

KOMPETENCE UDVIKLING

Kompetenceudvikling
- klinisk uddannelse af hjælpere
til maskerespiratorbrugere

VIDENSKORT

KOMPETENCETEORI

Den respiratoriske
sygepleje

KOMPETENCETEORI

Det respiratoriske
udstyr

Indholdsfortegnelse MASKERESPIRATOR

1. Apparaturindstillinger
2. Respiratorisk overvågning
3. Forord og introduktion kompetenceudvikling
4. Oplæring af hjælpere til overvågning af maskerespiratorbehandling
- 5.0 Videnskort
 - 5.1 Videnskort 1 - Ansvar, rettigheder og pligter
 - 5.2 Videnskort 2 - Logbogsindberetninger
 - 5.3 Videnskort 3 - HereTask og instrukser
 - 5.4 Videnskort 4 - Uddannelse af nye hjælpere i eget hjem
 - 5.5 Videnskort 5 - Luftvejenes opbygning og funktion
- 6.0 Kompetenceteori - Den respiratoriske sygepleje
 - 6.1 Generel introduktion til den respiratoriske sygepleje
 - 6.2 Hygiejne
 - 6.3 Mundpleje
 - 6.4 Akutsituation
 - 6.5 Turtasken
- 7.0 Kompetenceteori - Det respiratoriske udstyr
 - 7.1 Introduktion til det respiratoriske udstyr
 - 7.2 Maskerespirator
 - 7.2.1 Brugervejledning for maskerespirator
 - 7.3 Fugter
 - 7.3.1 Brugervejledning for Fugter
 - 7.4 Masketyper
 - 7.5 Ilt på maskerespirator
 - 7.6 Hostemaskine



7.6.1 Brugervejledning for Hostemaskine

7.7 Medicinforstøver

7.7.1 Brugervejledning for Medicinforstøver

7.8 Saturationsmåler

7.8.1 Brugervejledning for Saturationsmåler

7.9 Rengøring af det respiratoriske udstyr

7.9.1 Rengøringsvejledninger

7.10 Varebestilling og medicoteknik

7.10.1 Varebestillingsdokument

7.10.2 Medicoteknisk dokument

7.10.3 Bevillingslister

8.0 Visitationsskema

9.0 Diverse

3. Forord & introduktion

Forord til kompetenceudvikling

Baggrunden for udarbejdelsen af det teoretiske materiale ”Kompetenceudvikling - klinisk uddannelse af hjælpere til maskerespiratorbrugere”, udspringer af sundhedsstyrelsens krav til Respirationscentrenes tilsynsforpligtigelse og ansvar i forhold til uddannelse og kompetenceudvikling af hjælpere, der varetager den respiratoriske behandling og overvågning af brugere med maskerespiratorbehandling i hjemmet. Samt et skærpet krav om dokumentation i forhold til behandlingen af brugere med maskerespirator i eget hjem, når der er et lægeordineret behandlings- og overvågningsbehov for den pågældende bruger.

I Respirationscenter Vest (RCV), Aarhus Universitetshospital, anvendes kompetenceudvikling som et teoretisk redskab for uddannelse af hjælpere til brugere med maskerespirator. Maskerespiratorbehandling, kaldes andre steder også Non Invasiv Ventilation (NIV) eller Bilevelbehandling. For at sikre adgang til information og en høj faglig kvalitet ønsker RCV, at alle retningslinjer og instrukser i afdelingen skal foreligge elektronisk. Derfor findes alle retningslinjer og instrukser i E-dok (Regions Midtjyllands fælles dokumentstyringsystem for politikker, retningslinjer og instrukser). Udarbejdelsen af disse dokumenter udspringer desuden af en erkendelse af behovet for en mere struktureret teoretisk uddannelse af hjælperne, der varetager den respiratoriske behandling og overvågning. Dette behov skal ses i lyset af centrenes kapacitet samt flere og mere komplekse maskerespiratorbehandlinger i hjemmene.

Materialet kompetenceudvikling bliver elektronisk tilgængeligt via E-dok, og dermed vil alle dokumenter til kompetenceudvikling kunne findes her. Materialet bliver dermed tilgængeligt for alle via internettet. Kompetenceudviklingsmaterialet bliver tilgængelig via link på RCV's hjemmeside (www.auh.dk - under afdelinger). Materialet, der er tilgængelig via E-dok og hjemmesiden, er generelle dokumenter. Hver enkelt bruger med lægeordineret behandlings- og overvågningsbehov tilknyttet RCV vil få sin egen individuelle behandlingsplan (instrukser) - disse vil være tilgængelig via en iPad, der udleveres til hver bruger. iPad'en indeholder en platform kaldet HereTask. Dokumenterne tager udgangspunkt i ”kompetenceudvikling - klinisk uddannelse af hjælpere til maskerespiratorbrugere”.

Undervisningsmaterialet til undervisning af hjælpere har sit faglige fundament i afdelingens instrukser, der ligeledes er tilgængelige via E-dok, dog med den tilføjelse, at selve E-dok instrukserne er udarbejdet til hospitalsbrug, mens dette materiale er udarbejdet til hjemmebrug - altså efter udskrivelse fra hospitalet. Forskellene mellem de to versioner består i, at der på hospitalet fx findes desinfektionskogere, varmeskabe og andre redskaber og andre forhold, der ikke direkte lader sig overføre til brugerens eget hjem. Endvidere vil sproget i hospitalsversionen indeholde flere fagudtryk, mens sproget i hjælperuddannelsesversionen vil være tilpasset og forståeligt for ikke faglært personale.

Beslutningen om at udarbejde dette undervisningskompendium blev truffet i 2015 af afsnitsledelsen, bl.a. på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Arbejdet med kompetenceudviklingsprogrammet blev afsluttet i februar 2018, og taget i brug i afdelingen i maj 2018. ”Kompetenceudvikling - klinisk uddannelse af hjælpere til maskerespiratorbrugere” er udarbejdet af Specialeansvarlig sygeplejerske Charlotte Kirkegaard Lorenzen i samarbejde med en lang række nøglepersoner fra RCV (Specialeansvarlige sygeplejerske: Dorthe Trojel, Hygiejneansvarlig sygeplejerske Julie Fjord og tidligere Afdelingssygeplejerske; Charlotte S. Klitnæs, Socialrådgiver Lise Lotte Madsen, Projektsygeplejerske Anette Alrø, Overlæge: Charlotte Rossau). Som inspirationskilde til udvikling af dette materiale, er undervisningsprogrammet ”Kompetencevurdering - Klinisk uddannelse af hjælpere til hjemmerespiratorbrugere” udarbejdet i RCV 2014, blevet brugt.

Formålet med kompetenceudvikling

Idéen med kompetenceudvikling til maskerespiratorbehandling er at kvalitetssikre undervisningen af hjælpere, der varetager den respiratoriske behandling og overvågning af maskerespiratorbehandling i eget hjem, for derved at sikre en kvalificeret respiratorisk overvågning, -pleje og -behandling af brugeren i eget hjem.

Gennem kompetenceudvikling skabes et redskab for klinisk undervisning af hjælpere til brugerne, samt et teoretisk redskab til brug i hjemmet, hvor der ligeledes foregår en oplæring og videregivelse af opgaver i forhold til brugerens maskerespiratorbehandling.

Læsevejledning

Det samlede kompendium findes elektronisk på RCV's hjemmeside, og i hjemmene hos den enkelte bruger under "dokumenter" i HereTask på iPad'en. Kompendiet består først af en formel introduktion til selve kompetenceudviklingsbegrebet. Dernæst følger en introduktion til det at være hjælper på RCV samt de færdselsregler, der er nødvendige at kende til for at kunne færdes på et hospital og i brugernes hjem. Herefter kommer videnskortene, der består af 5 dele. Dette tilsammen udgør en baggrundsviden, som alle hjælpere, der varetager den respiratoriske overvågning, skal erhverve sig.

Efterfølgende kommer en teoridel, der er en forudsætning for at kunne forstå selve maskerespiratorbehandling og den respiratoriske pleje omkring brugeren. Indholdet er generelt, og indeholder en teoretisk gennemgang af maskerespiratorbehandling, masketilpasning, samt hjælpernes opgaver og ansvar i forhold til maskerespiratorbehandling.

I kompendiet er der desuden en generel beskrivelse omkring det respiratoriske udstyr. Der henvises endvidere til den separate brugervejledning for det konkrete apparatur, maske, fugter og lignende. RCV's hotline tilbyder 24-timers telefonisk rådgivning til hjælpere og brugere efter udskrivelse fra RCV.

De praktiske færdigheder hjælperen uddannes i, vil være individuelt tilpasset til den enkelte maskerespiratorbruger.



Introduktion til kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling er tænkt som et redskab for brugere, hjælpere og personale i RCV til den teoretiske undervisning i respiratorisk pleje og behandling af maskerespiratorbrugere. Samt til at sikre, at de individuelle forhold hos den enkelte bruger beskrives og videregives til hjælperne.

Maskerespiratorbrugeren, evt. pårørende og hjælpere undervises i forbindelse med opstart af behandlingen på RCV. Yderligere oplæring af andre hjælpere vil foregå ved sidemandsoplæring i hjemmet ude fra det teoretiske materiale "kompetenceudvikling - klinisk uddannelse af hjælpere til maskerespiratorbrugere" og brugerens generelle og individuelle behandlingsplan (instrukser), i HereTask. Se yderligere information under "Uddannelse af hjælpere til overvågning af maskerespiratorbehandling".

Teoretiske kompetencer

De teoretiske kompetencer er beskrevet under videnskortene og kompetenceteorien. Vejlederen skal ved sidemandsoplæring sikre sig, at hjælperen har den fornødne forståelse for de teoretiske kompetencer. De teoretiske kompetencer kan gennemgås flere gange, såfremt der er behov for det.

Praktiske kompetencer

På RCV gennemgås de praktiske kompetencer ud fra et oplæringsskema, og de demonstreres evt. først af vejlederen, hvorefter hjælperen selv skal udføre den praktiske procedure. Niveauet for udførelsen skal være tilfredsstillende. Hjælperen skal føle sig sikker i proceduren. Oplæringsskemaet er tilgængeligt som tjekliste i HereTask.

Læringsmål

Målet med undervisningen til maskerespiratorbehandling er, at hjælperen opnår kompetence til selvstændigt at varetage den respiratoriske pleje hos den specifikke bruger. Hjælperen skal selvstændigt kunne udføre, bedømme og prioritere de respiratoriske plejeopgaver hos bruger i samarbejde med denne.

Læringsmetoder

Læringsmetoden relateres til de fremadrettede aktiviteter, der dagligt foregår hos den enkelte bruger. Da oplæringen er en praktisk klinisk uddannelse, der bygger på et teoretisk fundament, vil de grundlæggende læringsmetoder være sidemandsoplæring og oplæring i praksis, samt selvstudium af og forståelse for brugerens individuelle behandlingsplan, der fremgår af HereTask. Ingen hjælper bør gå i vagt alene, før vedkommende har opnået sikkerhed og tryghed i den respiratoriske pleje og behandling.

Værdigrundlag

I RCV har målsætningen for hjemme maske- og respiratorbrugere gennem årtier taget sit udgangspunkt i følgende værdier:

- At muliggøre et så almindeligt, ikke institutionspræget, aktivt og meningsfyldt liv med respekt for den enkelte maske- og respiratorbruger.
- At muliggøre udskrivelse af maske- og respiratorbrugere til en egnet bolig uden for sygehuset med dertilhørende fagligt kvalificeret hjælp.
- At bruger og hjælper er trygge ved at anvende og håndtere det apparatur, der udleveres fra RCV, med alt hvad dermed følger.

I RCV ønsker vi også i fremtiden at arbejde efter disse målsætninger. Ovenstående afspejler hvilke værdier, der skal komme til udtryk i hjælperens kompetencer, og dermed hvilke værdier den kliniske kompetenceudvikling efterstræber. Den humanistiske tilgang betyder, at hjælperen forsøger at forstå brugerens samlede livssituation, samtidigt med at brugeren får tillid til, at overvågning og behandlingen udøves på et højt teoretisk og fagligt niveau.

Det er derfor vigtigt, at der i den samlede hjælperordning (her brugeren, hjælper m.fl.) er fokus på følgende:

Høj faglighed

Fagligheden vurderes og iagttages ud fra kliniske færdigheder og teoretiske begrundelser. Ligeledes skal høj faglighed komme til udtryk i en omsorgspræget tilgang til brugeren ud fra nøglebegreber som respekt, tillid og empati. Ved høj faglighed forstås samtidig den enkeltes evne til at forholde sig refleksivt til egen praksis og herved skabe et bredere handlingsniveau.

Ansvarlighed over for organisering af hjælperordningen

Ansvarlighed over for organisering af hjælperordningen betyder, at man udviser ansvarlighed og loyalitet over for RCV's rutiner, procedurer og kliniske vejledninger, samt det at være tro mod kollektive beslutninger taget i hjælpergruppen.

Ansvarlighed overfor egen læring og uddannelse

Ansvarlighed overfor egen læring betyder, at hjælperen også er ansvarlig for at opnå kompetencerne, og at hjælperen er ansvarlig for at handle indenfor eget kompetenceniveau og selvstændighedstrin. Ansvarlighed består i at hjælperen tager oplæringsmæssige initiativer og udviser engagement og omhu i det daglige arbejde.

Anerkendelse og respekt

Respekt indebærer en opfattelse af ligeværdighed mellem mennesker, sammen med en forståelse for og en ansvarlig forvaltning af den rolle man har som hjælper. Anerkendelse af brugeren betyder, at man som hjælper, forsøger at sætte sig ind i den samlede livssituation som kronisk syg.

Anerkendelse og respekt under oplæring betyder på den ene side en rummelighed overfor de nuancer, der fremtræder i praksis som et udtryk for forskellighed i uddannelse og erfaringsgrundlag, og på den anden side en fastholden i kompetencernes målsætning.

Anerkendelse og respekt går selvfølgelig begge veje. Brugeren skal også respektere og anerkende hjælperen, og dermed give hjælperne en god arbejdsplads.



4. Oplæring af hjælper til overvågning af maskerespiratorbehandling

Den praktiske struktur

Oplæring og opstart i hjemmet

Oftest opstartes brugeren selve behandlingen under en indlæggelse på RCV. Efterfølgende etableres den respiratoriske overvågning med tilstedeværelse af hjælpere i hjemmet. Hvis der rekrutteres et hjælperhold, der har erfaring og kendskab til RCV's procedurer omkring respiratorisk overvågning samt maskerespiratorbehandling, opstartes holdet i hjemmet. Ved behov for ekstra undervisning eller introduktion til opgaverne omkring respiratorisk overvågning og maskerespiratorbehandling, kan det aftales et generelt introduktionskursus til dette.

Oplæring og opstart på RCV

I forbindelse med opstart af maskerespiratorbehandling og hjælperhold under indlæggelse på RCV vil de hjælpere, der evt. er med under denne indlæggelse blive undervist i behandling og pleje af brugere med maskerespirator. Dette drejer sig typisk om børn og komplekse forløb. Det er en fordel, hvis bruger og hjælper kender hinanden forud for oplæringen på RCV, men ikke et krav. Det kan være fordelagtigt, at brugeren medbringer en plejeplan, således at dennes dagligdag i størst muligt omfang kan indpasses i uddannelsesforløbet på RCV. Dog skal det pointeres, at oplæringen af hjælperne i den respiratoriske pleje har første prioritet.

Vagter

Oplæringsforløbet på RCV er planlagt således, at hjælperne får 1-2 vagter á ca. 4-12 timers varighed - afhængig af brugerens maskebehov og kompleksitet. Vagterne fordeles som regel ud på 1 dagvagt og 1 nattevagt. Der vil primært foregå undervisning mellem kl. 7.00 og 23.00. I nattetimerne (mellem 23.00-7.00) vil der primært være ad hoc undervisning i praktiske færdigheder, alt efter hvad brugerens behov er samt ressourcerne på RCV, samt observation af behandlingen. Derudover vil der i nattetimerne være mulighed for selvstudie. Ved forløb med børn, der er i maskerespiratorbehandling, vil der som udgangspunkt ikke være undervisning om aftenen/ natten, da børn ofte sover tidligt. **Alle vagter er vågne vagter.**

Brugeren og andre interessenter modtager inden forløbets opstart et indkaldelsesbrev, evt. inklusiv et forslag til vagtplan. Komplexiteten blandt maskerespiratorbrugere kan variere en del, derfor planlægges forløb individuelt ud fra brugerens behov og hjælpernes kompetencer.

Kontaktpersoner

Til alle oplæringsforløb etableres en kontaktpersonordning, hvilket betyder at 2-4 fra plejepersonalet i RCV bliver kontaktpersoner for brugeren og vejleder for hjælperen under uddannelsesforløbet. Der tilstræbes, at brugeren minimum møder 1 kontaktperson i døgnet, og de fleste dagvagter vil være bemandede med en kontaktperson.

Kontaktpersonerne er RCV's tovholdere i uddannelsesforløbet. Deres rolle er at skabe kontinuitet, overblik og stabilitet i forløbet for såvel bruger som hjælper. Samtidig er kontaktpersonen hovedansvarlig for de mange praktiske tiltag, der skal iværksættes og etableres i forbindelse med brugerens udskrivelse til eget hjem.

Hele plejepersonalet i RCV er kompetente til at varetage uddannelsesforløbene, og alle kan fungere som vejleder for hjælperne. Hvem der er kontaktpersoner på de enkelte uddannelsesforløb, og hvem der aktuelt på dagen er tilknyttet stuen, vil fremgå af en kontaktpersons vagtplan på stuens opslagstavle (med forbehold for ændringer). På samme måde tildeles brugeren en kontaktlæge.

Introduktion til RCV

For at samarbejdet mellem bruger, hjælper og personalet på RCV får bedst mulige betingelser, er der visse praktiske oplysninger om RCV's arbejdsgange og arbejdet på et hospital, som både bruger og hjælper har brug for at kende til. Opstår der tvivlsspørgsmål eller er der noget du undrer dig over, så ret endelig henvendelse til personalet.

Vagtskifte og rapport

Hverdage og weekender:

07.00-07.15: Vagtskifte og rapport

15.00-15.15: Vagtskifte og rapport

23.00-23.15: Vagtskifte og rapport

Weekender - ved 12 timers vagter:

06.45-07.15: Vagtskifte og rapport

18.45-19.15: Vagtskifte og rapport

Morgenmøde - alle hverdage:

08.00-08.30 - onsdag morgen kl. 08.00-09.00

Stuen

Alle indlæggelser til uddannelsesforløb af hjælpere til brugere foregår på enestuer. Stuen er indrettet med loftslift, el-seng til brugeren, sofa, spisebord med 4 stole, skab med lås og TV. Der er mulighed for at låne bækkenstole, liftstykke og turnsheets, men den enkelte bruger er også velkommen til at medbringe egne hjælpemidler, underholdning mm. RCV's personale må dog kun anvende hjælpemidler, der er CE-mærket og godkendt til brug på Aarhus Universitetshospital. Hjælpemidler medbragt fra hjemmet, der ikke er godkendt eller kendt af RCV's personale, må ikke benyttes. Brugeren skal selv medbringe elektrisk kørestol, rollator, kommunikationsredskaber og andre særlige/personlige hjælpemidler. Det er bruger og hjælpers ansvar at holde orden på stuen. Der kommer daglig rengøring - men det er svært at gøre rent, hvis der ikke er ryddet op!

Sygeplejeartikler, sengetøj og håndklæder m.m.

Bruger og hjælper har ikke adgang til afdelingens køkken, depoter, skyllerum etc. RCV's personale fylder skabene på stuen op med de sygeplejeartikler, sengetøj og lignende, som I må have brug for under indlæggelsen. Er der noget I kommer til at mangle, så spørg personalet, der er tilknyttet brugeren.

I afdelingen er der en lille opholdsrum med tekøkken, som bruger og hjælper har mulighed for at benytte. Benyttes afdelingens bækkenstole m.m. skal disse enten forblive på brugerens stue/badeværelse eller afleveres til RCV's personale for at blive rengjort.



