

Samarbejdsaftale om KOL

Proces: Revideret og godkendt november 2016

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
KOL		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

Indhold

1. Indledning.....	4
2. Stratificering og målgruppe.....	4
2.1 Stratificeringskriterier.....	4
2.1.1 MRC-åndenødsskala.....	5
2.1.2 GOLD Guidelines.....	5
3. Særlige indsatsområder.....	6
3.1 Tobaksafvænning.....	6
3.2 Multisygdom.....	6
3.3 Medicin og administrationsform.....	7
3.4 Palliation.....	7
4. Forebyggelse og Rehabilitering.....	8
4.1 Rehabiliteringsforløb i kommunal regi.....	8
4.2 Forebyggelsesindsatser i kommunal regi.....	8
4.3 KOL TeleCare Nord.....	9
4.3.1 Henvisning til inklusion.....	9
5. Faglige indsatser.....	10
5.1 Tilbud og opgave- og ansvarsfordeling fordelt på patientkategorierne.....	11
6. Inddragelse af patienter og pårørende.....	15
7. Aktiviteter og økonomi.....	15
8. Samarbejde.....	15
8.1 Klyngemøder.....	16
8.2 Kommunikation mellem parterne.....	16
8.2.1 Henvisning til kommunalt rehabiliteringsforløb.....	16
8.2.2 Henvisning til genoptræning.....	16
8.2.3 Korrespondancemeddelelser.....	16
8.2.4 Henvisning til KOL TeleCare Nord.....	16
9. Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling.....	17
10. Kildehenvisninger.....	17

1. Indledning

Samarbejdsaftale for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) skal sikre sammenhæng og kvalitet i de tværsektorielle forløb og tilbud til mennesker med KOL. Aftalen er revideret af Projektgruppen for KOL med det formål at sikre en mere dynamisk aftale med udgangspunkt i praksis - de muligheder og udfordringer der ligger her - og stratificeringskriterierne iht. GOLD-guidelines. Hensigten er at give en anbefaling i forhold til, hvordan det tværsektorielle forløb for mennesker med KOL bedst tilrettelægges i Region Nordjylland. Samarbejdsaftalen indeholder en beskrivelse af snitfladerne i forhold til opgave- og ansvarsfordeling i de tværsektorielle forløb, for både at øge kvaliteten inden for tidlig opsporing og forebyggelse, behandling, rehabilitering, palliation og telemedicin samt sikre de tværsektorielle overgange. Fokus omkring lungesygdomme er steget og i slutningen af 2015 valgte politikerne at skyde 250 millioner i en national lungesatsning. Se mere om den aktuelle lungesatsning på www.lunge.dk (Lungeforeningen, 2016).

2. Stratificering og målgruppe

I Danmark er KOL den sygdom, som bidrager mest til social ulighed i sundhed, og det er en af de sygdomme, som kræver flest tabte og flest dårlige leveår. Dertil er KOL en af de hyppigste indlæggelsesårsager på medicinske afdelinger. De nyeste tal har estimeret, at 320.000 danskere har KOL, og heraf har kun ca. 165.000 en eller anden form for kontakt til sundhedsvæsenet eller er i medicinsk behandling, hvilket gør opsøgende arbejde et centralt element. Derudover har Danmark den højeste dødelighed af KOL for kvinder i EU og der er ca. 3500 dødsfald årlig med KOL som dødsårsag (Sundhedsstyrelsen, 2015) (Lungeforeningen, 2016). Den væsentligste årsag til KOL i Danmark er rygning, men også astma eller anden lungesygdom i barndommen og luftforurening, herunder arbejdsmiljø, formodes at spille en vigtig rolle. Ved KOL ses en kronisk betændelsestilstand i luftvejene, som medfører tiltagende luftvejsforsnævring og gradvis ødelæggelse af lungevævet. Sygdommen medfører vedvarende tab af lungefunktion og i fremskredne tilfælde angst, vægttab og flere forskellige følgesygdomme (Lungeforeningen, 2016).

2.1 Stratificeringskriterier

Spirometri er essentiel for at kunne diagnosticere og behandle patienten med KOL, dog kan denne undersøgelse ikke stå alene når patienterne skal stratificeres. Dansk Lungemedicinsk Selskab (DLS) anbefaler, at GOLD-guidelines følges med hensyn til inddeling af patienter i kategorierne A, B, C og D i henhold til diagrammet i afsnit 2.1.2.

