

## *Helsehjelpsdokumentasjon - EPJ*

### **Brukermodulen**



**Versjon:** 8.40  
**Dato:** 03.06.2019  
**Endring:** Endring fra forrige versjon.  
**Status:** Til utbredelse

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Målgruppe	4
1.2 Forutsetning	4
1.2.1 Grunnleggende funksjonalitet.	4
1.2.1 Andre relevante kurs og kursdokumentasjon	4
<b>2.0 Elektronisk Pasientjournal</b>	<b>5</b>
2.1 Samtykkeregime	5
2.1.1 Registrering av samtykke	5
2.1.2 Reservasjon	5
2.2 Hva inngår i en elektronisk pasientjournal (EPJ)?	5
2.3 Endringer i pasientjournalen	6
<b>3.0 Utvalg av pasienter i Pasientjournalen</b>	<b>7</b>
<b>4.0 Pasientjournalen - Plan/Rapport</b>	<b>8</b>
4.1 Sammenfatning	8
5.2 Hovedmålsetting	9
5.3 Plankategori (alle former for planer og planverktøy knyttet til bruker)	10
5.4 Planområde (sykepleiediagnose/grunnleggende behov)	11
5.5 Tiltak	12
5.5.1 Flere tiltak under et planområde	13
5.5.2 Kobling mot prosedyre	13
5.5.3 Flere prosedyrer i tiltaksmappen i Plan/Rapport	14
5.5.4 Endring av tiltaksbeskrivelse i Plan/Rapport	14
5.6 Rapport	16
5.6.1 Skrive rapport	16
5.6.2 Signering av rapporter i pasientjournalen	17
5.6.3 Rapporter – Mine usignerte rapporter	18
5.6.4 Rapporter – Usignerte rapporter	18
5.6.5 Kvittering for utførte tiltak – Plan og rapport	19
5.6.6 Vedlegg til rapport i Plan/Rapport	20
5.7 Registrering av avvik	21
5.7.1 Behandling av avvik	22
5.8 Målsetting	23
5.9 Ressurs	24
5.10 Evaluering	25
5.10.1 Rapport evaluering	26
5.11 Oversikt Plan / Rapport (mappe)	27
5.12 Oversikt Plan / Rapport samlet	28
5.12.1 Vaktskifterapport	29
5.13 Utskrift Plan / Rapport	30
<b>6.0 Hovedkort</b>	<b>31</b>

<b>7.0 Elektroniske meldinger</b>	<b>33</b>
<b>8.0 Diagnoser</b>	<b>34</b>
<b>9.0 Medisiner</b>	<b>36</b>
<b>10.0 Cave / Allergi</b>	<b>37</b>
<b>11.0 Skjema</b>	<b>38</b>
<b>12.0 Målinger</b>	<b>40</b>
12.1 Registrere målinger	40
12.2 Maks antall	40
12.3 Vis siste	41
12.4 Sett filter	41
<b>13.0 Fritekstsøk i journal</b>	<b>42</b>
<b>14.0 Strukturert søk i journal</b>	<b>45</b>
14.1 Kombinere flere søkeelementer	47
<b>15.0 Kodeverk (kun for systemadministrator)</b>	<b>48</b>
15.1 Plankategori	48
15.2 Planområde	49
15.3 Tiltakskoder	50
15.4 Målsetting	51
15.5 Type avvik	51
15.6 Årsak avvik	52
15.7 Ansvarlig enhet	53
15.8 Type målinger	53
15.9 Lesetilgang til Plankategori	54
<b>16.0 Integrasjon prosedyreverktøy</b>	<b>55</b>
<b>17.0 Tekstmaler</b>	<b>56</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Målgruppe

Denne kursdokumentasjonen er ment for fagpersonell som skal ha ansvar for opprettelse og oppfølging av tiltak - herunder gjøre nødvendige endringer.

### 1.2 Forutsetning

Kursdokumentasjonen Helsehjelpdokumentasjon inngår i en rekke andre kursdokumentasjoner - nødvendig kompetanse for å gjennomføre dette kurset er:

#### 1.2.1 Grunnleggende funksjonalitet.

- [Pålogging](#)
- [Standard funksjonalitet](#)
- [Søke i Profil](#)
- [Huskelapp](#)
- [Utskrift av journal](#)

#### 1.2.1 Andre relevante kurs og kursdokumentasjon

- [Brukerregistrering](#) (for alle som må registrere nye brukere i Profil)

## 2.0 Elektronisk Pasientjournal

Det pågår løpende et standardiseringsarbeid innenfor helsevesenet – dette ikke minst med tanke på formater og metoder for utveksling av data mellom ulike aktører.

*Ut fra helsepersonelloven og pasientjournalforskriften kan følgende definisjon av elektronisk pasientjournal (EPJ) utledes: Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. IT-systemer som benyttes for å registrere, bevare og å gi tilgang til opplysninger i elektroniske pasientjournaler, kalles EPJ-system.*

*(Utdrag fra EPJ Standard del 1: Introduksjon til EPJ standard, 2015)*

Helsepersonelloven pålegger alle som yter helsehjelp å nedtegne opplysninger om denne i pasientens journal.

### 2.1 Samtykkeregime

En del av EPJ-standarden er brukers rett til informasjon og medbestemmelse i forhold til hvem som får tilgang til brukers journal eller deler av denne.

#### 2.1.1 Registrering av samtykke

Profil gir gode muligheter for å registrere og følge opp:

- Brukers samtykkekompetanse.
- Hvilke bruker som har gitt samtykke til at informasjonen i brukers journal deles.
- Hvilke ansatte bruker ønsker skal ha restriksjoner i forhold til hele eller deler av journalen.

#### 2.1.2 Reservasjon

En bruker kan reservere seg mot elektronisk informasjonsoverføring - e-meldinger. Dette beskrives nærmere i kurset elektroniske meldinger.

## 2.2 Hva inngår i en elektronisk pasientjournal (EPJ)?






Det er rimelig ut i fra standard for EPJ å avgrense pasientjournalbegrepet til den del av systemet som er benyttet/benyttes til å dokumentere helsehjelp og medisinsk informasjon om bruker. I Visma Omsorg Profil vil det være:

<a href="#">Plan/Rapport</a>	<b>Medisiner (beskrevet i eget hefte)</b>
<b>Journalnotat - anbefales ikke å bruke</b>	<b>IPLOS (beskrevet i eget hefte)</b>
<a href="#">Diagnoser</a>	<a href="#">Elektroniske meldinger</a> (beskrevet i eget hefte)
<a href="#">Informert samtykke</a>	<a href="#">Konsultasjon</a> (beskrevet i eget hefte)
<a href="#">Skjemabehandling</a>	<a href="#">Labark</a> (beskrevet i eget hefte)
<a href="#">Roller for bruker - forbindelser</a>	<a href="#">Innbyggerdialog</a> (beskrevet i eget hefte)

<a href="#">Målinger</a>	<a href="#">Mobil Omsorg</a> (beskrevet i eget hefte)
<a href="#">Fritekstsøk</a>	<a href="#">Forskrivningsmodulen</a> (beskrevet i eget hefte)
<a href="#">Strukturert søk</a>	

## 2.3 Endringer i pasientjournalen

Det vil i henhold til EPJ være mulig å gjøre endringer i pasientjournalen. Nedenfor vises en modell for de ulike faser i et journalelement.

Registreringsfasen	Redigeringsfasen	Fjerning	Retting	Sletting
Framgår fram til Registreingslås utløper. Ved utløp av denne fase markeres elementet med gul lås	Gul lås vises på elementet. Kan endres før redigeringslås utløper	Gir journalansv. mulighet til å fjerne et element etter at det er signert/låst	Gir journalansv. mulighet til å rette elementer i journalen. Må begrunnes. Det vil framgå i journalen at elementet er rettet	Gir journalansv. mulighet til å slette etter at elementet er låst. Må begrunnes. Det vil framgå i journalen at elementet er slettet
Registrator og journalansvarlig 	Journalansvarlig 	Journalansvarlig 	Journalansvarlig eller andre med nødvendig autorisasjon 	Journalansvarlig eller andre med nødvendig autorisasjon 
Forrige versjon vises ikke	Tidligere versjon tas vare på	Tidligere versjon tas vare på	Tidligere versjon vil ikke være tilgjengelig for noen. Kontakt leverandør	Tidligere versjon vil ikke være tilgjengelig for noen. Kontakt leverandør

### 3.0 Utvalg av pasienter i Pasientjournalen

Denne kursdokumentasjonen forutsetter basiskompetanse i Profil - jmf. kursdokumentasjon

[Grunnleggende funksjonalitet](#). I denne finner man

- Hvordan søke i Profil
- Hvordan finne informasjon, kvittere utført og skrive rapporter.
- Introduksjon til Plan/ Rapport

Plan/Rapport er hovedverktøy for dokumentasjon. Før man starter å bruke funksjonaliteten knyttet til Plan/Rapport, bør virksomhetens ledelse ha avklart enkelte formaliteter knyttet til innsyn i og bruken av EPJ.

For å ivareta den sikkerhet kommunene ønsker, må man lage et kodeverk som ivaretar den enkelte ansattes behov for innsyn i **"Pasientjournalen"** samtidig som man sikrer at det skilles adekvat på hvilke deler av personalet som skal ha tilgang til de enkelte deler av **"Pasientjournalen"**. Det er et prinsipp at man kun skal se det som er relevant og nødvendig, for å kunne utøve sitt arbeid i forhold til den enkelte bruker.

Hvordan registrere kodeverket dere bestemmer dere for å benytte, er beskrevet i siste del av heftet og i heftet [Systemadministrasjon](#).

## 4.0 Pasientjournalen - Plan/Rapport

I pasientjournalen under skillekortet Plan/Rapport har man muligheter til å lage planer og skrive rapporter, i tillegg til å registrere sammenfatning, tidligere sykdommer, OBS-forhold (Samtykkekompetanse), tidligere sykdommer, målsetning, ressurser og evalueringer.

Ved åpning vil en se at alle mappene i journalen er utilgjengelige. Disse blir først tilgjengelig når en velger den brukeren en ønsker å åpne journalen for.

### 4.1 Sammenfatning

Sammenfatning er en overordnet beskrivelse av brukers situasjon (innkomststatus/ helsestatus) i relasjon til helse-, sosial-, psykisk- og åndelig situasjon. I forskjellige sammenhenger er denne delen beskrevet som "Datasamling" eller "Sykepleieanamnese" (andre begrep benyttes også).

Sammenfatningen skal danne utgangspunkt for tiltaksplanen/pleieplanen til bruker og hver sykepleiediagnose, mål og tiltak registreres med en bakgrunn i "Sammenfatningen" (Mao du finner dokumentasjon og begrunnelse for tiltaksplanen/pleieplanen du har laget i sammenfatningen).

I Profil er "Sammenfatning" overordnet tiltaksplanen og ligger i hierarkisk nivå med brukers navn.


The screenshot shows the 'Plan/Rapport' section for patient Olga Olsen. The 'Sammenfatning' (Summary) section is active, showing a text box with the following content:

Sammenfatning av brukers situasjon og ressurser:  
 Sykepleiesammenfatning:  
 Olga Olsen bor hjemme sammen med sin søster på 82 år.  
 Olga er nettopp utskrevet fra sykehuset etter å ha fått anlagt en urostomi. Denne har det vært en del lekkasjer på de siste to døgn.  
 Olga har alltid vært nøye med hygiene, og hun plages nå med at det lukter urin.  
 Hun er henvist til hjemmesykepleien som skal følge henne opp.  
 Olga har gått ned 7 kg den siste tiden.  
 Hun har også fått problemer med balanse.

Below the text box, there are fields for 'Registrert av' (Eli Lekang) and 'Sist endret av' (Eli Lekang), both dated 15.01.2016 11:08:53. There are also checkboxes for 'Historikk', 'Redigert', and 'Rettet'.

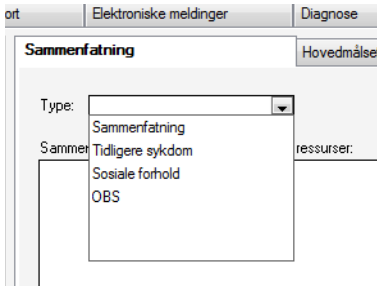
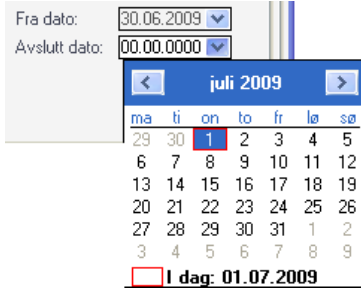
At the bottom, there is a table with the following data:

Type	Situasjonsbeskrivelse	Fra dato	Avslutt dato
Sammenfatning	Sykepleiesammenfatning: Olga Olsen bor hjemme sammen med sin søster på 82 år.	15.01.2016	
Sosiale forhold	Bor med søster Trine Olsen, som er to år eldre. Søstern er aktiv og går på senior.	15.01.2016	
OBS	Bruker har Samtykkekompetanse. Papirjournal finnes.	15.01.2016	

Marker navnet til bruker du ønsker å dokumentere i forhold til og klikk på knappen  (Ny rad). Du åpner da mappen sammenfatning i pasientjournalen til bruker.

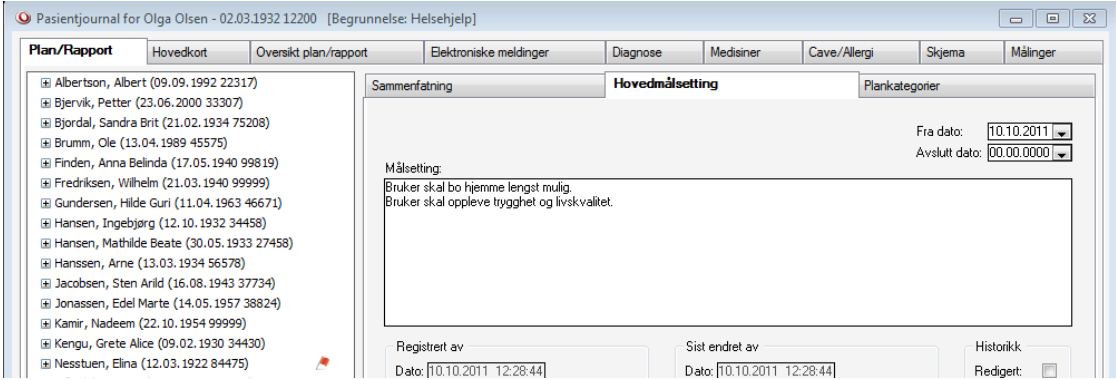
<b>Sammenfatning av brukers situasjon og ressurser</b>	Registrer i fri tekst relevant informasjon om bruker. Man kan også registrere andre typer Sammenfatninger.
--	---



		<p><b>Type Sammenfatning OBS:</b> Det anbefales at man registrerer brukers Samtykkekompetanse der det er aktuelt, og om bruker har Papirjournal.</p> <p>Mange kommuner benytter også denne til å registrere Reservasjoner bruker eller andre har framsatt for bruker.</p>
<p><b>Fra dato / Til dato</b></p>		<p>Fra dato registreres av Profil til dagens dato, tildato registreres av operatør dersom en sammenfatning skal avsluttes (legges til historikk).</p>
<p><b>Registrert av / Sist endret</b></p>	<p>Dato, klokkeslett og navn til pålogget operatør fylles inn i begge felt. Dersom en annen operatør i etterkant endrer i sammenfatningen oppdateres feltet "Sist endret" med pålogget operatør som utfører endringen.</p>	
<p><b>Redigert / Rettet</b></p>	<p>Dersom journalansvarlig redigerer eller retter en sammenfatning oppdateres dette ved at det hakes i boksen.</p>	

## 5.2 Hovedmålsetting

Hovedmålsetting i Profil er en overordnet målsetting som går på tvers av alle delmålene knyttet til tiltakene for bruker. Du har merket brukers navn og valgt mappen "Hovedmålsetting" og klikker på ikonet for ny rad.




<p><b>Hovedmålsetting</b></p>	<p>Registrer i fri tekst den målsettingen du setter i samarbeid med bruker og kollegaer.</p>
<p><b>Fra dato / Til dato</b></p>	<p>Fra dato registreres av Profil til dagens dato</p>

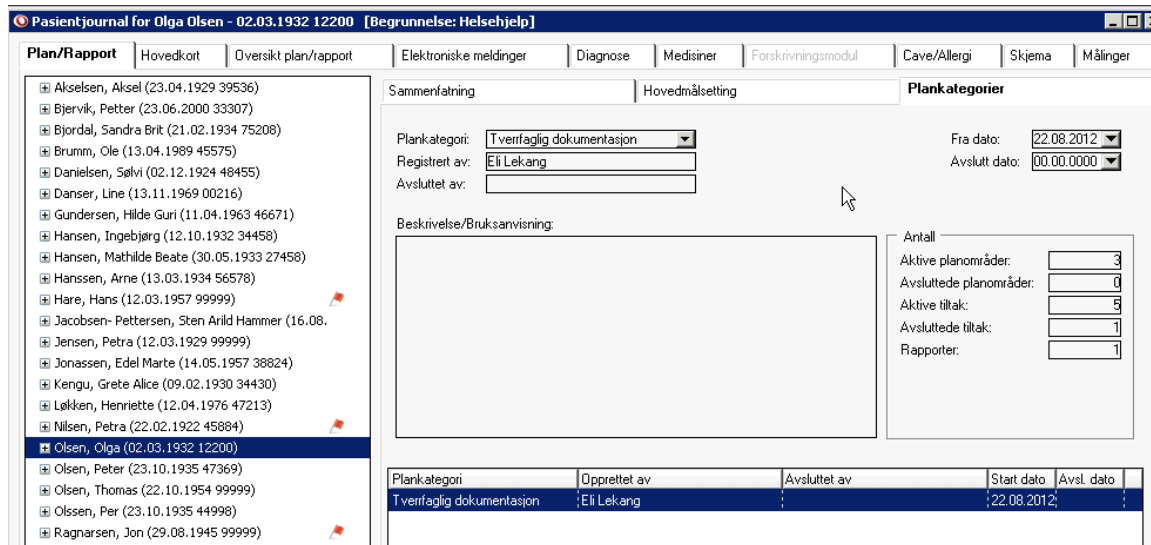
	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Fra dato: <input type="text" value="30.06.2009"/></p> <p>Avslutt dato: <input type="text" value="00.00.0000"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 200px;"> <p style="text-align: center;">juli 2009</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ma</td><td>ti</td><td>on</td><td>to</td><td>fr</td><td>lø</td><td>sø</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td style="background-color: #e0e0e0;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td> </tr> <tr> <td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> <tr> <td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>1</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 2px;">I dag: 01.07.2009</p> </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>Hvis du senere ønsker å avslutte et Hovedmål klikker du i feltet Avslutt dato, hvor du henter opp en kalender. I denne velger du dato for når du ønsker å avslutte et hovedmål</p> </div> </div>	ma	ti	on	to	fr	lø	sø	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ma	ti	on	to	fr	lø	sø																																												
29	30	1	2	3	4	5																																												
6	7	8	9	10	11	12																																												
13	14	15	16	17	18	19																																												
20	21	22	23	24	25	26																																												
27	28	29	30	31	1	2																																												
3	4	5	6	7	8	9																																												
<p><b>Registrert av / Sist endret</b></p>	<p>Dato, klokkeslett og navn til pålogget operatør fylles inn i begge felt. Dersom en annen operatør i etterkant endrer i sammenfatningen oppdateres feltet "Sist endret" med pålogget operatør som utfører endringen.</p>																																																	
<p><b>Redigert / Rettet</b></p>	<p>Dersom journalansvarlig redigerer eller retter en sammenfatning oppdateres dette ved at det hakes i boksen.</p>																																																	

### Autorisasjon

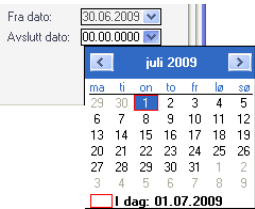
Det kan autoriseres på tilgang til bildet. Dersom det er enkeltpersoner fra flere forskjellige grupper som skal ha denne rettigheten kan man lage en ny "Funksjonsgruppe" og derved kunne styre rettighetstildelingen på tvers av eksisterende grupper.