Hygiejne på et hospital og i hjemmet

RCV's personale bærer uniform, hvilket er en del af hospitalshygiejnen. Som hjælper har du dit eget tøj, og vi forventer, at du møder op i praktisk og præsentabelt tøj:

- Hjælperens private tøj anses som en arbejdsdragt. Arbejdsdragten skal være ren-ved arbejdets begyndelse, og skal vaskes dagligt. Der henvises i øvrigt til RCV's retningslinjer for generel infektionshygiejne og brug af personlige værnemidler i hjemmet. Se afsnit 'håndhygiejne'.
- Ærmer bør være korte eller max gå til albuerne af hensyn til hygiejnen.
- Langt hår bør ikke hænge løst.
- Ingen armbånd, armbåndsurre eller fingerringe, da det er kilde til stor bakteriespredning.
- Ingen kunstige negle eller neglelak, da dette også er kilde til stor bakteriespredning.
- Støjsvage og praktiske sko - medbring evt. skiftesko.
- Værnemidler, som handsker, plastforklæde, mundbind og beskyttelsesbriller, vil være tilgængelige på stuen og i hjemmet eller kan bestilles via varebestilling.

Som hjælper skal du sørge for en god håndhygiejne. Der kommer mange forskellige mennesker på et hospital, og derved er der stor risiko for spredning af bakterier. Som hjælper skal du være med til at minimere denne bakteriespredning. Det betyder, at du skal have rene hænder, når du kommer ind på brugerens stue, og igen når du forlader denne. Du skal have rene hænder før enhver ren procedure og sørge for rene hænder efter enhver uren procedure (se nærmere i afsnittet om håndhygiejne).

Anvisninger for hjælper

Under oplæringsforløb og indlæggelse som hjælper for en bruger skal du overholde/arbejde ud fra følgende anvisninger:

- Altid aftale/give besked til RCV's personale (kontaktpersonen på stuen) før du lader brugeren uden opsyn.
- Lave aftale med RCV's personale (kontaktpersonen) angående pauser.
- Benytte toilettet i tilknytning til brugerens stue.
- Opbevar medbragte værdigenstande på eget ansvar.
- Lade RCV's personale betjene det tekniske udstyr, der anvendes til brugeren, med mindre du er fuldt oplært og godkendt i at betjene udstyret, eller er sammen med RCV's personale i en oplærings situation. Der vil være noget hospitalsudstyr, hvor betjening og brug falder uden for hjælperens kompetence og ansvarsområde.
- Være ansvarlig for egen uddannelse og oplæring - som hjælper er du medansvarlig for at nå målene.
- Føre logbog, det vil sige notere de afvigelser i behandlingen og overvågningen du er informeret om at notere (se dokumentet: 'Videnskort 2 - Logbog').
- Medvirke til at medicin og evt. sondemad gives til brugeren på de rette tidspunkter, i det omfang du som hjælper er orienteret og oplært heri.

- Mobiltelefoner skal være sat på lydløs på RCV. På resten af AUH skal du være opmærksom på skiltning for nogle steder kræves der, at mobiltelefoner er slukkede. Generelt anbefaler RCV, at bruger og hjælper tager en dialog om brugen af mobiltelefon i arbejdstiden.
- Trådløst netværk: der er mulighed for opkobling til internettet fra medbragte PC'er. Henvend dig til personalet i afdelingen. Personalet kan ikke hjælpe, hvis der problemer med opkoblingen. RCV anbefaler, at bruger og hjælper generelt tager en dialog om brugen af internet i arbejdstiden.
- Som hjælper spiser du sammen med brugeren i afdelingen - altså er du som hjælper med på kost, når du har vagter, der falder sammen med måltider i afdelingen. Har du vagter, der falder uden for måltiderne fx. nattevagter, bliver du tilbudt sandwich eller lignende i løbet af din vagt. Er der særlige hensyn i forhold til din kost (vegetar, ingen svinekød etc.) bedes du underrette RCV's personale i god tid.
- Ønsker du diæter imellem vagterne, kan vi ikke være behjælpelige - kontakt da brugerens kommune.

Kørselsgodtgørelse

- Er du hjælper fra et vikarbureau, skal du afklare med din arbejdsgiver, om du har mulighed for at få dækket din ekstra kørselsudgift under hjælperoplæringen på RCV.
- Er du handicaphjælper og ansat på en BPA-ordning eller i en kommune, kan du i forbindelse med uddannelsesforløb på RCV få dækket den ekstra kørselsudgift (differencen mellem normal afstand til arbejde og afstanden til RCV) af brugerens hjemregion. Har du kortere afstand fra dit hjem til RCV end til brugerens bopæl udbetales ikke kørselsgodtgørelse.
- Kørselsskema kan fås ved sekretærerne på RCV. Skemaet udfyldes i overensstemmelse med din vagtplan på RCV og afleveres til sekretærerne, der videresender det til brugerens hjemregion.

Medicinadministration

Alle brugere forventes at medbringe opdateret og komplet medicinliste samt medicin til indlæggelsen. Medicin må ikke være doseret i doseringsæsker, men skal medbringes i original emballage. Dosispakninger fra apoteket er OK. **Patienters egen medicin opbevares under indlæggelsen i en lukket boks i RCV's medicinrum.**

Medicinen godkendes dagligt af RCV læger, og plejepersonalet doserer og giver/udleverer dagligt medicin til patienten. Der må under indlæggelsen ikke doseres medicin til mere end et døgn af gangen. Proceduren er tilrettelagt sådan for at undgå fejl i medicineringen, da der under en indlæggelse jævnligt sker løbende ændringer i medicineringen af brugeren. Det dokumenteres i EPJ patientjournalen om medicinen udleveres til patienten og selvadministreres, eller om plejepersonalet administrerer al medicin.

På udskrivelsesdagen overfører og ajourfører RCV lægen brugerens aktuelle medicin til FMK (fælles medicinkort), således at egen læge og andre kan følge med i evt. opdateringer.

Efter udskrivelsen til hjemmet bliver medicinadministrationen enten brugerens ansvar (BPA ordning) eller mere typisk et kommunalt ansvar, som varetages af hjemmesygeplejen.



I hjemmet kan medicin administreres på følgende måder:

- En pårørende administrerer og doserer brugerens medicin i doseringsæsker (brugerens valg og ansvar) - de øvrige hjælpere på holdet giver medicinen fra doseringsæskerne.
- Brugeren er habil og ønsker selv at varetage egen medicinadministration - hjælperne følger brugerens anvisninger, og brugeren er nu selv ansvarlig for medicinadministrationen (BPA ordning).
- Hjemmesygeplejen har ansvaret for medicinadministration og dosering - hjælperne udleverer medicin fra doseringsæskerne. Opgaven kan af visitator/hjemmesygeplejen uddelegeres til en autoriseret social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske.
- Medicinen leveres i dosispakninger fra apoteket.

Alle parter (autoriserede og ikke autoriserede hjælpere) er forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til medicingivning, samt følge lægens instruks for medicinadministration.

Hjertestop

Hvis du står med en bruger, der pludselig bliver dårlig og bevidsthedssvækket, - tilkald da straks RCV's personale ved rykke 1 gang i den røde snor. Forhold dig roligt, bliv hos brugeren - og afvent RCV's personalets ankomst. Det er nu vigtigt, at du træder i baggrunden og følger personalets anvisninger. Det er RCV's personalets ansvar at tilkalde lægelig assistance og evt. hjertestophold.

Brand

Alt personale gennemgår brandinstruktionskurser. Det betyder, at alle ansatte ved, hvordan de skal klare eventuelle brandsituationer. Derfor skal du i tilfælde af brand følge personalets instrukser. Tilkald øjeblikkeligt personalet ved brand og bliv hos brugeren. Sørg for at redde dig selv og brugeren, hvis branden udvikler sig.

Overnatning

Under uddannelsesforløbet er der mulighed for overnatning på et hotel mellem 2 vagter - både dag og nat. Hotellet er for hjælpere til brugere, der har mere end 85 km beregnet ud fra brugerens bopæl til RCV. Opholdet bookes i god tid via sekretariatet. Nærmere information vedrørende hotelregler og transport til hotellet fås via sekretariatet i forbindelse med booking. Der er ingen forplejning med i hotelovernatningen.

Parkering

På Aarhus Universitetshospital, Skejby er der betalingsparkering. Du er selv ansvarlig for at overholde parkeringsreglementet. Eventuelle parkeringsafgifter/bøder refunderes ikke.

Rygning

Aarhus Universitetshospital er røgfrit - både ude og inde. Røgfrit betyder, at du hverken må ryge inde eller ude, uanset hvor du befinder dig. Elektroniske cigaretter må heller ikke bruges. Som en undtagelse kan patienter og pårørende ryge i de opstillede rygebokse. Rygepolitikken gælder for alle, der befinder sig på hospitalets område - også handicaphjælpere.

Sygdom og vagtplan

Ved sygdom skal du som hjælper meddele dette til din arbejdsgiver først, enten vikarbureauet eller brugeren (hvis du er ansat i en BPA-ordning). Herefter meddeles det til RCV og evt. brugeren så tidligt som muligt. Vi forventer, at I internt på holdet dækker hinanden ind ved sygdom. Dette kan afhjælpe en eventuel forlængelse af indlæggelsestiden. Det vil være de samme regler, I skal rette jer efter i hjemmet efter indlæggelsen, og RCV's personale kan ikke dække vagten ind og være på stuen hos brugeren hele tiden. Som følge af fx sygdom og andre omstændigheder skal både hjælpere og bruger være forberedt på ændringer og evt. forlængelse af uddannelsesperioden/indlæggelsestiden.

Referencer

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, Sundheds- og Ældreministeriet, København 2015, Lægemiddelhåndterings vejledningen, VEJ nr 9079 af 12/02/2015. Link fra www.retsinformation.dk download 07.05.19; <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=168156>

Den danske kvalitetsmodel, <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>. Aarhus Universitetshospitals hjemmeside; Link; <http://www.auh.dk/patient/>

E-dok, Region Midtjylland: Generel infektionshygiejne og brug af personlige værnemidler i hjemmet.

Statens Serum Institut: Nationale Infektionshygiejniske retningslinjer, om generelle forholdsregler i sundhedssektoren. 1. udgave 2017.



VIDENSKORT

5.1 Ansvar, rettigheder, pligter

5.2 Logbogsindberetning

5.3 HereTask og instrukser

5.4 Uddannelse af nye hjælpere i eget hjem

5.5 Luftvejenes opbygning og funktion

5.1. VIDENSKORT 1

VIDENSKORT 1

Ansvar,
rettigheder
pligter

ANSVAR, RETTIGHEDER OG PLIGTER

Nedenstående retningslinjer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger samt bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, fx hjælpere for en (maske) respiratorbruger.

1. Respirationscentrenes funktion og ansvar

Fortolkning af loven og sundhedsstyrelsens retningslinjer:

- Vurdering af brugerens respirationsinsufficiens, og dermed behov for evt. maskerespiratorbehandling.
- Tilrettelæggelse af behandlingsplaner og iværksættelse af behandling.
- Opfølgning og kontrol af iværksat behandling. (fx. ved kontrolindlæggelse eller ambulante kontrol og kvalitetssikring se. bilag 5.1.1)
- Informeret samtykke til behandling og behandlingsplan af brugeren (forudsat at denne er habil).

Uddybende forklaring

Det betyder, i forhold til etablering af maskerespiratorhold og oplæring af hjælpere hertil, at RCV er ansvarlig for oplysning til patienten, pårørende og hjælpere om praktiske konsekvenser af iværksættelse af maskerespiratorbehandling samt overvågning. RCV har det overordnede ansvar for instruktion, uddannelse og supervision af patient, pårørende og hjælpere i forhold til maskerespiratorbehandling.

Maskerespiratorbehandling er en lægeforbeholdt behandling, der kan uddelegeres til en medhjælp (fx en hjælper). Lægen (fra RCV), der uddelegerer behandlingen har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved etablering af retningslinjer for medhjælpen, samt at etablere retningslinjer for tilsyn med den person, der har fået uddelegeret opgaven.

Hjælperen er ansvarlig for at følge instrukserne vedr. maskerespiratorbehandling - se under hjælperens funktion og ansvar pkt. 3 i dette kapitel.

RCV har endvidere pligt til at indhente informeret samtykke til behandlingen hos den enkelte bruger, idet ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens samtykke - dog forudsat at patienten er habil - se under respiratorbrugers selvbestemmelsesret nedenfor.

RCV er forpligtet til at følge op og kontrollere iværksatte behandlinger. Dette sker bl.a. via kontrolindlæggelser, men særdeles igennem ambulante kontrol og kvalitetssikring. Det ambulante besøg planlægges ca. hver 9.-12. måned og kan i nogle sammenhænge erstatte en indlæggelse.



Ved den ambulante kontrol og kvalitetssikring vil der være en socialrådgiver, læge og plejepersonale tilstede. Derudover kan brugeren med fordel tage en pårørende og/eller en fastansat hjælper med. Den faste hjælper kan muligvis bidrage til kvalitetssikringen.

Ved ambulant kontrol og kvalitetssikring gennemgås forskellige forhold, der vedrører den respiratoriske behandling og hjælpeordning. Se bilag 5.1.1 - Brugervejledning for ambulant kontrol og kvalitetssikring.

2. Brugers selvbestemmelsesret

Fortolkning af loven og sundhedsstyrelsens retningslinjer:

- Ifølge Sundhedsloven må ingen behandling indledes eller fortsættes uden brugers informerede samtykke, med mindre andet følger af lov (her tænkes på mindreårige eller brugere, der varigt mangler evne til at give informeret samtykke, samt ved øjeblikkeligt behandlingsbehov).
- Ved iværksættelse af maskerespiratorbehandling skal brugeren særligt informeres om konsekvenserne af denne behandling, herunder eventuelt behovet for opsyn ved hjælpere og om konsekvenserne af at frasige sig behandling og evt. overvågning.
- Hjælpernes overvågning af maskerespiratorbehandlingen indebærer som udgangspunkt, at hjælperen har brugeren inden for synsvidde.
- RCV's læger vurderer, om den enkelte bruger er habil. Der skal foretages en konkret vurdering af brugers evne til at overskue konsekvenserne af et givet informeret valg af behandling (habilitet) og i forbindelse hermed konsekvenserne af at frasige sig eventuelle hjælpers opsyn.
- Brugeren (forudsat habil) har til enhver tid ret til at tilbagekalde sit samtykke til behandling og/eller herunder de eventuelle hjælpers opsyn. Lægen/hjælperen har i den forbindelse pligt til at informere brugeren om de sikkerhedsrisici, der måtte være forbundet hermed.
- Brugeren må ikke ansætte hjælperne i mere end 12 timers vagter.

Uddybende forklaring

Det betyder, at brugere informeres om maskerespiratorbehandlingen og hvilke rammer, der er for denne, hvilke instrukser for behandlingen, der anbefales efterlevet, samt om kravet om hjælpers opsyn med brugeren.

Brugeren skal samtykke til behandlingen. Ønsker bruger ikke hjælpers opsyn og tilstedeværelse i en given situation eller ønsker bruger ikke at deltage i dele af behandlingen, så er det muligt for bruger at frasige sig overvågningen eller en specifik del af behandlingen. Her forudsættes det, at bruger har forstået de sikkerhedsrisici, der eventuelt er forbundet med fravalget, samt at bruger er habil. Dette fremgår af den respiratoriske overvågning.

Alle eventuelle afvigelser fra den anbefalede overvågning af brugeren samt afvigelser fra de anbefalede instrukser for maskerespiratorbehandlingen skal noteres som en logbogsindberetning. Detaljeringsgraden skal være høj. Det betyder, at alle afvigelser skal noteres på rette dato - se i øvrigt 'Videnskort 2 - Logbogen'.

3. Handicaphjælperens funktion og ansvar

Fortolkning af loven og sundhedsstyrelsens retningslinjer:

- Hjælpernes opsyn med brugeren indebærer, at hjælperen har brugeren inden for synsvidde - dvs. at hjælpere ikke udelukkende kan stole på eventuelle alarmer fra maskerespiratoren eller andet udstyr (bruges primært hos børn).
- Hjælperne skal gøres bekendt med indholdet i brugerens informerede samtykke til behandling (respiratoriske overvågning) og brugerens ret til at tilbagekalde sit samtykke til behandling, herunder opsynet ved en hjælper.
- Hjælperen skal være bekendt med den konkrete vurdering af brugerens behov for opsyn, og de mulige konsekvenser af at lade brugeren ude af synsvidde. Den konkrete vurdering fremgår af brugerens journal samt af brugerens respiratoriske overvågning (instrukser).
- Hjælperen skal i en situation, hvor maskerespiratorbrugeren ekstraordinært fravælger hjælperens opsyn eller specifikke dele af behandlingen, i forbindelse med selve fravalget informere brugeren om de mulige konsekvenser af fravalget og forsøge at overtale og motivere brugeren til at ændre opfattelse af situationen.
- Hjælperen har som lægens medhjælp pligt til at følge de instrukser, der er udarbejdet for den enkelte bruger. Ligeledes har hjælperen pligt til at frasige sig en opgave, denne ikke er uddannet i eller ser sig i stand til at udføre forsvarligt. Hvis hjælperen ikke følger instrukserne, har pågældende selv ansvaret for opgavens udførelse. Følger hjælperen de uddelegerede instrukser, er det RCV's læger, der er ansvarlige for instruksernes indhold.
- Som hjælper har man tavshedspligt med hensyn til brugernes helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger. Tavshedspligten består også efter, at ansættelsesforholdet er ophørt - uanset årsagen hertil.
- Hjælperen gøres bekendt med brugerens habilitetsstatus.

Uddybende forklaring

Det betyder, at hjælperen hele tiden skal kunne se brugeren, kunne høre eventuelle kald, alarmer eller mislyde fra brugeren eller det respiratoriske udstyr. Såfremt brugeren ønsker at være alene eller fravælge dele af behandlingen, så skal alle fravalg noteres som logbogsindberetning i HereTask af hjælperen. Samtidig skal hjælperen i ekstraordinære situationer forsøge at overtale brugeren til at følge instrukserne/lægens anvisninger for maskerespiratorbehandlingen - herunder at hjælperen bør have konstant opsyn med brugeren.

Hjælperen har pligt til at følge instrukserne. Dette gælder både de generelle og individuelle instrukser i HereTask. Følges instrukserne ikke, kan hjælperen drages til ansvar for evt. fejlbehandlinger. Derfor er det vigtigt, at hjælperen følger instrukserne. Hvis brugeren fravælger at følge instrukserne, skal hjælperen notere dette i HereTask, som en logbogsindberetning. Hermed beviser hjælperen, at denne har forsøgt at udføre maskerespiratorbehandlingen efter forskrifterne, og kan dermed ikke drages til ansvar for evt. konsekvenser heraf.

Hjælperen skal reagere og bede om hjælp, hvis denne ikke selv kan håndtere en situation, fx ved at ringe 112 i akutte situationer eller kontakte RCV's hotline for råd og vejledning. Husk at hjælper aldrig må berette om brugerens forhold til andre uden brugerens accept.

Som hjælper må man aldrig forlade en bruger i hjælpeløs tilstand, selvom vagten slutter eller der sket noget akut i dit privatliv. Vent altid på afløsning af en kompetent hjælper/vikar. Ring evt. til RCV for råd og vejledning.