For at kunne validere og kvalificere arbejdet, bør der således foreligge en dokumenteret vurdering af følgende elementer både ved diagnosetidspunktet og i forbindelse med de årlige/halvårlige kontroller¹ på hospitalet/ved praktiserende læge:

¹ Stratificeringen bør gentages med jævne mellemrum, idet patientens tilstand kan udvikle sig både positivt og negativt, og således føre til ny indplacering i grupperne.

- Grad af luftvejsobstruktion stillet ved spirometri (Opmærksomhed på, at der er patienter, hvor det ikke er muligt at lave denne og hvor det ikke giver fagligt mening)
- Symptomer vurderet ud fra MRC-åndenødsskala (se 2.1.1)
- Eksacerbations-anamnese
- Beskrivelse af co-morbiditeter

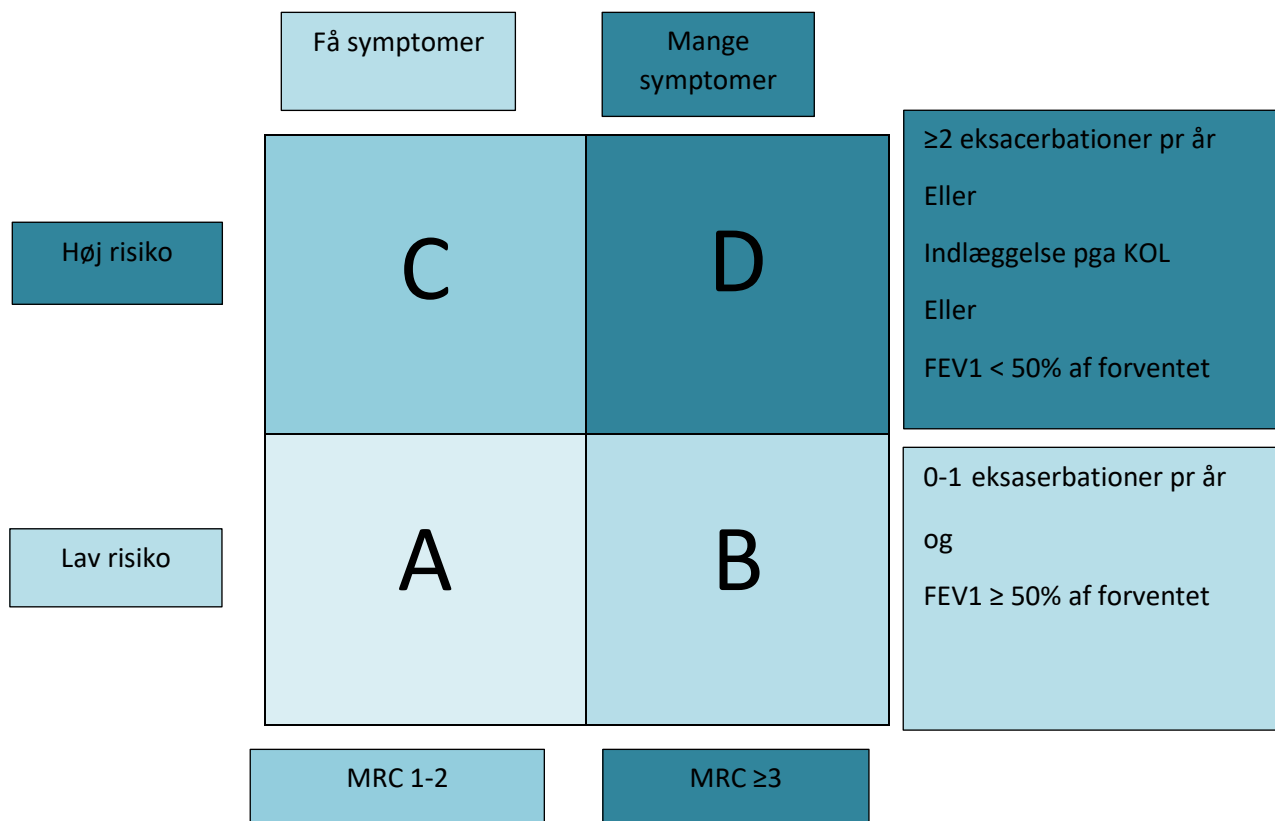
2.1.1 MRC-åndenødsskala

Graden af åndenød bør hos alle patienter med KOL bedømmes ved hjælp af Medical Research Council (MRC) skalaen (Dansk Lungemedicinsk Selskab, 2012):