## 5.3 Plankategori (alle former for planer og planverktøy knyttet til bruker)

Når du skal registrere ny plankategori starter du med å markere brukers navn, deretter velger du mappen plankategori. Klikk deretter på  (ny rad).



<p><b>Plankategori</b></p>	<p>Klikk i feltet og velg plankategori fra listen. Husk at plankategori bestemmer hvem som får se det som dokumenteres under plankategorien.</p>
<p><b>Registrert av / Avsluttet av</b></p>	<p>Feltene fylles ut av Profil med navnet til pålogget operatør som registrerer / avslutter plankategorien.</p>
<p><b>Fra dato / Avsluttet dato</b></p>	<p>Fra dato oppdateres av Profil når du oppretter plankategorien.</p>


	 <p>Ved å klikke i feltet <i>Avsluttet dato</i> henter du opp en kalender, i denne velger du dato for når du ønsker å avslutte hele plankategorien og alt som ligger under denne</p>
<p><b>Beskrivelse / Bruksanvisning</b></p>	<p>I feltet kan du lese hvordan kommunen har bestemt at denne plankategorien skal brukes. Teksten hentes fra systemadministrasjon.</p>
<p><b>Antall</b></p>	<p>Feltene viser deg statistikk i forhold til hvor mange dokumentasjoner som er aktive / avsluttet på denne bruker.</p>

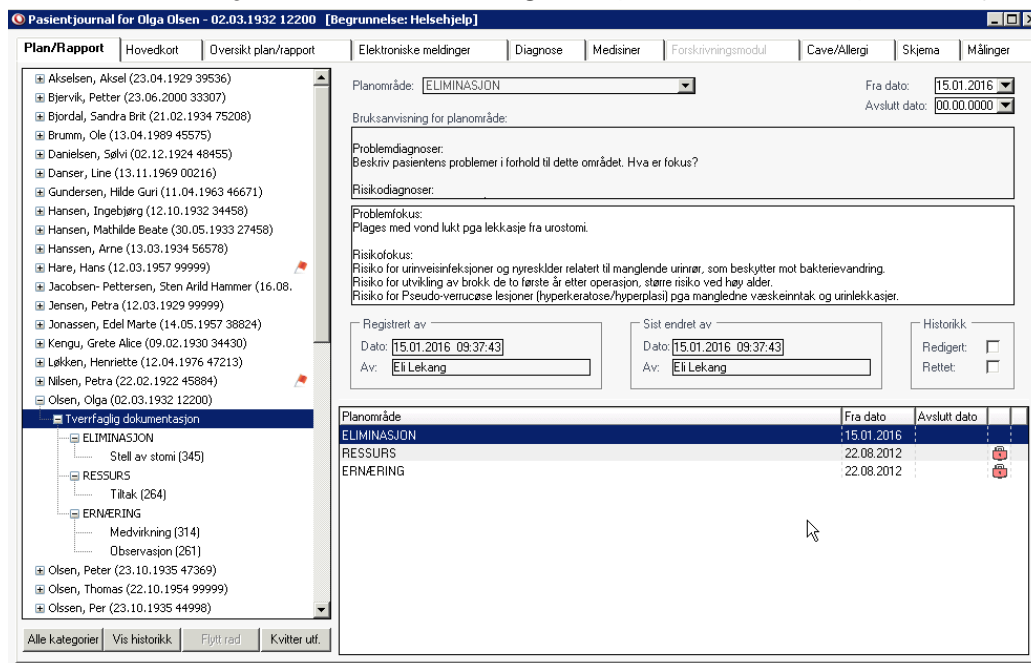
### Autorisasjon



Du kan autorisere grupper til å få rettigheter til å lage / avslutte plankategorier. På denne måten kan kommunen definere hvilke grupper som får denne rettigheten.

Dersom det er enkeltpersoner fra flere forskjellige grupper som skal ha denne rettigheten kan man lage en ny "Funksjonsgruppe" og derved kunne styre rettighetstildelingen på tvers av eksisterende grupper.

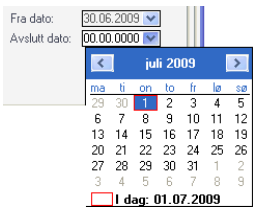
## 5.4 Planområde (sykepleiediagnose/grunnleggende behov)

Til nå har du markert brukers navn i trestrukturen. Når du nå skal registrere et planområde må du markere "Plankategorien" for å kunne få registrert planområdet. Klikk på  (ny rad).




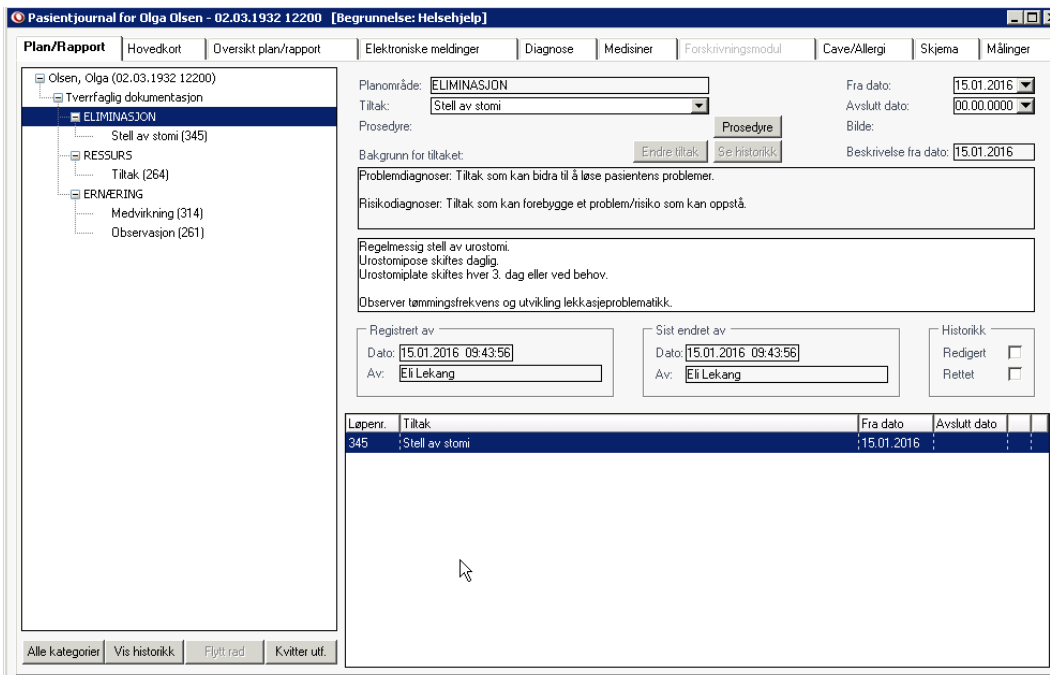
Planområde	Fra dato	Avsluttet dato
ELIMINASJON	15.01.2016	
RESSURS	22.08.2012	
ERNERING	22.08.2012	

<p><b>Planområde</b></p>	<p>Klikk i feltet planområde og velg det planområdet du vil bruke i listen.</p>
<p><b>Fra dato / Avsluttet dato</b></p>	<p>Fra dato oppdateres av Profil når du oppretter planområdet.</p>

	 <p>Ved å klikke i feltet Avsluttet dato henter du opp en kalender, i denne velger du dato for når du ønsker å avslutte hele planområdet.</p>
<b>Bruksanvisning for planområdet</b>	Teksten hentes fra systemadministrasjon og kodeverk fra plan / rapport.
<b>Fritekst felt</b>	I feltet kan du skrive i fritekst i forhold til for eksempel å begrunne hvorfor planområdet er opprettet.
<b>Registrert av / Endret av</b>	Feltene viser pålogget operatør som oppretter planområdet og avslutter det.
<b>Historikk</b>	Hakeboksene "Redigert" og "Rettet" viser om journalansvarlig har gjort endringer i teksten (fritekst delen). Nedre del av bildet vil vise alle aktive planområder du har registrert på denne brukeren og under denne plankategorien.

## 5.5 Tiltak


Når du nå skal registrere et tiltak må du markere "Planområde" for å kunne få registrert tiltaket. Klikk på  (ny rad).



<b>Planområde</b>	Feltet viser hvilket planområde du arbeider med.
<b>Tiltak</b>	Klikk i feltet og velg tiltaket du vil bruke i listen
<b>Fra dato / Avsluttet dato</b>	Fra dato oppdateres av Profil når du oppretter tiltaket

	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Fra dato: 30.06.2009</p> <p>Avslutt dato: 00.00.0000</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">juli 2009</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ma</th><th>ti</th><th>on</th><th>to</th><th>fr</th><th>lø</th><th>sø</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>29</td><td>30</td><td style="background-color: #e0e0e0;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td> </tr> <tr> <td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> <tr> <td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td>1</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p style="color: red; font-weight: bold;">I dag: 01.07.2009</p> </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>Ved å klikke i feltet Avsluttet dato henter du opp en kalender, i denne velger du dato for når du ønsker å avslutte tiltaket.</p> </div> </div>	ma	ti	on	to	fr	lø	sø	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ma	ti	on	to	fr	lø	sø																																												
29	30	1	2	3	4	5																																												
6	7	8	9	10	11	12																																												
13	14	15	16	17	18	19																																												
20	21	22	23	24	25	26																																												
27	28	29	30	31	1	2																																												
3	4	5	6	7	8	9																																												
<p><b>Bilde</b></p>	<p>Dersom det er et bilde knyttet til en rapport vil du se et ikon som symboliserer dette her, klikk på symbolet og du kan se bildet. Bilder kan kun legges inn i Profil fra Mobil Profil.</p>																																																	
<p><b>Bakgrunn for tiltaket</b></p>	<p>I tiltakskodeverket i Profil kan du lage standard beskrivelser for bakgrunn for tiltak, dette vil vises automatisk i feltet når du velger tiltak.</p>																																																	
<p><b>Fri tekst for beskrivelse av tiltak</b></p>	<p>I dette feltet beskriver du hvordan tiltaket skal gjennomføres. Dette er den beskrivelse som andre vil benytte når de skal følge opp din plan.</p>																																																	
<p><b>Registrert av / Endret av</b></p>	<p>Feltene viser pålogget operatør som oppretter planområdet og avslutter det.</p>																																																	
<p><b>Historikk</b></p>	<p>Hakeboksene "Redigert" og "Rettet" viser om journalansvarlig har gjort endringer i teksten (fritekst delen).</p>																																																	

### 5.5.1 Flere tiltak under et planområde

Ved å markere planområdet i trestrukturen og klikke på  (ny rad), kan du opprette flere tiltak under samme område.

Fremgangsmåten er lik når du oppretter første tiltak (se ovenfor).

### 5.5.2 Kobling mot prosedyre

Prosedyreverktøy kan hentes opp fra Profil og linkes mot tiltak. Når du oppretter et nytt tiltak, kan du klikke på knappen Prosedyre. Du starter da programmet, og kan velge en prosedyre. Dette er et tredjeparts produkt, hvilket betyr at lisens og rettigheter ikke tilhører Visma AS. Kommunene må derfor kjøpe dette som en separat programvare før de kan knytte det til Profil og bruke dette i programmet.

Planområde:

Tiltak:

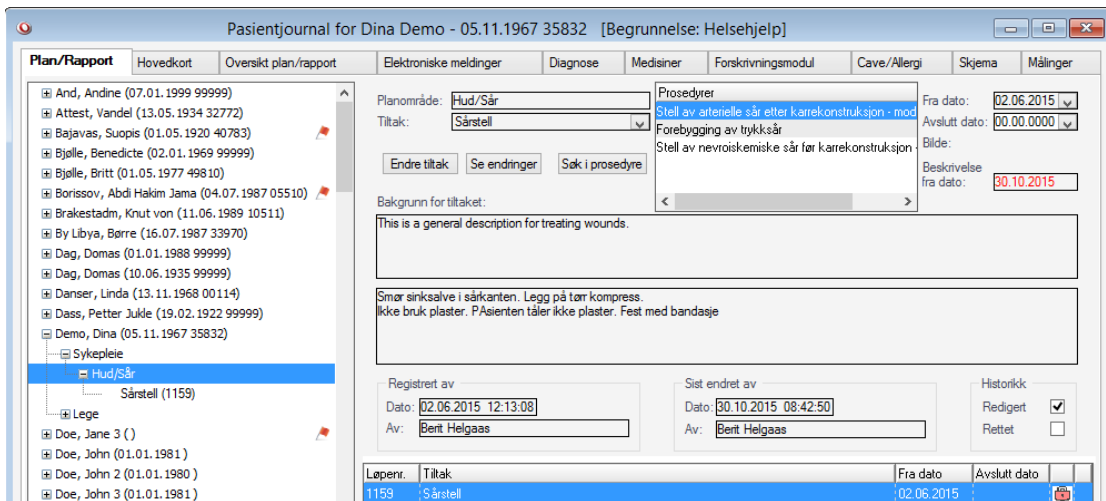
Prosedyre:

Bakgrunn for tiltaket:

Klikk på lagreknappen i prosedyreverktøyet og prosedyren du har valgt legges inn i Profil.

### 5.5.3 Flere prosedyrer i tiltaksmappen i Plan/Rapport

Det er mulig å knytte mer enn en prosedyre fra prosedyreverktøy inn i tiltaket i Plan/Rapport.



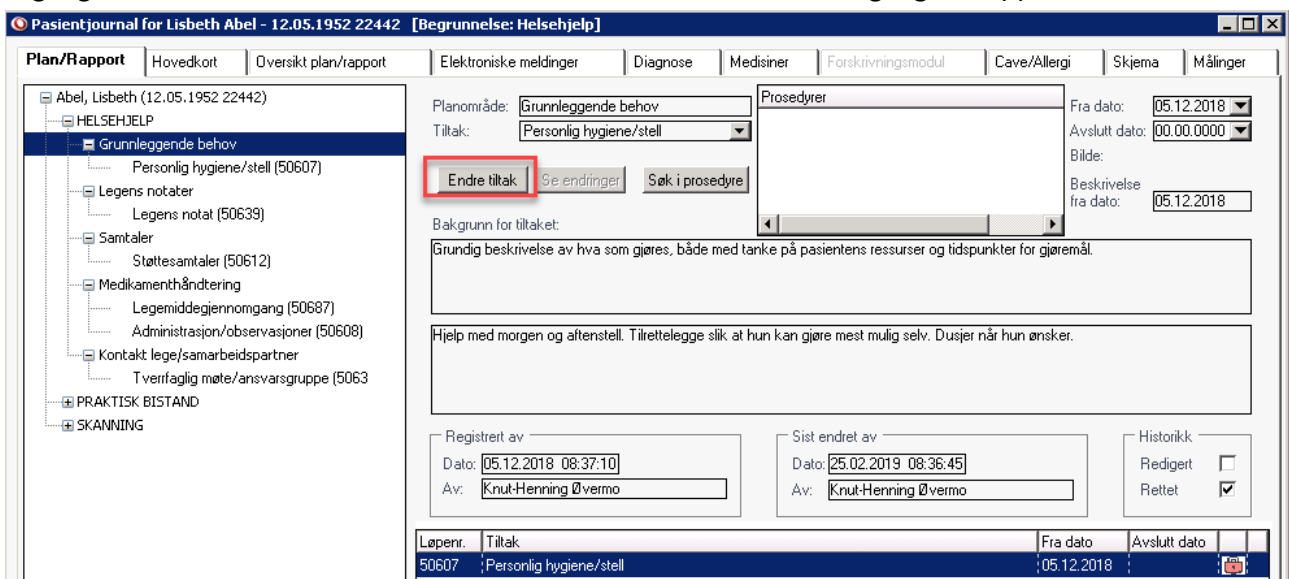
Det kan hentes inntil 5 samtidige prosedyrer. Disse kan registreres når tiltaket nyregistreres, eller ved å bruke funksjonen for endring av tiltak.

