøk sideleie med høyre side opp.



ANSVAR:

Pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan



Mobilitet og bevegelse

Tittel	Mobilitet og bevegelse	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2011	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	25.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Mobilitet/bevegelse

Sentrale spørsmål

ADL-aktiviteter: Hva klarer pasienten selv? (for eksempel lage mat/smøre brødsriver).

Hvilke aktiviteter pleier pasienten å gjøre i løpet av dagen? Hva motiverer til aktivitet? (for eksempel mate fugler, vanne blomster, værstasjon). Trenger pasienten hjelp til å komme i gang /motivasjon for aktivitet?

Hvordan forflytter pasienten seg? Gange. Sette/reise seg. Inn og ut av seng. Fra seng til stol hvis rullestolbruker (forflytning sideveis eller forfra?) Forflytning i seng.

Trenger pasienten støtte/tilrettelegging/hjelpemidler i forflytningen?

Balanse i stående, sittende, liggende. Har pasienten hatt episoder med fall? Svimmelhet?

Utholdenhet: Hvor langt kan pasienten gå på egen hånd/ med ledsager?

Koordinasjon (spesielt øye/hånd: test: finger på nesetipp), evne til kryssede bevegelser). Stabilitet/mobilitet. Kan pasienten bøye seg og ta på benklær, plukke opp ting fra gulvet? Arm/hånd funksjon. Kan pasienten holde i bestikk, holde i en kopp, kneppe knapper?

Har pasienten skader eller plaget med smerter som reduserer funksjonsevnen? F eks pareser/paralyse etter hjerneslag, tremor pga Parkinson, perifer nerveskade (f eks pga diabetes), traume/brudd på rygg eller ekstremiteter (obs osteoporose!). Når oppsto skaden? Har pasienten hatt opptrening/fysioterapi i forbindelse med dette? Trenger pasienten vurdering av fysioterapeut?

Har pasienten hjelpemidler? Hvilke? Er det pasientens egne, eller fra hjelpemiddelsentralen eller kommunen?

Trenings-/aktivitetsprogram: Hva kan pasienten delta på? Hva vil være med på å opprettholde eller utvikle ferdigheter og motorikk?



Forebygging av fall

Tittel	Forebygging av fall	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2014	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	01.02.2019
Revisjonsnummer	5	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Mobilitet/bevegelse

HENSIKT:

- Pasientsikkerhet
- Unngå at pasienter faller

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Vær spesielt oppmerksom på om beboeren er utsatt for fall. Det kan være fra stående, liggende eller sittende utgangspunkt. Det er utarbeidet egen ROS-analyse om fall som grundig tar for deg de ulike forebyggende tiltak, samt hva man gjør hvis uhellet er ute.

Tiltak 1.

Risikovurdering av alle pasienter innen et døgn etter innkomst. Fallrisiko revurderes ved endring av allmenntilstand, ved fall eller minst en gang per år for langtidspasienter. Fallrisiko skal dokumenteres i pasientens kvalitetsplan og i Extensor.

Forhold som kan innvirke på falltendensen kan være:

- Sykdom/diagnose (Også akutte forandringer i sykdomsbildet som ved f.eks. urinveisinfeksjon, slag o.l.)
- Medisiner (Faste og eventuelle medisiner)
- Motorikk (Hvordan beveger beboeren seg? Kan man veilede, hjelpe? Trenger man hjelpemidler eller tilpassing av eksisterende hjelpemidler?)
- Sko (Er skoene gode og stø?)
- Kognitiv atferd (Hallusinasjoner, uro, utagering m.m.)
- Syn (Bruker beboeren briller, har vedkommende dem på? Trenger beboeren synssjekk)
- Ernæring (Underernæring, dehydrering)
- Omgivelser (Rom, lys, farger, gjenskinn i gulv, høyde på stoler, senger, toalett o.l.)
- Hjelpemidler (Benyttes hjelpemidler? Brukes de riktig, og er de i riktig høyde? Bruk av sengehest, madrass på gulvet. Antisklimatter på bad m.m.)
- Glatte gulv
- Snø og is
- Terskler og hindringer
- Dårlig belysning
- Fall i trapp
- Fall ut av vindu/balkong/takoverbygg



- Fall ut av seng/stol
- Fall på grunn av sykdom/diagnose
- Fall som bivirkning av medikamenter
- Dytting fra andre

Tiltak 2.

Tilpassede tiltak planlegges, iverksettes og dokumenteres for pasienter med forhøyet fallrisiko i pasientens kvalitetsplan. Vurdering av tiltak vil bli tatt i samråd mellom sykepleier, lege, fysioterapeut og ved behov farmasøyt.

Ved fall bør ytterligere tiltak vurderes. Pasient og pårørende informeres om eventuell forhøyet fallrisiko og hvilke forebyggende tiltak som planlegges. Pasientens egne synspunkter og erfaringer skal etterspørres.

Tiltak for å redusere sansynligheten for fall kan deles inn i følgende kategorier:

1. Tiltak knyttet til fysisk miljø
2. Tiltak knyttet til sykdomsbilde/behandling

1. Tiltak knyttet til fysisk miljø

1.1 Glatte gulv

Ved rengjøring og boning skal det ikke ligge vann igjen på gulvet. Man skal også være forsiktig med å ha for blank boning da det kan gi inntrykk av våte gulv og gi gjenskinn. Gulvfliser skal ikke være glatte når de er våte. I dusj og badekar skal gummimatte benyttes.

1.2 Belysning

Alle rom hvor beboere ferdes skal være godt opplyst. Det er viktig å tenke på også i forhold til opplysning av korridorer o.l. om natten. Det bør benyttes farger som skaper kontrast og gjør det enkelt å skille ut vesentlige detaljer, og hvor det er nivåforskjeller.

1.3 Terskler og hindringer

Det bør ikke være dørstokk inn til rom. Det bør vurderes ramper der det er høye terskler. Terskler bør være i farger som står i kontrast til gulvet. Det skal, ved møblering o.l., ikke lages hindringer som beboere kan snuble i. Det er spesielt viktig å tenke på dette i forhold til rømningsveier.

1.4 Trapp

Trapper bør sikres ved grind. Da må slagretning i forhold til rømningsvei vurderes, samt om åpning og lukking av grind kan øke risikobildet. Trappetrinn kan merkes med antiskli-tape i signalfarger ytterst på trinnene.

1.5 Vindu/balkong/takoverbygg

Vinduer og balkongdører skal være sikret. Mange vinduer kommer med egen sikring. Denne skal regelmessig kontrolleres for å sikre at den fungerer. Dersom denne er ødelagt skal ekstern sikring monteres. I spesielle situasjoner der man vurderer faren for fall ut av vindu for ekstra stor (eks. suicidale pasienter), skal VILLA SKAAR Orgnr. : Tlf.: E-post: Utskrift foretatt 01.02.2019 13.27 Side 5 av 39 www.staminainteraktiv.no vinduer dobbelt sikres. Balkongdører skal sikres på samme måte som vinduer. Dersom balkongdør samtidig er rømningsvei, må sikring ikke være til hinder for rømning. Forriglet lås som åpnes ved brannalarm må da benyttes.



1.6 Snø og is

Uteområder, verandaer/terrasse, utvendige trapper og inngangsparti skal sikres slik at fall forebygges. Dette kan være å holde inngangsparti, utvendige trapper o.l. snøfri, samt å salte/strø områder hvor beboere og personalet ferdes.

2. Tiltak knyttet til sykdomsbilde/behandling

2.1 Sykdom/diagnose

Mange eldre mennesker har redusert førlighet, nedsatt syn eller sykdommer som øker risikoen for fall. Næringsinntak er også et forhold som kan påvirke falltendens. Alt dette skal kartlegges ved innleggelse, samt jevnlig vurderes. Det vises til egne rutiner for kartlegging av beboere i Håndbok for pleien. Fall skal dokumenteres, og tiltak iverksettes dersom risikoen øker.

2.2 Bivirkning av medikamenter

Medikamentbruk kan øke risikoen for fall. Dette må vurderes av legen i medikamentgjennomgang og ved endring av medikamenter på beboere. Ved endring av medikamenter, eller ved eventuelt medikament (akutt), skal bivirkninger og falltendens vurderes og dokumenteres.

2.3 Fall ut av seng/stol

Dersom beboer faller ut av sengen om natten, kan bruk av sengehest vurderes. Vær påpasselig med at beboer ikke får kroppsdeler i klem i sengehesten. Da bør polstret trekk vurderes. Sengehest kan kun benyttes dersom beboer samtykker til dette. Dersom beboer ikke samtykker skal samtykkekompetanse vurderes, og forholdet behandles i forhold til Pasientlovens § 4A. Et alternativ kan også være å senke sengen og ha madrass på gulvet, eller vurdere andre løsninger. Fall fra stol skal behandles på samme måte som i seng. Utfordringen kan løses i samarbeid med fysio-/ergoterapeut og eventuelt med hjelpemiddelsentralen for å få tilpasset stol. Dersom ingen hjelpemidler fungerer kan seler vurderes. Dersom beboer ikke samtykker skal samtykkekompetanse vurderes, og forholdet behandles i forhold til Pasientlovens § 4A. Akuttfasen

Tiltak 3.

Systematisk opplæring om fallrisiko og forebygging av fall og fallskader gjennomføres for alt helsepersonell.

Tiltak 4.

Vurdering av fallrisiko og tilpassede tiltak skal følge epikrise eller sykepleierapport når pasienten overflyttes til hjemmetjenesten, annet sykehjem eller sykehus.

Tiltak i akuttfasen ved alvorlige fall

Det er ansvarlig sykepleier på stedet som har ansvaret for hendelsen. Nedenfor følger en liten huskeliste:

- Vent med å få pasienten opp før du har vurdert skadeomfanget. Dersom beboeren gir uttrykk for sterke smerter eller har symptomer på brudd, skal ambulansen tilkalles (113).
- Sørg for at pasienten ikke forlates ensom.

Rett etter en hendelse:



- Bør legevakt informeres (avhengig av skadeomfang)
- Informere pårørende Informere faglig leder/bestyrer (avhengig av skadeomfang)
- Føre avvik Dokumentere situasjonen i Extensor
- Overvåke beboer, ta relevante målinger og dokumentere over tid Informere neste vaktskift om hendelsen

Arbeid i etterkant (faglig leder/bestyrer):

- Avviksbehandling
- Vurdere hva som kunne vært gjort for å forebygge slike hendelser
- Hva kan vi lære av hendelsen?

Se Beredskapsplan og ROS-analyser for mer informasjon om oppgaver og fremgangsmåter ved kritesituasjoner.

Telefon:

Sylling:

- Faglig leder: 402 03 542 (Thomas Riis)
- Tilsynslege: 907 70 250 (Morten Herlofsen)
- Legevakten: 32 26 90 00
- Ambulanse: 113
- Fylkeslegen i Buskerud: 32 26 66 00, 32 26 69 00
- Bestyrer: 99011644

Jevnaker:

- Faglig leder: 91902286 (Aud Cecilie Østby)
- Tilsynslege: 92439528 (Henning Bang Larsen)
- Legevakten: 61315800/32111111
- Ambulanse: 113
- Fylkeslegen i Oppland: 61266000
- Bestyrer: 90833800 (Hege Tryggvason)

Vestfossen:

- Bestyrer: 95525454 (Inger-Lise Haare)
- Faglig leder: 450893846 (Camilla Berg)
- Tilsynslege: 91 80 27 59 (Erlend Aune)
- Legevakten: 116 117 (Hokksund)
- Ambulanse: 113
- Fylkeslegen i Buskerud: 32 26 66 00, 32 26 69 00

Skaar Omsorg:

- Adm.dir: 918 55 603 (Richard)

ANSVAR:

Alt helsepersonell



Hjelpemidler

Tittel	Hjelpemidler	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	24.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Mobilitet/bevegelse

HENSIKT:

Pasienten skal ha nødvendig ganghjelpemiddel for å kunne være mest mulig selvstendighet i forflytninger, og delta sosialt. Hjelpemiddelet skal være tilpasset, i stand og rengjøres jevnlig.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Registrere behov

Ved innkomst registreres det hva slags hjelpemidler pasienter har, og disse merkes med navn. Fysioterapeut kan være med og vurdere behov for hjelpemidler, søke om varig lån der det er aktuelt og tilpasse hjelpemiddelet.

Søknad om varig lån

Søknad om hjelpemidler gjennom Hjelpemiddelsentralen er regulert av Folketrygdloven §10-7. Behovet må være varig, og gjelder kun hjelpemidler til forflytning som rullator, manuelle rullestoler, og syn- og hørselshjelpemidler. Andre hjelpemidler må kjøpes inn. Bestyrer skal ha beskjed om behov og kostnader til innkjøp. Fysioterapeut er med å vurdere behov.

Kortvarig behov

Ved kortvarig behov benytter vi hjelpemidler vi har tilgjengelig på huset. F eks transportrullestol. Vi har lager for dette på loftet. Vi har mulighet til utlån fra kommunens korttidslager enkelte hjelpemidler vi ikke har mye av, som f eks x l rullestol og Hørat, stemmeforsterker. Disse skal tilbakeleveres innen 3 mnd.

- Søknadsskjema til NAV Hjelpemiddelsentral der beboeren er folkeregisteret. De fleste søknadene her må altså sendes til NAV Hjelpemiddelsentral Oslo. Ofte blir man allikevel henvist til hjelpemiddelsentralen lokalt. For Villa Skaar Sylling vil det si Buskerud.
- Kontaktperson ergoterapeut for Søster Ninas sykehjem er Heidi Høgnæs Rosenvinge, jobb mobil: 40499734.

Daglig vedlikehold og rengjøring

Hjelpemidler sjekkes for eventuelle mangler daglig/ved bruk. Dersom det oppdages feil, som f eks manglende brems på rollator, punktert sittepute i rullestol, så gis det beskjed til daglig leder. Dersom det må skaffes nytt utstyr, gis det også beskjed til fysioterapeut.



Hjelpemidler vaskes ved behov, minimum en gang per måned. Dersom nattevakt skal utføre dette, settes det på skilt "vask meg" og plasseres på ett av de store bada. Vask av rollatorer gjøres helst på dagtid, spesielt dersom personen er ofte oppe på natt.

Månedlig sjekk av hjelpemidler

Primær og sekundær kontakt for hver beboer, har ansvar for å sjekke at hjelpemidler er i orden, og er rengjort hver første fredag i måneden.

ANSVAR:

Pleiepersonell

HENVISING:

Kvalitetsplan
Folketrygdloven §10-7. (lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-15-318)



Respirasjonsfrekvens

Tittel	Respirasjonsfrekvens	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	06.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Respirasjon

HENSIKT:

Sikre at pasienten har adekvat respirasjon.
Normal respirasjon er mellom 12 og 20 pr minutt.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Leiring
- Ved unormal respirasjon kontakt sykepleier

Utfør telling slik:

- Sørg for at du ser at brystkassen hever og senker seg tydelig
- Utfør håndhygiene.
 - Utfør fortrinnsvis hånddesinfeksjon. Håndvask gjennomføres når hendene er synlig forurenset/tilskitnet. For å bryte smitteveier.
- Sørg for at du tydelig ser at brystkassen hever og senker seg.
- For å unngå feilkilder.
 - Fjern ev. tøy og/eller sengklær.
- Legg ev. hånden på pasientens brystkasse/mellomgulv
- Legg ev. hånden på pasientens nedre del av brystkasse/øvre del av mellomgulv eller hold hånden foran nese og munn.
- For å kjenne at brystkassen hever og senker seg, eller føle at pasienten puster.
 - Tell respirasjonen i 30–60 sekunder.
 - Observer og registrer respirasjonsrytme og -mønster.
 - Dokumenter
 - Noter ned frekvensen.
 - For å journalføre den riktige frekvensen. Det er fort gjort å glemme den hvis den ikke noteres ned.
 - Utfør håndhygiene.
 - Utfør fortrinnsvis hånddesinfeksjon. Håndvask gjennomføres når hendene er synlig forurenset/tilskitnet. For å bryte smitteveier.
 - Journalfør respirasjonsfrekvensen, -rytme og -mønster



Respirasjonsmønster

Hyperventilering:

Hurtig respirasjon med mye utlufting. Årsaken kan være nervøsitet, organisk hjerneskade eller metabolsk acidose.

Kussmauls respirasjon:

Kalles den regelmessige, dype, hurtige respirasjonen man kan se hos pasienter med forstyrrelse i syre-base-reguleringen ved nyresvikt og metabolsk acidose ved diabeteskoma.

Hypoventilasjon:

Er nedsatt respirasjon med lite utlufting av CO₂. Det kan ses hos postoperative pasienter, pasienter som har fått for mye smertestillende og pasienter som har ulike typer lungesykdom/-skade.

Apnøisk respirasjon:

Er respirasjon med forlenget, gispende inspirasjon fulgt av en svært kort ineffektiv ekspirasjon, og ses ved skader i pons og midthjernen.

Cheyne-Stokes respirasjon:

Er uregelmessig, rytmisk respirasjon med langsomt stigende og fallende dybde, med apnøperioder på 20-60 sekunder. Dette respirasjonsmønsteret kan ses hos eldre mennesker under søvn, uten at det vanligvis er noe alvorlig, og hos pasienter med alvorlig svikt i sirkulasjonen i hjernen. Medikamenter som påvirker respirasjonen kan også gi dette mønsteret.

Biots respirasjon:

Er jevn respirasjon med apnøperioder. Den kan ses ved spinal meningitt og andre nevrologiske lidelser.

ANSVAR:

Sykepleier
Annet helsepersonell

HENVISNING:

Leiring se prosedyre under søvn, hvile smerter og velvære
Kvalitetsplan



Bruk av O2 konsentrator og rengjøring

Tittel	Bruk av O2 konsentrator og rengjøring	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	06.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Respirasjon

HENSIKT:

Behov for oksygen
Bedre O2 metning
Sikre forsvarlig bruk av konsentrator og sikre god hygiene.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Spesielle hensyn ved håndtering:

- Unngå tildekking: Luftfilteret/luftinntaket til konsentratoren må ikke tildekkes
- Luftfilteret skal skylles en gang pr uke
- Ventilasjon: Konsentratoren bør stå i et normalt ventilert rom, da det utvikles varme når den er i drift. Det er ingen økt brannfare hvis ventilasjonen er tilfredsstillende.
- Unngå fukt: Oksygenkonsentratoren er en elektrisk drevet maskin og skal derfor ikke brukes i fuktig atmosfære. Du kan om nødvendig ha konsentratoren stående utenfor badet og strekke oksygenlangen inn når pasienten, bader, barberer seg eller går på toalettet
- Plassering: Mange velger å ikke ha den på soverommet pga. støy. Det kan brukes inntil 15 m oksygenlange uten at dette påvirker behandlingsresultatet. Slangen må ikke komme i klem eller i nærheten av varmekilder.

Rengjøring:

- Fukting: Dersom pasienten bruker fukteflaske stilles det spesielle krav til hygiene. Skift vann ofte og skyll flasken godt!
- Oksygenlanger bør ved bruk av fukting skiftes ca. en gang i måneden.
- Nesekateter bør skiftes en gang i uken.
- Personer med lungesykdom bør ikke utsette seg for unødig infeksjonsfare.

Oksygenkonsentratoren skal slås av ved påfyll av fukteflaske

ANSVAR:

Sykepleier og alt helsepersonell i avdeling hvor konsentrator blir brukt

HENVISING:



Kvalitetsplan



Sanser/kommunikasjonskapasitet

Tittel	Sanser/kommunikasjonskapasitet	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2011	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	03.11.2015
Revisjonsnummer		Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Sanser/kommunikasjon

Hørsel

Klager pasienten over dårlig hørsel, eller bruker pasienten hjelpemidler, må du snakke spesielt høyt, tydelig og/eller langsomt for at pasienten skal oppfatte hva du sier, er det vansker med å oppfatte det som blir sagt på TV og/eller radio, vansker med å oppfatte det som blir sagt når det er støy i rommet?

Syn

Bruker pasienten briller, er det vanskeligheter med å lese eller se på TV, er det vanskelig å finne igjen gjenstander som er mistet, trengs det ledsager eller er det usikkert å ferdes ute/inne på egenhånd?

Lukt, smak og berøring

Redusert eller sterk lukte-/smakssans, fravær av
Følesans – God eller redusert evne til å kjenne trykk, berøring, smerte og temperatur. Oversensibile.

Nevropati

(nerveskade pga. dårlig regulert blodsukker) medfører redusert evne til å føle trykk, berøring, smerte og temperatur – vanligst i ben og armer. Symptomer: prikking, stikking, nummenhet, balansevansker, følelse av å gå på «puter», noen ganger ingen symptomer.

Kommunikasjon

Språkevne og språkforståelse: Nedsatt oppmerksomhet/bevissthet. TALE – tydelig/ utydelig. Evne til å uttrykke behov og tanker. Taleflyt, ordleting, setningsdannelse, vansker med å komme på navn på personer og ting, bruker omskrivninger. Evne til å forstå ord og setninger, leseforståelse, skrive- og leseevne.

Nonverbal kommunikasjon

Ansiktsuttrykk, blikk, kroppsholdning, bevegelser. Samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Blodsirkulasjon

Blodtrykk normalt, forhøyet, lavt. Har pasienten blødning, ødem, cyanose. Er pasienten blek eller kaldsvett, har han feber, fryser, frostanfall. Er huden på ekstremitetene kjølig, varm, blek eller rød. Har pasienten



smerter pga. ischemi eller har han åreknuter, leggsår/trykksår, hudforandringer, hudfarge og temperatur på føtter. Tromboflebitt, intravenøst/venekateter.



Redusert syn og hørsel

Tittel	Redusert syn og hørsel	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Sanser/kommunikasjon

HENSIKT:

At forholdene legges til rette så pasientene får benytte sine syns og hørsels rester optimalt både i samtale og i miljøet på en best mulig måte.

At alt helsepersonell har fokus på å fange opp pasienter som har redusert syn og hørsel.

At alt helsepersonell har kunnskap om:

- Hvordan det kan oppleves å ha redusert syn og hørsel
- Tiltak som kan lette situasjonen for pasienter med redusert syn og hørsel

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Ved innkomst er det viktig å få kjennskap til syns- og hørselsstatusen til den enkelte pasient. Dette tas opp i inkomstsamtalen og vi spør pasienten når han sist har hatt kontakt med lege, optiker eller høresentral i forbindelse med syn og hørsel.
- Vurderer på først legevisitt om en syns- og eller hørselsutredning bør foretas.
- Vi registrerer hva slags hjelpemidler de bruker i forhold til syn og hørsel.
- Personalet gjøres kjent med nettstedet Sansetap.no, og bruker syns- og hørselssimulatoren der.
- Dersom pasienten har en syns og/eller hørselshemning tilrettelegges det for at pasienten kan benytte sine syns - og hørselsrester optimalt både i samtale og i miljøet.
- Det er vår oppgave å se til at syns- og hørselshjelpemidler er i orden og brukes på rett måte. For eksempel: Merking av hva som er lese- og gåbriller, passe på at de er nypusset daglig. Daglig rengjøring av høreapparat og passe på batteriskift.

LYSFORHOLD:

- Lys fra vinduer kan ofte blende personer med nedsatt syn. Disse vinduene bør blendes for at det skal bli lettere å se konturene og forskjellene på gulv og vegger.
- Prøve å unngå blanke flater og gulv da disse kan skape gjenskinns og oppleves blendene.
- Påse at det er godt lys fra taket og punktbelysning der pasienten sitter.

KOMMUNIKASJON:

- Ta fysisk kontakt og si hvem vi er
- Hold eventuelt fysisk kontakt under samtalen, eller lene oss nærmere – avhengig av person og situasjon



- Snakk langsomt og tydelig i korte setninger
- Si tydelig hvilket tema du snakker om
- Henvis til kjente referanser
- Snakk en om gangen
- Unngå bakgrunn støy
- Ta deg god tid
- Svar alltid tilbake
- Stå ansikt til ansikt med den du snakker med
- Pass på å få lys på ditt eget ansikt, stå f. eks ikke med ryggen til et vindu, da vil den du snakker med blendes og ikke kunne støtte seg til munnavlesning
- Pasienter med hørselshemming leser ofte på munnen og støtter seg til kroppsspråk og naturlige tegn hos den som snakker. Vend ikke ryggen til den du snakker med, men sørg heller for å få godt lys på ansiktet slik at munnbevegelser og mimikk er synlig når du snakker. Dette kan gjøre det lettere å forstå.
- Si fra før du forflytter deg til et annet rom. Personer med nedsatt syn og hørsel har problemer med å orientere om hvor andre personer beveger seg. Det er derfor en god regel å si fra før man forflytter seg til et annet rom.
- Sørg for å få satt av tid - mer tid enn vanlig når du samhandler med denne gruppen pasienter. Ved nedsatt syn og hørsel er kommunikasjonen mer tidkrevende enn vanlig. Talefarten må senkes og setninger må ofte sies på en annen måte dersom man ikke blir forstått. Raske beskjeder i forbifarten blir ikke oppfattet. Det må derfor avsettes mer tid når man gir tjenester til personer med både syns- og hørselsnedsettelse.
- Lag avtaler som ivaretar den enkeltes behov for system. For at pasienter med syns- og hørselsnedsettelse skal ha en viss kontroll over sitt eget rom er det viktig at de får bestemme hvor ting skal være og at alle som er inne hos dem er innforstått med disse reglene og kjenner den enkeltes særskilte behov.
- Reduser antall omsorgspersoner. Det er ønskelig at denne gruppen pasienter har få personer å forholde seg til. Det tar tid å bli kjent med andre mennesker og det tar ekstra lang tid for den som har nedsatt syn og hørsel.
- Korridorer. Ryddige korridorer for at pasienter med synsnedsettelse skal kunne bevege seg uhindret fra oppholdsrommet til sitt eget rom. Gjenstandene som må stå på gangen skal alltid stå på den ene siden av korridoren slik at den andre siden blir en trygg og sikker gangvei.
- Tredimensjonale skilt. For synshemmede settes det opp tredimensjonale navneskilt eller en annen gjenstand på døren deres hvis de har vanskelig for å finne rommet sitt. De kan da bruke hendene og kjenne at de har kommet rett.

ANSVAR:

Tilsynslegen
Sykepleier
Øvrige helsepersonell

HENVISING:

Sansetap.no. Syn- og hørselstap hos eldre. Legetidsskriftet, «Konsekvenser og kompenserende tiltak». Lise Øverland



Kjøkkenets ansvar i ernæringsarbeidet

Tittel	Kjøkkenets ansvar i ernæringsarbeidet	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	07.10.2019
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Skikkelstadøddegård Veronica Valstad
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

Hensikt:

Hensikten med denne prosedyren er å ha en klar ansvarsfordeling i ernæringsarbeidet. At vi har et godt tverrfaglig samarbeid når det gjelder pasientens ernæring.

Fagansvarlig kjøkken:

- Ansvarlig for å tilby næringsrik, variert og helsefremmende kost. Samarbeide med avdelingene slik at beboernes behov og ønsker sikres.
- Er leder av ernæringsgruppa.
- Har ansvar for å innkalle til og lede møtene med matkontaktene, faglig leder og ved behov bestyrer.
 - Spesiell informasjon og/ eller problemstillinger når det gjelder tilbud, ønsker og behov meldes som sak til disse møtene.
- To ganger i året skal det gjøres en evaluering av rutinene rundt matstellet og måltidene, herunder også anretning.
- Hvis manglende ressurser eller prioriteringer av ressurser er årsak til avvik, er fagansvarlig kjøkken ansvarlig for å ta dette opp med daglig leder evt. i møte m/lederteamet..
- To ganger i året skal det være en evaluering av middagsmenyen og det skal så langt det er mulig tas hensyn til beboernes ønsker og årstidstilknyttet mat.
- Ha samtale med beboerne angående kostønsker, og særskilt beboere som er i risikogruppen for/eller som har feil- og/eller underernæring.
- Bistå i arbeid med ernæringsplan til overstående grupper.
- Undervisningsplikt til annet kjøkken personell og annet personell på postene.
- Ansvarlig for å være konsulent i spørsmål ang. ernæring og kosthold
- Ansvar for utforming og gjennomføring av retningslinjer/prosedyrer på kjøkkenet og postkjøknene.
 - Arbeidsrutiner/ - prosedyrer
 - Ernæringsrutiner/ - prosedyrer
- Skal ta jevnlig kontroll av postkjøkkenene for å sjekke hygiene og orden generelt, i tillegg til å se at temperatur i kjøleskapene følges opp av avdelingen.

Kjøkkenpersonell:

- Skal tilpasse menyen etter pasientenes ønsker
- Tilberede varmmat så tett opptil middagstidspunktet som mulig.
- Sjekke temperatur på maten før matrallene hentes.
- Bistå fagansvarlig kjøkken med oppgaver delegert av vedkommende.





Ernæringsgruppe

Tittel	Ernæringsgruppe	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.06.2017
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT:

Ernæringsgruppen skal følge opp og sikre at sykehjemmets arbeid med å forebygge feil- og underernæring, og være med å opprettholde en høy standard på ernæringsarbeidet. Disse skal også være bindeledd mellom kjøkken og det øvrige pleiepersonalet

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Holde ernæringsmøter fire ganger i året eller oftere ved behov.
- Ansvar for kompetanseheving innen ernæring av de ansatte.
- Sikre en god informasjonsflyt om ernæring.
- Etablere og vedlikeholde gode rutiner for å sikre tilfredsstillelse av pasientenes grunnleggende behov for mat og drikke.
- To ganger i året skal det foretas en evaluering av rutiner rundt matstell og måltider.
- To ganger i året foretas en evaluering av middagsmenyen ut i fra pasientenes ønsker.

MÅLSETTING:

Ernæringsgruppa skal ha et tverrfaglig samarbeid med det øvrige pleiepersonell og dele kunnskap om ernæring.

ANSVAR:

Faglig ansvarlig på kjøkken
Faglig leder
Matkontakt fra hver avdeling/avdelingsleder
Ved behov bestyrer/tilsynslege



Matkontakt

Tittel	Matkontakt	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	10.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT:

- Bindeledd mellom kjøkken og avdeling.
- Sette ernæring i fokus på avdelingene.
- Sikre god flyt av informasjon mellom avdelingene og kjøkkenet.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Delta på kurs og tilrettelagt undervisning for å øke egen kunnskap om ernæring.
- Delta i møter i ernæringsgruppa.
 - Videreformidle informasjon fra ernæringsmøtene til arbeidskolleger på avdelingen, og ellers dele av sin kunnskap om ernæring.
 - Ta ansvar i kostholdsspørsmål.
- Benytte ernæringsgruppa til:
 - Videreformidle pasientenes spesielle behov og ønsker innen mat og drikke.
 - Diskutere aktuelle problemstillinger innen ernæring.
 - Videreformidle ros og ris fra avdelingen. Avvik skrives når det er nødvendig.
- Matkontakten skal være en pådriver i ernæringsarbeidet sammen med ledende sykepleier, fagsykepleier og fagansvarlig kjøkken. Matkontakten skal ta ansvar i kostholdsspørsmål i egen avdelingen.
- Samtal med pasientene om deres spesielle ønsker i forhold til kosthold, middagsmeny, yndlingspålegg, allergi, konsistens m.m. Ved ny pasient, og ved endringer hos inneliggende pasienter som har konsekvenser for den maten hoved kjøkkenet skal produsere, føres det på eget sted i Extensor.
- Påse at det føres «Matregistrering» på pasienter som er nye, har endret matinntak og eller har gått ned i vekt.
- Før nye pasienter opp på avdelingens Kostoversikt/Kostlister. Dette er en fellesoversikten over hva alle pasientene på avdelingen pleier å spise til de enkelte måltidene. Oversikten evalueres fortløpende i forhold til endringer hos den enkelte pasient.
- Påse at alle Pasientene blir veid en gang pr. mnd, men ukentlig ved underernæring.
- Kontrollere tygge- og svelgefunksjon hos risikopasientene jevnlig i samarbeid med primær- og sekundærkontakt. Søk råd hos ledende sykepleier evt. tilsynslege om det er mistanke om behov for tannlege.
- Rapporter om pasientene som har ernæringsmessige problemer.
- I samarbeid med øvrig personell på avdelingen jobbe for at måltidene blir hyggelige og sosiale samlingsstunder, og at de som trenger det får tilpasset hjelp, nok tid og ro under måltidene.
- I samarbeid med sykepleier og annet personale undersøke hva slags hjelp og tilrettelegging pasienten trenger under måltidet – for eksempel: Sittestilling, tilpassede spiseredskaper, konsistens på mat m.m. Det finnes en perm på hver avdeling angående tygge og svelgeproblemer(dysfagi).



