

HUSKELISTE ved UTREDNING, OPPSTART og KONTROLL av Hjemmerespiratorpasienter

(Hypoventilering/Respirasjonssvikt med Bipap eller respirator)

	Undersøkelser/Tiltak som kan være nødvendig	Bestilt	Utført
Symptomer	ESS skjema (Epworth sleepiness scale) Livskvalitetsspørsmål (Register for LTMV) SRI skjema (Severe Respiratory Insufficiency Questionnaire) Disse og andre dokument finnes på nettside *		
Pasientpreferanser	Pasientens synspunkt på utredning og behandling		
Lungefunksjon	Spirometri: Sittende/ Liggende MIP/MEP/ SNIP Hoste PEF		
BMI	Beregnes fra vekt/ høyde (fra spirometri)		
Blodgass/ Lab	Arteriell blodgass Kapillær blodgass Andre blodprøver		
Rtg undersøkelse	Rtg thorax		
Nattregistrering	Uten maskin før start (med ved kontroll) Pulsoksymetri Polygrafi Evt. Polysomnografi Nattlig CO ₂ måling Transkutan CO ₂ (inneliggende) Ende tidal CO ₂ - Kapnometri (poliklinikk)		
Nedlasting av ventilator	Compliance – bruk Lekkasje Effekt		
Utstyr og maske	Kontroll av utstyr og maske		
Slimmobilisering	Vurdere behov for slimmobiliserende tiltak		
Opplæring	Opplæring i utstyr, prosedyrer		
Videre utredning	Behov for supplerende utredning/ henvisning?		
Registrering	Ved BiPAP/Hjemmerespirator: Registrere i LTMV registeret. Husk samtykke.		
Kontroll	Avtalt kontroll lege/sykepleier Avtalt kontroll hos fysioterapeut		

*Se også <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/heimerespiratorbehandling/Sider/DIAGNOSEGRUPPER OG ALVORLIGHETSGRAD – Hva kreves for utredning, behandling og oppfølging. Nasjonal veileder og nasjonal faglig retningslinje> for langtids mekanisk ventilasjon



Helse Sør-Øst RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Vest RHF
Helse Nord RHF

Utlån av behandlingshjelpemidler Utlevering av forbruksmateriell

SKJEMAET SENDES I SIN HELHET TIL HELSEFORETAKET

PASIENT OG LEVERINGSADRESSE			
Etternavn, fornavn:		Bostedskommune:	Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:		Telefon hjemme:	Telefon jobb: Mobiltelefon:
Postnr. og poststed:		Leveringsadresse dersom annen enn bostedsadresse:	
DIAGNOSE, BEGRUNNELSE TIL TAK, PRAKTISKE PROBLEMER OG FORSLAG TIL LØSNING. RELEVANT INFORMASJON OM ANNET UTSTYR (Bruk evt. eget ark.)			
ICD-10 diagnosekode som begrunner behov for utlån av utstyr (skal fylles ut)			
Hoveddiagnose-kode (ICD-10):		Inntil 2 bi-diagnose-koder (ICD-10):	
Øvrig begrunnelse:		Tiltakets varighet:	
HUSK Diagnosekode ved bestilling		Varig <input type="checkbox"/>	
		Tidsavgrenset <input type="checkbox"/>	
UTSTYRSBESKRIVELSE (Liste over aktuelt forbruksmateriell dokumenteres på eget ark. Se: www.behandlingshjelpemidler.no)			
		Innstillinger, type, størrelser, mål, dosering O2 i l/min, varighet mv.	For helseforetaket Utstyrsregn. etc.:
OPPLÆRINGS- /OPPFØLGINGS-ANSVARLIG (Se retningslinjer: www.behandlingshjelpemidler.no)			
<input type="checkbox"/> Pasienten har fått opplæring i bruk av utstyret		Kommentar:	
<input type="checkbox"/> Opplæring er avtalt med:			
Opplærings/ oppfølgingsansvarlig person		Navn på institusjon/ avdeling/legesenter	Telefonnr.:
ERKLÆRING OG UNDERSKRIFT AV/ PA VEGNE AV PASIENTEN			
<ul style="list-style-type: none">Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av utstyret. Videre oppfølging er kjent og avtalt.Jeg er klar over at behandlingshjelpemiddelet er helseforetakets eiendom, og at det skal tas vare på. Når jeg ikke lenger har bruk for det, skal det leveres tilbake til helseforetaket etter avtale.		<ul style="list-style-type: none">Utstyr kan ikke selges, gis bort, lånes ut, leies ut, byttes, pantsettes mv. Jeg plikter å sørge for at utlånt utstyr blir håndtert slik at unødvendig verditap unngås.Jeg samtykker i at helseforetaket kan innhente nødvendige tilleggsopplysninger og at opplysninger knyttet til rekvirering og utlån av utstyr og utlevering av forbruksmateriell registreres i helseforetakets database.	
Sted og dato		Underskrift	
UNDERSKRIFT SPESIALIST			
Spesialist:		Telefonnr.:	
Adresse:		Dato, underskrift og ID-nummer:	
Postnr. og poststed:			
FOR HELSEFORETAKET			
Mottatt dato	Vurdering Tildeles <input type="checkbox"/> Tildeles ikke <input type="checkbox"/>	Dato, underskrift og stempel	



