



OPGAVE- OG ANSVARSFORDELING TELECARE NORD KOL JUNI 2021

OPGAVE- OG ANSVARSFORDELING

JUNI 2021
REGION NORDJYLLAND



TeleCare Nord KOL

Indhold

Telemedicin til patienter med KOL.....	1
Formålet med telemedicin	1
Opgave og ansvarsfordeling	2
Identifikation og henvisning	2
Inklusionskriterier	2
Opfølgning på data	3
Kommunikation mellem involverede parter.....	3
Henvisning til inklusion.....	3
Kommunikation ved overgange mellem hospital og kommune	3
Almen praksis	4
Behandlingsansvar	4
Terminale borgere og borgere med palliative behov.....	5
Patientkategorierne	5

Telemedicin til patienter med KOL

Aftalen beskriver opgave- og ansvarsfordelingen imellem kommune, hospital og almen praksis i TeleCare Nord KOL. Målet for aftalen er at sikre et sammenhængende og koordineret tværsektorielt samarbejdskoncept omkring telemedicin for borgere / patienter med KOL. Denne aftale indgår i Samarbejdsaftale for KOL, og er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger for "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL" 2016¹.

Det faglige indhold i opgaveløsningen, kommunikation og samarbejde i overgange og de kliniske arbejdsgange forbundet med den enkelte opgave er beskrevet i faglige instrukser, som findes på www.telecarenord.dk. Læseren henvises til instrukser i forhold til mere praktiske arbejdsgangsbeskrivelser og for fagligt indhold.

Formålet med telemedicin

Formålet med telemedicin er at borgeren selv bliver i stand til at forstå og handle på data (egne symptomer) og tage ansvar for egen sygdom, med støtte fra sundhedsfaglige – patientempowerment. Der er fokus på at skabe tryghed for borgeren ved at målingerne bliver set, vurderet og tolket på og kvitteres for. Derudover er det væsentligt, at borgeren sammen med sundhedsprofessionelle kan identificere en eventuel begyndende udvikling af sygdommen i negativ retning med henblik på, at iværksætte eventuelle tiltag tids nok til at bremse denne udvikling. Der er ikke tale om et akut tilbud eller overvågning af patienten. Ved akut/pludselig opstået sygdom/forværring skal borgeren benytte sædvanlige kontakter.

¹ 1 Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde. Sundhedsstyrelsen 2016.



TeleCare Nord KOL

Opgave og ansvarsfordeling

Nedenstående tabel beskriver ansvarsfordelingen i forhold til opgaver ved TeleCare Nord og omfatter opgaverne omkring: Identifikation, henvisning, inklusion, opfølgning på måledata og samarbejde.

Aktivitet / opgave	Ansvarlige for at udføre	Kompetencer
Identifikation Patienten/borgeren som opfylder inklusionskriterier tilbydes telemedicin.	<ul style="list-style-type: none"> Almen praksis Hospital (kan henvises fra alle afdelinger/ambulatorier) Kommune (Tager kontakt til almen praksis, som kan henvise) 	Sundhedsfaglige kompetencer
Henvisning Patienten/borgeren henvises til kommunen.	<ul style="list-style-type: none"> Almen praksis Hospital 	Lægefaglige kompetencer (Ordination af grænseværdier og måleinterval)
Opstart Administrativ opgave: Henvisningen gemmes i omsorgsjournalen, TeleKit bestilles og borgeren oprettes i den telemedicinske løsning. Der sendes besked om opstart til henvisende instans.	<ul style="list-style-type: none"> Kommunen 	Administrative kompetencer
Instruktion og undervisning: Borgeren instrueres i at anvende udstyret, og der holdes en opfølgningssamtale 3-4 uger efter instruktion med fokus på sygdomsforståelse.		Sygeplejefaglige kompetencer ² Erfaring med og viden omkring KOL og forståelse for telemedicin
Opfølgning på måledata Der følges systematisk op på patientens/borgerens måledata efter fastsatte intervaller	<ul style="list-style-type: none"> Kommunen: 1-2 gange om ugen på hverdage Hospitalet: 1-3 gange om ugen på hverdage. Evt. hyppigere. Hospitalet kan overtage ansvar fra kommunen. Se afsnittet om Patientkategorier 	Sygeplejefaglige kompetencer Erfaring med og viden omkring KOL og forståelse for telemedicin

Identifikation og henvisning

Inklusionskriterier

- Patienten skal have diagnosen KOL stillet ved spirometri
- Patienten skal have mange symptomer, 2 + eksacerbationer eller 1 indlæggelse for KOL det sidste år eller FEV1 <50% af forventet. Og /eller patienten skal være i Iltbehandling.
- Patienten skal være i behandling eller motiveret for behandling svarende til GOLD Guidelines.
- Patienten skal have fast bopæl og praktiserende læge i Region Nordjylland.
- Patienten skal være motiveret for at deltage.