- Foreta en evaluering av middagsmenyen sammen med de beboerne som ønsker det, 2 ganger pr år.
- Dokumentere underernæring, de undersøkelser som blir utført og de tiltak som settes i gang, og virkning/resultat.

ANSVAR:

Ledende sykepleier
Matkontakt
Sekundærkontakt
fagansvarlig kjøkken



Spisesituasjonen

Tittel	Spisesituasjonen	Avdeling	Alle
Opprettet	16.06.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.04.2019
Revisjonsnummer	9	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT

- Sikre gode rammer rundt måltidene og at måltider serveres på gode tidspunkt
- Sikre at måltider oppleves hyggelig stund

BESKRIVELSE AV TILTAK

Måltidene er en av dagens viktigste gjøremål. Du skal medvirke til at det er en koselig og avslappet atmosfære rundt måltidet. Stress hemmer appetitten, og har dårlig innflytelse på fordøyelsen. Unngå dårlig luft der vi spiser. Hvis du skal mate/hjelpe noen ved bordet, husk å sette deg ned. Maten skal være varm, også til de som må mates. Husk små porsjoner. Tilby påfyll istedenfor for store tallerkener full av mat. Legg maten pent på tallerken, det skal se delikat og velsmakende ut. Det gjør også noe med matlysten og vår alles trivsel. I spisestuen sitter alle rundt et stort spisebord. Bruk servietter/smekker kun når det er behov for det. Hvis noen har vært uheldig og sølt på seg, husk alltid å bytte til rent tøy. Ingen liker å gå flekkete.

Vær oppmerksom på at personer med demens kan bli urolige om det er for mye på bordet, og at duker og servise uten mye mønster skaper mer ro enn mønstrete. Det anbefales at det sitter maksimalt ni personer rundt spisebordet.

Bordplasseringen legger føringer for samtale og sosialt fellesskap. Det er viktig å finne ut hvem av beboerne/pasientene som trives med å sitte sammen og spise. Ofte vil det være lurt å sette sammen de som har relativt samme funksjonsnivå.

Dette kan vekke appetitten til beboerne.

Måltidsstruktur

- Tidlig frokost skal alltid tilbys (f.eks. ½ brødkive med pålegg, melk, surmelk, yoghurt med müsli, varm melk med honning, havregrøt) til de som våkner ekstra tidlig.
- Frokosten skal fortrinnsvis serveres mellom kl. 09-10, med rom for tilpasninger etter hva beboerne/pasientene selv ønsker.
- Lunsj skal fortrinnsvis serveres mellom kl. 12-14.
- Middag skal fortrinnsvis serveres mellom kl. 16-18.
- Kvelds skal fortrinnsvis serveres mellom kl. 19-21, med rom for tilpasninger etter hva beboerne/pasientene selv ønsker.
- Sen kvelds skal alltid tilbys (f.eks. ½ brødkive med pålegg, melk, surmelk, yoghurt med müsli, varm melk med honning, kakao, kjeks med pålegg) til de som er sent oppe.
- Beboerne/pasientene som er våkne i løpet av natten skal alltid tilbys mat eller drikke.



- Det skal være tilbud om mellommåltider for de som ønsker eller har behov for det. F.eks. vafler, frukt med yoghurt og nøtter, gjærbakst, kaker, lefser, kjeks med pålegg, smoothie.
- Det skal serveres frisk frukt eller bær daglig.
- Dessert/kaker kan gjerne serveres daglig.
- Beboerne/pasientene skal bli spurt om sine ønsker og preferanser ved utarbeidelse av plan for måltidsrytme ved institusjonen.

Måltider

Tilrettelegging av spisesituasjonen

- Det skal tilrettelegges for at beboerne/pasientene kan delta aktivt i frokosten ved å hjelpe til med pådekkning, opprydding og servering av kaffe/te dersom det er ønskelig og mulig.
- Sørg for at det er god og frisk luft i rommet før måltidet, og pass på at gardinene er trukket fra vinduet og at det er god belysning.
- Pålegg skal fortrinnsvis anrettes på serveringsfat med serveringsbestikk og brød/knekkebrød skal ligge i brødkurver. NB! Individuelle behov.
- Tenk på forhånd gjennom bordplassering. Vurder behov for faste plasser og navneskilt.
- Ansatte som serverer mat skal vaske seg på hendene før måltidet. Se rutiner for arbeid på anretning.
- Bruk serveringsbestikk ved utdeling av mat fremfor å ta på maten med hender/hansker.
- Beboerne som ønsker å spise på rommet sitt skal fortrinnsvis serveres først. Servering på felles spiserom starter når alle som ønsker det sitter ved spisebordet.
- Det skal tilstrebes at ansatte sitter ned sammen med beboerne under måltidet. God arbeidsfordeling for hvem som skal sitte ned og hvem som skal servere er viktig.
- Hjelp hver enkelt beboer i måltidet som beskrevet i kvalitetsplan. Utgangspunktet er at de skal gjøre det de klarer selv. F.eks. melk/juice i glasset, forsyne/smøre mat.
- Sjekk hvilke hjelpemidler beboerne/pasientene skal ha under måltidet i kvalitetsplanen.
- Måltidet skal gjennomføres på en slik måte at beboerne opplever ro og hygge. Ansatte skal samtale med beboerne, og ikke med hverandre. Forstyrrende stimuli som TV, radio, musikk, telefoner og oppvaskmaskin må være skrudd av eller satt på lydløs. Ansatte skal ikke rydde før måltidet er avsluttet.
- Ansatte skal ha et bevisst forhold til bruk av smekker, og skal vurdere alternativer som f.eks. tøyservietter eller kjøkkenhåndkle dersom beboerne ønsker det.
- Utdeling av medisiner og næringsdrikker skal kun skje dersom det er nødvendig.
- Pass på at beboeren sitter godt ved spisebordet. Obs! De som sitter i rullestol.
- Ved behov for påsmurt mat server fortrinnsvis små porsjoner og tilby påfyll.
- Hvis beboeren trenger hjelp til å dele opp eller mose maten, kan du gjøre det ved bordet etter at maten er servert.
- Det er viktig at beboerne med behov for spesialkost/diett får riktig mat. Ved allergier må eget serveringsbestikk benyttes ved tilberedning og servering.
- Hjelp beboere som har behov for berikning som beskrevet i tiltaksplanen. F.eks. ekstra smør, doble pålegg, energiholdig drikke.
- Maten skal pyntes på en delikat måte med mindre beboerne ikke ønsker det. F.eks. agurkskive, paprika eller tomatkive på leverpostei, hvitost, påleggssalat, makrell i tomat, sursild, blåmuggost og egg, syltetøy på brunost.
- Det skal tilrettelegges for at måltidet blir en arena for hygge og sosialt samvær. F.eks. å bruke samtaletema, lese avisen/diktsamling. Musikk i bakgrunnen?
- Ha gode rutiner for når det er akseptabelt å gå fra bordet da det kan være forstyrrende.
- Det skal tilbys alternativer til de som ønsker noe annet.
- Berik middagen til aktuelle beboere/pasienter som beskrevet i kvalitetsplanen. F.eks. ekstra kremfløte i suppen, rapsolje i sausen, rømmeklatt ved siden av maten.



- Under middagen skal det være tilgjengelig ekstra krydder eller smakstilsetning for de som ønsker det. F.eks. salt, pepper, karri, timian, dill, sitron, dressing, smeltet smør.

Frokost

Til frokost kl. 09:00 servers det brødsriver med melk, juice, kaffe og te. Alle beboere som greier å smøre maten sin selv, gjør det. Beboerne hjelpes til bordet, og hver enkelt får velge hva de vil ha å drikke og spise. Pleierne hjelper til med frokosten og sitter sammen med beboerne. Medisiner deles ut etter at beboerne har satt seg.

Frukt og drikke

Det serveres frukt, smoothie og saft e.l. kl. 11:00.

Lunsj

Lunsjen serveres kl 13:00 og er et lettere måltid, og kan serveres der man er. For eksempel på aktivitetsrommet, ute på terrassen, på tur, som piknik i parken, ved grillen eller lignende. Den trenger ikke være et fellesmåltid i spisestueene, og skal helst ikke avslutte aktiviteten. Lunsjen vil ofte bestå av suppe, salat, omelett, hjemmebakket brød/rundstykker, lasanje og lignende.

Middag

Middagen serveres kl. 16:00. Maten kommer fra kjøkkenet i bakker, og serveres på tallerken til beboerne. Pleierne sitter ved bordet og hjelper til.

Middagsmeny skal henges opp godt synlig for beboerne/pasientene og pårørende.

Kaffemåltid

Det er kaffe med kake/kjeks eller gjærbakst etter kl. 16:00.

Kveldsmat

Kveldsmaten serveres kl. 19:30 som frokost. Det blir brukt alle typer ost, kjøtt- og fiskepålegg, egg, syltetøy og forskjellig middagsrester.

Mat utenom måltider

Vi skal strekke oss langt for å imøtekomme beboernes individuelle behov og ønsker knyttet til mat. Det er derfor rom for å få mat utenom de ordinære måltider. Kjøkkenet er behjelpelig med dette i åpningstiden. Det er kjøleskap og mikrobølgeovn/konfyr på anretningene slik at pleierne kan tilby mat utenom kjøkkenets



åpningstid. Det tilbys senkvelds til de som er lengre oppe. Denne serveres ca kl. 22:00. De som våkner tidlig får tilbud om mat/grøt før frokost.

Vi skal oppfordre beboere til å innta nok veske, og alltid ha vann, juice og saft stående.

Spesielle anledninger

På fødselsdager er det beboeren som får bestemme hva som skal serveres til middag. Vi inviterer også pårørende til bursdagsfest og serverer middag, kake eller lignende for selskapet. Da bruker vi ofte egne rom (spisestue, peisestue, loftsrom avhengig av bygg) hvor beboer og pårørende kan spise sammen uten å bli forstyrret av øvrige beboere.

Dersom beboer får besøk, skal de pårørende få tilbud om mat. Da kan vi også servere dette i tidligere nevnte rom.

Ved større selskap på huset kan pårørende bestille mat, snitter, kaker og lignende på kjøkkenet. Det betales da kostpris for tjenesten.

Individuell tilpasning

Vi skal sette sammen dietter etter behov og ønsker, samt tilbrede de måltider som plasser inn i aktivitetstilbudet den dagen Vi skal etterkomme beboernes ulike ønsker, og dersom en beboer av ulike årsaker ikke kan eller ikke ønsker å spise bestemte retter, så skal det tilbys en alternativ rett.

Da mat er viktig for våre beboere så skal de tas de med på råd og oppfordres til å komme med ønsker til menyer, pålegg, type kaker, hva man er vant med å spise i høytiden o.s.v.

ANSVAR

- Pleiepersonel
- Kjøkkenpersonell

REFERANSER

- Kosthåndboken
- Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre
- Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021), Helse- og omsorgsdepartementet 2017
- Mat styrker og gleder. Overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet 2018-2022, Helseetaten 2018
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Helse- og omsorgsdepartementet 2003
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), Helse- og omsorgsdepartementet 2011
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet 2009
- Nasjonale faglig retningslinje for demens, Helsedirektoratet 2017
- Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2016



Vektkontroll

Tittel	Vektkontroll	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2014	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	17.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT:

For å ha kontroll med vektendring så en kan sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, og for bruk ved utregning av ernæringsstatus.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

1. Alle nye pasienter veies ved innkomst – helst innen 1 til to dager, men ihvertfall innen en uke etter ankomst.
2. Pasientene kontroll-veies hver måned.
3. Underernærte og syke pasienter skal veies hver uke.
4. Vektkontrollen foretas på morgenen etter at blæren er tømt og uten klær (evt. ha på undertøy) for eks. den dagen de skal dusje.
5. Det skal brukes samme vekt hver gang. De som ikke står bruker sittevekten. NB! Husk at denne må låses under transport!
6. Vekt registreres i laboratoriemodulen i Extensor av syklepleier på avdelingen.

ANSVAR:

Matkontakt,
Primærkontakt
Sekundærkontakt



Oppfølging pasient i fare for eller som er underernært

Tittel	Oppfølging pasient i fare for eller som er underernært	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT:

Oppfølging av pasient med risiko for eller som har feil-/underernæring eller dehydrering.

Formålet er å forebygge underernæring og dehydrering, som er situasjoner som ofte forekommer på sykehjem i Norge. De motsatte ytterpunkter som overvekt og for stort væskeinntak er også utfordringer, men forekommer ikke like hyppig.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Innsamling av data og vurdering.

1. Vektkontroll fire ganger i måneden ved fare for eller ved underernæring.
2. Høyde:
 - Stående inntil en vegg
 - Liggende rett i sengen fra toppen av hodet til helen.
 - Eller måle underarmslengden (ulna). Da måler vi avstanden fra tuppen av albuen (olecranon) til midten av håndleddsbeinet (prosessus styloideus) helst på venstre side, og bruker følgende formel for å regne ut høyden ved hjelp av denne lengden:
 - Menn under 65 år: Høyde =(ulna) cm x 3,6 + 79,2
 - Menn over 65 år : Høyde =(ulna) cm x 3,15 + 86,3
 - Kvinner under 65 år: Høyde =(ulna) cm x 2,77 + 95,6
 - Kvinner over 65 år: Høyde =(ulna) cm x 3,25 + 80,4
3. Kostregistrering: I 2 til 4 dager og bruk skjema «Kostregistrering»
4. Tannstatus: Hvis den ikke er kjent, ta en grundig undersøkelse. Bruk skjema «ROAG norsk versjon»
5. Tygge/svelgefunksjon: En inngående vurdering, se prosedyre «Spise- og svelgvansker.»
6. Avføringsvaner.
7. MNA-skjema: Fylles ut i løpet av de 14 første dagene pasienten er innlagt. Ved underernæring fyller MNA-skjema ut hver måned.
8. Bruk «Huskeliste for ernæringsobservasjon» når det samles opplysninger om
9. pasientens ernæringsstatus.
10. Legen vurderer ernæringsstatus ved klinisk vurdering:
 1. Vekttap, BMI.
 2. Blodprøver: Hb, SR, jern, vit. B12, gluc., HbA1C hos diabetikere, NA, K, Ur+,
 3. Kreat, ASAT, ALAT, Alb, T4 og TSH, vit. D
 4. Urinstix, evt. mikro.
 5. Medikamentanalyse der dette er aktuelt.



6. Legemiddelgjennomgang
7. Overstående opplysninger sammenholdes mot øvrige innsamlede data.
8. Samtale med pasient om ønsker i forbindelse med ernæring, måltidsmiljø og vaner/ønsker.
11. Fagligansvarlig kjøkken, faglig leder, lege, matkontakt evt. ernæringsfysiolog lager en individuell ernæringsplan med tilpasset kost. Oppfølgingssamtale med pasienter der dette er nødvendig - om kosthold, godt måltidsmiljø, evt. skjerming under måltidene. Vær alltid lydvår for pasientens ønsker og behov!
12. Tiltakene vurderes fortløpende og sammenholdes med vekt og pasientens tilstand. Viktig at tiltak, vurderinger, matinntak og effekt dokumenteres grundig og fortløpende så vi har et godt grunnlag å evaluere ut ifra.

ANSVAR:

Tilsynslege
Faglig leder, primær- og sekundærkontakt
Fagansvarlig kjøkken
Matkontakt.

HENVISING:

Skjemaer til bruk:

- Ernæringsplan
- Kostregistreings skjema
- Tannstatus ROAG skjema Norsk versjon
- MNA skjema
- Avføringsregistrerings skjema
- Huskeliste for ernæringsobservasjon



Protein- og energibehov

Tittel	Protein- og energibehov	Avdeling	Alle
Opprettet	16.07.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.01.2012
Revisjonsnummer		Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av		Kategori	Pleie Ernæring

Beregning av energibehov⁶⁾

Veiledning for beregning av energiforbruk for ulike kategorier pasienter i alderen 30-70 år	
Sengeliggende pasient	29 kcal/kg
Oppegående pasient	33 kcal/kg
Pasient i oppbyggingsfase	40 kcal/kg
Korrigeringsfaktorer for beregning av energibehov	
Mager	+ 10 %
Alder 18-30 år	+ 10 %
Alder over 70 år	- 10 %
Adipøs	- 10 %
Febril	+ 10 % for hver grad temperaturstigning
Pasientens energibehov pr. døgn	

Beregning av proteinbehov⁷⁾

Anbefalt daglig proteininntak hos voksne pr. kg kroppsvekt	
Friske	0,75 – 1,5 – 1,7 g/kg/døgn
Syke	1,5 – 2,0 g/kg/døgn

Gjengitt med tillatelse fra arbeidsgruppen for entaral og parenteral ernæring, www.nske.no



MATVARE	ENHET	MENGDE SPIST	KCAL	SUM KCAL	PROTEIN	SUM PROTEIN
Kneipp/grovbrød	½ skive *		90		3	
Loff	½ skive *		85		2	
Rundstykke	½ stk *		130		5	
Knekkebrød	1 stk *		120		3	
Frokostblanding	1 pors u/melk		132		5	
Corn flakes	1 pors u/melk		70		0	
Havregrøt	1 pors		170		8	
Risgrøt	1 pors		185		8	
Egg	1 stk		80		7	
Yoghurt(Duo kar.)	1 beger		230		5	
Yoghurt (frukt)	1 beger		160		6	
Is	1 beger		290		5	
Eple	1 stk		45		0	
Banan	1 stk		100		1	
Appelsin	1 stk		40		1	
Middag	1 pors		350		19	
Dessert	1 pors		150		4	
Suppe (salt)	1 pors		80		3	
Havresuppe (melk)	1 kopp 100 ml		75		4	
Havresuppe (vann)	1 kopp 100ml		9		0	
Kake	1 stk		220		4	
Tørr kjeks	1 stk		40		1	
H-melk, kefir	1 glass		100		5	
Lettmelk, Biola	1 glass		70		5	
Sk. melk (søt/sur)	1 glass		50		5	
Appelsinjuice	1 glass		70		1	
Saft, brus	1 glass		60		0	
Sukkerbit	1 stk		8		0	
Sjokolade	1 stk (60 g)		340		5	
Nutridrink	1 boks		300		12	
Nutridrink Protein	1 boks		300		20	
Fresubin Protein Energy Drink	1 boks		300		20	
Nutridrink Juicestyle	1 boks		300		8	
Resource Addera Plus	1 boks		250		8	
Fresubin ProvideXtra	1 boks		300		8	
Til sammen						

* Inkludert smør/margarin og pålegg.

Beregnet energibehov for å opprettholde vekten: Aktuell vekt x 30 kcal:

Beregnet proteinbehov: Aktuell vekt x 1 gram protein:

Ved ønsket vektoppgang er det behov for et høyere inntak!

Sist oppdatert 10.12.09



Kartlegging av næringsinntak

Tittel	Kartlegging av næringsinntak	Avdeling	Alle
Opprettet	15.07.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	15.01.2016
Revisjonsnummer	5	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av		Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT

Forhindre feilernæring, underernæring eller overvekt.

Få raskt oversikt over endringer i BMI og raskt kunne iverksette tiltak på lavest mulig nivå i ernæringstrappen.

BESKRIVELSE AV TILTAK

Hver beboers BMI (Body Mass Index) skal kartlegges ved ankomst. Da iverksettes også en 14 dagers kartlegging av næringsinntak. På grunnlag av dette og tidligere sykdomshistorie, samt individuelle ønsker og behov (dietter o.l.) tilrettelegges kost og næringsinntaket.

Status i beboerens BMI kontrolleres ved månedlig veiing, og spisesituasjonen vurderes sammen med revisjon av tiltaksplan på koordineringsmøtene.

Vi benytter også MNA (Mini Nutritional Assessment). Dette er et screeningverktøy som kan identifisere geriatriske pasienter fra 65 år og oppover som er underernært eller i risikozonen for underernæring. Skjemaet ligger i håndboken "Ernæringsplan". Vi har en intensjon om å screene beboere ved innkomst av nye beboere, ved dokumentert vektnedgang, og ellers minimum hvert halvår for beboere i faresonen.

Dersom det oppstår urovekkende forandringer i BMI eller at andre forhold tilsier det (sykdomsutvikling), skal det gjennomføres NMA og det utarbeides en individuell ernæringsplan. Planen skal inneholde mål og tiltak for beboeren, samt nødvendige skjema som "Drikkeliste" og "Kontroll av næringsinntak". Ernæringsplanen oppbevares i rapportpermen. Når mål i ernæringsplanen er nådd, kvitteres det for avsluttet i planen og denne dokumentasjonen skannes og legges i beboerens journal. Dersom mål ikke nås, skal planen vurderes og revideres. Dette gjøres på koordineringsmøtene. Parallelt med at Ernæringsplan igangsettes oppdateres beboerens kvalitetsplan.



Skjema for kartlegging av næringsinntak

Skjemaet nedenfor skal oppbevares i medisintralla sammen med beboerens individuelle ernæringsplan. Skjemaet skal fylles ut av den som registrerer næringsinntaket. I tillegg til oppføring i skjemaet skal data legges inn i "Laboratoriet" i beboerens journal.

Husk å skrive ned hva som inntas og mengden på næringsinntaket.

Beboer					
Dato	Frokost	Lunsj	Middag	Kvelds	Annet

Beboer					
Dato	Frokost	Lunsj	Middag	Kvelds	Annet



Kartlegging av inntak av væske (drikkeliste)

Tittel	Kartlegging av inntak av væske (drikkeliste)	Avdeling	Alle
Opprettet	15.07.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.01.2012
Revisjonsnummer		Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av		Kategori	Pleie Ernæring

Skjemaet nedenfor skal oppbevares i medisintralla sammen med beboerens individuelle ernæringsplan. Skjemaet skal fylles ut av den som registrerer veskeinntaket. I tillegg til oppføring i skjemaet skal data legges inn i "Laboratoriet" i beboerens journal.

Husk å skrive ned hva som inntas og mengden på veskeinntaket.

Ett melkeglass = 150 ml

En tutekopp i plast (opp til nederste rille) = 200 ml

En plastkopp med to hanker = 300 ml

Beboer							
Dato	Tid/mengde	Tid/mengde	Tid/mengde	Tid/mengde	Tid/mengde	Tid/mengde	Tid/mengde



Spise og svelgevansker

Tittel	Spise og svelgevansker	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2014	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT:

Dysfagi kan oppstå som følge av skade i muskler og nerver som kontrollerer normal svelging. Dette er ikke en sykdom i seg selv, men et symptom som kan forekomme ved mange ulike tilstander og sykdommer. Pasientene får tilpasset konsistens på mat å drikke og unngår aspirasjon til luftveiene. Måltidene og situasjonen rundt er tilpasset den enkelte pasient og oppleves som god.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

TEGN PÅ DYSFAGI:

- lekkasje av mat og drikke fra munnen.
- Langsom bearbeiding av maten.
- Hamstring av mat i munnen.
- Problemer med å svelge.
- Hoste og harking før, under eller etter svelging.
- Surkling i halsen.
- Uren stemmekvalitet.
- Følelse av smerte i hals, brystkasse eller rygg.
- Økt slimproduksjon.
- Endret pustemønster.

TEGN PÅ ASPIRASJON: - mat og drikke som kommer i luftveiene.

- Hosting
- Økt slimproduksjon
- Forandring i pustemønster etter svelging
- Tårer, rødme i ansiktet
- Rask stigning i temperatur, feber

Det finnes et eget skjema for vurdering av svelgfunksjon «SVELGTEST».

Testen kan utføres av sykepleier eller i samråd med sykepleier/lege, men det må vurderes om logoped/ernæringsfysiolog skal kontaktes.

TILTAK VED SPISE- OG SVELGVANSKER:

- God munnhygiene er svært viktig. Det motsatte forverrer problemet.



- Ro rundt pasienten, skjerme for ytre stimuli (radio, TV osv.)
- Det skal være ryddig rundt pasienten.
- Unngå om mulig mat og drikke i senga.
- God oppreist stilling under måltidene, og hodet litt fremover.
- Ta hensyn til pasientens behov for skjerming.
- Skal alltid ha et personal hos seg under måltidene.
- Pasienten må få bruke den tiden han trenger.
- Konsistensen på maten og tykkelsen på drikke må være tilpasset den enkelte pasient.
- Små biter og små slurker! Bruk fortykningsmiddel på alle tynne drikker.
- Tygge godt, og svelge flere ganger mellom hver munnfull.
- Ikke bland mat og drikke.
- Munnen skal være tom før ny munnfull.
- Vær oppmerksom på matens temperatur fordi følsomheten i munnen kan være nedsatt.
- Unngå smulete mat som for eksempel ris, råkost osv.
- Unngå poteter i alle former, fordi poteter er vanskelig å svelge.
- Unngå om mulig melk, spesielt søtmeik fordi det slimer mye.
- Rens munnen for matrester etter måltidet, og skyll eventuell protese.
- Sitt oppreist minst 20 minutter etter måltidet.

KONSISTENSVURDERING:

Ved spise- og svelgvansker er det alltid nødvendig med individuell konsistensvurdering!

DRIKKE:

- Grad 0: Tyntflytende – vanlig flytende uten partikler. Ved for eksempel forsnevring i spiserøret, sår i munn og svelg, kjevelås
- Grad 1: Tyktflytende – renner greit av en skje. Kan drikkes med sugerør.
- Grad 2: Tyktflytende – kan drikkes av glass, men for tykt til å drikke med sugerør. Store tygge- og svelgvansker. Risiko for feilsvelging med tynne væsker.
- Grad 3: Krem- må spises med skje. For tykt til å drikkes av glass. Kan ikke tygge, svelgproblemer, redusert tungebevegelse og leppefunksjon.
- Sondeernæring? Intravenøs ernæring?

ANSVAR:

Tverrfaglig

Faglig leder

Eventuelt i samråd med lege/logoped/ernæringsfysiolog,

Primær- og sekundærkontakt,

Matkontakt

Og øvrige helsepersonell som mater pasienter med spise og svelgevansker



Kvalme og munntørrhet

Tittel	Kvalme og munntørrhet	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	23.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

KVALME

- Små, hyppige måltider
- Utnytte gode tider på dagen!
 - fleksibilitet med hensyn til matservering
- Tørr og salt mat(kjeks)
- Forsiktig med fett – tungfordøyelig
 - Utfordringen kan bli å dekke energibehovet
- Kald mat (eggeretter!)
- Syrlig mat(yoghurt, vann med sitron)
- Ingefær(-te) kan dempe kvalme

MUNNTØRRHET

- Mange medikamenter kan gi munntørrhet
- Er medvirkende årsak til infeksjon, caries og ernæringsvansker
- Forebyggende munnstell
- Tilstrekkelig væskeinntak
- Starte måltidene med et glass sitronvann – øker spyttsekresjon og det blir letter å spise
- Syrlig drikke, sukkerfri syrlige pastiller/tyggegummi
- Fuktig og smørende (fet) mat
 - Grøt, farseprodukter, eggeretter
 - Rikelig med saus



Rutiner for avdelingskjøkken/anretning

Tittel	Rutiner for avdelingskjøkken/anretning	Avdeling	Alle
Opprettet	13.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	5	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Ernæring

HENSIKT:

Sikre god hygiene ved matserving

BESKRIVELSE AV TILTAK:

RUTINER FOR AVDELINGSKJØKKEN:

Oppbevaring av mat:

All ny mat som ryddes på plass settes bakerst. Mat med eldst dato først. Kast varer som er gått ut på dato. Ingen mat skal oppbevares uten at den er påført dato for åpning /holdbarhetsdato.

Orden / hygiene på avdelingskjøkkenet:

Følg renholdsplanen og rutine for daglig renhold. Gjør alltid rent/rydd etter deg når du er ferdig med en arbeidsoppgave. Kast søppel ved endt vakt. Tøm oppvaskmaskinen. Forlat anretningen slik du ønsker å finne den.

Varemottak varm og kald mat

- Varm mat skal serveres straks eller holdes varm slik at temperaturen er høyere enn 60°C. Unngå varmetap ved å la lokkene være på så lenge som mulig.
- Kjølvarer som mottas på postene skal så raskt som mulig inn i kjøleskap.
- Varene skal være emballerte. Dette gjelder både om de kommer oppdelt fra eget kjøkken eller direkte fra produsent.
- Sjekk at lett bederelig pålegg er påført holdbarhetsdato, enten fra eget kjøkken eller fra produsent. Husk at holdbarheten forkortes betraktelig når f.eks. pålegg blir lagt fram i romtemperatur og tilbake til kjøleskap. Faren for forurensning øker også ved slik behandling.
- Unngå at pålegg, melk og lignende blir stående framme lenger enn 1 time ved servering. Holdbarhet og kvalitet svekkes uten kjøling.

Måling av temperatur:

- Alle kjøle- og fryseinnetninger skal ha synlig plassert termometer.
- Temperaturen i kjøleskap skal være maksimalt 4°C.
- Temperaturen i frysenskap skal være -18°C eller kaldere
- Temperaturene skal daglig registreres på eget skjema.



Emballering av matvarer

Dersom det foretas ny emballering av pålegg, middagsrester eller lignende, må riktig emballasje benyttes. Stoffer i emballasjen kan ved feil bruk overføres til maten og gi denne redusert kvalitet. De fleste emballasjetyper skal være påført bruksområde og begrensninger på ytteremballasjen. Vær nøye med håndhygiene og renhold av benkeflater og utstyr når emballering foretas.

Servering av mat:

Ved tilberedning / forberedelse av frokost, lunsj og kveldsmåltid skal dette legges opp i rene boller og fat. For å unngå svinn brukes det små boller og fat ved serveringen og de fylles opp ved behov under måltidet. All mat kastes etter at måltidet er ferdig. Evt. rester merkes med dato og nyttes innen 3 dager på avdelingen. Det er viktig med kvalitetssikring av maten. Server ikke mat du selv ikke ville spist.

Generell hygiene/renhold

Alt utstyr som benyttes til behandling, oppbevaring eller til produksjon av næringsmidler, skal være tilstrekkelig rengjort. Tilstrekkelig rengjort vil si at utstyret enten er vasket i oppvaskmaskin, eller at det er vasket manuelt og skylt med vann som holder minst 80C. Temperaturkontroll på varmtvann og oppvaskmaskiner utføres av vaktmester (se infeksjonskontrollprogram).

Rent utstyr/servise skal oppbevares slik at det ikke er fare for forurensning fra omgivelsene, dvs. i lukkede skap eller skuffer. Oppvask gjøres etter bruk, og minst én gang per dag. Legg bestikket i "Bløtlegging" på morgenen og middag mandager. Husk å skylle av bestikket før det legges i bøtten.

Renhold av anretningen og kjøkkenmaskiner skal gjøres daglig. Angående ansvar og utførelse se renholdsplan.

Oppvask:

Det skal ikke være matrester, når servise settes i vaskemaskinen. Servise skal skylles under rennende lunkent vann. Sjekk alle kopper om de er noe misfarget inni, bruk "Bløtlegging" eller salt for å få det vekk. Legg bestikket i "Bløtlegging" på morgenen og middag mandager og torsdager. Husk å skylle av bestikket før det legges i bøtten. Kontroller at avløpsrøret/risten er på plass. Sorter det som skal vaskes opp i de ulike kurvene etter hva de er beregnet til, som tallerkener i tallerkenkurven, glass i en kurv, kopper i en annen kurv. Kopper og glass skal ikke settes oppå hverandre. Egne beholdere til bestikk som vaskes først en gang liggende i kurven og en gang stående i bestikkurven med skaftet opp.

