



Vejledninger til Sundhedsfagligt Grundlag 3.0

*Telemedicinsk Hjemmemonitorering til
borgere med KOL i Landsdel Hovedstaden*

Indhold

Vejledning 1: Henvisning til tilbud og alarmgrænser	3
Vejledning 2: Instruktion af borgere	6
Vejledning 2a: Kvikguide til instruktion af borger	11
Vejledning 3: Administrative opgaver ved oprettelse af borger til KOL-hjemmemonitorering.....	13
Vejledning 4: Opfølgende samtale.....	15
Vejledning 4a: Kvikguide til opfølgningssamtale 3-4 uger efter oplæring/ instruktion	18
Vejledning 5: Opfølgning på data de første 14 dage og justering.....	20
Vejledning 6: Opfølgning på data løbende.....	24
Vejledning 7: Overdragelse af monitoreringsansvar - fra kommune til hospital.....	28
Vejledning 8: Overdragelse af monitoreringsansvar – fra hospital til kommune	31
Vejledning 9: Afslutning af telemedicinsk forløb.....	33
Vejledning 10: Guide til videosamtale.....	35
Vejledning 11: Selvhjælpsplan.....	38
Vejledning 12: Sygeplejefaglig specialistrådgivning.....	47
Vejledning 13: Registreringspraksis for hospitaler	49
Vejledning 14: Anbefaling til kommunal dokumentation af Telemedicin.....	50

Vejledning 1: Henvisning til tilbud og alarmgrænser

Praktiserende læge og hospitalet kan henvise til KOL-hjemmemonitorering.

Henvisningen sendes elektronisk via sygehushenvisning (hospitalet via REF01 og almen praksis via Dynamisk Henvisning; Telemedicin KOL). Den enkelte kommune skal efter modtagelsen sikre, at henvisningen videreformidles til de personer, der har at gøre med KOL-hjemmemonitorering.

Det anbefales, at følgende kriterier er opfyldt for, at borgere med KOL kan inkluderes

- Diagnosen KOL er stillet ved spirometri mv.
- Borgeren er klassificeret i GOLD gruppe D (kendetegnet ved mange symptomer ($CAT \geq 10$, $MRC \geq 3$) og to moderate eksacerbationer eller én indlæggelseskrævende eksacerbation indenfor det sidste år), og/eller at borgeren er i iltbehandling (respirationsinsufficiens), og/eller at borgeren har palliative behov relateret til KOL eller
- Borgere, som ud fra en klinisk og/eller psykosocial vurdering (fx angst-problematik) skønnes at kunne have gavn af tilbuddet.

Forudsætninger:

- Borgeren skal være i behandling eller motiveret for behandling
- Borgeren skal være interesseret i at deltage og forventes efter oplæring at kunne forstå og handle på egne symptomer og målinger.

Det er en fordel, men ikke et krav, at borgeren har gennemgået et forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud, da sygdomsmestring er et aspekt heri.

Ønskede oplysninger i henvisning

Det antages som udgangspunkt, at kommunen er monitoreringsansvarlig for borgere der henvises fra almen praksis. Når hospitalet henviser, skal der på henvisningen fremgå, om hospitalet eller kommunen har ansvaret for opfølgning på data.

Derudover anføres følgende:

- Særlige behov hos patienten, som det telemedicinske tilbud skal søge at løse eller håndtere
- Pårørende eller anden relation, samt kontaktoplysninger
- Kort sygehistorie – kopi af sidste årskontrol, herunder andre relevante sygdomme samt
 - FEV1 – liter og procent af forventet – målt inden for det seneste år
 - Antal forværringer (eksacerbationer) og indlæggelser på grund af KOL inden for seneste år
 - MRC-score (5-trins dyspnøskala)
 - Eventuel iltbehandling og saturation
 - Højde/vægt/BMI og eventuelle allergier
 - Rygestatus
- Oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning
 - Grænseværdier (alarmgrænser) for målinger - som udgangspunkt foruddefinerede eller justerede
 - Måleinterval - eventuelle afvigelser fra forud aftalte
 - Det skal tydeligt fremgå, hvor monitoreringsansvaret skal ligge

Hyppighed for målinger

Det er som udgangspunkt, den henvisende læge, der laver aftaler om kadencen for målinger og registreringer.

- Det anbefales, at hyppigheden af målinger og registreringer, der udføres af borger, besluttet ud fra en individuel faglig vurdering af den enkelte borger.
- Som udgangspunkt er målehyppigheden én gang om ugen og minimum én gang månedligt.

- De første 14 dage bør borgeren både måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål enten dagligt eller hver anden dag. Borgeren skal gøres opmærksom på, at målinger og registreringer skal foretages ofte i starten for, at borgeren lærer at bruge udstyret, men at målinger og registreringer kun vil blive set/vurderet af en monitoreringsansvarlig sygeplejerske ud fra den individuelt tilrettelagte plan for, hvor ofte målinger og registreringer aflæses.

Fastsættelse af alarmgrænser

Der fastsættes to sæt alarmgrænser, hhv. røde og gule alarmer. Den gule alarm angiver en gråzone, hvor den monitoreringsansvarlige reagerer og vurderer. Dette er ikke en grænse, som forventes at indebære en risiko for patienten. Den egentlige alarmgrænse for kontakt til behandlingsansvarlig læge er den røde. Her må man forvente at patienten er dårlig, måske i en eksacerbation med feber. Her vil en kontakt til behandlingsansvarlig læge være indiceret.

Grøn: Normale forhold.

Gul: Patientens værdier bør observeres – den monitoreringsansvarlige kontakter evt. patienten.

Rød: Ikke normale forhold. Den monitoreringsansvarlige kontakter borgeren mhp. evt. intervention – har borgeren behov for at kontakte egen læge.

Alarmgrænserne for vægt fastsættes individuelt for den enkelte borger med udgangspunkt i borgerens normale vægt.

Vejledende alarmgrænser:

Alarmgrænse	Rød	Gul	Grøn	Gul	Rød
Vægt	+4 kg	+2 kg	-	-2 kg	-4 kg
Puls	>130	>110	60-110	<60	<50
Sat	-	-	>88 %	<=88 %	<=85 %

Vejledning 2: Instruktion af borgere

Der er forinden aftalt tid med borger til instruktion. Det er vigtigt altid at opfordre borgeren til at have en pårørende med ved instruktionen. Det første besøg forventes at vare 45-90 min.

Dette møde afholdes som udgangspunkt hos kommunen eller i ambulatoriet. Hvis borgeren er særligt dårlig, kan mødet afholdes i dennes hjem.

Formål

Borgeren skal oplæres i at anvende udstyret til at tage målingerne: saturation, puls og vægt. Derudover skal borgeren oplæres i at anvende tablet og svare på de spørgsmål som stilles i den telemedicinske løsning.

Det er desuden vigtigt at påbegynde en dialog med borgeren om betydningen af disse målinger og spørgsmål.

- Borgeren skal opnå viden om, hvorfor målingerne skal tages og spørgsmålene besvares, og hvad de kan sige om vedkommendes sygdom.
- Derudover skal borgeren gerne blive bevidst om muligheden for at tage en eventuel forværring i opløbet og få støtte til at sætte ind tidligere.

Denne dialog er i fokus ved den opfølgende samtale efter 3-4 uger.

Aktør

Kommunen eller hospitalet

Kompetencer

Instruktionen af borgeren løses af personale med sygeplejefaglige kompetencer, som har gennemgået programmets uddannelse. Herunder erfaring med KOL, forståelse for telemedicin,

erfaring med målinger og værdier. Skal kunne anvende viden om KOL og kende symptomer på forværring.

Handling

Instruktion / oplæring i brug af udstyr og hvordan målinger tages

- Udstyret gennemgås og demonstreres - både måleapparater og tablet, samt udførelse af rejse-sætte-sig test og hvordan resultater sendes.
- Borger tildeles brugernavn og adgangskode
- Punkterne på menüsiden gennemgås.
- Det gennemgås hvordan spørgsmålene skal besvares med særlig opmærksomhed på hvad ”mere” betyder i spørgsmålene om åndenød og hoste. Der skal være opmærksomhed på, om borgeren har en selvhjælpsplan og ved hvordan denne anvendes.
- Borgeren informeres om, at målinger kan ses på tablet.

Herefter afprøver borgeren selv måleapparater, eventuelt flere gange, og starter selv op med at svare på spørgsmål på tablet. Derudover afprøver borgeren evt. rejse-sætte-sig øvelsen.

Borgeren gøres opmærksom på at udstyret personligt. Desuden gøres opmærksom på, at udstyret gerne må medbringes f.eks. på længerevarende besøg eller ferie i sommerhus så længe dette er i Danmark.

Borgeren opfordres til at medbringe tablet på hospitalet, når denne er til ambulant kontrol eller hos praktiserende læge ved KOL-konsultation. Lægen har også adgang til borgerens målinger via Sundhed.dk.

Særlige opmærksomhedspunkt i gennemgangen af udstyr

Instruktion:

Vigtigheden af at følge instruktionen på skærmen.

Iltmætning/saturation:

Borgeren afprøver hvilken finger, der er bedst at måle på. Hvis der er behov for at gentage en måling, er det vigtigt at tage måleren af fingeren og lade den slukke, før en ny måling kan tages. Borgeren skal være opmærksom på, at batterierne skal skiftes i måleren.

Vægt:

Skal stå på et stabilt underlag. Hvis vægten står på et blødt underlag påsættes tilhørende ”fødder”.

Tablet:

Vigtigt, at denne ikke ligger på en metal-/stålflade. Ved tryk på taster, trykkes meget let og enten med spidsen eller siden af fingeren. Øv det med borgeren. Ved kolde fingre kan det være vanskeligt at aktivere tablet. Borgeren kan da anvende den medfølgende tabletpen.

Vis ”tænd og sluk” og batteriindikator. Gør opmærksom på, at det kan tage et døgn at lade tablet op og at denne godt kan anvendes imens.

Tablet vil, når den er tændt, automatisk modtage nye opdateringer. Ved konstatering af problem eller fejl på tablet kan reparatør ”fjernover tage” tablet og lokalisere fejl.

Information om hvornår og hvor ofte udstyr anvendes

Borgeren informeres om hvor ofte, der skal måles og svares på spørgsmål

- KOL-spørgeskema og målinger: hver eller hver anden dag de første 14 dage (både hverdage og weekender). Borgeren skal gøres opmærksom på, at målinger og svar kun vil blive set af en monitoreringsansvarlig sygeplejerske ud fra den individuelt tilrettelagte plan. Herefter som udgangspunkt én gang om ugen. Anvisning fra henvisende læge følges.
- Rejse-sætte-sig øvelsen, CAT-score og MRC-score kan foretages efter aftale med monitoreringsansvarlig sygeplejerske

Borgeren oplyses om, hvilke hverdage og i hvilke tidsrum, der skal måles.

Information om hvad målinger og spørgsmål betyder

Fortæl om betydningen af målingerne og spørgsmålene (følges op ved 3-4 ugers

opfølgningssamtale).

Telefonisk kontakt til kommunen/hospital

Det aftales med borgeren, hvilket telefonnummer, der kan benyttes til kontakt med kommunen/hospitalet i forbindelse med KOL-hjemmemonitorering, og at borgeren kan ringe om følgende:

- Udstyr, der er gået i stykker.
- Tvivl om målinger eller udførelse af målinger og spørgsmål i relation til udstyr.
- Kommunen/hospitalet vil derudover altid opdage, hvis der ikke kommer målinger ind, eventuelt på grund af defekt udstyr, og tage kontakt til borgeren.

