

st

Notat til MedComs styregruppe

25-04-2011

Fælles Kroniker Data (KD)

Sammenfatning

MedComs nationale kronikerstandard har til formål at IT understøtte implementering af Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Standarden understøtter tværsektoriel kommunikation mellem eksisterende IT systemer og nye kronikerløsninger, der planlægges indført i regioner og kommuner.

MedComs forslag til et nationalt Fælles Kroniker Datasæt kan benyttes som fælles referencegrundlag for almen praksis, sygehus, kommune og borger gennem et langvarigt kronisk sygdomsforløb.

Det foreslås at standarden afprøves og valideres i RSIs storskala kronikerprojekter og i ABT fondens hjemmemonitoreringsprojekter.

Standarden omfatter kun de mest relevante patientdata der benyttes i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer og udgør derfor et minimum dataindhold i regionernes og kommunernes kroniker IT systemer.

Ud over at være en fælles referenceramme for det tværsektorielle samarbejde mellem borger, almen praksis, sygehus og kommune, er det formålet med standarden at det fælles datasæt kan benyttes til

- Udveksling mellem de nye kroniker portaler, kronikerknudepunkter og andre tværgående typer systemer, der forventes udviklet i regioner og kommuner.
- Integration med fødesystemer som omsorgssystemer, fremtidige rehabiliterings systemer i kommunen, lægesystemer, EPJ og andre sygehussystemer til brug for
 - Opdatering af centrale kronikerdata fra fødesystemerne
 - Opdatering af fødesystemer gennem abonnement på dele eller hele kroniker datasættet

Projektets hovedleverance i MedCom 7 er et klinisk kronikerdatasæt, ledsaget af tilhørende testsystem og guide til anvendelse af relevante nationale services. Datasættet er ved udgangen af 2011 valideret af kronikerprojekterne i Region Nord og Region Syddanmark.

- Kronikerdatasættet definerer hvilke data hospital, lægepraksis, kommune og patienten/borgeren bør dele i forbindelse med kronikerforløb
- Det tilhørende testsystem gør det muligt for IT leverandører at teste egen implementering af kroniker datasættet
- Guiden til anvendelse af relevante nationale services er en praktisk vejledning til IT leverandører, der ønsker at integrere egen kroniker platform med de nationale services som benyttes i det fælles kronikerdatasæt dvs. CPR opslag, LPR opslag, FMK/PEM opslag, DAMD opslag og LAB opslag.

Det forventes at der i MedCom8 gennemføres et større kronikerprojekt bl.a. i samarbejde med de eksisterende kronikerprojekter i RN og RSD samt de kommende ABT hjemmemonitoreringsprojekter i RM og RH. Det samlede projektførløb fastlægges i efteråret 2011 i forbindelse med udarbejdelse af projektplanen for MedCom8.

MedComs kronikerprojekt	2011	2011	MC8	MC8	MC8	MC8
	3kv	4kv	1kv	2kv	3kv	4kv
Kroniker datasæt ver0	X					
RSI Kronikerprojekt						
Klinisk valideret standard ver1		X				
Testsystem Demo ver1		X				
Guide Nat Services		X				
ABT hjemmemonitorering						
Teknisk Valideret standard ver2						X
Testsystem Demo ver2						X

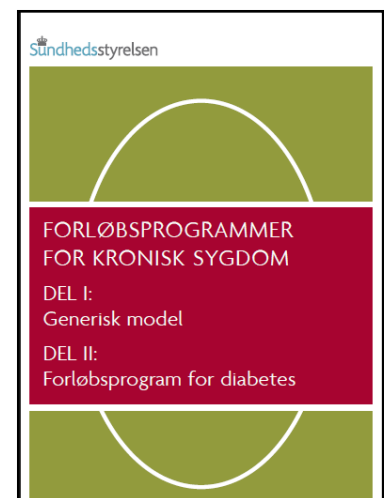
Kronikerområdet er under hastig udvikling og der er en vis variation i anvendelsen af termer for de forskellige ydelser og IT systemer. Ordvalget i dette notat lægger sig op af det ordvalg der benyttes i Sundhedsstyrelsens materiale. Derudover benyttes ordet "Kroniker Platform" for den samlede IT-visning af det fælles kroniker datasæt – hvad enten dette vises samlet på Internettet eller som en del af lokale IT systemer eller af sundhed.dk. "Kroniker Platform" benyttes således synonymt med "Kroniker Portal", "Borger Portal", "Kronikerknudepunkt", "Shared Care" og "Koordinationsmodul" som er eksempler på ordvalg fra regioners og kommuners kronikerovervejelser.

Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Forløbsprogrammerne sigter på at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommune og sygehus – hvor borgeren indgår aktivt i forebyggelse og behandling af sin sygdom.

Forløbsmodellen bygger på at kroniske patienter i stigende grad skal behandles i primærsektoren gennem etablering af et planlagt og tæt koordineret samarbejde mellem almen praksis, kommunen og sygehuset:

- Almen praksis er den centrale tovholder for borgeren
 - Laver stratificering og planlægning
 - Henviser til ydelser i kommune, sygehus og speciallægepraksis
- Kommunen tilbyder rehabiliteringsydelser
 - Forebyggelse og træning, beskæftigelse mv.
 - Koordinator for socialt sårbare
- Sygehus og praktiserende speciallæger tilbyder
 - Ambulantbehandling
 - Rådgivning af praksis
 - Koordinator for medicinsk komplekse
- Borgeren indgår aktivt med
 - Egenbehandling
 - Selvmonitorering
 - Giver læge og andre adgang til de fælles data

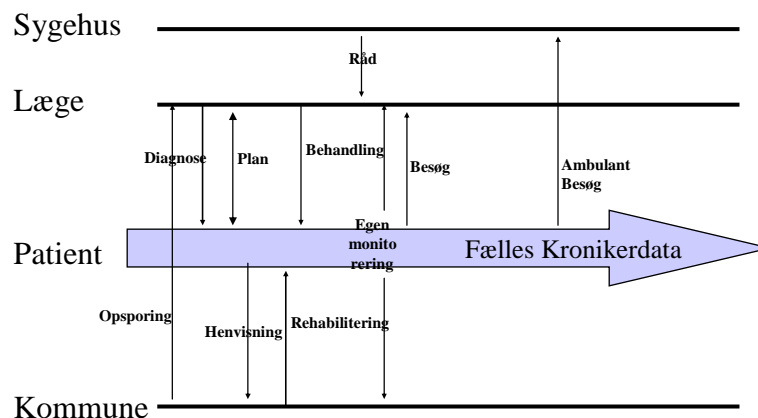


Som det fremgår, bygger modellen på at almen praksis i vid udstrækning er tovholder på den sundhedsfaglige indsats i et ofte tværsektorielt forløb. I forløbsprogrammer og individuelle borgerforløb indgår indsatser fra såvel lægepraksis, sygehuse og forskellige kommunale forvaltningsområder, særligt når det drejer sig om rehabilitering, der involverer social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet.

Samarbejdet om borgeren kan illustreres som vist nedenfor hvor tidlig opsporing gør det muligt at igangsætte sundheds- og forebyggelses tilbud (SOFT) på et tidligt tidspunkt i forløbet.

Organisering af indsatsen

-alle deler samme data



Efter udredning og diagnosticering udarbejder almen praksis en årsplan der kan indebære 2 – 4 kontrolbesøg hos lægen samt henvisning til kommunale rehabiliterings tilbud i form af rygestopkurser, fysisk træning og anden opfølgning. I nogle tilfælde behandles borgeren i ambulant regi på sygehuset og i fremtiden vil fx sygehuset kunne følge indsatsen i hjemmet ved hjælp af hjemmemonitorering af vægt, blodtryk o.l.

Forløbsprogrammerne kan sammenfattes i en vision for et optimalt patientforløb:

- Borgeren indkaldes af lægen, når den kroniske sygdom er opsporet
- Lægen udreder og laver plan.
- Lægen opretter en Kroniker Platform hvor patienten kan få adgang til sine data og lægen henviser til ambulant behandling og rehabiliterings ydelser
- Borgeren får adgang til de fælles kronikerdata – og giver lægen, kommune- og sygehuskontakten adgang til de samme data.
- Lægen, kommunen og sygehuset følger og monitorerer patienten
 - Intensiverer indsatsen hvis behov
 - Aflyser kontrolbesøg hvis behov
- Patienten forbliver rask!