La servise lufttørke før du setter det sammen. Glasser/kopper vil suge seg fast til hverandre hvis de ikke er helt tørre før stabling.

Ved rengjøring av maskinen tas ristene og vaskearmene ut og skylles nøye. Løft ut avløpsrøret og tøm maskinen for vann. Sett inn alle de delene du tok ut, og tanken fylles igjen med rent vann.

Bruksanvisningen på maskinen henger på maskinen. Såpemidler sjekkes jevnlig. Vaktmester fyller opp ved behov.



Personellflyt

Grunnet faren for smittespredning via klær og personer skal det være begrenset adgang til anretningen.

Beboere bør ikke ha adgang til anretningen, det samme gjelder servicepersonell. Sistnevnte tillates adgang utenom tidspunkter for produksjon og servering av mat.

Personlig hygiene

Den som arbeider på anretningen skal utvise høy grad av personlig hygiene. Anretningen er nært knyttet til beboere m.v., og svikt i hygienerutiner kan få alvorlige følger.

Følgende skal være oppfylt ved arbeid på anretning:

- Hender skal være grundig vasket, og håndvask skal gjennomføres mellom rene og urene operasjoner. Unngå kontakt med hår og slimhinner under arbeidet.
- Antrekket skal være rent. Det skal benyttes annet antrekk enn det ved arbeid med beboere, evt. kan det benyttes heldekkende forkle.
- Personer i arbeid skal være fri for smittsomme sykdommer (diaré, infeksjoner m.v.).
- Den som arbeider på anretningen skal ha et minimum av kjennskap til produksjonshygiene.

Se for øvrig IK-mat vedr. regler for postkjøkken.

ANSVAR:

Alt personell som jobber ved institusjonen



Blodprøvetaking

Tittel	Blodprøvetaking	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Sikre at blodprøven får best mulig kvalitet

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Benytt ev. rene engangshansker

- Ta ev. på rene beskyttelseshansker.

Fest og stram stasebåndet og lokaliser punksjonsstedet

- Plasser stasebåndet 7,5–10 cm over planlagt punksjonsområde og stram til. Har du ikke stasebånd kan blodtrykksmansjett brukes. Mansjetten pumpes til venøs tilbakestrømming stoppes, mens arterielt blod strømmer som normalt.
- Lokaliser punksjonsstedet.

Løsne stasebåndet og desinfiser punksjonsstedet

- Løsne stasebåndet når stedet er valgt.
- Desinfiser punksjonsstedet med injeksjonstørk eller klorheksidinsprit 5mg/ml. La det tørke i minimum 30 sekunder før punksjon.

Kontroller kanylens papiretikett og fest kanylen til kanyleholderen

- Se etter at kanylens papiretikett er ubrutt.
- Vri av den korte kanylehylsen og skru kanylen inn i kanyleholderen.

Fjern hylsen fra kanylen

- Vri den lange hylsen av kanylen, og kast den i avfallsposen.
- Sett røret inn i kanyleholderen og stram ev. stasebåndet igjen
- Skyv vakumrøret inn i kanyleholderen mot kanylens indre spiss og press røret til merket på holderen (korken festes til kanylen).
- Stram ev. stasebåndet igjen eller la pasienten knyte hånden lett.



Stikk kanylen jevnt på skrå

- Stikk kanylen i venen med jevn bevegelse, og med kanylen i en vinkel på ca. 15 °.
- Følg fargekoder for blodprøvetaking

Fyll røret og løsne ev. stasebåndet, ev. skift rør i riktig rekkefølge

- Trykk røret inn i bunnen av kanyleholderen. Korken perforeres og røret fylles.
- Løsne opp ev. stasebåndet.
- Når røret er fylt opp, fjern det fra kanyleholderen og gjenta prosedyren med neste rør. NB! Påse riktig rekkefølge.
- Brukes butterfly-kanyle, skal første røret med blod kastes.
- Ta bort det siste røret fra kanyleholderen.

Vend rørene

- Vend alle rør med tilsetting samt gelrør forsiktig 4-10 ganger opp ned umiddelbart etter at røret er fylt.

Press på tupfer/bomullsdott idet kanylen er trukket ut

- Hold en tupfer/bomullsdott løst på stikkstedet og trekk kanylen forsiktig ut.
- Trykk godt straks etter at kanylen er trukket ut. Skyv sikkerhetshetten over kanylen.

Sett på et stramt plaster

- Sett plaster stramt over tupfer/bomullsdott

ANSVAR:

Sykepleier

HENVISING:

Kvalitetsplan



Blodprøver kapillærblod

Tittel	Blodprøver kapillærblod	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Blodprøven får best mulig kvalitet
Og ved mistanke om infeksjoner

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Sjekk hudområdet, desinfiser og la det tørke

- Utfør håndhygiene.
- Sjekk hudtemperatur på stikkstedet og sørg for å varme opp hudområdet ved behov
- Sjekk aktuelt hudområde for punksjon.
- Ta på rene beskyttelseshansker.
- Desinfiser hudområdet og la det tørke i minimum 30 sekunder.

Hold fingeren/foten i et stødig grep og stikk med en hurtig bevegelse

- Legg ev. på dråpesamlende krem, og tørk av før punksjon. Det holder med en tynn hinne for å få dråpe.
- Hold pasientens finger/spedbarnets fot stødig i den ene hånden.
- Bruk engangslansetten og stikk med en hurtig bevegelse i siden av fingertuppen hos voksne.

Tørk bort første dråpe

- Tørk bort den første dråpen, da den inneholder mye vevsvæske. Følg prosedyre og anbefalinger fra instrumentleverandør.

Samle blodmengden

- Samle blodmengden som er nødvendig for å fylle utstyret som benyttes.

Kapillærrør fylles uten kontakt med stikkstedet

- Fyll kapillærrøret med blod ved å holde den ene enden av kapillærrøret inn i bloddråpen uten å komme borti stikkstedet. Rekkefølge for fylling av rør ved hudpunksjon – ”kapillærprøver”

Små prøvetakingsrør fylles og ev. vendes. Påse riktig rekkefølge

- La blodet renne ned i rør som er utstyrt med en "opsamlingsrenne".



- Vend rør med tilsetningsstoff med jevne mellomrom slik at blod og stoff blandes for å hindre koagulasjon.
- Hvis flere prøver skal tas, fyll rørene i riktig rekkefølge.

Rør med tilsetning må vendes 4-10 ganger umiddelbart etter prøvetaking

- Rør med tilsetning må blandes 4-10 ganger umiddelbart etter at prøver er tatt.

Press en bomullsdott på stikkstedet etter prøvetakingen

- Press en tupfer/bomullsdott på pasientens finger i minst 10 sekunder og sett på plaster.
- Ta av hanskene.
- Utfør håndhygiene

ANSVAR:

Sykepleier

HENVISING:

Kvalitetsplan



Innleggelse av perifert venekateter

Tittel	Innleggelse av perifert venekateter	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

- Sikre optimal venetilgang.
- Skånsom innleggelse av venekateter, med minst mulig smerter og ubehag for pasienten.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Fjern ev. lokalbedøvelseskrem

- Fjern bedøvelsesplasteret, tørk av ev. bedøvelseskrem og vent i minimum 5 minutter.

Desinfiser huden

- Utfør håndhygiene.
- Ta på hansker.
- Desinfiser injeksjonsområdet med tupfer/kompress med klorheksidinsprit 5 mg/ml. La huden lufttørke.

Legg på staseslangen og stram huden

Legg staseslangen ca. 10–15 cm over det planlagte innstikksstedet.

Stram huden nedenfor innstikksstedet, men ikke så mye at venen blir flatklemmt.

Bruk trepunktsgrepet og stikk med et raskt, presist trykk

- Velg innstikkssted nedenfor der spissen skal perforere venen. Venen kan punkteres direkte dersom den har god fylning og ikke ruller. Alternativt kan det stikkes gjennom huden litt til siden for venen. Når nålen er gjennom huden, skyves PVK i retning av venen uten å gå rett gjennom den.
- Bruk trepunktsgrepet.
- Stikk med et raskt, presist trykk litt skrått gjennom huden.

Skyv PVK (perifert venekateter) ytterligere inn når det kommer blod

- Skyv PVK forsiktig litt lenger inn når det kommer blod i oppsamlingsproppen.
- Trekk mandrengen forsiktig ut til det er synlig blod i kateteret.
- Hold mandrengen i ro mens venekateteret skyves lenger inn i venen.

Stikk med et raskt, presist trykk litt skrått gjennom huden.



- Skyv PVK forsiktig litt lenger inn når det kommer blod i oppsamlingsproppen.
- Trekk mandrengen forsiktig ut til det er synlig blod i kateteret. Hold mandrengen i ro mens venekateteret skyves lenger inn i venen.
- Løsne staseslangen.
- Komprimer venen like ovenfor venekateteret og trekk ut mandrengen.

Løsne staseslangen og trekk ut mandrengen mens du komprimerer

- Løsne staseslangen.
- Komprimer venen like ovenfor venekateteret og trekk ut mandrengen.
- Plasser umiddelbart mandrengen i kanylebøtte for risikoavfall.

Koble ev. til ferdigfylt treveiskran

- Koble ev. til ferdigfylt treveiskran med forlengesslange.

Skyll med NaCl 9 mg/ml og sett på steril propp

- Koble til ferdigfylt sprøyte med NaCl 9 mg/ml, skyll igjennom treveiskran og venekateter. Observer området for hevelse, lekkasje, og spør pasienten om det gjør vondt. Hvis lekkasje, sjekk at alle koblinger er skrudd godt til. Kuldefølelse når saltvann injiseres er som regel normalt, smerte er ikke normalt.
- Ev. koble til sprøyte med heparin 100 IE/ml og installer heparinlås.
- Koble ev. til væske/legemiddel som er forordnet av lege.

Fikser venekateteret og skriv dato og initialer på bandasjen

- Fikser venekateteret med steril bandasje med splitt.
- Skriv dato og initialer på bandasjen.

ANSVAR:

Sykepleier

HENVISING:

Kvalitetsplan



Intramuskulær injeksjon

Tittel	Intramuskulær injeksjon	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Få rett legemiddel i riktig legemiddelform med riktig styrke, i rett dose, på rett måte og til riktig tid.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Metode A: Lokaliser injeksjonsstedet

- Ligger pasienten på høyre side: legg din høyre håndflate på pasientens venstre sides store lårbeinsknode (trochanter major) og slik at fingrene vender mot pasientens hode.
- Ligger pasienten på venstre side: legg din venstre håndflate på pasientens høyre sides store lårbeinsknode (trochanter major) og slik at fingrene vender mot pasientens hode.
- Pekefingeren skal peke mot fremre hoftespiss (spina iliaca anterior superior) og på den måten markere fremre begrensning for den lille setemuskelen. Tommelen skal peke mot lysken.
- Sprik med fingrene for å oppnå maksimal vinkel mellom peke- og langfinger, men pass at pekefingeren stadig peker mot fremre hoftespiss.
- Injeksjonsstedet blir mellom pekefinger og langfinger, på høyde omtrent mellom det første og andre leddet på pekefingeren.

Metode B: Lokaliser injeksjonsstedet

- Still deg bak pasienten.
- Bruk den hånden som er nærmest pasientens hode, og legg håndflaten langs hoftekammen, crista iliaca, med lillefingersiden mot midjen og fingrene mot lysken. Pekefingeren vil markere fremre begrensning for den lille setemuskelen. Drei tommelen 90°.
- Injeksjonsstedet blir midt i området mellom pekefinger og tommelfinger.

Palper injeksjonsstedet og kontroller at huden er hel

- Kontroller at injeksjonsstedet er helt og fritt for inflammasjoner, utslett, kviser, skader og andre kontraindikasjoner.
- Palper stedet for ømhet eller ødem.

Desinfiser injeksjonsområdet og be pasienten slappe av

- Be pasienten slappe av i det området injeksjonen skal settes.
- Desinfiser injeksjonsområdet i en diameter på ca. 5–8 cm og la området tørke.



Hold sprøyten og strekk huden. Bruk ev. hansker

- Ta ev. på hansker.
- Ta hetten av kanylen.
- Hold sprøyten i et godt grep mellom tommel og pekefinger.
- Plasser den andre håndens laterale side over injeksjonsstedet og strekk huden (Z-spor).
- Hvis pasienten har liten muskelmasse, løft opp muskelen.
- z-spor teknikk.

Injeksjon med mørk væske: Aspirer først med tom sprøyte

- Benytt tom sprøyte. Før inn kanylen med et jevnt trykk i 90° vinkel. Hvis kanylen når underliggende bein, dra kanylen litt ut.
- Stabiliser kanylen med ikke dominant hånd /den andre hånden. Trekk stemplet noe tilbake (0,3–0,5 ml) for å sikre at kanylen ikke står i en vene og aspirer i 5–10 sekunder.
- Hold kanylen i ro med den andre hånden, koble fra tom sprøyte og skift over til sprøyte med legemiddel.

Injeksjon med lys væske: Aspirer

- Før inn kanylen med et jevnt trykk i 90° vinkel. Hvis kanylen når underliggende bein, dra kanylen litt ut.
- Stabiliser kanylen med ikke dominant hånd /den andre hånden. Trekk stemplet noe tilbake (0,3–0,5 ml) for å sikre at kanylen ikke står i en vene og aspirer i 5–10 sekunder. Dersom blod aspireres, avbryt prosedyren.

Injiser legemidlet langsomt og vent litt etter at injeksjonen er avsluttet

- Injiser legemidlet langsomt.
- Vent med å trekke ut kanylen til det er gått 10 sekunder etter at injeksjonen er avsluttet.

Intramuskulær injeksjon.

- Trekk kanylen raskt ut og utøv et lett trykk på injeksjonsstedet
- Trekk kanylen raskt ut i det du slipper Z-spor grepet.
- Utøv et lett trykk med en tupfer på injeksjonsstedet i 10 sekunder. Masser ev. injeksjonsstedet lett.
- Hjelp ev. pasienten over i en annen stilling.
- Oppmuntre pasienten til å gjøre øvelser med beinet.

ANSVAR:

Sykepleier



Subcutan injeksjon

Tittel	Subcutan injeksjon	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Få rett legemiddel i riktig legemiddelform med riktig styrke, i rett dose, på rett måte og til riktig tid.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Velg injeksjonssted og kontroller huden
- Utfør håndhygiene.
- Ta på hansker ved behov.
- Velg injeksjonssted.
- Kontroller at huden er hel og fri for inflammasjoner, utslett, kviser, skader og andre kontraindikasjoner.
- Palper stedet for ømhet, «klumper» eller ødem.

Kontroller størrelse på kanylen

- Kontroller at du har valgt riktig størrelse på kanylen.

Desinfiser injeksjonsområdet

- Desinfiser injeksjonsområdet i en diameter på ca. 5-8 cm og la området tørke.

Vurder riktig vinkel for injeksjonen og før kanylen raskt og bestemt inn

- Ta hetten av kanylen.
- Bruk tommel, pekefinger og langfinger (trepunktsgrep) og løft opp det området av huden der injeksjonen skal settes.
- Normalvektig pasient: Før inn kanylen raskt og bestemt i 90° vinkel i hudfolden.
- Tynn pasient: Før inn kanylen raskt og bestemt i 45° vinkel i hudfolden.
- Overvektig pasient: Før inn kanylen raskt og bestemt i underkant av hudfolden, etter disse retningslinjene:
 - Hvis hudfolden er ca. 5 cm høy, bør kanylen føres inn i 90° vinkel i underkant av hudfolden.
 - Hvis hudfolden er ca. 2,5 cm høy, bør kanylen føres inn i 45° vinkel i underkant av hudfolden.

Injiser legemidlet langsomt og vent litt etter at injeksjonen er avsluttet

- Unngå å bevege på sprøyten mens injeksjonen blir gitt.
- Injiser legemidlet langsomt.



- Vent i 10-15 sekunder før du trekker ut kanylen.

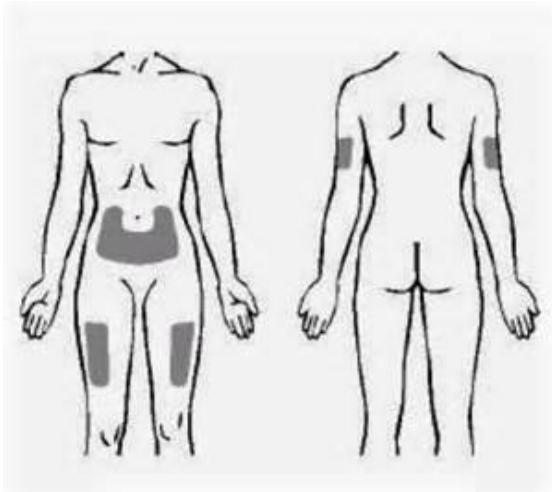
Medikamentet fordeler seg i subkutant vev. Trekk kanylen raskt ut og unngå massasje av området

- Trekk kanylen raskt ut mens du holder en tupfer over injeksjonsstedet. Unngå massasje av området.
- Kast kanylen i kanyleboksen uten å sette på beskyttelseshetten først.
- Ta av og kast eventuelle hansker.

ANSVAR:

Sykepleier

Subcutane områder





Permanent kateterisering

Tittel	Permanent kateterisering	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Oppnå tilfredsstillende blæretømming og ha kontroll over urinproduksjonen

BESKRIVELSE AV TILTAK:

KVINNE:

La pasienten ligge i ryggleie

- Pasienten bør ligge i ryggleie.
- Be pasienten bøye beina og holde dem godt adskilt. Vurder å bruke assistent hvis dette er fysisk vanskelig for pasienten.

Vask urinrørsåpningen

- Legg den sterile duken mellom beina til pasienten og dytt den litt under setet.
- Ta på sterile hansker.
- Dekk til rundt urinrørsåpningen med steril duk.
- Skill kjønnsleppene og vask urinrørsåpningen forfra og bakover med bomull/tupfere fuktet med sterilt vann, steril NaCl 9 mg/ml eller vandig klorheksidin 0,5 mg/ml eller 1 mg/ml. Følg lokale retningslinjer. Husk å spørre pasienten om ev. klorheksidin-allergi.
- Sjekk at ev. løse kjønnsår er fjernet.
- Plasser ev. en tampong eller tupfer i skjeden.

Fyll urinrøret langsomt med gel/lokalbedøvelse

- Plasser en dråpe gel i urinrørsåpningen før du langsomt og med et lett, jevnt trykk fyller urinrøret med resten av gelen.
- Vent et par minutter før du kateteriserer.
- Plasser pussbekkenet mellom lårene til pasienten. Ved bruk av ikke-sterilt pussbekte/urinflaske, benytt en steril kompress til å holde rundt utstyret.
- Plasser en dråpe gel i urinrørsåpningen før du langsomt og med et lett, jevnt trykk fyller urinrøret med resten.

Før kateteret forsiktig inn i urinblæren og se at det kommer urin

- Ta kateteret, eventuelt med pinsett, og før det forsiktig inn i urinrøret. Ikke bruk makt dersom kateteret møter motstand.
- Før kateteret forsiktig videre og inn i urinblæren til du ser at det kommer urin. Samle urinen i



pussbekkenet. For å få fortgang på urinstrømmen gjennom kateteret kan du trykke lett over symfysen eller prøve å få pasienten til å hoste.

Ta kateteret med pinsetten og før det forsiktig inn i urinrøret.

- Før kateteret litt lenger inn og fyll kateterballongen
 - Før kateteret litt lenger inn.
 - Fyll ballongen med anbefalt volum sterilt vann/ev. sterilt vann med glyserin.
 - Ved bruk av prefylt kateter:
1. Fjern beholderklemmen og trykk på beholderen til den er tom for væske.
 2. Fest beholderklemmen igjen.

Koble til urindrenasjesystemet og forsegl koblingen

- Dra forsiktig i kateteret for å forsikre deg om at det møter litt motstand.
- Fjern tampong/tupfer i skjeden hvis dette er brukt.
- Koble kateteret til urindrenasjesystemet dersom det ikke ble koblet før kateterinnleggelsen.
- Forsegle koblingen mellom kateteret og poseslangen med steril eller ren tape.

MANN:

La pasienten ligge i ryggeleie og vask glans penis

- Pasienten bør ligge i ryggeleie.
- Dekk til rundt penis med steril duk.
- Ta på sterile hansker.
- Hold rundt penis med en steril kompress og trekk forhuden tilbake.
- Vask glans penis med bomull/tupfere fuktet med sterilt vann, steril NaCl 9 mg/ml eller vandig klorheksidin 0,5 mg/ml eller 1 mg/ml. Følg lokale retningslinjer. Husk å spørre pasienten om ev. klorheksidin-allergi.
- Sjekk at ev. løse kjønnsår er fjernet.

Hold penis opp og fyll urinrøret langsomt med gel/lokalbedøvelse

- Hold penis opp.
- Plasser en dråpe gel i urinrørsåpningen før du langsomt og med et lett, jevnt trykk fyller urinrøret med resten av gelen.
- Vent et par minutter før du kateteriserer.
- Be pasienten holde beina adskilt og plasser pussbekkenet mellom lårene til pasienten. Ved bruk av ikke-sterilt pussbekte/urinflaske, benytt en steril kompress til å holde rundt utstyret.

Plasser en dråpe gel i urinrørsåpningen før du langsomt og med et lett, jevnt trykk fyller urinrøret med resten av gelen.

- Før kateteret forsiktig inn i urinrøret
- Hold penis opp.
- Ta kateteret, eventuelt med pinsett, og før det forsiktig inn i urinrøret. Ikke bruk makt dersom kateteret møter motstand, men vent og senk ev. penis litt før du prøver igjen.
- Hold penis opp og før kateteret forsiktig inn i urinrøret, ev. med pinsett.

Før kateteret videre inn i urinblæren og se at det kommer urin

- Før kateteret forsiktig videre og inn i urinblæren til du ser at det kommer urin. Samle urinen i



pussbekkenet. For å få fortgang på urinstrømmen gjennom kateteret kan du trykke lett over symfysen eller prøve å få pasienten til å hoste.

Før kateteret litt lenger inn og fyll kateterballongen

- Før kateteret litt lenger inn.
- Fyll ballongen anbefalt volum sterilt vann/ev sterilt vann med glyserin.
- Ved bruk av prefylt kateter:
- Fjern beholderklemmen og trykk på beholderen til den er tom for væske.
- Fest beholderklemmen igjen.
- Dra forsiktig i kateteret for å forsikre deg om at det møter litt motstand.

Kateteret føres inn i urinblæren. Fyll ballongen. Kontroller at ballongen er fylt ved å dra forsiktig i kateteret og kjenn at det møter litt motstand. Koble til urindrenasjesystemet og forsegl koblingen

- Koble kateteret til urindrenasjesystemet dersom det ikke ble koblet før kateterinnleggelsen.
- Forsegle koblingen mellom kateteret og poseslangen med steril eller ren tape.
- Før forhuden fram igjen

Likt for både mann og kvinne

- Fest kateteret og heng urinoppsamlingsposen under blærenivå
- Fest kateteret på låret, ev. på skrå mot hoften.
- Ta av hansker.
- Utfør håndhygiene.
- Heng urinoppsamlingsposen under blærenivå.
- Ta av beskyttelsesfrakk/plastforkle

ANSVAR:

Sykepleier

HENVISING:

Kvalitetsplan



Steril engangskateterisering

Tittel	Steril engangskateterisering	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

- Unngå overstrekk av urinblæremuskulaturen og tømme urinblæren fullstendig med jevne mellomrom (intervaller).
- Pasienter som har en midlertidig tømmingsforstyrrelse: Oppnå spontan vannlating med fullstendig blæretømming, eventuelt bedre vannlatingsfunksjon.
- Unngå skader av øvre urinveier.
- Unngå eller redusere urinveisinfeksjon.
- Unngå eller redusere urinlekkasje (overflow-inkontinens).

BESKRIVELSE AV TILTAK:

KVINNE:

La pasienten ligge i ryggleie

- Pasienten bør ligge i ryggleie, ev. annen stilling, hvis det er mer praktisk.
- Hev pasientens overkropp, eventuelt bare mot slutten av kateteriseringen.
- Utfør håndhygiene.
- Ta på ren beskyttelsesfrakk/plastforkle.
- Be pasienten bøye beina og holde dem godt adskilt. Bruk assistent hvis dette er fysisk vanskelig for pasienten.

Vask urinrørsåpningen

- Ta på sterile hansker.
- Skill kjønnsleppene og vask urinrørsåpningen forfra og bakover med tupfere/bomull fuktet med sterilt vann, steril NaCl 9 mg/ml eller vandig klorheksidin 0,5 mg/ml eller 1 mg/ml. Følg lokale retningslinjer. Husk å spørre om ev. klorheksidinallergi
- Sjekk at ev. løse kjønns hår er fjernet.
- Plasser ev. en tampong/tupfer i skjeden.
- Plasser ev. pussbekken eller urinflaske mellom pasientens bein. Ved bruk av ikke-sterilt pussbekken/urinflaske, benytt en steril kompress til å holde rundt utstyret.

Før kateteret forsiktig inn til urinen begynner å renne

- Ta kateteret, eventuelt med pinsett, og før det forsiktig inn i urinrøret. Ikke bruk makt dersom kateteret møter motstand.
- Før kateteret videre inn i urinblæren til urinen begynner å renne.



- Før kateteret forsiktig inn til urinen begynner å renne.

Samle urinen og trekk kateteret langsomt ut når urinen har sluttet å renne

- Samle urinen i pussbekken, urinflaske eller pose som er koblet til kateteret.
- Når urinen har sluttet å renne, trekker du kateteret langsomt ut.
- Henger kateteret igjen, kan du be pasienten om å hoste samtidig som du forsiktig prøver å rotere kateteret ut.
- Fjern ev. tampong/tupfer i skjeden

MANN:

La pasienten ligge i ryggeleie

- Pasienten bør ligge i ryggeleie, ev. annen stilling, hvis det er mer praktisk.
- Hev pasientens overkropp, eventuelt bare mot slutten av kateteriseringen.

Vask glans penis

- Ta på sterile hansker.
- Hold rundt penis med en steril kompress og trekk for huden tilbake.
- Vask glans penis med tupfere/bomull fuktet med sterilt vann, steril NaCl 9 mg/ml eller vandig klorheksidin 0,5 mg/ml eller 1 mg/ml. Følg lokale retningslinjer. Husk å spørre om ev. klorheksidinallergi.
- Sjekk at ev. løse kjønnsår er fjernet.
- Plasser ev. pussbekken eller urinflaske mellom pasientens bein. Ved bruk av ikke-sterilt pussbekken/urinflaske, benytt en steril kompress til å holde rundt utstyret.

Hold penis opp og før kateteret forsiktig inn til urinen begynner å renne

- Hold penis opp.
- Ta kateteret, eventuelt med pinsett, og før det forsiktig inn i urinrøret. Ikke bruk makt dersom kateteret møter motstand.

Før kateteret forsiktig inn i urinrøret.

- Ved ev. motstand, stans innføringen og forsøk å endre stillingen på penis ved å senke den litt, eller strekke den litt oppover.
- Før kateteret videre inn i urinblæren til urinen begynner å renne.
- Ved ev. motstand, stans innføringen og forsøk å endre stillingen på penis ved å senke den litt, eller strekke den litt oppover.

Samle urinen og trekk kateteret langsomt ut når urinen har sluttet å renne

- Samle urinen i pussbekken, urinflaske eller pose som er koblet til kateteret.
- Når urinen har sluttet å renne, trekker du kateteret langsomt ut.
- Henger kateteret igjen, kan du be pasienten om å hoste samtidig som du forsiktig prøver å rotere kateteret ut.

ANSVAR:



Sykepleier

HENVISING:

Kvalitetsplan



Fjerning av suturer/agraffer

Tittel	Fjerning av suturer/agraffer	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

- Minimalisere ubehag relatert til fjerning.
- Forhindre infeksjon.
- Minimalisere arrdannelse i såret

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Etter fjerning av suturer eller agraffer er det vanligvis ikke nødvendig med bandasje, men ved plastisk kirurgi (f.eks. i ansiktet) er det hensiktsmessig å dekke såret med tape en tid for å redusere utvikling av arr.

Fjern ev. bandasjen

- Ta ev. på beskyttelsesfrakk/plastforkle og rene engangs beskytteshansker.
- Legg ev. plast eller absorberende kladd i sengen hvis man vurderer dette som nødvendig.
- Fjern bandasjen skånsomt og kast den i avfallsposen.
- Ta av hansker.
- Utfør håndhygiene.
- Ved behov: Bruk sterile hansker og benytt steril pinsett og tørk såret skånsomt med steril tupfer fuktet med sterilt kroppstemperert NaCl 9 mg/ml. Rens fra såret og utover en gang og kast deretter tupferen. Gjenta dette hvis nødvendig.
- Tørk huden rundt såret med sterile tupfere hvis nødvendig.

Ved avbrutte suturer:

Kutt suturtråden og dra i retning sårspalten

- Bruk en anatomisk pinsett i venstre hånd (høyre hånd for venstrehendte), ta tak i suturknuten og løft den opp.
- Ta suturkniven i høyre hånd (venstre for venstrehendte) og plasser den under suturtråden så nær huden som mulig (distalt for knuten).
- Kutt suturtråden.
- Hold tak i knuten med den anatomiske pinsetten og dra suturen ut i retning mot sårspalten. Pass på at den urene delen av suturtråden (den som er synlig) ikke blir trukket ned i suturkanalen.

Ved avbrutte suturer: Hold tak i knuten med den anatomiske pinsetten og dra suturen ut i retning mot sårspalten. Pass på at den urene delen av suturtråden (den som er synlig) ikke blir trukket ned i suturkanalen.



- Kontroller suturtrådene og fjern resterende suturtråder
- Kontroller at hele suturtråden (knote og to tråder) er ute, og legg den på en kompress.
- Fjern de neste suturene på samme måte.

Ved fortløpende suturer:

Kutt de to første suturendene og dra i retning sårspalten

- Bruk en anatomisk pinsett i venstre hånd (høyre hånd for venstrehendte), ta tak i suturknuten (i den ene enden av såret) og løft den opp. Obs! Knutene i hver ende av såret har tre utløpere (sudurtråder).
- Ta suturkniven i høyre hånd (venstre for venstrehendte) og plasser den under den ene suturtråden så nær huden som mulig (distalt for knuten).
- Kutt suturtråden.
- Hold fortsatt i suturknuten med pinsetten og kutt den tverrliggende tråden (neste sutur på samme side som første sutur).
- Dra suturen ut i en jevn og rolig bevegelse.

Kontroller suturtrådene og fjern resterende suturtråder

- Kontroller at hele suturen (knuten og tre tråder) er ute, og legg den på en kompress.
- Ta tak i den tverrgående suturtråden med pinsetten og kutt den neste tverrliggende tråden nærmest huden på samme side som de to foregående suturene.
- Dra suturen ut i retning mot sårspalten og legg den på en kompress.
- Fjern hver fortløpende sutur på samme måte.
- Suturknuten i den andre enden av såret fjernes på samme måte som den første knuten.

Ved agraffer: Plasser agrafftangen midt under agraffen og trykk ned håndtaket

- Plasser agrafftangen på midten under agraffen. Trykk ned håndtaket på tangen slik at agraffendene løftes opp. Løft opp og kast agraffen i en gul boks, eller legg den midlertidig på en steril kompress.

Legg ev. på tape eller aktuell bandasje

- Legg ev. på tape eller en tynn absorberende bandasje.
- Fest tape over arret hvis det er i ansiktet.