Det skal præciseres for borgeren, at ved akut behov for hjælp eller forværring i sygdom benyttes sædvanlig kontakt til sygeplejersken/hjemmeplejen eller læge/1813/112.

Information om opfølgning på målinger

Generelt om opfølgning:

Borgeren informeres om, at data tjekkes af sundhedsfagligt personale 1 eller 2 gange om ugen på aftalte hverdage. Borgeren kontaktes, hvis der er målinger, der tyder på, at borgerens sygdom er ved at udvikle sig i negativ retning. Desuden informeres om, at hvis målinger undlades eller ikke kommer ind som forventet, kontaktes borgeren.

De første 14 dage:

I opstartsperioden, hvor borgeren måler hver eller hveranden dag i 14 dage, ses data 2 gange om ugen og kun på hverdage. De hyppige målinger i de første 14 dage har til formål, at borgeren øver sig i at måle, og at der skabes mulighed for at vurdere målingernes validitet.

Helligdage:

Borgeren informeres om, at hvis der, f.eks. på grund af helligdage, ikke ses på data på en aftalt opfølgningsdag, skal borgeren være informeret om dette på forhånd.

Orientering af hospital, egen læge (og evt. kommunen)

Borgeren informeres om, at behandlingsansvarlig modtager besked fra kommunen om, at borgeren nu er opstartet. Kommunen orienterer behandlingsansvarlig læge via korrespondancemeddelelse.

Næste møde

Inden afslutning af besøget aftales der tid for opfølgningssamtale 3-4 uger efter dette første besøg.

Pårørende kan inddrages i denne samtale, hvis borgeren ønsker det.

Samtykke

Samtykke om at indgå i TeleKOL og at der må ske dataudveksling mellem samarbejdsparter i forløbet indhentes mundtligt og noteres i journal (SP).

Aftal tid til opsætning

Først når borger er instrueret og borger har givet udtryk for at være parat til at starte, samt samtykket, aftales tid med borger til opsætning.

Vejledning 2a: Kvikguide til instruktion af borger

Om telemedicin til KOL:

- **Dette er ikke et akut-tilbud**
- Målinger hver dag i 14 dag, derefter én til to gange om ugen
- Telefonisk kontakt ved afvigelse i data, der indikerer negativ udvikling
- Brugervejledning til borgerens udstyr; udfylde første side i denne sammen med borger
- Medbring evt. tablet på hospitalet eller til egen læge ved KOL- konsultation/kontrol

Gennemgang af udstyr:

Tablet:

- Vis ”tænd og sluk” og batteriindikator på tablet
- Gennemgang af menu siden på tablet
- Beskedfunktion og egne målinger
- Underlag – ikke metal
- Kontrol af strømniveau / Opladning /batteriskift
- Husk pen (kolde fingre)
- Følg altid de vejledninger på tabletten

Saturationsmåler:

- Følg vejledning på tablet. Brug tid på at finde bedst egnet finger
- Batteriskift: hvordan

Vægt:

- Hvis vægten anvendes på gulvtæppe, skal de medfølgende ”fødder” monteres

Gennemgang af spørgeskemaer

- Der kan på tablet ses spørgeskema og målinger under aktivitet. Vigtigt med tidspunkter for måling. Ved afslutning af spørgeskema svares ja til at sende
- Instruer i ”Rejse-sætte-sig test”, MRC-score og CAT-score og hvordan resultatet sendes

- Selvhjælpsplan, hvis en sådan haves

Opfølgning på målinger

- Der følges op på måledata en til to gange om ugen. Hospitaler evt. oftere
- Mangler der oplysninger? Pårørendes navn og telefonnr.?

Opfølgende samtale om 3-4 uger, aftal evt. tid.

Samtykke

- Samtykke om at indgå i TeleKOL og at der må ske dataudveksling mellem samarbejdsparter i forløbet indhentes mundtligt og noteres i journal (SP).

Aftal tid til opsætning

- Når borger er instrueret og borger har givet udtryk for at være parat til at starte, samt samtykket, aftales tid med borger til opsætning.

Vejledning 3: Administrative opgaver ved oprettelse af borger til KOL-hjemmemonitorering

Aktør

Kommunen eller hospital

Kompetencer

Administrative kompetencer

Sygeplejefaglige kompetencer ift. evt. tilpasning af individuelle grænseværdier

Handling

Oprettelse i omsorgssystem/Elektronisk Patientjournal (SP) og Telma:

- Oprettelse af borger/patient i omsorgssystemet/elektronisk patientjournal sker i henhold til sædvanlig procedure. De sundhedsfaglige oplysninger fra den modtagne henvisning skrives ind i journalen.
- Borgeren/patienten oprettes i den telemedicinske løsning, Telma, og tildeles planen: **Hov_KOL_målinger & spørgeskema**. Dette er borgerens faste og skemalagte plan
- Ikke-skemalagte planer/aktiviteter: **Hov_KOL_Ekstra sat og puls, Hov_KOL_Ekstra vægt samt Hov_KOL_Ekstra målinger og spørgeskema**. Disse planer er ikke-skemalagte planer og kan tilvælges under **Hov_KOL_målinger og spørgeskema** ved behov. Disse vil lægge sig under "Valgfrie aktiviteter" i borgerløsningen
- Valgfrie Planer: **Hov_KOL_MRC, Hov_KOL_CAT, Hov_KOL_RSST**, kan desuden tilføjes ved behov. De sidstnævnte er valgfrie aktiviteter, som borgeren kan anvende ved behov og efter aftale med monitoreringsansvarlig sygeplejerske. Disse vil lægge sig under "Valgfrie aktiviteter" i borgerløsningen
- Der er mulighed for at indstille individuelle grænseværdier for patienten. Hvis disse ikke justeres, er de fastlagt efter skemaet, som findes i Vejledning 1

For kommuner: Information til behandlingsansvarlig læge:

- Behandlingsansvarlig læge informeres altid, når borgeren er opstartet i KOL-hjemmemonitorering samt hvis borgeren mod forventning ikke opstartes og årsag hertil. Informationen er via korrespondancemeddelelse.

Bestil udstyr og tid til opsætning hos leverandør:

- I forbindelse med den gennemførte instruktion af borger er aftalt tid til opsætning.
- Udstyr bestilles

Vejledning 4: Opfølgende samtale

Formål

En samtale med fokus på om borgeren kan betjene udstyret og fokus på sygdomsforståelse.

Aktør

Kommunen eller hospitalet.

Kompetencer

Sygeplejefaglige

Forberedelse før samtalen

Det er en forudsætning for opfølgningssamtalen, at sundhedspersonalet har monitoreret borgerens målinger mindst 2 gange ugentligt i mindst 2 uger. Dette for at kunne vurdere, om målinger ligger stabilt, om der er målt på aftalte dage og tidspunkter, om der er undladte målinger samt om besvarelsen på sygdomsspecifikke spørgsmål er ensartet. Derudover om borgeren har afprøvet rejse-sætte-sig test og evt. beskedfunktion. Dette danner baggrund for samtalen med borgeren.

Sted

Individuel opfølgningssamtale kan foregå i borgerens hjem, på sundhedscenter/sygeplejeklinikker eller lignende eller på hospitalet.

Opfølgningssamtaler i grupper kan foregå på sundhedscenter/sygeplejeklinikker eller lignende og på hospitalet.

Tidsforbrug

Individuel opfølgning: 45 min.

Samtalen

Der undervises og vejledes ud fra nedenstående punkter i det, der vurderes mest relevant for den enkelte borger.

Hvis der er behov for yderligere indsats, benyttes de allerede etablerede rehabiliteringstilbud hos kommunen eller på hospitalet. Derudover vurderes det, om borger har behov for hjælp til målinger eksempelvis af pårørende eller andre, som kan støtte op om borgeren.

Betjening af udstyr og besvarelse af spørgeskemaer

Der tages udgangspunkt i borgerens oplevelse med det telemedicinske udstyr, og der tales om borgerens hidtil målte værdier. Hvis borgeren ikke har prøvet at lave rejse-sætte-sig test instrueres i dette.

Vær opmærksom på, hvordan borgeren måler blodets iltmætning (saturation). Hvis borgeren har brug for at gentage en saturationsmåling, er det vigtigt at tage måleren af fingeren og lade den slukke, før en ny måling kan tages.

Borgeren gøres opmærksom på, at der løbende kan komme ændringer i allerede kendte spørgeskemaer. Hvis der kommer nye spørgeskemaer, som borgeren skal tildeles, informeres borgeren først herom enten telefonisk eller via beskedfunktion på tablet.

Sygdomsforståelse

- Sygdommens karakter og årsag.
- Faresignaler på forværring - eksacerbation

Det vil være en fordel, at få borgeren til at beskrive eget typiske mønster for en forværring.

Dette kan være udgangspunkt for en samtale om faresignaler.

På samme måde kan en afklaring af, hvordan borgeren har det vanligt være en hjælp. På tabletten spørges, om der er mere åndenød, hoste eller opspyt end vanligt. Det er en fordel, at der tales om, hvad der er vanligt for den pågældende borger fx at få mere åndenød ved aktivitet og hvornår det er, der skal svares bekræftende til at have mere åndenød end vanligt.

Der vejledes i PEP-fløjte, hvis borger har en sådan, vejtrækningsøvelser, hosteteknik, farve på opspyt og forebyggelse af sekretdannelse/stagnation.

Forebyggelse

Tale med borger om hvordan man kan hjælpe med at forebygge sygdomsudvikling. Herunder fysisk aktivitet, rygestop og evt. forebyggelse af vægttab. Hvis der er behov for yderligere indsats, benyttes de allerede etablerede tilbud i kommunen eller på hospitalet, eksempelvis KOL-rehabilitering, rygestopkurser eller diætist, samt eventuelt foreliggende skriftligt materiale om KOL.

Håndtering af inhalationsmedicin

Det vurderes, om borgeren har behov for samtale om inhalationsmedicinens virkning, bivirkninger, inhalationsteknik, mundhygiejne og evt. rengøring af devices og spacere.

Angst og åndenød

Vejlede i vejtrækningsteknik samt i faktorer, der henholdsvis fremmer og bryder evt. angst.

Iltbehandling

Sikre at borger anvender ilt som ordineret og kender forholdsregler ved behandling, eksempelvis åben ild. Derudover at ilten også skal anvendes ved målinger med det telemedicinske udstyr.

Afslutning på besøg

Borgeren opfordres til at tage tablet med på hospitalet eller til praktiserende læge, så målinger kan vises. Derudover revurderes, om borgeren har behov for hjælp til målinger eksempelvis af pårørende eller andre, som kan støtte op om borgeren.

Der orienteres om eventuelle ferieperioder, hvor data ikke ses. Det anbefales at dette også gøres skriftligt.