Dobbelklikk på tiltaket i vinduet for å lese hele teksten. Du kan også trykke CTRL + T for å maksimere vinduet. Resten av prosedyrekodeverket har du tilgang til via knappen «Søk i prosedyrer»

### 5.5.4 Endring av tiltaksbeskrivelse i Plan/Rapport

Når det er aktuelt å gjøre mindre endringer på tiltaksbeskrivelse, for eksempel legge til eller trekke fra en setning, eller endre prosedyre, kan dette gjøres med knappen *Endre tiltak*. Alle rapportene knyttet til tiltaket blir liggende, og du kan se historikken i et eget vindu.

Tilgangen til å endre tiltaksbeskrivelse er forbeholdt ansatte som har tilgang til å opprette tiltak.



**Endre tiltak**

Prosedyrer:

Fra dato: 05.12.2018

Til dato:

Endret av:

Beskrivelse: Hjelp med morgen og aftenstell. Tilrettelegge slik at hun kan gjøre mest mulig selv. Dusjer når hun ønsker.

Rad 1 av 1

Ok Avbyt Hjelp

Du kan nå skrive inn den nye tiltaksbeskrivelsen. Trykk OK når du er ferdig.

Du vil da se den nye tiltaksbeskrivelsen i bildet. I feltet «Beskrivelse fra dato» ser du når den nye tiltaksbeskrivelsen gjelder fra.

**Pasientjournal for Lisbeth Abel - 12.05.1952 22442 [Begrunnelse: Helsehjelp]**

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

Abel, Lisbeth (12.05.1952 22442)

HELSEHJELP

- Grunnleggende behov
  - Personlig hygiene/stell (50607)
- Legens notater
  - Legens notat (50639)
- Samtaler
  - Stettesamtaler (50612)
- Medikamenthåndtering
  - Legemiddelegjennomgang (50687)
  - Administrasjon/observasjoner (50608)
- Kontakt lege/samarbeidspartner
  - Tverrfaglig møte/ansvarsgruppe (5063)
- PRAKTISK BISTAND
- SKANNING

Planområde: Grunnleggende behov

Tiltak: Personlig hygiene/stell

Prosedyrer:

Fra dato: 05.12.2018

Avslutt dato: 00.00.0000

Bilde:

Beskrivelse fra dato: 12.07.2019

Bakgrunn for tiltaket: Grundig beskrivelse av hva som gjøres, både med tanke på pasientens ressurser og tidspunkter for gjøremål.

Hjelp med morgen og aftenstell. Tilrettelegge slik at hun kan gjøre mest mulig selv. Dusjer når hun ønsker.

perioden 12.7.19-26.7.19 skal Lisbeth ha hjelp til å dusje annenhver dag.

Registrert av: Knut-Henning Øvermo

Sist endret av: Lena Nordstrøm

Historikk: Redigert  Rettet

Løpnr.	Tiltak	Fra dato	Avslutt dato
50607	Personlig hygiene/stell	05.12.2018	

Alle kategorier Vis historikk Flytt rad Kvitter utf.

**Viser endringer av tiltak**

Prosedyrer:

Fra dato: 05.12.2018

Til dato: 11.07.2019

Endret av: Knut-Henning Øvermo

Beskrivelse: Hjelp med morgen og aftenstell. Tilrettelegge slik at hun kan gjøre mest mulig selv. Dusjer når hun ønsker.

Rad 1 av 1

Ok Tilbake Hjelp


Knappen «Se endringer» viser tidligere tiltaksbeskrivelser, og hvilken ansatt som har oppdatert disse.

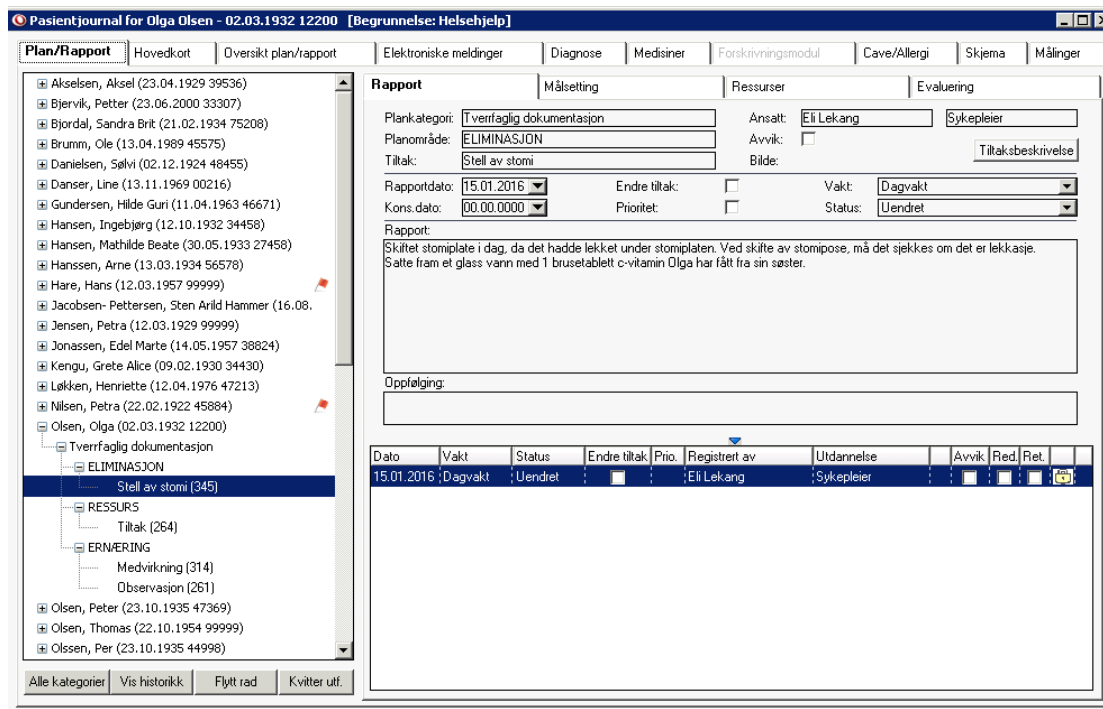
Utskrift av plan/rapport vil liste alle tiltaksbeskrivelser slik at det er mulig å lese disse.

## 5.6 Rapport

Når du skal skrive rapport i Profil må du starte med å velge i trestrukturen det tiltaket du ønsker å rapportere i forhold til.

### 5.6.1 Skrive rapport

Marker tiltaket og klikk på  (ny rad), du oppretter da plass til å skrive rapport.



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

**Rapport** | Målsetting | Ressuser | Evaluering

Plankategori: Tverrfaglig dokumentasjon    Ansatt: Eli Lekang    Sykepleier

Planområde: ELIMINASJON    Avvik:

Tiltak: Stell av stomi    Bilde:     Tiltaksbeskrivelse

Rapportdato: 15.01.2016    Endre tiltak:     Vakt: Dagvakt

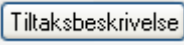
Kons.dato: 00.00.0000    Prioritet:     Status: Uendret

Rapport:  
Skiftet stomiplate i dag, da det hadde lekket under stomiplaten. Ved skifte av stomipose, må det sjekkes om det er lekkasje. Satte fram et glass vann med 1 brusetablett c-vitamin Olga har fått fra sin søster.

Oppfølging:

Dato	Vakt	Status	Endre tiltak	Prio.	Registrert av	Utdannelse	Avvik	Red	Ret
15.01.2016	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Eli Lekang	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle kategorier | Vis historikk | Flytt rad | Kvitter utf.

<b>Plankategori / Planområde / Tiltak</b>	Hentes automatisk på bakgrunn av tiltaket du har valg å skrive rapport i forhold til.
<b>Rapport dato</b>	Angi dato rapporten gjelder for. I "Oversikt Plan/Rapport" vises rapportene basert på registreringstidspunktet. Det betyr at denne dato kun vil være en ren opplysning, og får ikke betydning noe annet sted.
<b>Konsultasjons dato</b>	Dersom rapporten er opprettet i en legekonsultasjon, vil denne dato være utfylt.
<b>Ansatt</b>	Viser pålogget ansatt. Det er ikke mulig å skrive rapport på vegne av andre, så feltet kan ikke endres.
<b>Avvik</b>	Dersom du skal skrive et brukerrettet avvik, setter du en hake i dette feltet. Bildet endrer seg, og du kan fylle ut avviksinformasjon. <u>Dette er forklart senere i heftet.</u>
<b>Bilde</b>	Dersom det finnes et bilde knyttet til merket rapport, vil det vises et kamera som du kan klikke på for å se bildet.
	Når du skriver rapporten kan du klikke på denne knappen for å se en beskrivelse av "Bakgrunn for planområdet" samt "Tiltaksbeskrivelse". Dette gjør at du raskt kan se hva du skal skrive rapport om.



<b>Endre tiltak</b>	Dersom du i rapporten ønsker å opplyse om at tiltaket er endret, setter du en hake i feltet. Dette punktet kan brukes på flere måter og bør avklares i den enkelte kommune i forhold til de rutiner man ønsker å følg.
<b>Prioritet</b>	Dersom man ønsker å sette prioritet på rapporten, setter du en hake i feltet. I "Oversikt Plan/Rapport" vil du kunne sortere på alle rapporter med prioritet.
<b>Vakt</b>	Vakten du skriver rapporten på er ikke lenger viktig for "Oversikt Plan/Rapport" ettersom vi der kan velge å se rapporter skrevet de siste antall timer (fritt valg på antall du vil se rapporten for).
<b>Status</b>	Du kan angi om bruker observeres til å ha en status "Uendret", "Bedret" eller "Forverret". Status "Ikke oppgitt" brukes når rapporten er hentet fra "Konsultasjonsdialogen" i Profil.
<b>Rapport</b>	Fritekstfelt for å skrive rapport i forhold til merket tiltak.
<b>Oppfølging</b>	Fyll ut feltet med tekst, dersom innholdet i rapporten/tiltak krever oppfølging. Feltet kan også brukes som beskjed til den som kommer på neste vakt.

### 5.6.2 Signering av rapporter i pasientjournalen

Signering er implementert som en funksjon som kommer opp etter at du har lagret en rapport/konsultasjon i Profil. (Sett tilgangen i Master).

Signering gjelder *Plan/Rapport – Skrive rapport*, samt i *Konsultasjon – Ny konsultasjon*.

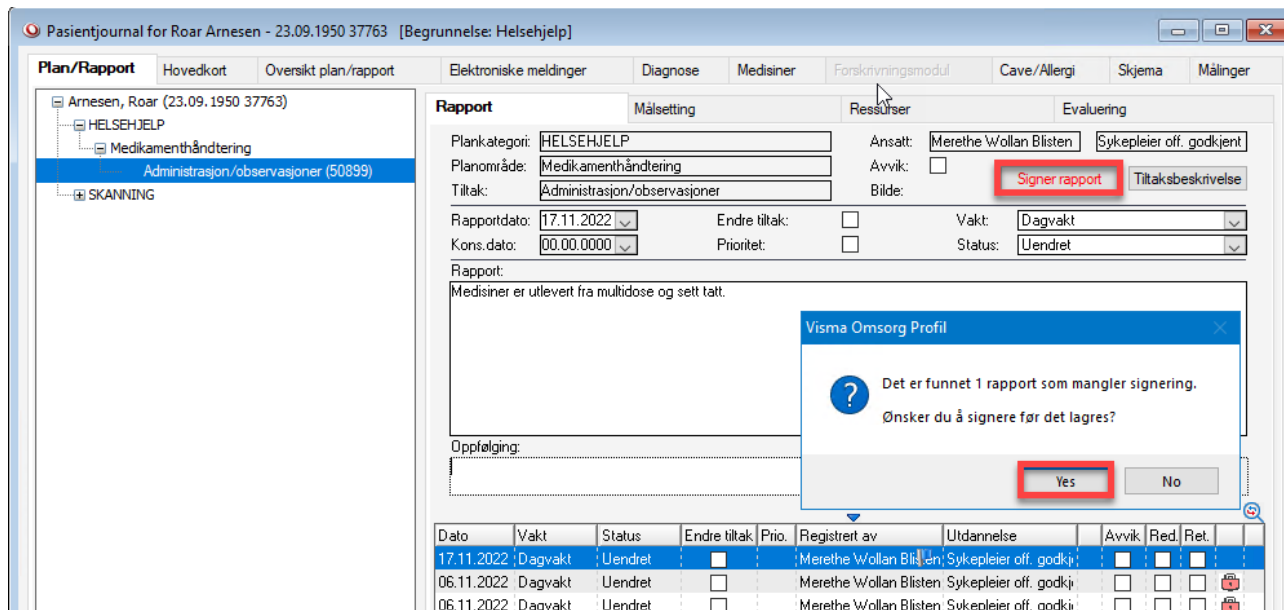
**NB!** Det som er veldig viktig når man tar i bruk signering er at man setter er riktig rutine på hva som skal gjøres når rapportskrivning gjøres for å unngå at rapporter ikke blir lagret.

Når en ansatt skriver en rapport må den ansatte signere rapporten og så klikke lagre (eller trykke Ctrl S) for at den faktisk skal bli lagret. Dersom den ansatte bare signerer og så klikker videre i andre faner er det fare for at man glemmer å lagre, rapporten vil da ikke bli lagret. Dette er viktig å merke seg.

Når du har skrevet rapporten i Plan/Rapport skal du klikke på tabulatortasten på tastaturet, du vil da få tilgang til knappen "Signer Rapport". Du kan da velge å klikke på "signer rapport", deretter klikker du på lagre eller Ctrl S. Dersom du skal fortsette på rapporten senere kan du velge å bare klikke lagre, for så å klikke signer og lagre på et senere tidspunkt når du er ferdig med rapporten.

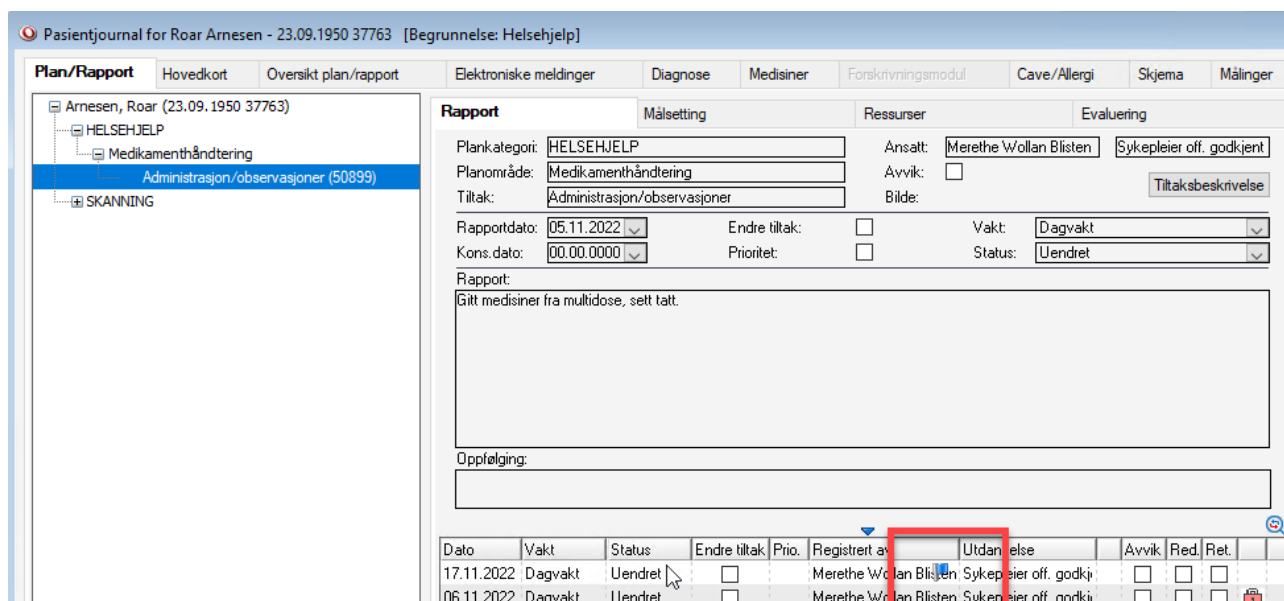
The screenshot shows the 'Plan/Rapport' form in a patient journal. The form is titled 'Rapport' and includes fields for 'Plankategori' (HELSEHJELP), 'Planområde' (Medikamenthåndtering), and 'Tiltak' (Administrasjon/observasjoner). The 'Ansatt' field is filled with 'Merethe Wollan Blisten' and 'Sykepleier off. godkjent'. The 'Signer rapport' button is highlighted with a red box. Other fields include 'Rapportdato' (17.11.2022), 'Kons. dato' (00.00.0000), 'Endre tiltak', 'Prioritet', 'Vakt' (Dagvakt), and 'Status' (Uendret).

Dersom du har valgt å klikke på lagre i stede for tabulator får du opp bildet nedenfor:



- **Ja:** Klikk på knappen “Signer Rapport” og **husk å lagre på nytt**. Deretter kan du lukke bildet. Tips: Etter å ha skrevet ferdig rapporten, trykk tabulator, du slipper da å mellomlagre før signeringsknappen kommer frem.
- **Nei:** Rapporten står usignert til senere, markert med et blått flagg i listen, (se bilde nedenfor), husk å lagre.

Det blå flagget som indikerer at rapporten er usignert kommer frem i alle bilder der en henter informasjon fra Plan/rapport, så som oversikt plan/rapport, meldingsfunksjonalitet, konsultasjonsdialog osv. Inntil elementet er signert, kan forfatteren endre innholdet så mange ganger man ønsker. Historikk blir ikke ivaretatt i denne perioden.

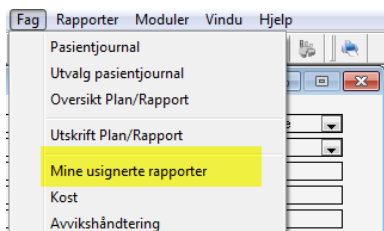


EPJ-regimet med gule og røde hengselåser trer i kraft etter at et element er signert. Det betyr at i dagens versjon kan du rette og redigere på et signert element. Du må da signere på nytt etter redigering.