Grad	Grad af åndenød relateret til aktivitet
1	Jeg får kun åndenød, når jeg anstrenger mig meget.
2	Jeg får kun åndenød. Når jeg skynder mig eller går op ad en bakke.
3	Jeg går langsommere end andre på min alder pga min åndenød, eller jeg er nødt til at stoppe op for at få vejret når jeg går frem og tilbage (i min egen hastighed)
4	Jeg stopper for at få vejret efter ca. 100 meter eller efter få minutters gang på stedet
5	Jeg har for meget åndenød til at forlade mit hjem eller jeg får åndenød, når jeg tager mit tøj af og på.

2.1.2 GOLD Guidelines

De tre parametre, der definerer opdelingen af patienterne i grupperne A, B, C og D er: FEV1, symptomer (MRC) og eksacerbations-anamnese. Grupperne B og D har mange symptomer, mens grupperne C og D har høj risiko for gentagende indlæggelser. Der skal være opmærksomhed omkring, at patienterne kan placeres i "højrisiko-grupperne" C og D på 3 måder: *Enten* alene på baggrund af en spirometri, *eller* grundet hyppige eksacerbationer *eller* på baggrund af begge. Ud fra opdelingen følges behandlingsprincipperne i overensstemmelse med GOLD – Guidelines. Se eventuelt http://www.dsam.dk/flx/kliniske_vejledninger/kol_i_almen_praksis/behandling_af_kol_i_stabil_fase/ (Dansk Lungemedicinsk Selskab, 2012).



3. Særlige indsatsområder

3.1 Tobaksafvænning

Rygestatus bør registreres i patientens journal og alle bør tilbydes en afklarende samtale og hjælp til tobaksafvænning, evt. henvisning til rygestop. Rygestopvejledning kan foregå flere steder men vil primært forgå i kommunal regi.

3.2 Multisygdom

Kompleksiteten omkring denne patientgruppe er høj, ikke mindst pga. co-morbiditeter eller i nogen tilfælde multimorbiditeter. De væsentligste, der kan nævnes i denne sammenhæng, er osteoporose, hjertesygdom, depression, angst og lungekræft. Dertil kommer komplikationer som sygdommen udvikler sig, idet der ofte tilstøder tab og svækkelse af muskelmassen pga. inaktivitet. Ovenstående influerer negativt på både disse menneskers livskvalitet og på sygdommens prognose, hvilket gør behandlingen og rehabiliteringen kompleks. Nogle gange skyldes co-morbiditeterne en direkte virkning af KOL f.eks. svage perifere muskler, andre optræder med øget hyppighed hos mennesker med KOL på grund af en fælles risikofaktor som f.eks. tobaksrygning. Derfor kommer co-morbiditeterne i mange tilfælde til at spille en vigtig rolle, fordi KOL nogle gange forhindrer en effektiv behandling af en anden sygdom hos patienten.

Specielt **hjertesygdom** er et differentialdiagnostisk problem, da hjertesygdom kan forværre kardinalsymptomet dyspnø som følge af hjertheinsufficiens. Specielt patienter i gruppe B har i studier vist sig at have en høj risiko for hjertesygdom, som dermed kan være årsag til den oplevede dyspnø. Disse patienter bør vurderes af en kardiolog, hvis åndenøden er udtalt og ikke skønnes fuldt forklaret af patientens

lungefunktionsnedsættelse. Hertil er det dog væsentligt at nævne, at co-morbiditeterne ved KOL så vidt muligt bør behandles på samme måde som hvis patienten ikke havde KOL. Specielt er det vigtigt at anføre, at beta-blokkere ikke er kontraindicerede ved KOL. Ligeledes behandles KOL uafhængigt af eventuelle co-morbiditeter. Dog bør man hos enkelte patienter med atrieflimren, der er svære at frekvensregulere, undgå høje doser beta2-agonist og antikolinergika.

På grund af den høje prævalens af **osteoporose** blandt mennesker med KOL anbefales DEXA-scanning af alle patienter i gruppe C og D og til patienter i gruppe B med yderligere risikofaktorer for osteoporose (ex. kvinder, der ryger og har lavt BMI).