I nogle tilfælde starter behandlingen på sygehusene hvis en kronisk sygdom konstateres under en sygehusindlæggelse. I så fald kan en plan også opstartes af sygehuset og i andre tilfælde af den praktiserende speciallæge.

For at dette tværsektorielle samarbejde kan fungere effektivt kræves en fælles viden på tværs af parterne om såvel planer for behandlingen som forløbet af forebyggelsesindsatsen – et fælles kroniker datasæt.

Fælles Kroniker Data

MedComs forslag til et nationalt Fælles Kroniker Data kan benyttes som fælles referencegrundlag for almen praksis, sygehus, kommune og borger gennem et langvarigt kronisk sygdomsforløb.

Forslaget omfatter kun de mest relevante patientdata der benyttes i Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer og er derfor et minimums dataindhold i regionernes og kommunernes kroniker IT systemer.




Ud over at være en fælles referenceramme for det tværsektorielle samarbejde mellem borger, almen praksis, sygehus og kommune, er det formålet med standarden at det fælles datasæt kan benyttes til

- Udveksling mellem de nye kroniker portaler, kronikerknudepunkter og andre tværgående typer systemer, der forventes udviklet i regioner og kommuner.
- Integration med fødesystemer som omsorgssystemer, fremtidige rehabiliterings systemer i kommunen, lægesystemer, EPJ og andre sygehussystemer til brug for
 - Opdatering af centrale kronikerdata fra fødesystemerne
 - Opdatering af fødesystemer gennem abonnement på dele eller hele kroniker datasættet

Datasættet består af 12 forskellige "data-blokke", der hver opdateres uafhængigt af hinanden:

1. Stamdata med borgerens og praktiserende læges navn og adresse
2. Praktiserende læges henvisning med diagnose, sygehistorie, stratificering og henvisninger til sundheds- og forebyggelses tilbud
3. Relevante diagnoser fra sygehuse og praksis
4. Aktuell medicinering (FMK/PEM) fra lægemiddelstyrelsen
5. Relevante lab-svar fra sygehuse og praksis
6. Borgerens dagbog med oplevelser med sygdommen
7. Kommune- og sygehuskontaktpersoner
8. Relevante SKL noter fra sygehus, kommune og almen praksis
9. Borgerens kalender der indeholder dato og tidspunkt for kommende lægebesøg, ambulatoriebesøg samt sundhedsfremme og forebyggelses tilbud.
10. Booking af behandlings-, forebyggelses og rehabiliteringsydelse.
11. Hjemmemonitorering af f.eks. vægt, blodsukker, BT og spirometri og fremtidige data om funktionsniveau ifm. kommunale rehabilitering
12. Borgerens egne mål