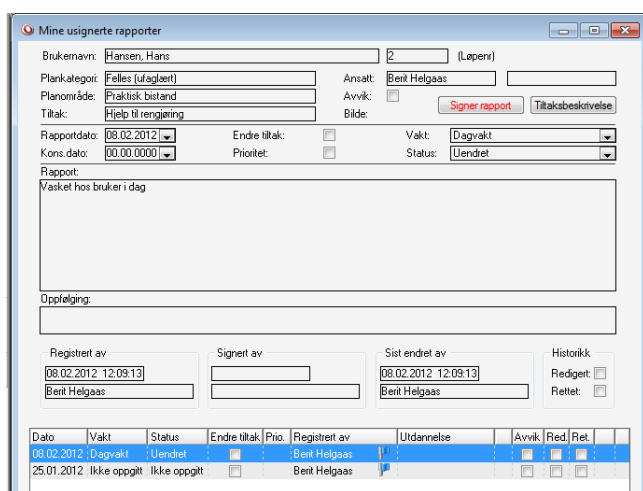
### 5.6.3 Rapporter – Mine usignerte rapporter

Det er implementert to ulike rapporter som viser usignerte rapporter i Profil.

Er en klikkbar liste som viser pålogget ansatt sine usignerte rapporter. Det er mulig å gå direkte til hver enkelt rapport fra denne listen, for å ferdigstille signeringen; *Fag -> Mine usignerte rapporter*



Du kan velge å signere direkte fra denne listen



Eller du kan åpne den enkelte rapporten for å signere der.

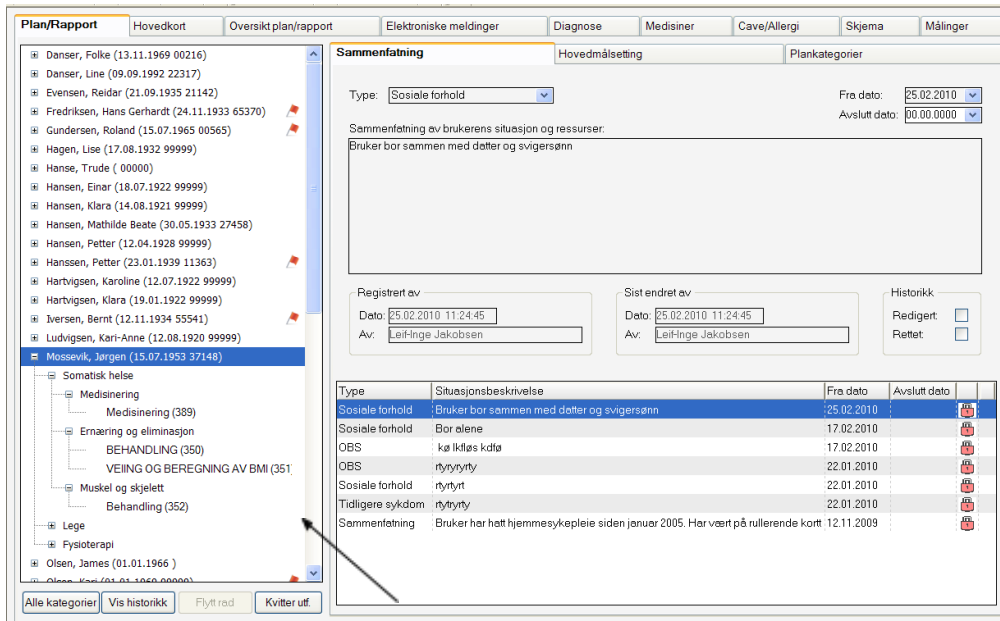
### 5.6.4 Rapporter – Usignerte rapporter

Dette er ment som en kontrollrapport som kan tas ut pr Distrikt/soner/delsone; *Rapporter -> Fag/Medisin -> Usignerte rapporter*

Denne rapporten gir deg mulighet til å sjekke om det finnes usignerte rapporter som ikke er ivaretatt.

### 5.6.5 Kvittering for utførte tiltak – Plan og rapport

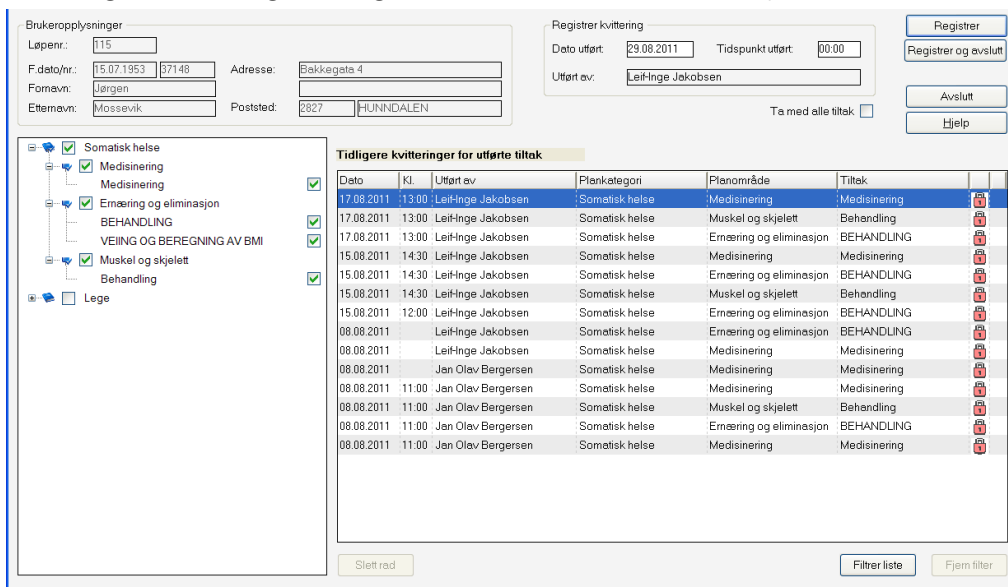
For å forenkle dokumentasjonen, er det lagt til rette for å kvittere for at tiltak er utført i hht tiltaksbeskrivelse. Dette erstatter tidligere rapporter, som inneholdt **Uten anmerkninger, OK** osv.



Klikk på knappen **'Kvitter utf'**.

Hvis du markerer brukeren, vil du kunne kvittere for flere planområder/tiltak. Dersom du merker et Planområde, kan du kun kvittere for tiltakene under dette området. Dersom du merker et tiltak, får du kun kvittere for det merkede tiltaket.

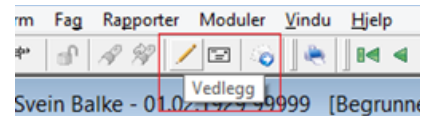
Det er lagt inn datobegrensning ved "kvitter utført" for å bedre ytelsen i bildet.



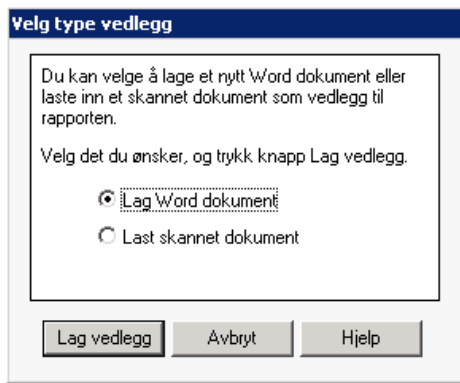
Merk av tiltakene som er utført, angi dato og klokkeslett – og klikk deretter **'Registrer'** eller **'Registrer og avslutt'**.

### 5.6.6 Vedlegg til rapport i Plan/Rapport

Ved skriving av rapporter i Plan/Rapport er det mulig å generere et vedlegg til rapporten. Dette gjøres ved å velge ikon som vist i rød innramming (en liten blyant).



Etter at en har trykket på ikonet for generering av vedlegg, blyant, vil en nå få en dialog som vist i utklippet nedenfor. Her får en mulighet til å velge mellom generering av et Word dokument eller innlastning av et innskannet dokument (pdf).



Etter at du har valgt type vedlegg, trykker du på knappen Lag vedlegg.

#### Lag Word dokument

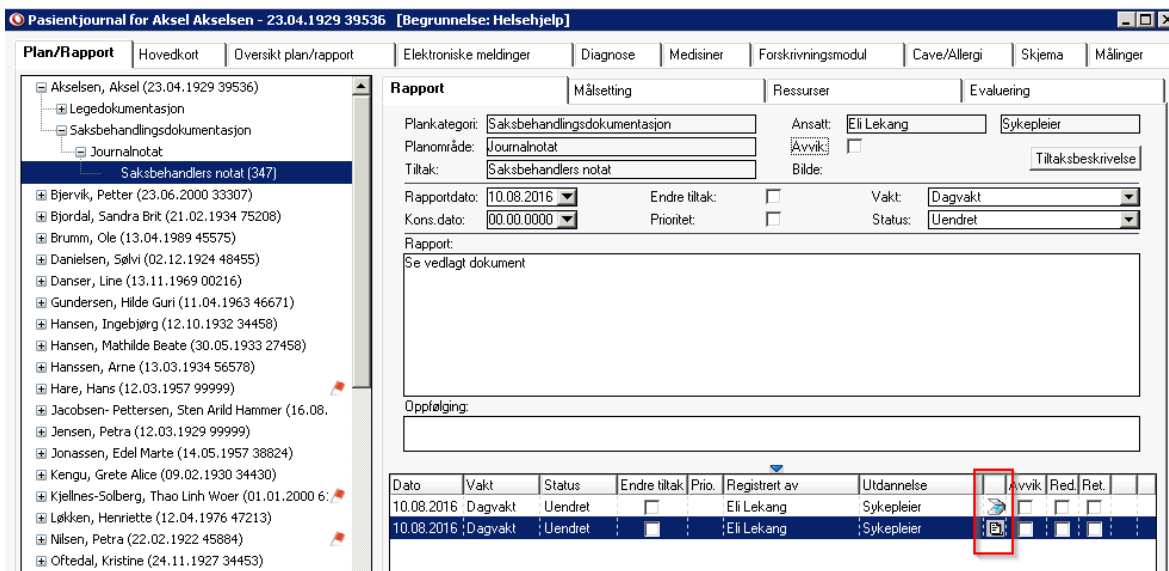
Du får nå velge mal for generering av dokumentet på samme måte som tidligere.

#### Last skannet dokument

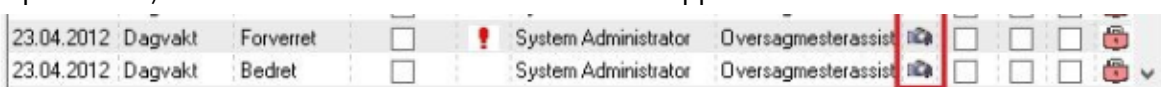
Du kommer nå inn i en dialog hvor du kan lete fram ønsket dokument (pdf), og laste denne inn. Dialogen er den samme som er kjent fra postjournalen ved kobling av dokumenter til inngående dokumenter.

### Se type vedlegg i rapportlisten

Etter at det er laget vedlegg til rapporter, vil det i listen over rapportene være et ikon som indikerer at det finnes et vedlegg, og hvilken type vedlegg det er (se utklipp nedenfor).



Visma anbefaler bruk av signering, da dette låser dokumentet umiddelbart etter at du har signert (se kapittel 5.6.1) Et kamera i det viste vinduet viser hvilke rapporter det er koblet bilder til.

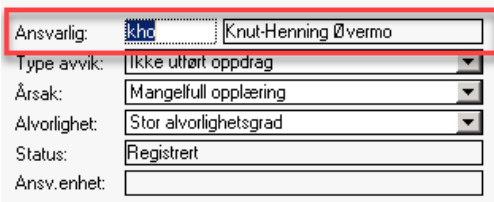


## 5.7 Registrering av avvik

I Profil er det innført mulighet til avviksregistrering og oppfølging av avvik. Avvik registreres i samme område som rapporten. Når det forekommer et avvik vil avviket erstatte rapporten.

I Trestrukturen markerer du tiltaket du vil registrere et avvik på og setter inn ny rad.

Rapport	Målsetting	Ressurser	Evaluering
Plankategori: HELSEHJELP		Ansatt: Lena Nordstrøm	
Planområde: Grunnleggende behov		<b>Avvik: <input checked="" type="checkbox"/></b>	<b>Signer rapport</b> Tiltaksbeskrivelse
Tiltak: Personlig hygiene/stell		Bilde:	
Rapportdato: 12.07.2019		Vakt: Dagvakt	
Ansvarlig: <b>khc</b> Knut-Henning Øvermo		Beskrivelse av avvik: Lisbeth hadde ikke dusjet idag. Ansatt på morgenen bekrefter dette da Lisbeth hadde motsatt seg dusjing.	
Type avvik: Ikke utført oppdrag			
Årsak: Mangelfull opplæring			
Alvorlighet: Stor alvorlighetsgrad			
Status: Registrert			
Ansv.enhet:			
Forslag til forbedring:			

<b>Plankategori / Planområde / Tiltak</b>	Hentes automatisk på bakgrunn av tiltaket du har valg å registrere avvik i forhold til.
<b>Ansatt</b>	Viser pålogget ansatt. Det er ikke mulig å skrive rapport på vegne av andre, så feltet kan ikke endres.
<b>Avvik</b>	Dersom du skal skrive et brukerrettet avvik, setter du en hake i dette feltet. Bildet endrer seg, og du kan fylle ut avviksinformasjon.
<b>Rapport dato</b>	Angi dato rapporten gjelder for. I "Oversikt Plan/Rapport" vises rapportene basert på registreringstidspunktet. Det betyr at denne dato kun vil være en ren opplysning, og får ikke betydning noe annet sted.
<b>Vakt</b>	Angi hvilket vakt du registrerer et avvik i forhold til. Profil er ikke lengre sensibel på dette i "Oversikt Plan/Rapport", ettersom vi der kan velge å se rapporter/avvik skrevet de siste antall timer (fritt valg på antall du vil se rapporten for).
<b>Ansvarlig</b>	<p>Ved registrering av avvik i pasientjournalen (Rapport mappen) kan en nå sette inn ansvarlig for oppfølgingen umiddelbart. Feltet vist under i rød firkant er altså åpnet slik at en kan velge ansvarlig her.</p>  <p>                     Rapportdato: 12.07.2019 Vakt: Dagvakt                      Beskrivelse av avvik:                      Lisbeth hadde ikke dusjet idag. Ansatt på morgenen bekrefter dette da Lisbeth hadde motsatt seg dusjing.                 </p>

<b>Type avvik</b>	Koder hentes fra et ferdig laget register (lages i systemadministrasjon). Klikk i feltet og hent ønsket kode fra listen.
<b>Årsak</b>	Koder hentes fra et ferdig laget register (lages i systemadministrasjon). Klikk i feltet og hent ønsket kode fra listen.
<b>Alvorlighetsgrad</b>	Klikk i feltet og velg fra listen. Kodene her er hardkodet og kan ikke endres.
<b>Status</b>	Feltet viser hvor langt avviket er i en saksgang som skal lede frem til status = Ferdig. Avviket vil få status under behandling i perioden det arbeides med avviket.
<b>Beskrivelse av avvik</b>	Felt for fritekst hvor du skal beskrive hva avviket bestod i.
<b>Forslag til forbedring</b>	Feltet vil oppdateres når status for avviket = Ferdig. Det er saksbehandler av avviket som registrer "Forslag til forbedring" enten på egenhånd eller i samarbeid med berørte parter.

### 5.7.1 Behandling av avvik

Ansvarlig for avviksbehandling vil finne bildet hvor oppfølging av avviket foregår ved å velge fra rullegardinmenyen: *Fag -> Avvikshåndtering*

Når et avvik er fylt ut, skal det følges opp hva konsekvensen er for bruker i pleieplanen, f.eks en ny sykepleiediagnose med mål og tiltak.

**Avvikshåndtering - Endre**

Løpenr: 254 1 2

Fornavn: Lisbeth

Etternavn: Abel

Rapportdato: 12.07.2019

Registrert av: Lena Nordstrøm

Beskrivelse av avvik 3

Lisbeth hadde ikke dusjet idag. Ansatt på morgenen bekrefter dette da Lisbeth hadde motsatt seg dusjing.

1

Ansvarlig: LENAN Lena Nordstrøm

Status: Til behandling

Type avvik: Ferdig, Registrert, Til behandling

Alvorlighet: Til behandling

Årsak:

Ansvarlig enhet:

Forslag til forbedring:

2

Løpenr	Brukers navn	Rapportdato	Ansvarlig	Ans.enhet	Status
54	Abel, Lisbeth	12.07.2019	Lena Nordstrøm		Til behandling

3

#### Bildet består av tre deler:

- Del 1
- Informasjon om bruker avviket er registrert i forhold til
  - Dato for registrering
  - Hvem som har registrert
  - Beskrivelse av avviket

## Helsehjelpsdokumentasjon

- Del 2
  - Ansvarlig, den som behandler avviket
  - Status på avviket
  - Type avvik, Alvorlighetsgrad og Årsak
  - Ansvarlig enhet
  - Forslag til forbedring
  
- Del 3
  - Liste over alle registrerte avvik i Profil
  - Marker en av linjene og du kan lese detaljene i del 1 og 2.

Forslag til forbedring vil vises i avviksregistreringen som er gjort i forhold til tiltaket og feltet ”*Forslag til forbedring*” vil vise forslaget som er konklusjonen på avviket.

Det finnes rapporter for registrerte avvik. Under Rapporter, se Brukerhåndbok for Rapporter.

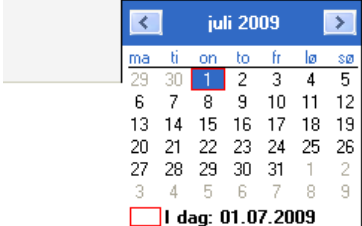


## 5.8 Målsetting


I Profil kan du registrere målsetting på hvert tiltak. Start med å merke tiltaket du vil registrere en målsetting på, velg deretter mappen "Målsetting". Sett inn ny rad.