3.3 Medicin og administrationsform

Mange undersøgelser viser, at patienter med KOL tager deres inhalationsmedicin forkert. Derfor er det vigtigt, at der sammen med ordination af medicin er fokus på eventuelle patienthensyn når det kommer til valg af inhalatortype og om medicinen skal gives som pulver eller spray med eller uden spacer. Det er essentielt at patientens inhalationsteknik kontrolleres ofte, både ved hver lægekontakt og under rehabiliteringsforløb samt ofte hjemme- og sygeplejen. Der er mulighed for, at patienten kan få undervisning omkring inhalationsteknik på apoteket eller der kan søges vejledning på <http://min.medicin.dk> hvor små film instruerer i teknikken (Sundhedsstyrelsen, 2015).

3.4 Palliation

Palliation handler om værdighed og lindring af symptomer. Det handler om, at mennesket, der er sygt, skal få det bedre og få mere livskvalitet. Det handler *ikke* om, at mennesket skal dø. Udfordringen er, at det kan være svært at vide, hvornår palliationsbehandling skal igangsættes. DLS og Lungeforeningens rapport omkring Palliation beskriver, hvordan *"palliation er en tværfaglig intervention rettet mod at bedre den samlede livssituation for patient og pårørende"* og *"Rehabilitering er en tværfaglig intervention som retter sig mod at bedre livskvalitet og fysisk funktionsevne gennem bl.a. fysisk træning, fastholdelse af dagligdags aktiviteter og patientundervisning og bør integreres i et samlet palliativt tilbud til patienter med kronisk lungesvigt"* (Dansk Lungemedicinsk Selskab, 2012). (Kirkegaard, et al., 2014).

Derudover har DLS defineret 3 begreber, som kan støtte op omkring, hvornår sundhedsprofessionelle bør tale med mennesker med KOL omkring terminalt tilskud, palliation osv.:

1. **Kronisk lungesvigt** er permanent nedsat lungefunktion, hvor daglige symptomer trods optimal standardbehandling begrænser patienten. På dette tidspunkt kan den palliative indsats startes. Ukendt restlevetid – men behov for lindrende symptombehandling.
2. **Terminalt lungesvigt** er til stede, når en patient med kronisk lungesvigt opfylder kriterierne for terminaltilskud. Forventet levetid uger til få måneder. Ift. udskrivelse af terminaltilskuddet² bør dette revurderes efter 6 måneder, hvis patienten ikke er rykket ned i gruppe 3.
3. **Snarligt døende** er, når patienten vurderes i en tilstand, hvor lindrende behandling alene er indiceret og død forventes inden for kort tid. Obs behandling med opioider og benzodiazepiner,

² En dansk undersøgelse viste, at kun 5% af patienter med KOL havde fået bevilget terminaltilskud i det sidste halve år af deres liv. Tilsvarende havde ca. 55% af patienter med lungekræft fået bevilget terminaltilskud.

samt opmærksomhed på behandlingsniveauet. Forventet levetid få timer til dage (Sundhedsstyrelsen, 2015).

4. Forebyggelse og Rehabilitering

Forebyggelse og rehabilitering skal tænkes ind i hele forløbet mennesker med KOL gennemgår, og ikke kun ift. de forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, der tilbydes i kommunerne. Rehabilitering har til formål at styrke patienten og de pårørendes evne til at leve et aktivt liv i overensstemmelse med egne værdier på trods af lungesygdom. Interventioner bør ses som en samlet indsats trods det faktum, at den rehabiliterende indsats primært ligger i kommunal regi (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Det anbefales at:

- Alle patienter med KOL med MRC på 3 eller derover tilbydes en individualiseret behandlingsplan og får et rehabiliteringstilbud, der er tilpasset den enkelte.
- Patienten og de pårørende involveres i udformningen af den individualiserede behandlingsplan og at den indeholder både en fysisk aktivitetsfremmende indsats samt symptombehandling.

Rehabilitering er en af de mest virksomme og bedst underbyggede behandlinger ift. angst og depression hos mennesker med KOL. Et fokus på fysisk aktivitet og sygdomsforståelse er en vigtig del af behandlingen og lungerehabilitering bør tilbydes til alle patienter med kronisk lungesygdom også uafhængigt af sygdomsstadie (Sundhedsstyrelsen, 2015) (Sundhedsstyrelsen, 2014). Dog skal det pointeres, at patienter i gruppe A primært bør tilbydes rygestop, hvis det er aktuelt, og træning skal foregå i privat regi.