Vejledning 4a: Kvikguide til opfølgningssamtale 3-4 uger efter oplæring/ instruktion

Formål

- En samtale med fokus på om borgeren kan betjene udstyret og på sygdomsforståelse

Aktør

- Kommune eller hospital

Kompetencer

- Sygeplejefaglige

Forberedelse

- Borgerens data vurderes inden samtalen; ligger målinger stabilt, er der målt som aftalt, er rejse- sætte-sig test og beskedfunktion afprøvet
- Ved aftale om opfølgningssamtale opfordres borgeren til at tage en pårørende eller plejepersonale med, samt at medbringe sin inhalationsmedicin

Sted

- I borgerens hjem, på sundhedscenter/sygeplejeklinikker eller lignende og på hospitalet.
- Opfølgningssamtaler i grupper kan foregå på sundhedscenter/sygeplejeklinikker eller lignende og på hospitalet

Betjening af udstyr og besvarelse af spørgeskemaer

- Borgeren skal demonstrere hele proceduren omkring måling af data, inklusiv rejse-sætte-sig test, så eventuelle misforståelser og fejl kan korrigeres
- Tal med borger om hidtil målte værdier samt grænseværdier
- Der kan komme løbende ændringer i spørgeskemaer. Ved nye skemaer får borgeren besked

Sygdomsforståelse

- Hvad er kronisk obstruktiv lungelidelse
- Faresignaler på forværring - eksacerbation
 - Tidligere mønster for forværring
 - PEP-fløjte hvis borger har en, vejtrækningsøvelser, hosteteknik
- Forebyggelse
- Håndtering af inhalationsmedicin
 - Virkning, bivirkninger, teknik og hygiejne
- Angst og åndenød
- Eventuel iltbehandling

Afslutning på besøg

- Borgeren opfordres til at tage tablet med på hospitalet eller til praktiserende læge
- Derudover revurderes, om borger har behov for hjælp til målinger af f.eks. pårørende eller andre
- Der orienteres skriftligt om eventuelle ferieperioder med monitoreringspauser

Vejledning 5: Opfølgning på data de første 14 dage og justering

Formål

Kommune eller hospital følger op på borgernes data

Kompetencer

Sygeplejefaglige

Aktør

Kommunen eller hospitalet

Data

Data er konkrete målinger dvs. iltmætning, puls og vægt samt svar på sygdomsspecifikke spørgsmål og data vedr. rejse-sætte-sig-test.

Farvekoder

I monitoreringssystemet gives data forskellige farvekoder. Betydningen af hver farvekode er:

- Gul - én eller flere værdier skal observeres (observationsområde)
- Rød - alarm overskredet ved én eller flere værdier (kritisk område)
- Blå – der findes en ny ulæst besked
- Grå – borgeren har ikke udført en eller flere planlagte aktiviteter eller borgerens data kunne ikke triageres grundet fejlscenarie, f.eks. at der mangler datagrundlag for beregning
- Grøn - ingen alarmer overskredne (normalområde).

I monitoreringssystemet vises borgerne i henhold til vigtighed. Prioriteringen er følgende:

Rød, **Gul**, **Blå**, **Grå**, **Grøn**.

Handling

Målehyppighed:

De første 14 dage skal borgeren både måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål hver eller hver anden dag. Hensigten er, at den enkelte borger lærer at anvende det telemedicinske udstyr. Derudover at de sundhedsfaglige kan vurdere, om de fastsatte alarmgrænser passer til borgeren. Borgeren måler og svarer herefter på sygdomsspecifikke spørgsmål en til to gange om ugen.

Den enkelte borger kan selv anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstramålinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted.

De første 14 dage:

- De første 14 dage ses data 2 gange om ugen på hverdage.
- Det vurderes om målingerne er valide. Ligger målingerne jævnt eller er den enkelte værdi meget springende. Hvis meget springende værdier, kontaktes borgeren med henblik på at hjælpe med at foretage målingen korrekt.
- Målinger foretages på et passende aftalt tidspunkt
- Hvis målinger er planlagt til eftermiddag/aften ses data førstkommande hverdag.

Efter de første 14 dage vurderes kvaliteten af målingerne:

1. Kvaliteten af målingerne vurderes fortsat ikke at være valide:
 - a. Stillingtagen til om kvaliteten af målingerne kan øges, eksempelvis ved at borgeren får hjælp til målingerne af pårørende eller af andre personer i hjemmet.
 - b. Stillingtagen til om nogle af målingerne (sat/puls, vægt, RSS-test) fravælges. Dette fordrer kontakt til behandlingsansvarlig læge.
2. Kvaliteten af målingerne vurderes valide:
 - a. De fastsatte alarmgrænser passer til den konkrete borger: Der foretages ingen ændring.
 - b. Værdier ligger tæt på grænsen til gul (observeres), i området gul (observeres)

eller i rød (alarm). Den videre procedure afhænger af borgernes tilstand:

- i. Borgerens tilstand er stabil. Det kan forventes, at indkomne værdier er normale for borgeren. Se alarmgrænser, justering heraf i efterfølgende afsnit.
- ii. Borgerens tilstand er ikke stabil f.eks. grundet forværring. Der afventes yderligere 14 dage, inden der tages stilling til justering af alarmværdier ud fra ovennævnte punkter.

Løbende opgaver de første 14 dage (og fremover i øvrigt)

Alarmgrænser, justering heraf

Der kan i hele perioden opstå et behov for, ved en konkret borger i samråd med behandlingsansvarlig læge at justere på de fastsatte alarmgrænser.

Alarmgrænse	Rød	Gul	Grøn	Gul	Rød
Vægt	+ 4 kg	+ 2 kg	-	- 2 kg	- 4 kg
Puls	>130	>110	60-110	<60	<50
Saturation	-	-	>88 %	<=88 %	<=85 %

- Behandlingsansvarlig læge kontaktes med henblik på vurdering af behov for ændring af alarmgrænser.

Farvekoder, vurdering og intervention

De indkomne målinger og svar på spørgsmål vises med farvekoder, som indikerer borgerens tilstand og mulige interventioner.

- **Grøn** farvekode: Ingen alarmgrænser er overskredet.
 - Løbende vurderes om værdier er stabile eller bevæger sig i negativ retning.
- **Gul** eller **Rød** farvekode: Én eller flere indkomne målinger og svar er uden for borgerens normalområde. Målinger og svar gennemgås enkeltvis og vurderes i sammenhæng med andre måleværdier og forværringer. Der vil være følgende muligheder:

- Kontakt til borgeren for at gentage måling, hvis målingen vurderes ikke valid.
 - Kontakt til borgeren med henblik på vurdering af dennes tilstand.
 - Rådgive borger til at opstarte selvhjælpsplan, hvis en sådan foreligger fra behandlingsansvarlig læge.
 - Ved gentagne målinger med værdier uden for normalområdet, der ikke kan forklares ud fra borgerens oplysninger, skal der konfereres med den behandlingsansvarlige læge. Konklusionen herpå dokumenteres i journalen.
- **Blå** farvekode: Der findes en ny ulæst besked
 - Der er ingen nye målinger, men en ulæst besked. Skriftlige beskeder via tablet (fra borgeren) og monitoreringssystem (fra kommunen/hospital) anvendes aldrig til akutte beskeder.
 - Besked fra borgeren. Denne behandles ud fra indhold og det vurderes, om der er behov for kontakt til borgere.
 - **Grå** farvekode: Borgeren kontaktes med henblik på opklaring af årsag - eksempelvis problemer med udstyret.
 - Hvis der hverken er data eller besked fra borgeren, undersøges det, om borgeren er blevet indlagt.

Vejledning 6: Opfølgning på data løbende

Formål

Kommune eller hospital følger op på borgernes data

Kompetencer

Sygeplejerske

Aktør

Kommunen eller hospitalet

Data

Data er konkrete målinger dvs. iltmætning, puls og vægt samt svar på sygdomsspecifikke spørgsmål og data vedr. rejse-sætte-sig-test.

Farvekoder

I monitoreringssystemet gives data forskellige farvekoder. Betydningen af hver farvekode er:

Gul - én eller flere værdier skal observeres (observationsområde)

Rød - alarm overskredet ved én eller flere værdier (kritisk område)

Blå – der findes en ny ulæst besked

Grå – borgeren har ikke udført en eller flere planlagte aktiviteter eller borgerens data kunne ikke triageres grundet fejlscenarie, f.eks. at der mangler datagrundlag for beregning

Grøn - ingen alarmer overskredne (normalområde).

I monitoreringssystemet vises borgerne i henhold til vigtighed. Prioriteringen er følgende:

Rød, **Gul**, **Blå**, **Grå**, **Grøn**.

Handling

Målehyppighed

En til to gange om ugen måler og svarer borgeren på sygdomsspecifikke spørgsmål.

Den enkelte borger kan selv anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstramålinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted.

De sundhedsprofessionelle ser data:

- Som udgangspunkt 1 gang om ugen.
- Monitoreringsplanen ændres til det antal gange om ugen, der er aftalt, at borgeren skal måle. Dette for at undgå unødige blå alarmer. Data ses én gang om ugen, medmindre der fra læge er ønsket 2 gange.
- Hos enkelte borgere ses data 2 gange om ugen. Dette sker efter ønske fra den behandlingsansvarlige læge eller ud fra en sundhedsfaglig vurdering eksempelvis i forbindelse med forværring af tilstanden. Efter 14 dage vurderes sundhedsfagligt, om målehyppigheden kan reduceres til 1 gang ugentligt.
- Målinger foretages i et passende tidsrum.
- Hvis målinger er planlagt til eftermiddag/aften ses data førstkommande hverdag.
- Det anbefales, at der er 3 hverdage mellem målinger, hvis borgeren måler 2 gange om ugen.
- Hvis data ses om fredagen anbefales, at dette sker morgen/formiddag grundet muligheden for at kunne reagere på data.

Løbende opgaver i hele perioden

Alarmgrænser, justering heraf

Der kan i hele perioden opstå et behov for, ved en konkret borger i samråd med behandlingsansvarlig læge at justere de fastsatte grænseværdier.

Alarmgrænse	Rød	Gul	Grøn	Gul	Rød
Vægt	+ 4 kg	+ 2 kg	-	- 2 kg	- 4 kg
Puls	>130	>110	60-110	<60	<50
Saturation	-	-	>88 %	<=88 %	<=85 %

- Behandlingsansvarlig læge kontaktes med henblik på vurdering af behov for ændring af alarmgrænser.

Farvekoder, vurdering og intervention

De indkomne målinger og svar på spørgsmål vises med farvekoder, som indikerer borgerens tilstand og mulige interventioner.

- **Grøn** farvekode: Ingen alarmgrænser er overskredet.
 - Løbende vurderes om værdier er stabile eller bevæger sig i negativ retning.
- **Gul** eller **Rød** farvekode: Én eller flere indkomne målinger og svar er uden for borgerens normalområde. Målinger og svar gennemgås enkeltvis og vurderes i sammenhæng med andre måleværdier og forværringer. Der vil være følgende muligheder:
 - Kontakt til borgeren for at gentage måling, hvis målingen vurderes ikke valid.
 - Kontakt til borgeren med henblik på vurdering af dennes tilstand.
 - Rådgive borger til at opstarte selvhjælpsplan, hvis en sådan foreligger fra behandlingsansvarlig læge.
 - Ved gentagne målinger med værdier uden for normalområdet, der ikke kan forklares ud fra borgerens oplysninger, skal der konfereres med den behandlingsansvarlige læge. Konklusionen herpå dokumenteres i journalen.
- **Blå** farvekode: Der findes en ny ulæst besked

- Der er ingen nye målinger, men en ulæst besked. Skriftlige beskeder via tablet (fra borgeren) og monitoreringssystem (fra kommunen/hospital) anvendes aldrig til akutte beskeder.
 - Besked fra borgeren. Denne behandles ud fra indhold og det vurderes, om der er behov for kontakt til borgere.
- **Gra** farvekode: Borgeren kontaktes med henblik på opklaring af årsag - eksempelvis problemer med udstyret.
 - Hvis der hverken er data eller besked fra borgeren, undersøges det, om borgeren er blevet indlagt.

Vejledning 7: Overdragelse af monitoreringsansvar - fra kommune til hospital

Formål

At overdrage monitoreringsansvar fra kommune til hospital

Kompetencer

Læge- og sygeplejefaglige

Aktør

Hospital og kommune

Hvornår kan monitoreringsansvaret overdrages?