De foregående punkter om ansvar, rettigheder og pligter for hjemmemaskerespiratorbehandling leder frem til nogle konkrete handlingsanvisende retningslinjer for hjælperne. En liste over væsentlige forhold hjælperen skal være opmærksom på - listen er vejledende og må på ingen måde ses som udtømmende:

- Hold øje med brugerens vejrtrækning (respiration), observer og reager på ændringer.
- Kontroller maskerespiratorens indstillinger (hvis det er muligt) i starten af vagten. Du skal løbende over hele vagten holde øje med maskerespiratoren, om der er værdier, der har ændret sig.
- Det er dit ansvar, at det respiratoriske udstyr altid er samlet, fungerer og anvendes korrekt.
- Rengør og vedligehold udstyret som beskrevet i rengøringsvejledningerne.
- Følg instrukserne og hold dig opdateret om ændringer omkring brugeren (fx respiratorisk pleje, medicin, lejring m.m.).
- Læs og forstå instrukser, procedurevejledninger og relevante brugermanualer. Hold dig orienteret om indholdet i brugerens individuelle instrukser (respiratorisk overvågning).
- Følg og overhold regler om overvågning (Se de tidligere afsnit).
- Brug logbogsindberetning i HereTask til at dokumentere de afgrænsede perioder, hvor brugeren har frasagt sig overvågningen (udover de allerede aftalte) eller hvor du som hjælper forlader brugeren, fx i forbindelse med toiletbesøg, hvis dette er udover det allerede aftalte.
- Hvis brugeren ikke kan eller vil samarbejde, eksempelvis ikke vil have masken på under middagshvil, så brug logbogsindberetning i HereTask til at notere dette.
- Vær altid til rådighed. Men husk dine egne grænser.
- Sørg for, at brugeren altid kan komme i kontakt med dig i de situationer, hvor brugeren har fravalgt overvågningen (fx ringeklokke, kaldeapparat).
- Bevar overblik og ro. Prioriter arbejdsopgaverne hensigtsmæssigt i samarbejde med brugeren.
- Overhold procedurer og hygiejniske principper for at undgå bakterievækst og infektioner.
- Du må ikke forlade brugeren. Hvis din afløser er forsinket eller forhindret i at møde, skal du blive hos brugeren, til du bliver afløst.
- Er det ikke muligt at finde en afløser i forbindelse med fx sygdom, så book en vikar, jf. visitationsskemaet for vikarer. Husk kun i nødstilfælde! Kontakt evt. RCV for råd og vejledning.
- I samråd med brugeren er det dit ansvar at apparaturen er tjekket og virker som foreskrevet.

- Ved uopsætteligt behov for nyt apparatur eller udstyr kontaktes RCV hotline på tlf. 2477 8405 for anvisning af udlånsmulighed - alternativt indlæggelse på sygehus.
- Så vidt muligt skal brugeren selv sørge for at indlevere defekt apparatur for ombytning til nyt apparatur på RCV eller på lokale medicotekniske afdeling. Følg anvisningerne fra varebestilling/ Medicoteknik – reparation og service. Hav brugerens apparaturindstillinger klar. Det er ligeledes vigtigt, at kunne beskrive, hvad problemet er.
- I samråd med brugeren er det dit ansvar at sørge for varebestilling. Sørg for at diverse artikler er til rådighed indtil næste levering. Der kan evt. være behov for at have en ekstra slange og maske, hvis brugeren også benytter udstyret i løbet af dagen, men undlad og bestil for meget. Bestillingsanvisninger findes under dokumentet "Varebestilling"
- Kontakt RCV ved tvivl samt behov for hjælp og råd eller vejledning - på hotline tlf. 2477 8405. Kontakt kommunen, hjemmeplejen eller bureauet, for anliggende, der vedrører dem. Husk at spørge brugeren først.

RING 112

i akutte situationer, du ikke er oplært til at håndtere

Følger du ovenstående, lever du som hovedregel op til dine forpligtelser som hjælper. Listen er som nævnt ikke udtømmende for dine eventuelle forpligtelser. Der vil løbende kunne opstå situationer, der ikke er medtænkt i ovenstående liste, hvor du i situationen skal handle fornuftigt og med omhu. Kontakt evt. relevante instanser; RCV, egen læge, kommunen etc. Det er ikke altid lige nemt at leve op til forpligtelserne, specielt ikke hvis der opstår konflikter mellem instrukserne og brugerens ønsker. Derfor er det vigtigt med en forventningsafstemning af samarbejdsrelationen mellem bruger og hjælper.

4. Samarbejdsrelation - bruger og hjælper

Det kan være en stor forandring og omvæltning for brugeren og familien, at få hjælpere i hjemmet. Det kræver tilvænnning fra alle parter, og alle skal yde en indsats, for at få samarbejdet til at fungere i hjemmet. Det er vigtigt, at brugeren og familien gør sig overvejelser i forhold til samarbejdet med hjælperholdet, for at styrke et godt og langvarigt samarbejde og for at forebygge eventuelle konflikter. Brugeren og familien kan i den forbindelse udfylde en 'samarbejdsaftale', hvor de kan nedfælde hvem de er, deres værdier som familie samt hvilke aftaler de ønsker at indgå med hjælperne. Brugeren, familien og hjælperne skal tale sammen i forhold til indbyrdes forventninger til dagligdagen, hvor det er vigtigt at italesætte alle ønsker og behov. Hjælperne skal primært varetage overvågningen, det respiratoriske udstyr og den respiratoriske pleje samt de plejemæssige opgaver, der evt. er uddelegeret til hjælperen. Se afsnit 7.

Det kan være svært for hjælperne at fornemme og sansse, hvis tingene forbliver usagte. RCV har derfor udarbejdet refleksionskort til at styrke samarbejdet mellem bruger, familie og hjælper. Der er udarbejdet refleksionskort til både 'børn, unge og familier', 'hjælper ved børn, unge og familier', 'voksne brugere' samt 'hjælper ved voksne brugere'.

Refleksionskortene er tilgængelige som bilag, i "dokumenter" i HereTask. Kortene skal anvendes som inspiration til spørgsmål og situationer, som kan opstå i samarbejdet fx at arbejde i et privat hjem. Refleksionskortene er generiske, og tager ikke hensyn til forskellige sygdomsforløb, funktionsniveau, respiratorisk udstyr, hjælperordning, familiemønstre, aldre etc., men er alle inddelt i relevante temaer. Under hvert tema, er der inspiration til forskellige spørgsmål, som åbner op for en individuel og/eller fælles refleksion og drøftelse. Der er mulighed for at angive noter for de aftaler og ønsker, som indgås, og som altid kan justeres løbende.



Samtidig opfordrer RCV til, at der afholdes personalemøder, hvor alle får de samme informationer og mulighed for at komme med input. På personalemøderne kan hjælperne mødes, udveksle erfaringer og læring samt støtte hinanden i svære situationer. Det kan nogle gange være en fordel, at brugeren ikke deltager i personalemøderne, idet hjælperne kan have brug for at tale om vanskelige situationer.

Den gode samarbejdsrelation mellem bruger og hjælperne er særdeles vigtig. Følgende kendetegn ved den gode bruger/hjælper relation er beskrevet i bogen 'Kunsten at modtage og give hjælp' af en bruger, som er tilknyttet RCV.

Hjælperen ønsker en bruger som:

- Ikke taler om sit handicap hele tiden.
- Kan tale om sine hjælpebehov uden at virke hjælpeløs og ynkelig.
- Har accepteret sit handicap nogenlunde.
- Varsler ændringer af vagter i god tid.
- Er fleksibel, men samtidig kan holde de tider, der er aftalt.
- Kan være lidt overbærende, når hjælperne gør fejl.
- Tør tage ansvar og betragte hjælperen som ligeværdig.
- Selv lever op til den voksenrolle, der forlanges af hjælperne.
- Er engageret i nogle samfundsemner og i sine medmennesker.
- Ikke lader det gå ud over hjælperen, hvis man har en dårlig dag.
- Ikke hele tiden skal kontrollere hjælperen.
- Kan modtage kritik.
- Har humor og selvindsigt.
- Har selvtillid og kan bære over med egne og andres fejl.

**”Når mennesker nærer frygt for hinanden,
vil der komme modstand på selv den mest velmenende hjælp”**

Kilde: Klitgaard 1995, og kunsten at modtage og give hjælp. Husets forlag

Brugeren ønsker en hjælper som:

- Ikke skal 'frelse' brugeren, men også har jobbet for pengenes skyld.
- Har praktisk sans, overblik og er hurtig på fingrene.
- Er god til at køre bil.
- Er god til at lave mad.
- Møder velsoigneret på jobbet.
- Tager lidt afslappet på kropslugte m.v.
- Kan acceptere, at det er brugeren, der bestemmer.
- Har kvalitet i sit eget liv.
- Har situationsfornemmelse.
- Kan tage initiativ og er indstillet på at lære noget nyt.
- Har humor.
- Ikke har behov for at blive bekræftet hele tiden.
- Er god til at lytte og er villig til en god snak engang imellem.
- Tør se på sig selv med lidt kritiske øjne.
- Tør tale om konflikter og svære ting.
- Har en god ryg og en god fysik.

Rygning i brugers hjem

Hjælperne skal overholde Aarhus Universitetshospitals rygepolitik. Det betyder, at hjælperne ikke må ryge, når de er på arbejde, hverken inde eller ude - uanset om en borger har givet tilladelse hertil eller ej. Der henstilles samtidig til, at hjælperne ikke udsættes for sundhedsskadelig påvirkning i arbejdstiden, herunder rygning (jf. de forskellige kommuners og Aarhus Universitetshospitals rygepolitik).

I praksis betyder dette, at pårørendes og besøgendes rygning skal foregå uden for huset eller i et andet rum. Ønsker bruger, at der må ryges, hvor pågældende opholder sig, skal pågældende frasige sig overvågning, så hjælperne kan sidde i et andet rum. Efterfølgende luftes grundigt ud (af ægtefælle, gæster eller hjælpernes selv) inden hjælperne igen kan være i det rum, der er blevet røget i.

5. Visitationsskema

Brugeren udskrives med et visitationsskema, hvori det er beskrevet, hvilke kompetencer hjælperne og herunder en akutvikar til den pågældende bruger skal besidde. Dette skema danner grundlag for rekvirering af akutvikarer, således at det sikres, at der bookes en vikar med de rette kompetencer.

Husk at det er vigtigt, at det vikarbureau du/I kontakter, forsøger at skaffe vikarer gennem andre bureauer, såfremt de ikke selv kan skaffe en vikar. Og husk, at vikaren altid skal have de rette kompetencer jf. visitationsskemaet samt reglerne for akutvikarer se punkt 10 i dette kapitel.

Visitationsskemaet er formidlet til relevante vikarbureau i forbindelse med brugerens udskrivelse fra RCV. I nogle tilfælde kan behandlingen være opstartet uden behov for respiratorisk overvågning, men hvor behovet for overvågning opstår senere som følge af udvikling i brugerens helbredstilstand. I sådanne tilfælde udfyldes skemaet af lægerne på RCV og sendes til brugeren og relevante aktører. **Kopi af visitationsskemaet sættes altid i brugerens dokumenter.**

6. Samarbejdsaftale mellem regioner og kommuner om fælles hjælperordninger til borgere med respirationsinsufficiens

Ifølge bekendtgørelse fra 2015 og samarbejdsaftalen mellem region og kommuner om fælles hjælperordninger for borgere med respirationsinsufficiens er regionen/RCV og brugerens hjemkommune forpligtet til at indgå aftale om fælles hjælperordninger, så en og samme hjælper varetager såvel den respiratoriske behandling som den kommunalt visiterede personlig pleje og praktisk hjælp. Regionen/RCV har instruktions- og tilsynsforpligtelsen hvad angår den respiratoriske behandling, mens brugerens hjemkommune har instruktions- og tilsynsforpligtelsen hvad angår de kommunalt visiterede ydelser.

Fagligheden på hjælperholdet afklares i fællesskab med RCV og hjemkommunen imellem, og begge myndigheder er forpligtet på at følge den myndighed, der kræver højeste faglighed, uanset hvor hjælperordningen er forankret. Visitationsskemaet afspejler lægeordinationen og den krævede faglighed alene for en respiratorisk behandling. Fagligheden i den fælles hjælperordning fremgår af den respiratoriske overvågning i EPJ. **Den respiratoriske overvågning fra EPJ sættes altid i brugerens HereTask.** Den kommunalt bevilgede hjælp er ofte enten Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) efter Lov om Social Service (SEL) §§ 95 eller 96 eller hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp samt støtte til at opretholde tidligere aktiviteter efter SEL §§ 83 og 85.

Har brugeren en BPA-ordning, er du som hjælper ansat af brugeren selv. I alle andre ordninger er du som hjælper enten ansat af en af regionens udbudsleverandører (vikarbureau) eller af en kommunal leverandør. De kommunalt visiterede opgaver skal altid være forenelige med den respiratoriske behandling.

6.1 BPA-ordning (Borgerstyret Personlig Assistance) efter SEL §§96 eller 95.

Med en BPA-ordning er brugeren selv arbejdsleder og arbejdsgiver - med mindre arbejdsgiverrollen er uddelegeret til en BPA-leverandør eller en nærtstående. Som arbejdsleder planlægger brugeren selv sine daglige aktiviteter, herunder hvilke opgaver hjælperen skal varetage i hjemmet, ud over den respiratoriske behandling. Den respiratoriske behandling skal foregå i overensstemmelse med retningslinjerne fra RCV, og brugeren.

Brugeren er som arbejdsleder også altid selv ansvarlig for vagtplanlægning, hjælpernes arbejdsmiljø, herunder at overholde hviletidsbestemmelse i såvel arbejdsmiljølovgivningen som i den indgåede aftale om hviletid og fridøgn, hjælpernes MUS-samtaler og planlægger selv sidemandsoplæring, herunder sørger for at tilmelde nye hjælpere til kursus på RCV.

Ved akut behov for vagtdækning, hvor hverken egne hjælpere eller personligt uddannede afløsere kan træde til, skal brugeren selv rekvirere en akutvikar fra et vikarbureau, jf. visitationsskemaet. Akutvikaren skal leve op til RCV's regler for akutvikarer, som beskrives i afsnit 10.

Har brugeren uddelegeret arbejdsgiverrollen til en BPA-leverandør kan denne fx varetage opgaverne med lønudbetaling, forsikring samt være behjælpelig med stillingsopslag, ansættelser og lignende. Det aftales individuelt mellem bruger, BPA-leverandør og kommune.

6.2 Hjelpeordninger, hvor den kommunale hjælp er bevilliget efter SEL §§ 83 og 85

I en fælles hjælperordning, hvor brugeren er bevilget personlig pleje og praktisk hjælp efter SEL §§ 83 og 85 og denne hjælp samt visse sygeplejeydelser er uddelegeret til hjælpere, har den regionale udbudsleverandør (eller kommunen) arbejdsgiveransvaret for hjælperne.

Hjelperne skal varetage den respiratoriske behandling samt derudover den kommunalt visiterede personlige pleje, praktisk hjælp og støtte til opretholdelse af dagligdagen. Opgaverne er således defineret af kommunen og fremgår af den kommunale bevilling/døgnrytmeplan. Hjelperne løser de visiterede opgaver, der kan løses af en enkelt person. Er der behov for 2 personer til eksempelvis forflytninger eller til hele morgenplejen, kommer denne anden person fra hjemmeplejen, og opgaven løses i fællesskab.

7. Ansættelse af hjælpere

Antallet af hjælpere vil variere alt efter om det er maskerespirator, hjemmerespirator eller bruger med trachealkanyle.

Når du som bruger (eller bureau) skal ansætte hjælpere, forventes det at hjælperne indbyrdes dækker vagter ind ved sygdom og ferie. Det vil derfor blot være i nødstilfælde, at der er behov for booking af en akutvikar. Husk at det er vigtigt, at vikarbureauet forsøger at skaffe akutvikar gennem andre bureauer, såfremt de ikke selv kan skaffe en akutvikar. Husk, at akutvikaren altid skal have rette kompetencer og uddannelsesniveau, jf. visitationsskemaet, samt leve op til reglerne for akutvikar som beskrives i afsnit 10 .

Vikarbureau og brugere med BPA-ordning skal overholde RCV's retningslinjer:

- Hjelperne ansættes typisk til 12 eller 8 timers vagter - vågne vagter!
- Som fast afløser kræves som hovedregel mindst 1 vagt pr. måned - for at oppebære og vedligeholde kompetencer. Dette er specielt væsentligt for brugere med hjemmerespirator samt brugere med trachealkanyle.
- Er du arbejdsleder i en BPA-ordning, har du selv ansvaret for at overholde lovgivningerne på området. Sundhedsloven kræver vågne vagter, Arbejdsmiljøloven kræver 11 timers hviletid, mens overenskomstaftalen "Aftale om hviletid og fridøgn" stiller krav om, handicaphjelperne kan få en hvileperiode på 8 timer, heraf 4 timer om natten, hvis de har 24 timers vagter. En vagtlængde på 24 timer er således uforenelig med såvel Arbejdsmiljøloven som Sundhedsloven, hvorfor vagtlængden i BPA-ordninger ikke kan være ud over 13 timer. Det betyder, at RCV ikke kan være medfinansierende på 24-timers vagter, hvorfor standard vagtlængde typisk er 12 timer.
- Nye hjælpere skal om muligt have oplæring i personlig pleje og andre forhold i brugerens dagligdag forud for indlæggelsen. Det aftales med kommunen, hvor mange vagter/timer der skal bruges på denne oplæring. Ansættelse af nye hjælpere bør derfor ske i god tid, forud for forløbet på RCV.
- I de situationer, hvor brugeren kommer direkte fra anden afdeling til opstart af respiratorisk behandling, kan denne oplæring ikke nås, hvorfor evt. oplæring i pleje og forflytning m.v. skal foregå i løbet af de første 1-4 uger efter udskrivelsen, jf. samarbejdsaftalen mellem regioner og kommuner.

Særligt for hjemmerespirator og brugere med trachealkanyle

Holdnedbrud og/eller manglende vagtdækning samt midlertidigt akutvikarhold

Manglende vagtdækning refererer til, at vikarbureau (leverandøren) eller borger som arbejdsleder i en BPA-ordning ikke kan dække en eller flere vagter med faste hjælpere, faste afløsere eller akutvikarer, hvorefter borgeren nødvendigvis skal indlægges på en Intensiv Afdeling til der igen er vagtdækning. Der er forskellige procedurer ved manglende vagtdækning afhængigt af, hvilken Region brugeren bor i. Den, der er arbejdsleder på den givne hjælperordning, er ansvarlig for have kendskab til proceduren hos den enkelte bruger.

Holdnedbrud refererer til, at der er under minimum 3 godkendte hjælpere (Der dækker ca. 50 % af timerne på ordningen). Ved under halvdelen af hjælperne tilbage på et hold, udarbejder Vikarbureau (leverandøren) eller borger som arbejdsleder i en BPA-ordning en plan for oplæring af nye hjælpere i samarbejde med RCV (specialeansvarlig sygeplejerske og socialrådgiver). I yderste konsekvens kan det blive relevant med et nyt oplæringsforløb på RCV.

Midlertidigt akutvikarhold, en del brugere tracheostomeres akut, og har ikke på forhånd en hjælperordning/BPA-ordning. Derfor udskrives nogle brugere fra RCV med et midlertidigt vikarhold fra et sundhedsfagligt vikarbureau. Vikarerne bookes jf. et visitations skema, hvori der er angivet hvilken faglighed og hvilke kompetencer, den enkelte vikar skal besidde. Denne ordning er midlertidig, og der berammes altid en tid for et senere uddannelsesforløb på RCV af brugerens egne hjælpere. Brugeren skal derfor genindlægges sammen med de nye hjælpere til et uddannelsesforløb af ca. 3-4 ugers varighed. Her uddannes de nye hjælpere i den respiratoriske pleje og behandling - specifikt til den pågældende bruger. Det er ikke muligt, at beholde det midlertidige vikarhold, da denne ordning er væsentlig dyrere end egne hjælpere.

Særligt for maskerespiratorbrugere

Holdnedbrud og/eller manglende vagtdækning

Manglende vagtdækning refererer til, at leverandøren eller borger som arbejdsleder i en BPA-ordning ikke kan dække en eller flere vagter med faste hjælpere, faste afløsere eller akutvikarer, hvorefter borgeren muligvis skal indlægges til der igen er vagtdækning. Om der er behov for en indlæggelse beror på en konkret vurdering af Bruger, egen læge og/eller vagtlæge.

Holdnedbrud referer til, at der er få eller ingen hjælpere tilbage på et hjælperhold. Her udarbejder vikarbureau eller borger som arbejdsleder i en BPA-ordning en plan for rekruttering og oplæring af nye hjælpere i samarbejde med RCV (specialeansvarlig sygeplejerske og socialrådgiver).

OBS: Midlertidigt akutvikarhold anvendes ikke ved maskerespiratorbrugere.

8. Hjælperens erstatningsansvar

På foranledning af Muskelsvindfonden har firmaet SIRIUS advokater udarbejdet "Notat om ansvar for hjælpere hos respiratorbrugere". Af dette fremgår bl.a., at udgangspunktet i dansk ret er, at 3 betingelser skal være opfyldt, hvis erstatningsansvar for en indtruffet skade skal komme på tale; der skal være handlet culpøst (ansvarsbetingelsen, skyldspådragende), der skal være sammenhæng mellem den culpøse handling og skaden (årsagsbetingelsen), og skaden skal være påregnelig (adækvansbetingelsen, over minimums/bagatelgrænsen).