4.1 Rehabiliteringsforløb i kommunal regi

Den kommunale rehabilitering indeholder både individuel og gruppeorienteret patientuddannelse og vejledning. Rehabilitering kan, som nævnt, tilbydes til alle borgere med KOL, hvor der vurderes et behov, men med fokus på borgere, som har $MRC \geq 3$. Rehabiliteringsforløbet løber over en periode på typisk 8-12 uger, og der forventes dermed en længere fastholdelse af borgeren. Den enkelte kommune vurderer sammen med borgeren og eventuelt de pårørende, hvad indholdet i indsatsen bør være således indsatsen tilpasses den enkelte. På den måde er borgeren i centrum, medinddrages og tager ansvar for egen rehabilitering. Pårørende inddrages i det omfang, det er muligt. Patientuddannelse skal sikre, at borgeren får en bedre forståelse af sin lungesygdom og opnår redskaber, der kan styrke evnen til at mestre egen sygdom. Der tilbydes rygestop, motionstræning, kostrådgivning samt psykosocial støtte i de tilfælde, hvor der vurderes et behov (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Praktiserende læge/hospital henviser til kommunal rehabilitering via en elektronisk henvisning på REF01 med overskriften KOL-rehabilitering. Kommunen er ansvarlig for at sikre, at opgaven med rehabilitering og patientuddannelse udøves af sundhedsfagligt personale med sygdomsspecifik viden og relevante pædagogiske kompetencer.

4.2 Forebyggelsesindsatser i kommunal regi

Forebyggende indsatser er tilbud til borgere omkring forebyggelse af risikobetinget livsstil, med fokus på områderne kost, røg, alkohol, motion og stoffer. Kommunen kan bidrage til opsporing og forebyggelse af KOL, ved at være særlige opmærksomme på risikogrupper fx sårbare ældre og borgere med psykiatriske lidelser. Det er den enkelte kommune, der fastlægger eget serviceniveau, ligesom det er regionen, der

fastlægger serviceniveauet på hospitalerne. Begge sektorer er forpligtede til at respektere dette og ikke stille borgerne tilbud i udsigt, der muligvis ikke kan honoreres i den anden sektor. Praktiserende læge/hospital henviser på samme måde som beskrevet i afsnit 4.1.

Jvf. Sundhedsaftalen 2015-18 skal de nordjyske kommuner ultimo 2015 leve op til grundniveauet, hvad angår anbefalingerne om individuelle tilbud i forebyggelsespakkerne om tobak og alkohol. Kommunernes indsatser lægger sig op ad anbefalinger i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Hospitalernes indsatser følger standard for forebyggelse i Den Danske Kvalitetsmodel. Ændringer i anbefalinger i forebyggelsespakkerne eller i Den Danske Kvalitetsmodel vil således have betydning for indsatserne i kommuner og på hospitaler.

4.3 KOL TeleCare Nord

KOL TeleCare Nord er et tilbud om telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL, som foregår i et tværsektorielt samarbejde. Patientempowerment er i fokus, og formålet er, at borgeren bliver i stand til at handle og tage ansvar for egen sygdom med støtte fra sundhedsfaglige. Derudover er det væsentligt, at der tidligt identificeres en eventuel sygdomsudvikling i negativ retning med henblik på at iværksætte tiltag tids nok til at bremse denne. Der er som grundlag for tilbuddet beskrevet et samarbejdskoncept på tværs af kommune, hospital og praktiserende læge. Denne kan findes på www.telecarenord.dk sammen med instrukser for de faglige opgaver og samarbejde i overgange (TeleCare Nord, 2016).

4.3.1 Henvisning til inklusion

For at kunne henvises til telemedicin skal borgeren ved spirometri have stillet diagnosen KOL, samt være klassificeret i gruppe D og/eller i iltbehandling. Borgeren skal være i medicinsk behandling eller motiveret for behandling svarende til GOLD Guidelines, samt have fast bopæl og praktiserende læge i Region Nordjylland. Der skal være mulighed for telefonisk kontakt til patienten, og borgeren skal være motiveret for at deltage. Se nærmere på www.telecarenord.dk (TeleCare Nord, 2016).

Henvisning skal komme fra praktiserende læge eller hospital og skal sendes på ét lokationsnummer i kommunen og have overskriften KOL TeleCare Nord. Kommunen opstarter borgeren og tilstræber en reaktionstid er på 7-8 hverdage indenfor hvilke:

- Borgeren oprettes i OpenTele og med telemedicinsk ydelse i omsorgssystemet.
- Borgeren kontaktes af kommunen mhp. levering af udstyr samt oplæring.
- Udstyret bestilles og leveres af privat aktør.