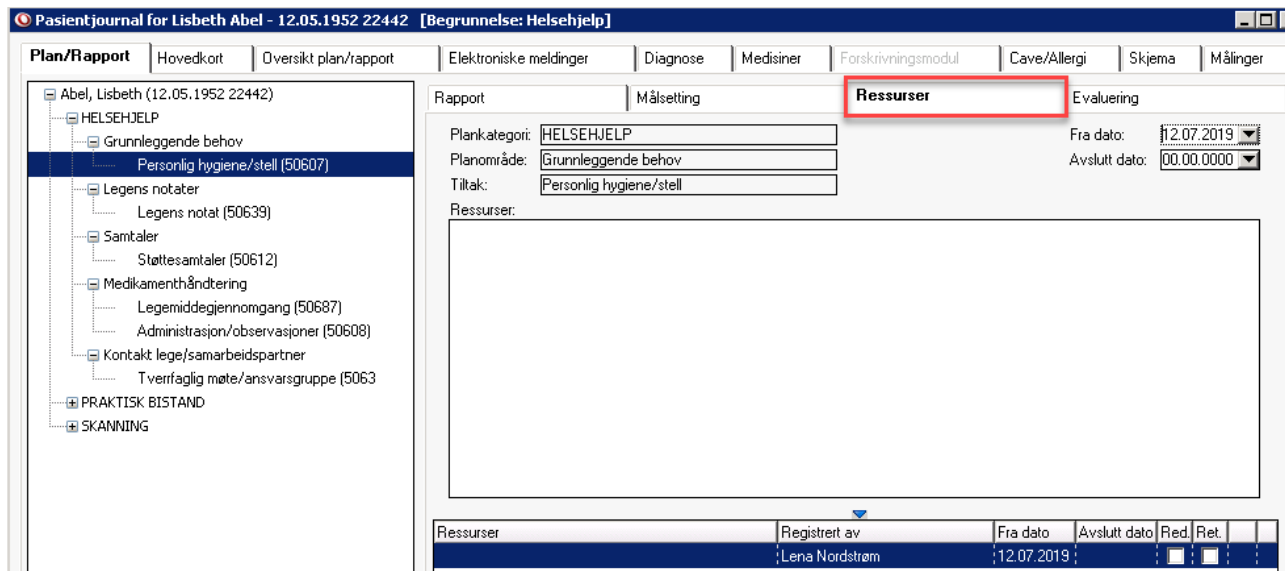
En målsetting kan gjenspeile et svar på sykepleiediagnosen.

The screenshot shows a software interface for patient care. The title bar reads "Pasientjournal for Lisbeth Abel - 12.05.1952 22442 [Begrunnelse: Helsehjelp]". The main menu includes "Plan/Rapport", "Hovedkort", "Oversikt plan/rapport", "Elektroniske meldinger", "Diagnose", "Medisiner", "Forskrivningsmodul", "Cave/Allergi", "Skjema", and "Målinger". The left sidebar shows a tree view with categories like "HELSEHJELP", "Grunnleggende behov", "Legens notater", "Samtaler", "Medikamenthåndtering", "Kontakt lege/samarbeidspartner", "PRAKTISK BISTAND", and "SKANNING". The "Målsetting" tab is active, showing a form with fields for "Plankategori" (HELSEHJELP), "Planområde" (Grunnleggende behov), "Tiltak" (Personlig hygiene/stell), "Målsetting" (empty), "Fra dato" (12.07.2019), and "Avslutt dato" (00.00.0000). Below the form is a table with columns: "Målsetting", "Registrert av", "Fra dato", "Avslutt dato", "Red", "Ret". The table contains one row with the value "Lena Nordstrøm" under "Registrert av" and "12.07.2019" under "Fra dato".

<b>Plankategori / Planområde / Tiltak</b>	Feltene fylles ut av Profil
<b>Målsetting</b>	<p>Klikk i feltet og velg forhåndsdefinerte koder fra kodeverk, klikk på koden du ønsker å bruke. Under feltet hvor du finner ferdig definerte koder ser du at en av tekstboksene er grå (du kan ikke skrive i denne). Dette betyr at tekst i denne boksen også hentes fra et kodeverk.</p> <p>Neste tekstboks er hvit og gir deg anledning til å tilpasse målsetting mer til den bruker du arbeider med.</p>
<b>Ansvarlig</b>	Det er mulig å registrere hvem som er ansvarlig for målsettingen.
<b>Fra dato / Avsluttet dato</b>	<p>Fra dato oppdateres av Profil når du oppretter målsetting.</p> <p>Fra dato: 30.06.2009 Avslutt dato: 00.00.0000</p> <p></p> <p>I dag: 01.07.2009</p> <p>Ved å klikke i feltet Avsluttet dato henter du opp en kalender, i denne velger du dato for når du ønsker å avslutte målsettingen.</p>

## 5.9 Ressurs

I Profil kan du registrere brukers ressurser på hvert tiltak. Start med å merke tiltaket du vil registrere brukers ressurser på, velg deretter mappen "Ressurser". Klikk på  (ny rad).




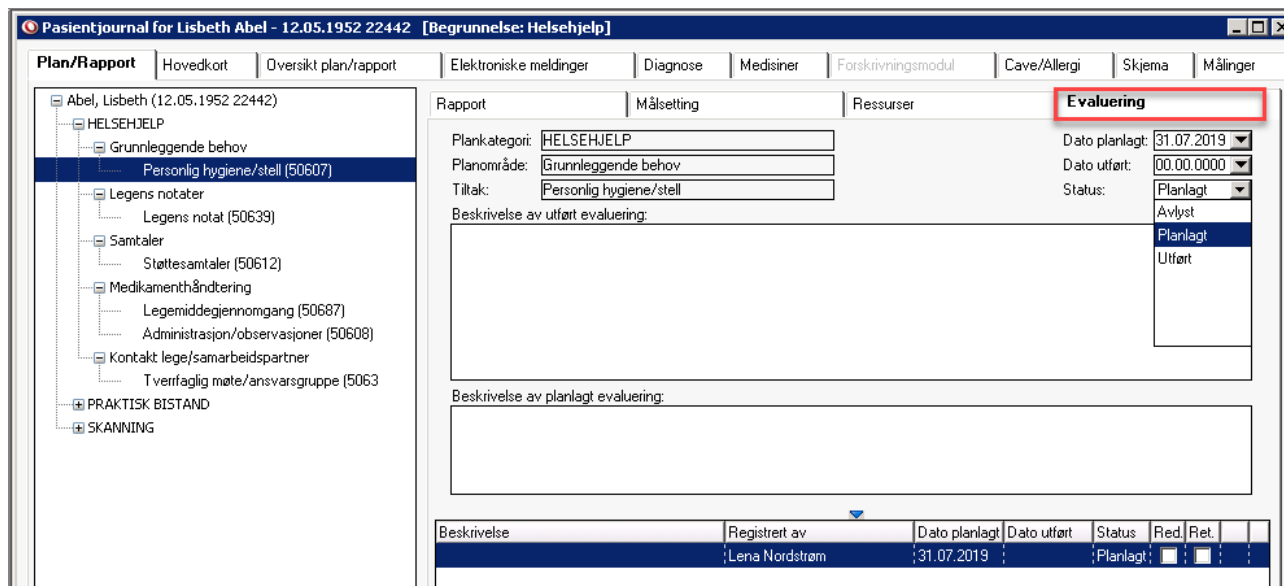
Ressurser	Registrert av	Fra dato	Avslutt dato	Red	Ret
	Lena Nordstrøm	12.07.2019		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


<b>Plankategori / Planområde /Tiltak</b>	Feltene fylles ut av Profil
<b>Ressurser</b>	Tekstboksen er laget for fritekst. Det er ikke noe kodeverk knyttet til denne registreringen. Registrer de ressurser bruker har og som er relevant for dette tiltaket.
<b>Fra dato / Avsluttet dato</b>	<p>Fra dato oppdateres av Profil når du registrerer en ressurs.</p> <p>Dato planlagt: 31.07.2019</p> <p>Dato utført: </p> <p>Status:</p> <p>Ved å klikke i feltet Avsluttet dato henter du opp en kalender, i denne velger du dato for når du ønsker å avslutte ressursen som er registrert på bruker.</p>

## 5.10 Evaluering

I Profil kan du registrere planlagt evaluering av tiltak. Evaluering vil utløse oppdatering eller ingen endring av sykepleiediagnose, mål og tiltak.

Start med å merke tiltaket du vil registrere en dato for planlagt evaluering, velg deretter mappen "Evaluering". Klikk på  (ny rad).



<b>Plankategori / Planområde /Tiltak</b>	Feltene fylles ut av Profil
<b>Dato planlagt / Dato utført</b>	<p>Fra dato oppdateres av Profil når du registrerer en dato du planlegger en evaluering..</p> <p>Dato planlagt: 31.07.2019</p> <p>Dato utført: </p> <p>Status:</p> <p>Ved å klikke i feltet Avsluttet dato henter du opp en kalender, i denne velger du dato for når du har utført en evaluering.</p>
<b>Status</b>	Her kan du angi status for evaluering; "Planlagt", "Avlyst" eller "Utført".
<b>Beskrivelse av utført evaluering</b>	Dersom en evaluering er satt til "Planlagt" vil du ikke ha tilgang til å skrive i dette feltet. Så snart du endrer status til "Utført" vil tekstfeltet åpnes og du kan registrere evalueringen.
<b>Beskrivelse av planlagt evaluering</b>	Feltet er ment brukt i planleggingsfasen før en evaluering. Her kan du angi forskjellige punkt du ønsker å ta opp når dere gjør evalueringen.

### 5.10.1 Rapport evaluering

Du finner rapporter knyttet til evaluering ved å velge fra rullegardinmenyen: *Rapporter -> Fag/Medisin -> Evaluering av tiltak*

**Rapport - Evaluering av tiltak**

Utvalg basert på

Geografi (Distrikt/Sone/Delsone)

Institusjon/Avdeling

Organisatorisk enhet

Distrikt:

Sone:

Delsone:

Periode

Fradato:

Tildato:

Status

Planlagt

Utført

Avlyst

OK Avbryt Hjelp

<b>Utvalg basert på</b>	Merk utvalget du ønsker ved å klikke på rundingen (obs du kan kun velge en av gangen).
<b>Geografi</b>	Dersom du velger geografi, kan du velge distrikt, sone og delsoner
<b>Institusjon/Avdeling</b>	Velg institusjon/avdeling
<b>Fra dato / Til dato</b>	Angi datointervallet du vil kjøre rapporten for, fra og til dato.
<b>Planlagt</b>	Du får da kun se alle evalueringer med status "Planlagt" i gitt periode.
<b>Utført</b>	Du får da kun se alle evalueringer med status "Utført" i gitt periode.
<b>Avlyst</b>	Du får da kun se alle evalueringer med status "Avlyst" i gitt periode.
	Rapporten du kjører viser hvilke brukere det er registrert noe på i forhold til evaluering.

<b>PROFIL</b>		Evaluering av tiltak			Side : 1 av 1
Distrikt: Alle	Sone: Alle	Delsone: Alle	Kl.: 21:09:36	Dato: 10.10.2011	
<b>Løpenr</b>	<b>Navn</b>	<b>Kategori/Område/Tiltak</b>	<b>Status</b>	<b>Planlagt</b>	<b>Utført</b>
34	Olsen, Olga	Sykepleie/Eliminasjon/Stell/Egenomsorg	Planlagt	31.10.2011	

## 5.11 Oversikt Plan / Rapport (mappe)

I Pasientjournalen finner du en egen mappe for å lese rapport. Når du beveger deg i mappen vil du også se at det er filtreringsmuligheter som gjør at du kan velg fra all rapport som er skrevet på en bruker, til å velge å lese rapport for enkelt tiltak.

### Filtreringsmulighetene - utvalgsmuligheter

<b>Merk brukerens navn</b>	Du får se alle rapporter som er skrevet på brukeren i det tidsutvalg som er angitt
<b>Merk en plankategori</b>	Du avgrensner nå oversikten til å gjelde kun de rapporter som er skrevet på valgt plankategori med alle planområder og tiltak i det tidsutvalg som er angitt
<b>Merk et planområde</b>	Du avgrensner nå oversikten til å gjelde kun rapporter skrevet på et planområde og tiltakene under dette, i det tidsutvalg som er angitt
<b>Merk et tiltak</b>	Du avgrensner nå oversikten til å gjelde kun rapporter skrevet på et tiltak.

### Filtreringsmulighetene - status/ tidsrom

<b>Siste timer</b>	Angi et tall, og du får se det antall rapporter som er skrevet i løpet av disse timene
<b>Siste døgn</b>	Viser alle rapporter som er skrevet siste døgn, basert på filtrering i trestrukturen
<b>Siste 7 døgn</b>	Viser alle rapporter som er skrevet siste 7 døgn, basert på filtrering i trestrukturen
<b>Siste måned</b>	Viser alle rapporter som er skrevet siste måned, basert på filtrering i trestrukturen
<b>Selvvalgt</b>	Viser alle rapporter som er skrevet i en valgt periode, basert på filtrering i trestrukturen
<b>Status</b>	<b>Alle, Bedre, Forverret osv.</b> Viser kun rapport med valgt status, basert på filtrering i trestrukturen
<b>Prioritet</b>	Viser kun rapport med prioritet, basert på filtrering i trestrukturen
<b>Avvik</b>	Viser kun Avvikene eller Rapportene eller Alt, basert på filtrering i trestrukturen.

## 5.12 Oversikt Plan / Rapport samlet

Denne oversikten gir deg alle rapporter som er skrevet på de brukere du har hentet inn i Plan /Rapport når du valgte brukere under Utvalg Plan/Rapport.

Valget du gjør i dette bildet er base for hvilke brukere du vil se i din rapportoversikt når du velger fra menyen; *Fag – Oversikt Plan / Rapport*

<b>Siste timer</b>	Angi et tall, og du får se det antall rapporter som er skrevet i løpet av disse timene
<b>Siste døgn</b>	Viser alle rapporter som er skrevet siste døgn.
<b>Siste 7 døgn</b>	Viser alle rapporter som er skrevet siste 7 døgn.
<b>Siste måned</b>	Viser alle rapporter som er skrevet siste måned.
<b>Selvvalgt</b>	Viser alle rapporter som er skrevet i en valgt periode.
<b>Kategori</b>	Avgrens oversikten til å gjelde kun en enkelt kategori
<b>Status</b>	Alle, Bedre, Forverret, osv. Viser kun rapport med valgt status.
<b>Prioritet</b>	Viser kun rapport med prioritet.
<b>Avvik</b>	Viser kun <b>Avvikene</b> eller <b>Rapportene</b> eller Alt.

Fra versjon 8.40 vil løpenummeret til brukeren bli tatt med foran navnet i rapporten oversikt plan/rapport.

### 5.12.1 Vaktskifterapport

Trykker man på skriverikonet når man har oppe dette bildet, får man opp en rapport som tar med seg alle rapportene som er framme i dette bildet. For eksempel alle rapportene skrevet siste 8 timer. Denne kan benyttes i rapport til neste vakt. Noen leger velger å benytte denne til å ta ut det de har skrevet under plankategori Lege denne dagen.

<b>PROFIL</b>	Side : 1 av 1
<b>Vaktskifte</b>	Kl.: 10:55:41
Rapport kjørt av: ELIH - Eli Lekang	Dato: 15.01.2016
<b>Periode:</b> Siste måned: 01.12.2015 - 15.01.2016	<b>Prioritet:</b> Alle
<b>Status:</b> Alle	<b>Avvik:</b> Alle
<b>Kategori:</b> Alle	
<b>Bruker:</b> Bjordal, Sandra Brit	<b>Avvik:</b> Nei
<b>Tiltak:</b> Lege / Legenotat / Konsultasjon	<b>Vakt:</b>
	<b>Skrevet av:</b> Elise Hansen (07.12.2015 11:05)
Rapport :	
Henv.: Til:	
<b>Bruker:</b> Olssen, Per	<b>Avvik:</b> Nei
<b>Tiltak:</b> Hjemmeboende dokumentasjon / Toalett / STOMI	<b>Vakt:</b> Dag
	<b>Skrevet av:</b> Eli Lekang (02.12.2015 20:24)
Rapport : Platen som var skiftet tidligere i dag, var løsnet. Stelle etter prosedure, og satte på ny plate, og ren pose.	

### 5.13 Utskrift Plan / Rapport

Utskrift Plan / Rapport gir deg muligheten til å redigere sammen en rapport per bruker med de elementene du selv ønsker å få med. Du finner rapporter knyttet til evaluering ved å velge fra rullegardinmenyen; *Fag -> Utskrift Plan / Rapport* (du kan også bruke høyre museknapp på brukers navn).

<input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Sykepleie <input type="checkbox"/> Lege	Ta med alle tiltak: <input type="checkbox"/> Ta med avsluttede tiltak: <input type="checkbox"/> Fra dato: 00.00.0000 Til dato: 00.00.0000 Innhold i rapporten Hovedmåletrninger <input type="checkbox"/> Sammenfatninger <input type="checkbox"/> Rapporter <input type="checkbox"/> Kvittering <input checked="" type="checkbox"/> Måletrninger <input type="checkbox"/> Ressurser <input type="checkbox"/> Evalueringer <input type="checkbox"/> Vis forfatter <input type="checkbox"/> Skjul historisk beskrivelse <input type="checkbox"/>
---	---

<b>Ta med alle tiltak</b>	Tar med alle aktive tiltak i utskriften
<b>Ta med avsluttede tiltak</b>	Tar også med avsluttede tiltak i utskriften
<b>Fra dato</b>	Angi fra dato utskriften skal gjelde for
<b>Til dato</b>	Angi til dato utskriften skal gjelde for
<b>Innhold rapporten</b>	Velg hva du vil ha med i utskriften
<b>Vis forfatter</b>	Tar med hvem som er forfatter av rapporten
<b>Skjul historisk beskrivelse</b>	Tar kun med nåværende beskrivelse av tiltak

Eksempel på en slik rapport:

<b>PROFIL</b>	<b>Plan/Rapport</b>		Side : 1 av 4
<b>Kjørt av:</b> Eli Lekang			Kl.: 11:00:08 Dato: 15.01.2016
<b>Navn:</b> Olga Olsen	<b>Fødselsdato:</b> 02.03.1932	<b>Personnr.:</b> 12200	
<b>Adresse:</b> Økervn 4 ASKER	<b>Periode:</b> 00.00.0000 - 00.00.0000		
<b>Plankategori:</b>	Tverrfaglig dokumentasjon		
<b>Område:</b>	RESSURS		
<b>Tiltak:</b>	Tiltak	22.08.2012 - 00.00.0000	Skrevet av: Eli Lekang
<b>Ressursdiagnoser:</b> Fokusere på og støtte pasientens egne ressurser og styrker.			
Habilitering (dyktiggjøre, gi muligheter)			
Rehabilitering (gjenopprette, sette i stand til)			
Tiltaksbeskrivelse: 22.08.2012 - 00.00.0000      Prosedyre:			
Støtte og tilrettelegge for å opprettholde og styrke kommunikasjon og samholdet (relasjonsstyrken) mellom Olga og søsteren :			
Spise måltider sammen			
Bevisst på hverandres styrker og ønsker			
Avklare hjelpebehov for forflytting mellom seng og stol.			
Støtte og oppmuntre til kognitiv aktivitet:			
Kryssord			
Andre aktiviteter ?			