Nasjonalt register for
langtids mekanisk ventilasjon

LTMV-registeret

Huskeliste ved registrering av nye pasienter

1. **Hvem ?**

- Pasient skal sendes hjem med BiPAP eller Hjemmerespirator (med noen små unntak)

2. **Samtykke**

- Spør om samtykke tidlig og send det til registeret.

3. **Pasientrapportering**

- Innhent pasientens vurderinger ved spørreskjema (Epworth + Livskvalitet)

4. **Samle måledata før start**

- Blodgass, Pulsoksymetri, Nattlig søvnregistrering, Spirometri (sittende og liggende), BMI, HostePEF
-

5. **Registrer også :**

- Diagnoser
 Symptomer ved start
 Behandlingsstart: dato for hjemsending med respirator
 Omstendigheter ved oppstart
- Behandlingsmetode, tilslutning og behandlingstid per døgn
 Behov for hjelp med tilkobling
 Tilleggsutstyr
- Boligform og Postnummer/Sted
 Arbeidssituasjon
 Pleie og omsorgstjenester

Tidlig innhenting av samtykke bedrer dekningsgrad.

God planlegging av undersøkelser og dokumentasjon i journal letter registrering og bedrer datakvalitet.

Start registrering selv om ikke alle data foreligger, flere kan samarbeide om en registrering.

Hjemmeside: http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/heimerespiratorbehandling/Sider/Nasjonalt_register.aspx



Nasjonalt register for
langtids mekanisk ventilasjon

LTMV-registeret

Huskeliste ved oppfølging av pasienter i registeret

1. Når ?

- Etter 1 år, 3 år, 5 år og videre hvert annet år.
- Planlegg kontroll i forkant

2. Pasientrapportering

- Innhent pasientens vurderinger ved spørreskjema (Epworth + Livskvalitet)

3. Samle måledata ved behandling

- Blodgass, Pulsoksymetri, Spirometri (sittende og liggende), BMI, HostePEF,
 - Natlig søvnregistrering
-

4. Registrer også :

- Behandlingsmetode, tilslutning og behandlingstid per døgn
- Behov for hjelp med tilkobling
- Tilleggsutstyr

- Boligform og Postnummer/Sted
- Arbeidssituasjon
- Pleie og omsorgstjenester

- Behandling avsluttet? Dersom JA – husk å fylle ut Avslutt skjema
 - Dato for avslutning, Årsak til avslutning

God planlegging av undersøkelser og dokumentasjon i journal letter registrering og bedrer datakvalitet.

Start registreringen når pasienten er der.

Hjemmeside: http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/heimerespiratorbehandling/Sider/Nasjonalt_register.aspx