ANSVAR:

Sykepleier



Hemo-fec

Tittel	Hemo-fec	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Sikre best mulig kvalitet på prøven
Kartlegge om det er blod i avføringen

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Alternativ 1: Prøvetaking ved toalettbesøk

- Be pasienten ev. late vannet i toalettet før han har avføring.
- Plasser bekken under toalettsete/toalettstol og be pasienten om å ha avføring i bekkenet.
- Unngå å legge toalettpapir i bekkenet eller prøveboks eller glass.
- Be pasienten utføre håndhygiene.

Alternativ 2: Prøvetaking fra bleie

- Om pasienten er inkontinent for avføring må prøvemateriale høstes fra bleie. Tilstreb at avføringsmaterialet blir minst mulig kontaminert av urin.
- Hemo-fec test (Søster Ninas: finnes på legerommet/Villa Skaar: Oppbevares i metallskap)
- Engangshansker
- Reagensflasker – grønn og rød flaske (oppbevares i kjøleskap på legerommet/medisinrommet)

Bruk av hemo-fec utstyr

1. Ta på hansker
2. Stryk et tynt lag med avføring i et av de firkantede feltene (A) ved hjelp av en spatel.
3. Med en annen spatel tar man prøve fra et annet sted fra samme avføring og stryker et tynt lag i den andre firkanten (B) ved siden av.
4. La prøven tørke litt, ta av dekkpapiret på klaffen til venstre og kleb igjen.
5. Ta en dråpe av reagens A (grønn flaske) på begge feltene (A+B). La dette trekke seg inn.
6. Ta en dråpe av reagens B (rød flaske) på begge feltene (A+B). La dette trekke seg inn.
7. Bladgrønt fargeutslag umiddelbart og inntil 10 sek. er positiv reaksjon.

ANSVAR:



Sykepleier



Uricult

Tittel	Uricult	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.06.2018
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Sykepleieprosedyrer

HENSIKT:

Prosedyren skal sikre at prøver fra pasienten blir tatt og håndtert slik at laboratoriet kan påvise smittestoff (mikrober) i urinen.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prosedyren gjelder taking og forsendelse av urinprøver for medisinsk mikrobiologi og den beskriver

- Midtstrømsprøve
- Steril intermitterende kateterisering

Grunnlagsinformasjon

Urinveisinfeksjoner (UVI) omfatter ulike infeksjoner som rammer urinveiene. Bakteriologisk screening av asymptomatiske pasienter med permanent kateter har ingen hensikt. Det betyr at grumsete urin, vond lukt osv. i seg selv ikke er grunn til prøvetaking.

Urinprøven rekvireres til aerob dyrkning. Man kan i tillegg rekvirere soppdyrkning ved mistanke om soppinfeksjon/kolonisering. Dersom det er symptomer på UVI og det tidligere har vært negative Dyrkningsprøver bør det bes om utvidet urindyrkning, det rekvireres da i tillegg anaerob dyrkning. Dette må spesifiseres i kliniske opplysninger ellers vil det ikke bli utført rutinemessig.

Prøverør og transport

Bruk vakumrør i plast med predefinert trekkvolum og overføringsenhet for oppsamling av urinprøven.

Prøven bør oppbevares kaldt inntil ankomst laboratoriet. Dersom forventet effektiv transporttid uten mulighet for kjøling av prøven er mellom 4 og 48 timer anbefales fortsatt prøveglass med borsyre. (Sørg for tilstrekkelig mengde urin i prøveglass slik at det ikke blir for høy konsentrasjon av borsyre.)

Midtstrømsprøve

For å unngå kontaminering med hudflora anbefales vanligvis prøve tatt som midtstrømsprøve. Med midtstrømsprøve menes at prøven tas midt i urineringen ved å føre beholderen inn i urinstrålen. Urineringen skal ikke avbrytes.

Urinen bør ha stått i blæra 4 timer for å gi et representativt bilde av bakterieinnholdet. Morgenurin gir det



beste resultat.

Sengeliggende pasient

Hos sengeliggende pasienter og noen andre kan det være vanskelig eller umulig å få tatt korrekt midtstrømsprøve. Pasientens vaskes nedentil med såpe og vann (retning bakover). Desinfiserende midler må ikke brukes.

Pasienten urinerer på desinfisert (rent) bekken, engangs pappbekken (Vernacare) kan ikke anvendes. Bruk fabrikkren plastkopp/bolle dersom desinfisert bekken ikke er tilgjengelig.

Umiddelbart etterpå skal urinen suges direkte opp i vacuumrør

Urinen må ikke helles fra bekkenet fordi den da vil bli forurenset med pasientens hudbakterier.

Inneliggende/permanent kateter (KAD)

Bakteriologisk screening av asymptomatiske pasienter med KAD har ingen hensikt. Det betyr at grumsete urin, vond lukt osv. i seg selv ikke er grunn til prøvetaking.

Prøvetaking

- Skriv alltid på rekvisisjonen hvilken prøvetakingsmetode som er benyttet, kliniske opplysninger og opplysninger om eventuell bruk av antibiotika.
- Kateteret stenges av nedenfor prøvetakingsmembranen 1/2 - 1 time eller lenger, avhengig av pasientens diurese.
- Prøvetakingsmembranen på slangen på lukket drenasje desinfiseres med sprit.
- Membranen punkteres, og urinen overføres til vacuumrør
- Dersom prøvetakingsmembran ikke finnes, desinfiseres et område på kateteret som punkteres.

Ren intermitterende kateterisering (RIK)

Urinprøve kan tas i forbindelse med ren intermitterende kateterisering. Kast den første urinen som kommer etter at kateteret er kommet inn i blæra. Samle deretter nødvendig mengde urin i prøveglasset.

Aspirasjon fra blæredrenasje (kateter)

Primært foretrekkes prøve etter at kateteret er fjernet. Dersom dette ikke er mulig, kan følgende metode benyttes:

Utstyr

- Steril kompress
- Vakuumrør i plast med et predefinert trekkvolum
- Overføringsenhet for oppsamling av urinprøven
- Desinfeksjonssprit 70%

Prøvetaking

- Skriv alltid på rekvisisjonen (Først – mikrobiologi) hvilken prøvetakingsmetode som er benyttet, kliniske opplysninger og opplysninger om eventuell antibiotika behandling.
- Pasienten oppfordres til å drikke mest mulig. Prøven tas når pasienten føler blærespreng. På barn utføres prøven når det er gått minst en time siden siste vannlating.
- Uricultglasset skal merkes med etiketten merket «Urin». Den er festet nederst på rekvisisjonen.
- Fyll ut det som etterspøres på rekvisisjon. Husk fullstendig fødselsnr. – 11 siffer.
- Rekvisisjonen legges i plastmappen, og uricultglasset puttes i stativ som settes inn i plastposen og påsettes en klemme og sendes til laboratoriet for klinisk mikrobiologi



-
- Ring FURST tlf : 22909500 for henting. VSJ: Seinest klokken 12.30. VSS: Seinest klokken 11.30.

ANSVAR:

Sykepleier



Omsorg ved livets slutt

Tittel	Omsorg ved livets slutt	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2006	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.06.2018
Revisjonsnummer	8	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Terminalomsorg/mors

HENSIKT:

Pasient og deres pårørende skal oppleve en verdig slutt på livet, med god palliativ behandling, god menneskelig og åndelig omsorg. God tilrettelagt omsorg og sykepleie i siste fase med trygghet, verdighet, respekt og ro.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Terminal/alvorlig syke

Når beboere ankommer, eller når det er naturlig å gjøre det, bør faglig leder ta ansvar for at skjema "Vurdering av livsforlengende behandling" (i Exstensor) gjennomgås med beboer og/eller pårørende. Skjema vil være en rettesnor i forhold til palliativ behandling.

Det er utarbeidet en ROS analyse i forhold til arbeid med alvorlig syke og døende.

Ved pleie av alvorlig syke og døende er det viktig å fokusere på smertelindring. Ansatte på vakt kontakter ansvarlig sykepleier på jobb hvis de opplever en forverring i helsetilstanden til pasienten. Sykepleieren tar kontakt med tilsynslege når man ser at det er behov for et tilsyn eller en vurdering om pasienten er døende. Behovet for palliasjon vurderes, og man må se på annen medikamentell behandling som er u hensiktsmessig skal seponeres. Vi har en ferdig utarbeidet palliativ plan som brukes som mal. Man behandler symptomer, og sørger for størst mulig grad av velvære. Skjema ESAS og Mobid-2 benyttes i forhold til å kartlegge og vurdere styrken av smerter. Skjemaene finnes i Exstensor.

Om palliasjonen viser seg å bli en utfordring ved kompliserte tilfeller kan tilsynslegen ringe til palliativt team på sykehus for råd og veiledning. Vi kan også ringe kreftsykepleier kommunen (Lunner for Jevnaker) for gode råd og opplæring i f.eks smertepumpe, CVK osv. Det finnes også to ressurspsykepleiere her hos oss med tilhørighet til det palliative nettverket i Oslo som kan kontaktes.

Unngå tørste, spille behagelig musikk, gi nærhet, kontakt og omsorg m.m. Ha også fokus på kvalme, dyspne (respirasjon), delirium og obstipasjon. God munnhygiene er fortsatt meget viktig.

Ved signaler om at livet går mot slutten skal vi tilbringe mye tid inne hos beboeren. Vårt mål er at ingen skal dø alene så lenge de er hos oss. Det vil si at dersom vi får terminalpleie, og pårørende ikke har kommet, så vil en av de ansatte være hos beboeren. Ved ønske kan også prest eller representant fra en annen trosretning tilkalles:

- Sylling: Prestenes beredskapstjeneste i Lier har følgende telefonnummer: 95486920.
- Jevnaker: Prest Stian Roos på tlf: 99550551 eller prest Yngve Skaland på tlf: 93411775



De pårørende holdes løpende informert om tilstanden, og det legges til rette for at de pårørende kan ha samtaler med ansvarlig sykepleier om helsetilstanden og døden. De pårørende tilbys mat og drikke mens de er hos oss, og eventuelt ordnes det med et sted de kan overnatte.

Huskeliste:

- Pasienten skal ikke ligge alene den siste fasen av livet.
- Skape ro, trygghet og nærhet rundt pasient og pårørende.
- Pasienten skal få ha pårørende hos seg så mye han ønsker.
- Avlaste pårørende når de ønsker. Gi tilbud om å få hvile/overnatte på et egnet rom. Tilby mat og drikke.
- Benytt fastvakt når dette er nødvendig. Det skal konsulteres med faglig leder før fastvakt tilkalles. Fastvakten skal være en kompetent, erfaren og trygg person.
- Sørge for god lindrende behandling så pasienten er mest mulig fri for smerter og ubehag. Dette i form av å sette inn palliativ plan etter legens forordning og fjerne medisiner som ikke lenger anses å være hensiktsmessig.
- Sørge for gode observasjoner og vurderinger av behandlingen som gis pasienten og dokumentere fortløpende inne på Extensor. Hvis det er behov for justeringer av den palliative planen kontaktes tilsynslege. Ved behov kan palliativt team ved sykehus kontaktes for faglige råd.
- Gi god informasjon til pasienten og dens pårørende, og vær tilgjengelig for samtale når de måtte ønske dette. Den døende skal føle seg ivaretatt og oppleve trygghet. Gjøre videre avtale om kontakt og oppfølging med pårørende. Hvis fastvakt benyttes; Kan pårørende ringes til døgnet rundt om noe skulle endre seg hos pasienten?
- Vi skal imøtekomme pasientens kulturelle og åndelige behov så langt det er mulig. Den døende skal ha godt stell og pleie til siste slutt.

ANSVAR:

Sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider med fagbrev, helsefagarbeider, lege, fysioterapeut, prest.



Tannstell og munnhygiene ved livets slutt

Tittel	Tannstell og munnhygiene ved livets slutt	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2014	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	10.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Terminalomsorg/mors

HENSIKT:

Sikre at svært syke og døende pasienter bevarer god munnhelse i livets siste fase gjennom systematisk observasjon og gode tiltak. Mange av disse pasientene er plaget av munntørrehet, og har behov for hjelp til å opprettholde god munnhygiene. Dette er viktig både for pasientens fysiske og psykiske helse.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

GJENNOMFØRING:

- Vurder om du trenger assistanse.
- Pass på at pasienten ligger godt til rett, eventuelt i sideleie eller hodet vendt til siden.
- Innrett deg så du har godt arbeidslys – lampen over pasientens seng eller bruk hodelykt.
- Når en pasient har kommet til dette stadiet er det viktig å inspisere munnhulen grundig. Smør leppene på forhånd om det er behov for det.

OBSERVASJONER:

- Over- og underleppens slimhinner
- Slimhinner i kinn og gane
- Tungens kant og over-/ underside
- Tannkjøtt
- Tannstatus, evt. løse tenner
- Evt. patologiske forandringer
- Er leppene tørre, hovne, og har lepper/munnviker sprekker eller sår?
- Har tungen, tannkjøtt og slimhinner sår, belegg, sprekkdannelse, og/eller smerter?
- Er det tenner som har belegg, har løstnet eller ser skadet ut?
- Ta ut og rengjør delproteser
- Vurder om pasienten trenger tilsyn av lege/tannlege/tannpleier
- Har pasienten dårlig ånde?
- Dokumenter spesielle funn i pasientens pleieplan og gi beskjed videre til sekundærkontakt eller ledende sykepleier

ANSVAR:

Pleiepersonell

HENVISING:



Kvalitetsplan



Rutiner ved dødsfall

Tittel	Rutiner ved dødsfall	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2006	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	14.05.2019
Revisjonsnummer	6	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Terminalomsorg/mors

HENSIKT:

- Verdig avslutning på livet i trygge og rolige omgivelser.
- God ivaretagelse av pårørende.
- Den døde er stelt og er mest mulig lik seg selv.
- At pårørendes ønsker om deltagelse i stell av den døde, er imøtekommet så langt det er mulig.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Prosedyre ved dødsfall:

Ved dødsfall stelles den avdøde med respekt, og rommet gjøres hyggelig (ryddig og rent, tenne lys og lignende) slik at pårørende får tatt et fint farvel. Vi har ikke krav om at rommet må tømmes samme dag, men gir den pårørende et par dager til å bearbeide sorgen og ordne praktiske gjøremål. Ved ønske pakker vi ut av rommet for pårørende.

Det hender at ansatte som knytter seg til beboer, kan få sorgreaksjoner, og trenger noen å snakke med og en mulighet til å ta farvel med beboeren. Vi legger til rette for at ansatte skal få denne muligheten, og at det avsettes tid til samtale dersom det er ønsket. Legg også til rette hvis pårørende har behov for en samtale i etterkant, eller tilby samtale ved en seinere anledning.

Administrative rutiner ved dødsfall:

- Dokumenter i pasientjournalen: Tidspunktet for dødsfallet, hvem som var til stede osv. Sjekk om det er inngått avtaler med pårørende mht. når de vil varsles ved dødsfall.
- Faglig leder eller bestyrer tar kontakt med hjemkommunen og informerer om dødsfallet.
- Ved dødsfall kontaktes pårørende dersom de ikke er til stede og annet ikke er bestemt.
- Tilsynslegen eller vakthavende lege varsles om dødsfallet, og det avtales tidspunkt for syning. Ved dødsfall på natt kontaktes lege påfølgende dag. Ring lege/legevakt dersom tilsynslegen ikke er til stede: I Sylling benyttes følgende numre: Svangstrand Legekontor (tlf. 32 24 05 00) på hverdager og legevakten i helgene. Skjer det dødsfall på kveld eller natt, ringer vi Svangstrand Legekontor (tlf. 32 24 05 00) eller Sylling legesenter (tlf. 32 85 60 77) om morgenen. På Vestfossen benyttes følgende numre: Tilsynslege, Dr Aune ved Vestfossen legesenter på tlf 32 25 20 80 for å avtale syning. Ved mors på kveld/helg/helligdager kontaktes Kongsberg legevakt på tlf 32 77 06 30 eller 116117 .
- Etter syning av pasienten fyller legen ut dødsattest + tre eksemplarer av biattest. Dødsattest fylles ut med navn og fødselsdato. Resten av dødsattesten fylles ut av legen. Originalen av dødsattesten sammen med skjema om melding av dødsfall sendes Lensmann. Kopier skannes og legges i journalen.
- Smykker, penger og lignende låses inn på medisinerrommet.



- Den døde stelles ca. 2 timer etter dødsfallet. Se prosedyre «Stell av døde».
- Dersom pårørende ønsker å delta gis de anledning til det.
- Utbæring av kisten skal skje med verdighet og respekt både overfor pårørende og øvrige beboere.
- Dersom pårørende ønsker det er det anledning til å avholde minnestund/bisettelse på sykehjemmet.
- Informere alle berørte (kjøkken, renhold og lignende) om situasjonen.

Kontakt med pårørende ved dødsfall

Forhold deg rolig på et rom med mors, snakk lite og lavt, vis respekt for den som ligger der. Gi pårørende av din tid, enten de har vært hos beboeren hele tiden eller kommet etterpå. Sørg for et pent og luftig rom, slik alt ligger til rette for en god stund for pårørende. Pårørende tilbys kost og losji i den tiden de er hos beboeren. Pårørende tilbys å være til stede, eller deltagende, ved stell av den avdøde, og vi sjekker ut om det er spesielle ønsker med hensyn til klær og lignende. Hvis det ikke er spesielle ønsker, tas det på undertrøye og pen bukse og skjorte.

Begravelsesbyrå

Pårørende tar selv kontakt med begravelsesbyrå. Husk at vi må informere om dette. Vi hjelper til hvis pårørende trenger det. Det er ikke alle som har hatt kontakt med et byrå før. Byrået skal komme med 2 stykker, og de skal greie sin jobb uavhengig av oss.

Stell av avdød:

Avdøde blir stelt på sitt eget beboerrom.

- Avklar hvilke avtaler som er gjort med pårørende om hva de ønsker at den døde skal ha på seg av klær og smykker.
- Avklar om det er spesielle kulturelle eller religiøse forhold som ønskes ivare tatt under eller i etterkant av prosedyren.
- Det legges til rette for at pårørende får være til stede, eller deltagende, ved stell av beboeren, dersom de ønsker dette.

Utstyr:

Det man trenger skal være pakket klart i egne morspakker.

- Vaskevannsfat, kluter, såpe, håndkle, neglesaks, barberhøvel/-maskin, pussbekken.
- Cellestoff, tuffere, hakebind, tape.
- Laken
- Eventuelt utstyr til sårskift og pants for å samle opp evt. væske.
- Plastforkle, hansker, munnbind v/behov.
- Ved smitte; gule smittesekker, gule stellefrakk og 1 ekstra laken.

Utførsel:

- Det skal være ro i stellet – stellesituasjonen skal være preget av respekt for den avdøde.
- Pårørende skal få være med i stellet om de ønsker dette. Da tar vi en samtale på forhånd for å høre hva de har av erfaringer tidligere, og prøver å forberede dem litt på hva som skal skje.
- Stellet utføres av 2 erfarne pleiere.
- Er pårørende med i stellet, la dem få god tid. Ønsker de at avdøde skal beholde sitt eget tøy og ev. begraves/bisettes i dette, skal dette utføres etter deres ønske.



- Påse at det ikke er blødninger fra ev. innstikkssteder.
- Bendasjer skiftes om nødvendig.
- Rent laken legges under den avdøde.

Stell av den døde

- Stell av døde foregår på samme måte som ordinært stell (husk å legge under en vanlig bleie uten magebelte).
- Ved behov skal man bruke beskyttelsesutstyr.
- Legg vedkommende godt til rette i sengen
- Ikke fold hender, men legg hendene over hverandre.
- Vær stille - ha respekt
- Fjern dyne og overlaken.
- Ta av ringer og smykker etter avtale med pårørende.
- Ta av hakebind før den dodes ansikt og hender vaskes. Hakestøtte tåler litt vann og kan sitte på.
- Rens og klipp negler på fingrene.
- Vask den døde etter behov.
- Gre håret og eventuelt barber forsiktig. Bruk gjerne den dodes eget barberingsutstyr, ikke bruk engangshøvler. Engangshøvler kan forårsake vedvarende hvite striper i huden og ev. rifter.
- Rengjør eventuelle tannproteser, og sett dem på plass.
- Lukk den dodes øyne, bruk eventuelt fuktete kompresser. Kompressene fjernes før pårørende får se den døde.
- Sett på hakestøtte/hakebind.
- Utfør ev. stell av sår/stomi og sett på tette kompresser + Tegaderm over.
- Legg den døde i ryngleie.
- Kle den døde i en ren pasientskjorte eller privat tøy hvis dette er avtalt med de pårørende.
- Legg armene ned langs siden, eller legg hendene over hverandre i bryst/mage-nivå. Rett ut fingrene.
- Legg en liten pute under avdødes hode.
- Legg over ev. et laken eller en dyne. Påse at ansikt og ev. hender er synlige.
- Rydd, luft og pynt i rommet og tenn et te-lys i brannsikker stake på nattbordet (helst batterilyt).
- Ta eventuelt av hakebind dersom dette er benyttet.
- Fjern medisinsk utstyr som er tilkoblet den døde. Gi legen beskjed om evt. pacemaker slik at denne blir fjernet ved syning.
- Avklare med pårørende at de tar kontakt med begravellesbyrå. Byrået avtaler med sykehjemmet tidspunkt for henting.
- Pårørende får tilbud om samtale med vakthavende sykepleier.

Etter stell

- Tenn lys og rydd ut alle hjelpemidler, salver, bleier m.m.
- Beskyttelsesutstyret skal tas av før man forlater rommet. Hendene skal alltid vaskes etter at hansker og annet beskyttelsesutstyr er tatt av. Rommet rengjøres/ryddes på vanlig måte.
- Ny morspakke lages og legges klar til bruk.
- Legg til rette for at pårørende kan ta avskjed med den døde etter stellet

ANSVAR:

Faglig leder
Sykepleier
Tilsynslege
Øvrige personalet i avdelingen



Generelt om smittevern

Tittel	Generelt om smittevern	Avdeling	Alle
Opprettet	24.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	24.02.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Mona Skaar	Kategori	Pleie

Vi har eget infeksjonskontrollprogram som samtlige ansatte plikter å sette seg inn i, og arbeide etter. Infeksjonskontrollprogrammet avklarer hvem som skal sette seg inn i de ulike deler av programmet, og setter krav til opplæring av ansatte og nyansatte.

Programmet tar for seg følgende temaer: Håndhygiene, arbeidsantrekk, beskyttelsesutstyr, hygieniske rutiner ved stell av beboere, desinfeksjon og sterilisering, rutiner for skylleromsarbeid, renhold, håndtering av tekstiler, håndtering av avfall, generelle rutiner ved kontakt med blod, blodsmitteuhell, generelle rutiner ved håndtering av døde, vaksinasjon av arbeidstakere, undersøkelse av arbeidstakere, spesielle tiltak mot utvikling og spredning av sykehusinfeksjoner, forebygging av urinveisinfeksjon, forebygging av sårinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner, kroniske sår, forebygging av øyeinfeksjoner, forebygging av luftveisinfeksjoner, forebygging av mage-/tarminfeksjoner, forebygging av intravaskulære infeksjoner, tiltak mot utvikling av antibiotikaresistente bakterier, tiltak ved infeksjonsutbrudd og isolering.

Programmet definerer ansvar, hensikt, utførelse, kontrollrutiner, samt avvikshåndtering av de ulike temaer.

Vi opererer med to forskjellige smittenivåer: Nivå 1 gjelder for den daglig drift, når det ikke er påvist noen økt smitterisiko utover det normale. Nivå 2 gjelder i de situasjoner hvor det er en kartlagt smitterisiko på huset. Dette nivået har således skjerpede og utvidede rutiner. Nivå to kan gjelde for en enkelt avdeling eller for hele huset. Rutiner beskrevet i Infeksjonskontrollprogrammet ligger på nivå 1, dersom ikke annet er spesifisert.

Programmet finnes i permen: Kvalitetshåndbok, og ligger på intranett.



Bruk av beskyttelsesutstyr

Tittel	Bruk av beskyttelsesutstyr	Avdeling	Alle
Opprettet	21.04.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	5	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT:

- Hindre spredning av smitte fra personalet til beboer og omvendt
- Etablere gode og sikre arbeidsrutiner

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Se infeksjonskontrollprogrammet for regler om bruk av beskyttelsesutstyr.

Stellefrakk

Stellefrakk skal brukes i alle situasjoner der arbeidstøyet kan bli forurenset av sprut av blod, kroppsvæske, sekret eller annet flytende materiale som kan inneholde mikroorganismer, eller der annen forurensing av arbeidstøyet kan forventes. Stellefrakk byttes mellom hver beboer.

Se infeksjonskontrollprogrammet for utfyllende informasjon om regler og rutiner ved bruk av stellefrakk.

Smittefrakk

Smittefrakk gir bedre beskyttelse enn en stellefrakk. Smittefrakker skal ha lange ermer med mansjett som hindrer at ermene glir opp, ikke ha lommer og kneppes eller lukkes på ryggen, slik at det er en hel og glatt flate på fremsiden.

Smittefrakk skal brukes når det er stor fare for forurensning med sykdomsfremkallende mikroorganismer, som ved pleie og kontakt med beboere som er isolert for smittsom sykdom og ved arbeid på uren side på vaskeriet.

Se infeksjonskontrollprogrammet for utfyllende informasjon om regler og rutiner ved bruk av smittefrakk.

Engangsforkle

Engangsforkle av plast bør brukes når det er fare for at arbeidstøyet blir fuktig. Hvis pasienten er isolert for smittsom sykdom, bør plastforkle i så fall bæres utenpå smittefrakk.

Bruk av hansker

Hansker skal brukes i alle situasjoner der man direkte eller indirekte kan komme i kontakt med kroppsvæsker, inkl. blod, sekreter og ekskretter, og forurensete gjenstander. Usterile hansker bør brukes for å beskytte både beboerne og personalet når personalet har sår, rifter eller eksem på hendene.



Sterile hansker brukes både for å beskytte beboerne og personalet. Sterile hansker skal brukes ved sterile prosedyrer, som innleggelse av urinkateter, stell av sentralt venekateter o.l.

Ved kontakt med blod eller ved situasjoner der det er vesentlig fare for smitteoverføring, bør det brukes latekshansker eller hansker med tilsvarende kvalitet i forhold til strekkstyrke, fravær av hull og liten gjennomtrengelighet.

Håndhygiene må utføres før og etter bruk av hansker. Hånddesinfeksjon skal brukes dersom hendene ikke er synlig skitne.

Se infeksjonskontrollprogrammet for utfyllende informasjon om regler og rutiner ved bruk av hansker.

Munnbind

Munnbind brukes både for å beskytte personalet og for å beskytte beboerne. Bruk munnbind og øyebeskyttelse eller visir for å beskytte slimhinnene i øynene, nesen og munnen ved prosedyrer der det kan oppstå sprut av kroppsvæsker, inkl. blod, sekreter og ekskretorer eller annet flytende materiale som kan inneholde mikroorganismer.

Se infeksjonskontrollprogrammet for utfyllende informasjon om regler og rutiner ved bruk av munnbind.

ANSVAR

- Faglig leder
- Sykepleiere
- Pleiepersonell



Prosedyre for skyllerom

Tittel	Prosedyre for skyllerom	Avdeling	Alle
Opprettet	11.04.2019	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	
Revisjonsnummer		Sist revidert av	
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT

Desinfeksjonsrom bør kun brukes til de funksjonene rommet er planlagt for. I hovedregelen er dette:

- Desinfisering av utstyr/håndtering av rengjort og desinfisert utstyr
- Kortvarig mellomlagring av urent utstyr, tøy og avfall.
- Urin og avføringsprøver

Kombinasjonen av rene og urene oppgaver gir fare for kryssmitte. Derfor må rommet være logisk innredet og holdes ryddig og rent. Skillet mellom ren og uren side skal være merket.

TILTAK

Desinfeksjon av flergangsutstyr: Alles ansvar

- Urent utstyr håndteres så fort som mulig. Dersom organisk materiale på utstyr tørker inn, oppnår ikke tilfredsstillende rengjørings- og desinfeksjonsprosess.
- Bruk varmedesinfeksjon hvis mulig og kjemisk desinfeksjon for utstyr som ikke tåler varmedesinfeksjon.
- Utstyr lagt i desinfeksjonsløsninger (f.eks. Vircon) skal tas hånd om fortløpende, når anbefalt tid er gått. Utstyret skylles og plasseres direkte i skap. Har utstyret vært synlig tilsølt, byttes desinfeksjonsvæsken og karet desinfiseres.
- Utfør håndhygiene etter all berøring med urent utstyr, og konsekvent før berøring av rent utstyr.

Daglige rutiner på desinfeksjonsrom: En ansvarlig på hver dagvakt

- Bruk beskyttelsesfrakk ved rutinearbeid på skyllerom.
- Utstyr som er satt på vent for varmeinfeksjon, desinfiseres og settes på plass.
- Utstyr lagt i desinfeksjonsløsning skylles av og plasseres i rent skap.
- Desinfeksjonsløsninger for utstyr byttes ut minimum x 1 pr. døgn (og i tillegg dersom utstyret har vært synlig tilsølt). Beholder varmedesinfiseres. Avkrysningsliste gir god kontroll.
- Vaskefat kan få belegg av såperester. Fjern med papir fremfor å bruke børste- det gir lett sprut/aerosoler.
- Skittentøy og avfall som mellomlagres på skyllerom skal lukkes og tas ut. Nye sekker plasseres i stativ.
- Dekontaminator og instrumentvaskemaskin sjekkes etter sjekkliste.



- Hold desinfeksjonsrommet ryddig og oversiktlig. Lagring i åpne hyller på desinfeksjonsrommet unngås.
- Renhold og desinfeksjon av overflater slik som beskrevet i neste avsnitt.

Renhold på desinfeksjonsrom: Avtale med renholdspersonell hvem som gjør hva (se eventuelt renholdsprogram)

- Rengjøring av gulv utføres daglig. Dette rommet tas til slutt i avdelingen.
- Daglig rengjøring av dør/håndtak, servant, armatur, arbeidsbenker, hyller, utside på dekontaminator.
- I tillegg anbefales daglig desinfeksjon av overflater som arbeidsbenker og hyller.
- Ukentlig vaskes og desinfiseres stativ for avfall og skittentøy, veggen bak arbeidsbenkene og utslagsvask.

Kontroll av dekontaminator og instrumentvaskemaskin

- Temperaturkontoller fremgår i sjekklister for halvårskontroll som utføres av vaktmester
- Primært følges leverandørens anvisning for kontroll. Sjekklister innhentes hos leverandør eller utarbeides.
- Sjekk jevnlig temperatur på sluttdesinfisering, og hvor lenge den varer.
- Ved siden av maskinene henges oppslag om hvordan utstyret skal plasseres i maskinene. Noter også innstilling for temperatur på sluttdesinfisering og hvor lenge denne temperaturen skal holdes.
- Ta kontakt med fagperson dersom utstyr ikke blir rent eller ikke holdes på plass i maskinen.

Ofte inngår disse elementene i kontroll av dekontaminator

Daglig sjekk av spyledekontaminator (bekkenspyler)

- Kontroller kammerets bunn og fjern rester ved behov
- Sjekk at maskinen tar inn såpe ved å lage nivåmerke (dato) på såpeholder.
- Sjekk at dysene er åpne, at det ikke har lagt seg papir eller lignende på dyseholder.

Daglig sjekk av instrumentvaskemaskin

- Kontroller kammerets bunn og fjern rester ved behov.
- Sjekk at maskinen tar inn såpe ved å lage nivåmerke (dato) på såpeholder.
- Sjekk at vaskearm og rengjør ved behov. Grovsilen rengjøres.
- Sjekk at stativ/vogn får kontakt med vanntilførsel.
- Vasketest etter leverandørens anbefaling.