Ved ansvarsbedømmelsen tages udgangspunkt i, om den handling eller udladelse, der foreligger til bedømmelse, afviger fra et på handlingens/undladelsens tidspunkt anerkendt adfærdsmønster. Eftersom det er sædvanligt, at en hjælper fx lejlighedsvis går på toilettet, vurderes det i notatet, at en hjælper som udgangspunkt ikke handler culpøst ved at forlade respiratorbrugeren i denne sammenhæng med mindre respiratorbrugeren helbredsmæssige tilstand tilsiger, at hjælperen ikke bør forlade respiratorbrugeren under nogen omstændigheder.

RCV tolker dette således, at samme regler gælder for hjælpere hos maskerespiratorbrugere.



9. Hjælperens ansvar

Da alle hjælpere skal fungere som lægelig medhjælp, er der tale om, at man som hjælper arbejder efter delegation fra lægerne i RCV. Den for behandlingen ansvarlige autoriserede sundhedsperson (lægen) delegerer i et konkret tilfælde, der vedrører en enkelt bruger, opgaver inden for sin forbeholdte virksomhed til en medhjælp. Det betyder, at hjælperen kan arbejde inden for den givne instruktion og kun inden for den givne instruktion hos den konkrete bruger. Reglerne for lægers anvendelse af medhjælp er præciseret i "Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) - Vejledning nr. 115 af 11/12/2009".

Hvis der i konkrete situationer er behov for at videredelegere opgaver hos bruger, fx i forbindelse med nyansatte hjælpere/sidemandsoplæring eller overdragelse af en eller flere vagter hos brugeren til fx et vikarbureau eller hjemmeplejen, er det hjælperen, der er ansvarlig for at videregive den relevante instruktion om opgavens udførelse. I nævnte vejledning er præciseret: "En person, der har fået delegeret en forbeholdt opgave, er, jf. vejledningens punkt 8.3, ansvarlig for at udføre denne opgave efter instruksen". Hjælperen er ansvarlig for at frasige sig en opgave, som den pågældende ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt.

Hvis en person, der har fået delegeret en forbeholdt opgave, og følger den givne instruktion, påhviler ansvaret, den autoriserede sundhedsperson, da denne er ansvarlig for instruksens korrekthed. Hvis personen ikke følger den givne instruktion, vil pågældende selv have ansvaret for opgavens udførelse.

Endeligt fremgår det af lovgivningen, at en hjælper ikke af egen drift må udføre opgaver, der ikke er givet instruktion til og som kræver lægelig ordination. På sammen måde med de kommunalt visiterede og til hjælpere uddelegerede opgaver. Her må hjælpere ligeledes udelukkende udføre de opgaver, som er videredelegeret af kommunen. Ved tvivl kontaktes borgerens hjemkommune eller socialrådgiver på RCV.

9.1 Hjælpers kørsel i borgers bil/respiratorisk overvågning under bilkørsel:

Det er en forudsætning, at der intet er til hindre for at den respiratoriske behandling kan medtages ud af huset, samt at borger efter Lov om Social Service enten har BPA-ordning eller fået bevilliget ledsagelse, der er uddelegeret til hjælpere.

Hjælperne er kun fører af bilen efter ønske fra borger og på borgers ansvar, hvorfor borger skal have en bilforsikring med førerdækning og være indforstået med, at eventuelle skader på bil og hjælper dækkes af bilens forsikring. Er en hjælper utryk ved situationen, kan borger ikke pålægge hjælperen at være fører af bilen. Som udgangspunkt skal en hjælper ved bilkørsel koncentrere sig om at være fører af bilen. Ved akut behov for respiratorisk behandling under kørsel, skal bilen altid bringes til standsning på forsvarlig vis, inden den respiratoriske behandling kan påbegyndes.

Borgers placering i bilen er afgørende for risikoen, hvis der under kørslen opstår akut behov for respiratorisk behandling. Som udgangspunkt gælder følgende:

- Sidder borger foran ved siden af førersædet, anses det for forsvarligt, at hjælper kører alene med respirationsborger og kan holde øje ud af øjenkrogen. Borgeren skal være indforstået med risikoen i den relativt korte tid, der går, inden bilen er bragt til standsning og respirationsbehandlingen kan påbegyndes.
- Sidder borger bag ved førersædet, anses det ikke for forsvarligt, at hjælper kører alene med borger, idet hjælper ikke både kan varetage kørslen og den respiratoriske/behandling/overvågning. Borger må da frasige sig overvågningen under kørslen.

Er borger utryk ved at køre alene med sin hjælper eller ikke ved placering bag ved førersædet ønsker at frasige sig overvågning, skal vedkommende ansøge kommune om at få bevilliget en ledsager, så der altid er en ekstra person under kørsel.

Kommunen kan anmode overlægerne på RCV om statusattest (LÆ 121), bl.a. indeholdende en risikovurdering i forhold til frasigelse af overvågning under kørsel. Viser risikovurdering behov for 2 personer under kørsel, er det kommunen, der afgør, om der kan bevilliges en ekstra ledsager.

10. Krav til akutvikarer

Krav til akutvikarer - Respirationscenter Vest

Der er forskellige krav til akut vikardækning til respiratorisk overvågning hos respiratorbrugere/brugere med trachealkanyler* og maskerespiratorbrugere. Endvidere er forskelle på kravene til akutvikaren alt efter akutvikarens faglighed.

Krav til akutvikarer hos respiratorbrugere/brugere med trachealkanyler - Faglighed SSA

Kompetencekrav til akutvikarer på midlertidige ordninger eller ad hoc akutvikar dækning på permanente hjælperordninger med respiratorisk overvågning:

- Social- og sundhedsassistent eller sygeplejersker (ikke sundhedsuddannet personale kan ikke bruges som akutvikarer til respiratorbrugere og brugere med trachealkanyler).
- Gyldigt introduktionskursusbevis fra RCV (Beviset skal være udstedt efter 01.01.2015).
- Krav om praktisk erfaring fra flere forskellige brugere (respirator eller trachealkanyler) med forskellige problemstillinger eller på konkret vurdering fra RCV's side én kompleks respiratorbruger (antal brugere 1-3).
- Minimum 1000 timers relevant respiratorisk behandlings- og plejeerfaring (respiratorpatienter). Timerne skal være nogenlunde jævnt fordelt hvis flere brugere danner grundlag for vurderingen. Erfaringen skal være tilegnet inden for de seneste 5 år.
- Faglighed skal være den samme som visiteret i visitationsskemaet til varetagelse af den respiratoriske overvågning. Husk altid at medtænke kommunens eventuelle krav til faglighed. Hvis der er afvigelse mellem kommunens visitering af faglighed og RCV visitering af faglighed, så gælder den højeste faglighed.
- Forståelse og praktisk erfaring med aktuelt udstyr hos bruger som; respirator, sug, SuctionAid mm., samt erfaring med trachealkanyler. Akutvikaren skal have viden/forståelse om Kompetencevurdering, klinisk uddannelse af hjælpere til respiratorbrugere, herunder rammer og regler for respiratorisk overvågning i eget hjem. Akutvikaren skal være uddannet og godkendt jf. kompetencevurderingsprogrammet og kompetencekort, samt udvise loyalitet over for retningslinjer og instrukser.

Krav til akutvikarer hos respiratorbrugere/brugere med trachealkanyler - Faglighed SSH

- Social og sundhedshjælper (ikke sundhedsuddannet personale kan ikke bruges som akutvikarer til respiratorbrugere og brugere med trachealkanyler).
- Gyldigt introduktionskursusbevis fra RCV (Beviset skal være udstedt efter 01.01.2015).
- Krav om praktisk erfaring fra flere forskellige brugere (respiratorbruger eller bruger med trachealkanyler) med forskellige problemstillinger (antal brugere 2-3).
- Minimum 1500 timers relevant respiratorisk behandlings- og plejeerfaring (respiratorpatienter). Timerne skal være nogenlunde jævnt fordelt hvis flere brugere danner grundlag for vurderingen. Erfaringen skal være tilegnet inden for de seneste 5 år.

- Faglighed skal være den samme som visiteret i visitationsskemaet til varetagelse af den respiratoriske overvågning. Husk altid at medtænke kommunens eventuelle krav til fagligheden. Hvis der er afvigelse mellem kommunens visitering af faglighed og RCV visitering af faglighed, så gælder den højeste faglighed.
- Forståelse og praktisk erfaring med aktuelt udstyr hos bruger som; respirator, sug, SuctionAid mm., samt erfaring med trachealkanyler. Akutvikaren skal have viden/forståelse om Kompetencevurdering, klinisk uddannelse af hjælpere til respiratorbrugere, herunder rammer og regler for respiratorisk overvågning i eget hjem. Akutvikaren skal være uddannet og godkendt jf. kompetencevurderingsprogrammet og kompetencekort, samt udvise loyalitet overfor RCV's retningslinjer og instrukser.

Krav til akutvikarer hos maskerespiratorbrugere (Alle faggrupper; SSA, SSH og ikke sundhedsuddannet personale):

Kompetencekrav til akutvikarer til ad hoc akutvikar dækning på hjælperordninger med respiratoriske overvågning:

- Faglighed skal være den samme som visiteret i visitationsskemaet til varetagelse af den respiratoriske overvågning. Husk altid at medtænke kommunens eventuelle krav til fagligheden. Hvis der er afvigelse mellem kommunens visitering af faglighed og RCV visitering af faglighed, så gælder den højeste faglighed.
- Forståelse og praktisk erfaring med maskerespiratorbehandling samt erfaring med masker og tilpasning af disse. Akutvikaren skal have viden/forståelse om Kompetenceudvikling, klinisk uddannelse af hjælpere til maskerespiratorbrugere herunder rammer og regler for respiratorisk overvågning i eget hjem. Akutvikaren skal udvise loyalitet overfor RCV's retningslinjer og instrukser.

Generelle forhold

RCV forventer, at der på respiratoriske ordninger hos børn altid er vagtdækning med akutvikarer, der har erfaring med børn i tilsvarende alder.

RCV godkender akutvikarer og registrerer dem i ESDH journaliseringssystem, men husk kravene er dynamiske og skal til enhver tid være opfyldt. Der udstedes ikke bevis for godkendelsen som akutvikar.

Akutvikarer skal godkendes af Respirationscenter Vest, inden de må påtage sig vagter hos brugere i eget hjem med respiratorisk betinget overvågning.

*brugere med trachealkanyle der er visiteret til respiratorisk overvågning og tilknyttet RCV. Den respiratoriske overvågning sidestilles med og følger reglerne for respiratorisk overvågning af respiratorbruger.

11. Ansættelse af pårørende

Pårørende kan ansættes som hjælper hos en bruger med respiratorisk overvågning. Hvis der er krav om en specifik faglighed til hjælperholdet, så skal den pårørende selvfølgelig have den rette faglighed.

RCV anbefaler ikke ansættelse af pårørende på hjælperholdet af flere årsager:

- Det kan være vanskeligt at være både pårørende (ægtefælle, søn, datter, ven etc.) og hjælper samtidig, og på samme vilkår som de resterende hjælper.

- Som pårørende kan det være svært at sige nej til ekstra vagter, og til brugerens ønsker og behov, da der er følelser involveret.
- Der er risiko for splitting på et hjælperhold, da hjælperne selvfølgelig ikke har samme relation, status og fortrolighed med brugeren.
- brugerne har brug for hjælpere, men bestemt også pårørende, og ved at påtage sig begge roller er der fare for at rollen som pårørende udviskes.

Det er i sidste ende arbejdsgiveren, der bestemmer, hvem der kan ansættes på en given hjælperordning. På en Regional forankret hjælperordning vil det være Bureauet, der bestemmer hvilke medarbejdere, de ønsker at ansætte og under hvilke vilkår (bl.a. jf. overenskomster på området).

På BPA hjælperordninger er brugeren selv arbejdsleder (og evt. arbejdsgiver), hvilket giver mulighed for selv at bestemme, hvem der ansættes som hjælper (overenskomster, og arbejdsmiljølovgivningen skal selvfølgelig overholdes).

Referencer

Lov

Sundhedslovens §§15, 16 og 40 jf. LBK nr 210 af 27/01/2022.

(<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>)

Lov om social service §§83, 85, 95 og 96 jf. LBK nr 170 af 24/01/2022

(<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>)

Forvaltningsloven §27. jf. LBK nr 433 af 22/04/2014.

(<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2014/433>)

Bekendtgørelser

Bekendtgørelse om hvileperioder og fridøgn mv. §3 jf. BEK nr 324 af 23/05/2002.

(<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2002/324>)

Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om hvileperioder og fridøgn m.v. jf. bilag 1 BEK nr 611 af 25/06/2003 (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2003/611>)

Bekendtgørelse om fælles hjælperordninger til personer med kronisk respirationsinsufficiens jf. BEK nr 987 af 24/08/2015 (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/987>)

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) jf. BEK nr 1219 af 11/12/2009

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2009/1219>



Vejledninger

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) jf. VEJ nr 115 af 11/12/2009 (<http://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>)

Andet

Samarbejdsaftale vedr. fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens af d. 28.11.2016 <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktjojskasse/respirationsområdet/>

SST: Respiratorisk overvågning link: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2012/Publ2012/Kronisk-respirationsinsufficiens-som-f%C3%B8lge-af-neuromuskul%C3%A6re-lidelser-thoraxdeformatiter-mv.ashx>

Larsen, Hanne Klitgaard „kunsten at modtage og give hjælp“ Copyright 1995. Dansk udgave: Copyright 1995 by Husets Forlag

Respirationscenter Vest. Udbudsaftale. Aktuelt gældende udbudsaftale.

5.2. VIDENSKORT 2

VIDENSKORT 2

Logbogs- indberetninger

LOGBOGSINDBERETNINGER

Logbogsindberetninger skal sikre, at afvigende hændelser noteres, således at afvigelser fra brugerens sædvanlige tilstand eller anbefalede behandling dokumenteres. Dermed bliver logbogen en sikkerhed for både bruger og hjælper, hvor et hændelsesforløb skal beskrives og dokumenteres.

Logbogsindberetninger er primært beregnet til afvigelser eller ændringer i brugerens respiratoriske behandling eller i brugerens almene tilstand, der kan have indflydelse på vejtrækningen. Hændelser eller afvigelser, udover det aftalte, der fremgår af den respiratoriske overvågning (brugervalgte afvigelser), noteres i HereTask.

Logbogsindberetningen skal følgende registreres på en skala fra 1 til 4:

- Episoder eller forhold der afviger fra de givne instrukser. Det kan fx være, at brugeren frasiger sig den anbefalede overvågning, eller forhold hvor brugeren ikke ønsker at følge den anbefalede respiratoriske behandling.
- Hændelser er forhold der opstår utilsigtet eller uventet. Det kan være kendte eller ukendte komplikationer der registreres, jf. nedenstående eksempler.

På næste side ses skematisk oversigt over kategorierne for logbogsindberetninger samt eksempler for de enkelte kategorier. Eksemplerne er ikke udtømmende. Er du i tvivl - ring altid til RCV

KATEGORI	BESKRIVELSE
KATASTROFAL Kategori 4	<ul style="list-style-type: none"> • Død, varigt betydende funktionstab, nyttilkommet handicap eller behov for akut indlæggelse og behandling af brugeren på lokalt sygehus. • Svigt af LIVESOPRETHOLDENDE mekanisk udstyr der ikke kan korrigeres i hjemmet. • Hjælperen falder i søvn på vagten og brugeren ikke kan få kontakt ved hjælp af kald eller alarm.
BETYDENDE Kategori 3	<ul style="list-style-type: none"> • Akutte problemer eller svigt i behandlingen, uforklarlig utilpashed eller akutte sygdomsepisoder i forbindelse med behandling. Det kan fx. være lungebetændelser eller udvikling i grundsygdommen, der giver yderligere respiratoriske problemer.
MODERAT Kategori 2	<ul style="list-style-type: none"> • Akut opståede ændringer i de registrerede værdier på apparaturet (fx. alarmer, lækage, ændrede tryk) • Tryksår efter maske. • Nytilkommende blødningsepisoder ved sugning, kompliceret afcuffning.
MINIMAL Kategori 1	<ul style="list-style-type: none"> • Det kan være alle typer af hændelser, som er forbigående eller som skyldes forhold, der er velkendte i specifikke episoder af brugerens liv eller svigt i udstyr, hvor der er relevant alternativ (fx. svigt af den ene maskine, hvor den anden tages i brug). • Afstår fra mindre dele af plejen fx mundhygiejne eller tracheostomipleje.

Indberetningerne føres via HereTask på følgende måde:

- Log-in med eget personlig log-in.
- Vælg kontoen til respektive bruger, under overskriften 'Kontoadgang til...'
- Vælg 'journaler' øverst i den grå bjælke.
- Tryk på '+ Ny journal'
- Vælg den respektive bruger, der skal laves logbogsindberetning på.
- Beskriv hændelsesforløbet. Det er vigtigt, at du som hjælper bedst muligt beskriver hændelsesforløbet, så grundigt som muligt. Det er vigtigt at notere det reelle klokkeslæt for hændelsen.
- Under fanen 'trigger etiketter' vælges logbogskategori (se nedenstående skema)
- Afslut ved at trykke på 'gem'.

Alle afvigende hændelser noteres som en logbogsindberetning i HereTask, efter ovenstående beskrivelse. Desuden indberettes/behandles logbogsindberetningen på følgende måde til RCV:

KATEGORI 3 OG 4:

Indberettes i HereTask under logbogsindberetning 3 eller 4. Såfremt der er brug for råd, sparring eller drøftelse af situationen, kontaktes RCV hotline straks, når den akutte situation er overstået. Såfremt der ikke er behov for drøftelse med RCV, er indberetning via HereTask tilstrækkelig. Det kan fx være i situationer, hvor oplærte pårørende varetager overvågning og hjælper sendes hjem.

KATEGORI 2:

Indberettes kun via HereTask og behandles af RCV på hverdage mellem kl. 9-15.

KATEGORI 1:

Noteres i HereTask og gennemgås hvis relevant ved ambulante besøg, kontrolindlæggelser og evt. besøg i hjemmet.

Følg ovenstående indberetningsprocedure, og beskriv hændelsesforløbet eller opmærksomhedspunktet detaljeret i HereTask. Herefter vil personale fra RCV kunne læse og evt. kommentere logbogsindberetningen, samt evt. rådgive telefonisk ved logbogsindberetning 3 og 4.

Er du som hjælper eller bruger i tvivl om klassificering i de 4 kategorier, så ring hellere en gang for meget end en gang for lidt. Vi vil i RCV meget gerne rådgive jer og hjælpe med at finde frem til den bedste, mest hensigtsmæssige og forsvarlige behandling og pleje af den enkelte bruger. Der kan bookes et ambulante besøg på RCV, hvor evt. tvivlsspørgsmål og andet kan diskuteres med sygeplejepersonalet eller RCV's læger. Ved behov for væsentlige ændringer i brugerens individuelle instrukser kontaktes RCV. Det vurderes her, om rettelserne kan laves ad hoc og uploades på HereTask. Eller om ændringer kræver læge involvering og evt. personlig fremmøde på RCV.

Generel aftale om fravigelse af overvågningen

Som bruger har du mulighed for at lave en generel aftale vedrørende fravigelse fra Sundhedsstyrelsens krav om overvågning inden for synsvidde, hvilket Sundhedsstyrelsen har godkendt. Det betyder, at man kan nedskrive generelle aftaler om situationer, hvor man fraviger fra Sundhedsstyrelsens krav om overvågning inden for synsvidde.

Aftalerne skal fremgå af brugerens elektroniske patient journal (EPJ) og den respiratoriske overvågning i "dokumenter" i HereTask. Bruger skal i forbindelse med aftalernes indgåelse gøres bekendt med risikoen ved fravalg af overvågning. Endvidere skal brugeren vurderes habil i forhold, der vedrører den respiratoriske pleje, behandling og overvågning. Aftalerne indgås sædvanligvis under en indlæggelse eller ambulante efter aftale. Bruger forventes, at have gjort sig overvejelser over hvilke generelle aftaler om fravigelse fra Sundhedsstyrelsens krav om overvågning inden for synsvidde, de personligt kunne tænke sig at indgå.