## 6.0 Hovedkort

Hovedkortet til bruker finner du i "Pasientjournalen" ved å klikke på skillekortet "Hovedkort".

**Pasientjournal for Lisbeth Abel - 12.05.1952 22442 [Begrunnelse: Helsehjelp]**

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

Abel, Lisbeth (12.05.1952 22442)

HELSEHJELP

- Grunnleggende behov
  - Personlig hygiene/stell (50607)
- Legens notater
  - Legens notat (50639)
- Samtaler
  - Støttesamtaler (50612)
- Medikamenthåndtering
  - Legemiddegjennomgang (50687)
  - Administrasjon/observasjoner (50608)
- Kontakt lege/samarbeidspartner
  - Tverrfaglig møte/ansvarsgruppe (5063)
- PRAKTISK BISTAND
- SKANNING

Personalia

Navn: Lisbeth Abel

Fødselsnr.: 12.05.1952 22442 Løpenr.: 254

Alder: 67 Kjønn: Kvinne

Adresse: Blåveisåsen 12

Poststed: 1675 KRÅKERØY

Tlf. hjem: 100 Tlf. arbeid: 101

Tlf. mobil: 40205697

Journalansvarlig: **Knut-Henning Øvemo**

Utvalg

Alle kontakter:

Diagnoser:

Medisiner:

Caver:

Sammenfatninger:

Tjenester:

Individuell plan:

Ingen cave

Sammenfatning

Skriv ut

**Hovedforbindelser**

Rolle	Navn	Telefon privat	Telefon mobil	Telefon arbeid
Nærmeste pårørende	Adrian Aabel	97053321	97053321	97053321
Fastlege	Inger Psa Ivarsen			69342021

**Individuell plan**

Individuell plan: Ikke relevant

Koordinator oppevnt: Ikke relevant

Ansv. koordinator (int.):

Ansv. koordinator (ekst.):

**Diagnoser**

Diagnosekode	Diagnose	Underterm	Kodeverk	Kronisk
K78	Atrieflimmer/flutter	Atrieflimmer		<input type="checkbox"/>
P76	Depressiv lidelse	Depresjon moderat tilbakevendende		<input type="checkbox"/>

**Medisiner**

Registrert men ikke kontrollert. Seponert men ikke kontrollert. Medisinering starter frem i tid.

Alle kategorier Vis historikk Flytt rad Kvitter utf.

Hovedkortet gir en oversikt over informasjon knyttet til bruker. Kortet viser:

- Navn
- Fødselsnummer
- Adresse
- Postnummer / Sted
- Telefon hjem, arbeid og mobil (til bruker)
- Fritekstfeltene:
  - Tidligere sykdommer
  - Sosiale forhold
  - OBS
- Journalansvarlig (navn)
- Cave
- Forbindelser:
  - Nærmeste pårørende med telefon
  - Primær- og sekundærkontakt med telefon
  - Fastlege med telefon
  - Hjelpeverge (dersom bruker har dette) med telefon
- Medisiner
  - de brukeren står på
  - seponerte men ikke signerte (ikon for manglende signering)
  - medikamenter frem i tid.
- Diagnoser

## Helsehjelpsdokumentasjon

- Tjenester (kun de tjenester bruker mottar fra hjemmetjenesten).
- Individuell plan – informasjon som er fylt ut i Brukerkortet vil vises i Hovedkortet.

Hovedkortet kan skrives ut ved å klikke på knappen: **Skriv ut.**

## 7.0 Elektroniske meldinger

Elektroniske meldinger kan leses og behandles fra Pasientjournalen. Se [eget kurshefte](#) for dette.

Under skillekortet ”Elektroniske meldinger” vil man finne alle meldinger som er mottatt og sendt i forhold til bruker.

Dato	Meldingstype	Avsender	Inn/Ut	Beh. status	Kv.
21.05.2015 14:17	Innleggelsesrapport	Saksbehandler pleie og omsorg rehab (Eli Lekang)	Ut	Ferdig behandlet	
25.09.2014 09:25	Svar på forespørsel	Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg (Eli Lekang)	Ut	Ferdig behandlet	
02.04.2014 13:27	Forespørsel	Sykepleietjenesten, pleie- og omsorg (Knut-Harald)	Inn	Ferdig behandlet	
20.03.2014 13:33	Forespørsel	Sykepleietjenesten, pleie- og omsorg (Knut-Harald)	Inn	Ferdig behandlet	

Øverst i bildet kan du filtrere hva du vil se i meldingsmappen:

- Vis mottatt – viser kun meldinger med meldingsstatus mottatt
- Vis sendt – viser kun meldinger med meldingsstatus sendt
- Vis kvittering - viser kun kvitteringsmeldinger
- Skjul avsluttede – viser ikke meldinger som er avsluttet/ferdigbehandlet/journalført
- Feltet til høyre viser status for meldingen som er merket – vist i eksemplet: *Mangler kvittering.*

Nederst i bildet finnes tre knapper:

Vis dialog

Henter opp dialogboksen fra Innboks, herfra kan du klikke deg videre inn i meldingen og lese denne.

Vis melding

Henter opp meldingen direkte i bildet du står i.

Åpne melding

Åpner meldingen med hode slik at du kan saksbehandle meldingen ferdig. Du kan også lese meldingen her.

Alle rapporter vedrørende elektroniske meldinger er samlet under menyvalg i rapportmenyen.


## 8.0 Diagnoser

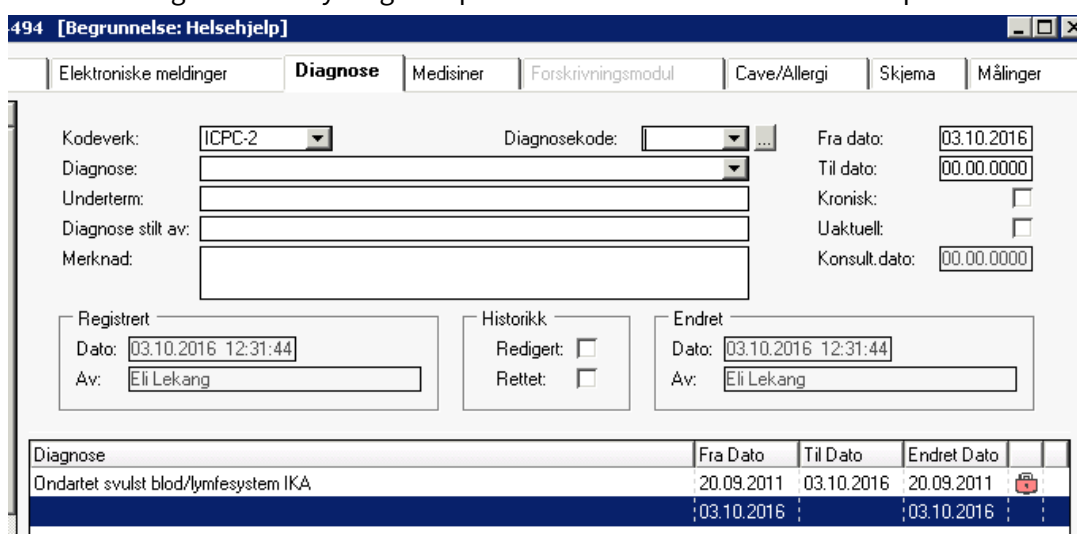
Diagnoser kan registreres fra Pasientjournalen.

Diagnosebildet i Profil er laget med basis i ICPC-2 standard, det er også dette kodeverket som benyttes når man skal registrere nye diagnoser på en bruker.

Har man lastet ned og importert kodeverk for ICD-10 kan disse også benyttes. Du vil nå ha et nedtrekkfelt i alle diagnoserelaterte bilder der du velger hvilket kodeverk du skal hente diagnose fra.

Det kan anbefales kommunene å laste ned søkemotor for ICPC-2 fra KITH sine hjemmesider ([www.kith.no](http://www.kith.no)), denne søkemotoren kan integreres med Profil og vil gjøre et hvert oppslag mot eventuelle diagnoser enklere.

Når du skal registrere en ny diagnose på en bruker starter du med å klikke på 

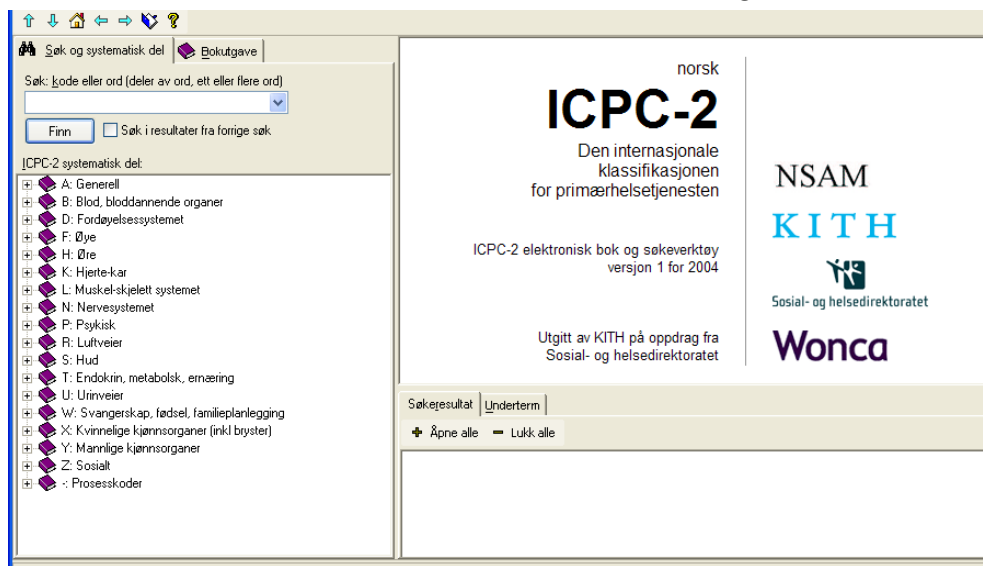


Diagnose	Fra Dato	Til Dato	Endret Dato
Ondartet svulst blod/lymfesystem IKA	20.09.2011	03.10.2016	20.09.2011
	03.10.2016		03.10.2016

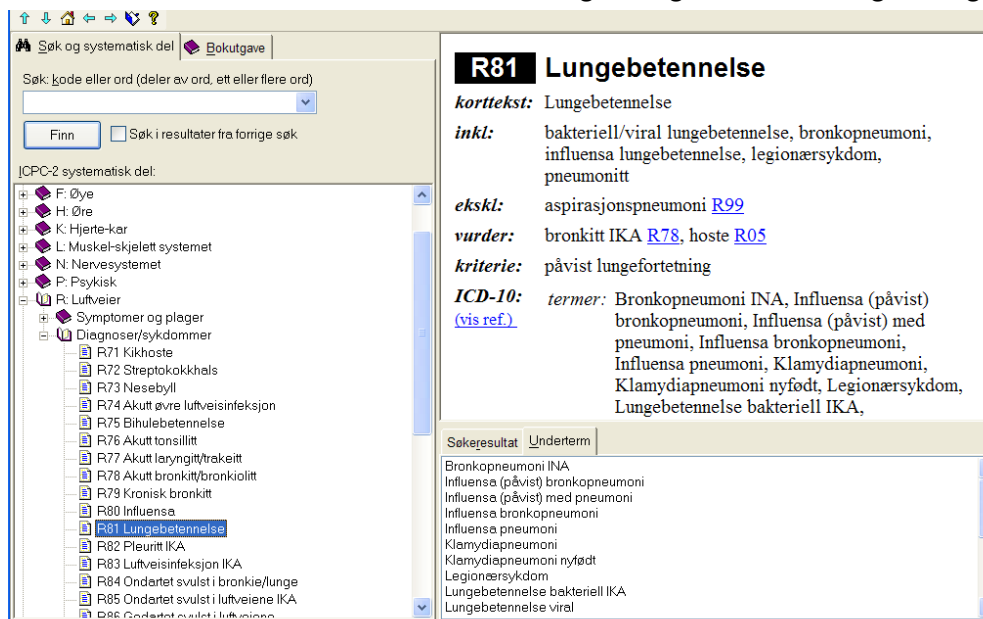
<b>Diagnosekode</b>	Angi hvilket kodeverk du vil benytte, ICPC-2 eller ICD-10.
<b>Diagnosekode - søk</b>	Angi diagnosekode du vil bruke. Til høyre for feltet finner du en striplet firkant, dersom du har installert KITH sin søkemotor for ICPC-2, kan du klikke på denne og hente opp søkemotoren.
<b>Diagnose /Underterm</b>	Ved bruk av KITH søkemotor, fylles disse ut av programmene.
<b>Diagnose stilt av</b>	Navn til pålogget registrator vises automatisk om vedkommende er lege. Navnet kan overstyres, F5-tasten åpner forbindelsesregisteret hvor du kan registrere nye leger eller søke frem allerede registrerte leger.
<b>Merknad</b>	Fritekstfelt hvor du kan registrere eventuelle merknader i forhold til registrert diagnose.
<b>Registrert</b>	Feltet viser pålogget operatør sitt navn, kan ikke overstyres.
<b>Historikk</b>	Dersom journalansvarlig har endret/korrigert registreringen vil det settes haker i boksene. Høyere musknapp åpner menyvalg som gir deg anledning til å se opprinnelig versjon av registreringen.
<b>Endret</b>	Dersom registreringen er endret (registrator innen en begrenset tidsperiode) eller journalansvarlig, vil navnet til den som endret registreringen vises i dette feltet.
<b>Kronisk</b>	Hak av dersom diagnosen representerer en kronisk tilstand.

<b>Fra dato / Til dato</b>	Angi dato registrert diagnose gjerder fra. Dagens dato fylles inn automatisk. Dersom en diagnose er satt som uaktuell, settes dato til dato automatisk.
<b>Uaktuell</b>	Kan benyttes for å sette en diagnose som ikke lengre aktiv.
<b>Konsultasjons dato</b>	Dersom diagnosen er hentet fra en konsultasjon, vil dato feltet være utfyllt

Har man installert KITH`s søkemotor kan man søke etter diagnoser, undertermer, ICD 10 koblinger, etc.



Du kan bruke trestrukturen til venstre for å navigere deg frem til rett diagnose og underterm.



Dobbeltklikk på ønsket diagnose og denne hentes inn i Profil sitt registreringsbilde. Som du kan se av bildet finnes det en Crossmapping til ICD-10 som er spesialisthelsetjenestens diagnosekodeverktøy.

## 9.0 Medisiner

Brukers medisinkort finner du under skillekortet "Medisiner". Kortet viser de medisiner som er i bruk, det vil si at seponerte medisiner ikke vises i normal visning.

Se eget kurshefte *Medikamenthåndtering i Profil for dette*.

Pasientjournal for Mathilde Beate Hansen - 30.05.1933 27458 [Begrunnelse: Helsehjelp]

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

Hansen, Mathilde Beate (30.05.1933 27458)

Preparatopplysninger (FEST Ver. 1.6 / Egen registret)

Preparat: Furix [E03CA01] [Syn]

Forordning: Fast Adm. vei: Ukjent

Form: Tablett Styrke: 40,000 MG

Kategori: Standard Reseptgr: C-Preparat

Doseringsstype: Standard [Cave med ATC-nr.]

Fast

Frå dato: 19.12.2014

Dosering / Første dose

Morgen: 1,00

Middag: 0,00

Aften: 0,00

Natt: 0,00

Dosering pr. døgn

Maxdose: 40,000

Døgn: 40,000

MG

Dssn - opplysninger

Gruppe: STD Dosett:

Kode: 1x1 Avansert Multidose:

Dssn: 1 Furix morgen

Anvend: Mot ødemer

Ord. lege/revurdert

Ord. lege: Hansen, Elise

Revurder:  Revurderingsdato: 00.00.0000

Registrert/kontrollert

Registrert: ELIH - 19.12.2014 10:11:12

Kontrollert:  ELIH - 19.12.2014

Historikk

Redigert:

Rettet:

Sep | Preparat | Forordning | Form | Styrke | Enhet | Doseringstype

<input checked="" type="checkbox"/>	Furix	Fast	Tablett	40,000	MG	Standard
<input type="checkbox"/>	Doxilin	Kur	Tablett	100,000	mg	Standard
<input type="checkbox"/>	Marevan	Fast	Tablett	2,500	mg	AK-journal
<input type="checkbox"/>	Zoloft	Fast	Tablett	50,000	mg	Standard
<input type="checkbox"/>	Prednisolon	Fast	Tablett	5,000	mg	Standard
<input type="checkbox"/>	Bactrim	Fast	Tablett			Standard

Alle kategorier | Vis historikk | Flytt rad | Kvitter utf.

Felleskatalogen | Skjemadosering | AK-journal | Seponer og kopi | Seponer medisin | Vis seponert

Vis eksportert | Eksporter Medisiner og Cave til FM

## 10.0 Cave / Allergi

Registrering av cave og allergi i Profil har et eget skillekort i Pasientjournalen. Man kan registrere forskjellige typer av cave og allergi:

- Ta hensyn ved medisinforordning
- Ta hensyn i forbindelse med mat og drikk
- Kontaktallergi
- Pollen allergi
- Insektstikk eller lignende

Sett inn ny rad.

Hak av for «Ta hensyn ved medisinforordning» om det er CAVE, eller andre steder hvis det er annen type allergi.