Det er altid hospitalet, der ud fra en klinisk, faglig vurdering og i dialog med kommunen træffer beslutning om, hvorvidt monitoreringsansvaret skal overføres.

Denne beslutning kan træffes i forbindelse med:

- Ambulant besøg eller indlæggelse på hospitalet
- Henviſning fra patientens praktiserende læge grundet behov for, at hospital overtager monitoreringsansvaret (hvis lægeligt behandlingsansvar ligger hos almen praksis)
- Kommunen vurderer, at der er grund til, at hospitalet overtager monitoreringsansvaret
 - Hvis almen praksis har behandlingsansvaret: Kommunen sender, via en korrespondancemeddelelse, en anbefaling om overdragelse af monitoreringsansvar til patientens praktiserende læge, som herefter træffer endelig beslutning om, hvor patienten skal monitoreres.
 - Hvis hospitalet har behandlingsansvaret: Telefonisk kontakt fra kommunen til hospitalet med henblik på vurdering af, om hospitalet skal overtage

monitoreringsansvaret.

I de tilfælde hvor almen praksis har behandlingsansvaret og monitoreringsansvaret flyttes fra kommune til hospital, overføres behandlingsansvaret ligeledes til hospitalet. Dette sker via en henvisning, og hospitalet vil som udgangspunkt skulle se patienten til konsultation inden behandlings- og monitoreringsansvar kan endelig overføres.

Handling

- Hospitalet sikrer, at patienten får oprettet et forløb i SP.
- Hospitalet vurderer, hvor hyppigt og på hvilke dage patienten skal udføre målinger og redigerer evt. monitoreringsplanen i Telmaløsning.
- Hospitalet orienterer patienten telefonisk om, at det nu er hospitalet, der følger op på data. Patienten orienteres ligeledes, hvis der ønskes ændringer i monitoreringsplan fx hyppigere målinger eller andre ugedage.
- Hospitalet giver patienten kontaktoplysninger til lungeambulatoriet – telefon nr. og træffetid, og sender desuden besked til patienten via Telma.
- Hospitalet opretter patienten i rette behandlerteam, i Telma, så det sikres at ansvar for opfølgning på data er placeret ét sted, og at det fremgår tydeligt for den ansvarlige part)
- Hospitalet orienterer via en korrespondancemeddelelse patientens praktiserende læge om, at ansvaret er overtaget
- Hospitalet sender korrespondancemeddelelse til kommunen og orienterer om, at hospitalet har overtaget ansvaret. Hvis der ønskes yderligere information påføres dette
- Kommunen svarer på korrespondancemeddelelse inden for 3 hverdage og påfører div. oplysninger relevante for monitoreringen samt evt. yderligere oplysninger, se boks nedenfor med yderligere oplysninger
- Kommunen sikrer at der er kvitteret og handlet på målinger, svar, beskeder
- Hospitalet har herefter overtaget monitoreringsansvaret. Hospitalet vurderer løbende, om ansvaret kan overdrages til kommunen.

Boks. Evt. yderligere oplysninger

- Er alarmgrænser ændret i forløbet samt begrundelse herfor?
- Har borgerne fortaget sine målinger efter aftale? (ustabil, glemsom, glemmer at melde afbud m.m.)
- Eventuelle problematikker i brugen af apparatur? (Problemer med at tænde og slukke tablet, høre ”påmindelsestonen”, kolde finger (tablet pen) m.m.)
- Får borgeren hjælp fra pårørende og/ eller sundhedsfaglige personer til at foretage målingerne?
- Hyppighed for målinger, hvis disse er mere end éngang ugentligt og årsag hertil.

Vejledning 8: Overdragelse af monitoreringsansvar – fra hospital til kommune

Formål

At overdrage monitoreringsansvar fra hospital til kommune

Kompetencer

Læge- og sygeplejefaglige

Aktør

Hospital og kommune

Hospitalet vurderer løbende, om eller hvornår monitoreringsansvaret kan overdrages til kommunen.

Handling

- Hospitalet sender korrespondancemeddelelse til kommunen om overdragelse af monitoreringsansvar. I meddelelsen indgår information til kommunen om:
 - specielle udfordringer eller fokusområder samt
 - alarmgrænser og årsagen hertil
 - overdragelsesdato
 - placering af det videre lægelige behandlingsansvar
- Hospitalet vurderer, om det ambulante forløb skal afsluttes og behandlingsansvar overdrages til praktiserende læge:
 - Hvis ja: Hospitalet afslutter forløbet i SP og sender epikrise til borgerens praktiserende læge inkl. meddelelse om, at monitoreringsansvar overdrages til kommunen, og at behandlingsansvaret overføres til almen praksis. Epikrisen markeres med opfølgningskategori ”Gul”, hvilket betyder, at patienten har et særligt behov for opfølgning inden for 14 dage.

- Kommunen svarer på korrespondancemeddelelsen inden for 3 hverdage. I svaret beskrives, hvornår hospitalet kan overdrage ansvaret til kommunen. Det skal kunne finde sted inden for én uge.
- Hospitalet har fortsat ansvaret for opfølgning på data, indtil den aftalte dag for overdragelse af monitoreringsansvaret
- Hospitalet flytter patienten til den kommunale behandlerteam i Telma, før den aftalte dag. Begge behandlerteams er dermed tilknyttet, men hospitalet har ansvaret frem til overdragelsesdatoen
- Hospitalet skal kvittere og handle på alle målinger, svar og opgaver frem til overdragelsesdatoen
- Kommunen redigerer i monitoreringsplanen, hvis der skal ændres i hvilke ugedage borgeren skal foretage målinger eller i hyppigheden af målingerne
- Kommunen orienterer, via telefon eller fremmøde, borgeren om, at det nu er kommunen, der følger op på data og orienterer borgeren, hvis der ønskes ændringer i monitoreringsplan fx andre ugedage
- Kommunen giver borgeren kontaktoplysninger – telefonnr. og træffetid, og sender desuden besked til patienten via Telma. Kommunen har nu overtaget monitoreringsansvaret.

Boks. Evt. yderligere oplysninger

- Er alarmgrænser ændret i forløbet samt begrundelse herfor?
- Har borgerne foretaget sine målinger efter aftale? (ustabil, glemsom, glemmer at melde afbud m.m.)
- Eventuelle problematikker i brugen af apparatur? (Problemer med at tænde og slukke tablet, høre ”påmindelsestonen”, kolde finger (tablet pen) m.m.)
- Får borgeren hjælp fra pårørende og/ eller sundhedsfaglige personer til at foretage målingerne?
- Hyppighed for målinger, hvis disse er mere end éngang ugentligt og årsag hertil.

Vejledning 9: Afslutning af telemedicinsk forløb

Formål

At afslutte patient/borger fra telemedicinsk forløb

Kompetencer

Læge- og sygeplejefaglige

Aktør

Hospital eller kommune

Hvornår afsluttes en patient/borger fra TeleKOL?

Patienten kan udgå af det telemedicinske tilbud ved følgende scenarier:

- Kognitiv svækkelse (eksempelvis demens) samt anden dominerende sygdom der bevirker, at patienten ikke længere kan kooperer/overskue det telemedicinske tilbud eller hvis patienten ikke længere finder tilbuddet relevant.
- Patientens/borgerens død

Afslutning af TeleKOL pga. kognitiv svækkelse

For kommuner

1. Der gives besked til borger og eventuelle pårørende om at de vil blive kontaktet af monitoreringsansvarlig sygeplejerske mhp. afhentning af udstyr.
2. Borgeren afsluttes i Telma, og der skrives journalnotat herom i omsorgssystem.
3. Monitoreringsansvarlig sygeplejerske kontakter patient/pårørende inden for en uge og afhenter udstyr.
4. Monitoreringsansvarlig sygeplejerske afleverer udstyr til kommunens lokale it-afdeling

For hospitaler

1. Der gives besked til patient og eventuelle pårørende om, at de vil blive kontaktet af Telemedicinsk Servicecenter mhp. afhentning af udstyr
2. Patienten afsluttes i Telma, og der skrives journalnotat i SP
3. Telemedicinsk Servicecenter kontakter patient/pårørende inden for en uge og afhenter udstyr. Er patienten meget kognitivt svækket (f.eks. ved demens) og er der ikke pårørende, der kan hjælpe, kan det aftales at have en sundhedsfaglig med.

Afslutning af TeleKOL pga. død

For kommuner

1. Der sættes slutdato på borgers forløb i Telma og vanlig dokumentation i omsorgssystem foretages.
2. Pårørende kontaktes af monitoreringsansvarlig sygeplejerske 8-14 dage efter, at borger er død. Der aftales et, for de pårørende, passende tidspunkt for afhentning af udstyr.
3. Monitoreringsansvarlig sygeplejerske afhenter udstyr og afleverer det til lokal it-afdeling.

For hospitaler

1. Der sættes slutdato på patients forløb i Telma og vanlig dokumentation i SP foretages
2. Pårørende kontaktes af monitoreringsansvarlig 8-14 dage efter patientens død. Der orienteres om at Telemedicinsk Servicecenter ringer og aftaler tid for afhentning af udstyr.
3. Telemedicinsk Servicecenter ringer og aftaler et, for de pårørende, passende tidspunkt.
4. Udstyret afhentes af Telemedicinsk Servicecenter

Vejledning 10: Guide til videosamtale

Aktør

Kommune eller hospital

Kompetencer

Sygeplejefaglige

Formål med vejledningen

For at kommunikationen, og dermed den faglige levering af videomødet, i telemedicin så vidt muligt varetages på en ensartet måde og er af høj kvalitet.

Rammer for videomøde

Placering:

- Vælg et rum hvor mødet kan foregå uforstyrret og under private rammer. Sæt fx et skilt på døren med ”Videokonsultation – vil ikke forstyrres”
- Placér dig centralt i billedet, så du er tydelig for borgeren – undgå at filme dig selv nedefra og op
- Vælg en baggrund som ikke er forstyrrende, fx kan en fyldt opslagstavle virke forstyrrende og signalere rod.

Lyd og teknik:

- Anvend med fordel et head-set (giver den bedste kvalitet)
- Vær opmærksom på om tastelyde fra dit tastatur kan høres af borger og virke forstyrrende
- Sørg for at der er strøm og netværk på udstyr, og at video og lyd fungerer
- Undgå at have en tændt mobil for tæt på, da den kan forstyrre signalet
- Sørg for at øvrige telefoner/tablets er indstillet på lydløs

Lys:

- Anvend evt. en skrivebordslampe til at sikre et godt lys på dig
- Undgå at have sollys i ryggen (giver et mørkt videobillede)

Før videomøde

- Klargør journal og evt. udstyr der skal demonstreres. Aflæs seneste målinger og svar og dan dig et overblik over borgerens tilstand
- Sørg for at rammerne for opkaldet er på plads.