² Der kan være undtagelser, hvis kompetencer tilsvarende sygeplejefagligt niveau er til stede.



TeleCare Nord KOL

- Patienten skal kunne kontaktes telefonisk.

Derudover er det muligt at inkludere patienter med KOL, som ikke opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at kunne have effekt af tilbuddet.

Det telemedicinske tilbud og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud supplerer hinanden.

Det telemedicinske tilbud fortsætter så længe borgeren har behov for det og indrapporterer data i henhold til de aftaler, der er indgået. Der evalueres løbende på borgerens gevinst af tilbuddet.

Reaktionstiden i kommunen tilstræbes at være på maks. 7-8 hverdage inden for hvilke borgeren oprettes i den telemedicinske løsning og med telemedicinsk ydelse i omsorgssystemet, borgeren kontaktes af kommunen, udstyret bestilles og leveres af privat aktør. Det tilstræbes indenfor 15 hverdage fra modtagelse af henvisning, at borgeren har fået instruktion i anvendelse af udstyr og er opstartet med telemedicin. Kommunen meddeler altid almen praksis, når patienten er opstartet i TeleCare Nord, eller hvis patienten vælger at takke nej til tilbud, eller af anden grund ikke starter op.

Opfølgning på data

Opfølgning på monitoreringsdata omfatter aktuelt målingerne: blodtryk, iltmætning, puls og vægt. Derudover foretager borgeren en rejse-sætte-sig-test samt svarer på symptomspecifikke spørgsmål omkring åndenød, hoste og slim.

Kommunikation mellem de involverede parter

Ved al kommunikation imellem aktørerne anvendes én fælles overskrift: **KOL TeleCare Nord**.

Henvisning til inklusion

- Almen praksis: Henviser med den elektroniske henvisning REF01 til kommunens lokationsnummer (én indgang).
- Hospital: henviser elektronisk via Den Nationale Henvisningsformidling (DNHF). Der vælges kommunepakke. Der anføres i henvisningen om det er hospitalet eller kommunen, der følger op på data og almen praksis orienteres.
- Kommune: Der tages efter aftale med borger kontakt til almen praksis omkring mulighed for henvisning.

Kommunikation under forløb

Kommunen orienterer almen praksis via korrespondancemeddelelse når:

- Sygeplejersken har opfordret patient til at gå til egen læge. Der sendes korrespondancemeddelelse med orientering om dette til lægen med årsag og relevante observationer.
- Borgeren har haft en forværring og der eventuelt er igangsat selvbehandling efter plan.
- Der igangsættes aktivitet som f.eks. rygestop eller ernæringsintervention.
- Borger afsluttes i det telemedicinske tilbud.

Hospitalet orienterer kommunen via korrespondancemeddelelse når:

- Der er ændringer i iltbehandling.
- Patient har fået selvbehandlingsplan, eller der er ændringer i denne.

Kommunikation ved overgange mellem hospital og kommune

Sket ved anvendelse af korrespondancemeddelelse, som hospitalet starter. Princippet er, at den sektor der har ansvaret, ikke slipper dette, før den anden sektor har taget ansvaret aktivt.

Der kan være behov for kommunikation på andre måder i samarbejdet; telefonisk eller via den telemedicinske løsning



Kompetencer

Instruktion og undervisning af borger

I instruktionen og undervisningen af patienten/borgeren er der behov for sygeplejefaglige kompetencer. Der kan være undtagelser, hvis kompetencerne er til stede. Opgaven med at instruere patienten/borgeren varetages af en sygeplejerske, som er uddannet i telemedicin og med følgende kompetencer:

- Erfaring med KOL, Skal kunne anvende viden om KOL og kende symptomer ved forværring
- Viden om håndtering af borgere med KOL fx ved begyndende forværring og dyspnøanfald.
- Forståelse for telemedicin og erfaring med måling af blodtryk, saturation og puls. Derudover kendskab til betydningen af målingerne og de spørgsmål der stilles på symptomer som åndenød og hoste.

Opfølgning på data

Det er i udgangspunktet personale med sygeplejefaglige kompetencer, som har ansvar for og varetager opfølgningen af monitoreringsdata. Der kan være undtagelser, hvis kompetencerne er til stede.

Opfølgningen indebærer, at patientens/borgernes data ses, tolkes og vurderes med henblik på, om der skal ske en intervention. Af kompetencer kræves erfaring med KOL, viden om hvordan denne gruppe håndteres, også ved begyndende forværringer og når patienterne/borgerne er dårlige (dyspnø anfald). Personalet skal forstå og kende meningen med telemedicin og have erfaring med måling af saturation, puls og blodtryk. Personalet skal kende betydningen af de målinger, der foretages og de spørgsmål der stilles. Personalet skal kunne anvende viden om KOL, og (gen)kende symptomer ved forværring.