Er det satt en hake for «Ta hensyn ved medisinforordning», vil det komme et varsel om at det er registrert reaksjon på aktuelt ATC-nr hvis man forsøker å registrere medikamentet på bruker

## 11.0 Skjema

Skjema i Profil er laget for at du skal kunne arbeide med forhåndslagede dokumenter, for eksempel ernæringsjournal, dusjliste etc. I motsetning til dokumentasjon i Plan / Rapport som låses etter en fast bestemt tid, kan du selv styre låsing av skjema du redigerer i Profil. Visma anbefaler at flest mulig skjema som angår f.eks årskontroll medisiner, ernæringskartlegging o.l legges som vedlegg til Plan/Rapport for at samarbeidende helsepersonell skal kunne se dokumentasjonen.

Når du skal lage for eksempel en søknad om hjelpemiddel i Profil velger du skillekortet "Skjema" og sett inn ny rad.

Dato	Låst dato	Emne	Red	Ret
31.01.2012		Ernæringsjournal		
09.03.2010		Dusjliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06.10.2009		IP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09.09.2009		Søknad om hjelpemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.06.2009		Kostregistrering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.05.2009		Kartleggingskjema ergoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.05.2009		Kartleggingskjema, fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.05.2009		1.gangssamtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Dato</b>	Dato settes til dagens dato av Profil når du trykker på "Ny rad".
<b>Låst dato</b>	Dato for når du er ferdig med skjema setter du selv. Tiden for låsing av dokumentet vil starte når du setter dato i dette feltet.
<b>Emne</b>	Angi hva skjema dreier seg om.
<b>Plankategori</b>	Angi plankategori, dette vil begrense innsyn i skjema du lager.
<b>Planområde</b>	Angi planområde.
<b>Sendt til</b>	Du kan registrere navn og adresse til den du eventuelt sender skjema til.
<b>Aktuell situasjon</b>	Fritekstfelt som tidligere var nødvendig for å bruke skjema.
<b>Problemstilling</b>	Fritekstfelt som tidligere var nødvendig for å bruke skjema.
<b>Registrert, dato og operatør</b>	Profil setter automatisk dato, klokkeslett og navn til pålogget operatør.
<b>Redigert / Rettet</b>	Dersom registrator eller journalansvarlig redigerer eller retter etter at "Låst dato" er angitt, vil det etter EPJ standarden settes hake i aktuelt felt.



**Endret, dato og operatør**

Profil setter automatisk dato, klokkeslett og navn til pålogget operatør som redigerer eller retter i skjema.

Når du har fylt ut feltene i skjermbildet, klikker du på blyanten i verktøylinjen for å finne malen du ønsker å bruke. Når du klikker blir du bedt om å lagre, bekreft og du vil kunne velge den malen du ønsker å bruke.

Type	Beskrivelse
IP	Individuell Plan
N-RTV	Søknad hjelpemidler
BLANK	Blank mal
FY_US_VU	Fysio. undersøkelse/vurdering
TTVM	Skjema tvang og makt
ERNÆRING	Ernæringsplan
NAVTHJ	Søknad om tekniskehjelpemidler
TVM1	EKS Mal
TEST	TEst
MMS	MMS

Marker malen og klikk på ok.

Visma kommune  
Pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten

Navn: Mathilde Beate Hansen  
Født: 300533 27458

### Ernæringsjournal

1. gangs registrering	2. gangs registrering	3. gangs registrering
Dato: _____	Dato: _____	Dato: _____
<b>1. Høyde</b>		
målt liggende målt stående _____ m	målt liggende målt stående _____ m	målt liggende målt stående _____ m
<b>2. Vekt og vektutvikling</b>		
• Tidligere vekt: _____ kg mnd/år: _____ • Vekt ved innleggelse: _____ kg dato: _____ • Vekt ved registrering: _____ kg dato: _____	• Tidligere vekt: _____ kg mnd/år: _____ • Vekt ved innleggelse: _____ kg dato: _____ • Vekt ved registrering: _____ kg dato: _____	• Tidligere vekt: _____ kg mnd/år: _____ • Vekt ved innleggelse: _____ kg dato: _____ • Vekt ved registrering: _____ kg dato: _____
• Vekttap/vektøkning _____ kg % overantall mnd/år: _____	• Vekttap/vektøkning _____ kg % overantall mnd/år: _____	• Vekttap/vektøkning _____ kg % overantall mnd/år: _____
<small>(se nærmere veiledning nederst) Vekt skal videre kontrolleres 1 gult i sykehus og 1 grønt i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer i dårlig ernæringsstatus skal veies 1 uke.</small>		
<b>3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)</b> _____ <small>(se veiledning for utregning nederst)</small>	<b>3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)</b> _____ <small>(se veiledning for utregning nederst)</small>	<b>3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)</b> _____ <small>(se veiledning for utregning nederst)</small>

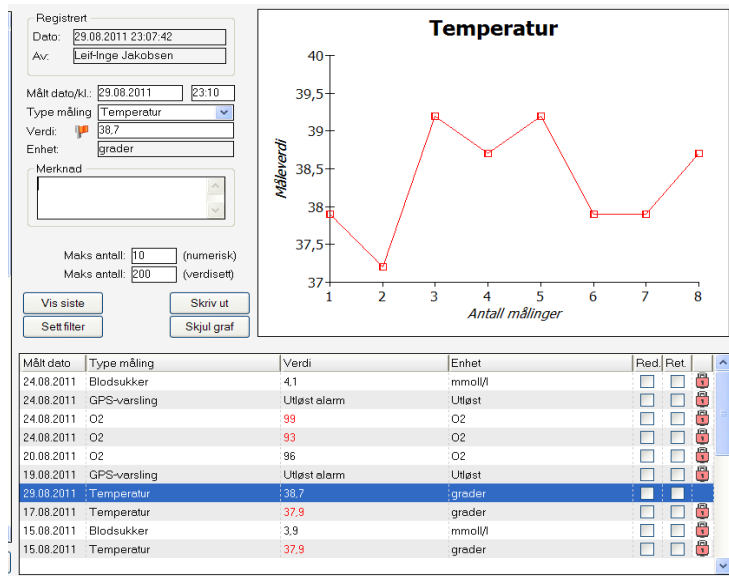
Dokumentet er klart til bruk, fyll ut trykk lagre og lukk, du kommer tilbake til Profil. Du kan redigere videre i dokumentet etter at det er opprettet. Neste gang du trykker på blyanten vil du komme direkte inn i dokumentet.

## 12.0 Målinger

Målinger finnes i Pasientjournal, skillekort Målinger, og som en del av Konsultasjonsbildet. Funksjonen Målinger dekker enkel kurvefunksjonalitet for lokal målinger ved registrering av Temperatur, Puls, Drikkemengde osv.

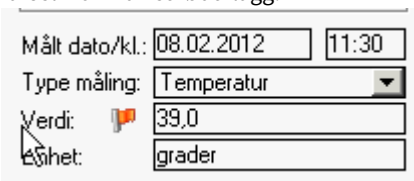
En bruker kan ha 0 til flere målinger i pasientjournalen.

Hvilke type målinger som kan registreres defineres i kodeverket i Profil, som leveres med et sett av koder som kan benyttes. Kommunen kan fjerne og legge til nye selv.



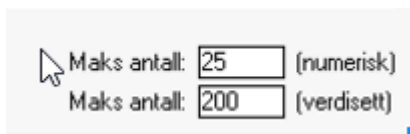
### 12.1 Registrere målinger

Sett inn ny rad for å registrere en måling.

<b>Målt dato/kl.:</b>	Angi dato og klokkeslett for måling
<b>Type måling:</b>	Velg fra dropdown aktuell måling
<b>Verdi:</b>	Angi verdi for måling. NB! Dersom verdien er utenfor referanseverdi satt i kodeverk, gis et varsel i form av et rødt flagg. 
<b>Enhet:</b>	(hentes fra kodeverket)
<b>Merknad:</b>	Angi evt. en merknad for registreringen. Journalføring registreres i Plan/Rapport.

### 12.2 Maks antall

Feltene i bildet under styrer hvor mange målinger som vises i grafen.



Dersom man står på en temperaturmåling, så vil som vist i bildet kun de siste 25 målingene vises i grafen.

Tilsvarende for målinger hvor målingen er en verdi i et verdisett. Som vist i bildet vil de 200 siste bli med i histogrammet.

### 12.3 Vis siste

Ved å klikke på «Vis siste», får man i bildet siste måling på alle målingstyper. For å avslutte filtrering må det klikkes på skjul siste.


### 12.4 Sett filter

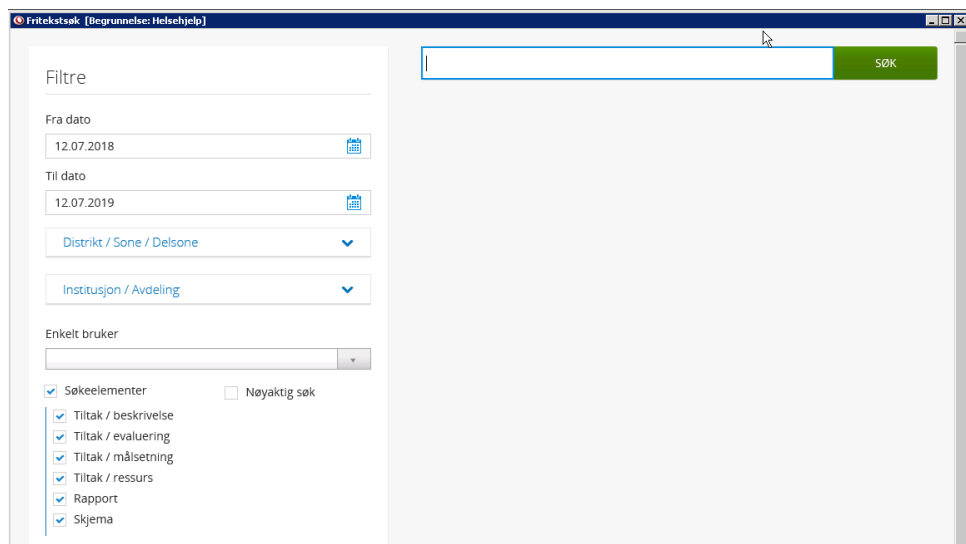
Filtrerer på ulike målinger. I ufiltrert visning må ønsket måling merkes for å sette filter. For å avslutte filtrering må det klikkes på fjern filter.

## 13.0 Fritekstsøk i journal

Funksjonen for fritekstsøk gir deg mulighet til å søke i ord og beskrivelser som er skrevet i Plan/rapport i Profil. Denne funksjonen er pr i dag bare tilgjengelig for kommuner som kjører Profil på MS-SQL-base.

Du må være autorisert for søkefunksjoner for å kunne bruke dette bildet i Profil. Det er logging i dette bildet, slik at det blir logget som tilgang til pasientjournal for de resultatene du får opp på listen din.

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



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

- Du kan søke i journalene for mange brukere, eller enkeltbrukere.
- Du kan velge en datoperiode.
- Du velger hvilke fritekst-elementer i journalen du ønsker å søke i.








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

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

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

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

Nederst i bildet ser du hvor mange treff du har.

dusj		SØK
<b>Søkte etter:</b> dusj		
Dato: 20.06.2019 Type: Tiltak / beskrivelse	LNr: 46 Bjarne Trulsen	F: 09.11.1949
▼		
Dato: 20.06.2019 Type: Rapport	LNr: 230 Thomas Myren	F: 23.05.1962
▼		
Dato: 20.06.2019 Type: Tiltak / beskrivelse	LNr: 74 Johan Bauer	F: 12.01.1932
▼		
Dato: 28.05.2019 Type: Tiltak / beskrivelse	LNr: 260 Gerd Johanson	F: 23.09.1949
▼		
Dato: 14.05.2019 Type: Tiltak / beskrivelse	LNr: 130 Finn Halvorsen	F: 20.02.1942
▼		
Dato: 09.05.2019 Type: Rapport	LNr: 207 Stine Monika Dostal	F: 14.09.1990
▼		
Dato: 09.05.2019 Type: Rapport	LNr: 243 Finn Antonsen	F: 22.07.1965
▼		

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

Pasientjournal for Stine Monika Dostal - 14.09.1990 00415 [Begrunnelse: Helsehjelp]

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

Dostal, Stine Monika (14.09.1990 00415)

- HELSEHJELP
  - Grunnleggende behov
    - Personlig hygiene/stell (50504)
  - Prosedyrer
    - Smitteregime (50606)
  - KONSULTASJON

**Rapport** | Måling | Resurser | Evaluering

Plankategori: HELSEHJELP    Ansatt: Gunn Læg Reid Haldorsen    Sykepleier off. godkjent

Planområde: Grunnleggende behov    Avvik:     Tiltaksbeskrivelse

Tiltak: Personlig hygiene/stell    Bilde:

Rapportdato: 09.05.2019    Endre tiltak:     Vakt: Dagvakt

Kons. dato: 00.00.0000    Prioritet:     Status: Uendret

Rapport:  
Fikk hjelp til dusj i kveld, følte seg svimmel og uvel. Ørket ikke hårvask.

Oppløsing:

Dato	Vakt	Status	Endre tiltak	Prio.	Registrert av	Utdannelse	Avvik	Red.	Ret.
09.05.2019	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier off. godkjent	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.01.2019	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.01.2019	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.01.2019	Altenvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.01.2019	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.12.2018	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.11.2018	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.10.2018	Dagvakt	Uendret	<input type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09.10.2018	Dagvakt	Uendret	<input checked="" type="checkbox"/>		Gunn Læg Reid Haldorsen	Sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle kategorier | Vis historikk | Flytt rad | Kvitter utf.

## Helsehjelpsdokumentasjon

Dato: 20.06.2019 Type: Tiltak / beskrivelse	LNr: 46 Bjarne Trulsen	F: 09.11.1949		
Dato: 20.06.2019 Type: Rapport	LNr: 230 Thomas Myren	F: 23.05.1962		
Hjelp til <b>dus</b> , fotstell. Har en inngrodd storetå negl på venstre fot, bestiller time hos fotpleier til uken.				

Klikker du på pila i resultatlisten ser du at resultatet er markert med gult

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

### Filtre

Distrikt / Sone / Delsone 

Institusjon / Avdeling 

Bruker ID

Fra dato   Slutt dato  

Søke elementer  Nøyaktig Søk

Tiltak beskrivelse

### Frokost

SØK

Søkte etter: Frokost

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

## 14.0 Strukturert søk i journal

Strukturert søk søker også i pasientjournalen, men mot koder som er brukt i mappene for diagnose, cave, testkoder fra labark, medisiner og tiltaksbeskrivelse.

Alle feltene er intelligente søkefelt slik at når du begynner å skrive så fylles resten ut automatisk. Du søker mot kodeverk som finnes i Profil

Strukturert søk [Begrunnelse: Helsehjelp]

Strukturert Søk

Distrikt / Sone / Delsone

Institusjon / Avdeling

Diagnose

Cave

Navn på LabTest

Preparat

Tiltak

Inkluder ikke aktive brukere

SØK

Navn på LabTest

he|

- aB-Deoksyhemoglobin (NPU08753)
- Amv-Hemoglobin (NOR35002)
- Asc-Hemoglobin (NOR25796)
- BAL-Hemoglobin (NOR35003)
- B-Class switched (CD27+IgD-IgM)
- B-celler % (NOR25888)
- B-Class switched non-memory (CD27-IgD-) B-celler % (NOR25902)

Trykk «Søk» når du har angitt søkekriteriene dine.

Resultatlisten ligner på resultat-listen fra fritekst-søk. Den viser element-type, pasient navn, løpenummer og fødselsdato, og en link til pasientjournalen.

Du kan åpne journalen fra denne listen. For å åpne og se på labarket til den aktuelle pasienten må du pr i dag først åpne pasientjournalen, og så åpne labarket.

# Helsehjelpsdokumentasjon

Typen: Labark	LNr: 174 Andine And	F: 07.01.1999	
Typen: Labark	LNr: 154 Bente Bjolle	F: 15.03.1938	
Typen: Labark	LNr: 266 Dina Demo	F: 05.11.1967	
Typen: Labark	LNr: 90 Gry Telokk	F: 12.05.1979	
Typen: Labark	LNr: 41 Gunnhild Petra Grøt	F: 02.02.1924	
Typen: Labark	LNr: 157 Jul Vandelbom	F: 19.01.1933	
Typen: Labark	LNr: 1 Kai Olsen	F: 21.01.1943	
Typen: Labark	LNr: 199 Kith Testbruker	F: 05.07.1937	
Typen: Labark	LNr: 40 Knut von Brakestadm	F: 11.06.1989	
Typen: Labark	LNr: 102 Linda Danser	F: 13.11.1968	
Typen: Labark	LNr: 91 Line Danser	F: 13.11.1969	

Forrige 1 2 Neste

(21 resultater)

Laboratorieark for Andine And - 07.01.1999 99999 [Begrunnelse: Helsehjelp]

Nytt testresultat

Startdato: dd.MM.yyyy Slutt dato: dd.MM.yyyy Hent

	Testnavn	Referanseområde	Siste	Siste dato	28.01.2015
	B-Hemoglobin		11,80	28.01.2015	<u>11,80</u>

**B-Hemoglobin**

Andine And (B: 07.01.1999)

Test verdi

28.01.2015



## 14.1 Kombinere flere søkelementer

**Distrikt / Sone / Delsone** ^

**Distrikt**

Sentrum x Innersida x Utsida x

**Sone**

Velg Sone

**Delsone**

Velg Delsone

---

**Institusjon / Avdeling** v

**Diagnose**

A03 Feber x v

**Cave**

**Testnavn**









NOR05172 B-Hemoglobin x v

**Preparat**

**Tiltak**

**SØK**

Det er mulig å kombinere søk i dette bildet. Du søker da på både «og» og «eller», slik at hvis du registrerer to ulike koder får du en liste som øverst viser eventuelle pasientjournaler der begge begreper finnes, så etter hvert journaler med bare ett av elementene.