Under videomøde

- Byd velkommen og præsentér dig
- Sæt rammen for samtalen, som tid, samtalens indhold, og at borger er velkommen til at stille spørgsmål undervejs
- Spørg også borger ind til, om der er noget specifikt der ønskes berørt i samtalen
- Kontrollér at du sidder overfor den rette borger ved at få oplyst borgers navn og cpr. nr. (kun relevant hvis ikke du kender borger) samt hvor borger befinder sig i tilfælde af, at der opstår brug for akut fysisk hjælp
- Sørg for at lyd- og billedkvalitet er i orden. Bed evt. borger om at indstille tablet/eller eksternt kamera, så man kan se mest mulig af borger og ikke kun loft, øverste halvdel af ansigtet etc.
- Spørg om borger kan se og høre dig tydeligt
- Spørg til om borgeren er alene eller ønsker at evt. pårørende deltager ved samtalen
- Fortæl borger om opnåelse af øjenkontakt ved at kigge i kameraet, sig fx ”*når vi har øjenkontakt, så kigger jeg ind i kameraet. Når du ser, jeg kigger ned, så er det ikke fordi jeg er ukoncentreret, men så kigger jeg på dig på skærmen*”

Overhold tidspunkt for opkaldet. Det er vigtigt at gennemføre til aftalte tid - det at starte et besøg senere end aftalt skal helst undgås, da ventetid opleves lang, når man sidder klar til at blive ringet op.

Efter videomøde

- Dokumentér i SP eller omsorgsjournal.
- Fortæl borger, hvad næste skridt er, f.eks. spørgeskema, målinger, næste videomøde eller lign.

Vejledning 11: Selvhjælpsplan

Formål

At borgere med KOL bliver bedre til at

- Håndtere egen sygdom
- Reagere på symptomer
- Forebygge forværringer
- Undgå unødvendige indlæggelser

Selvhjælpsplanen er et sundhedspædagogisk redskab, som kan hjælpe borgeren til at opnå viden, overblik og styrke mestringssevne til at observere egne symptomer og reagere hensigtsmæssigt ved brug af tillærte øvelser, behandling, ændring af vaner og håndtering af angst.

Selvhjælpsplanen er borgerens egen plan. Der afstemmes forventninger fra start med borger og evt. pårørende som med fordel kan involveres i udfærdigelsen af selvhjælpsplan

Aktør

Kommunen eller hospitalet vejleder borger/patient

Kompetencer

Sygeplejefaglige.

Handling

Udfylde selvhjælpsplan sammen med borger/patient og gennemgå brugen af denne. Løbende evaluere selvhjælpsplan og tilføje flere handlinger, som styrker borger/patient.

	Grøn	Gul	Rød
	Jeg har det som jeg plejer	Mere påvirket end jeg plejer Orker ikke så meget – er uoplagt	Meget mere påvirket end jeg plejer. Markant forværring af symptomer Føler mig syg
Åndenød	Jeg kan gå__(f.eks. rundt om blokken)_____uden at få åndenød Kan udføre de aktiviteter jeg plejer F.eks__(dgl. Øvelser/gå på trappe etc.)_____ Vanlig iltmætning:	Åndenød er forværret (en del) og må holde flere pause eller er længere tid om vanlige aktiviteter Når ikke så meget som jeg plejer	Åndenød meget mere end vanligt. F.eks. med pibende og hivende vejrtrækning _____ Må opgive at lave vanlige aktiviteter Svært ved at ligge ned og sove pga. åndenød Behov for behovs medicin øges og den varer i kortere tid Iltmætning er faldet under: _____
Handlinger	Udfør vanlige aktiviteter Tag din faste inhalationsmedicin Brug/øv gerne vejrtrækningsteknik	Udfør vanlige aktiviteter Blot med flere pauser Tag din faste inhalationsmedicin Brug akut inhalationsmedicin(blå) hver 4 time evt. før aktivitet Brug evt. pep-fløjte/vejrtrækningsteknik	Kontakt din telesygeplejerske eller egen læge. Tag din faste inhalationsmedicin og tag ekstra akut inhalation(blå) evt hver 2 time Vurder om åndenød aftager

		Brug evt. energibesparende teknikker Overvej om det kan skyldes vejrskift	efter brug af inhalationsmedicin Tag en rolig dag med lettere aktiviteter. Det er vigtigt at komme mest muligt ud af sengen, sidde mest muligt i stol og evt. gå en lille tur Benyt energibesparende teknikker Brug evt. pep-fløjte flittigt/vejrtrækningsteknik
<i>Angst</i>	For at undgå angst	Ved angstanfald. Kan opstå ved åndenødsanfald	Ved svær angstanfald
Handlinger	Sørg for at være udhvilet Gå tur dgl. Øv vejtræknings-/mindfulnessøvelser(f.eks. fra lungeforeningen)	Brug behøvs medicin mod åndenød/pep-fløjte/mindfulness/vejtrækningsøvelser Forsøg at aflede tankerne f.eks. lyt til musik, se tv, ring til en ven	Tag oxapax/oramorph efter behov + hvile, mens der lyttes til mindfulness Tidligere erfaringer_____
Hoste/slim	Hoster som vanlig eller ingen hoste eller ekspektorat	Mere hoste (en del) Mere opspyt (en del) Evt. mere sejt og lysgult opspyt	Hoster meget mere Meget mere opspyt fra lungerne Opspyttet bliver mere betændelsesagtigt – gulligt/grønt Evt. feber
Handlinger	Brug din pep-fløjte som	Brug din pep-fløjte hyppigere	Kontakt din telesygeplejerske

	vanlig Udføre vanlige aktiviteter	Udføre vanlige aktiviteter blot med flere pauser. Benyt gerne vejtrækningsteknikker Drik rigeligt	eller egen læge. Brug din pep-fløjte Drik rigeligt gerne 2 l Hvis gult el grønt opspyt indsendes spytprøve
Forstoppelse	Normal afføring	Af og til forstoppelse	Oplever ofte forstoppelse
Handlinger		Drik rigeligt Motioner mest muligt Spis gerne fiberrigt, svesker o. lign. Afføringsmiddel: _____ efter behov.	Drik rigeligt Motioner mest muligt Spis gerne fiberrigt, svesker o. lign. Afføringsmiddel fast: _____ og _____ efter behov _____ Ved morfin præparater efter behov tages: _____
Ernæring/Vægt	Min vægt: _____ Jeg har appetit som vanligt	Mindre appetit end vanligt. Vægttab? Pludselig vægtstigning – opmærksom på hævede ben	Ingen appetit Vægttab Pludselig vægtstigning – opmærksom på hævede ben
Handlinger	Vejning min. X 1/mdr. Lav store portioner mad, når du har det godt, som kan fryses ned og spises ved forværring	Ugentlig vejning Supplerer med energirige mellemmåltider evt. p-drikke Drik kun væske med kalorier Sørg for at der er rart hvor du spiser – luft ud Drik evt. 1 lille glas juice for at fremme appetitten 20 min før måltidet Spis en vitaminpille ved nedsat appetit og fokuser på energi- og proteinrig kost	Vejning x 1/uge Suppler med p-drikke 2-3 dgl. Spis 6 mindre måltider Søg råd i lungeforeningens madpjece: Mad til lungepatienter Søg læge mhp. Henvielse til diætist Spis en vitaminpille ved nedsat appetit og fokuser på energi- og proteinrig kost Det grønne er kun til pynt

		Pludselig vægtstigning – skyldes det hævede ben. Søg læge mhp. Vanddrivende/støttestrømper – evt. dgl vægt	En kalorie er en kalorie så tilsæt smør, fløde, olie alt der feder Vælg de lette løsninger. Der kan købes mange færdigretter/optø mad fra fryseren Fungerer maven
Søvn	Jeg sover normalt ____ timer	Sovet lidt dårligere Evt. vågnet x flere med åndenød	Sovet meget dårligere Evt. vågnet x mange med åndenød Evt. trang til at sidde op at sove pga. åndenød
Handlinger		Brug pep-fløjte 1-2 timer før sengetid Tag behovsmedicin	Tag kontakt til egen læge/KOL telefon Brug pep-fløjte 1-2 timer før sengetid + efter behov Tag behovsmedicin
Mundtørhed	Mindske mundtørhed – ofte bivirkning til inhalationsmedicin		Udtalt mundtørhed
Handlinger	Skyl mund/børst tænder efter inhalation evt. før+efter måltider Drik rigelig		Drik rigelig vand Brug sukkerfrie syrlige pastiller/sukkerfrit tyggegummi Spytstimulerende midler f.eks. gel/spray/tandpasta
fejlsynkning	Ingen problemer med at spise og drikke	Hoster og rømmer sig ved mad og drikke Øget åndenød ved måltider Våd eller grødet stemme efter mad og drikke	Maden kommer”i den gale hals” Åndenød ved måltid Har svært ved at sætte synket i gang Uforklarlig vægttab og gentagne lungebetændelser
Handlinger		Brug evt. pep-fløjte for at rense	Kontakt egen læge mhp.

		luftveje for slim inden måltidet Sid oprejst når du spiser og drikker	Vurdering hos ergoterapeut Blød og let tyggelig kost og tilsæt væde for at gøre maden mere flydende Minimer samtale Spis langsom og små mundfulde Hyppige små måltider Undgå meget tynde drikkevarer
Inkontinens	Normal vandladningsmønster	Hyppigere vandladning Har svært ved at holde på vandet	Svært ved at nå på toilettet/akut vandladningstrang/ Er bange for at tisse i bukserne Undlader at drikke/undlader at gå ud Svært ved at holde på gas og vand ved hoste og åndenød Hyppige natlige vandladninger
Handleringer	Drik 1,5 l. væske dgl. Træning af bækkenbund – søg evt. lunge.dk/baekkenbund	Søg læge mhp. Evt. blærebetændelse	Vurdering af mulig blærebetændelse via egen læge + 65 år henvise til bækkenbundsvurdering i Kbh. Kommune/Frederiksberg Evt trusseindlæg/ble via visitation

AKUT dårlig	MEGET mere åndenød både ved aktivitet men evt. også i hvile Bliver bange Føler dig sløv og forvirret Blåfarvning af læber Saturation i hvile mindre end _____	Hoster meget mere Meget mere slim Evt. farveskift til gulligt/grønt Evt. pibende vejtrækning	RING 112/1813 for at få tilkaldt en ambulance. Lås døren op Tag ekstra akut medicin f.eks. <u>2-5 sug</u> gentag efter 15 min. Tag ikke flere inhalationer, hvis du får hjertebanken og ryster meget på hænderne Find god hvilestilling Brug fløjtemund/PEP fløjte Orientér pårørende
	Min medicin Tag din faste medicin	Forebyggende inhalator: _____	Akut inhalationsmedicin Tag _____ sug Tag ikke flere inhalationer, hvis du får hjertebanken eller ryster meget på hænderne

Kontakt	Egen læge	Telesygeplejerske	Pårørende
	Tlf _____	Tlf. _____	Tlf. _____
	Træffes: _____	Træffes: _____	

Mit hverdagsliv og de forbedringer jeg ønsker at opnå

Hvad jeg gerne vil opnå	Hvornår	Hvordan
Fysisk aktivitet – du kan lave hjemme evt. Træningstilbud i lokalområdet		
Rygestop		
Vægttab		

--	--	--

Udformning af selvhjælpsplan

Selvhjælpsplanen udformes i samarbejde med patient. Fold kun symptomer ud, der er relevante for den enkelte borger/patient og individualiser plan ved at inddrage borgerens/patientens egne erfaringer.

Skemaet indeholder forslag til mulige interventioner.

Vejledning 12: Sygeplejefaglig specialistrådgivning

Formål

De monitoreringsansvarlige sygeplejersker i kommunerne kan få sygeplejefaglig rådgivning af erfarne lungesygeplejerske ift. problematikker relateret til den telemedicinske monitoreringsopgave eller problematikker i relation til KOL.

Rådgivningen skal, ud over at støtte kommunale telemedicinske sygeplejersker i faglige spørgsmål, være medvirkende til at skabe et godt tværsektorielt samarbejde, og bidrage til fælles læring og videndeling.