Automatisk opdatering

Borger Navn: Nancy Berggren Adresse: Skovvejen 12, 8010 Århus N TF: 86121624 Mail: nb@medal.dk Vægt: 123 kg Højde: 176 cm		Egen læge Navn: Birte Hvam, Lægehuset Adresse: Sundhedsvej 12 TF: 87679911 Mail: bhv@medal.dk Lægens udredning Henvisningsdiagnose: T90 Sukkersygediagnose ØnsketUS RYGE-A, AMBUS-C Aetiofaktus: P har generelt længere tid.															
Pårørende Navn: Mads Berggren Adresse: Skovvejen 12, 8010 Århus N TF: 22348647 Din læge, sygehuset og kommunen har også adgang til din kronikerjournal. JN		Relevante diagnoser 21.08.2001 E10.0 Sukkersyge, insulinkrævende 20.09.2004 E13 Sukkersyge, anden form															
Min dagbog 12-08-2010 Jeg sover dårligt, men jeg tror... 02-09-2010 Hovedpine kommer igen når...		Relevante labsvar 10-09-2010 LDLKolesterol 2.0 normalt KKA OUH 11-09-2010 Haemoglobin A 7.0 normalt KKA OUH															
Aktuel medicin 21.08.2009 Hæmtemagnyl - 75 mg 1 x dagligt Mod N. 20.09.2009 Hæmtemagnyl - 75 mg 1 x dagligt		Relevante SKL - noter (Kontinuation) Dato TYPE Titel Tekst Organisation 08-07-2010 LÆGE Plan Der er udarbejdet plan for det følger. Lægehuset, Jerns Ander. 12-09-2010 KOMM Kostplan Kostplan for Nancy, Morgan og det. Odense, Diakonst Anne OI															
Individuel forløbsplan - Patientens kalender																	
Dato	ID	TYPE	Titel	Beskrivelse	Status												
08-07-2010	TV	RYG567	KOMMUNE	Rygestop	3 ugers afhængigheds, Borgerskolen	Tilbudt											
11-08-2010	HVA654	SYGEHUS	Ambi beth	Kontrolbesøg på Hvidovre, afd. A	Ansøgt												
11-09-2010	SPI6802	KOMMUNE	Spirometri	Monitoreringsplan til spirometri	Ansøgt												
11-08-2010	YNR667	LÆGE	Lægebesøg	Opfølgning hos egen læge	Tilbudt												
12-08-2010	KOST776	KOMMUNE	Ernæringsrådgivning	Kostkonsultation hos læge	Tilbudt												
12-09-2010	HVA654	SYGEHUS	Kontrol	Ambulant kontrol på Hvidovre	Tilbudt												
<table border="0"> <tr> <td>12-09-2009</td> <td>SYGEHUS</td> <td>KONTROL</td> <td>LÆGE</td> <td>KONTROL</td> <td>SYGEHUS</td> </tr> <tr> <td>12-09-2009</td> <td>11-08-2010</td> <td>11-08-2010</td> <td>11-08-2010</td> <td>12-09-2010</td> <td>12-09-2010</td> </tr> </table>						12-09-2009	SYGEHUS	KONTROL	LÆGE	KONTROL	SYGEHUS	12-09-2009	11-08-2010	11-08-2010	11-08-2010	12-09-2010	12-09-2010
12-09-2009	SYGEHUS	KONTROL	LÆGE	KONTROL	SYGEHUS												
12-09-2009	11-08-2010	11-08-2010	11-08-2010	12-09-2010	12-09-2010												
Booking af ydelser Du har fået tilbudt siden 12/05 2011 kl 10:00 til fysisk træning hos fysioterapeut Signe Hansen. Du kan acceptere tiden - eller booke en ny tid online Accepter: JN																	
Book: Søger første tid - dog ikke																	
ikke før: 19-06-2010		ikke før: 19-06-2010		ikke mandag: X													
ikke efter:		ikke eftermiddag		ikke tirsdag													
Monitorering Spirometri			Patientens Mål Skridt														
																	
Vægt																	

1. Borger og egen læge - CPR
 2. Lægens udredning – MC Henvisning
 3. Relevante diagnoser – LPR
 4. Aktuel Medicin – FMK
 5. Relevante labsvar – Labportal
 6. Min Dagbog – Borgeren
 7. Kontaktpersoner – MC korresp
 8. Relevante SKL noter – MC korresp
 9. Forløbsplan - MC bookingsvar og nøgleord i andre MC breve
 10. Booking – Ny standard
 11. Monitorering – Indhold er Labsvar
 12. Patientens mål - indtastes
- Udstilles som WS – samlet og delt.

En stor del af dataindholdet i en Kroniker Platform vil kunne opdateres automatisk fra eksisterende nationale services:

- Borger og praktiserende læge fra CPR registret
- Aktuel medicinering fra FMK/PEM
- Relevante diagnoser fra LPR og DAMD for lægepraksis
- Relevante lab-svar fra Lab-Portalen for sygehuse og fra DAMD for lægepraksis undersøgelser

Kommunale rehabiliteringsdata opsamles ikke systematisk i dag. Det drejer sig om data vedrørende opnået funktionsevne, herunder træning og psykosocial støtte. Disse data vil i projektet blive beskrevet som en del af hjemme monitoreringen.