<b>Typen:</b> Diagnose	<b>LNr:</b> 37 Per Moltebakk Nilsen	<b>F:</b> 19.02.1933	
<b>Typen:</b> Diagnose	<b>LNr:</b> 84 Petter Jungel	<b>F:</b> 20.09.1937	
<b>Typen:</b> Diagnose	<b>LNr:</b> 376 Ronalds Bruker 1 Olsen	<b>F:</b> 12.12.1929	
<b>Typen:</b> Labark	<b>LNr:</b> 164 Albert Frankenstein	<b>F:</b> 19.02.1981	
<b>Typen:</b> Labark	<b>LNr:</b> 39 Albert Loke	<b>F:</b> 07.11.1934	
<b>Typen:</b> Labark	<b>LNr:</b> 209 Albert Medisin	<b>F:</b> 19.02.1922	
<b>Typen:</b> Labark	<b>LNr:</b> 105 Alle Sammen	<b>F:</b> 12.01.1922	
<b>Typen:</b> Labark	<b>LNr:</b> 174 Andine And	<b>F:</b> 07.01.1999	

Forrige **1** 2 Neste

(27 resultater)

## 15.0 Kodeverk (kun for systemadministrator)

Det er viktig at det lages et godt kodeverk før dere skal bruke "Pasientjournalen" i Profil. Kodeverket er "ryggmargen" i dokumentasjonsarbeidet og et godt kodeverk tjener til oversiktlig og ryddighet i Pasientjournalen. Kodeverket må registreres for at man skal kunne benytte Plan/Rapport. Kommunen må ha tatt et valg på hvilke type kodeverk(klassifikasjonsstruktur) man skal benytte.

Du finner bilder for registrering av kodeverket knyttet til Pasientjournalen i modulen "Systemadministrasjon".

### 15.1 Plankategori

Plankategori er nivået i hierarkiet som bestemmer hvem som skal se det som dokumenteres under denne plankategorien. Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen: *Ajourhold - Plan/Rapport - Plankategori*

For å registrere en ny plankategori, sett inn ny rad .

**Ajourhold av plankategori - Endre**

Kode:  I bruk:

Sortering:

Plankategori:

Beskrivelse/Bruksanvisning:

Tverrfaglig dokumentasjon av helsehjelp. Her finner du dokumentasjonspunkt for hjemmetjenesten, sykehjem, miljøarbeidere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Kode	Plankategori	Sortering	I bruk
01	SYKEPLEIE	1	<input type="checkbox"/>
02	KONSULTASJON	2	<input type="checkbox"/>
03	SAMARBEID	3	<input type="checkbox"/>
04	SKANNING	5	<input checked="" type="checkbox"/>
05	PSYKISK HELESETJENESTE	4	<input type="checkbox"/>
06	TJENESTEKONTORET		<input type="checkbox"/>
07	FLS (Frisklivssentral)		<input type="checkbox"/>
08	FYSIOTERAPI	6	<input type="checkbox"/>

Rad 1 av 14

<b>Kode</b>	Angi kode for kategorien
-------------	--------------------------

<b>Sortering</b>	Med å sette en tallverdi, angir du hvilken rekkefølge kategoriene skal vise i Plan/rapport.
<b>Plankategori</b>	Angi navnet på kategorien
<b>I bruk</b>	Dersom plankategorien ikke skal være i bruk, fjernes haken, og denne kategorien vil ikke være tilgjengelig i dropdown for sluttbrukeren.
<b>Beskrivelse/ Bruksanvisning</b>	Dersom feltet fylles ut, vil informasjonen være tilgjengelig når plankategorien opprettes på bruker. Vi anbefaler at dere gir en god forklaring på hvordan kategorien skal brukes, og hva slags informasjon den skal dekke. Dette vil da være støtteinformasjon for den som registrerer kategorien på bruker i Plan/Rapport.

## 15.2 Planområde

Hver plankategori kan ha mange planområder. Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen:

*Ajourhold – Plan/Rapport – Planområde*

**Ajourhold av planområde - Endre**

Kode:  I bruk:

Sortering:

Planområde:


Beskrivelse/Bruksanvisning

Diverse informasjon om bruker, grunn til kontakt med helsetjenesten og lignende, Sammendrag om bruker, statusrapporter, ukerapporter, Observasjoner, samarbeide mellom tverrfaglige, informasjon om hjelpemidler og huskelister til legevisitt.

Plankategori	Sortering	I bruk
01 SYKEPLEIE	1	<input type="checkbox"/>
02 KONSULTASJON	2	<input type="checkbox"/>
03 SAMARBEID	3	<input type="checkbox"/>
04 SKANNING	5	<input checked="" type="checkbox"/>
05 PSYKISK HELESETJENESTE	4	<input type="checkbox"/>
06 TJENESTEKONTORET		<input type="checkbox"/>
07 FLS (Frisklivssentral)		<input type="checkbox"/>
08 FYSIOTERAPI	6	<input type="checkbox"/>
09 ERGOTERAPI	7	<input type="checkbox"/>
10 VELFERDSTEKNOLOGI	10	<input type="checkbox"/>
11 SMITTEVERN		<input type="checkbox"/>
12 HELSEHJELP	1	<input checked="" type="checkbox"/>
13 SKJERMET	3	<input type="checkbox"/>
14 PRAKTISK BISTAND	2	<input checked="" type="checkbox"/>

Kode	Planområde	Sortering	I bruk
01	INFORMASJON	2	<input checked="" type="checkbox"/>
02	ALMENNTILSTAND/DIAGNOSE	19	<input type="checkbox"/>
03	INR	9	<input type="checkbox"/>
04	SØVN/HVILE	12	<input checked="" type="checkbox"/>
05	HUD/VEV - SÅR	4	<input checked="" type="checkbox"/>
06	PERSONLIG HYGIENE	3	<input checked="" type="checkbox"/>
07	ELIMINASJON	10	<input checked="" type="checkbox"/>
08	RESPIRASJON/SIRKULASJON	7	<input checked="" type="checkbox"/>

Rad 1 av 22

I listevinduet på høyre side, vil du se en oversikt over alle plankategorier, mens du i nedre del av høyre side ser en liste med samtlige planområder knyttet til plankategoriene. Søk fram aktuell plankategori, og sett inn ny rad  for nytt planområde.

**NB!** Dersom noe av innholdet i listevinduet er grått, betyr det at elementet ikke er i bruk.

<b>Kode</b>	Angi kode for planområde
-------------	--------------------------

<b>Sortering</b>	Med å sette en tallverdi, angir du hvilken rekkefølge området skal vises under kategorien i Plan/rapport.
<b>Planområde</b>	Angi navnet på planområdet
<b>I bruk</b>	Dersom planområdet ikke skal være i bruk, fjernes haken, og planområdet vil ikke være tilgjengelig i dropdown for sluttbrukeren.
<b>Beskrivelse/ Bruksanvisning</b>	Dersom feltet fylles ut, vil informasjonen vises i Plan og rapport. I eksemplet over, har vi lagt inn sykepleiediagnoser (SabaClass), og vi vil i Plan/Rapport se hvilke diagnoser dette området gjelder. I tillegg vil dere kunne fylle ut mer eksakt informasjon om det aktuelle planområdet for brukeren. Vi anbefaler at dere gir en god forklaring på hvordan planområdet skal brukes, og hva slags informasjon den skal dekke. Dette vil da være støtteinformasjon sluttbruker.

### 15.3 Tiltakskoder

Tiltakskodene er det laveste nivået i hierarkiet. Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen:

*Ajourhold – Plan/Rapport - Tiltakskode*

I listevinduet på venstre side, vil du se en oversikt over alle plankategorier med planområder. Søk fram aktuelt planområde, og sett inn ny rad for nytt tiltak.

**Ajourhold av tiltakskode - Endre**

Kode:  I bruk:

Sortering:

Tiltak:

Standard bakgrunn for tiltak:  
 Grundig beskrivelse av hva som gjøres, både med tanke på pasientens ressurser og tidspunkter for gjøremål.

Kode	Tiltak	Sortering	I Bruk
01	Personlig hygiene/stell	6	<input checked="" type="checkbox"/>
02	Søvn/hvile	2	<input checked="" type="checkbox"/>
03	Aktivitet /sosiale interesser	3	<input type="checkbox"/>
04	Munn/Tannstell	4	<input checked="" type="checkbox"/>
05	Eliminasjon	5	<input checked="" type="checkbox"/>
06	Menstruasjon	1	<input checked="" type="checkbox"/>

Rad 1 av 6

Nedtonet skrift indikerer at objektet ikke er i bruk

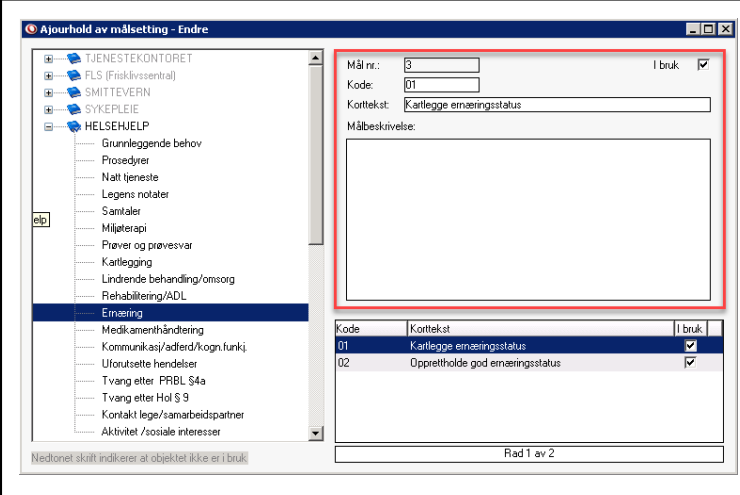
**NB!** Dersom noe av innholdet i listevinduet er grått, betyr det at elementet ikke er i bruk.

<b>Kode</b>	Angi kode for tiltakskode
<b>Sortering</b>	Ved å sette en tallverdi, angir du hvilken rekkefølge tiltakene skal vises under planområdet i Plan/rapport.
<b>Tiltak</b>	Angi navnet på tiltaket

<b>I bruk</b>	Dersom tiltakskoden ikke skal være i bruk, fjernes haken, og tiltaket vil ikke være tilgjengelig i dropdown for sluttbrukeren
<b>Standard bakgrunn for tiltaket</b>	Dersom feltet fylles ut, vil informasjonen vises i Plan og rapport. I eksemplet over, har vi lagt inn beskrivelse av tiltaket slik klassifikasjonssystemet SabaClass har definert det. Vi vil da i Plan/Rapport se hvordan tiltaket skal utføres forskriftsmessig. Det betyr at dersom dere har kvalitetsforskrifter i kommunen, kan disse legges inn i tiltakscodeverket. I tillegg vil dere kunne fylle ut mer eksakt informasjon om det aktuelle tiltaket for brukeren. Vi anbefaler at dere gir en god forklaring på hvordan tiltaket skal brukes, og hva slags informasjon den skal dekke. Dette vil da være støtteinformasjon sluttbruker.

## 15.4 Målsetting

Det er lagt inn mulighet til å registrere standard målsettinger i kodeverk. Dette betyr at når en fra Plan/Rapport skal registrere målsetting for et tiltak, kan en da velge fra dropdown ferdig definerte målsettinger.



Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen: *Ajourhold - Plan/Rapport - Målsetting*

I listevinduet på venstre side, vil du se en oversikt over alle plankategorier med planområder. Søk fram aktuelt tiltak, og sett inn ny rad for ny målsetting.

**NB!** Dersom noe av innholdet i listevinduet er grått, betyr det at elementet ikke er i bruk.

<b>Mål nr:</b>	Angi nummerering av målnummeret
<b>Kode</b>	Legg inn en kode for mål. Dersom det er i hht kvalitetsforskrifter, finnes det kanskje en eksisterende kode.
<b>Korttekst</b>	Angi korttekst for målsettingen
<b>Målbeskrivelse</b>	Angi en beskrivelse av målsettingen. Dersom dere har kvalitetsforskrifter i kommunen, har dere kanskje allerede definert mål for de ulike tiltak. Ved registrering av målsetting i Plan/Rapport, vil sluttbruker kunne plukke disse fra en liste.

## 15.5 Type avvik

Det er lagt inn mulighet til å registrere klientrettet avvik i Profil. Dette betyr at når en fra Plan/Rapport skal skrive rapport, kan en angi at rapporten er knyttet til et avvik. For å kunne registrere avvik, må det legges inn et kodeverk for type avvik.

Ansvarlig:

Type avvik:

Årsak:

Alvorlighet:

Status:

Beskrivelse av avvik:

Forslag til forbedring:

Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen: *Ajourhold – Plan/Rapport – Type avvik*


**Ajourhold av type avvik - Endre**

Beskrivelse:

I bruk:

Beskrivelse	I Bruk
Bruk av tvang	<input checked="" type="checkbox"/>
Bruker ikke hjemme	<input checked="" type="checkbox"/>
Bruker ikke møtt	<input checked="" type="checkbox"/>
Del utført oppdrag	<input checked="" type="checkbox"/>
Endret innhold besøk	<input checked="" type="checkbox"/>

Rad 1 av 9

For å registrere type avvik, sett inn ny rad 

<b>Beskrivelse</b>	Angi beskrivelse av type avvik
<b>I bruk</b>	Sett en hake dersom avvikstypen er i bruk.

## 15.6 Årsak avvik

Det er lagt inn mulighet til å registrere klientrettet avvik i Profil. Dette betyr at når en fra Plan/Rapport skal skrive rapport, kan en angi at rapporten er knyttet til et avvik. For å kunne registrere avvik, må det legges inn et kodeverk for årsak avvik.

Ansvarlig:

Type avvik:

Årsak:

Alvorlighet:

Status:

Beskrivelse av avvik:

Forslag til forbedring:

**Ajourhold av årsak avvik - Endre**

Beskrivelse:

I bruk:

Beskrivelse	I Bruk
Feil lagt med dosett	<input checked="" type="checkbox"/>
For liten tid	<input checked="" type="checkbox"/>
Mangelfull opplæring	<input checked="" type="checkbox"/>
Mangelfulle rutiner	<input checked="" type="checkbox"/>
Manglende sikring	<input checked="" type="checkbox"/>

Rad 1 av 7

Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen: *Ajourhold – Plan/Rapport – Årsak avvik*

<b>Beskrivelse</b>	Angi beskrivelse av årsak avvik
<b>I bruk</b>	Sett en hake dersom avvikstypen er i bruk.

For å registrere avvik, sett inn ny rad for ny **'Årsak avvik'**.

## 15.7 Ansvarlig enhet

Enhet id	Enhet navn	I bruk
01	Distrikt sør	<input checked="" type="checkbox"/>
02	Distrikt nord	<input checked="" type="checkbox"/>
03	Sollheimen sykehjem	<input checked="" type="checkbox"/>
04	Tangen bo- og behandlingssenter	<input checked="" type="checkbox"/>
05	Psykisk helse	<input checked="" type="checkbox"/>

Så er det videre mulighet for å registrere ansvarlig enhet i *Organisasjon/Geografi -> Ansvarlig enhet -> Avvik*

Ansvarlig enhet knyttes opp mot avvik ved behandling av avvik, og gjør at en gjøre utvalg opp mot disse ved kjøring av avvik.

## 15.8 Type målinger

Det er lagt til rette for å kunne registrere målinger (temperatur, puls, blodtrykk, drikke osv.). Det er mulig for kommunen selv å bygge opp kodeverk for de målinger dere måtte ønske under menyvalget; *Ajourhold - Plan/Rapport - Type målinger*

Beskrivelse	Enhet	Verdisett	Numerisk	I bruk
Avføring	Ja/Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BS (Blodsukker)	mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TP	Grader	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kilo	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls	Pulsslag per minutt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vekt	Kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drikke	Liter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BS (Fastende)	mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vekt	Kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyde	Centimeter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diurese	Liter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>Beskrivelse:</b>	Angi hva som skal måles
<b>Enhet:</b>	Angi enhet for det som skal måles
<b>Verdisett:</b>	Sett hake dersom dere kun skal fylle ut forhåndsdefinerte verdier (JA/NEI osv)
<b>Numerisk verdi:</b>	Sett hake dersom dere skal fylle ut numerisk verdi (eks. temperatur) og angi antall desimaler
<b>Grense-/referanseverdier</b>	<b>NB!</b> Angivelse av referanseverdier benyttes for å kunne varsle med rød skrift dersom registrerte målinger er utenfor akseptable verdier.
<b>Gyldig min. verdi:</b>	Angi laveste verdi som kan registreres
<b>Gyldig maks. verdi:</b>	Angi høyeste verdi som kan registreres

<b>Referanse min. verdi:</b>	Angi den laveste verdi som anses som normalverdi (referanseverdi)
<b>Referanse maks.verdi:</b>	Angi den høyeste verdi som anses som normal verdi (referanseverdi).

**Verdisett:**

Klikk på knappen verdissett, og registrer de verdier som skal være gyldig ved registrering av aktuell måling.

**NB!** Vi har forhåndsdefinert et sett med de mest aktuelle målinger; **Temperatur, Blodsukker, Drikke, Puls og Avføring**

## 15.9 Lesetilgang til Plankategori

Det er mulig å gi kun lesetilgang til plankategorier for funksjonsgrupper. Dette for at andre faggrupper ikke skal kunne opprette planområder, tiltak og rapporter på plankategorier de kun burde hatt lesetilgang til. Eksempelvis at **hjelpepleiere** oppretter **legenotater, psykiatrirapporter** osv. De kan likevel ha behov for å kunne lese rapporter som andre faggrupper har skrevet. *Autorisasjon – Lesetilgang plankategori*

**NB!** Funksjonsgruppen vil i Plan og rapport **kun** få lesetilgang til plankategorien, og vil **ikke** kunne opprette **ny kategori, planområde, tiltak, rapport, målsetting, ressurs eller evaluering**.



## 16.0 Integrasjon prosedyreverktøy

I Profil har vi lagt til rett for integrasjon mellom Plan/Rapport og prosedyreverktøy. For at integrasjonen skal fungere må dere ha lisensavtale med leverandører av valgt prosedyreverktøy. Disse defineres som et eksternt system i Profil.

Du finner bildet ved å velge fra rullegardinmenyen: *Ajourhold – System – Eksterne systemer*

For å registrere nytt eksternt system, sett inn ny rad.

<b>System</b>	Velg PPS/Sykepleieprosedyrer fra dropdown
<b>URL</b>	Angi url for kobling mot PPS.

## **17.0 Tekstmaler**

Man kan lage egne tekstmaler for bruk i Helsehjelpsdokumentasjon, som i skjema, og som vedlegg til Plan/ Rapport.

Det er laget egen kursdokumentasjon for tekstmaler.