RCV forbeholder sig ret til ikke at kunne acceptere for risikofyldte afvigelser af hensyn til brugernes sikkerhed og hjælperens arbejdsmiljø. Men som udgangspunkt har brugeren vide beføjelser til at fravælge overvågningen i tidsbegrænsede perioder.

5.3. VIDENSKORT 3

VIDENSKORT 3

HereTask og kompendium

HERETASK OG INSTRUKSER

Alle brugere får hver deres iPad med individuel adgang til det relevante kompetencekompendie via HereTask, og dermed brugernes individuelle behandlingsplan og instrukser. Den individuelle behandlingsplan (respiratorisk overvågning) findes under 'dokumenter' i HereTask. Den individuelle behandlingsplan tilpasses den enkelte brugers pleje og behandlingsbehov på det respiratoriske område og kan afvige fra det generelle kompendium jf. ordination fra RCVs læger.

Hjælperen skal altid tage udgangspunkt i brugerens individuelle respiratoriske dokumenter, der udgør den samlede behandlingsplan. Disse må ikke forveksles med det generelle kompendium.

Der kan løbende være behov for ændringer i den respiratoriske overvågning og den individuelle behandlingsplan. Du vil på forsiden af HereTask under "udførte aktiviteter" kunne se, hvis der er ændringer i fx en individuel instruks eller i den respiratoriske overvågning. Der kommer en notifikation, når der uploades et nyt dokument. Du skal altid holde dig orienteret om seneste opdateringer.

Notifikationers betydning under udførte aktiviteter

- Ændringer i 'dokumenter' er markeret med rød 'dot'
- Logbogsindberetninger er markeret med en blå 'dot'
- Opgaver, der er afviklet, er markeret med en brun 'dot'

Brugerens behandlingsplan og instrukser fremgår af HereTask og indholder:

- Apparaturlindstillinger, herunder masketype, slangetype m.m.
- Respiratorisk overvågning, der indeholder bl.a.:
 - Habilitetsvurdering
 - Risikovurdering
 - Brugerens aftaler om afvigelser fra overvågningen
 - Brugerens specifikke behandlingsplaner
- Kompetenceudvikling for maskerespiratorbehandling
- Evt. beskrivelse af særlige hensyn, pleje, observationer eller lignende omkring brugerens respiration og respiratoriske behandling.
- Apparat- og maskevejledning
- Brugervejledning for apparatur og maske, som brugeren har
- Bevillingslister/varebestilling for den enkelte bruger
- Medicoteknik - reparation og service



- Relevante rengøringsprocedurer
- Visitationsskema
- Evt. tjekliste til oplæring

Brugerens iPad med HereTask skal altid være tilgængelig for hjælperne og skal medbringes ved samtlige besøg på RCV. Brugerens behandlingsplan fremgår ligeledes af EPJ.

Ændringer i brugerens behandling og tilstand

Pludselige ændringer i brugerens behandling eller tilstand, der har respiratorisk betydning, skal altid indberettes til RCVs hotline telefon eller som en logbogsindberetning i HereTask. Ændringer kan fx være væsentlig forværring af brugerens grundsygdom, øget behov for maskerespiratorbehandling, opstart af inhalationsbehandling og lign.

Referencer

Uddybning af udmeldinger vedr. hjemmerespiratorer brev af 19. august 2010 fra Sundhedsstyrelsen. j.nr. 7-703-11-285/1/HRA Vejledning nr. 115 af 11/12/2009 Vejledning om autoriseret sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Link fra www.retsinformation.dk, download d. 25. august 2011 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064> Bekendtgørelse nr.1219 af 11/12/2009,

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Link fra www.retsinformation.dk, download d. 25. august 2011 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129042> "NOTAT OM ANSVAR FOR HJÆLPERE HOS RESPIRATORBRUGERE" http://www.rcfm.dk/fileadmin/rcfm_filer/dokumenter/Vejledninger/Respiratorbrugere/Hjaelperansvar_Respiratorbrugere.pdf LBK nr. 913 af 13/07/2010 (Sundhedsloven). <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>

5.4. VIDENSKORT 4

VIDENSKORT 4

Nye hjælpere
i eget hjem

UDDANNELSE AF NYE HJÆLPERE I EGET HJEM

I forbindelse med ansættelse af nye hjælpere uden kendskab til kompetenceudvikling og maskerespiratorbehandling sidemandsoplæres den nye hjælper i hjemmet. Disse hjælpere skal introduceres til kompetenceudvikling for maskerespiratorbruger og HereTask-systemet - herunder brugerens respiratorisk overvågning, der indeholder den individuelle behandlingsplan.

I hjemmet er der ikke krav om oplæringsskema. Der foreligger dog en tjekliste for relevante emner til sidemandsoplæring. Denne er tilgængelig under dokumenter på HereTask. Der findes en liste for henholdsvis børn og voksne. Der er ingen krav om indsendelse af dokumentation eller godkendelse fra RCV for oplæring af ny hjælper.

Nye hjælpere, der ansættes hos brugeren, oplæres/introduceres i den aktuelle brugers respiratoriske pleje og behandling samt individuelle instrukser fra den respiratoriske overvågning i HereTask. Dette gælder også hjælpere, der tidligere har modtaget undervisning på RCV eller har fungeret som hjælpere hos andre brugere. Dette skyldes, at der ofte er forskelle mellem de forskellige brugeres behandlinger, præferencer og instrukser, og derfor kan erfaringer ikke altid overføres fra en bruger til en anden. Hjælpere med et højt kompetenceniveau og forudgående kendskab til HereTask, vil på egen hånd kunne orientere sig i HereTask. Dermed vil denne hjælper kunne begynde i hjemmet uden yderlig introduktion til de respiratoriske opgaver.

RCV anbefaler at de hjælpere, der deltager i oplæring af nye hjælpere, har et vist erfaringsgrundlag og føler sig trygge og kompetente til at oplære nye hjælpere i hjemmet.



5.5. VIDENSKORT 5

VIDENSKORT 5

Luftvejenes opbygning og funktion

LUFTVEJENES OPBYGNING OG FUNKTION

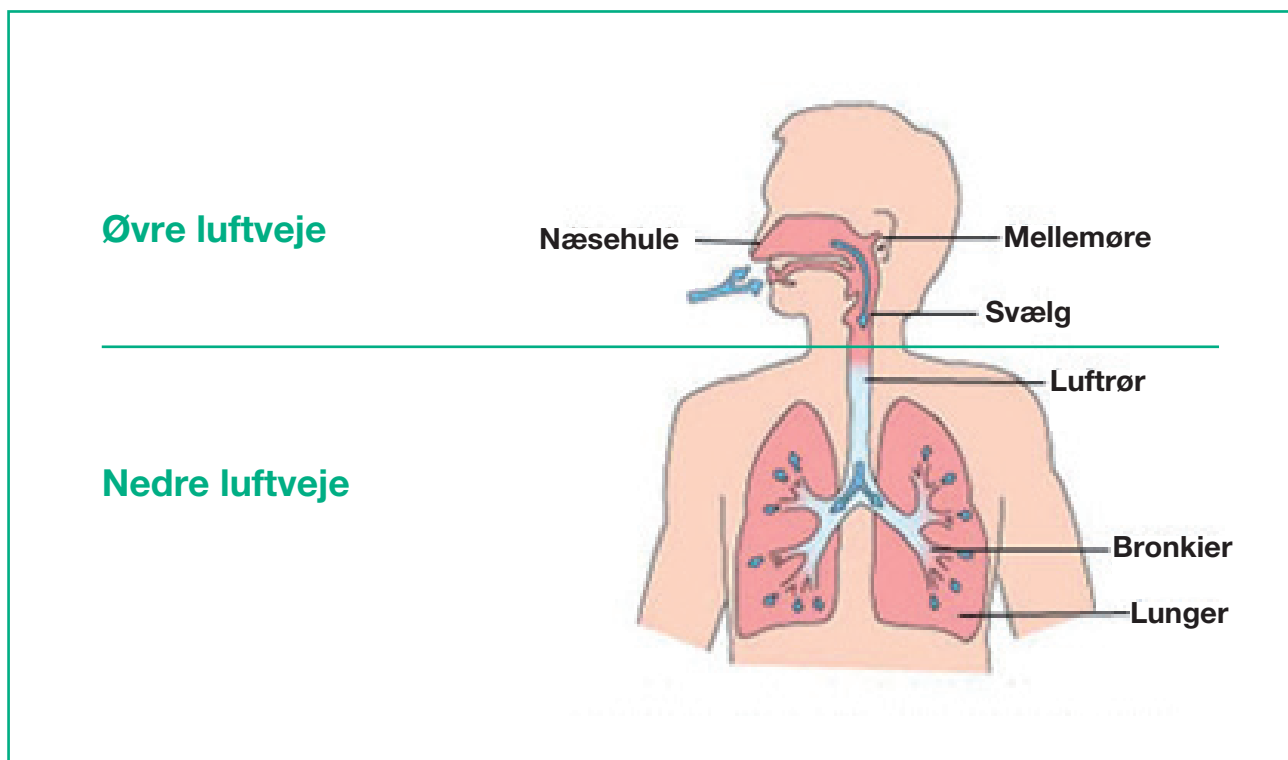
Formål

Formålet er, at du som hjælper får et indblik i lungernes opbygning og funktion. Det kan hjælpe dig til at forstå baggrunden for de handlinger, du skal udføre i forbindelse med brugerens behandling. Du skal være i stand til at observere afvigelser fra normaltstanden samt handle på dette efter forskrifterne.

Luftvejenes opbygning og funktion

Luftvejene begynder ved næse og mund. Her trækkes luften ind og ned gennem svælget til luftrøret og videre ud i lungerne. Børn indtil 6 måneders alderen trækker udelukkede vejret gennem næsen. Lungerne er organer, der er inddelt i lungelapper, og de er placeret i brysthulen.

Luftvejene deles op i de øvre og nedre luftveje



De øvre luftveje

De øvre luftveje består af mund, næsehule, svælg, strube og øvre del af luftrøret. I næse- og mundhulen opvarmes, fugtes og renses indåndingsluften. Luftvejene er overalt (fra næsehulen til alveolerne), beklædt med en slimhinde, som er fyldt med blodkar, og de er i luftrøret beklædt med fimrehår.

Slimhinden består af forskellige slags celler. Den ene slags celler producerer sekret og den anden er beklædt med fimrehår. Sekretet er med til at holde luften tilpas fugtig. Samtidig beskytter sekretet slimhinden og binder partikler fra indåndingsluften.

Fimrehårene bevæger sig ved hjælp af sammentrækninger af cellerne. Fimrehårene bruges til at transportere sekretet med de uønskede partikler op mod svælget, hvor det enten hostes ud eller synkes.

Indåndning- og udåndingsluften passerer gennem svælg, strube og luftrør. I struben dannes stemme vha. af stemmebåndene og luft. Luften passerer under udånding gennem åbningen mellem stemmebåndene og sætter dem i svingninger, hvorved der dannes lyde.

Selve luftrøret består af muskler, der danner et rør ved hjælp af stive bruskringe. Dette sikrer, at luftrøret holdes åbent og ikke nemt kan klemmes af eller falde sammen.

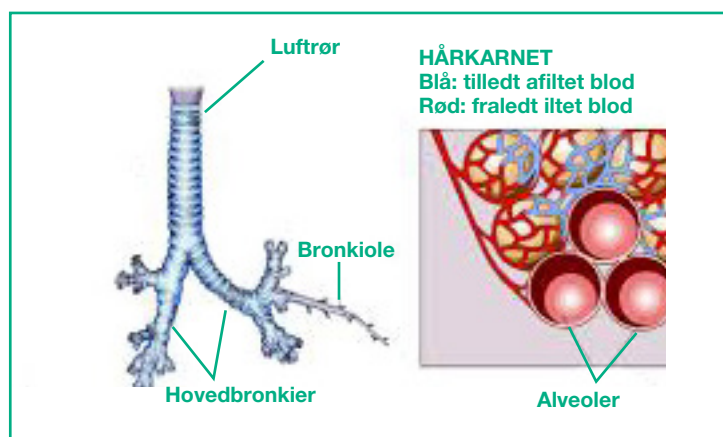
De nedre luftveje

De nedre luftveje består af nederste del af luftrøret (bronkier), luftrørgren (bronkioler), lungeblærer (alveoler) og blodkarnet (kapillærnet). Nedre del af luftrøret deler sig i to hovedbronkier, som så igen deler sig i bronkioler. Bronkiolerne deler sig i finere og finere grene for til sidst at munde ud i alveoler.

Alveolerne er små blærer, som er omgivet af det tynde blodkarnet. Her foregår selve luftskiftet, dvs. udveksling af indåndingsluft (iltet) og udåndingsluft (kuldioxid). Lungerne består af 300 millioner alveoler, som arealmæssigt svarer til en hel fodboldbane. De nedre luftveje er ligeledes beklædt med slimhinde.

Lungernes opbygning og funktion

Den højre lunge består af tre lapper, og er lidt større end den venstre lunge, der består af to lapper. Dette skyldes, at der skal være plads til hjertet i venstre side af brysthulen. At lungen er inddelt i lapper, har eksempelvis den fordel, at lungebetændelse og sammenklappede lungeafsnit (atelektase) for en tid kan afgrænses til en mindre del af lungen. Lungernes funktion er at forsyne blodet og dermed hele kroppen med ilt og udskille affaldsstoffer (CO₂=kultveilte).



Vejtrækningen forgår ved et samspil af, at mellemgulvet (muskul mellem brysthulen og bughulen) trykkes ned mod maveregionen, og at brystkassen udvides ved hjælp af muskler omkring ribbenene, således at lungerne udvides og luften strømmer ind. Ved udånding sker det modsatte, nemlig at mellemgulvet løftes op mod brystkassen og selve brystkassen synker sammen og luften presses ud. Udåndingen varer ca. dobbelt så lang tid som indåndingen.

Et voksent menneske trækker vejret mellem 12-16 gange i minuttet. Indåndingen er en aktiv proces, hvor der bruges muskelkraft, mens udånding er en passiv proces.

Børns vejrtrækningsfrekvens (respirationsfrekvens) er afhængig af deres alder:

- 0-6 måneder er frekvens omkring 50/min
- 6-12 måneder er frekvens omkring 45/min
- 1 år er frekvens omkring 40/min
- 2-4 år er frekvens omkring 30/min
- 6 år er frekvens omkring 27/min
- 8 år er frekvens omkring 22/min
- 10 år er frekvens omkring 20/min

Sammenfald af lungeafsnit

De nedre luftveje har bedst af at blive ventileret godt igennem flere gange dagligt, således at der kommer luft ud i alle lungeafsnit. Hvis lungerne ikke ventileres godt igennem dagligt, er der risiko for sammenfald og tilstopning af lungeafsnit (atelektaser). Sammenfaldende sker, fordi de små alveoler klapper sammen, når der ikke kommer luft ud til et givent område af lungerne. Samtidig kan evt. sekret forblive uforstyrret i de alveoler, der ikke ventileres, og dermed skabe grobund for en lungebetændelse. Brugere har som oftest ikke de samme respiratoriske kræfter som raske mennesker.

Maskerespirator

En maskerespirator sikrer brugeren en lidt større mængde luft og et lidt kraftigere blæs ved vejrtrækning, end deres egen vejrtrækning normalt vil gøre. Derved sikres en mere sufficient fyldning af lungerne.

Hjemmerespirator

En hjemmerespirator ventilerer med en fast indstilling hver gang den puster, denne indstilling svarer til vejrtrækning hos en person i hvile. Der skabes ingen "suk-effekt" eller "kunstig" forpustethed med en hjemmerespirator. Derfor har respiratorbrugere og tracheostomerede brugere behov for manuel ventilation minimum 2 gange pr. døgn. Dermed skabes en "kunstig hård" ventilation, hvor selv de mindste lungeafsnit og alveoler bliver ventileret. Herved mindskes risikoen for sekret ophobning i lungerne. Prøv engang selv at tage en dyb indånding eller suk og mærk hvordan brystkassen hæver sig, og lungerne bliver helt fyldte med luft.

Forstoppelse

Bliver brugeren forstoppet (ingen afføring) gennem længere tid, kan dette have indflydelse på vejrtrækningen. Tarmene kommer til at fylde mere og mere i bughulen og vil til sidst klemme lungerne sammen, og dermed mindske lungekapaciteten. Lungerne har samme konsistens som en svamp og klemmes/trykkes let sammen, når tarmene bliver fyldt med afføring eller luft. Derfor er det vigtigt at holde gang i maven. Som hjælper skal du være opmærksom herpå, specielt hvis brugeren ikke selv kan overskue dette - skriv evt. ned hvor ofte brugeren har afføring, det kan være svært at huske.

Sekret

Observation

Da både de øvre og de nedre luftveje består af slimhinde vil der altid være sekret i luftvejene, dette er helt naturligt. Almindeligvis dannes der lyst, løst sekret i luftvejene, og dette sekret ser ud som spyt og synkes normalt, uden at man tænker nærmere over det. Nogle brugere har svært ved at synke og har derfor brug for at komme af med dette sekret på anden vis, fx. ved hjælp af servietter eller mundpleje-swabs eller sugning (gældende for brugere med trakealkanyle/respirator)

Sekretets udseende samt tegn på luftvejsinfektioner (lungebetændelse): Vurderingen af sekretets konsistens, farve, lugt og mængde er en vigtig observation. Normalt lungesekret er løst, lyst, klart og uden lugt. Afvigelser kan være, at konsistensen kan blive sej eller vandigt, skifte farve til gulligt, grønt eller brunligt, eller der pludseligt er større mængder.

Løst/tyndt sekret

Hvis sekretet bliver tyndt/vandigt, bør du overveje om det hænger sammen med temperaturen på fugteren. Er denne for høj, vil der ske en stor fordampning og derved komme overflødig fugt i luftvejene, samt øget kondens i slangesystemet - løsningen er at skru ned for temperaturen på fugteren (se afsnittet om fugteren).

Sejt sekret

Tjek først om fugteren er rigtigt indstillet. Overvej om vejret/omgivelserne kan have indflydelse på, om luften er mere tør end vanligt, så der måske skal ændres på fugterens temperatur (se teori om fugteren). Eksempelvis grundet årstiden. Luften er ofte mere tør om vinteren end om sommeren. Et tørt miljø i luftvejene kan medføre, at sekretet bliver mere sejt og derved sværere at hoste op, samt give en øget tendens til blødning fra slimhinden.

Hvis sekretet er sejt og svært for brugeren at hoste op, kan I (brugeren og du) prøve:

- At lave stillingsskift hos brugeren, bevægelse af kroppen kan være med til at løsne sekret.
- Skru op for fugteren (se teori om fugteren).
- At vurdere om brugeren drikker for lidt. For lidt væske har indflydelse på hele kroppens væskebalance, og dermed også sekretets sejhed. Brugeren bør drikke ca. 1½-2 liter dagligt (individuel). Dette er et forebyggende tiltag, og effekten ses først efter nogen tid.
- Hos maskebrugeren: gives maskerespirator eller CPAP apparatur (natlig CPAP) på, da den øgede mængde luft og fugten ofte kan hjælpe med at løsne sekret fra luftvejene.
- Hos den tracheostomerede brugere kan sekret løsnes ved at ventilere med saltvand.

Gult/grønt sekret

Dette kan være tegn på infektion. Hvis brugeren samtidig enten har feber, kulderystelser, lufthunger, træthed, almen utilpashed, smerter i brystet og/eller øget mængde sekret, skal brugerens egen læge eller vagtlæge kontaktes, da disse symptomer kan være tegn på en lungebetændelse.

Brunt/blodigt sekret

Brunligt sekret kan være gammelt blod. Friskt blod kan også ses i sekretet. Dette skyldes som regel irriterede eller beskadigede slimhinder. Overvej om der er sket ændringer, fx ved mundpleje eller om der ved evt. sugning er sket en slimhindebeskadigelse. (Gældende for brugere med trakealkanyle/respirator). Det kan også være nødvendigt at regulere fugter temperaturen. Hvis du som hjælper ikke selv kan afhjælpe afvigelser fra det normale, og brugeren har feber og er utilpas, skal brugerens egen læge, vagtlæge eller RCV kontaktes for råd og vejledning. I samarbejde med disse aftales videre handlinger.