Det tilstræbes, at borgeren indenfor 15 hverdage fra modtagelse af henvisning har fået instruktion i anvendelse af udstyr (TeleCare Nord, 2016).

5. Faglige indsatser

Fordeling af opgaver med henblik på at sikre et sammenhængende patientforløb:

	Praktiserende læge	Hospital	Kommune
Ansvarlig for:	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig opsporing • Udredning og diagnostik • Opfølgning • Tovholder • Behandling ved akut forværring i hjemmet • Opfølgende hjemmebesøg • Informere/henvise til kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud • Informere om Lungeforeningens tilbud/hjemmeside 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig opsporing • Evt. udredning / diagnostik af patienter³ • Indlagte patienter • Iltbehandling og ambulans behandling • Informere/henvise til kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud • Behandling af patienter der henvises pga. akut forværring • Monitorering TeleCare Nord • Informere om Lungeforeningens tilbud/hjemmeside 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidlig opsporing • Informere om egne forebyggelses- og rehabiliteringstilbud • Etablere forebyggelses- og rehabiliteringstilbud • TeleCare Nord etablering og monitorering • Hjemmepleje og sygepleje (også sub-akut/akutsygepleje) • Opfølgende hjemmebesøg • Informere om Lungeforeningens tilbud/hjemmeside
Kan henvise til:	<ul style="list-style-type: none"> • Udredning på hospital herunder sub-akut a-punktur (ifm. TCN) • Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud • KOL TeleCare Nord • Udredning og behandling af co-morbiditet • Hjemmepleje og sygepleje (også sub-akut/akutsygepleje) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud • Praktiserende læge • KOL TeleCare Nord • Hjemmepleje og sygepleje 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvise og visitere til egne tilbud, dog ikke TeleCare Nord og rehabiliteringsforløb

³ Evt. arbejdsmedicinsk speciallægeundersøgelse, når der er tale om eksponering af støv, røg eller lignende.

5.1 Tilbud og opgave- og ansvarsfordeling fordelt på patientkategorierne

Gruppe A	Aktiviteter
Praktiserende læge	Udredning og diagnostik
	Rygestopvejledning eller henvisning til dette
	Vejlede omkring motion og sund levevis (træning i fitness)
	Evt. medicinsk behandling
	Evt. opfølgning
Kommunen	Rygestopkurser
	Evt. rehabilitering
Hospitalet	Ingen umiddelbar kontakt
Patientforeningen	Netværksgrupper
	Rådgivning
	Vidensdeling på lunge.dk

Gruppe B	Aktiviteter
Praktiserende læge	Udredning og diagnostik
	Årlig kontrolforløb
	Medicinsk behandling
	Rygestopvejledning eller henvisning til dette
	Vejlede omkring motion og sund levevis (evt. træning i fitness)
	Evt. henvise til rehabilitering
Kommunen	Rygestopkurser
	Evt. rehabilitering
Hospitalet	Ingen umiddelbar kontakt
Patientforeningen	Netværksgrupper
	Rådgivning
	Vidensdeling på lunge.dk
OPMÆRKSOMHED	Obs. Differentialdiagnoser: Emfysem, hjertesygdom og osteoporose

Gruppe C	Aktiviteter
Praktiserende læge	Udredning og diagnostik
	Årlig kontrolforløb
	Medicinsk behandling
	Rygestopvejledning eller henvisning til dette
	Vejlede omkring motion og sund levevis
	Henvise til rehabilitering
Kommunen	Rygestopkurser
	Evt. rehabilitering
	Evt. TeleCare Nord
Hospitalet	Ved iltbehandling – kontrolforløb her OBS TeleCare Nord
	Henvise til rehabilitering
Patientforeningen	Netværksgrupper
	Rådgivning
	Vidensdeling på lunge.dk
OPMÆRKSOMHED	Obs. Differentialdiagnoser: Emfysem, hjertesygdom og osteoporose