Når behandling og forebyggelse er igangsat, vil en Kroniker Platform blive yderligere opdateret som en del af den daglige elektroniske kommunikation:

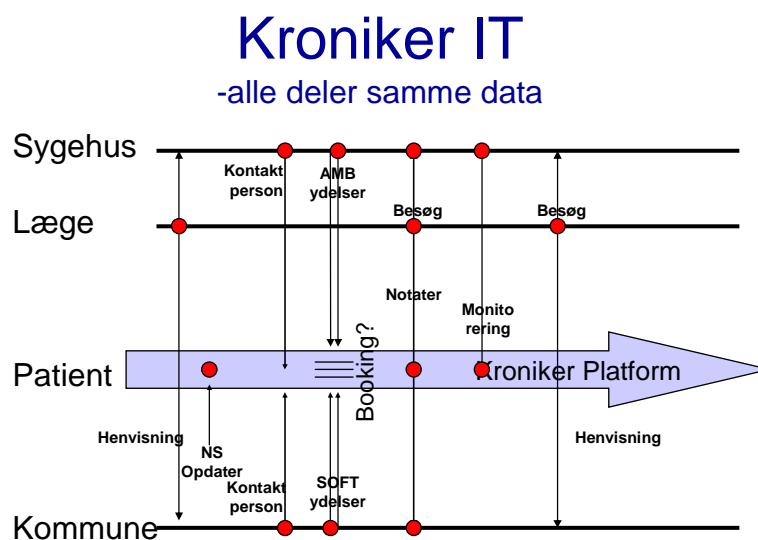
- Almen praksis' udredning og plan opdateres fra MedCom henvisningen
- Relevante noter fra sygehuse, kommune og almen praksis kommunikerer i MedCom korrespondancen
- Oplysninger om tilbudte sundheds- og forebyggelsestilbud sendes i MedComs bookingsvar

Øvrige oplysninger indtastes af patienten selv.

IT understøttelse af forløbet

Såfremt det beskrevne kronikersamarbejde mellem læge, kommuner, sygehuse og patient skal IT understøttes effektivt vil dette forudsætte:

- At deltagende kommuner og sygehuse har beskrevet en række konkrete sundheds- og forebyggelses ydelser som lægen kan henvise til.
- At der er etableret en "kronikerkontakt" der teknisk og organisatorisk kan fungere som én indgang til kommunens hhv. sygehusets ydelser.
- At der er etableret en central "Kroniker Platform" hvor borgeren og de øvrige parter har adgang til de fælles kronikerdata.
- At den centrale platform er integreret med fødesystemerne således at opdatering kan ske direkte fra eget system.
- At adgang til platformen fra læge, sygehus og omsorgssystemer kan ske ved "knapløsninger" (smartframing) hvor brugeren kan få adgang uden fornyet login. Dette vil automatisk være tilfældet hvis Kroniker Platformen gøres til en del af Sundhedsjournalen.
- At kommunale rehabiliteringsdata på sigt også kan indgå i forhold til en monitorering af øget funktionsniveau samt effekt i forhold til patientens egne mål.



Under disse forudsætninger vil et kronikerforløb kunne IT understøttes på følgende måde:

1. Lægen udreder patienten. Resultatet af planlægningen, inklusiv de konkrete henvisninger til SOFT ydelser, sendes enslydende til "Kroniker Platformen" – og som normalt til sygehus og kommune.
2. Patientens individuelle portal oprettes når henvisningen modtages.
3. Portalen opdateres automatisk med oplysningerne fra nationale services.
4. Kommune og sygehus udpeger hver sin kontaktperson. Patienten giver samtykke. Fremover vil alle data deles mellem patient, almen praksis og de to kontaktpersoner.