Relevante observationer kan være

- Urolige nætter, brugeren vendes ofte/mere end vanligt.
- Ændring i sovestillinger, kan ikke holde ud at ligge på ryggen/siderne, ønsker at sidde mere op.
- Hyppige opvågninger/svært ved at sove.
- Brugeren føler lufthunger i hvile/forbindelse med fysisk aktivitet.
- Hiver efter vejret, bruger hjælpemuskler (synlig brug af musklerne på halsen og omkring kravebenene, øverst på brystkassen) til vejrtrækning.
- Overfladisk vejrtrækning - kun det øverste af brystkassen bruges til vejrtrækning.
- Hurtig vejrtrækning - antal/min.
- Anstrengt vejrtrækning - der kan høres.
- Svært ved at trigge (igangsætte) maskerespirator/hjemmerespirator.
- Fejlsynkning/mad galt i halsen - hyppighed.
- Brugeren sveder - kan være tegn på feber eller øget respiratorisk arbejde.
- Rødblussende - kan være tegn på feber eller øget respiratorisk arbejde.
- Brugeren hoster, styrke - host (kan brugeren selv hoste sekret løs?) eller rømmer sig.
- Sekret, mængde, udseende, løst/sejt.
- Lungebetændelse - konstateret af læge.
- Forstoppelse – hvor fyldte tarme kan presse op på lungeren og dermed give en dårligere/påvirket vejrtrækning.
- Fornemmelse hos hjælperen - noget er ikke som det plejer, uden at man kan sige præcist hvad/hvordan.

Ovenstående observationer skal dokumenteres som en besked eller logbogsindberetning i Here-Task, alt efter alvorlighedsgrad.

**Ved observationer af akut-/uopsættelig karakter
kontaktes straks egen læge /vagtlæge eller ring 112**

Referencer

Den Store Danske, Gyldendals åbne encyklopædi: www.denstoredanske.dk Court Pedersen m.fl.: "Medicinske Sygdomme. Sygdomslære og sygepleje". 12. udgave. København 2005. Nyt

Nordisk Forlag, Arnold Busck, s.123. Vibeke von der Lieth og Marianne Looft: "Anatomi og fysiologi". 4. udgave, 2009, Munksgaard Danmark.

Respirationscenter Vest, Aarhus Universitetshospital. Kompetencevurdering, Klinisk uddannelse af hjælpere til hjemmerespiratorbruger. 5. udgave 2019

Jette Nielsen og Lene Wolff: "Social- og Sundhedshjælper". Bind 2, 5.udgave, 2. oplag 2004 Munksgaard Danmark

Finn Johannsen, Mikkel Bøgeskov: "Praktisk procedure og diagnose guide". 1 udgave, 1 oplag, København 2008, Munksgaard Danmark.

Sheila K. Adam og Sue Osborne: "Intensiv sygepleje: Viden og praksis". 2. udgave, 2. oplag, 2003, Nyt Nordisk Forlag

Knut Dybwik: "Respiratorbehandling – lærebok for sykepleiere". Umaskerespiratorersitetsforlaget, Oslo, 2. udgave 2000, 2. oplag 2001

Tove Guldbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.): „Intensivsykepleie“. Akribe AS, 2005, 1 utgave, 1. oplag.



KOMPETENCETEORI

Den respiratoriske
sygepleje

6.1 Generel introduktion til den respiratoriske pleje

KOMPETENCETEORI

6.1

Den respiratoriske sygepleje

Formål

At du får teoretisk viden og praktisk erfaring med den respiratoriske pleje, der udføres hos brugeren. Således at du kan varetage den respiratoriske pleje, foretage observationer af brugeren i hjemmet samt handle på afvigelser.

Baggrund

Brugeren er afhængig af maskerespiratoren, og derfor er det en forudsætning, at der udføres respiratorisk pleje, behandling og overvågning.

- Udføre respiratorisk plejeopgaver hos brugeren – med udgangspunkt i standarderne for den respiratoriske pleje og behandling, samt brugerens individuelle instrukser
- Observere og vurdere den respiratoriske pleje, og afvigelser fra denne
- Indberette afvigelser fra brugerens individuelle instrukser til RCV (logbogsindberetninger)

Hvis den respiratoriske pleje ikke udføres, jf. behandlingsplanen, kan der opstå risiko for, at brugeren får infektioner samt risiko for andre respiratoriske problemstillinger som fx nedsat iltmætning/lufthunger, sammenfald af lungeafsnit (atelektaser), m.m.

Respiratoriske pleje opgaver, der opstartes af RCV kan kun uddelegeres til en anden respiratorisk hjælper, der er kendskab til RCV Kompetenceudvikling og HereTask - og kan dermed ikke uddelegeres til anden hjælper, fx fra hjemmepleje, bosted eller lignende. Se i øvrigt videnskort 1 vedr. Krav til akutvikarer.

Metode, observation og sygepleje

Som hjælper er det dit ansvar at observere brugerens respiratoriske tilstand, herunder observere maskebehandlingen, maskens placering og evt. gener fra masken. Der skal dagligt udføres plejeopgaver hos brugeren jf. standarderne og behandlingsplanen - se dokumenter i HereTask. Du skal være orienteret i standarderne i Kompetenceudviklingen og brugerens Respiratoriske overvågning hvoraf evt. individuelle instrukser fremgår. Dette for at kunne udføre korrekt respiratorisk pleje. Dette kræver, at du kender plejeopgaverne, de daglige procedurer og er blevet introduceret til opgaverne.

Det vigtigste som hjælper er at udvise overblik og omhu i forbindelse med den respiratoriske pleje samt vurdere eventuelle afvigelser og handle med rettidigt omhu herpå.

Du skal være orienteret i brugervejledningerne og evt. firmamannualerne. Brugervejledninger skal du have et indgående kendskab til, fordi de er en del af Kompetenceudviklingen. Mens firmamannualerne kan bruges som opslagsværk, hvis der opstår problemer med udstyret.

Det vigtigste som hjælper er at udvise ro og overblik, uanset om der er fejlfunktioner eller alarmer fra maskerespiratoren, brugeren ikke kan få luft, eller er bange. Dette kræver, at du kender apparaturet og gennem de daglige procedurer forebygger akutte situationer.



De respiratoriske plejeopgaver

I de efterfølgende dokumenter, i dokumentoversigten, findes en generel gennemgang af plejeopgaver ved brugere med respiratorisk overvågning:

- Hygiejne - 6.2
- Mundpleje - 6.3
- Akutsituationen - 6.4
- Turtasken - maskerespirator 6.5

Orientér dig i de kommende kapitler omkring respiratorisk pleje i forbindelse med maskerespiratorbehandling

Kontakt altid RCV ved afvigelser og spørgsmål på hotline 24 77 84 05



6.2 Hygiejne

KOMPETENCETEORI

6.2

Den respiratoriske sygepleje

Formål

At beskrive de hygiejniske principper, så du som hjælper kan handle under hensynstagen til principperne, og derved forebygge infektioner både hos brugeren og dig selv.

Baggrund

De hygiejniske principper for håndhygiejne er udarbejdet af Statens Serum Institut (SSI) og er en del af de generelle infektionshygiejniske retningslinjer. De gælder i alle situationer uanset, om brugeren smitter eller ej og uanset, om I er på hospital eller hjemme. Ved at overholde de hygiejniske principper hindres overførsel af bakterier fra bruger til hjælper/omgivelser og omvendt. Derudover hindres bakterier fra brugerens forskellige kropssekreter at smitte brugeren selv. Bakterier fra nedre toilette kan eksempelvis give en infektion i lungerne, og bakterier fra luftvejene kan give en infektion fx i et sår.

Som hjælper skal du tage følgende forholdsregler, for at overholde de hygiejniske principper:

- Undlad brug af fingerringe, armbånd, armbåndsur eller andre håndsmykker.
- Neglene skal være synligt rene, hele og kortklippede.
- Undlad brug af neglelak og kunstige negle.
- Din hud på hænder, håndled og underarme skal holdes synligt hel og være uden infektionstegn. Der må fx ikke være eksem eller væskende sår på hænderne, håndled eller underarme.
- Undlad brug af håndskinne, fingerforbindinger og lign.
- Undlad brug af langærmet beklædning.
- Langt hår skal være opsat.

Metode, observation og sygepleje

Håndhygiejne er håndvask og hånddesinfektion eller hånddesinfektion alene. Hånddesinfektion anbefales frem for håndvask, da det er mere effektivt og beskytter huden bedre. Derved undgås udtørring af hænderne med rifter og sår til følge. Hvis der er en synlig forurening fx afføring, urin eller sekret, vaskes hænderne først og derefter udføres hånddesinfektion. Udfør altid hånddesinfektion før (inden handskerne tages ud af boksen) og efter handskebrug.

Håndvask

- Skyl hænder og håndled med koldt eller tempereret vand.
- Tag hvad der svarer til en 15 ml. flydende sæbe (1-2 pumpeslag).
- Gnid vand og sæbe i håndfladen, på håndryg, mellem fingrene, fingerspidser, tommelfingre og omkring håndled - ca. 15 sekunder.
- Skyl sæben grundigt af.
- Hænder og håndled tørres grundigt i et engangshåndklæde eller et rent håndklæde.



Hånddesinfektion

- Tag hvad der svarer til 15 ml. hånddesinfektionsmiddel i tørre hænder (1-2 pumpeslag/2-5 ml).
- Bearbejd hånddesinfektionsmidlet i håndfladen, på håndryg, mellem fingrene, fingerspidser, tommelfingre og omkring håndled – indgnid til tørhed - ca. 30 sekunder.



Hudpleje

- Brug håndcreme for at forebygge udtørring og revner.
- Tør hud plejes med fedtcreme, husk at cremen skal have tid til at trænge ind i huden.

Håndhygiejne før rent arbejde såsom

- Respiratorisk pleje, fx tracheostomipleje, justering af maske etc
- Madning/håndtering af sonde
- Mundpleje
- Hjælp til personlig hygiejne
- Før engangshandsker tages ud af handske dispenser og tages på
- Før materialer tages ud af skabe eller lignende
- Øjendrypning
- Hjælp til medicingivning

Håndhygiejne efter alt urent arbejde såsom

- Hjælp ved personlig hygiejne
- Næsepudsning
- Hjælp ved hoste



- Hjælp ved opkastning
- Toiletbesøg
- Skift af urinpose
- Efter alle opgaver hvor der bruges handsker

Arbejdsdragt

Generelt anbefales det, at hjælpere adskiller arbejdstøj og privattøj mhp. at mindske overførsel af mikroorganismer. Arbejdsdragten bør vaskes ved temperaturer over 80 grader - men hvis dette ikke er muligt, bør man anvende et vaskemiddel tilsat klor, hydrogenperoxid eller pereddikesyre. Et hvidvaskemiddel er at foretrække, da det indeholder blegemiddel, der har en desinficerende effekt. Brug et langt vaskeprogram incl. forvask samt den højeste temperatur, tøjet tåler. Arbejdsdragten skal være med korte ærmer, så der er mulighed for korrekt håndhygiejne.

Værnemidler

Værnemidler skal være tilgængelige i hjemmet. Værnemidler omfatter udstyr, der bæres af sundhedspersonale, og som har til formål at beskytte sundhedspersonalet mod mikroorganismer og forebygge, at sundhedspersonalet videregiver smitte. Det anbefales at anvende værnemidler ved risiko for stænk og sprøjt. Dertil er vigtigt, at du som hjælper forstår, at værnemidler skal bruges korrekt i kombination med korrekt håndhygiejne, fordi værnemidlerne ellers kan give en falsk tryghed og selv udgøre en smitterisiko. Korrekt håndhygiejne er forsat vigtigt i forhold til at bryde en eventuel smittevej.

Handsker er det mest anvendte værnemiddel. Af andre værnemidler kan plastikforklæder, mundbind (maske) og briller (visir) nævnes. Værnemidler, der leveres af RCV, er til hjælperens brug i forbindelse med den respiratoriske pleje og behandling. Værnemidler til personlig pleje leveres af kommune.

Brug af engangshandsker

Handsker anvendes ved:

- Risiko for at hænder og håndled forurenes med organsiks materiale - fx blod, sekret, spyt, opkast, urin eller afføring.
- Ventilering, sugning og skift af inderkanyle, tracheostomipleje.
- Hvis du har rene sår eller eksem på hænder og håndled.
- Når du håndterer det urene udstyr (fx maske, sug, slanger osv.)

Håndtering af engangshandsker

- Der skal udføres hånddesinfektion, før handsker tages ud af kassen, så de resterende i kassen ikke forurenes.
- Handskerne skal være hele. Går de i stykker under udførelse af det urene arbejde, skal du vaske hænderne og tage nye handsker på.
- Handsker må ikke vaskes eller desinficeres og bruges videre til anden procedure.
- Handsker tages straks af efter endt procedure.
- Fjern handsker ved at krænge fra mancheten ud over resten af hånden, således at indersiden vendes ud. Urent materiale som fx små forbindiger krammes/rulles ind i den ene hånd og handskens krænges ud over. Den anden handskens krænges derefter udover den første.



- Der skal udføres hånddesinfektion efter brug af handsker, selvom handskerne ser intakte ud - dels fordi der sker opformering af hudens normalflora i det varme miljø, der er under handskerne, og dels fordi der er mikroskopiske huller (pinholes) i en vis procentdel af handskerne.

Anvendelse af øvrige værnemidler

Der er til den enkelte hjælper at foretage en risikovurdering i forhold til den forestående opgave og dermed tilrettelægge handlingen med hensyntagen til smitterisiko og med udgangspunkt i de generelle infektionshygiejniske retningslinjer. Det er opgaven, der bestemmer typen og behovet for brug af værnemidler.

Håndtering af værnemidler

- Inden man ifører sig værnemidler udføres hånddesinfektion, som beskrevet tidligere. Herefter tages mundbind og visir på. Slutligt tages handsker på. Der bør udføres hånddesinfektion mellem hver proces.
- Mundbindet og visiret skal være helt, og må ikke have små huller.
- Værnemidler fjernes ved først at krænge handsker af ud fra ovenstående beskrivelse, efterfulgt af hånddesinfektion. Slutligt tages mundbind og visir af.
- Ved anvendelse af plastikforklæde tages dette på og af før håndtering af mundbind og visir.
- Mundbind og plastikforklæde kasseres efter brug, og ved synlig eller mistanke om forurening. Kasseres desuden, hvis det bliver fugtigt. Mundbind og plastikforklæde må ikke gemmes og genanvendes eller vaskes.
- Rammen til visiret kan typisk genanvendes og rengøres efter instruks.

Hånddesinfektion	<ul style="list-style-type: none"> • Før rene og efter urene arbejdsopgaver • Før og efter brug af værnemidler • Efter håndvask
Håndvask	<ul style="list-style-type: none"> • Ved synlig forurening • Efter toiletbesøg • Ved våde eller fugtige hænder • Før håndtering af fødevarer
Handsker	<ul style="list-style-type: none"> • Ved risiko for forurening med organisk materiale
Plastikforklæde	<ul style="list-style-type: none"> • Ved risiko for forurening af arbejdsdragten, fx ved sengebåd, rengøring af toiletter og lign.
Maske og visir	<ul style="list-style-type: none"> • Anvendes ved risiko for stænk, sprøjt og aerosolgenerende procedurer til ansigtets slimhinder, fx tracheostomipleje, mundpleje, aktiv behandling med respirator, maskerespirator eller cpap - og lignende. • Masken skal være type IIR eller 2R, som er stænkresistent.



Optimering i brug af værnemidler

Der henstilles til, at man som hjælper og bruger i samarbejde forsøger, at optimere brugen af værnemidler, både af hensyn ressourcerne og miljøet. Optimering kan ske ved at samle de opgaver, som indebærer risiko for stænk og sprøjt sammen og dermed udføre procedurerne samlet. Som eksempel kan nævnes morgenens respiratoriske plejeopgaver; mundpleje, skift af maske (fx mellem nat og dagmaske), tracheostomipleje og af-/tilcuffning, således at disse procedurer udføres med samme forklæde, mundbind og visir.

Referencer

E-dok: Generelle infektionshygieniske forholdsregler - Værnemidler, regional instruks

E-dok: 19.40.2 Generel infektionshygiejne og brug af personlige værnemidler i hjemmet, RCV

*Nationale infektionshygieniske retningslinjer, Statens Serums Institut, NIR 1. udgave 2017.
Afsnit: 5.4 Personlige værnemidler, S. 17-25.*

*Nationale infektionshygieniske retningslinjer, Statens Serums Institut, NIR, 2. udgave 2018.
Om Håndhygiejne*



6.3 Mundpleje

KOMPETENCETEORI

6.3

Den respiratoriske sygepleje

Formål

Formålet med at udføre mundpleje er, at forebygge infektion og caries ved at holde tænder, mundslimhinde og gane rene og fugtige og dermed undgå spredning af bakterier til luftvejene, der kan medføre lungebetændelse. Ydermere er formålet at øge patientens velbefindende ved at have en ren og frisk mund uden dårlig lugt, undgå mundtørhed, følelse af tørst og deraf med risiko for sår og rifter i munden.

Baggrund

Den flora, der findes i mundhulen ændres, når der startes maskerespiratorbehandling. Dette i kombination med eventuel nedsat eller ophør af indtagelse af væske og mad gennem munden, vil give belægninger på tænderne, som vil fungere som reservoir for bakterier. Dårlig mundhygiejne kan være medvirkende til lungebetændelse. Patienter med tetraplegi (lammelse) eller lignende kan ofte ikke selv udføre mundpleje, og de har derfor brug for hjælp til proceduren.

Metode, observation og sygepleje

Inden du som hjælper påbegynder mundplejen, er det vigtigt, at du medinddrager brugeren, og at I samarbejder omkring opgaven, således at det bliver en god oplevelse for brugeren at få udført mundpleje.

Remedier til mundpleje

- Værnemidler
- Vand i krus
- Blød børnetandbørste (gør det nemmere at komme til i mundhulen, minimerer risikoen for at lædere mundslimhinden). Alternativt brugerens egen elektriske tandbørste
- Mundpleje-swabs
- Tandpasta med flour
- Plejemiddel til læberne
- Evt. træspatel
- Lommelygte eller godt ovenlys til undersøgelse af mundhulen.

Mundpleje i praksis

Mundpleje overordnet

- Udføres efter behov, dog mindst 2 gange dagligt (morgen og aften), samt efter behov. Afhængigt af mundhulens tilstand fugtes denne jævnligt med vand på mundpleje-swabs.

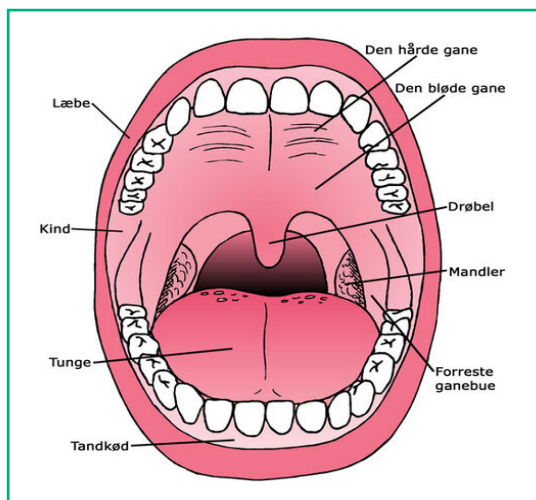
Mundplejeprocedure

- Håndhygiejne og værnemidler
- Patienten lejres i siddende stilling om muligt let flekteret i nakken, ellers sideleje med eleveret hovedgærde for at undgå at mundvand/væske kommer i lungerne
- Rengør munden med fugtede mundpleje-swabs. Dette gælder tunge, gane, tænder, tandkød, læber. Indersiden af kinderne observeres for rødme, belægninger, revner, blødning, tørhed, skorpedannelse og dårlig lugt.