Halvårlig:

- Temperaturkontoller fremgår i sjekklister for halvårskontroll som utføres av vaktmester

Årlig:

- Kontroll/vedlikehold av teknisk personell. (Ev. serviceavtale med leverandør ivaretar dette).



Stikkord ved vurdering av behov; dekontaminator, instrumentvaskemaskin og destruksjonsmaskin

- Spyledekontaminator (bekkenspyler) er beregnet for vask og desinfeksjon av bekken, urinflasker, vaskefat og bøtter. Er ikke beregnet for kirurgiske instrumenter og desinfeksjon av utstyr som skal autoklaveres. Spyledekontaminator skal innfri standarden EN-ISO 15883-2.
- Er det behov for vask og desinfeksjon av mindre instrumenter og utstyr som skal autoklaveres, trengs instrumentvaskemaskin. Denne skal innfri standarden EN-ISO 15883-2.
- (denne maskinen finnes på skyllerommet i 1A).
- Destruksjonsmaskiner kverner engangsvaskefat, urinflasker og bekken for utslipp i kloakk.
- Utarbeid god kravspesifikasjon før innkjøp. Sikre system for årlig teknisk kontroll.

Utforming av desinfeksjonsrom

Ren side	Uren side
Håndvask og spritdispenser Benk av rustfritt materiale Skap til rent utstyr Låsbart skap til desinfeksjonsmidler	Bekkenspyler og/eller kvern Instrumentvaskemaskin Benk av rustfritt stål med vask Plass for håndtering av urin- og avføringsprøver Oppbevaringsstativ til urent tøy Oppbevaringsstativ til avfall Oppbevaringsstativ av risikoavfall

Håndtering av tekstiler på desinfeksjonsrom

- Det anbefales at man unngår all tørking og vask av klær på desinfeksjonsrommet. Det må håndteres på egnet vaskerom/vaskerier i samsvar med krav for tekstilhåndtering i helseinstitusjon.
- Tilgriset institusjonstøy: Det anbefales at tekstiler tilgriset av kroppsvæsker håndteres på brukerstedet, og etter samme rutiner som ved smitte. Fjern fast avføring med ett papir og emballer som smittetøy og send direkte på vask.

REFERANSER

- Folkehelseinstituttet (2009) Basale smittevernrutiner
- Statens Serum Institut (2014) Nationale infeksjonshygiene retningslinjer for desinfeksjon i sundhedssektoren



Journalføring

Tittel	Journalføring	Avdeling	Uspesifisert
Opprettet	27.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	30.01.2019
Revisjonsnummer	13	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Dokumentasjon

HENSIKT:

- Sikre faglig forsvarlig pleie og omsorg.
- Bedriften skal følge de forskrifter og lover som omhandler krav til journalføring.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Vi har elektronisk pasientjournal fra Extensor. Det er superbrukere på hvert hjem som man kan spørre om hjelp. Nyansatte får opplæring og tilganger av bestyrer eller adm. dir.. Det er egne oppslag på vaktrommene om hvordan man journalfører og skriver ut rapporter. I tillegg finnes egen perm med brukermanualer på hver avdeling.

Pasientjournalen består av to hoveddeler:

Personalia (vi benytter):

- Generelt: Generel info om beboer
- Pårørende: Info om pårørende
- Diett: Informasjon om dietter o.l.
- Serier: Info om dato for innleggelse, hvor vedkommende er innlagt fra og diagnose ved innleggelse, primærkontakt o.l.
- Rom: Rombooking
- Rapportgenerator: Utskrift av vaktrapporter, ulike beoeroversikter, statistikk m.m.

Journal (vi benytter):

- Sammendrag: Informasjon om alt som er registrert på beboer.
- Basisinformasjon: Info om familie og sosialt, naturlige funksjoner, allergier, simultania, yrkesanamnese m.m.
- Diagnoser:
- Notat: Vaktrapporter, avføringslister, sykepleienotater, legenotater, inkomstrapport, kvalitetsplan, fysioterapinotat, aktivitetsnotat, muntlige klager, innskrivning på sykehus, SOAS, oppbevaring av verdisaker, fysioterapirapport, vurdering av livsforlengende behandling, ESAS-r og MOBID2 skjemaer, skjema for samtaler med pårørende, sårprosedyre, IPLOS, MNA-skjema, Braden, kartlegging av



- fallrisiko og flere andre notater og skjemaer
- Brev/dok./blanketter: Innkommende og utgående post, intern post, epikriser, brevmal m.m.
- Medisiner: Aktuelle og seponerte medisiner
- Cave
- Laboratorie: Prøvesvar, målinger o.l.
- Blodtrykk
- Vaksine: Logg for vakiser

Klargjøring av EPJ

Før beboeren ankommer klargjøres journalen med beboerens navn. I journalen skannes og legges alle skjema og informasjon, som hovedkortet, epikriser og sykepleieopplysninger fra sykehus, andre institusjoner eller hjemmesykepleie. Se eget kapittel om rutiner ved innskrivning. Journalen blir fortløpende supplert med aktuell informasjon som rapport fra tilsynslegen, korrespondanse mellom sykehus, DPS og lege, rapport fra tannlegehelsetjenesten, registrering av prøvesvar fra lab. på sykehus, samt resultat av diverse kartlegginger (se kapittel "Regelmessig kartlegging av beboere").

Alle ansatte er ansvarlig for å holde journalen oppdatert, men sykepleiere har flere tilganger enn helsefagarbeidere. Disse har igjen flere tilganger enn assistenter. Prøvesvar må f.eks. leveres til sykepleier for innlegging i journal. Virkarer fra byrå logger på med egne brukernavn som finnes på avdelingene.

For god kartlegging trengs kunnskap på mange områder og det vil derfor oftest være behov for et tverrfaglig samarbeid for å oppnå dette. En situasjon kan oppleves og observeres på flere måter fordi vi er forskjellig, ser etter forskjellige ting og har forskjellig kunnskapsnivå og erfaring. Kartlegging er også en kontinuerlig pågående prosess fordi situasjonen fort kan endre seg.

Samle inn relevante data om pasienten og dokumentere dette

- Lese tilgjengelig dokumentasjon om pasienten.
- Foreta inntakstintervju med pasienten.
- Hva er pasientens ønsker for oppholdet.
- Snakke med pårørende der dette er aktuelt.
- Prioriter rekkefølgen på kartleggingen, ta de mest aktuelle områdene først - sett på bakgrunn av pasientens situasjon.
- Aktuelle standardiserte skjema for datainnsamling som ADL - skår, MNA – skjema for ernæringscreening, Braden Skala for vurdering av hud,
- Vurderingsverktøy for fallrisiko osv. er gode hjelpemidler fordi de er systematiske og målrettede, og derfor en kvalitetsforsikring, men gode skjema utelukker ikke et godt faglig skjønn.
- Bakgrunnsopplysningsskjema/anamnese.
- Hvordan vurderer pasienten sin egen situasjon / hva mener pårørende
- Hvilke behov ønsker pasienten selv å få dekket – hva er viktig for ham å få dekket?
- Har han innsikt i hva dette vil si i praksis? Hva kan konsekvensene bli?

Momenter å tenke på i forhold til å vurdere og å synliggjøre pasientens ressurser/motivasjon:

- Styrke: Evne og vilje til å klare fysisk arbeid, og psykisk styrke til å handle.
- Utholdenhet: Fysisk, intellektuell og følelsesmessig evne og vilje til å gjennomføre tiltak.
- Sanserintrykk: Evne og vilje til å oppfatte det en sanser.
- Kunnskap: Evne og vilje til å tilegne seg og bruke kunnskap om tiltak.
- Ønsker: Vilje eller motivasjon til å delta.
- Mot: Våge å ta sjanser.
- Ferdigheter: Oppmerksomhetsevne og evne til å omgås andre.

Fokuserer vi på pasientens ressurser stimulerer vi hans selvfølelse og egenverd. Han blir bedre i stand til å mestre traumer, sykdom og funksjonshemming. Vi vil lettere se mulighetene pasienten har. Dette kan bidra



til at pasienten vedlikeholder eller bygger opp et positivt selvbilde, og kan oppleve økt livskvalitet.

Graden av hjelpebehov – hva som skal gjøres og hvordan dette skal gjøres må kartlegges og konkretiseres:

- Klarer seg selv.
- Trenger muntlig veiledning: Dvs. vi minner på eller forklarer med ord hva som skal skje.
- Imiterer handling: Via mimikk og bevegelser vises hva som skal gjøres.
- Må gis objekter eller redskaper: Får kluten i hånden, samtidig forklarer vi med ord og kroppsspråk hva som skal gjøres. Evt. vise bilder av aktivitet.
- Trenger håndledning – guiding: Dvs. legge vaskekluten i pasientens hånd og vi fører hånden til ansiktet. Vi styrer handlingen. Støttende eller passiv håndledning er når vi støtter eller puffer forsiktig – for eksempel pasientens albue i riktig retning.
- Må hjelpes aktivt – gjøres for: Vi gjør hele handlingen for pasienten

Journalansvarlig

Administrerende direktør er journalansvarlig og har et overordnet ansvar for den enkelte beboers journal.

Rapportskriving

Den enkelte beboers døgn rapporteres i journalen. Det er egen mal for de ulike vakter (RapportDAG, RapportKVELD, RapportNATT).

En rapport skal inneholde følgende opplysninger om beboeren:

- Rapporten skal inneholde det vesentlige av det en har observert.
- Rapportskriverens oppgave er å beskrive (objektivt), ikke tolke eller karakterisere (subjektivt), men gi et sant bilde. Beboerens utsagn og klager skal refereres/siteres i rett sammenheng.
- Rapporten skal uttrykkes klart og tydelig, være oversiktlig/ryddig og lett å lese.
- Rapportskriving skal foregå regelmessig, selv om det ikke skjer noe med beboeren.
- Alle forandringer (positivt/negativt) i beboerens tilstand skal rapporteres.
- Uregelmessige besøk bør også rapporteres (hvem som var på besøk).
- Om nye beboere må rapporten gi fullstendig orientering, så langt som vi har hatt mulighet for å skaffe oss opplysninger. Den første tid av oppholdet må man også være spesielt oppmerksom med tanke på å få tilstanden best mulig beskrevet.
- Enhver pleier plikter å gi, og sørge for å få, rapport om det som skjer innen deres arbeidsområde.

Hva skal man observere og rapportere (muntlig/skriftlig):

- Fysisk tilstand - Allmenntilstanden, naturlige funksjoner, symptomer på somatisk lidelse.
- Psykisk tilstand - Humør, sinnsstemning, impulskontroll og lignende.
- Personlig hygiene og utseende - Interesse og initiativ i retning av hygiene og utseende, vask, munnpleie, barbering, hårstell, toalettvaner, renslighet, matlyst, spisevaner, døgnrytme, mosjon, søvn og lignende.
- Aktivitet, psykomotorikk - Verbal aktivitet, uttrykk for ideer og følelser, meninger, ordforråd, mimikk, holdning, bevegelser, arbeidsterapi, fritids- og hobbyvirksomhet.
- Holdning overfor omgivelsene - Oppfatning av situasjonen, orientering, tilpasning til daglige gjøremål/behandlingsopplegg, opptreden overfor medbeboere, kontakt med pårørende og andre.



- Muligheter, friske trekk. Klarer å gjøre selv, etc.

Sktikkprøver av rapporter

Ledelsen foretar stikkprøver i journalene med tanke på å avdekke feil, mangler eller språklige unøyaktigheter i innholdet. Eventuelle avvik dokumenteres og lukkes med den det angår.

Sensitiv informasjon

Vi skal følge lover og forskrifter for innsamling og registrering av sensitiv informasjon om beboerne.

Journaler og annet personsensitivt og taushetsbelagt materiale oppbevares på avlåst rom (vaktrom, kontor og medisinrom) og arkiveres i godkjent journalskap.

Ansatte som har sluttet skal føres i avdeling "x Sluttet", og tilganger deaktiveres ved å huke av på "Innaktiv". Dette gjøres når beboer slutter og utføres av bestyrer.

ANSVAR:

- Bestyrer
- Faglig leder
- Lege
- Sykepleier
- helsepersonell

HENVISING:

- Forskrift om journalskriving
- Helsepersonelloven
- Pasient og brukerrettighetsloven



Kvalitetsplan

Tittel	Kvalitetsplan	Avdeling	Alle
Opprettet	27.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.06.2018
Revisjonsnummer	12	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Dokumentasjon

HENSIKT:

- Sikre kontinuitet i pleien.
- Sikre faglig forsvarlig helsehjelp.
- Oppfylle krav til dokumentasjon.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Kvalitetsplanen utarbeides i samarbeid med den enkelte beboer og pårørende, og ved revidering informeres de samme. De første 14 dagene som beboeren bor hos oss vil vi bruke et døgnrytmeskjema for å registre vedkommendes rytme og adferd, samt se på vedkommendes spisesituasjon. Tiltakene i planen evalueres fortløpende på avdelingsmøtene, som vi har hver tredje uke eller oftere ved behov. På avdelingsmøtene deltar avdelingsledere, faglig leder og bestyrer.

Kvalitetsplanen inneholder opplysninger om oppfølging av beboeren, utfordringer og behov, målsetting, hvilke tiltak som skal utføres og hvordan, samt beboerens ressurser og interesser. Kvalitetsplanen skrives ut og henges opp på rommet til beboeren (innsiden av skapdøren).

Hvorfor er det viktig med en god kvalitetsplan?

Det vil gi:

- God kontinuitet i behandlingen.
- Sikre at alle arbeider mot samme mål og etter samme metode.
- Være til hjelp slik at beboeren skal slippe å svare på samme spørsmål flere ganger.
- Hjelp til vikarer og nyansatte for å være oppdatert på beboerens behov og mål.
- Hjelp til oppklaring i klagesaker.

Kvalitetsplanen finnes i Extensor, og skal inneholde følgende:

- **Navn:** Navn på beboer
- **Mål:** Målet for kvalitetsplanen/beboeren
- **Vesentlig:** Dersom det er en ekstra viktig ting å passe på, både på lang eller kort sikt.
- **Morgenstell:** Diverse rutiner knyttet til dette. Hvordan dette skal utføres. Rekkefølgen på tiltak. Spesielle ting å passe på.
- **Kveldsstell:** Diverse rutiner knyttet til dette. Hvordan dette skal utføres. Rekkefølgen på tiltak. Spesielle ting å passe på.
- **Natt:** Dersom det er spesielle rutiner om natten. For eksempel hvis beboer skal snus.



- **Hud, sirkulasjon, sår:** Her fremkommer det om det er spesielle står eller fare for sår vi må ta hensyn til. Om det er sårregime o.l.
- **Eliminasjon:** Er beboer kontinent? Hvilke inkontinenshjelpemidler benyttes (type, størrelse, frekvens og lignende).
- **Spisesituasjon:** Hva man er glad i. Dietter. Hvor man spiser, og alle andre forhold rundt ernæringsinntak og miljøet rundt spisesituasjonen. Måltidsstruktur med tidspunkter føres også inn her. Det skal dokumenteres tiltak for å unngå nattefaste på over 11 timer.
- **Aktiviteter/interesser:** Her fortelles hva beboeren er glad i å gjøre, ulike interesser, ressurser og evner. At man for eksempel er glad i dyr, hvilke programmer man liker på TV, hva man har holdt på med tidligere og mye mer. Her henvises det også til fysioterapeutens planer.
- **Avtaler:** Dersom det er inngått avtaler med beboer. For eksempel en røyk i timen, og at personalet oppbevarer sigaretter.
- **Livssyn:** Her kommer det frem hvilket livssyn vedkommende har. Ut fra dette kan man eventuelt kontakte menighet, legge til rette for utøvelse av religion, tilpasse måltider og lignende.
- **Språk:** Morsmål og eventuelt andre språk
- **Livssyn:** Trosretning/livssyn
- **Boforhold:** Her kommer det inn om vedkommende har enkeltrom eller dobbeltrom (På Villa Skaar tilbys kun dobbeltrom dersom det er et uttrykt ønske fra beboer om dette). Det fortelles om private eiendeler på rommet eller andre forhold knyttet til rom og boforhold.
- **Annet:** Har skrives det om øvrige forhold som man ikke berører under de andre punktene.
- **Primærkontakt:** Her fortelles det hvem som er primærkontakt for beboeren.
- **Kvalitetsplanen er revidert dato:** Her føres opp dato for når kvalitetsplanen er revidert.
- **Pårørende:** Navn og telefonnummer til pårørende oppføres.
- **Pårørende er orientert/rådført dato:** Her føres dato for når man har snakket med pårørende om kvalitetsplanen.
- **Beboer er orientert/rådført dato:** Her føres dato for når man har snakket med beboeren om kvalitetsplanen.

ANSVAR:

- Lege
- Sykepleier
- Pleiepersonell

HENVISNING

Extensor



Sykepleiers dokumentasjonsansvar

Tittel	Sykepleiers dokumentasjonsansvar	Avdeling	Alle
Opprettet	02.01.2012	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Mona Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Dokumentasjon

HENSIKT:

Faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Sammen med pårørende/pasient fyller ut "Innkomstskjema" og skjema om anamnese/bakgrunnsopplysninger. Sistnevnte skjema er det mange pårørende som foretrekker å ta med seg hjem for utfylling, fordi pasienten ikke kan fyller det ut selv, men også for å konferere med andre i familien. Dette arbeidet kan også delegeres til aktivitetsteamet, som har stor nytte av informasjonen som kommer frem i utarbeidelsen av dette skjemaet. Begge skjemaer ligger i Extensor.

Fyller ut hovedkort/personalia i Extensor, basisinformasjon, pårørendeinformasjon, varighet på oppholdet, hvilken kommune som legger inn, medisinarke (se kapittel om Journalføring).

Daglig skrive rapporter der dette er aktuelt for å dokumentere pasientens tilstand, egne observasjoner, vurderinger, igangsatte/utførte tiltak og effekt. Evaluere etter utprøving av tiltak.

I løpet av den første uken ta en vurdering av pasientens helsetilstand og fyller ut MNA-skjema sammen med matkontakt og primærkontakt. Vurderer ADL-funksjon og ta en risikovurdering av hudfunksjon og fare for trykksår – Braden skala, og en vurdering av faren for fall. Igangsette tiltak. Evaluere etter utprøving av tiltak.

Ved ny pasient kartlegges pasientens bruk av legemidler ut ifra medfølgende ordinasjonskort og epikriser. Hvis opplysningene er mangelfulle eller ikke stemmer overens må vi kontakte aktuelle instanser – fastlege, sykehus osv. og samarbeid med pasient og evt. pårørende. Navn på de vi får opplysninger fra dokumenteres sammen med svarene de gir. Vi lager en oppdatert oversikt over de legemidlene pasienten bruker: faste legemidler, behovslegemidler og eventuelt naturpreparater. Listen og aktuell dokumentasjon legges frem for tilsynslegen for godkjenning. Ved behov kan farmasøyt konsulteres. Ved medisin-endringer sette i gang registrering av virkning/bivirkning der dette er aktuelt.

Etter ca. en til tre uker skriv en kvalitetsplan sammen med primærkontakten, evt. andre aktuelle fagpersoner (faglig leders ansvar at dette blir gjort).

Sette i gang atferds- og trivselsregistreringer når dette er påkrevet.

Overordnet ansvar for tverrfaglig IPLOS registrering.

Ved legemiddelgjennomgangen samle opplysninger om pasientens helsetilstand.



Avviksregistrering – dokumentere hvilke tiltak som er igangsatt for å forebygge nye uønskede hendelser.

Fylle ut «Helsekort» når pasienten skal til tannlegen.

Skrive Sykepleierapporter: Når det er behov for endring av omsorgsnivå. Når privatpasienter søker fast plass på sykehjem eller ønsker hjemmesykepleie etter hjemkomst.

Skrive epikrise ved flytting til annen institusjon (mal i Extensor).

Ved akutt eller planlagt innleggelse i sykehus (mal: "Innskriving på sykehus" i Extensor).

Rekvirere og føre inn svar på lokale prøver: Hb, CRP, SR, blodsukker, urin stix, BT/puls og høyde/vekt, temperatur, BMI og MNA skår. Hvis noen av prøvesvarene krever strakstiltak kontaktes tilsynslegen umiddelbart.

Ved telefonkonsultasjon med lege skrive et notat om den aktuelle problemstillingen, legens konklusjon og hva som eventuelt har blitt forordnet

Ved mors og ved pasients utreise ta utskrift av journal. Når pasient reiser også sende med et eksemplar i utreisepapirene.

Ved pasienthendelser/tilstander som det er viktig at tilsynsleges kjenner til for å ta rett avgjørelse om pasientens behandling - skrives notat.

ANSVAR:

Alle sykepleiere



Regelmessig kartlegging av beboere

Tittel	Regelmessig kartlegging av beboere	Avdeling	Alle
Opprettet	07.03.2012	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.02.2018
Revisjonsnummer	7	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT:

- Fange opp endringer i beboer fysiske og mentale tilstand
- Igangsette nødvendig behandling raskt
- Sikre rett omsorgsnivå

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Regelmessig kartlegging av beboere

- BMI (Body Mass Index) utregnes basert på månedlig veiing av beboerne.
- MNA (Mini Nutritional Assessment) ved innkomst av nye beboere, ved dokumentert vektnedgang (se rutiner om veiing av beboere), og ellers minimum hvert halvår for beboere i faresonen.
- MMS-test (Mini Mental Status) utføres to ganger i året.
- Klokketest utføres to ganger i året.
- ADL-test (Activities of Daily Living) utføres to ganger i året.
- IPLOS-skjema fylles ut to ganger i året (eller oftere), og skjemaer blir sendt oppdragsgiver.
- ESAS-r og MOBID-2: Kartlegging av smerte hos henholdsvis kognitivt friske og kognitivt syke beboere.
- Vurdering av fallrisiko
- SOAS: Kartlegging av omfang og type utagering
- Kontinuerlig foreta risikovurdering av hudfunksjon og fare for trykksår – Braden skala

Testene, som utføres to ganger i året, gjøres ofte parallelt. Resultat av disse kartleggingene oversendes til oppdragsgiver. Kartleggingene er bl.a. utgangspunkt for revidering av kvalitetsplanen, og en del andre planer/verktøy. Avhengig av utviklingen av de forskjellige målingene skal det vurderes behov for fysioterapiplan, ernæringsplan, endring av aktiviteter, tilrettelegging av rom, omgjøring av rutiner, avtaler m.m. Kartleggingene utføres av de sykepleiere som har fått opplæring i hvordan dette skal gjøres.

Avhengig av resultater av IPLOS-registrering og de andre kartleggingene skal det, i samråd med tilsynslegen, vurderes om beboerne har rett omsorgsnivå, og meddele til oppdragsgiver dersom vi mener at omsorgsnivået bør endres.

I tillegg til kartleggingene ovenfor utfører vi en del kartlegging når beboerne ankommer Villa Skaar eller ved endringer i fysisk eller psykisk helsetilstand. Vi gjennomfører også årlig legemiddelgjennomgang på alle beboere og vurderer samtykkekompetanse.



ANSVAR

- Faglig leder
- Sykepleiere



Innleggelse av pasient

Tittel	Innleggelse av pasient	Avdeling	Pleien
Opprettet	01.01.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	19.02.2018
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Inn- og utskrivning

HENSIKT:

- Sikre at pasienten får en varm velkomst og finner seg til rette ved institusjonen.
- Sikre at nødvendige opplysninger blir gitt av pasienten selv, pårørende og i form av epikriser etc. for å gi pasienten nødvendig oppfølging.
- Sikre at pasient og de pårørende opplever trygghet, respekt og ivaretagelse.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Innskrivningsprosessen starter med en henvendelse fra kjøper. Vi noterer oss relevant informasjon, medisinske forhold og ulike behov knyttet til beboeren. Dersom det er spesielle utfordringer, er det godt å avklare disse på forhånd, slik at aktuell avdeling og fagpersoner kan varsles om ulike behov (f.eks. behov for spesielle hjelpemidler, dietter eller lignende). Etter ønske fra oppdragsgiver eller fra oss foretas det vurderingsbesøk.

Følgende prosedyrer skal gjennomføres før ny beboer ankommer:

- Se at rommet i orden (Trenger det maling eller annet vedlikehold?).
- Sjekke at rommet er rent (også inne i skaper kommoder og lignende).
- Sjekke at gardiner, grunnmøblering m.m. er på plass, og tar seg pent ut.
- Navn skal settes på døren før beboer ankommer. Ingen "spikre" skal stå tomme på veggene på rommet.
- Legge frem brosjyre, sjokolade (ikke hvis beboeren er diabetiker) og velkomsthefte. Dersom pårørende ikke følger beboer, vil heftet bli tilsendt.
- Finne frem papirer, og gjøre i stand journal i Extensor.
- Beboeren tildeles en primærkontakt (som påføres i velkomstheftet).
- Bestemme tidspunkt for oppfølgingsmøte med pårørende.

Følgende prosedyrer skal gjennomføres når beboeren ankommer:

- Bruke tid, servere kaffe og gjøre det første møtet til en god opplevelse.
- Fortelle om sykehjemmet, og vis til brosjyren og velkomstheftet.
- Det utarbeides en innkommstrappert (skjema i Extensor). Fyll ut ordentlig med dato, adresser, tlf og e-post til pårørende, diagnoser m.m. Anamnese fylles ut og ADL-funksjoner avklares. Husk å oppdatere basisinformasjon i journal med info fra innkommstrapperten.
- Det tas bilde av beboeren med faglig leders telefon eller lignende. Bildet legges inn i journal og kan eventuelt benyttes i tilfelle søk på beboere som forsvinner.
- Personlige eiendeler som smykker, penger o.l. skrives opp i innkommstrapperten og eventuelt legges i



safen.

- Eventuelle tekniske hjelpemidler skrives opp i inntakstrapporten og det skrives hva det er (rullestol, rullator, briller, høreapparat, tannproteser m.m.) og disse merkes med vedkommendes navn (hvis mulig).
- BMI kartlegges, og kartleggings skjema for næringsinntak lages.
- Klær merkes.
- Personlige møbler o.l. merkes og noteres opp.
- Gi kjøkkenet beskjed om beboers fødselsdag, og dersom det er noe spesielt med kost og dietter (dette legges inn i Extensor).
- Avklare om pasienten ønsker spesiell oppfølging når det gjelder livssyn og evt. hva slags oppfølging.
- Avklare hvor ofte vedkommende ønsker å dusje, vaske/stelle håret osv.
- Avklare forhold knyttet til kontantytelser.
- Medisinkort skrives for hver enkelt pasient i tråd med medfølgende epikrise.
- Istandgjøring av egen dosetteske (ukesdosett) med medisiner og bestill evt. multidoser.
- Ved inntak utarbeides en midlertidig kvalitetsplan ut ifra de opplysningene som følger med pasienten.

Ansvarlig sykepleier/pleier på vakt har ansvaret for at punktene ovenfor blir fulgt. Vedkommende har også et ansvar for å integrere beboeren på huset. Når man kommer som ny beboer er det viktig å bli kjent på rommet og avdelingen, og å få hilse på de andre beboerne. Ved at den nye beboeren kun får en av personalet å forholde seg til ved innskrivningen, gjør man innflyttingen lettere og tryggere. Hvis pårørende eller noen andre følger, brukes tid til å innhente utfyllende opplysninger om den nye beboeren. Ting av interesse kan være daglige rutiner, tidligere hobbyer, utdanning, livssyn, interesseområder, opplysninger om foreldre, søsken, oppvekststed, samt tilgang til fotoalbum/bilder av barn eller andre ting som har betydd mye for beboeren. Dette er ting som kan være viktig for oss i den daglige omgang med beboeren. Dette føres i et eget anamneseskjema i Extensor.

Følgende gjøres i perioden etter at beboer har ankommet

Et utarbeides et skjema for kartlegging av døgnrytme. Dette kartlegges i 14 dager.

En mer omfattende kvalitetsplan utarbeides i løpet av en til to uker etter inntak. Kvalitetsplanen skal sikre god pleie, omsorg og behandling ut fra pasientens individuelle behov i samsvar med kvalitetsforskriften og virksomhetens målsetting.

Falltendens og vurdering av hud foretas i løpet av første døgn.

1 – 2 dager etter innleggelse måles: Hb av sykepleier, og så måles BT, fastende blodsukker, puls og vekt. Legetilsyn ved første visitt etter innleggelse.

Pårørende oppfordres til å merke tøy. Om dette ikke er mulig kjøper vi inn hvite påstrykingslapper som kan merkes og strykes på.

Oppstartsmøte/samtale

Pårørende og beboer blir invitert til oppstartsmøte innen tre uker etter innskrivning. Følgende bør delta: lege/faglig leder og primærkontakt. Dersom praktiske hensyn tilsier det, kan oppstartsmøte holdes per telefon. Faglig leder vil da gjennomføre samtalen og skrive referat.

Ved mangelfull dokumentasjon ved privat innleggelse

Hvis det er mangler i den skriftlige dokumentasjonen vedrørende pasientens sykehistorie og legemiddelbruk samarbeider vi med pasient og eller pårørende for å få innhentet opplysninger fra aktuelle instanser som



sykehus, fastlege osv. Ut ifra den aktuelle dokumentasjon, og i samarbeid med pasient/pårørende, lages en legemiddelliste med faste legemidler og behovsmedisiner. Listen skal inneholde produktnavn, dosering, bruksområde, form og styrke. Hvis det er sykepleier som utfører dette må listen godkjennes av tilsynslegen.

ANSVAR:

Sykepleier som er på vakt har det medisinske ansvar.

Avdelingsansvarlig, Primærkontakt og øvrig helsepersonell kan gjøre inntakssamtaler på delegasjon.

Faglig leder har det overordnede ansvar.

HENVISING:

SKJEMA:

- Inntaksskjema
- Anamneseskjema
- MNA-skjema
- Braden skala skjema ligger under hud
- Vurderingsverktøy for fallrisiko ligger under mobilitet og bevegelse
- «Sjekkliste». Kartlegging av kombinerte alvorlige sansefunksjonsforstyrrelser blant eldre



Mottagelse og samhandling med pårørende

Tittel	Mottagelse og samhandling med pårørende	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2012	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	29.10.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Inn- og utskrivning

HENSIKT:

Vi har et godt og velfungerende samarbeid med pårørende til pasientens beste. Vi gir pårørende støtte og den informasjonen de trenger for å forstå pasientens situasjon. Pårørende føler seg velkomne, føler at de er en viktig ressurs og samarbeidspartner for oss, til pasientens beste.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Gir pårørende en hyggelig velkomst og byr på kaffe og hører om de har tid til en prat med det samme, hvis ikke avtaler vi et møte så fort som mulig.
- La den første samtalen være en forventningssamtale: Hvilke forventninger har pasient og pårørende til oppholdet
- Hva skal til for at pasienten skal ha det godt her?
- Hva kan pårørende bidra med?
- Hva kan vi bidra med?
- Det er viktig med gjensidighet, å bygge tillit, ansvarsavklaring og å avklare hva vi ønsker å oppnå – hva er realistiske mål.
- Avklare hvem som er hovedpårørende.
- Om det skjer en alvorlig forverring i pasientens tilstand kan vi da kontakte pårørende også på natt?
- Vi har ansvar for at pårørende alltid skal føle seg velkomne, tar en liten prat – hører hvordan det står til og tilbys alltid kaffe og noe å bite i.
- Viktig at de blir tatt på alvor og blir sett og hørt. De sitter på kunnskap som vi trenger for å gi en best mulig omsorg til pasienten.
- Et godt og nært samarbeid med pårørende gjør ofte at vi ser på pasienten med nye øyne, for vi vil som oftest få ny informasjon om pasienten og derfor en dypere forståelse.
- Samtaler med pårørende bør skje gjennom formelle avtalte møter hvor vi sender en invitasjon, og uformelle møter når de er innom på besøk.