5. Kommune og sygehus sender tilbudte SOFT ydelser til platformen – der automatisk opretter patientens individuelle kalender. En af ydelserne kan være etablering af monitorering i hjemmet.
6. Under den efterfølgende behandling og rehabilitering sender almen praksis, sygehus, omsorgspersonale og kommunale terapeuter relevante noter til platformen.
7. Almen praksis, sygehus og omsorgspersonale kan få let ”knap-adgang” til kroniker platformen – og parterne kan vælge at abonnere på notater, patientens dagbog og monitoreringsdata.
8. Ved års undersøgelsen i almen praksis vurderes udviklingen og der laves en revideret plan for det næste år.

RSIs kronikerprojekt og ABTs hjemmemonitorering

For at sikre datasættets brugbarhed i daglig drift, er det hensigten at afprøve (validere) det fælles kroniker datasæt i fire større regionale IT projekter. Det drejer sig om RSIs storskala kronikerprojekt og ABT fondens projekt om monitorering af kroniske patienter i eget hjem.

- I RSIs kronikerprojekt deltager Region Nordjylland og Region Syddanmark. Begge regioner har gennemført større, tværsektorielle kronikerprojekter som vil indgå i det kommende RSI projekt.
 - Region Nordjyllands ”Telekat” projekt har afprøvet monitorering af KOL patienter i eget hjem. Regionen har aftalt med en række nordjyske kommuner at udnytte erfaringerne fra Telekat til etablering af hjemmemonitorering.
 - Region Syddanmark har gennem en række år benyttet diabetes platformen Dialog til kommunikation mellem læger og patienter og OUHs medicinske afdeling. Region Syddanmark har besluttet at udbyde, udvikle og implementere et tværsektorielt kronikersystem i regionen.
 - Begge projekter forventer, at MedCom bidrager til udarbejdelse af en fælles kronikerstandard.
- ABT fondens hjemmemonitorerings projekt etableres ved sammenlægning af tre telemedicin projekter på hjemmemonitorerings området i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Ud over hjemmemonitorering for henholdsvis KOL og diabetes patienter, forventes projektet også at beskæftige sig med booking på baggrund af erfaringerne fra Det Borgernære Hospital på Herlev Hospital.

Alle projekter har givet udtryk for ønske om at samarbejde med MedCom om udvikling og afprøvning af en kronikerstandard eller dele heraf.

Standarden vil blive udviklet i 3 trin: Først udarbejdes et klinisk datasæt der afprøves i RSIs kronikerprojekt. Den tilrettede standard vil dernæst blive valideret i ABT projektet – hvor især hjemmemonitorering, rehabilitering og booking vil være i fokus. Resultatet vil være en teknisk og semantisk gennemprøvet kronikerstandard (version 2.)

Tidsplanen for RSIs kronikerprojekt og ABT fondens monitoreringsprojekt er endnu ikke fastlagt – men RSI forventer at RSIs projekter starter medio 2011. I så fald kan tidsplanen skitseres sådan:

MedComs kronikerprojekt	2011	2011	MC8	MC8	MC8	MC8
	3kv	4kv	1kv	2kv	3kv	4kv
Kroniker datasæt ver0	X					
RSI Kronikerprojekt						
Klinisk valideret standard ver1		X				
Testsystem Demo ver1		X				
Guide Nat Services		X				
ABT hjemmemonitorering						
Teknisk Valideret standard ver2						X
Testsystem Demo ver2						X

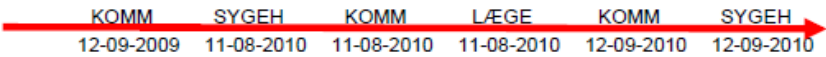
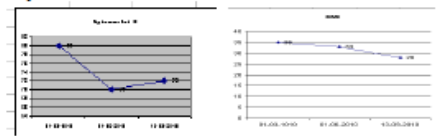
Forløbet af MedComs kronikerindsats i 2012 og fremover fastlægges som en del af den samlede MedCom 8 projektplan i efteråret 2011.