Selve tandbørstningen

- Patientens tænder børstes med tandbørste, hvor der er påført tandpasta.
- Børst på alle tandflader i cirkulære bevægelser i ca 2 minutter. Begynd indefra og børst udad.
- Tandkød og tunge gnubbes med tandbørste eller mundpleje-swabs i cirkulære bevægelser. Vær opmærksom på at renholde gane, tunge, indersiden af kinder samt spytkirtlernes udførselsgange (bag tandrækken i undermund).
- Overskydende tandpasta og mundvand fra mundhulen fjernes med mundpleje-swabs, alternativt kan brugeren evt. selv skylle mund med vand og spytte ud.
- Smør læberne efter behov med læbepomade, der ikke indeholder petroleum eller olie, idet det udgør en risiko for eksplosionsfare - og brandfare med ilt.



Referencer

E-dok: Regional Retningslinje. Mundpleje.

E-dok: Mundpleje til patienten med insufficient synkefunktion, i NIV-behandling

6.4 Akutsituation

KOMPETENCETEORI

6.4

Den respiratoriske sygepleje

Opstår der en akut respiratorisk situation hos en bruger er din vigtigste opgave:

AT GIVE LUFT

AT BEVARE
ROEN

VURDÉR
PROBLEMET
- KAN JEG KLARE
DET SELV?

HVIS
NØDVENDIGT
RING 112

Maskerespiratorproblem

Sætter maskerespiratoren ud eller får brugeren ikke luft nok. Som hjælper skal du forsøge at løse problemet med maskerespiratoren ved at:

- Tjekke, om maskinen er sat til strøm og tændt.
- Skifte slangesæt til maskinen.
- Tjekke masken, om den er samlet korrekt og sidder korrekt.
- Skift af maskerespiratoren med reserve maskinen. Det er som udgangspunkt kun de brugere, der fra RCV vurderes at være afhængige af deres maskerespirator det meste af døgnnet, der har en reserve maskine.
- Til slut tilkobles batteri til maskerespiratoren, hvis sådan et haves.

Kan du ikke selv løse problemet må du kontakte RCV hotline 2477 8405. Oplys altid om, at du er hjælper hos en bruger i maskerespiratorbehandling, dennes CPR nr., hvad problemet er og hvilken type maskerespirator, det drejer sig om.

Respirationsproblemer

- **KAN BRUGEREN IKKE SELV KLARE AT TRÆKKE VEJRET**, og der er ikke en reserve-maskin ringes 112.
- **TILKALD HJÆLP - RING 112**, oplys altid om, at du er hjælper hos en bruger i maskerespiratorbehandling, hvad problemet er og hvor du er. Det samme gælder ved strømsvigt. Findes ingen umiddelbar løsning må brugeren indlægges på nærmeste sygehus.



Sekret, der blokerer luftvejene, som brugeren ikke selv kan hoste op

- Hjælp/opfordre brugeren til at få maskerespiratoren på, da den kan hjælpe med vejrtrækningen og understøtte brugerens egen hostekraft (der kan være meget svag).
- Få brugeren op at sidde, da det kan være lettere at hoste i siddende stilling. Vejrtrækningen kan også bedre afhjælpes i siddende fremfor liggende stilling.
- Sørg så vidt muligt for frie luftveje.
- Sørg for, at brugeren ikke har sekret, mad eller lign. i munden.
- Hold brugerens hoved let bagud bøjet, mens underkæben skubbes lidt frem. For børn op til 1 år skabes frie luftveje ved neutral hovedstilling.
- Hvis problemet ikke løses i løbet af nogle minutter - **TILKALD HJÆLP – RING 112.** Oplys altid om, at du er hjælper hos en bruger i maskerespiratorbehandling, og hvad problemet er.

Husk altid og tjekke den respiratoriske overvågning under feltet 'Akut' - her står individuelle tiltag til akut situationen hos brugerne.

Af den respiratoriske overvågning fremgår ligeledes brugerens ønsker i forhold til hjertestop og livsforlængende behandling. Den respiratoriske overvågning findes øverst i brugerens dokument oversigt i HereTask.

Hjertestop i hjemmet

Nogle brugere har fravalgt at blive genoplivet, hvis de får hjertestop. Er dette tilfældet, fremgår det af den respiratoriske overvågning, under overskriften 'Respiratorisk behandling; Genoplivning'. Er der ikke angivet noget i den respiratoriske overvågning vedrørende genoplivning påbegyndes hjerte-lunge-redning (HLR) efter nedenstående beskrivelse.

Handlinger ved hjertestop og ØNSKE OM GENOPLIVNING

Ved hjertestop (bevidsthedssvækkelse og pulsløshed) skal man som respiratorisk hjælper tilkalde hjælpe og derefter påbegynde livreddende første hjælp (HLR)

- Tilkald hjælp via 112
- Lad maskerespiratoren blive siddende på – og forblive tændt, så maskerespiratoren ventilerer. Vær obs. på at masken sidder korrekt over næse og mund. Hvis muligt få hjælp fra anden person til at sørge for dette.
- Start livreddende førstehjælp: oftest kun hjertemassage 120 tryk /min uden pauser, idet maskerespiratoren sørger for vejrtrækningen.
- Sidder bruger i kørestolen, og du alene ikke kan flytte brugeren fra fx kørestol til gulv, indstilles kørestol til liggende, og hjertemassage påbegyndes.
- Forsæt livreddende førstehjælp, indtil der kommer hjælp, der kan tage over.



Handlinger ved hjertestop og ØNSKE OM GENOPLIVNING

Ved hjertestop / pulsløshed og ønske om ingen genoplivning, forholder hjælper sig således:

- Ringer til egen læge. Alternativt vagtlæge.
- Lad maskerespiratoren forblive tændt, hvis denne sidder på brugeren - må ikke slukkes.
- Afvent egen læge / vagtlæge, der erklærer brugeren død. Herefter kan maskerespiratoren slukkes, efter aftale med læge.

Hjælper skal give HLR efter bedste evne. Der er ingen krav til kompetencer til dette.

6.5 Turtasken

KOMPETENCETEORI

6.5

Den respiratoriske sygepleje

Formål

Der kan være individuelle behov for, hvad der skal medbringes når brugeren tager ud af huset, fordi der er stor variation i brugernes behov i løbet af dagen.

Forslag til indhold:

- Maskerespirator, fugter og ledninger.
- Kabel/ledning fra maskerespirator til bilens eller kørestolens batteri.
- Evt. ekstern batteri.
- Handsker og øvrige værnemidler.
- Gerne mobiltelefon.

Det er hjælperens ansvar i samarbejde med brugeren, altid at medbringe de nødvendige remedier, når brugeren forlader hjemmet. For børn i maskerespiratorbehandling udarbejdes der ofte en individuel instruks (se evt. punkt 6.4.1 i ”dokumenter” eller beskrivelse i den respiratoriske overvågning).

Brugeren skal selv anskaffe en egnet taske til formålet, alt fra en lille rygsæk til en mindre trolley anvendes. Brugeren træffer sit eget valg - alt efter ønsker og behov. Hjælper skal sørge for, at turtasken og indholdet heri er opbevaret hygiejnisk, og tasken med indhold skal rengøres og gennemgås med jævne mellemrum.

KOMPETENCETEORI

Det respiratoriske
udstyr

7.1 Introduktion til det respiratoriske udstyr

KOMPETENCETEORI

7.1

Det respiratoriske udstyr

Formål

At du får en teoretisk viden om respiratorisk udstyr, der anvendes hos brugeren. Således at du kan varetage den respiratoriske pleje og behandling af brugeren i hjemmet samt vedligeholde det respiratoriske udstyr.

Baggrund

Brugeren er afhængig af sit udstyr og, at det fungerer optimalt. Hvis apparaturet ikke fungerer korrekt, kan der opstå livstruende situationer. Derfor er det en forudsætning, at du som hjælper som minimum kan:

- Håndtere udstyret.
- Fejlfinde.
- Rengøre og vedligeholde.
- Sørge for udskiftning af defekt udstyr.

Metode, observation og sygepleje

Du har konstant ansvar for at observere brugerens vejtrækning, maskens placering og apparaturets funktion. Derfor skal brugeren være inden for syns- og hørevidde.

Når du møder ind på din vagt, har du som hjælper ansvar for:

- At tjekke indstillinger på maskerespiratoren, hvis det er muligt - (se hvordan under brugervejledning det enkelte apparatur).
- At sikre funktion af fugter og maskerespiratoren. Spørg brugeren om masken sidder rigtigt, og om det føles som det plejer. Sørg for at fugteren er tændt.
- At have overblik over brugerens samlede apparatur.

Du skal være orienteret i brugervejledningerne samt manualerne, så du kan bruge dem som opslagsværk, hvis der opstår problemer med udstyret. Det vigtigste, når du er hjælper for en bruger, er at udvise ro og overblik, uanset om der er alarmer fra maskerespiratoren (hvis slået til), brugeren ikke kan få luft eller er bange. Dette kræver, at du kender apparaturet og gennem den daglige vedligeholdelse forebygger akutte situationer.

Ved akut apparatursvigt

Ved strøm- og apparatursvigt påsættes batteri eller skiftes til reserve-maskerespiratoren (hvis sådan en haves). Forsøg derefter at løse problemet med den defekte maskerespirator. Løses problemet ikke i hjemmet, kontakt evt. RCV pr. telefon for råd og vejledning hurtigst muligt.

Hvis patienten er afhængig af maskerespirator døgnet rundt, og problemet ikke kan løses hurtigst muligt i hjemmet, RING 112.

Sygepleje og observation

I de efterfølgende dokumenter omkring det respiratoriske udstyr findes en generel gennemgang af:

- Maskerespirator - 7.2
- Fugter - 7.3
- Masketyper - 7.4
- Iltbehandling - 7.5
- Hostemaskine - 7.6
- Medicinforstøver - 7.7
- Saturationsmåler - 7.8
- Rengøring - 7.9
- Varebestilling- 7.10

Disse findes under 'Dokumenter' på HereTask - se indholdsfortegnelsen.

7.2 Maskerespirator

KOMPETENCETEORI

7.2

Det respiratoriske udstyr

Formål

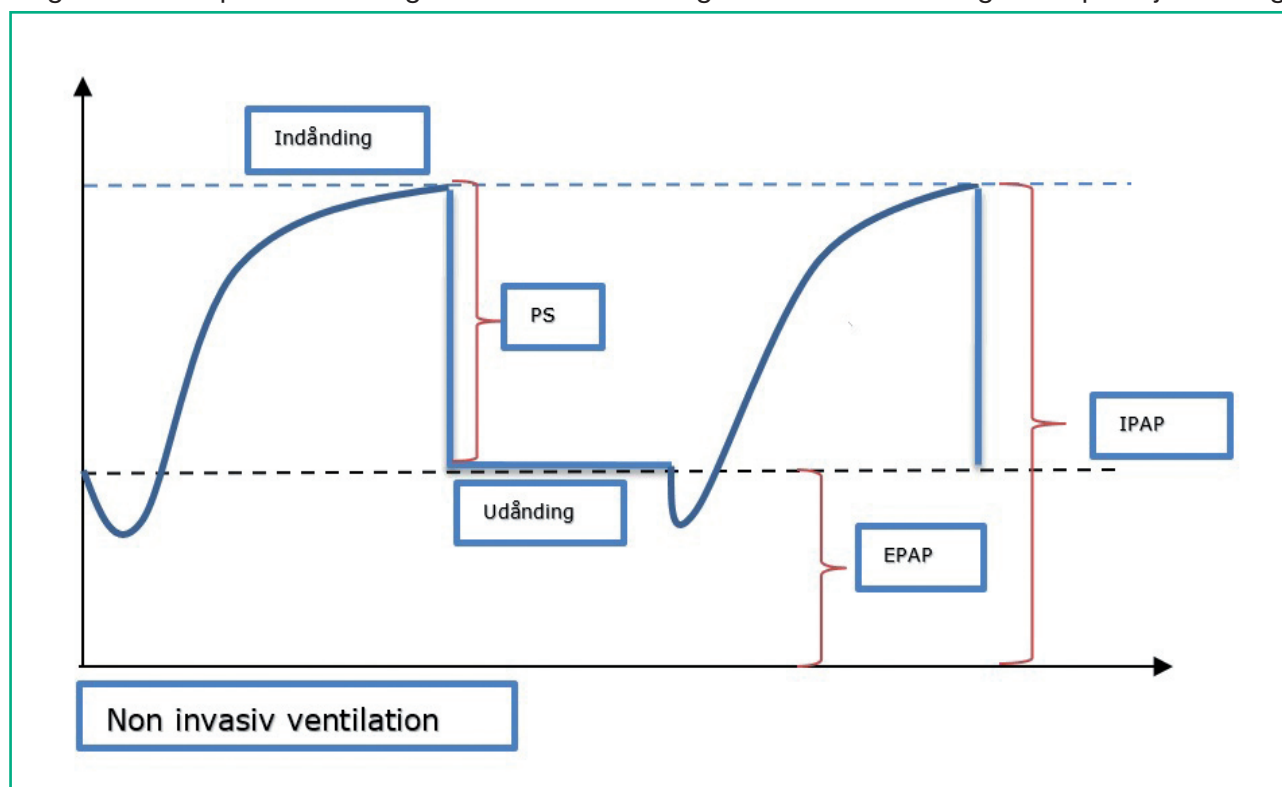
At du får en teoretisk viden om maskerespiratorbehandling, og hvordan udstyret fungerer i praksis.

Baggrund

Maskerespiratoren forbedrer og understøtter brugerens egen vejtrækning. Det er oftest under søvn, hvor brugeren ikke har tilstrækkelig egen vejtrækning og/eller har brug for aflastning af deres vejtrækningsmuskler, mens de sover. Nogle brugere er også afhængige af maskerespiratoren om dagen eller dele af dagen - fx under middagssøvn/når de hviler. Andre er afhængige af maskerespiratoren det meste af døgnet.

En maskerespirator er en respirator, der giver luft (atmosfærisk luft) via en næse eller fullface (dækker både næse/mund) maske (Se dokument 7.3 masketyper).

Maskinerne er indstillet til at give 2 forskellige tryk: Et højt tryk (IPAP = Inspiratory Positive Airway Pressure) ved indånding og et lavere tryk (EPAP=Expiratory Positive Airway Pressure) ved udånding. Nogle maskerespiratorer kan ligeledes indstilles til at give en tilstræbt mængde luft pr. vejtrækning.



Indstillingen er lægeordineret, og fremgår af brugerens apparaturindstillinger i HereTask 'dokumenter'. Maskerespiratoren er låst, således at hjælper ikke kan ændre på de vitale indstillinger.

Maskerespiratoren er med til at:

- Understøtte brugerens egen respiration.
- Aflaste brugerens respirationsmuskler.
- Normalisere lungemekaniske forhold (fx opblæsning af atelektaser/aflukkede lungeafsnit - se videnskort 5).



Metode, observation og sygepleje

Som hjælper skal du varetage maskerespiratorbehandling nog være opmærksom på nedestående punkter:

Modus = Hvordan maskinen skal styres.

Der er forskellige modi, fx S/T (spontanius/timed = brugerstyret med backupfrekvens), S (spontaneous = kun brugerstyret vejrtrækning), med/uden tilstræbt volumen (= tilstræber at sikre brugeren den ordinerede mængde luft ved hver vejrtrækning).

IPAP = Inspiratory Positive Airway Pressure.

Positivt lufttryk på indåndingen, der øger den mængde luft, der kommer ned i brugerens lunger ved hver indånding.

EPAP = Expiratory Positive Airway Pressure.

Modstand mod brugerens udånding, der hjælper med at holde brugerens luftveje åbne under udånding, således at de uden besvær kan komme af med deres udåndingsluft, fordi de ikke lukker af, i fx svælget.

BPM = Breath pr. minut

Antal vejrtrækninger som brugeren minimum er garanteret pr. minut.

Ti = inspirationstiden

Den tid, der bruges til indånding.

Rampe = Maskinen starter ud med et lavere tryk i de første 15-30 min (afhængig af indstilling), for at starten føles rarere for brugeren. På nogle maskiner skal rampen aktiveres hver gang maskinen startes, på andre starter rampefunktionen, når maskinen tændes.

Volumen = Maskinen kan stilles til, at tilstræbe, at give en bestemt volumen ved hver indånding - dog ikke en garanteret volumen, da trykket ikke kan overstige højeste Ipap tryk.

Lækage = utæthed, der oftest er mellem brugerens ansigt og masken, men kan også være pga. hul i slange o. lign. Nogle maskiner viser, hvor stor lækagen er i antal liter/minut. Skal helst være under 30 L/min, men spørg brugeren om masken sidder rigtigt/tæt, og om brugeren får luft som vanligt. Tjek hvad der er vanligt for brugeren.

Komplikationer

Luft i maven: Brugeren kan føle/opleve at han/hun får luft i maven, kan evt. udluftes via mavesonde, hvis brugeren har sådan en. Er ofte forbigående og opleves i opstarten af behandlingen.

Trykmærker/sår efter masken: (se senere).

Udslæt pga. maskens materiale: kontakt RCV for afprøvning af anden masketype.

Udtørring af slimhinder: se afsnit omkring fugter.



7.3 Fugter

KOMPETENCETEORI

7.3

Det respiratoriske udstyr

Formål

En bruger kan have brug for en fugter til at opvarme og fugte den ellers tørre luft, der kommer fra maskerespiratoren. Se i øvrigt afsnittet om luftvejenes opbygning og funktion.

Baggrund

Selvom luften fra en maskerespirator via en maske ledes gennem brugerens naturlige "fugter", som er næse, mund og øvre del af svælget, kan det ofte være nødvendigt at tilkoble en ekstern fugter på apparaturet. Fugteren sikrer en tilstrækkelig opvarmning og fugtning af den luft, der ledes ind i brugerens luftveje.

Placering

Alle maskerespiratorer har en fugter, der kan kobles direkte på maskinen. Maskerespirator med fugter skal altid placeres lavere end brugeren, så evt. kondensvand løber væk fra brugerens ansigt/maske.

Hvis brugeren forflyttes med maskerespirator og fugteren er på, er det vigtigt at apparaturen hele tiden er placeret lavere end brugeren. Samtidig er det vigtigt, at man er opmærksom på, ikke at "vippe/hælde" maskerespiratoren med fugteren påsat, for at undgå at der kommer vand i maskinen. Hvis man i forbindelse med forflytning frakobler fugteren, skal man huske at koble fugteren til igen.

Metode, observation og sygepleje

Fugterkammeret opvarmes af en termostatstyret kogeplade. Temperaturen reguleres op eller ned afhængigt af luftfugtigheden i rummet. Hvis temperaturen er for høj, vil der komme for meget kondensvand i slangerne. Hvis temperaturen er for lav, er der risiko for, at sekretet bliver sejt og skorpet og brugeren kan få svært ved at hoste det op. Slimhinderne vil evt. kunne blive så udtørrede, at der kan opstå blødning spontant og/eller ved mundpleje. En passende temperatur resulterer i en smule synlig kondens i den lange respiratorslange.

Udgangspunktet for indstillingen på fugteren er noteret i apparaturindstillinger, men kan justeres hjemme i forhold til brugerens ønsker og omgivelsernes temperatur. Hvis fugteren bruges til at løse sejt sekret så **husk at regulere fugteren tilbage til udgangspunktet, når problemet er løst.**

Vær opmærksom på, at fugterkammeret ikke må løbe tør, da vandet i fugteren langsomt fordamper. En fugter uden vand tilfører brugeren varm og tør luft, hvilket vil virke udtørrende på sekret og slimhinder. Vandet i fugterkammeret skal skiftes dagligt, en evt. rest kasseres. Se i øvrigt vejledning 'vand til maskerespiratorbehandling' under 'dokumenter' på HereTask.

Der henvises til brugervejledning omkring fugteren, som brugeren har, med henblik på specifikationer til denne fugter. Brugervejledning fremgår i oversigten under 'Dokumenter' på HereTask.



7.4 Masketyper

KOMPETENCETEORI

7.4

Det respiratoriske udstyr

Formål

For at brugeren får den bedst mulige effekt af behandlingen er det vigtigt, at det er den rigtige maske, og at denne er placeret korrekt.

Baggrund

Der findes mange forskellige masker, der hver især har fordele og ulemper. RCV har ved brugerens indlæggelse lavet en masketilpasning og sammen med brugeren fundet den maske, der passer bedst. Der skelnes mellem følgende masketyper:

- Nasal (næse) maske: maske, der kun dækker brugerens næse.
- Nasal (næse) plougs: maske, der kun sidder på/i brugerens næsebor.
- Fullface maske: maske, der dækker brugerens næse og mund.
- Fullface med plougs: maske, der dækker brugerens mund og med plougs op i næsen.
- Total fullface: maske, der dækker hele ansigtet.