Fokus på pasientens Individuelle behov og ønsker

1. Skille mellom påkledning til hverdag og fest.
2. Hvordan liker pasienten å se ut på håret, hvor ofte har frisør vært benyttet?
3. Har fotpleier blitt benyttet?
4. Hvordan skape trygghet for pasienten?
5. Hvordan bidra til stimulering gjennom meningsfulle aktiviteter?
6. Hva slags musikk liker pasienten, liker han å høre på radio, se på TV?
7. Lage avtale om innkjøp og vask av tøy.
8. Rutiner og omsorg ved måltidene – bruk av tid, måltidsmiljø, behov for tilrettelegging og evt.



hjelpemidler, yndlingspålegg/middag osv.

9. Det er viktig å få kjennskap til hvordan pasienten uttrykker sine behov
10. Hovedtrekk i pasientens livshistorie. Anamneseskjema i Extensor fylles ut.

Faglig leder har ansvar for å innhente slik informasjon, men arbeidet kan delegeres til aktivitetsteamet eller primærkontakt. Ha med utskrift av Anamnese-skjema og registrer bakgrunnsopplysninger under samtalen.

Likeverdighet mellom pårørende og ansatte under møtet er en viktig forutsetning. Vektlegg å være konkret – spesielt når det gjelder å inngå avtaler om tiltak og ansvarsfordeling.

En formell samarbeidssamtale bør gjennomføres senest tre uker etter innkomst. Da har vi blitt noe kjent med pasienten, og pasient og pårørende har blitt kjent med sin nye situasjon.

ANSVAR:

Alt pleiepersonell

HENVISNING:

- «Samtaleguide» - Oppfølgingssamtale for pårørende til personer med langtidsopphold på sykehjem i Oslo. November 2013
- «Pårørende til personer med demens» - Rita Jakobsen, Siri Homelien



Innleggelse på sykehus

Tittel	Innleggelse på sykehus	Avdeling	Alle
Opprettet	22.06.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	13.06.2018
Revisjonsnummer	11	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Inn- og utskrivning

HENSIKT:

Kvalitetssikring av pasientinformasjon mellom sykehjem og sykehus.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Ved mistanke om behov for innleggelse på sykehus, vurderes beboeren fortløpende. Legen eller ansvarlig sykepleier bestemmer behovet, og rådfører seg gjerne med kollega. Faglig leder orienteres om beslutningen.

Ved elektive innleggelser, polikliniske undersøkelser og akutte innleggelser med lege tilstede:

- Tilsynslegen skriver en vanlig henvisning.
- Når pasienten skal innlegges:
 - Sykepleier sender med en "Innleggelse på sykehus" som fylles ut i Extensor.
 - Tilsynslegen vurderer om annen informasjon skal sendes med.
- Pårørende informeres om alle innleggelser så sant ikke annet er avtalt med pasienten.
- Kjøper av plass informeres om forholdet.

Ved akutt innleggelse uten lege tilstede:

- Sykepleier sender med en "Innleggelse på sykehus" som fylles ut i Extensor og vurderer om annen relevant informasjon skal følge med.
- Tilsynslegen informeres og han kontakter sykehuset over telefon.
- Sykepleier dokumenterer i Extensor om den aktuelle situasjonen, hvilke avtaler som er gjort med tilsynslege og sykehus, og hvilke opplysninger som er sendt med pasienten.
- Pårørende informeres om alle innleggelser så sant ikke annet er avtalt med pasienten.
- Kjøper av plass informeres om forholdet.

Legemiddelinformasjon fra sykehuslegen til pasienten ved utskrivning:

- Legen som har ansvar for pasienten ved utskrivning skal sørge for at pasienten har oversikt over og forstått indikasjonen for den legemiddelbehandlingen han skal fortsette med etter utskrivning. Legen skal skrive en oversikt over preparatnavn, dosering, indikasjon og evt. varighet av behandlingen. Det skal bemerkes hvilke legemidler som evt. er seponert og evt. doseendringer som er gjort under sykehusoppholdet.
- Videre oppfølging og kontroll av legemiddelbehandlingen skal også beskrives



Informasjon til andre enn pasienten ved utskrivning fra sykehus:

- Fastlegen (hvis beboer har dette) får tilsendt tilsvarende informasjon, enten i form av samme skriv og/eller i epikrisen.
- Oftest mottar vi sykepleier rapport og epikrise i en lukket konvolutt stilet til sykehjemmet når pasienten returnerer til sykehjemmet. Dette skal skannes og legges inn i beboers journal i Extensor.
- Sykepleiersammenfatningen skrives av sykepleieren som har ansvar for pasienten ved utskrivning. I sammenfatningen skal det beskrives når (klokkeslett) og hvilke legemidler som er gitt på sykehuset avreisedagen.

Når pasienten returnerer etter sykehusinnleggelse:

- På forhånd ringes det fra sykehuset og varsles om utskrivning
- De gir en kortfattet muntlig rapport som noteres av ansvarlig sykepleier.
- Ved medisinforandringer sjekker vi om vi har medisinen på lager. Har vi ikke, ber vi sykehuset sende med medisinen så vi har til vi selv får skaffet.
- Vi forhører oss om det er andre spesielle forhold vi må forberede oss på.
- Ved mottak av pasient sjekker vi medfølgende epikrise, sykepleier rapport og evt. andre papirer. Sykepleier følger opp eventuelle endringer som er gjort, og dokumenterer dette i Extensor. Ved medisinendringer endres medisinlisten. Når pasienten har Multidose sendes det endringsmelding til Apotek1.
- Medfølgende papirer skannes og legges inn i Extensor.

Transport

Ved innlegging og utskrivning fra sykehus benyttes enten ambulanse eller drosje. Rekvisisjon finnes på sykepleierkontoret eller fås av faglig leder.

Rutiner i Sylling:

Bestilling av drosje skjer ved å kontakte Drammen Taxi, tlf: 05060. Ved bestilling av sykebil ringer man til AMK-sentralen, tlf: 32715010. HPR-nummeret til dr. Herlofsen oppgis. Det er: 2100827.

ANSVAR:

Tilsynslege
Ansvarlig sykepleier.



Rekvirering av spesialist

Tittel	Rekvirering av spesialist	Avdeling	Alle
Opprettet	22.06.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	12.01.2016
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Inn- og utskrivning

HENSIKT:

Kvalitetssikring av pasientinformasjon mellom sykehjem og spesialist.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Legen eller ansvarlig sykepleier bestemmer behovet, og rådfører seg gjerne med kollega. Faglig leder orienteres om beslutningen.

Prosedyrer ved rekvirering av spesialist

- Lege skriver ut rekvisisjonen.
- Ansvarlig sykepleier/vernepleier bestiller time over telefon eller ved å sende rekvisisjonen. Spesialisten kontaktes for å høre hva som er vanlig å gjøre.
- To dager før timen bestilles drosjen
- Dagen før avgjøres det hvem som skal følge beboeren. Det skrives opp i vaktboken.
- Den som følger må påse at beboeren er informert om det som skal skje, og at all informasjon blir skrevet ned (ny medisiner, øyedråper m.m.).
- Følgende tas med til spesialisten: Epikrise fra pasientjournal i Extensor, kopi av andre relevante dokumenter, rekvisisjon til drosjen og eventuell egenandel. Rekvisisjon finnes på sykepleierkontoret eller fås av faglig leder.
- Etter timen vil vi ofte motta dokumentasjon sendt med pasienten eller ettersendt. Dette skal skannes og legges inn i beboers journal i Extensor.

Transportrutiner i Sylling: I forbindelse med reise til og fra behandling hos spesialisthelsetjeneste benyttes som regel drosje. Bestilling av drosje skjer ved å kontakte Kjørekontoret, tlf: 05515. Nummeret til dr. Herlofsen oppgis. Det er: 2100827.

ANSVAR:

Tilsynslege og ansvarlig sykepleier



Utskrivning av pasient

Tittel	Utskrivning av pasient	Avdeling	Uspesifisert
Opprettet	15.09.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	7	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Inn- og utskrivning

HENSIKT:

- Kvalitetssikring av pasientinformasjon mellom fastlege, hjemmesykepleie og sykehjem.
- Gode rutiner ved flytting fra oss
- Sikre at ikke noe blir gjenglemt

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Dersom beboer flytter fra oss til et annet sykehjem eller et annet omsorgsnivå/boform, så gjelder følgende:

- Beboer og pårørende gis beskjed om når utskrivning/overflytning er bestemt å skje.
- Kjøper av plass orienteres om når og hvordan utskrivning/overflytning vil skje.
- Oppdatert epikrise, og kopi av relevant informasjon skal sendes med beboer eller i forkant av utskrivning/overflytning. Informasjonen skal omfatte medisinark, siste blodprøvesvar, nyere undersøkelser, innleggelses på sykehus eller annen institusjon, kvalitetsplan, eventuelle døgnrytmeskjemaer, vekt, ernæringsplan og lignende. Ved medisinendringer eller utgåtte resepter, sendes det med nye resepter, eventuelt fysioterapirekvisisjon.
- Eventuell vurdering/rapport fra fysioterapeut.
- Alt av klær, private møbler og eiendeler og tekniske hjelpemidler skal klargjøres og pakkes. Husk klær på vask.
- Ved behov følges beboer av personalet ved overflytning.
- Økonomiske midler kontrolleres mot bilag og regnskap. Dersom beboer har kontanter i håndkasse, skal denne gjøres opp. Bilag føres i regnskapet og eventuelt resterende beløp overføres beboers konto. Regnskapet avsluttes og avstemmes mot bank. Regnskapet signeres av regnskapsansvarlig (se Disponering av kontantytelser).

Til fastlegen ved flytting fra privat plass og tilbake til egen bolig:

Ved endringer i pasientens tilstand sender tilsynslegen en epikrise til fastlegen med aktuelle opplysninger som medisinendringer, foretatt eller behov for utredning, behandling eller annen oppfølging. Opplysninger om eventuelle henvisninger som er sendt.

ANSVAR:



Ansvarshavende sykepleier
Tilsynslegen



Samtykkekompetanse

Tittel	Samtykkekompetanse	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT:

- Samtykkekompetanse:
- Bedre pasientens rettssikkerhet.
- Best mulig avveining mellom pasientens selvbestemmelsesrett/autonomi og behandlingsbehov.
- Bedre behandlingsresultat er til beste for pasienten
- Nødvendig som dokumentasjon i forhold til tvangsvedtak etter kap. 4A

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Vurdering av samtykkekompetanse

Med tvang og makt menes tiltak som beboer motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett må regnes som bruk av tvang og makt. Dette kan for eksempel være tilbakeholdelse med makt eller bak låste dører/porter/sengehest o.l. Det kan også være medisiner kamuflert i matvarer, overstyring av egenhygiene og lignende. Det er viktig å påpeke at tvang kun er tiltak som beboer motsetter seg. Dersom beboer f.eks. samtykker til bruk av sengehest og føler seg trygg med denne oppe, så er det ikke tvang. Man må derfor alltid forsøke tillitskapende tiltak først. Tvang og makt kan bare benyttes der det er faglig og etisk forsvarlig. Før eventuelle tiltak iverksettes skal andre løsninger være prøvd og samtykkekompetansen må være vurdert.

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om beboeren mangler kompetanse til å samtykke. Er man i tvil om beboeren forstår hva samtykket innebærer, gjelder hovedregelen om at beboeren skal anses å ha samtykkekompetanse, og at beboerens motstand mot tiltaket må respekteres.

Tilsynslegen har den endelige avgjørelse på hvorvidt en beboer skal vurderes som ikke samtykkekompetent. Avgjørelsen skal være skriftlig begrunnet, og om mulig straks legges fram for beboeren og dennes pårørende. Vedtaket skal være tidsbegrenset til tre måneder og tas opp til revurdering. Det skal fremgå av vedtaket innenfor hvilke områder beboeren ikke er samtykkekompetent. Opplysninger om beboerens samtykke og samtykkekompetanse skal nedtegnes i journalen.

Rundskriv IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A viser til flere ulike veiledere for å vurdere samtykkekompetanse. Veilederne fokuserer som regel på følgende fire områder som ligger til grunn for vår vurdering:

1. Evnen til å uttrykke et valg.
2. Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
3. Evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsoalternativene.
4. Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene.



OBS! Den som har evne til å forstå og gjengi sin egen sykehistorie har oftest samtykkekompetanse.

Det er viktig at samtykkekompetanse vurderes konkret i forhold til den beslutningen som skal tas, og at pasientens forutsetninger for å kunne samtykke optimaliseres. Kunnskap om pasientens kliniske tilstand er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere om pasienten er samtykkekompetent.

Samtykkekompetanse må vurderes i hver enkelt situasjon. Samtykkekompetanse kan falle bort for enkelte felter, men ikke automatisk for alle områder. Det må foretas en vurdering av på hvilke områder det er utilrådelig at pasienten har slik kompetanse.

- Samtykkekompetanse kan variere i løpet av dagen.
- Er man i tvil om pasienten forstår hva samtykke innebærer, gjelder hovedregelen om at pasienten skal anses å ha samtykkekompetanse.
- Tiltak som skal igangsettes må være faglig godkjent/alminnelig akseptert.

Samtykkekompetanse må journalføres.

Dersom en beboer blir vurdert som ikke samtykkekompetent, og motsetter seg helsehjelp fattes vedtak i forhold til skjema "VEDTAK OM HELSEHJELP TIL PERSON UTEN SAMTYKKEKOMPETANSE SOM MOTSETTER SEG HELSEHJELPEN - Pasientrettighetsloven § 4 A-5". Fylkeslegen orienteres skriftlig om vedtaket.

Nødrett

Nødrett gir mulighet for å benytte tvang/makt så langt det er nødvendig for å hindre at personer skader seg selv, andre eller materielle goder/eiendom. Forutsetningen er at de goder man ivaretar er klart større enn de ondene man påfører noen med nødhandlingen. Nødrett kan utøves mot enhver fare uavhengig av om det skjer til fordel for liv, legeme, helbred eller eiendom. Nødrettshandlingen kan utføres av alle og enhver, også andre enn den som blir utsatt for faren.

To vilkår for å kunne bruke nødrett:

1. Det må foreligge en fare som ikke kan avverges på noen annen rimelig måte. Det er uten betydning hvordan faren har oppstått. Andre lovlige måter å avverge faren på må være forsøkt om slike har vært mulige. Hvis faren kan avverges på flere måter, må det minste inngrepet i andres rettsgoder velges.
2. Loven krever at faren som retter seg mot rettsgodet det er tale om å redde, er særdeles betydelig i forhold til den skade som nødhandlingen volder. Det er vanlig å tolke bestemmelsen slik at det skal tas hensyn til faregraden og skaderisikoen både ved faren som truer og ved nødhandlingen. I tillegg må det legges vekt på hvor stor mulighet det er for å lykkes med redningshandlingen. Bare når en slik interesseavveining leder til at det er en særdeles betydelig interesseovervekt i favør av redningshandlingen, er handlingen lovlig.

Bestemmelsen kan imidlertid ikke benyttes i forhold til kjente/repeterende situasjoner, kun der det skjer noe uventet og truende. Nødrett skal ikke anvendes i situasjoner som en vet, eller forventer, vil inntreffe og som en derfor på annen måte kan og bør gardere seg mot. Dersom en situasjon oppstår flere ganger skal behov for bruk av tvang vurderes.

ANSVAR:

Lege i samråd med avdelingssykepleier/sykepleier



Lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 4A

Tittel	Lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 4A	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2010	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.06.2017
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT:

Pasientrettighetsloven paragraf 4A. Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg.

1. Yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.
2. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett

BESKRIVELSE AV TILTAK:

KRITERIER SOM MÅ VÆRE OPPFYLTE FOR Å KUNNE BENYTTE KAP. 4A:

Anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, (gjelder ikke behandling og undersøkelse av psykiske lidelser).

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom:

- En unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten
- Helsehjelpen anses nødvendig
- Tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp
- Helsehjelpen kan bare gis dersom det etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsningen for pasienten. Det skal legges vekt på graden av motstand, samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse

VEDTAK OM HELSEHJELP SOM PASIENTEN MOTSETTER SEG:

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke - jfr. pasientrettighetsloven paragraf 4-3 3. ledd

Siden samtykkespørsmålet skal vurderes mot spørsmålet om mulig tvangstiltak, bør samtykkekompetansen vurderes og avgjøres av den som er ansvarlig for eventuelt tvangstiltak



Der det er mulig skal det innhentes opplysninger fra pasientens pårørende om pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier, for best mulig å avgjøre hva som er i pasientens interesser.

Sentrale verdier og hensyn som må vurderes:

- Tillit, å begrense tvang, å yte nødvendig helsehjelp, å hindre vesentlig helseskade, nytten av helsehjelpen, samt risiko og krenkelse forbundet med bruk av tvang.
- De ulike hensyn må veies opp mot hverandre og det må vurderes grundig hvordan tvang kan gjennomføres på minst mulig inngripende måte.
- Viktig at eventuelle vedtak diskuteres med alle involverte parter på arbeidsplassen – dvs. først og fremst kvalifisert personell.
- Tiltak som skal igangsettes må være faglig godkjent/alminnelig akseptert
- Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen.
- Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, skal det treffes vedtak av helsepersonell i samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

UNDERRETNING:

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal snarest mulig underrettes om vedtak truffet etter kap. 4A-5. Etterfølgende underretning til pasienten er likevel tilstrekkelig dersom underretningen vil medføre fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres.

Underretningen skal opplyse om adgangen til å klage og om å uttale seg i saken. Kopi av underretningen skal sendes den som har det overordnede faglige ansvaret for helsehjelpen. Videre skal kopi av vedtaket etter kap. 4A-5 sendes til helsetilsynet i fylket.

ANSVAR:

Lege
Avdelingssykepleier
Sykepleiere

HENVISING:

Skjema: Vedtak om somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp (pasientrettighetsloven§4A).



Respektfull behandling

Tittel	Respektfull behandling	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2006	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

Alle pasienter på sykehjemmet skal føle seg trygge og oppleve å bli behandlet med respekt i forhold til tjenestetilbudet

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Godt arbeidsmiljø og høy fagkompetanse i personalstaben.
- Tilstrekkelig fagbemanning gjennom døgnet.
- Tilbud om opplæring og fagutvikling til de ansatte.
- Ansatte skal være tilgjengelige for pasientene.
- Forutsigbarhet i de daglige rutiner/hendelser.
- Pasientene skal føle trygghet ved at de får raskt hjelp når det er nødvendig
- Tilbudet til pasientene skal gis med kontinuitet i forhold til pleie og bemanning. Så langt det er mulig skal personalet være kjent for pasientene.
- Pasientene skal ut fra sine forutsetninger gis mulighet til selv å bestemme over sitt daglige liv, og gis mulighet til å utforme tjenestetilbudet.
- Den enkelte pasientens integritet og verdighet skal vektlegges, både fysisk og psykisk.
- Det skal utarbeides individuelle kvalitetsplaner.
- Pasientene skal oppleve at ansatte er høflige og vennlige.
- Det gis god informasjon til pasientene om hvilke tilbud som gis ved sykehjemmet og eventuelle forandringer og rettigheter.
- Tjenestetilbudet utarbeides i samarbeid med den enkelte pasient.

ANSVAR:

Bestyrer og faglig leder har hovedansvar for informasjon og opplæring av den enkelte ansatte på sykehjemmet.

Alle ansatte på sykehjemmet.



Etisk refleksjon

Tittel	Etisk refleksjon	Avdeling	Alle
Opprettet		Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

Etikk er systematisk refleksjon over moralsk praksis. Moral er oppfatninger av rett og galt, knyttet til egne eller handlinger. Vi skaper oss selv gjennom det vi tenker, sier og gjør; og gjennom dette påvirker vi altså hverandre.

Etisk refleksjon skal være til hjelp der vi må velge mellom flere alternativer, der ett ikke skiller seg klart positivt ut. Det skal være til hjelp når verdier, plikter og interesser går mot hverandre og gjør det vanskelig å velge.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Her følger en forkortet og fritt tilpasset utgave av Aadlands etiske refleksjonsmodell. Modellen har fire steg, og er i utgangspunktet ment brukt i diskusjon med andre, men fungerer også fint å gå igjennom på egenhånd.

1. Forståelse:

- Hva er problemet? Sett det opp som et valg mellom A eller B.
- Hvem er involvert? Skriv eventuelt ned på et ark for å få oversikt
- Hvilke verdier taler for alternativ A og hvilke taler for B? (Ta med både åpne og skjulte verdier)
- Ranger verdiene

2. Analyse

- Hva sier faglitteraturen?
- Se problemet i lys av etiske teorier:
 - Pliktetikk: man tar utgangspunkt i plikter, regler, allmenne meninger (følger autoriteter)
 - Konsekvensetikk: man vurderer nytten / lykken de ulike alternativene vil få for de involverte (man må bestemme hvem man vil ta hensyn til; bare beboeren, beboeren + hjelper, beboer + pårørende osv.)
 - Omsorgsetikk: Pasientene er avhengig av oss som helsepersonell, og stoler på at vi gjør det som er til det beste for dem. Hvordan mener du selv, på bakgrunn av hvordan du kjenner pasienten, at du best kan hjelpe vedkommende?
 - Diskursetikk: Det beste argumentet skal vinne. Vi må være villige til å la oss overbevise.

3. Handlings alternativ

- Vurder hvilke handlingsalternativer du har. Kanskje du har fått flere enn de opprinnelige (alternativ A og B)? Kanskje du vil kutte ut et av de opprinnelige alternativene?



- Ranger alternativene. Det alternativet som ivaretar flest av verdiene fra punkt 1 vil trolig være det beste.

4. Handling

- Gjennomfør løsningen. Sett opp en handlingsplan dersom dette er nødvendig.
- Både resultatet og prosessen skal evalueres. Dette bør gjøres innen et par uker.

ANSVAR:

Sykepleier
Alt helsepersonell



Brukermedvirkning

Tittel	Brukermedvirkning	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	30.10.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

- Å hjelpe pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig.
- Personalet respekterer pasientens rett til selvbestemmelse.
- Pasientene og pårørende opplever å bli møtt av helsepersonell som har en reflektert holdning til brukermedvirkning.
- De ansatte får mulighet til økt kompetanse og bevisstgjøring i den hensikt å gi pasientene muligheter til innflytelse, spesielt med fokus på ønskede aktiviteter.
- Gjennom god dialog med pasienter og pårørende drar vi nytte av deres kunnskap og erfaringer for å sikre et best mulig tilbud til den enkelte pasient.
- Det er et godt samspill mellom pasient og personalet.
- Vi anerkjenner pasientens kunnskap om og beskrivelse av egen situasjon og egne individuelle behov.
- Pasientens ønsker og behov er utgangspunkt for formulering av mål og planer, og kommer tydelig til uttrykk i rapportskrivning generelt.
- Pasienten opplever at han har kontroll over sitt eget liv. Pasienten får god informasjon og veiledning, slik at han får de beste forutsetninger for å ta beslutninger om egen omsorg og behandling.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Kompetanseheving, som fagdager, møter på avdelingene for alt helsepersonell, involvering av sekundær og primærkontakt
- Anamneseskjema – min livshistorie – brukes som et viktig verktøy i en personsentrert omsorg og pleie. Vi vurderer behov for revidering av skjemaet fortløpende.
- Vi spør om pasienten ønsker at de som følger/pårørende skal delta i hele eller deler av innkomstsamtalen med sykepleier og evt. primærkontakt.
- Pasienten kan hvis han har samtykkekompetanse, selv velge hvem han vil oppgi som nærmeste pårørende.
- Hvis pårørende ikke følger, informer om at det er vanlig at disse kontaktes. Avtal med pasienten hva som skal sies til pårørende.
- La den første samtalen være en forventningssamtale: Hvilke forventninger har pasient og pårørende til oppholdet?
 - Hva skal til for at pasienten skal ha det godt her?
 - Hva kan pårørende bidra med?
 - Hva kan vi bidra med?
 - Være åpen for alle innspill fra pasient/pårørende.
- Vurder pasientens tilstand og gi andre opplysninger i forhold til oppholdet etter hvert som det føles riktig.
- Dokumenter hva som til enhver tid er gitt av informasjon og hvilken informasjon du får av pasienten.
- Gi informasjon om døgnrytmeplan, men understrek at pasienten selv kan bestemme når han vil spise



sine måltider, og når han vil stå opp/legge seg.

- Informasjon om: - Faglig leder, primærkontakt og sekundærkontakt, fysioterapitilbud, aktivtør og hva hun kan hjelpe med, og at vi har tilbud som frisørdame og fotpleier.
- Oppbevaring av verdisaker/penger på rommet. Summer over 200 kr er på eget ansvar. Mulighet til å oppbevare penger i safen på kontoret (som det blir ført regnskap over). Det er eget skjema i Extensor som benyttes når man plasserer verdisaker i safe. Administrasjonen fyller ut dette skjemaet.
- Røyking og røykerom/røyking ute; at det ikke er lov å røyke på rommet. Lage en skriftlig avtale der dette er problematisk.
- Gi pasienten tilbakemelding på hvordan vi oppfatter hans tilstand så han kan korrigere vår oppfatning.
- Tilstrebe at pasienten er med og fyller ut den midlertidige pleieplanen sammen med sykepleier og helst primærkontakt.
- Finne ut om pasienten er bekymret for ivaretagelse av økonomi, hus, dyr, bil eller andre ting.

Videre opphold:

1. Vi oppgir navnet på tilsynslegen og når han har legevisitt, og at han vil komme innom på førstkommande visittdag for en samtale om hvordan det står til. Har pasienten spørsmål på forhånd kan pasienten gjerne skrive de opp på forhånd, eller vi kan skrive de opp til legevisitten.
2. Gi pasienten informasjon om at han har rett til innsyn i egen journal.
3. Informere pasienten om at vi skriver rapport om hans tilstand inntil ganger tre i døgnet. Fortelle om hva som vektlegges i rapporten, og gi pasienten anledning til å komme med innspill. Pasientens innspill skal dokumenteres. Avtale om å lese rapporten sammen med pasienten om det er tilrådelig – og hvis pasienten selv ønsker det. Hvis det ikke er tilrådelig skal dette dokumenteres med begrunnelse.
4. Gi pasienten informasjon på forhånd om legevisitt der hvor hans tilstand/situasjon skal tas opp og hvorfor, slik at pasienten kan få komme med egne synspunkter, ønsker og mål. Pasientens utsagn dokumenteres. Legens tiltak begrunnes og dokumenteres, og etter legevisitten skal pasienten eventuelt pårørende ha informasjon om hva som har blitt diskutert og bestemt slik at han kan få anledning til å ha innvirkning på den behandling som gjelder ham selv.
5. Gi pasienten informasjon på forhånd om møte for kvalitetsplanskriving, slik at pasienten kan få komme med egne synspunkter, ønsker og mål. Det er ønskelig at pasienten inviteres med på kvalitetsplanskriving, men det bør vurderes om det er mulig/tilrådelig at pasienten deltar, eller får lese den ferdige planen. Han skal i så tilfelle få kommentere, og få begrunnelser for det som er skrevet. Pasientens ønsker dokumenteres, og planen rettes om dette er forsvarlig. Hvis ikke må dette begrunnes. Om det ikke er mulig/tilrådelig at pasienten deltar, skal hovedpårørende få tilbud om å delta/lese planen på pasientens vegne. Det skal underskrives for deltagelse og at pleieplanen er lest.
6. Primærkontakt, sekundærkontakt, ledende sykepleier og lege skal holde seg kontinuerlig oppdatert om pasientens forventninger, behov og ønsker. Disse skal vektlegges tungt når avgjørelser om behandling, pleie og omsorg skal tas. Alt skal dokumenteres i pasientens journal i Extensor, og i kvalitetsplan om det er opplysninger som er av betydning for den pleie og omsorg som skal ytes. Slik sikrer vi at alt vårt helsepersonell lettere kan legge fokus på brukervedvirkning i den individuelle pleie.
7. Pasienten har rett på kontinuerlig informasjon om sin tilstand der det ikke er tungtveiende grunner for å la være. En slik avgjørelse må i tilfelle grundig begrunnes skriftlig.
8. Pasienten skal jevnlig få anledning til å evaluere oppholdet, den pleie og behandling han får. Hva hjelper, hva blir en merbelastning og er det behov som ikke blir dekket? Evalueringen skal dokumenteres.
9. Dersom pasienten over forhold ved sykehjemmet eller tilbudet generelt, så skal klagen skriftliggjøres i notatet "Muntlig klage" som finnes i Extensor.



ANSVAR:

Virksomhetsleder
Lege
Sykepleiere
Pleiepersonale

HENVISING:

- Stortingsmelding 34, 1996-97.
- Pasientrettighetsloven kapittel 3 §3-1 til 3-6.
- Pasientrettighetsloven kapittel 4
- Kurs om brukermedvirkning og samtykkekompetanse i veilederen.no



Skjermet privatliv

Tittel	Skjermet privatliv	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	03.06.2019
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

Alle pasienter her hos oss skal ha mulighet til ro og et skjermet privatliv.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Alle rom har standard utrustning med møbler.
- Pasientene kan selv møblere etter ønske med private ting som møbler, bilder, pyntegjenstander og lignende.
- Ektepar får tilbud om dobbeltrom.
- Alle rom har tilgang til TV-kabel (untatt Villa Eplehagen).
- Det er ingen avgrensning i besøkstider på sykehjemmet.
- Ved besøk skal alle få tilbud om kaffe og noe ved siden av.
- Besøkende skal ha tilbud om middag, evt. kveldsmat.

Husk:

- Alle pasientene skal behandles med respekt og verdighet.
- Det er pasienten hjem, og vi arbeider i deres hjem.
- Tituler alltid pasienten med det navnet pasienten selv ønsker, være seg fornavn eller etternavn.
- Bank alltid på døren før du går inn.

ANSVAR:

Sykepleier har et hovedansvar for opplæring.
Alt annet helsepersonell skal sette seg inn i retningslinjene og følge disse.



Avvikende adferd

Tittel	Avvikende adferd	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

Personalet skal jobbe med tillitsskapende arbeid og bruk av tvang skal være siste utvei, jamfør Pasient og brukerettighetsloven § 4A

Tillitsskapende tiltak skal være en del av personalets kompetanseheving.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

- Kompetanseheving som fagdager, møter på avdelingene for alt helsepersonell.
- Involvering av primær og sekundærkontakt.
- Ved all avvikende atferd er det som regel nødvendig med grundig kartlegging ved bruk av adferds registrering skjema og trivselsregistrering skjema for å se alle sammenhenger som kan medvirke til atferden.
- Søke etter kunnskap om den type problemer/behov pasienten har i faglitteratur og hos annet fagpersonell.
- Snakke direkte med pasienten, la han selv formidle hvordan han opplever situasjonen.
- Observer pasienten i ro og i aktivitet, alene og sammen med andre. Hva formidler han?
- Legen må ta en helhetsvurdering av pasienten. Har han somatiske plager?

VIKTIG I FORBINDELSE MED UTPRØVING AV TILTAK:

- Det er viktig å huske på at et tiltak kan fungere svært godt en dag, men dårlig neste dag. Dette kan avhenge av dagsform, graden av demens, type demens, omgivelser og ting i miljøet, tilleggssymptomer og personlighet.
- Det kan være nyttig for oss som hjelpere å tenke øyeblikk! Ingen av oss lever i fremtiden eller i fortiden. Vi må alle forholde oss til øyeblikket, her og nå! Ha som mål at du skal lage gode øyeblikk for pasienten. Tenk at et øyeblikk er bedre enn ingen øyeblikk, to øyeblikk er bedre enn.....osv. Pass på at dette ikke blir en sovepute til å gi opp, men la det bli en hjelp til å forebygge utbrenthet for deg selv og dine kolleger. Mange har hatt som mål å gjøre alle øyeblikk gode, men det er umulig, men jo flere gode øyeblikk desto bedre!
- Prøv ikke ut mer enn et nytt tiltak av gangen, observer systematisk. Etter en gitt tid evalueres tiltaket. Hjalp det litt eller ingenting? Del funnet med kolleger.
- Prøv å sette deg inn i pasientens virkelighetsoppfatning, for da kan det bli lettere for deg å akseptere og forstå den andres virkelighet. Se på den andres atferd som en ressurs, en form for kommunikasjon. Dette oppleves av mange som en spennende og forløsende måte å møte utfordringer på!
- Enhver samhandling med pasienten må utføres med en holdning av respekt, ærlighet og innlevelse. For at pasienten skal få opprettholdt sin selvfølelse og egenverd, må han føle seg sett, hørt og akseptert.