Almen praksis

Telemedicin kan være med til at understøtte almen praksis opgave som tovholder i forbindelse med KOL-forløb. Almen praksis har i forbindelse med telemedicin opgaver omkring:

- Vurdering og henvisning til det telemedicinske tilbud i forbindelse med konsultation/kontrol/årskontrol
- Fastsætte alarmgrænser hvis disse afviger fra de foruddefinerede
- Justering af alarmgrænser og opfølgingsintervallet ved vurderet behov samt om patienten/borgeren har behov for/justering af selvbehandlingsplan

Den praktiserende læge har via sundhed.dk adgang til egne patienters monitoreringsdata, men har ikke ansvar for at følge systematisk op på data. Den praktiserende læge kan anvende data til at understøtte en behandling og et samarbejde med patienten, kommunen og hospitalet.

Det er fortsat den praktiserende læge, som har behandleransvaret for borgeren/patienten, når denne er i eget hjem og kontrolleres i almen praksis. Samarbejde og kommunikation mellem kommune og almen praksis fortsættes som vanligt.

Behandlingsansvar

Behandlingsansvaret ligger fortsat altid hos enten den praktiserende læge eller på hospitalet, afhængigt af hvem der følger og styrer behandlingen af borgerens KOL-sygdom. Borgeren går derfor også fortsat til aftalte kontroller, herunder årskontrol.

Hospitalet ser på data på de patienter/borgere, hvor de har overtaget ansvaret. Der skal løbende være en mulighed for at borgere kan veksle mellem hospital og kommune afhængigt af deres tilstand. Der kommunikeres til kommune og praktiserede læge henholdsvis via korrespondancemeddelelser og epikrise.



TeleCare Nord KOL

Terminale borgere og borgere med palliative behov

Svært syge borgere, herunder terminale³ borgere, som er i TeleCare Nord tilbuddet kan i nogle tilfælde fortsat have gavn af telemedicinsk hjemmemonitorering. Dette skal afklares i samarbejde mellem borger, den monitoreringsansvarlige sygeplejerske og den behandlingsansvarlige læge. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at justere på måleregimet, således borger fx kun svarer på symptomspørgsmål, og ikke længere foretager målinger eller kun foretager nogle bestemte målinger.

Der bør ligeledes altid være en fortløbende dialog med borger om formålet med den telemedicinske monitorering, og eventuel stillingtagen til fortsat monitorering.

Ved fortsættelse i tilbuddet vurderes ligeledes hvor monitoreringsansvaret bør ligge, herunder om der er behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning.

Borgerne følges som udgangspunkt i 4-8 uger af hospitalet, dog kan der være patienter, som har behov for en længere opfølgning i hospitalsregi. Det vurderes for disse patienter løbende og minimum hver 6. måned, om patienten er stabil nok til at overgå/gå tilbage til kommunal opfølgning.

Nogle borgere vil have forløb hos palliativt team. Såfremt der opstår behov for vurdering af fx måleregime eller grænseværdier for målinger, er det fortsat den behandlingsansvarlige læge, almen praksis eller lungemedicinsk afdeling, der har ansvar for vurdering af dette.

Patientkategorierne

Overordnet er der én hovedaktør – enten kommunen eller hospitalet, som systematisk følger op på patientens monitoreringsdata. Princippet er at den ene part ikke slipper ansvaret, før den anden part aktivt har taget dette. Obs instruks for overdragelse af ansvar.

Udgangspunktet for at beskrive patientkategorierne har været, at de patienter, der har behov for specialiserede kompetencer i opfølgningen på data, får det. Derudover at der undgås parallel forløb, hvor borgere oplever at blive fulgt af hospitalet og samtidig kontaktes af kommunen.

Følgende beskriver hvilke patientkategorier, der kan vurderes med henblik på, at hospitalet har ansvaret for at følge op på monitoreringsdata i hospitalsregi.

- Patienter der har været indlagt to eller flere gange det seneste år grundet KOL forværring.
- Nyopstartede iltbrugere
- Patienter som ud fra en lægefaglig vurdering har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning.

Borgerne følges som udgangspunkt i 4-8 uger af hospitalet, dog kan der være patienter, som har behov for en længere opfølgning i hospitalsregi. Det vurderes for disse patienter løbende og minimum hver 6. måned, om patienten er stabil nok til at overgå/gå tilbage til kommunal opfølgning.

³ **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.

Terminalt lungesvigt er til stede, når en patient med kronisk lungesvigt opfylder kriterierne for terminaltilskud. Forventet levetid uger til få måneder.

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



TeleCare Nord KOL

Hospitalet ser på data på de patienter/borgere, hvor de har overtaget ansvaret. Der skal løbende være en mulighed for at borgere kan veksle mellem hospital og kommune afhængigt af deres tilstand. Der kommunikeres til kommune og praktiserede læge henholdsvis via korrespondancemeddelelser og epikrise.