Metode, observation og sygepleje

Metode

Det er vigtigt, at masken sidder korrekt for, at behandlingen virker optimal. Masken skal sidde så løst som muligt på brugerens ansigt, uden at der kommer lækage og utætheder i kanterne. Når den korrekte maskeplacering er fundet, kan det være en idé at sætte en streg på headgearets stropper, så den er nemt at justere efter vask - eller at masken løsnes ved hjælp af kliklås, magnet eller lign. der er på headgearet. Husk at headgearet bliver lidt slapt med tiden, så der kan være behov for justeringer.

Observation og sygepleje

Det er vigtigt at undgå lækage ved øjnene og så vidt muligt også andre steder, men det kan være nødvendigt at acceptere en lille lækage nedadtil (under næsen/munden). Lækage ved øjnene skal undgås, da det kan give irriterede og røde øjne. Spørg altid brugeren om masken sidder rigtigt, ikke klemmer på næsen/næseryggen. Tjek at næsebor er synlige og frie inde i masken (ved nasalmaske).

Ved børn er dette særdeles vigtigt, da de udelukkende trækker vejret gennem næsen de første 6 måneder. Headgearet/stropper skal sidde glat til hovedet, samtidig med, at de er "spændt" lige meget i begge sider, for ikke at masken trækkes skævt. Der kan være behov for at justere på masken i løbet af natten. Specielt når brugeren ændrer sovestilling skal maskens placering tjekkes.

Hvis brugeren f.eks. i løbet af natten skubber til masken, er det ofte tilstrækkeligt at løfte masken helt fra brugerens ansigt (uden at løsne stropper) for at få den tynde cushion/silikone-delen til igen at ligge glat mod huden. Hvis der er en "pandepude" på masken, kan denne i nogle tilfælde justeres. Husk at jo længere ind masken kommer i panden, jo større tryk over næse og risiko for lækage nederst på masken (under næsen/ved hagen). Jo længere ud pandestykket justeres, jo mindre tryk over næsen (observér at den ikke bliver utæt og generer øjnene), og jo tættere bliver masken for neden. Husk at skrive i dagbogen hvis der justeres (hak/streger) på masken så kollegaer, der kommer bagefter ved, at der er justeret på maskens indstillinger og ikke retter tilbage til det vanlige.



Det er vigtigt, at det headgear, der bruges til masken, er det rigtige og originale, da det giver den bedste og mest optimale pasform i forhold til den enkelte maske. Stropper, kliklåse m.m. er forskellige på de forskellige masketyper, og må ikke byttes ud til anden type uden forudgående aftale med RCV.

Hvis masken ikke er placeret og fikseret korrekt er der risiko for:

- At maskerespiratorbehandlingen ikke fungerer optimalt.
- At masken giver trykmærker, i værste tilfælde tryksår, specielt over næseryggen.
- At brugeren mister motivationen/lysten til behandlingen med maskerespirator.

RCV kan ikke bare sende en anden maske eller størrelse til brugeren, hvis den udleverede ikke passer korrekt længere. Derimod er det vigtigt, at brugeren kommer i ambulatoriet på RCV for at afprøve andre masker/få hjælp til korrekt justering/placering af masken. Tiden bookes hos sekretæren (telefon 2477 8435).

Brugeren har sammen med udstyret fået udleveret en brugervejledning, der passer lige netop til den udleverede maske. Som hjælper er det en god ide, hvis du læser denne, så du ved hvordan masken kan justeres og skal samles efter rengøring (se senere).

Maske til børn

Børn anvender primært nasalmasker, fordi børn trækker primært vejret gennem næsen. Børns ansigtsknogler er bløde, og derfor er det yderst vigtigt at deres maske ikke strammes for meget under brug. Maskejusteringer og skift af størrelse sker hyppigere end hos voksne. Det er individuelt hvor ofte masken skal skiftes hos børn, men det tages op til kontrol-indlæggelser på RCV.

Børn har ofte 2 masker, enten for at skifte imellem 2 forskellige typer, eller for at have en reserve. Hvis børn anvender specialstøbt Kaisermaske, bør de næsten altid have en reserve fra standard sortiment, hvis Kaisermasken bliver defekt.



7.5 Ilt på maskerespirator

KOMPETENCETEORI

7.5

Det respiratoriske udstyr

Formål

Nogle brugere har behov for ekstra tilførsel af ilt. Om der skal bruges ilt og hvor meget, vil altid være en lægeordination. Tjek brugerens apparaturindstillinger, hvori det vil stå beskrevet.

Ilttilskud i hjemmet vil typisk være en iltkoncentrator og/eller en iltflaske/-beholder. Hvordan ilten i praksis tilsluttes den enkelte maskerespirator, er beskrevet i brugerens brugervejledning for apparaturet.

Metode, observation og sygepleje

Som hjælper skal du være opmærksom på, at ilten er indstillet og tilsluttet korrekt

Iltkoncentrator

Iltkoncentratoren koncentrerer ilten ud fra den atmosfæriske luft. Iltkoncentratoren tilsluttes lysnettet, tændes og indstilles på den ønskede mængde ilt. Iltmængden justeres på et flowmeter. **Iltkoncentratoren bruges ved ophold i hjemmet.**



Iltkoncentrator



Iltflaske

Iltflaske

Iltflasken/-beholderen indeholder komprimeret ilt. Beholderne findes i forskellige størrelser. **Iltflasken/-beholderen benyttes udenfor hjemmet.**

Både iltkoncentratoren og iltflasken/-beholderen leveres af et eksternt firma, der instruerer nærmere i brugen af de enkelte apparater. Iltleverandøren leverer endvidere diverse slanger til apparaterne. Husk at slangen fra koncentrator til maskerespirator ikke må forlænges uden forudgående aftale med iltleverandøren.

7.6 Hostemaskine

KOMPETENCETEORI

7.6

Det respiratoriske udstyr

Formål

Hostemaskinens funktion er at simulere et host, som brugeren ikke selv er i stand til at danne. Dette behov opstår, når brugeren af fysiologiske årsager ikke er i stand til selv at hoste, rømme sig, synke eller fjerne sekret fra luftvejene.

Baggrund

Hostemaskinen er en trykstyret, mekanisk indåndings- og udåndings- hostehjælpsmaskine. Ved først at blæse luft med et højt tryk ned i brugerens lunger og derefter skabe en suge effekt, der kan fjerne sekretet fra brugerens øvre luftveje, næse og mund. Den hjælper til mobilisering og fjernelse af sekret i brugerens luftveje ved at udvide lungerne med et positivt tryk og derefter hurtigt skifte til negativt tryk (sug) for at bistå brugerens hoste. Hostemaskinen bruges enten forebyggende 2 gange (eller efter ordination) dagligt og/eller ved behov.

Filteret på maskinen skiftes dagligt, hvis maskinen bruges. Indstillingerne er ordineret fra lægerne på RCV og maskinen er "låst" således, at der ikke kan ændres på indstillingerne og betjeningen af maskinen.

En hostemaskine arbejder med respirations- (vejrtræknings-) cyklusser, som består af: en indånding, en udånding og evt. en pause.

Metode, observation og sygepleje

- Aftal med brugeren, hvad der skal ske og evt. tegn fra brugeren, hvis masken skal fjernes før endt behandling.
- Håndhygiejne og værnemidler.
- Gør hostemaskinen klar ved at tænde den og tjekke at indstillingerne er korrekte.
- Sæt masken foran brugeren næse/mund og hold tæt.
- Tryk på start, maskinen starter altid med en indånding, hvis hostemaskinen ikke trigges af brugerens første indånding.
- Hold masken tæt under hele behandlingen (det indstillede eller aftalte antal vejrtrækningscyklusser), med mindre brugeren giver tegn til andet.
- Efter endt behandling fjernes sekret fra brugerens mund med lommetørklæde eller swaps.
- Spørg brugeren om behandlingen skal gentages, have en pause eller om det er nok.
- Sluk hostemaskinen.
- Gør evt. masken ren, hvis der er kommet sekret i den.
- Aftag værnemidler, og udfør håndhygiejne.

Der henvises til brugsvejledning for hostemaskine, der fremgår af "dokumenter" i HereTask.



7.7 Medicinforstøver

KOMPETENCETEORI

7.7

Det respiratoriske udstyr

Formål

Brugere kan også have brug for inhalationsmedicin. Da de ikke har kræfter til at selv at inhalere gennem næse og mund, gives medicin over en maskerespiratorens slangesystem. Ofte er medicinen til inhalation ordineret fra andre afdelinger/læger end fra RCV.

Metode, observation og sygepleje

- Håndhygiejne og værnemidler.
- Medicinen doseres i forstøverkammeret, jævnfør lægens ordination.
- Medicinforstøveren kobles på slangesystemet via t-stykke, og der tændes for medicinforstøveren. Det er vigtigt, at forstøverkammeret holdes så lodret som muligt, at medicinen bliver forstøvet og inhaleret.
- Forstøverkammeret bør placeres så tæt på apparaturet som muligt. Ellers placeres kammeret mellem masken og slangen (se nedenstående billede).
- Tjek at medicinen begynder at forstøve/dampe.
- Lad brugeren sidde med masken indtil al medicinen er væk, tager ca. 10 minutter.
- Forstøverkammeret rengøres efter hver brug (se rengøringsmanual).



7.8 Saturationsmåler

KOMPETENCETEORI

7.8

Det respiratoriske udstyr

Formål

Saturationsmåler anvendes til registrering af brugerens ilt-mætningsniveau i blodet, hvilket kaldes saturation. Derudover kan brugerens puls via saturationsmåleren måles.

Metode, observation og sygepleje

Iltmætningen måles ved at sensoren fra saturationsmåleren påsættes enten øre, finger, tå eller omkring foden.

Ved hjælp af saturationen kan man hurtigt og enkelt afklare om vejrtrækningen (respirationen) hos en bruger er påvirket.

Saturationsmåleren kan bruges til kontinuerlig måling over længere periode - fx om natten - eller kan ved spotmåling give et øjebliksbillede af brugerens iltmætning og puls. Den kan både bruges til børn og voksne. Men anvendes typisk hos børn.



Ved anvendelse af saturationsmåler skal du som hjælper observere følgende:

- Placering af saturationsmåleren på brugeren, herunder signalkvaliteten, fordi fejlplacering kan føre til falsk måleværdi. De hyppigste signalforstyrrelser:
 - Kolde fingre, fødder, tæer og ører.
 - Babyer med tykke hænder og fødder.
 - Neglelak på finger eller tå.
 - Kunstig negl på finger eller tå.
- Man bør ikke udelukkende stole på saturationsmåleren. Det er vigtigt, at du som hjælper sammenholder den målte værdi med brugerens velbefindende og øvrige observationer som fx cyanose (blålig farve i huden) - enten på læber, fingre eller tæer.

Grænseværdierne for saturation- og/eller puls samt plan for, hvordan der skal reageres fremgår af henholdsvis brugerens respiratoriske overvågning og/eller individuelle instruks. Saturationsmåleren rengøres efter instruks (se rengøringsvejledning herfor under 'dokumenter' i HereTask)

Der henvises desuden til brugervejledning for den specifikke saturationsmåler, som brugeren har fået udleveret. Brugervejledningen fremgår i oversigten under 'dokumenter' i HereTask.

Saturationsmåling hos brugeren - se individuel instruks eller respiratorisk overvågning i 'dokumenter' i HereTask



7.9 Rengøring af det respiratoriske udstyr

KOMPETENCETEORI

7.9

Det respiratoriske udstyr

Formål

Brugerens respiratoriske udstyr skal altid rengøres, jf. rengøringsmanualerne for at:

- Undgå infektioner hos brugeren
- Passe på og vedligeholde udstyret

Selve rengøringen af det respiratoriske udstyr lettes, såfremt der generelt er orden og god hygiejne i hjemmet.

Baggrund

Brugere kan have en nedsat hostekraft på grund af deres grundsygdom, der gør, at de kan have svært ved at hoste lungerne helt fri for sekret, og dermed bliver de mere udsatte for infektioner. Andre brugere har på grund af deres diagnose generelt et nedsat immunforsvar. Af disse grunde er det vigtigt altid at overholde de hygiejniske forskrifter for det respiratoriske udstyr.

Metode, observation og sygepleje

Når du som hjælper skal rengøre det respiratoriske udstyr skal grundreglerne overholdes:

- Følg altid rengøringsvejledningen for det pågældende udstyr.
- Du skal skelne mellem rent og urent (se forklaring nedenfor).
- Alt udstyr skal tørres inden det samles og lægges på plads.
- Rent udstyr skal opbevares rent - fx i rene plastposer eller plastbokse.

Rent kontra urent

I sygehusvæsnet og i andre plejemæssige sammenhænge skelner man mellem rent og urent. Dette skal du også gøre ved håndtering af det respiratoriske udstyr. Nedenfor beskrives de generelle forhold, du skal være opmærksom på under rengøringsproceduren.

Definition på rent

Når noget betegnes som rent, er det nyvasket eller du ved med sikkerhed, at det er rengjort forsvarligt. Hvad vil dette sige? Når noget er rengjort forsvarligt, er det vasket med vand og sæbe, skyllet grundigt rent for sæbe samt tørret. Selve rengøringsproceduren er foretaget med rent sæbevand, en ren klud eller børste og evt. rent viskestykke til aftørring. Vær opmærksom på at det område, hvor du ligger det rengjorte udstyr, også er rent, fx borde og hylder.

Som eksempel på udstyr til rengøring - der skal være rent kan nævnes:

- Viskestykker
- Baljer og opvaskebørster
- Aflægningspladsen til det rengjorte udstyr
- Det sted respiratorslangerne hænger til tørre.
- Der hvor det rengjorte udstyr opbevares.



Definition på urent

Når noget betegnes som urent, er det synligt snavset, eller du ved ikke om det er rent. I sådanne tilfælde regner du det for urent. Det betyder, at du skal rengøre jf. rengøringsvejledningerne, før du kan betegne det som rent. Du skal f.eks. være opmærksom på ikke at lægge noget, der skal forblive rent, fra dig på et tilfældigt bord eller på vasken, hvis du ikke ved om området er rent.

Det er vigtigt, at I som bruger og hjælperhold får etableret nogle konkrete klare regler for, hvordan I tilrettelægger rengøringen, samt at I laver en aftale om, hvad der afleveres rengjort (fx baljer og børster) og hvor det evt. opbevares.

Remedier

Til rengøring kræves følgende remedier:

- 1 balje til vask.
- 1 opvaskebørste.
- Viskestykker.
- Evt. en hårtørrer med koldluft - til tørring af slanger (en fordel hvis hårtørreren kan indstilles fast til koldluft).
- Opvaskemiddel (uden parfume anbefales).
- Evt. rene plastikposer til opbevaring af rent udstyr.

Rengøringen bør foregå i et bryggers eller et badeværelse, gerne med mulighed for aflægningsplads tæt på vand og vask - alternativt kan et rullebord bruges. Viskestykkerne skal altid være rene, viskestykker brugt til aftørring af andre ting må ikke bruges til aftørring af andet respiratorisk udstyr. Viskestykkerne skiftes dagligt og vaskes.

Der henvises til rengøringsvejledninger under 'Dokumenter', for specifik vejledning til hvert enkelte stykke udstyr.



7.10 Varebestilling

KOMPETENCETEORI

7.10

Det respiratoriske udstyr

Formål

Maskerespiratorbrugere kan have brug for engangsartikler og reservedele til slangesystemet og andet respiratorisk udstyr. Dette udstyr er bruger og hjælper selv ansvarlige for at bestille hjem.

- Husk ikke at bestille mere end brugeren har brug for!
- Husk at brugerens forbrugsmønster kan ændre sig.
- Husk at engangsartikler (f.eks. maske og slanger) kan blive for gamle - de mørner med tiden, om de er i brug eller ej.

Personlige hjælpemidler

Det er brugerens kommune, der er ansvarlig for bevilling af personlige og praktiske hjælpemidler. Dette gælder alt fra plejeseng, kørestol, bækkenstol til ombygninger i hjemmet. Kommunen beviliger endvidere engangshjælpemidler såsom bleer, urinposer, sondemad og artikler hertil - samt handsker til personlig pleje - med andre ord alt, hvad der har med personlig pleje, genoptræning etc. at gøre.

Respiratoriske hjælpemidler

Maskerespiratorbehandling er en hospitalsbehandling, og derfor er det brugerens region, der er ansvarlig for hjælpemidler og engangsartikler, der vedrører en maskerespiratorbehandling.

Brugeren og hjælperen skal tage udgangspunkt i listen over Varebestilling, som findes under 'dokumenter' på HereTask. Af denne fremgår det hvor og hvordan engangsartikler bestilles. Mange gange får brugeren ved første kontakt med varebestillingsenheden en mere detaljeret anvisning på, hvordan varebestillingen foregår netop for dem, fordi det kan variere. RCV har lavet en oversigt over, hvem der er ansvarlig for levering af de forskellige artikler.

Hvilke varer bestilles hvor og hvordan

Respiratorisk udstyr

Ekstra udstyr, reservedele og tilbehør til maskerespiratoren, slangesystemer, fugter og maske bestilles som oftest hos hjælpemiddeldepotet i Aarhus, som bestiller varerne hos leverandøren, der så sender varerne direkte til brugerens hjem. Der kan gå en lille uge inden varerne modtages.

RCV kan ikke udlevere varerne fra afdelingen. Når brugeren udskrives efter opstart med maskerespiratorbehandling, udleveres det respiratoriske udstyr brugeren har brug for på dette tidspunkt, som f.eks.:

- 1 maskerespirator.
- 1 fugter inkl. fugterglas.
- 1 slangesæt.
- 1 maske.
- Evt. andet udstyr, der er relevant for den enkelte bruger.

Nogle brugere har evt. 2 forskellige masker, hvis de bruger maskerespiratoren en del om dagen også. Enkelte brugere er afhængige af deres maskerespirator det meste af døgnet, og derfor kan der i nogle tilfælde være udleveret 2 maskerespiratorer fra RCV.

**For yderligere information vedrørende bestilling af RESPIRATORISK UDSTYR
- se brugerens varebestillingsoversigt for respiratorisk udstyr.**

Engangsartikler til brug i forbindelse med respiratorisk behandling

RCV etablerer maskerespiratorbehandling i hele Vest Danmark, derfor leveres engangsartiklerne fra forskellige depoter, ofte tæt på brugerens hjemadresse.

I Regionerne foregår varebestilling centralt fra 1-2 depoter. RCV udarbejder lister for de geografiske områder med anvisning på hvor og hvordan engangsartiklerne bestilles netop i dit område. Det vil sige, at RCV formidler kontakten til "depotet" og etablerer bevilling. Bruger og hjælper skal efter udskrivelsen fra RCV selv kontakte "depotet" for anvisning om de rette bestillingsmåder i deres områder. Det vil oftest dreje sig om handsker, håndsprit og værnemidler, til brug i hjemmet af hjælperne. Nogle steder skal man ringe og bestille inden en bestemt ugedag, andre gange skal bestillingen helst foretages elektronisk. Normalt oplyses brugeren om en bestemt leveringsdag, fx hver 14. dag, hver 3. uge eller 1 gang pr. måned. Når brugeren udskrives fra RCV første gang, medsendes der et starterkit med værnemidler. Dette giver bruger og hjælper tid til at bestille engangsartikler på egen hånd efter udskrivelsen.

**For yderligere information vedrørende bestilling af ENGANGSARTIKLER
- se brugerens dokument: Oversigt over varebestilling**

Apparatur - medicoteknisk afdeling

Reparation af respiratorisk udstyr (maskerespirator, hostemaskine, fugter og lign.) varetages af brugerens lokale medicotekniske afdeling. Kontakt altid RCV først på hotline telefonen, da RCV formidler al kontakt til medicoteknisk afdeling.

**For yderligere information vedrørende reparation og service
- se brugerens dokument: Oversigt over medicoteknik - reparation og service.**

Det er som udgangspunkt brugerens eget ansvar at indlevere det defekte udstyr til reparation eller service, og evt. låne et andet apparatur.