Gruppe D	Aktiviteter
Praktiserende læge	Udredning og diagnostik
	Årlig kontrolforløb
	Medicinsk behandling
	Rygestopvejledning eller henvisning til dette
	Vejlede omkring motion og sund levevis
	Henvise til rehabilitering
	Henvise til Telecare Nord
Kommunen	Rygestopkurser
	Evt. rehabilitering
	TeleCare Nord (Opsporing af borgere, opstart, aflæs og afslut)
Hospitalet	Evt. kontrolforløb
	Udredning og diagnostik
	Ved iltbehandling – kontrolforløb her OBS TeleCare Nord
	Henvise og aflæse TeleCare Nord
	Henvise til rehabilitering
Patientforeningen	Netværksgrupper
	Rådgivning
	Vidensdeling på lunge.dk
OPMÆRKSOMHED	Obs. Differentialdiagnoser: Emfysem, hjertesygdom og osteoporose

Hvis opgivende instans ikke kan løfte en eventuel opgave, har pågældende instans selv ansvaret for at videreformidle opgaven til en anden instans der kan løfte denne. Indsatserne skal udføres af en sundhedsfaglig med kompetencer indenfor det aktuelle område.

6. Inddragelse af patienter og pårørende

Patienter og pårørende anbefales inddraget på flere niveauer i relation til samarbejdsaftaler. I Sundhedsaftalen 2015-2018 er det aftalt, at Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) og Patientinddragelsesudvalget i Region Nordjylland i fællesskab udarbejder en fælles plan for borger/patientinddragelse. Det er aftalt, at patientforeninger bør involveres i udviklingsarbejdet. Udpegning hertil sker gennem Patientinddragelsesudvalget. Se desuden yderligere omkring handleplanen på: <http://www.rn.dk/Politik/Sundhedskoordinationsudvalget>.

Patientinddragelse kan bidrage til at styrke ligheden indenfor sundhed, idet de sundhedsprofessionelle herigennem har mulighed for at tage udgangspunkt i den enkelte patient. Langt de fleste patienter/pårørende ønsker at blive inddraget mere i deres forløb. Forskningen viser netop, at når patienten/den pårørende inddrages i forløbet, højnes kvaliteten – både i forhold til patienttilfredshed, patientsikkerhed, bedre behandlingsresultater – og inddragelse kan samtidig medvirke til en mere effektiv brug af ressourcer. Desuden er der flere undersøgelser, der peger på, at øget inddragelse kan medføre kortere indlæggelsestid, øget produktivitet, større personaletilfredshed, reducere antallet af patientklager og understøtte bedre mestring af eget liv. Telemedicinske løsninger, brug af patientrapporterede oplysninger samt adgang til egne journaloplysninger er også vigtige redskaber til at opnå dette (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014).

Der er derfor gode grunde til at forbedre inddragelsen af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet indenfor alle sektorer; Hospitalerne, Praktiserende Læge og Kommunen. For at kunne øge inddragelsen skal der ske en kulturændring i sundhedsvæsenet, som kommer til at stille store krav til alle involverede parter ift at have stort fokus på aktiv patientinddragelse (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014).

7. Aktiviteter og økonomi

Tidligere foregik en del af rehabiliteringsforløbene for patienter med KOL i hospitalsregi, men efterhånden bliver denne opgave udelukkende løftet i kommunalt regi. Ydelser og tilbud med rehabiliterende sigte er nu forankret i kommunerne, opgaveglidning har allerede fundet sted, da denne opgave- ansvarsfordeling giver mest mening.

Det skal påpeges, at der ikke er tale om ændringer i aktiviteten, som medfører et ressourcetræk, der skal tages højde for.

8. Samarbejde

I forhold til samarbejdet på tværs af sektorer er det væsentligt at pointere, at der altid kan søges råd og vejledning hos hospitalerne i forbindelse med stratificering og behandling af patienter med KOL.

8.1 Klyngemøder

Der er 4 klynger i Region Nordjylland hvor der arbejdes med KOL-forløb både tværsektorielt og på tværs af kommunerne for herigennem at ensrette og styrke arbejdet.

- Klynge SYD: Rebild, Mariagerfjord og Vesthimmerland
- Klynge MIDT: Aalborg og Jammerbugt
- Klynge NORD: Hjørring, Frederikshavn, Læsø og Brønderslev
- Klynge VEST: Thisted og Morsø

Det er væsentligt at bemærke, at Aalborg pga. størrelse er for sig selv i KOL Telecare Nord regi og Jammerbugt i den forbindelse hører til Klynge VEST. Hver klynge har selvstændigt ansvar og mulighed for at planlægge mødeintervaller samt indholdet af klyngemøderne. Derudover er der potentiale i at invitere repræsentanter fra de hospitaler man lokalt samarbejder mest med. Klyngernes formål er at facilitere et styrket fagligt samarbejde på tværs af sektorerne.