Aktør

Kommunen eller hospitalet

Kompetencer

Sygeplejefaglig specialist/lungesygeplejerske fra lungeambulatorium

Rådgivningen omfatter generelle sygeplejefaglige spørgsmål

Rammer for rådgivningen

Telefonisk sparring i relation til ikke-akutte problematikker vedr. generelle spørgsmål;

Telefonen på lungeambulatoriet betjenes af sekretær, der sender besked til en lungesygeplejerske, der efterfølgende tager kontakt

Rådgivningen omfatter

Sygeplejefaglig sparring ift. optimering af en borgers KOL-forløb; herunder håndtering af problematikker af generel karakter eks. i forbindelse med inhalationsmedicin, ernæring mv.

Rådgivningen kan ikke vedrøre problematikker relateret til en specifik borger og lungesygeplejersken tilgår ikke de telemedicinske data

Hverken den kommunale sygeplejerske eller lungesygeplejersken i ambulatoriet har journaliseringspligt

Setup:

Den kommunale sygeplejerske kan kontakte lungeambulatoriet i det planområde, som kommunen er en del af. Der kan evt. aftales et passende tidsrum, hvor lungesygeplejerske bedst træffes – det kan være forskelligt fra ambulatorie til ambulatorie. Kontakten foregår telefonisk.

Vejledning 13: Registreringspraksis for hospitaler

Formål

Korrekt registrering af data i elektronisk patientjournal og indberetning til Landspatientregisteret

Kompetencer

Sygeplejerske evt. assisteret af sundhedsadministrative medarbejdere

Aktør

Hospital

Forløbslabel på forløbselement	ALAL21	Kronisk obstruktiv lungesygdom
Forløbsmarkør for opstart af TeleKOL	AJE98A	Anden hjemmebehandling, start
Forløbsmarkører for afslutning af TeleKOL	AJE98X	Anden hjemmebehandling, slut

TeleKOL-ydelse	Kontakttype LPR	Ydelsesbeskrivelse	SKS-kode
Opstart	Fysisk fremmøde	Oplæring ifm. hjemmebehandling	BWKC
Opstart	Udekontakt	Hjemmebesøg Oplæring ifm. hjemmebehandling	AAF6 BWKC
Behovssamtale	Virtuel kontakt	Telefonkonsultation	BVAA33A
Behovssamtale	Virtuel kontakt	Videokonsultation	BVAA33D
Opfølgningssamtale	Fysisk fremmøde	Kontrol ifm. hjemmebehandling	ZZ0151B
Opfølgningssamtale	Udekontakt	Hjemmebesøg Kontrol ifm. hjemmebehandling	AAF6 ZZ0151B
Status	Virtuel kontakt	Telefonkonsultation	BVAA33A
Status	Virtuel kontakt	Videokonsultation	BVAA33D
Status	Ingen LPR-kontakt	Skriftlig klinisk kommunikation med patient	BVAC19

Vejledning 14: Anbefaling til kommunal dokumentation af Telemedicin

Formål

En anbefaling til dokumentation i kommunerne, som understøtter ensartet, og lovpligtig dokumentation

Kompetencer

Kommunale medarbejdere med sygepleje/sundhedsfaglig baggrund, der løser opgaver inden for Sundhedslovens §138 – Telemedicin, og er gennemset/kommenteret af alle landsdele i det nationale Telehjerte projekt.

Aktør

Kommune

Anbefaling til kommunal dokumentation af Telemedicin

En anbefaling til dokumentation i kommunerne, som understøtter ensartet, og lovpligtig dokumentation

Gitte Femerling, Lisa Jeppesen, Louise Nors Hansen

Landsdel Hovedstaden

Review: Landsdelene Syd, Nord, Sjælland og Midt

Version: 2.0 d.23/5 2025

Forord:

Digital sundhedsfaglig behandling efter sundhedslovens § 5 omfatter: Undersøgelse, Diagnosticering, Sygdomsbehandling, Fødselshjælp, Genoptræning, Sundhedsfaglig pleje, Forløbsprogrammer. Der er tale om digital sundhedsfaglig behandling, når en autoriseret sundhedsperson behandler en konkret patient og behandlingen foregår ved hjælp af digital teknologi – fx videokonsultation, hjemmesider til skriftlige konsultationer og apps, der muliggør hjemmemonitorering.

Telemedicin kan kort defineres som: *Digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand* (Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin).

I forhold til dokumentation af Telemedicinske ydelser i kommunerne, har Styrelsen for Patientsikkerhed i 2023 vurderet, at Telemedicin er sundhedsfaglig behandling, og dokumenteres, efter Sundhedslovens §138, da det er en lægehenvist opgave og en opgave, som kommunerne er forpligtet til at udføre.

Telemedicin skal dokumenteres efter Sundhedslovens §138 uanset hvor i kommunen, den telemedicinske opgave har organisatorisk ophæng – også selvom der samtidig leveres Rehabilitering efter Sundhedslovens §119.

Styrelsen for Patientsikkerhed understøtter, at der sker en ensartet dokumentation på området, så der kan samles data på tværs af kommunerne.

Nærværende vejledning til dokumentationspraksis understøtter mulighed for at se, og sammenligne data på tværs af kommunerne. Data flyder videre til de nationale indberetningssteder: Sundhedsdatastyrelsen (FLIS), og Den Kommunale Gateway, Derudover sendes data til Sundhedsjournalen/Sundhed.dk.

Dokumentet henvender sig til kommunale medarbejdere med sygepleje/sundhedsfaglig baggrund, der løser opgaver inden for Sundhedslovens §138 – Telemedicin, og er gennemset/kommenteret af alle landsdele i det nationale Telehjerte projekt.

Følger man anbefalingerne, særligt i forhold til Sygeplejefaglig Udredning, som er beskrevet i nærværende dokument, anbefales det, at man orienterer og opdaterer lokale instrukser/procedurer med nedenstående afsnit:

Den monitoreringsansvarliges opgaver er introduktion til brug af udstyr/registrering af målinger, opfølgning på disse, samt video/telefonmøder. Den monitoreringsansvarlige følger op på de tilstande, som er en del af den telemedicinske opgave fx også en evt. angstproblematik. Den monitoreringsansvarlige har ansvar for at hjælpe den telemedicinske borger/patient videre til Kommunal Sygepleje eller egen læge, hvis de som eneste leverandør af sundhedsydelser til borger, konstaterer, eller får oplyst, at borger har brug for behandling ud over monitorering. Hvis borger modtager sundhedsydelser udover telemedicin, vil denne leverandør (typisk Hjemmesygeplejen) sørge for udfyldelse af den sygeplejefaglige udredning, og den monitoreringsansvarlige dokumenterer udelukkende i tilstande, som understøtter den telemedicinske opgave.

§ 138

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen.

Indhold

Anbefaling til kommunal dokumentation af Telemedicin	1
Forord:	2
Systemadministration	6
Dokumentation af Kommunal Sygepleje*	7
Lokale instrukser og vejledninger	8
Hvorfor skal vi dokumentere*	8
Workflow.....	9
Opret journal	10
Følg lokale retningslinjer for oprettelse af ny journal	10
Opret henvendelse	10
Forebyggelses og Sundhedstilbud	10
Sygeplejefaglig udredning – eller en Tilstand?.....	11
Hvad SKAL dokumenteres i journalen	11
Helbredsoplysninger	13
Samtykke	13
Udlån af udstyr	13
Opret indsatser.....	13
Planlæg indsatser i kalender	16
Evaluering	16
Opfølgning	16

Hvis borger/patient ikke dukker op til videokontakt	16
Generelt.....	17
Røde målinger:	17
Gule målinger.....	17
Grønne målinger.....	17
Blå målinger	18
Grå målinger.....	18
Prioritering	18
Korrigerig af baseline.....	18
Registrering og journalføring	19

Systemadministration

- Konfigurering af Telemedicinske ydelser
- Oprettelse af SOR kode hos SOR (hvis ikke der er SOR kode i forvejen på leverandøren, som leverer Telemedicin)
- Oprettelse af SOR kode som behandlingssted (Styrelsen for Patientsikkerhed), hvis det er tale om en ny leverandør
- Oprettelse/tildeling af rettigheder til medarbejdere, som skal arbejde i EOJ, hvis det er en ny leverandør

Det skal sikres, at rollerne for Forløbsprogram medarbejdere og Monitoreringsansvarlige kan se hinandens dokumentation i EOJ

Dokumentation af Kommunal Sygepleje*

Dokumentation for Kommunal sygepleje består af flere elementer fx:

Stamdata

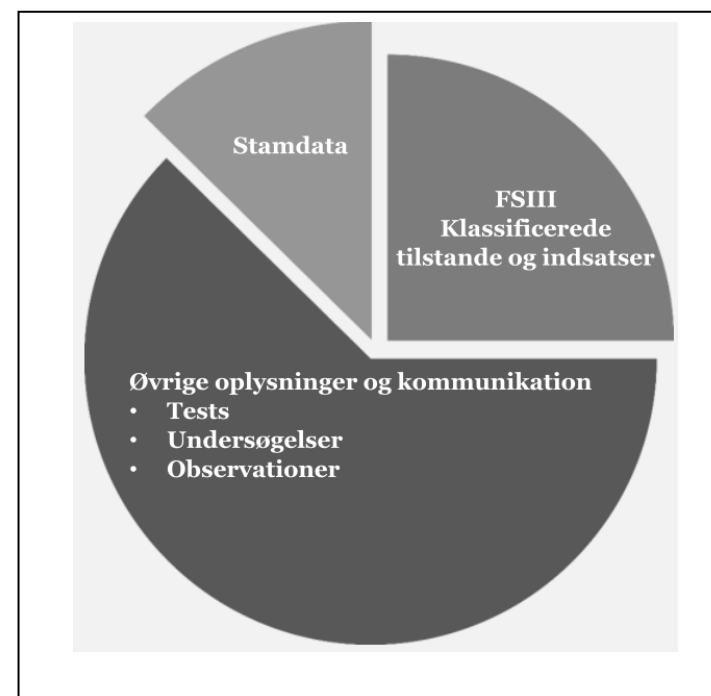
Oplysninger om borgeren som fx borgers navn, CPR-nummer, kontaktoplysninger, pårørende, egen læge m.v.

Klassificerede tilstande og indsatser

Fælleskommunale tilstande og indsatser er udarbejdet på en række Funktionsområder fx Kommunal pleje- og omsorg, **Kommunal sygepleje**, Kommunal genoptræning efter sygehusophold mv.

Øvrige oplysninger om borger og kommunikation

Øvrige relevante oplysninger om borger (helbredsoplysninger), pårørende, særlige forhold vedr. borgers hjem, observationer vedr. borger, tidlig opsporing mv.



*) KL Pixiguide ”En guide til dokumentation – Kommunal sygepleje. Sundhedslovens § 138, 2024

Lokale instrukser og vejledninger

Hvis det vurderes relevant at supplere denne fælleskommunale anbefaling med praksisnære instrukser og vejledninger, er dette en opgave, der ligger i kommunen. Anbefalingen vil give mulighed for at understøtte lokale arbejdsgange og tilpasse til den brugergrænseflade, der anvendes (It-systemet). Der kunne fx benyttes billeder fra egen opsætning af brugergrænseflade ind i de praksisnære instruktioner og vejledninger, for på den måde at understøtte en mere illustrativ form lokalt.

