**Felles Kartleggingssamtale for diagnoser i telma – IKKE OPPDATERT**

Ved en av de første samtalene med pasienten går sykepleier gjennom skjema under. Pasienten har blitt inkludert. Spesifikke inklusjons- og eksklusjonskriterier er fulgt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DOKUMENTINFO:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Utarbeidet: | 23.05.2017 | | | Utarbeidet av: | | Revidert: |  | |  | | | Revidert av: | |  | | |
| Godkjent: | | Godkjent av: |

*BAKGRUNN*

For å kartlegge brukers behov i oppfølgningen ses det som hensiktsmessig å gjennomføre en kartleggingssamtale.

*HENSIKT*

Hensikten med denne prosedyren er

* Å få oversikt over brukers behov
* Sette klare mål for oppfølgingen
* Kunne gjennomføre evaluering og vurdere nytte/gevinst av oppfølgingen

*OMFANG*

Prosedyren er bygget opp som en sjekkliste (se under). Det er viktig at sykepleier informerer om hva som skal gjøres og er bevisst på at det er mange punkt som skal kartlegges. Informer brukeren på forhånd om at det for øyeblikket ikke gås inn i detaljer, men det kan noteres til fremtidige samtaler om bruker ønsker å snakke mer om teamet.

Det kan være lurt å gå gjennom sjekklisten på forhånd og notere det du allerede har fått svar på, slik at du bare behøver å ta opp de tema som trengs å kartlegges.

**Felles alle diagnoser**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kommunale tjenester** | |
| Har du andre kommunale tjenester? | Ja **□**  Nei **□** |
| Hvis ja, hvilke? | Hjemmespl. **□**  Hjemmehjelp **□**  Trygghetsalarm **□** Velferdsteknologi (medisindispenser, fallsensor ol.) **□** |
| Hvis hjemmespl., hvor ofte hjemmebesøk? | 1-2 g. pr. uke **□**  1-2 g. pr døgn**□**  3-4 g. pr. døgn**□**  >4 g. pr. døgn**□** |
| Arbeidsstatus | Er du i arbeid?  Ja **□**  Nei **□** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hva er viktig for deg** | |
| Hva ønsker bruker selv å oppnå med oppfølgingen? | *Beskriv* |
| Er det noen av temaene bruker ønsker at vi skal følge opp spesielt eller ha en gjennomgang på? | *Beskri*v |
| **Andre relevante opplysninger** | |
|  | *Fyll inn ved behov* |

**Kartleggingsskjema – KOLS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Respirasjon** | |
| Pust | Hvordan er pusten din til vanlig (en vanlig hverdag)?  Tung ved større anstrengelser **□**  Tung ved mindre anstrengelser **□**  Tung i hvile **□** |
| Slim | Har du problemer med slim (mengde og mobilisering)? Ja **□** x Nei **□** |
| Bruker du minipep/cpap jevnlig eller ved behov? Ja **□** x Nei **□** |
| Røyk | Røyker du? Ja **□** Nei **□** Eksrøyker **□** |
| Hvis ja, er du motivert for å slutte? Ja **□** Nei **□** |
| Irritanter | Blir pusten din verre eller brystet tettere av irritanter? Ja **□**  Nei **□** |
| Hvis ja, hvilke irritanter? Parfyme**□** Pollen **□**  Stekeos **□** Kald, fuktig luft **□** |
| Antall forverringer siste år uten sykehusinnleggelse  Antall forverringer av kols siste år som har ført til sykehusinnleggelse | 0-1 b□ . 1-2 □ 3-4 □ > 5 □  0-1 □ 1-2 □ 3-4 **□**  > 5 **□** |
| **Medisinering** | |
| Inhalasjoner  *(en spør etter hovedgrupper for å eventuelt kunne vurdere om bruker/pasient er optimalt behandlet med inhalasjonsmedisiner)* | Hvilke inhalasjonsmedisiner bruker pasienten/brukeren?  (se oversikt over hvilke medisiner som hører inn under gruppe)  SABA **□**  SAMA **□** LABA **□**  LAMA **□**  LABA/ICS **□** LABA/LAMA **□**   ICS **□**  Hvis du har sprayinhalator (f.eks. Ventoline spray, Seretide spray, Flutide spray), bruker du kammer? Ja **□** Nei **□** |
| Har du fått veiledning i inhalasjonsteknikk? Ja **□**  Nei **□** |
| **Ernæring** | |
| Måltidsrytme | Antall måltider pr. døgn  1-2 **□**  2-3 **□**  3-4 **□**  4-5 **□ x** |
| Endringer i vekt | Vekt og BMI ved oppstart telemedisin:  Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_  Vekt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)  Høyde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m.  BMI  \_\_\_\_\_\_\_\_  Eventuelt, bruk [BMI-kalkulatoren](https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/diverse/bmi-kalkulator-kroppsmasseindeks/) |
| Er dagens vekt den som er ønskelig for deg? Ja **□** Nei **□** |
| **Fysisk aktivitet** | |
| Begrensninger og Aktivitetsprogram | Hvor mange timer driver du anstrengende fysisk aktivitet/trening **per uke**  0 timer **□** 1-3 timer **□** > 3 timer **□**  Hvis du trener, er det:  Med veiledning av fysioterapeut **□**  Ved deltakelse på kurs (lungerehab., «puls&kols» ol.) **□**  På egenhånd **□** |
| Begrensninger pga. tung pust  Opplever du at din sykdom begrenser hvilke aktiviteter du kan utføre? Evt i hvilken grad på en skala fra 0 til 5 der 0 er ingen grad og 5 er svært stor grad av begrensning (sett ring rundt tallet)  0 1 2 3x 4 5 |
| **Psykisk helse** | |
|  | Er du plaget med angst? Ja **□** Nei **□** |
| **Sirkulasjon** | |
|  | Er du plaget med hevelse i føtter? Ja **□**  Nei **□** |