8.2 Kommunikation mellem parterne

For at styrke patientsikkerheden samt for at patienten med KOL kan få det bedste forløb på tværs af sektorerne, er der et behov for god kommunikation mellem de involverede parter; hospital, praktiserende læge og kommune gennem hele patientforløbet.

8.2.1 Henvisning til kommunalt rehabiliteringsforløb

Ved henvisning fra hospital/praktiserende læge til kommunen anvendes elektronisk henvisning, via Refhost. Idet henvisningen skal sendes til kommune, vælges som pakke type en kommunepakke med pakkenavn KOL-kommunepakke. For yderligere kan søges på henvisning i <https://pri.rn.dk>. Henvisningen findes på www.refhost.dk og fordrer en brugeroprettelse. Der arbejdes på, at få henvisningen integreret i de elektroniske patientjournalssystemer.

8.2.2 Henvisning til genoptræning

Ved behov for genoptræning i kommunalt regi sender hospitalet en genoptræningsplan (GOP).

8.2.3 Korrespondancemeddelelser

Ved elektronisk kommunikation i forløbet mellem praktiserende læge og kommune anvendes korrespondancemeddelelser. Mellem hospital og kommune anvendes kun korrespondance-meddelelser, når hospitalet har haft den primære kontakt, idet kommunen udelukkende kan svare på en meddelelse, og hospitalet kun kan se meddelelsen ved søgning på den konkrete patient. Der arbejdes dog på en større anvendelsesgrad af korrespondancemeddelelser.

8.2.4 Henvisning til KOL TeleCare Nord

Al kommunikation mellem parterne rettet på KOL TeleCare Nord skal altid indeholde overskriften **KOL TeleCare Nord**. Dvs. at der i første felt, der kan skrives i, anføres KOL TeleCare Nord, så modtagende part kan sikre, at kommunikationen kommer til rette vedkommende. Kommunikation fra regionen til kommunerne foregår som beskrevet i afsnit 8.2.1, og kommunikationen fra praktiserende læge sker gennem det sædvanlige henvisningssystem både til kommunerne og til hospitalet.

8.2.4.1 Sub-akut arteriepunktur

Der bør være fokus på, at der fra praktiserende læge kan sendes en elektronisk henvisning til lungeambulatoriet med ønske om en subakut a-punktur. Henvisningen laves på baggrund af lave saturationsmålinger. Hvis borgeren er med i KOL TeleCare Nord skal overskriften, som tidligere beskrevet være **KOL TeleCare Nord**, og hospitalet skal udføre a-punkturen indenfor 2 hverdage (TeleCare Nord, 2016). Længere ventetid kan forekomme, hvis borgeren ikke er tilknyttet KOL TeleCare Nord.

9. Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling

Kommuner, hospitaler og praktiserende læge er hver især ansvarlige for deres opgavevaretagelse samt for at implementere deres del af patientforløbet. Der er ved implementering af aftalen fokus på det fælles ansvar i overgange og på at understøtte dette med tværsektorielle aktiviteter og udviklingstiltag.

10. Kildehenvisninger

Dansk Lungemedicinsk Selskab, 2012. *Lungemedicin.dk*. [Online]

Available at: <http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012.html?path=>
[Senest hentet eller vist den 11 april 2016].

Kirkegaard, N., Brandt, A., Timm, H. & Lange, P., 2014. *Palliativ indsats til lungepatienter*, København: Lungeforeningen.

Lungeforeningen, 2016. *Lungeforeningen*. [Online]

Available at: <https://www.lunge.dk/>
[Senest hentet eller vist den 06 06 2016].

Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. *Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende*, København: s.n.

Sundhedsstyrelsen, 2014. *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL*. [Online]

Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2014/~/media/C0B92E9C3BEA4B28A3294D70288EC535.ashx>
[Senest hentet eller vist den 06 06 2016].

Sundhedsstyrelsen, 2015. *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL*, København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen, 2015. *lungemedicin.dk*. [Online]

Available at: <http://www.lungemedicin.dk/fagligt/faglige-dokumenter/klaringsrapporter-1/189-dls-klaringsrapport-om-palliation-2015.html?path=klaringsrapporter-1>
[Senest hentet eller vist den 11 april 2016].

TeleCare Nord, 2016. *TeleCare Nord*. [Online]

Available at: <http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/TeleCare-Nord>
[Senest hentet eller vist den 11 april 2016].