- Tålmodighet og overbærenhet er viktige og nødvendige egenskaper hos dem som er sammen med pasienten til daglig.
- Det ingen hensikt å bli sint på pasienten. Hans atferd er som oftest uttrykk for angst som slår ut i irritasjon, frustrasjon eller sinne. Husk at atferden er et utslag av sykdom og ikke et ønske om å være vanskelig. Å skjønne på pasienten fører ofte til at den uønskede atferden øker. Det samme gjelder for argumentering. Pasienten har mental svikt og vanskeligheter med logisk tankearbeid.
- Gi positiv respons på positiv atferd! Overse negativ atferd, eller prøv å avlede vedkommende til noe du vet han mestrer eller som har vært positivt tidligere.
- Forsterk rolig og positiv atferd, ved for eksempel å gi en positiv form for oppmerksomhet før du forventer at uro eller annen avvikende atferd skal oppstå. Tenk positiv særbehandling fremfor negativ
- Tilstreb kommunikasjon med god kvalitet. Snakk rolig, entydig og avslappet. Forsøk å inngi tillit. Tenk kroppsspråk! Unngå dobbeltkommunikasjon.
- Gi ikke valgmuligheter hvis du allerede har bestemt deg for hva som skal gjøres. Enten har vedkommende et reelt valg eller så har han det ikke.
- Tilstreb kontinuitet og regelmessighet i all aktivitet med pasienten. Dette gjelder under stell, under måltidene og for rutinene ellers i avdelingen. Dette betyr ikke at det ikke er plass til individualitet og endringer. Endringer må skje i takt med pasientens behov og innenfor gode rammer. På den måten blir livet mer forutsigbart for pasienten, noe som skaper økt trygghet.

ANSVAR:

Sykepleier
Lege kontaktes ved behov
Helsepersonell

HENVISING:

Pasient og brukerrettighetsloven § 4A



Demensutredning

Tittel	Demensutredning	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2015	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

- Utredning av pasienter med klare symptomer på mental svikt.
- Diagnostisere demens syndromet og skille dette fra normal aldring, somatisk sykdom (delirium) og psykiatrisk sykdom (depresjon og psykose) som kan forårsake kognitiv svikt.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Det er viktig å innhente opplysninger fra pasient, pårørende og evt. annet helsepersonell.

Anamnesen må inneholde opplysninger om:

- Utvikling av mental svikt og sviktende funksjon i dagliglivet
- Kardiovaskulær sykdom
- Psykiatrisk sykehistorie
- Tidligere hodetraume
- Alkohol anamnese
- Yrkes anamnese
- Legemiddelbruk

Vurdering av mental kapasitet:

- MMSE-NR
- Klokketest
- OBS-demens

Vurdering av adferd og psykiatriske symptomer:

- Cornell-skala for depresjon

Somatisk undersøkelse:

- Kardiovaskulær og nevrologisk status
- Syn og hørsel
- Blodtrykk, puls, auskultasjon av hjerte og halskar evt. EKG

Lete etter pareser, ekstra pyramidale symptomer, koordinasjonsvansker, parkinsonisme, polynevropati og tegn som kan føres tilbake til fokale patologiske prosesser i hjernen.



Blodprøver: HB, SR, T4, TSH, Krea, Ca, P, Bilirubin, ALAT og Vit B12, Homocystein

ANSVAR:

Lege i samarbeid med sykepleier/hjelpepleier

HENVISING:

UTREDNINGSVERKTØY: Helsedirektoratets demensutredning i kommunehelsetjenesten for lege og helse- og omsorgspersonell



Vurdering ved utfordrende adferd

Tittel	Vurdering ved utfordrende adferd	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2012	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

- Finne årsaken eller årsakssammenhenger til utfordrende atferd for å kunne bidra til en personorientert omsorg, og derigjennom økt evne til orientering, mindre sosial forstyrrelse og lavere grad av apati.
- Legge til rette for at pasienten skal få leve et mest mulig verdig liv hvor det legges vekt på trivsel og at pasienten får utnyttet mest mulig av sitt gjenværende potensial til god samhandling og mestring.

BESKRIVELSE AV TILTAK

Mulige årsaker til utfordrende atferd:

Atferd er et uttrykk for personlige opplevelser. Kan være en mulig måte for pasienten å kommunisere med omverdenen på. Utfordrende atferd kan ha mange bakenforliggende årsaker

Spørsmål vi bør stille ved atferdsavvik:

Hvem er atferden vanskelig for? Er den vanskelig for pasienten, pårørende, medpasienter eller personalet?

- Pasientens omgivelser har vanskelig for å forholde seg til atferden.
- Skremmer medpasienter
- Personalet opplever å komme til kort
- Medfører tidspress

Hos alvorlig aldersdemente kan den mentale, følelsesmessige, tankemessige og fysiske svikten ofte være så stor at formidling av egne behov blir vanskelig. Atferd som oppfattes som avvikende av omgivelsene, kan sees på som hensiktsmessige forsøk på å endre sin situasjon. En gitt atferd kan for den demente oppleves som hensiktsmessig, fordi den kan virke angstdempende.

Det finnes oftest ingen enkle løsninger på atferdsavvik. Atferdsavvik kan ha mange årsaker, og bare et fåtall kan fjernes eller behandles.

Årsaker

Det er gjennomført mange undersøkelser de siste årene for å finne ut i hvilke situasjoner avvikende atferd oppstår.

Private grenser overskrides.....	36%
Pasienten er alene.....	19%
Miljøpåvirkning.....	17%
Kommunikasjonsproblemer.....	10%



Grensesetting.....	8%
Indre sammenhenger.....	7%
Somatiske sammenhenger.....	3%

Fysiske årsaker

- Hjerneorganiske forandringer som demenssykdom medfører. Skadens art og omfang avhenger av hvor i hjernen den sitter, og hvor omfattende den er. De som har skade foran i tinning- og pannelapp, kan få problemer med impuls kontroll. De kan få vansker med å styre tanker og handlinger, og reagerer ofte på impuls nivå.
- Enhver fysisk sykdom, skade eller svikt kan medføre at pasienten opplever ubehag eller smerte. Grensen for hva som tåles endres ved demens. Evnen til å formidle hva som skjer/opleves svekkes, så sykdommen kan i stedet vises som atferdsendringer.
- Flere fysiske årsaker til atferdsendringer
 - smerter
 - feber, infeksjon
 - sult
 - obstipasjon
 - tørste/uttørking
 - lavt blodsukker
 - feilmedisinering
 - uoppdagede brudd etter fall osv.

Psykiske årsaker

Kan være kompliserte og omfattende, men sentralt står angst! I tillegg kommer:

- Tristhet, depresjon, ensomhet/isolasjon
- Reaksjon på egen svikt
- Reaksjon på en vanskelig livssituasjon
- Institusjonalisering som medfører mangel på kontroll over eget liv
- Privat sfære blir brutt
- Pasienten opplever omgivelsene annerledes, og han reagerer på disse slik han selv opplever dem. For omgivelsene kan atferden virke uforståelig, men for pasienten kan dette være adekvat handling.
- Tidligere personlighetstrekk

Sosiale årsaker

- Miljøet er ikke tilrettelagt for personer med mental svikt.
- For lite personale til å ivareta pasientens behov.
- Omgivelsene har for lite kunnskap om hvilke problemer og behov pasienten har. Dette kan føre til holdninger og handlinger som ikke er tilpasset pasienten, og resultatet kan bli gjentatte katastrofereaksjoner eller annen avvikende atferd.
- Pasienten blir utsatt for over- eller understimulering.
- Manglende kunnskap og evne fra omgivelsene til å kommunisere riktig med pasienten osv.

Inndeling av avvikende atferd

Verbal utagering

- Høy tale, gjentatt tale
- Uforståelig verbal kommunikasjon, synging, summing, roping
- Ukritisk verbal kommunikasjon, verbale trusler

Fysisk utagering



- Slåing, sparking, skalling og kloring
- Dytting
- Spyting

Generell fysisk uro

- Vandring
- Stadig av og påkledning
- Stadig flytting på gjenstander
- Sammenhengende urolige bevegelser
- Banking, risting, plukking
- Aktiv urenslighet
- Fysisk truende atferd
- Ukritisk seksuell aktivitet

Kartleggingsarbeid

Kartlegging av mulige årsaker til atferden. Her må vi lete innenfor de fire hovedområdene som er beskrevet – fysiske-, psykiske-, sosiale årsaker og til sist personlighetstrekk og bruk av forsvarsmekanismer som årsak.

Kartlegging av selve atferden. Kartlegging av atferden må foregå systematisk, og vi må legge vekt på at observasjonene skal være beskrivelser av faktiske hendelser, ikke subjektive tolkninger eller uspesifikke «synsinger».

Innledende kartlegging:

- Hva definerer vi som atferdsavvik?
- I hvilke situasjoner har pasienten utfordrende atferd?
- Hvem oppleves det vanskelig for?
- Hvor hyppig og når(tidspunkt) er episodene?
- Hvordan arter atferden seg fra pasientens synsvinkel - medpasienters -, pårørendes – og personalets synsvinkel?
- I samspill med hvem oppstår atferden?
- Hva kan atferden gi uttrykk for?
- Kan vi forstå atferden ut ifra pasientens tidligere livsførsel og nåværende situasjon?

Vær like opptatt av å registrere ressurser som behov/problemer.

NB! Husk vi kan ikke forandre personen, men situasjonen!

De færreste tiltak fungerer 100 %, men 50 eller 25% er heller ikke å forakte!

ANSVAR:

- Faglig leder
- Helsepersonell



Mistanke om overgrep

Tittel	Mistanke om overgrep	Avdeling	Alle
Opprettet	01.01.2014	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

HENSIKT:

- Sikre at pasienten blir tatt på alvor ved utsagn eller tegn på mulig overgrep.
- Bidra til at mistanke om overgrep meldes.
- Sikre at mistanke om overgrep håndteres korrekt av riktig instans.
- Sikre at ansatte som melder fra om mistanker blir ivaretatt.

OMFANG:

Prosedyren gjelder for alle ansatte som har mistanke og/eller mottar opplysninger om at pasienter utsettes for overgrep som:

- Trusler og krenkelser
- Vold
- Mishandling
- Seksuelt misbruk
- Seksuell krenkelse
- Økonomisk og matriell utnyttelse
- Tyveri

BESKRIVENDE TILTAK

Ved mistanke om overgrep:

- Ansatte som blir kjent med mistanke og/eller observerer utsagn eller tegn om mulig overgrep er ansvarlig for å rapportere straks til nærmeste leder, ansvarshavende sykepleier, bestyrer eller dennes stedfortreder.
- Ansatte kan i tillegg melde mistanke om overgrep som «varsel» i tråd med gjeldende rutiner for varsling
- Mottaker av melding/varsel skal umiddelbart sørge for ivaretagelse av pasient og eventuelt kontakte pårørende etter pasientens ønske.
- Alle tegn og utsagn fra pasienten skal tas på alvor og vurderes i forhold til behov for videre undersøkelser eller tiltak.
- Den ansatte som har meldt fra skal umiddelbart skrive ned hendelsesforløpet på papir. Dette kan være avgjørende for videre håndtering av hendelsen ved for eksempel politianmeldelse og/eller etterforskning.



- Hendelser som er direkte tilknyttet pasienten skal dokumenteres i pleieplanen.
- Nærmeste leder har ansvar for ivaretagelse av den som har meldt om mistanken
- Bestyrer informerer oppdragsgiver ved mistanke om overgrep. Hvis det er en ansatt som er mistenkt for å ha begått overgrep skal virksomhetsleder kontakte personellansvarlig.
- Bestyrer er ansvarlig for å kontakte politiet ved behov for dette.
- Bestyrer tar opp med ledergruppa og styret for å drøfte håndtering av media. Eventuelt kan det søkes råd hos kommunikasjonsansvarlig for media i hjemkommunen til pasienten.
- Mistanke om overgrep skal meldes inn til Fylkesmannen samtidig med politianmeldelse.
- Bestyrer er ansvarlig for loggføring av hendelsesforløpet og hvordan saken behandles videre.
- «Vern for eldre» kan kontaktes på telefon nr. 80030196 for råd og veiledning
- mand- til fredag kl. 09 til 15

Spesielle tiltak i tillegg ved mistanke om seksuelle overgrep og/eller fysisk vold:

- Bestyrer skal varsles umiddelbart dersom det er mistanke om denne typen overgrep
- Bestyrer kontakter politiet på telefon nr.: 02800 eller evt. nødnummer 112
- Eventuelle spor og åstedet sikres og stenges av i tråd med politiets anbefalinger. Hvis eventuelt bevismateriale må flyttes på, benyttes hansker, og gjenstander legges i hvite søppelposer (kan være bleie, klær, sengetøy ect.)
- Ved en beslutning om videre undersøkelse for voldtekt, voldtektsforsøk eller lignende seksuell krenkelse skal tilsynslege evt. legevakt kontaktes for vurdering av pasientens tilstand og videre forløp.
- Hvis pasienten skal bringes til legevakten skal pleiepersonalet følge pasienten. Pårørende kontaktes eventuelt etter pasientens ønske, og det avklares om de også vil følge
- Forholdet politianmeldes i tråd med fullmakt for anmeldelsen.

Spesielle tiltak i tillegg ved mistanke om tyveri/økonomisk utnyttelse begått av ansatt:

- Bestyrer og/eller faglig leder skal varsles umiddelbart dersom det er mistanke om denne type overgrep.
- Forholdet politianmeldes i tråd med fullmakt for anmeldelse.

Se for øvrig egen ROS-analyse "Overgrep på beboer", samt håndboken "Beredskapsplan og risikoanalyser".

ANSVAR:

Alle ansatte har ansvar for å melde fra ved mistanke om overgrep

Ledere er ansvarlige for å behandle melding/varsel angående mistanke om overgrep i tråd med denne prosedyren



Overgrep på pasient

Tittel	Overgrep på pasient	Avdeling	Uspesifisert
Opprettet	01.01.2013	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.11.2015
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Richard Skaar Thorsrud
Godkjent av	Richard Skaar Thorsrud	Kategori	Pleie Psykisk og mentalt

FORMÅL:

Sikre at pasienter som er utsatt for overgrep blir ivaretatt på best mulig måte. Bidra til hensiktsmessig varsling og samarbeid med politi, legevakt, overgrepsmottak, pårørende og eventuelt andre.

OMFANG:

Prosedyren gjelder når en pasient har blitt utsatt for seksuelt overgrep eller fysisk vold.

ANSVAR:

1. Den som oppdager overgrepet har ansvar for straks å melde fra til nærmeste leder/ansvarlig sykepleier.
2. Leder / ansvarlig sykepleier som mottar meldingen om overgrep skal øyeblikkelig følge instruksjonen som er angitt nedenfor i denne prosedyren.
3. Leder / ansvarlig sykepleier har ansvar for å informere virksomhetsleder eller dennes stedfortreder som skal varsle oppdragsgiver.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Hvis situasjonen oppleves truende prioriteres å ivareta egen og andres sikkerhet.

Leder / ansvarlig sykepleier ringer politiet som er døgnbemannet på telefon 02180. Hvis situasjonen er akutt og det haster med bistand fra politiet ringes telefon nr. 112. hvis behov for akutt helsehjelp ringes telefon nr. 113

- Oppgi ditt navn og hvilket sykehjem du ringer fra
- Fortell kort hva som er hendt
- Be om assistanse

Ta ledelsen over situasjonen og fordel følgende oppgaver hvis mulig:

- Pasienten ivaretas
- Pasienten må ikke vaskes/dusjes før politiet har gitt klarsignal for dette
- Steng av rommet eller annet åsted, ingen må gå inn før politiet har gjort sitt arbeid



- Hvis eventuelt bevismateriale må flyttes på benyttes hansker, og gjenstander legges i hvite søppelposer (kan være bleie, klær, sengetøy ect.)
- Virksomhetsleder kontaktes umiddelbart
- Den som oppdaget overgrepet skriver ned på papir alt som har hendt: Detaljert beskrivelse av hva som er sett og hørt. Umiddelbar skriftlig nedtegnelse av hendelsesforløpet er svært viktig for politiets etterforskning
- Hent frem personalia på overgriper hvis kjent. Gis til politiet.

Når politiet kommer overtar de saken og kontakter legevakt / overgrepsmottak. Ansatte er behjelpelige med det politiet trenger.

Bestyrer overtar når vedkommende ankommer sykehjemmet:

- Kontakter eventuelt pårørende etter pasientens ønske og gir korrekt informasjon om hva som har hendt.
- Kontakter oppdragsgiver.
- Hvis det er en ansatt som har begått overgrepet kontaktes personalansvarlig.
- Eventuell kontakt med media drøftes med oppdragsgiver.
- Ivareta ansatte (se prosedyre «Ivaretagelse av ansatt ved traumatiske hendelser»)

Ansvarlig sykepleier dokumenterer hva som har hendt med pasienten, samt oppfølging av pasienten og pårørende i Extensor og i tiltaksplan.

Overgrep skal meldes til Fylkesmannen samtidig med politianmeldelse i tråd med fullmakt for anmeldelse

Bestyrer er ansvarlig for loggføring av hendelsesforløpet og hvordan saken behandles videre

«Vern for eldre» kan kontaktes på telefon nr. 80030196 for råd og veiledning
Mand- til fredag kl. 09 til 15.

Se for øvrig egen ROS-analyse "Overgrep på beboer", samt håndboken "Beredskapsplan og risikoanalyser".



Samhandling med beboer

Tittel	Samhandling med beboer	Avdeling	Alle
Opprettet	12.03.2013	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	4	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT

Sikre med virkning og medbestemmelse

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Beboeren skal sikres medbestemmelse i alle forhold som påvirker vedkommendes hverdag. Hjelpen skal tilpasset den enkelte beboer ut fra faglige vurderinger og i samråd med beboer og pårørende. Det vises spesielt til avsnittet om Kvalitetsplaner.

Det avholdes beboermøter 6 ganger i året. Her møter aktivitetsteamet og beboere.

Det velges egen tillitsvalgt blant beboerne. Bestyrer og beboertillitsvalgt har samtale/møte i forkant av beboermøtene, eller oftere dersom det er behov.

Samhandling forutsetter en god kommunikasjon.

- Klare og entydige budskap.
- Evne til å lytte.
- Bruk av «åpne» spørsmål som ikke inneholder forslag til svar.
- Bruk av reflekterende metode, det vil si å gjenta ord, følelser og inntrykk i det som nettopp er sagt.

Samhandling forutsetter at personalet bruker seg selv som et instrument. I samhandlingsprosessen bør en etterstrebe at pleier og beboer begge er aktive og likestilte aktører. Vi har en formell plikt til å hjelpe pasienten. Vi må forstå pasientens situasjon uten å «overta» hans lidelse og smerte, det vil si at vi må ha et terapeutisk forhold til pasienten.

- Være opptatt av pasienten som person, ikke bare av det han kan eller ikke kan.
- Se alle dimensjoner ved pasienten, ikke bare sykdomsaspektet.
- Gi beboeren en individuell behandling, fordi vi mener alle mennesker er forskjellige og har ulike behov.
- La oss engasjeres følelsesmessig, i stedet for å være nøytral, men samtidig uten å overta eller la oss overveldes følelsesmessig sett.
- Beboer og pleier må være enige om mål og virkemidler.

Samhandling forutsetter et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og personal. Hjelperen har et faglig ansvar, men pasienten har sin frie vilje. Her kan det oppstå et spenningsfelt med faglige utfordringer. Her vil det



være viktig med en grunnholdning som ivaretar menneskets egenverd og ukrenkelighet.

Fokus på ressurser

I oppbyggingen av tillit er det viktig å fokusere på og anerkjenne beboerens ressurser, det vil si talenter og funksjonell atferd. Problemer og svakheter plasseres i skyggen. Fokuserer vi på beboerens ressurser stimulerer vi hans selvfølelse og egenverd. Han blir bedre i stand til å mestre traumer, sykdom og funksjonshemming. Vi vil lettere se mulighetene beboeren har. Dette kan bidra til at beboeren vedlikeholder eller bygger opp et positivt selvbilde, og kan oppleve økt livskvalitet.

ANSVAR:

Lege
Sykepleier
Pleiepersonell



Samhandling med pårørende

Tittel	Samhandling med pårørende	Avdeling	Uspesifisert
Opprettet	28.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.11.2016
Revisjonsnummer	16	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT

- Sikre medvirkning og medbestemmelse fra pårørende
- Utnytte pårørende som ressurs og kompetansebank

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Det er egne rutiner for kontakt med pårørende i forbindelse med innleggelse av ny beboer og ved dødsfall/terminalomsorg. Se kapittel "Pleien" og underkapitler "Prosedyrer ved ny beboer" og "Prosedyrer ved terminalomsorg/dødsfall" for mer informasjon om dette.

Løpende kontakt

Vi skal løpende holde pårørende informert dersom forhold skulle tilsi dette. Det kan være sykdom, innleggelse på sykehus, endring i livssituasjon (for eksempel næringsinntak) og andre forhold som påvirker beboeren (bytte av rom m.m.).

Ved endringer i kvalitetsplan eller andre endringer etter f.eks. legevisitt, skal pårørende informeres. Pårørende skal, sammen med beboer, være delaktig i utarbeidelse og justeringer av beboers kvalitetsplan.

Innhenting av informasjon

Når beboer ankommer sykehjemmet lages det en innkomstrappert (eget skjema i Extensor). Dersom pårørende følger beboeren, så er det naturlig at de deltar i utarbeidelse av innkomstrapperten.

Det er utarbeidet eget skjema (i Extensor) som benyttes til å hente inn bakgrunnsinformasjon om beboeren. Det er fint hvis skjemaet kan suppleres med bilder, album o.l. fra pårørende.

Oppstartsmøte/samtale

Pårørende og beboer blir invitert til oppstartsmøte ca tre uker etter innskriving. Følgende bør delta: lege/faglig leder og primærkontakt. Dersom praktiske hensyn tilsier det, kan oppstartsmøte holdes per telefon. Faglig leder vil da gjennomføre samtalen og skrive referat.

Tema for oppstartsmøte kan være:

- Hvilke målsetning har vi?
- Hvilke forventninger har partene til hverandre?



- Kvalitetsplan med realistiske mål.
- Etablere rutiner for en god og fortløpende dialog

Kontakt/møter med pårørende

Kontakt med pårørende kan være av både formell og uformell art. Samtaler med pårørende, avtaler vi inngår og informasjon vi gir skal dokumenteres i Extensor.

Faglig leder skal årlig inkalle alle pårørende til samhandlingsmøte. Møtet følger en fast dagsorden som ligger i skjema i Extensor. Samtalen skal protokollføres og legges i Extensor.

Ved besøk

Mange av beboernes pårørende har lang reisevei og blir derfor ofte en stund når de kommer på besøk. Det er skriftlig nedfelt at alle besøkende skal tilbys noe å drikke og noe å spise. Det kan f.eks. være kaffe, te, kakao, brus og lignende, kaker, kjeks, brødmatt, middag eller kvelds hvis de ønsker det.

Pårørendemøte og arrangement med pårørende

To ganger i året arrangerer vi møte med pårørende. Møtet holdes i forkant av en beboer- og pårørendefest, da det erfaringsmessig kommer flere pårørende til oss da. På møtet orienterer vi om hva som har skjedd siden sist, og hva som er våre planer fremover. Deretter er ordet fritt, og vi tar i mot ris og ros, gode forslag til aktiviteter, svarer på spørsmål og lignende. Etter møtet er ledelsen disponibel for samtaler med hver enkelt dersom det er ønskelig.

Fødselsdager

Når beboer fyller år inviterer vi pårørende til bursdagsfest. Vi lager mat og kake til alle fremmøtte og dekker til i peisestuen eller lignende, og er behjelpelig i den grad de trenger oss. Dersom pårørende og eller beboere på eget initiativ ønsker å arrangere privateselskap eller lignende kan de bestille snitter, middag, kaker m.m.

Når beboer ønsker å kontakte pårørende

De fleste pårørende vil gjerne ha hyppig kontakt med sine nære, men noen ønsker av ulike årsaker å reservere seg mot kontakt. En slik reservasjon må vi respektere. Dersom beboer ønsker å kontakte pårørende, så skal den som ringer opp pårørende først kontrollere i beboerens journal om pårørende ikke har reservert seg mot dette. Dette vil fremgå i pårørendefeltet under "Personalia" i Extensor. Dersom man er usikker, så kontaktes pårørende på forhånd. Samtalen gjennomføres da uten at beboer er til stede.

Pårørendeepost

Villa Skaar sender ut e-post til pårørende hver uke, hvor vi informerer om neste ukes aktiviteter og meny, samt om andre relevante ting som skal skje den kommende uken.

Pårørendeside

På våre hjemmesider www.villaskaar.no er det en egen side for pårørende. Her legges ut relevant informasjon som ikke er taushetsbelagt, og som pårørende kan ha nytte av.



Klager

I Villa Skaars velkomsthefte og på Pårørendesiden informeres det om klageadgang. For å være sikker på at tilbakemeldingen kommer frem til rett instans, så ber vi om at klager leveres skriftlig til daglig leder. Klagen vil behandles i det fora som er egnet for dette (lederteam, kvalitetsutvalg, styret eller lignende). Kopi av klagen sendes til innleggende kommune, slik at kjøper av plassen blir informert om forholdet. Dersom det iverksettes nye tiltak som et resultat av klagen, skal klager og kommunen orienteres om dette.

ANSVAR

- Bestyrer
- Fagligleder
- Pleiepersonell



Samhandling med kjøper av plass

Tittel	Samhandling med kjøper av plass	Avdeling	Alle
Opprettet	27.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	11.01.2016
Revisjonsnummer	7	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT

- Sikre medvirkning og medbestemmelse fra kjøper
- Sikre kjøprs innsyn i tjenesten som leveres

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Vi skal løpende holde kjøper informert dersom forhold skulle tilsi dette. Det kan være dødsfall , sykdom, innleggelse på sykehus, utskrivning, endring i livssituasjon (som for eksempel næringsinntak) og andre forhold som påvirker beboeren (bytte av rom m.m.). På samme måte skal kjøper informeres om mottatte klager, alvorlige avvik, feilmedisinering, feilbehandling, økonomiske forhold, endring i omsorgsnivå, vesentlig utagering eller utagering som medfører skade på person eller omfattende tingskade.

Utover dette skal vi informere om alle de forhold som påvirker kvaliteten på tilbudet eller som det er nærliggende å anta at kjøper kan ha interesse av og vite. Kjøper skal også informeres om resultatet av de kartlegginger vi gjør. Vi skal også bidra til at kjøper får den informasjon og det innsyn som etterspørres. Dette i tråd med kravet om taushetsplikt.

Det er fortrinnsvis faglig leder eller bestyrer som informerer kjøper av plass om ovennevnte forhold. Hvem som informerer avhenger av sakens natur. All informasjon skjer skriftlig.

ANSVARLIG

- Bestyrer
- Fagligleder
- Adm. dir.



Behandling av klager

Tittel	Behandling av klager	Avdeling	Alle
Opprettet	13.10.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	22.11.2016
Revisjonsnummer	9	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT:

Klager, være seg fra beboer eller pårørende, skal behandles på lavest mulig nivå for best mulig løsning.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Muntlige klager:

1. Muntlige klager skal gjøres skriftlige gjennom dokumentasjon av klagen i notatet "Muntlige klager" i Extensor. Dette sikrer også at klagen knyttes til beboers journal.
2. Muntlige klager forsøkes løst på lavest mulig nivå. Klager av liten betydning løses på avdelingen.
3. Kan de ikke løses umiddelbart skal klager rapporteres til avdelingssykepleier, evt. til bestyrer.
4. Avdelingssykepleier vurderer om klagens viktighet medfører at bestyrer skal involveres.

Skriftlige klager

1. Skriftlige klager skal uten ugrunnet opphold behandles.
2. Skriftlige klager mottatt av andre, skal straks overleveres avdelingssykepleier og/eller bestyrer.
3. Bestyrer skal straks varsles og besørge at klagen blir ført i kvalitetssystemet Stamina Interaktiv.
4. Avhengig av klagens art skal klagen straks behandles av bestyrer sammen med de ansatte som er berørt, evt. de det er naturlig å konferere med.
5. Kopi av skriftlige klager skal uten ugrunnet opphold oversendes kjøper av plassen.
6. Dersom det iverksettes nye tiltak som et resultat av klagen, skal klager og kommunen orienteres om dette.
7. Det skal informeres om adgang til å fremme en klage overfor eksterne instanser dersom man opplever at en klage ikke når frem. En ekstern klage kan sendes til Fylkesmannen. Man kan få råd og hjelp av Pasient og brukerombudet i forhold til hva man kan klage på, og hvordan man går frem. Man kan også søke Norsk Pasientskadeerstatning i de tilfeller hvor man kan ha krav på erstatning ved behandlingssvikt.

ANSVAR:

Alle ansatte – avd. sykepleier
Bestyrer



HENVISING:

- Muntlige klager i Extensor
- Stamina Interaktiv
- Avviksskjema



Oppbevaring av verdisaker

Tittel	Oppbevaring av verdisaker	Avdeling	Alle
Opprettet	21.03.2013	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	09.06.2017
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

HENSIKT

- Sikre at pasientens verdisaker blir håndtert og oppbevart på en sikker måte.
- Sikre gode rutiner for utlevering av verdisaker etter endt pasientopphold opphold.

BESKRIVELSE AV TILTAK

Omfang

Prosedyren gjelder for alle ansatte som håndterer pasientens verdisaker

Aktivitet/beskrivelse

Sykehjemmet er kun ansvarlig for de verdisaker som oppbevares i sykehjemmets safe.

Sykehjemmet er ikke ansvarlig og erstatningspliktig overfor private eiendeler og verdisaker som oppbevares på pasientens rom eller sykehjemmets fellesarealer som for eksempel briller, høreapparat, malerier, fjernsyn, pels, bunader med mer (denne listen er ikke fullstendig).



Beskrivelse	Ansvar
Pasienten/pårørende/hjelpevergen informeres muntlig og skriftlig (velkomstbrosjyre) om at sykehjemmet ikke er ansvarlig og erstatningspliktig for private eiendeler og verdisaker som oppbevares på pasientens rom eller sykehjemmets fellesarealer	Avdelingsleder
Pasienten/pårørende/hjelpevergen informeres om at de selv kan tegnes innboforsikring på privat innbo og andre personlige eiendeler (står i velkomstbrosjyren).	Avdelingsleder
Vi tilbyr å oppbevare "mindre" verdisaker (penger, bankkort, smykker) i sykehjemmets safe	Administrasjonen
Mottak verdisaker registreres i Extensor (eget skjema) og låses inn i sykehjemmets safe av administrasjonen	Avdelingsleder
Smykker som av helsemessige årsaker tas av pasienten oppbevares i sykehjemmets safe og dokumenteres i Extensor	Avdelingsleder
Vi har liste over verdisaker som oppbevares i sykehjemmets safe, og hvem som er eier av verdisakene	Bestyrer
UTLEVERING AV VERDISAKER ETTER PASIENTOPPHOLD 1. Ved flytting Verdisaker utleveres når pasienten ønsker det selv eller etter endt oppholdet. Verdisakene gjennomgås og signeres for mottatt av pasienten/pårørende/hjelpevergen. Kopi av kvittering for mottak av verdisaker oppbevares i pasientens journal 2. Ved dødsfall Ved dødsfall registreres og oppbevares verdisaker i sykehjemmets safe inntil skifteattest foreligger Verdisaker utleveres ved fremvisning av skifteattest. Verdisakene gjennomgås og signeres for mottatt av bobestyrer. Kopi av skifteattest og kvittering for mottak av verdisaker oppbevares i pasientens journal	Administrasjonen

ANSVAR



Hovedansvaret for gjennomføring av prosedyren ligger hos bestyrer.