Hvis man er ene leverandør i forhold til Telemedicin, og man ikke udfører en sygeplejefaglig problemudredning, men kun opretter de helbredstilstande, som understøtter den telemedicinske opgave, er det vigtigt, at det af lokale instrukser fremgår, at man som monitoreringsansvarlig er forpligtet til at reagere på ændringer i borgers symptomer – udover de symptomer, som er en del af den telemedicinske tilstand. Dette gælder både hvis borger oplyser om symptomer, og hvis man selv iagttager symptomer. I sådanne tilfælde, skal den monitoreringsansvarlige viderehenvise borger – enten til egen læge eller til Hjemmesygeplejen.

Hvorfor skal vi dokumentere*

Patientsikkerhed

Jf. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser udredes borgeren i forhold til problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder. Styrelsen for Patientsikkerhed går tilsyn på behandlingssteder, der leverer Kommunal sygepleje. Tilsyn er altid anmeldt på forhånd. Målet er at understøtte patientsikkerheden. Borger har mulighed for at rette 'en bekymringshenvendelse' til Styrelsen for Patientsikkerhed, eller klage til Styrelsen for Patientklager.

Kvalitetsudvikling

Udgangspunktet for kvalitetsudvikling er, at der eksisterer en gensidig forståelse og et fælles sprog om de opgaver, der løses. Derfor er det vigtigt, at der er skriftlighed om indsatsernes opstart, varighed og indhold mv.

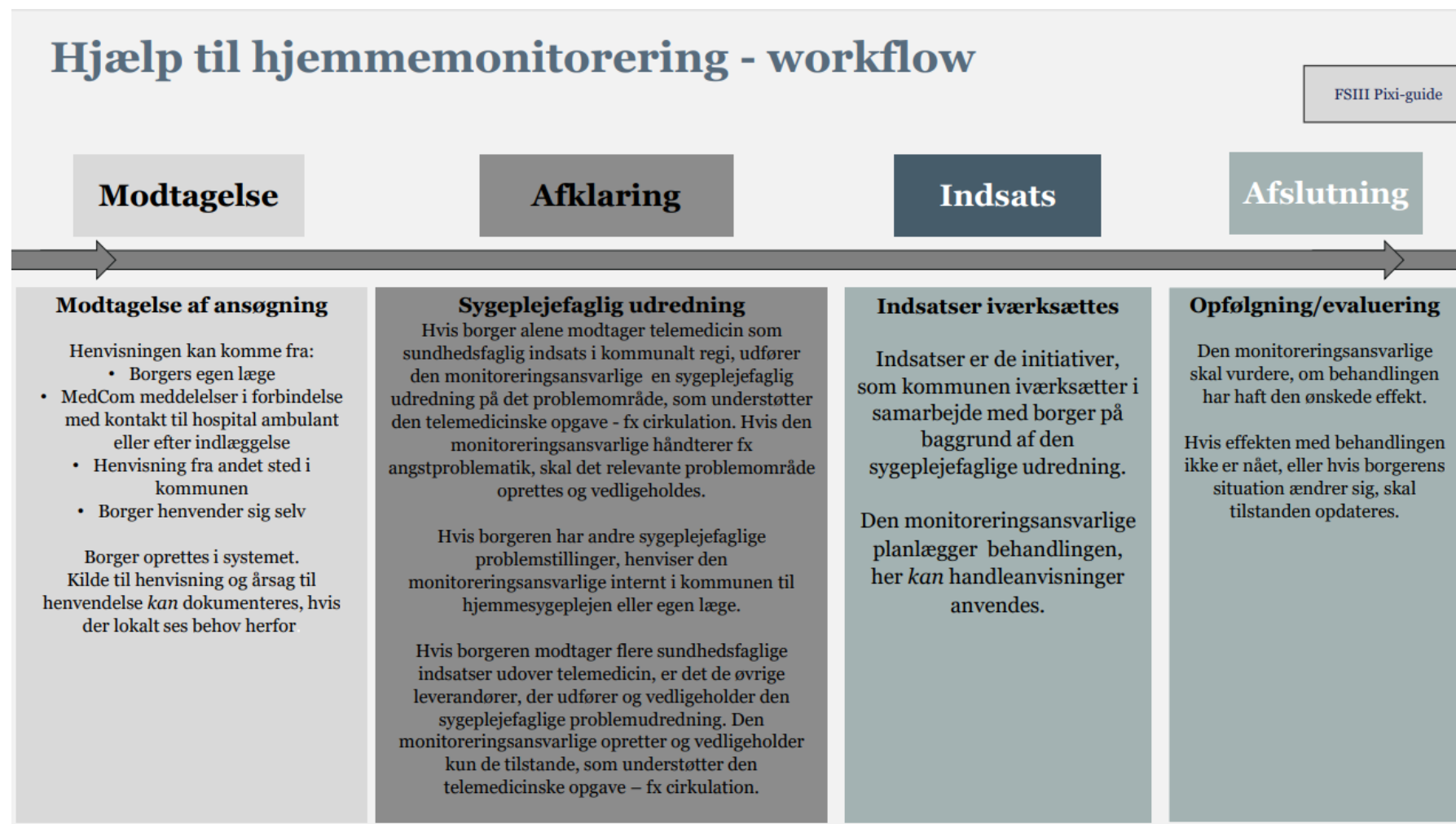
Koordinering

Typisk er der flere medarbejdere, der kommer i borgerens hjem, og derfor vil der være behov for kommunikation om fx diverse aftaler med borger eller pårørende, eller særlige forhold der knytter sig til borgers situation.

Planlægning og styring

På funktionsområdet Kommunal sygepleje er der behov for planlægning af udførelse af behandling hos borger samt koordinering med fx andet sundhedsfagligt personale og sikre, at der altid er de rette kompetencer til opgaven.

HVIS der ikke leveres nogen sundhedslovsindsatser (monitoreres/afholdes videomøder), men udelukkende udleveres udstyr, skal der ikke oprettes et sundhedsfagligt forløb i EOJ.



*) KL Pixiguide ” En guide til dokumentation - Kommunal sygepleje Sundhedslovens § 138 – version 1.1

Opret journal

Følg lokale retningslinjer for oprettelse af ny journal

Opret henvendelse

De fleste kommuner opretter henvendelse, hvor der dokumenteres hvem der henviser, årsag osv. Følg lokale arbejdsgange.

Forebyggelses og Sundhedstilbud

Der er i de sundhedsfaglige grundlag på tværs af landsdele generelt lagt op til et tæt samarbejde mellem de monitoreringsansvarlige og personalet, der står for Forløbsprogrammerne i kommunen. Det anbefales derfor, at man ved modtagelse af henvisning til monitorering, eller henvisning til Forløbsprogram for hjertesvigtspatienter, indtænker hinanden, så det sikres, at borger altid tilbydes både monitorering og et eller flere kommunale forløbsprogrammer. Det anbefales, at man orienterer sig i hinandens dokumentation i EOJ, så der sikres så stor indsigt som muligt i borgers tilstand.

Sygeplejefaglig udredning – eller en Tilstand?

Den monitoreringsansvarliges opgaver er introduktion til registrering af målinger, opfølgning på disse, samt video/telefonmøder. Derudover har den monitoreringsansvarlige ansvar for at hjælpe den telemedicinske borger/patient videre, hvis de som eneste leverandør af sundhedsydelser til borger, konstaterer, eller får oplyst, at borger har brug for behandling ud over monitorering. Hvis borger modtager sundhedsydelser udover telemedicin, vil denne leverandør (typisk Hjemmesygeplejen) sørge for udfyldelse af den sygeplejefaglige udredning, og den monitoreringsansvarlige dokumenterer udelukkende i tilstanden, som understøtter den telemedicinske opgave.

- Hvis borger kun modtager Telemedicin som en sundhedsfaglig indsats i kommunalt regi, laver den monitoreringsansvarlige en sygeplejefaglig udredning på problemområdet fx cirkulation. Hvis den monitoreringsansvarlige håndterer fx angstproblematik, skal det relevante problemområde oprettes og vedligeholdes.
- Hvis borgeren har tegn på andre sygeplejefaglige problemstillinger, henviser den monitoreringsansvarlige internt i kommunen til Hjemmesygeplejen eller egen læge
- Hvis borger modtager flere sundhedsfaglige indsatser udover Telemedicin, er det de øvrige leverandører, der udfører og vedligeholder den sygeplejefaglige problemudredning. Den monitoreringsansvarlige opretter og vedligeholder kun den tilstand, som understøtter den telemedicinske opgave – fx cirkulation.

Hvad SKAL dokumenteres i journalen

Følg lokale arbejdsgange for hvor hvad der dokumenteres – fx i tilstanden, eller hvis man bruger handlingsanvisning

- Hvad symptomerne er
- Hvem der er behandlingsansvarlig
- Evt. amb kontrol (hospital og/eller egen læge)
- Referenceværdier indsættes i målinger eller i tilstanden
- Behandlingsplan ved forværring fra læge

- Målinger der udløser gule og røde alarmer dokumenteres i EOJ. (fagligt notat el. målinger).
- At patienten og andre sundhedsfaglige kan tilgå patientens egne målinger i Sundhed.dk/Sundhedsjournalen, da de overføres automatisk hertil fra den telemedicinske løsning”
- I forbindelse med registrering af måling, udfylder borger/patient et spørgeskema. Her kan angives symptomer, som ikke altid giver sig udslag i målingen. Evt. symptomer fra spørgeskemaet dokumenteres i tilstanden/observation
- Derudover dokumenteres det, at borger/patient er orienteret om, at dette tilbud **ikke understøtter akut beredskab, og at borger skal kontakte læge/112 ved akut behov for lægehjælp.**
- Obs Samtykke til behandling – se Samtykke
- Hvis der er udarbejdet en selvhjælpsplan, anføres dette i tilstanden
- Frekvens for indsendelse af målinger, som f.eks. vægt og spørgeskemabesvarelse.
- Hvilke dage, der tjekkes indsendte målinger. Alle tiltag der vurderes at have betydning for patientens forløb og videre plan dokumenteres i EOJ
- Frekvens for kontakt
- Om der er særlige kommunikationsmåder med borger
- Om borger foretrækker video/telefon
- Det anføres i fx Handlingsanvisningen, at der kvitteres i Telma for at målinger er set
- Ved manglende målinger eller udeblivelser: Beskriv hvad der er aftalt med borger, hvis borger ikke udfører sine målinger eller logger på videomødet til aftalt tid. Skal borger ringes op – skal pårørende kontaktes?
Det vil være individuelt fra sted til sted hvordan der handles ved udeblivelse fra videokontrol/ikke indsendte målinger.
- Målet med det Telemedicinske tilbud beskrives, fx ”sygdomsmestring”, ”indsigt i symptomer” eller andet

Helbredsoplysninger

I forbindelse med første møde med borger/patient indhentes helbredsoplysninger, som dokumenteres i EOJ.

Samtykke

Der dokumenteres samtykke til den telemedicinske behandling. Der dokumenteres også samtykke ved videregivelse og/eller indhentning af helbredsoplysninger. I forhold til opslag i "Sundhed.dk" kræves ikke samtykke, hvis der er behandlingsansvar, i dette tilfælde i form af monitoreringsansvar.

Hvis der er kontakt til lægelig instans, indhentes og dokumenteres samtykke.

Hvis der er kontakt til pårørende, indhentes og dokumenteres samtykke til dette.

Hvis der er behov for at åbne FMK og se medicin, skal der indhentes mundtligt samtykke til dette (anbefales dokumenteret i EOJ), hvis man ikke i forvejen fører medicinskema.

Udlån af udstyr

I forbindelse med udlån af udstyr til borger. Det er op til den enkelte kommune at have lokale arbejdsgange for dette.