Projektet forventes at resultere i følgende leverancer:

1. Klinisk kroniker datasæt version 0 og 1. Leverancen er et minimum datasæt udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsen generiske forløbsmodel og udbygget med kommunale funktionsdata. Datasættet valideres i RSIs kronikerprojekt.
2. Kroniker Platform testsystem. Leverancen er en demonstrator og testsystem til understøttelse af regioner, kommuner og leverandører der skal benytte den nationale kronikerstandard. Leverancen udvikles parallelt med RSIs kronikerprojekt.
3. Guide til Nationale Services. Leverancen udarbejdes i samarbejde med deltagerne i RSIs kronikerprojekt og er en fælles guide til de nationale services der anvendes i kronikerprojektet.
4. Eventuelt en teknisk opdateret standard ver 2. Leverancen er kronikerstandard dokumenteret i internationale standarder som foreslået af NSI og afprøvet i ABT fondens hjemmemonitoreringsprojekt.

Bilag: Fælles Kroniker Data – Grafisk visning

Fælles Kroniker Data

Borger Navn: Nancy Berggren Adresse: Skovvejen 12, 8010 Århus N Tlf: 86121824 Mail: nb@meail.dk Vægt: 123 kg Højde: 176 cm		Egen læge Navn: Birte Hvam, Lægehuset Adresse: Sundhedsgade 12 Tlf: 87679911 Mail: bh@mail.dk			
Pårørende Navn: Mads Berggren Adresse: skovvejen 12, 8010 Århus N Tlf: 22348647		Lægens udredning Henvisningsdiagnose: T90 Sukkersyge/diabe ØnsketUS: RYGE-A, AMBUS-C Anamnese: Pt.har gennem længere tid...			
Din læge, sygehuset og kommunen har også adgang til din kronikerjournal J/N		Sygehuskontakt: Birte Jensen, Afd A Tlf 9876 Kommunekontakt: Lone Ejby, mail le@odense			
Min dagbog 12-08-2010 Jeg sover dårligt, men jeg tror... 02-09-2010 Hovedpinen kommer igen når...		Relevante diagnoser 21.08.2001 E10.0 Sukkersyge, insulinkrævende 20.09.2004 E13 Sukkersyge, anden form			
Aktuel medicin 21.08.2009 Hjertemagnyl – 75 mg 1 x dagligt Mod hj.. 20.09.2009 Hjertemagnyl – 75 mg 1 x dagligt		Relevante labsvar 10-09-2010 LDLKolesterol 2,0 normalt KKA OUH 11-09-2010Hæmoglobin A 7,0 mmol/l Normal KKA OUH			
Relevante SKL - noter (Kontinuation)					
Dato	TYPE	Titel	Tekst	Organisation	
08-07-2010	LÆGE	Plan	Der er udarbejdet plan for det følger...	Lægehuset, Jens Ander..	
12-09-2010	KOMM	Kostplan	Kostplan for Nancy: Morgen let diæt...	Odense, Diætist Anne Ol.	
Individuel forløbsplan - Patientens kalender					
Dato	ID	TYPE	Titel	Beskrivelse	Status
08-07-2010	T1-RYG567	KOMMUNE	Rygestop	3 ugers aftenunderv, Borgerskolen	Tilbudt
11-08-2010	HVA654	SYGEHUS	Amb beh	Kontrolbesøg på Hvidovre, afd. A	Ansøgt
11-08-2010	SPI5662	KOMMUNE	Spirometer	Monitoreringsbox til hjemmet	Ansøgt
11-08-2010	T10 YNR967	LÆGE	Lægebesøg	Opfølgning hos egen læge	Tilbudt
12-09-2010	T13 KOST76	KOMMUNE	Ernæringsterp	Kostkonsultation hos terapeut	Tilbudt
12-09-2010	T15 HVA654	SYGEHUS	Kontrol	Ambulant kontrol på Hvidovre	Tilbudt
					
Booking af ydelser Du har fået tilbudt tiden 12/5 2011 kl 10:00 til fysisk træning hos fysioterapeut Signe Hansen. Du kan akceptere tiden - eller booke en ny tid online Acceptor: J/N					
Book: Søger første tid - dog ikke					
Ikke før: 19-06-2010	Ikke formiddag	Ikke morgen	Ikke mandag: X		
Ikke efter:	Ikke eftermiddag	Ikke eftermiddag	Ikke tirsdag		
Monitorering Spiometri			Patientens Mål		
			Skridt Vægt 