Instruks ved implementering av GPS på beboer

Tittel	Instruks ved implementering av GPS på beboer	Avdeling	Alle
Opprettet	26.08.2013	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2016
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

Beboerens navn _____

Begrunnelse for å vurdere GPS som hjelp til sporing:

Pårørendes/beboers tilbakemelding:

GPS type/modell: _____

Dato: _____ Vurdering er gjort av: _____



Sett ring rundt riktig alternativ:

Vurdering av beboerens vaner, rutiner og behov	a) Vandremønster; går han/hun en fast rute? b) Finner han/hun veien? c) Legger han/hun merke til landemerker i omgivelsene og klarer å orientere seg etter disse? d) Vandrer mot et mål (for eksempel hjem)? e) Ønsker å gå for få trening og trim (dekke behov for fysisk velvære)? f) Ønsker å gå for å forlate sykehjemmet?	a) Ja / Nei / Vet ikke b) Ja / Nei / Vet ikke c) Ja / Nei / Vet ikke d) Ja / Nei / Vet ikke e) Ja / Nei / Vet ikke f) Ja / Nei / Vet ikke
Vurdere risikoer	a) Klarer beboeren å passe seg i trafikken? (passer seg for biler og andre kjøretøy, ser seg for ved fotgjengerovergang, går på riktig side av veien osv.) b) Falltendens? c) Ustø/balanseproblemer? d) Lav terskel for forvirring og agitasjon? e) Tendens til å reise med buss/taxi/haike?	a) Ja / Nei / Vet ikke b) Ja / Nei / Vet ikke c) Ja / Nei / Vet ikke d) Ja / Nei / Vet ikke e) Ja / Nei / Vet ikke
Vurdere evne til å gi informert samtykke (Forstår personen sin helsetilstand, informasjonen som blir gitt og hva helsehjelpen går ut på?)	a) Er informasjonen tilpasset beboeren? b) Kan han/hun gi samtykke? c) Motsetter han/hun å bære med seg gps?	a) Ja / Nei / Vet ikke b) Ja / Nei / Vet ikke c) Ja / Nei / Vet ikke
Samarbeid med pårørende	a) Er det gitt informasjon og invitert til dialog med pårørende? b) Er risikovurdering og avtale om samarbeid om GPS som et av tiltakene gjort? c) Er det innhentet informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket (jfr. pasient og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd)	a) Ja / Nei / Vet ikke b) Ja / Nei / Vet ikke c) Ja / Nei / Vet ikke



Finansiering	e) Kostnader og hvem skal betale? 1. innkjøp 2. drift	1. _____ 2. _____
Uttesting av produkt:	a) Ved førstegangsanskaffelse må en teste ut dekning og presisjon av lokalisering (gjøres med ansatte eller andre som ikke har mental svikt). Ansvarlig: _____	a) Ja / Nei / Vet ikke
	b) Opplæring av personalet (hvordan bruke, lade, slå av og på enheten, hvordan spore enheten med PC og/eller mobiltelefon) Ansvarlig: _____	b) Ja / Nei / Vet ikke
Etablere rutiner for bruk av GPS	a) Kriterier for tildeling av GPS er vurdert?	a) Ja / Nei / Vet ikke
	b) Rutiner for bruk, vedlikehold og lading er nedskrevet nedenfor og gjort kjent blant personalet?	b) Ja / Nei / Vet ikke
	c) Rutiner om hvem som skal spore opp brukeren og når foreligger?	c) Ja / Nei / Vet ikke
	d) Rutiner for hvem som skal rykke ut foreligger?	d) Ja / Nei / Vet ikke
	e) Oppfølging hver 3. mnd med evaluering av tiltaket er avtalt?	e) Ja / Nei / Vet ikke
	Ansvarlig: _____	f) Ja / Nei / Vet ikke
f) Egen loggbok for bruk og drift er etablert?		



Rutiner for bruk, vedlikehold og lading:

Rutiner om hvem som skal spore opp brukeren og når:

Rutiner for hvem som skal rykke ut:



Kartleggings skjema for vurderingsbesøk

Tittel	Kartleggings skjema for vurderingsbesøk	Avdeling	Alle
Opprettet	20.09.2018	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	
Revisjonsnummer		Sist revidert av	
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

Spørsmål	Notater
Fysisk/medisinsk	
Alder	
Diagnose	
Medisiner	
Tidligere sykehistorie	
Motoriske funksjoner	
Behov for hjelp i daglige gjøremål	
Ev. inkontinensutstyr	
Spisesituasjonen	
Stimulantia	
Døgnrytme	
Språk	
Hjelpemidler	
1:1 bemanning	
HLR +/-	
Mentalt	



Spørsmål	Notater
Hva liker beboer å gjøre?	
Hva liker beboer å spise?	
Interesser	
Grad av uønsket verbal og/eller fysisk atferd	
Hva utløser negativ atferd?	
Hvordan kommer uønsket atferd til uttrykk?	
Forekommer uønsket atferd til spesielle tider på døgnet?	
Hva kan brukes til motivasjon?	
Hvor lett er det å avlede?	
Motsetter beboer seg hjelp/ grensesetting?	
Er det utarbeidet avtaler med beboer?	
Fysisk miljø/pleiere	



Spørsmål	Notater
Er det trekk ved personalet som beboer liker (kjønn, alder, væremåte)?	
Spesielle hensyn knyttet til fysisk miljø (rom, avd.)	
Familieforhold	
Hvordan er familieforholdet?	
Grad av pårørendes involvering	
Er beboer motivert for å flytte?	



Mottaksprosedyre for beboere med adferdsutfordringer

Tittel	Mottaksprosedyre for beboere med adferdsutfordringer	Avdeling	Alle
Opprettet	13.09.2018	Type	Prosedyre
Dokumentnummer		Sist revidert	13.09.2018
Revisjonsnummer	1	Sist revidert av	Thorsrud Synnøve H
Godkjent av	Thorsrud Synnøve H	Kategori	Pleie

Mottaksprosedyre

Prosedyren er for mottak av beboere med adferdsutfordringer og skal sikre ansatte i forhold til å en god forberedelse før innflytning, ved innflytning og oppfølging underveis.

Forberedelse før innflytning

- Vurderingsbesøk(faglig leder + 1 medlem av kompetanseteamet)
- Fulle ut skjema med oversikt over beboers adferd og hvordan han reagerer i ulike situasjoner
- Ha et møte i Tverrfaglig kompetanseteam og diskutere utfordringer og lage en foreløpig kvalitetsplan
- Evt lage en plan for de som skal jobbe 1:1
- Lage en perm med viktig informasjon som oppslagsverk til å bruke de første 8 uker. Deretter vurderes behovet og papirer makuleres når permene har utstpilt sin rolle.

Innflytning

- Innkomstsamtale/rapport
- "Min livshistorie" fylles ut
- vurdering av kvalitetsplan og instruks og plan for bemanningen.

Opstartsfasen

Teamet skal ha møter etter behov første 4 uker etter at en aktuell beboer er flyttet inn, for å justere planer og vurdere tiltak som fungerer/ikke fungerer. Denne tidsrammen forlenges ved behov. Teamet skal også løpende vurdere behov for evt. 1:1 bemanning for at timebruk skal være på et riktig nivå.

Møter

Teamet skal ha møter etter behov første 4 uker etter at en aktuell beboer er flyttet inn, for å justere planer og vurdere tiltak som fungerer/ikke fungerer. Denne tidsrammen forlenges ved behov. Teamet skal også løpende vurdere behov for evt. 1:1 bemanning for at timebruk skal være på et riktig nivå.



Tverrfaglig kompetanseteam

Tittel	Tverrfaglig kompetanseteam	Avdeling	Villa Skaar Sylling
Opprettet	14.11.2017	Type	Prosedyre
Dokumentnummer	1	Sist revidert	13.09.2018
Revisjonsnummer	2	Sist revidert av	Thorsrud Synnøve H
Godkjent av		Kategori	Pleie

Tverrfaglig kompetanseteam

Kompetanseteam skal være rådgivere for ansatte med tanke på beboere med adferdsutfordringer.

Teamets sammensetning

Teamet skal bestå av 5 representanter fra Hovedhjemmet og 3 representanter for Eplehagen. Faglig leder og avdelingsansvarlige på hver avdeling er i tillegg medlemmer av teamet.

Kompetansebygging

Teamet vil få internsertifisering på miljøterapi. Teammedlemmer skal få kursing og opplæring i miljøterapi. Dette vil bestå av E-læringskurs, interne kurs, eksterne kurs og hospitering. Ønske om kurs for teamet meldes til bestyrer. Teamet vil ha halvårslige samlinger.

Oppgaver

Før beboer har fått plass:

- Vurderingsbesøk(faglig leder + 1 medlem av kompetanseteamet)
- fylle ut skjema med oversikt over beboers adferd. Se instruksen "Mottaksprosedyre for forsterkede plasser"

Før beboer flytter inn:

- Ha et møte og diskutere utfordringer og lage en foreløpig kvalitetsplan
- Evt lage en instruks og /eller plan for de som skal jobbe 1:1

Innflytning og første 4 uker av beboers opphold:

- Innkomstsamtale/rapport
- løpende vurdering av kvalitetsplan og instruks og plan for bemanningen.

Møter

Teamet skal ha møter etter behov første 4 uker etter at en aktuell beboer er flyttet inn, for å justere planer og vurdere tiltak som fungerer/ikke fungerer. Denne tidsrammen forlenges ved behov. Teamet skal også løpende vurdere behov for evt. 1:1 bemanning for at timebruk skal være på et riktig nivå. Teamet skal ha halvårslige samlinger der alle medlemmene deltar.



Kjøretur med beboer

Tittel	Kjøretur med beboer	Avdeling	Alle
Opprettet	01.05.2016	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	20.05.2016
Revisjonsnummer	1	Sist revidert av	Thorsrud Synnøve H
Godkjent av	Thorsrud Synnøve H	Kategori	Pleie

Rutine for kjøretur i privatbil med beboer

Dersom man ønsker å ta med beboer på kjøretur er det viktig å være OBS på følgende:

Før kjøreturen:

- gjør deg kjent med risiko- og sårbarhetsanalysen (ROS-analysen) "Transport av beboer"
- gjør deg kjent med stedet du skal dra til og hvor nærmeste legevakt/sykehus befinner seg
- ta nødvendige forhåndsregler i forhold til tilstrekkelig drivstoff, at kjøretøyet er i forsvarlig stand, samt at kjøretøyet er forsikret.
- dersom man ikke har medisinkompetanse, skal man få en dispensasjon fra faglig leder i forhold til de medisinene som beboer trenger underveis til de faste tidene.
- medisinene skal gjøres klare på forhånd av sykepleier eller helsefagarbeider/hjelpepleier med medisinkompetanse.

Underveis:

- det er ingen skam å snu dersom man finner ut underveis at kjøreturen ikke vil la seg gjennomføre som en sikker og hyggelig tur for ansatt eller beboer.

Etter kjøreturen:

- medgått tid til turen regnes som arbeidstid
- man kompenseres med kilometergodtgjørelse og passasjergodtgjørelse etter de til enhver tid gjeldende satser på Villa Skaar.
- dokumentasjon av medisin gitt til beboer dokumenteres etter regler satt i dispensasjon fra faglig leder

Jeg har lest og godkjenner innholdet i denne rutinen og har også mottatt og skal sette meg inn i ROS-analysen "Transport av beboer"

Sylling den ____ / ____ 201__

.....
Underskrift ansatt



Akutte og livstruende hendelser

Tittel	Akutte og livstruende hendelser	Avdeling	Alle
Opprettet	01.02.2019	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	
Revisjonsnummer		Sist revidert av	
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Uønskede hendelser

HENSIKT

Felles for disse, og lignende hendelser, er at personalet kommer inn i en situasjon de ikke er forberedt på. Formålet med instruksen er å gi noen stikkord til hvordan man kan handle i en slik situasjon for at utfallet skal bli godt for beboeren.

Det vises i hovedsak til håndboken "Beredskapsplan og ROS-analyser" som finnes i permer på avdelingen og på intranett. Her omtales rutiner ved krisehåndtering, varsling m.m.

BESKRIVELSE AV TILTAK:

Akutte og livstruende hendelser er situasjoner der en dramatisk forverring av beboers helsetilstand skjer uventet og over kort tid. Det kan f.eks. være:

- Hjertestans
- Kvelning
- Dramatisk fall
- Selvmordsforsøk
- Anfall o.s.v.

Forebyggende

Det er utarbeidet akutte tiltaksplaner på beboere som er i risikozonen for å kunne få en akutt forverring av helsetilstanden. Det er f.eks. beboere med epilepsi. Disse planer finnes i beboers journal, og beskriver bl.a. medisinerings i slike situasjoner.

Akuttfasen

Det er ansvarlig sykepleier på stedet som har ansvaret for hendelsen.

Nedenfor følger en liten huskeliste:

- Utfør førstehjelp (Hjerte Lunge Redning)
- Gi eventuelt medikamenter (livreddende medikamenter i akuttfasen trenger ikke sykepleier kontakte lege for å gi)



- Sørg for frie luftveier når pasienten puster selv.
- Ikke forlat pasienten
- Kontakt ambulanse 113 ved behov

Rett etter en hendelse:

- Bør legevakt informeres?
- Informere pårørende
- Informere faglig leder/bestyrer
- Føre avvik
- Dokumentere situasjonen i Extensor
- Overvåke beboer, ta relevante målinger og dokumentere grundig over tid
- Debriefing av involverte
- Informere neste vaktskift om hendelsen

Arbeid i etterkant (faglig leder/bestyrer):

- Avviksbehandling
- Vurdere hva som kunne vært gjort for å forebygge slike hendelser
- Hva kan vi lære av hendelsen?
- Trenger noen ansatte, pårørende ytterligere oppfølging?
- Informere kjøper av plass Informere andre (fylkesmannen o.l.)

Se Beredskapsplan og ROS-analyser for mer informasjon om oppgaver og fremgangsmåter ved krisesituasjoner.

Telefon:

Sylling: Faglig leder: 402 03 542 (Thomas Riis) Tilsynslege: 907 70 250 (Morten Herlofsen) Legevakten: 32 26 90 00 Ambulanse: 113 Fylkeslegen i Buskerud: 32 26 66 00, 32 26 69 00 Bestyrer: 99011644

Jevnaker: Bestyrer: 90833800 (Hege Tryggvason) Faglig leder: 91902286 (Aud Cecilie Østby) Tilsynslege: 92439528 (Henning Bang Larsen) Legevakten: 61315800/32111111 Ambulanse: 113 Fylkeslegen i Oppland: 61266000 Bestyrer: 90833800

Vestfossen: Bestyrer: 95525454 (Inger-Lise Haare) Faglig leder: 450893846 (Camilla Berg) Tilsynslege: 91 80 27 59 (Erlend Aune) Legevakten: 116 117 (Hokksund) Ambulanse: 113 Fylkeslegen i Buskerud: 32 26 66 00, 32 26 69 00

Skaar Omsorg: Adm.dir: 918 55 603 (Richard)

ANSVAR

- Bestyrere
- Faglige ledere
- Ansatte i pleien



Beboer forsvinner

Tittel	Beboer forsvinner	Avdeling	Alle
Opprettet	01.02.2019	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	25.11.2019
Revisjonsnummer		Sist revidert av	Skikkelstadødegård Veronica Valstad
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie Uønskede hendelser

HENSIKT

Det kan forekomme at beboere forlater institusjonen og ikke finner veien tilbake eller har krefter til å returnere.

Pasienter innlagt på sykehjem står selv ansvarlig for sine handlinger. Rettslig er altså pasienten i samme posisjon som alle andre borgere. De fleste pasienter oppholder seg frivillig på sykehjem, unntaket er pasienter med vedtak om tilbakeholdelse i institusjon, jfr. Pasient og brukerrettighetsloven, Kap. 4A. Pasienter uten vedtak står dermed fritt til å forlate sykehjemmet når de selv måtte ønske det.

Helsepersonell kan vurdere bruk av nødrett for å holde pasienten tilbake i akutte situasjoner hvor det vurderes at det er fare for pasientens liv og helse eller fare for andre. I disse tilfellene har sykehjemmet et noe større ansvar.

Det er i prinsippet ikke ulovlig for sykehjemmet å la pasienten forlate området alene eller sammen med pårørende, men sykehjemmet må i forkant foreta en faglig vurdering av om det – med basis i pasientens tilstand – er forsvarlig å la vedkommende forlate området. Sykehjemmets rettslige ansvar følger av forsvarlighetskravet; i hvilken utstrekning har sykehjemmet gitt pasienten og eventuelt pasientens pårørende, tilstrekkelig informasjon om pasientens behandling og mulige forandringer hos pasienten som kan oppstå når pasienten er utenfor sykehjemmet. Så lenge sykehjemmet har gitt tilstrekkelig og adekvat informasjon, gjelder prinsippet om at pasienten forlater området på eget ansvar.

TILTAK

Forebyggende

Tett oppfølging og oversikt over hvor beboere befinner seg.

Mange og varierte aktiviteter forebygger vandring.

Fysiske hindre må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

GPS vurderes i hvert enkelt tilfelle og i henhold til Villa Skaars rutiner "Instruks ved implementering av GPS på beboer".

Akutfasen



- Raskt iverksette søk inne og ute.
- Dersom beboer ikke gjenfinnes etter rimelig tid kontaktes bestyrer og faglig leder.
- Etter samtale med bestyrer/faglig leder kontaktes pårørende og eventuelt politi.
- Bestyrer orienterer kjøper av plass.
- Episoden loggføres i beboers journal.
- Dersom beboer kommer til rette, så må politi, pårørende og andre involverte informeres umiddelbart.
- Det vurderes om beboeren trenger legetilsyn.

Telefon:

Politi: 112

Sylling: Bestyrer: 99011644 (Synnøve Thorsrud) Faglig leder: ()

Jevnaker: Bestyrer: 90833800 (Aud Cecilie Østby) Faglig leder: 40224744 (Marianne Gagnum)

Vestfossen: Bestyrer: 95525454 (Inger-Lise Haare) Faglig leder: 450893846 (Camilla Berg)

Skaar Omsorg: Adm.dir: 918 55 603 (Richard)



Dagens renholdsoppgave

Tittel	Dagens renholdsoppgave	Avdeling	Alle
Opprettet	08.02.2013	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	19.06.2017
Revisjonsnummer	3	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Pleie

Dagens renholdsoppgave

	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG	LØR/SØN
DAGVAKT						
Røde oppgaver	Vaske møbler i stuene grundig	Bestikk og tannglass legges i bløtlegging og vaskes i oppvaskmaskin	Fylle opp såper, salver desinfeksjon og lignende. Fylle opp bleier.	Vaske alt på hjul (rulator, traller, dostoler og lignende) Vask hjulene godt.	Vaske møbler i stuene grundig	Sette på kokvask og tørke i tørketrommel
Grønne oppgaver	Vaske glassvegger og glassdører og lignende	Vaske møbler i spisestue	Vaske møbler i stuene grundig	Vanne blomster i stuer	Tørke støv i stuene	
KVELDSVAKT						
Røde oppgaver	Medisintralle vaskes	Bekken og fat skures og vaskes i dekonterminator	Tøykott	Vaske rullestoler	Vaske dørhåndtak og dører/Vaske kjøleskap	Legge på plass kokvask



Håndtering av tekstiler

Tittel	Håndtering av tekstiler	Avdeling	Alle
Opprettet	24.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	18.01.2012
Revisjonsnummer	6	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av		Kategori	Renhold

Regler for håndtering av tekstiler i de ulike avdelinger på huset er beskrevet i infeksjonskontrollprogrammet. Der finnes også rutiner for transport av tekstiler, samt krav til lokaliteter utstyr som benyttes.

Håndtering av tekstiler på vaskeri

Personale som arbeider på vaskeri skal følge de samme krav til håndhygiene, arbeidstøy og beskyttelsesutstyr som øvrig personale. Se infeksjonskontrollprogrammet.

I tillegg gjelder følgende krav ved håndtering av tekstiler:

- Hendene skal vaskes før man håndterer rene tekstiler.
- Personale som arbeider på ren side på vaskeriet/håndterer rent tøy skal ha rent arbeidstøy. Arbeidstøyet skal skiftes om det blir tilsølt eller mulig forurenset med smittestoff.
- Personale som har symptomer på infeksjonssykdom skal ikke håndtere rent tøy. Personale som har sår, rifter eller eksem på hendene skal ikke håndtere rent tøy (ved høy smitteberedskap på huset).
- Ved sortering av urent tøy på vaskeriet, skal personale bruke beskyttelsesfrakk med lange ermer (smittefrakk) og hansker. Ved håndtering av smittetøy, skal det i tillegg brukes munnbind. Det kan med fordel brukes hette og egne sko som kun brukes på uren side.
- Hendene skal vaskes etter at hansker og annet beskyttelsesutstyr er tatt av, og hendene skal alltid vaskes før man forlater uren side.
- Om man skal arbeide med rent tøy etter å ha håndtert urent tøy, skal man ha rent arbeidstøy, og det må utføres grundig håndvask.

Organisering av arbeidsoppgaver på vaskeri

Man skal forhindre smitteoverføring fra urent tøy til rent tøy, ved å:

- Ikke sortere skittentøyet flere ganger daglig.
- Sørg for å ha nok traller, slik at tøyet ikke behøver å flyttes over fra tralle til tralle.
- Først vaske og håndtere alt tøy som tilhører institusjonen (kokevask), før man vasker og håndterer beboernes tøy. Beboernes tøy må holdes avskilt fra institusjonens tøy før og etter vask. Dette fordi beboertøy ofte må vaskes på lavere temperaturer, og dermed fortsatt kan inneholde levende sykdomsfremkallende mikrober.



Renhold av maskiner, utstyr og lokaler

- Lokaler og utstyr på vaskeriet skal være lette å rengjøre.
- Gulvene skal vaskes hver dag. Uren side og oppsamlingsrom til tøysjakt rengjøres til slutt.
- Støv og lo skal daglig fjernes fra maskiner, bord og hyller.
- Rørøplegg, takbjelker, avsatser o.l. skal støvtørkes minst én gang i uken.
- Traller/vogner til rent tøy og skittentøyssekker skal vaskes etter hver bruk. Smittenivå 2: Traller og hjul sprites og vaskes etter bruk.
- Traller og vogner som brukes til urent tøy skal rengjøres minst én gang i uken. Smittenivå 2: Traller og hjul sprites og vaskes etter bruk.

Håndtering av tekstiler på avdelingen

Rene tekstiler

- Hendene skal alltid vaskes før håndtering av rent tøy.
- Tøy skal komme til avdelingen i rene vogner.
- Tøyet ryddes på plass i hyller og skap.
- Lager for rent tøy skal ha støvfrie hyller/skap og det skal ikke settes noe på gulvet, slik at det er lett å holde rent.
- Privat tøy skal så snart som mulig legges inn i beboerens garderobeskap.
- Tomme tøytraller leveres til vaskeriet og rengjøres der.
- Før stell, sengereing o.l. skal kun det tøyet som er nødvendig tas med inn på beboerens rom.
- Institusjonens tøy (sengetøy, håndklær m.m.) skal ikke lagres inne på beboerrom.
- Tøy som har vært inne på beboerrom, skal ikke legges tilbake på rent tøylager

Urene tekstiler

- Ved skifte av urene tekstiler (f.eks. skifte av sengetøy) må dette gjøres på en slik måte at partikler og smittestoff ikke spres rundt i rommet.
- Urene tekstiler skal ikke legges på gulvet eller i møbler o.l.
- Urent tøy legges direkte i sekk.
- Tøyet grovsorteres ved å legges i forskjellige tøyssekker. Som et minimum bør det være én sekk for beboernes private tøy, og én sekk for institusjonens tøy.
- Samlesekker for urent tøy skal transporteres direkte til vaskeriet.
- Urent tøy skal oppbevares i så kort tid som mulig på avdelingen.

Smittetøy

Smittetøy er alt tøy fra beboere som har en smittsom sykdom, samt tøy som er tilsølt med kroppsvæsker.

Tøy som kun har små flekker med inntørket blod/kroppsvæsker, kan håndteres som urent tøy.

- Smittetøy legges direkte i gule plastposer inne på beboerens rom/brukerstedet.
- Posene skal lukkes før det fraktes til vaskeriet.
- Hvis plastposen kan ha blitt forurenset på utsiden, skal den emballeres med en ny ren gul pose.
- Smittetøy må ikke oppbevares på avdelingen, men raskt sendes til vaskeriet.



Rulling av tøy

Dersom tøy skal rulles, så settes rulla på ved arbeidstidens begynnelse. Vi har 6 brytere som fra venstre står for: VARME, HASTIGHET, STOPP, LUKKE, ÅPNE

Når rullen skal slås av skrus VARME og HASTIGHET av først. Vent i 10 min, og slå av med den røde stoppknappen. Før du starter å rulle tøy skal den sorte knappen til lokket trykkes inn. Blå stang nede ved gulvet kan brukes til å åpne lokket med. Lokket går igjen når du slipper stangen med foten. Still gradene på rullen etter hva slags tøy du ruller. Tøy som er fuktig etter rulling, må henges opp til tørking/lufting. Dette kan være stikkklaken, putevar, duker og gardiner.

Merking og reparasjon av beboertøy

Alt beboertøy blir merket med navn på beboer. Det er de ansatte i pleien som utfører denne oppgaven, og primærkontakten har et spesielt ansvar. Reparasjoner av tøy blir utført på sykehjemmet, så sant skaden ikke er stor.



BV 03 Brannvakt

Tittel	BV 03 Brannvakt	Avdeling	Alle
Opprettet	29.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	02.01.2020
Revisjonsnummer	10	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Brann

Det er en brannvakt per skift. Det vil si tre brannvakter i løpet av døgnet. Ansatt med oppgavekort nummer 1 er brannvakt.

Brannvakten har et overordnet brannansvar på sin vakt, og er selv ansvarlig for å ha innhentet den kunnskap som er nødvendig for å utøve oppgaven. Brannvakt har eget nøkkelknippe.

Brannvakten skal gjennomføre brannvernrunde ved starten av hver vakt. Brannvakten skal sjekke følgende:

- Det er fri vei til nødutganger og at ikke noe stenger for døren (også på utsiden av huset)
- Det er lys i markeringsskilter til nødutganger
- Åpne dører på magnet kan kunne slå uhindret igjen hvis alarmen løser ut
- Branntavlen er fri for feilmeldinger

Hvis det oppdages feil eller mangler på brannvernrunden, er brannvakt ansvarlig for å melde fra straks til rette ansvarlige: Richard, brannvernleder (91855603) eller lokal vaktmester. Under brannvernrunden skal det kvitteres ved to sjekkpunkter i huset.

Bruk av levende lys skjer kun ved helt spesielle tilstelninger og høytid. Rom med brennende lys skal aldri forlates før lys er slukket. Lysene skal pakkes vekk etter bruk. Til daglig bruker vi elektriske lys.

Beboere skal ikke ha eget fyrstøy. Ved mistanke om at en beboer kan ha skaffet seg fyrstøy, har brannvakt ansvar for at beboer konfronteres med dette, og om nødvendig ransakes beboer og vedkommendes rom og fyrstøy beslaglegges.

Ved alarm

Ved alarm skal brannvakt ta kommando og lede innsatsen i forhold til å redde, slukke og varsle. Se egen brannverninstruks (oppslag ved branntavlen).

Eget nøkkelknippe til brannvakt

Det er et nøkkelknippe som inneholder hovednøkkel til samtlige dører, samt nøkkel til sikringsskap. Nøkkelknippet er merket med "Brannvakt", og brannvakt må aldri låne dette ut til andre.



BV 04 Rutiner ved alarm

Tittel	BV 04 Rutiner ved alarm	Avdeling	Alle
Opprettet	29.04.2009	Type	Instruks
Dokumentnummer		Sist revidert	25.09.2019
Revisjonsnummer	9	Sist revidert av	Thorsrud Richard Skaar
Godkjent av	Thorsrud Richard Skaar	Kategori	Brann

1. Alle møter opp ved branntavlen. Brannvakten tar ansvar, koordinerer og delegerer oppgavene. Sjekk ut hvor detektoren har slått ut (det står i tekstfeltet på branntavla).
2. Hvis mulig skal to personer sendes sammen for å sjekke om det er brann. Husk å ta med brannslukningsapparatet og nødarmbånd.
3. Brannklokkene skal ikke slås av.
4. Husk å ta forhåndsregler før du går inn i det rommet hvor branntavlen oppgir at en detektor har løst ut. Lukt etter røyk, kjenn øverst på døren og håndtaket, og gå ned i knestående før du forsiktig åpner døren.
5. Når du har funnet ut årsaken til at anlegget varsler brann, slukkes branntiløpet dersom det er mulig, og man starter eventuelt med redning og evakuering etter innøvde rutiner/prosedyrer. Dersom det ikke er mulig å slukke, lukkes døren og evakuering startes.
6. Husk at det skal stå en ansatt utenfor for å ta i mot evakuerte beboere dersom vi evakuerer ut av bygningen. Alle som evakueres skal samles ved anvist møteplass. Ofte er det tilstrekkelig å evakuere til neste branncelle (forbi trappeløpet).
7. Man bør ringe brannvesenet (110), og orientere dem om situasjonen som møter dem.

Ved falsk melding

Brannvakten skal gjøre følgende ved falsk alarm:

1. Ring brannvesenet på 110 og meld fra (Hvem du er. Hvor det har løst ut. Hva situasjonen er)
2. Stenge klokkene ("Avstill klokke")
3. Luft ut
4. Tilbakestill brannvarslingsanlegget ("Tilbakestill")

Om natten

På Villa Skaar Sylling, Villa Skaar Jevnaker og Villa Skaar Vestfossen arbeider det to nattevakter og på Villa Eplehagen arbeider det en nattevakt. Om natten må rutinene da tilpasses antallet som er på jobb. På de steder hvor det er to nattevakter arbeider nattevaktene som et team og støtter hverandre i de forskjellige oppgavene. De går ikke fra hverandre. På Villa Eplehagen må nattevakten arbeide selvstendig, men kan hente inn hjelp fra Villa Skaar Sylling ved enten å ringe eller benytte nødknappen på voldsalarmen som nattevaktene på Villa Eplehagen alltid skal bære. Nødsignalet går da automatisk til nattevaktene på Villa Skaar Sylling. En herfra reiser umiddelbart til Eplehagen (ca 300 meter).

Det er utarbeidet en egen ROS-analyse for brann på natten.

Bruk av branntavlen

Når du skal trykke på knappene på branntavlen, så må først nøkkelen som henger ved siden av tavlen settes i nøkkelhullet. Nøkkelen dreies så til høyre. Meldingen "Åpent for betjening" står da i displayet. Trykk på knappen "Avstill klokke" ved falsk alarm. Etter utluftning av rommet kan du trykke "Tilbakestill". Vri så nøkkelen tilbake og ta den ut. Det vil nå stå "Stengt for betjening" i displayet. Deretter står det "Normal drift". Branntavlen fungerer nå som normalt igjen, og det vil lyse grønt på tavlen. Tavlen på Jevnaker har litt annen tekst, men prinsippet er det samme.



Dersom du ser det lyser gult på tavlen eller du ser feilmeldinger i displayet, så kontakt Richard Skaar Thorsrud, brannvernleder (91855603) eller lokal vaktmester (Sylling: 47477128 / Jevaker: 45978535 / Vestfossen: 93816214).

Aksjonsplan