Opret indsatser

Se anbefaling til opsætning af indsatser i EOJ, så der sikres ensartet dokumentationspraksis på tværs af kommuner samt korrekt indberetning til Sundhedsdatastyrelsen og Gateway.

Første tabel beskriver nuværende FSIII (classic) Anden tabel beskriver opsætning efter Forenklingen af FSIII . Eksempel er Telehjerte.

Dokumentation – Telehjerte – indsatser for kommuner – INDEN Forenkling af FSIII

Sundhedslov §138

Område FS111	Tilstand FS111	Niveau 2 indsats	Niveau 3 indsatser	Leveringsmetode	Omfang/hyppighed/konfiguration	Estimeret tid og forslag til indhold i indsatsen						
Respiration og Cirkulation	Cirkulation	Vejledning	Ydelse 1: Telehjerte – Opstart samtale	Fysisk i borgers hjem	Engangsydelse 1,5 timer (ekskl. Transport) <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td>engangsydelse</td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag		engangsydelse	Opstart - Information om telemedicin - Opsætning af udstyr hos borger - Oplæring af borger
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
	engangsydelse											
Ikke ATA tid, men administrationstid			Registreres ikke som borgerrelateret ydelse	Dokumentation Fysisk klargøring af udstyr	Ca. 1,5 time	- Bestilling af udstyr - Oprettelse i den telemedicinske løsning - Klargøring af udstyr						
Respiration og Cirkulation	Cirkulation	Vejledning	Ydelse 2: Telehjerte – Behovssamtale (borgerens initiativ)	Telefon/Video	v. behov 30 min – 3 timer <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag			Pædagogiske understøttelse af borger - Psykisk støtte - Yderligere behov for oplæring - Fastholde borgeren i at kunne bruge den telemedicinske løsning ved at indsætte ekstra måling og video
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
Ikke ATA tid Kommunerne skal registrere aflæsning af monitoreringsdata			Der vælges en af følgende muligheder ud fra hvad der passer bedst ind i opgavens organisering i kommunen: 1. Bestil en ydelse uden at booke borgers kalender 2. En 0 ydelse 3. Aflæsning direkte i Telma	Borgerrelateret dokumentation	Ca. 15 min	Det typiske telemedicinske forløb At monitorere på indsendte data, kvittere i Telma og igangsætte relevante handlinger						
Respiration og Cirkulation	Cirkulation	Vejledning	Ydelse 3: Telehjerte – Opfølgende samtale (sygeplejerskens initiativ)	Telefon/Video	ved behov 15 min – 1 time. <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag			Afklaring af borgerstilstand Opfølgning på forløbet og eller borgerkontakt ved væsentlige afvigende monitoreringsdata Fortage video/telefonmøde med borger
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
Respiration og Cirkulation	Cirkulation	Vejledning	Ydelse 4: Telehjerte – afslutning af borgerforløb og hjemtagning af udstyr	Borger hjem/ div. Systemer	30 min. – 70 min. engangsydelse <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td>Engangsydelse</td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag		Engangsydelse	Afslutning af det telemedicinske forløb - Afslutning af borger i den telemedicinske løsning og i EOJ Hjemtagning af udstyr (hvis det ligger i sygeplejen) - Aftale med borger/pårørende for afhentning af udstyr - Afhentning af udstyr (ekskl. Transport)
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
	Engangsydelse											
Ikke ATA tid, men administrationstid			Registreres ikke som borgerrelateret ydelse	Dokumentation Fysisk afhentning af udstyr	Ca. 1,5 time	- Evt. koordinering med tekniker - Rengøring af udstyr og lagerstyring - Lukning af forløb i Telma og EOJ						

Dokumentation – Telehjerne – indsatser for kommuner – EFTER Forenkling af FSIII

Område FS111	Tilstand FS111	Niveau 2 indsats	Niveau 3 indsatser	Leveringsmetode	Omfang/hyppighed/konfiguration	Estimeret tid og forslag til indhold i indsatsen						
Respiration og Cirkulation	Cirkulations Problemer	Hjælp til Hjemme monitorering Relateret til hjerte	Ydelse 1: Telehjerte – Opstart samtale	Fysisk i borgers hjem	Engangsydelse 1,5 timer (ekskl. Transport) <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td>engangsydelse</td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag		engangsydelse	Opstart - Information om telemedicin - Opsætning af udstyr hos borger - Oplæring af borger
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
	engangsydelse											
Ikke ATA tid, men administrationstid			Registreres ikke som borgerrelateret ydelse	Dokumentation Fysisk klargøring af udstyr	Ca. 1,5 time	- Bestilling af udstyr - Oprettelse i den telemedicinske løsning - Klargøring af udstyr						
Respiration og Cirkulation	Cirkulations Problemer	Hjælp til Hjemme monitorering Relateret til hjerte	Ydelse 2: Telehjerte – Behovssamtale (borgerens initiativ)	Telefon/Video	v. behov 30 min – 3 timer <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag			Pædagogiske understøttelse af borger - Psykisk støtte - Yderligere behov for oplæring - Fastholde borgeren i at kunne bruge den telemedicinske løsning ved at indsætte ekstra måling og video
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
Ikke ATA tid Kommunerne skal registrere aflæsning af monitoreringsdata			Der vælges en af følgende muligheder ud fra hvad der passer bedst ind i opgavens organisering i kommunen: 1. Bestil en ydelse uden at booke borgers kalender 2. En 0 ydelse 3. Aflæsning direkte i Telma	Borgerrelateret dokumentation	Ca. 15 min	Det typiske telemedicinske forløb At monitorere på indsendte data, kvittere i Telma og igangsætte relevante handlinger						
Respiration og Cirkulation	Cirkulations Problemer	Hjælp til Hjemme monitorering Relateret til hjerte	Ydelse 3: Telehjerte – Opfølgende samtale (sygeplejerskens initiativ)	Telefon/Video	ved behov 15 min – 1 time. <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag			Afklaring af borgerstilstand - Opfølgning på forløbet og eller borgerkontakt ved væsentlige afvigende monitoreringsdata - Fortage video/telefonmøde med borger
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
Respiration og Cirkulation	Cirkulations Problemer	Hjælp til Hjemme monitorering Relateret til hjerte	Ydelse 4: Telehjerte – afslutning af borgerforløb og hjemtagning af udstyr	Borger hjem/ div. Systemer	30 min. – 70 min. engangsydelse <table><tr><td>Tid</td><td>ttmm</td></tr><tr><td>Dag</td><td>Hverdage/dag</td></tr><tr><td></td><td>Engangsydelse</td></tr></table>	Tid	ttmm	Dag	Hverdage/dag		Engangsydelse	Afslutning af det telemedicinske forløb - Afslutning af borger i den telemedicinske løsning og i EOJ Hjemtagning af udstyr (hvis det ligger i sygeplejen) - Aftale med borger/pårørende for afhentning af udstyr - Afhentning af udstyr (ekskl. Transport)
Tid	ttmm											
Dag	Hverdage/dag											
	Engangsydelse											
Ikke ATA tid, men administrationstid			Registreres ikke som borgerrelateret ydelse	Dokumentation Fysisk afhentning af udstyr	Ca. 1,5 time	- Evt. koordinering med tekniker - Rengøring af udstyr og lagerstyring - Lukning af forløb i Telma og EOJ						

Planlæg indsatser i kalender

Indsatser planlægges i kalender, dels af hensyn til dokumentation af, at opgaven er udført, dels for at data går videre. For at data sendes til Gateway, kan indsatser være dels visiterede dels akutte ikke visiterede. I forhold til automatisk videreformidling af § 138 data, skal disse være enten planlagt eller leveret.

Evaluerings

Der evalueres løbende og følges op på mål, indsats og tilstand. Evaluering foregår i Observationer.

Opfølgning

Der følges løbende op på tilstand, både i forbindelse med modtagne målinger, men også på tværs, så man orienterer sig i både monitorering og dokumentation i EOJ i forhold til Forløbsprogrammerne.

Hvis borger/patient ikke dukker op til videokontakt

Hvis borger/patient ikke dukker op til den aftalte videokontakt, eller kommunen ikke modtager målinger, skal man som hovedregel følge lokale aftaler for handling. Det kan evt. aftales med borger selv, hvad de ønsker handlingen skal være ved udeblivelse.

Generelt

Målinger tjekkes på de aftalte monitoreringsdage. Der reageres/kvitteres for røde og gule og grønne målinger

ALLE tiltag der vurderes at have betydning for patientens forløb og videre plan dokumenteres i EOJ.

Røde målinger

En eller flere målinger ligger (langt) fra angivne reference. Borger kontaktes mhp. at sikre målingens korrekthed samt vurdere tilstanden. Der dokumenteres i EOJ, hvis der er tiltag, der har betydning for forløb/sygdom/plan. Der henvises til selvhjælpsplan. Ved behov sendes korrespondance til egen læge

Gule målinger

En eller flere målinger ligger (en smule) uden for angivne reference. Gule målinger ses an til næste måling. Hvis borger har svaret ja til skift i farve, kontaktes borger. Ses en eller flere målinger gule to måledage i træk, kontaktes borger/patient mhp. vurdering af videre forløb. Hvis borger/patient har udarbejdet selvhjælpsplan, henvises til denne.

Grønne målinger

Grønne målinger ligger indenfor reference. Der kvitteres for disse. Der tjekkes for om målingerne ser plausible ud forud for kvittering.

Blå målinger

Dette indikerer en ulæst besked fra borger eller indsendt rejse-sætte-sig test. Skriftlige beskeder via tablet fra borger og monitoreringsansvarlige må ikke anvendes til akutte beskeder. Besked fra borger vurderes i forhold til indhold og hvis relevant for forløb/videre plan, skrives den ind i EOJ

Grå målinger

Data er ikke modtaget som forventet. Borger kontaktes mhp. afklaring af årsag og der dokumenteres efterfølgende i EOJ. Benyt eventuelle lokale arbejdsgange for manglende kontakt, hvis der ikke opnås kontakt til borger.

Prioritering

Prioritering af målinger jf. vigtighed: Rød, Gul, Blå, Grøn Grå: Ved en ustabil fase/forværringer eller behov for en tættere monitorering, kan der aftales individuelle justeringer af måleregime/frekvens, ligesom der i en rolig fase kan nedjusteres i frekvens.

Ændringer i måleregime/frekvens dokumenteres i EOJ.

Korrigerings af baseline

Hvis borger over flere målinger har røde eller gule målinger, skal korrigerings af baseline/referenceværdier overvejes.

Baseline for iltmætning og puls skal altid konfereres med egen læge.

Baseline for vægt kan korrigeres af den monitoreringsansvarlige uden forudgående konference med læge hvis:

- Vægttab: Er tilsigtet og ikke giver anledning til bekymring
- Vægtøgning: Borger ikke har ødemer eller er kendt med hjertesygdom samt at borger angiver at spise mere end vanligt.

- Er vægten ustabil, kan der laves en note om evt. korrigerende af baseline ved næste planlagte videomøde

Ved tvivl konfereres med egen læge inden korrigerende af baseline.

Registrering og journalføring

Journalføringen skal ske i forlængelse af borgerkontakt (§9 stk. 3)

I EOJ dokumenteres via ydelser og evaluering og tilstand samt opfølgning

Ved behov kan der anmodes om kommunal sygepleje, Forebyggelsestilbud eller sendes korrespondance til egen læge efter samtykke med borger

Hvis borgerne har yderligere behov for lægekontakt, opfordres de til selv at henvende sig. Alternativ kan sendes en korrespondance til egen læge.