

Henvisning til TeleKOL-forløb i kommune

1. Introduktion

Der er en række mulige scenarier, der kan føre til at patienten/borgeren henvises til TeleKOL i kommunalt regi. I denne vejledning gennemgås først henvisningskriterierne for inklusion jf. det sundhedsfaglige grundlag for indsatsen. Herefter gennemgås henvisningsforløbet fra hospitalernes hjertesvigt-klinikker og almen praksis til kommunerne. Slutteligt beskrives det anbefalede indhold i epikrise og henvisning.

1.1. Aktør

Læge i Lungeambulatorie eller almen praksis

1.2. Kompetencer

Lægefaglig opgave

2. Kriterier for henvisning til opstart af telemedicinsk forløb

Det er ikke en forudsætning for inklusion i telemedicinsk monitorering i kommunalt regi, at patienten for nyligt har været i telemedicinsk behandling i lungeambulatoriet. Kommunen kan inkludere en patient til telemedicinsk monitorering så snart de har modtaget en lægehenvi sning fra behandlingsansvarlig læge. Behandlingsansvarlig læge kan enten være fra almen praksis eller lungeambulatoriet.

Inklusionskriterierne er beskrevet i det sundhedsfaglige grundlag ”Telemedicin til patienter med KOL i Landsdel Hovedstaden”:

- *Diagnosen KOL er stillet ved spirometri mv.*
- *Borgere, som ud fra en klinisk og/eller psykosocial vurdering (fx angst- problematik) skønnes at kunne have gavn af tilbuddet.*

eller

- *Borgeren er klassificeret i GOLD gruppe E kendetegnet ved to moderate eksacerbationer eller én indlæggelseskrævende eksacerbation inden for det sidste år, og/eller at borgeren er i iltbehandling (respirationsinsufficiens), og/eller at borgeren har palliative behov relateret til KOL.*

Forudsætninger:

- *Borgeren skal være i behandling eller motiveret for behandling af KOL*
- *Borgeren skal være interesseret i at deltage og forventes efter oplæring at kunne forstå og handle på egne symptomer og målinger.*

(Sundhedsfagligt Grundlag TeleKOL Version 3.1)

3. Henvisningsforløb

Patienter/borgere kan henvises til telemedicinsk monitorering i kommunalt regi fra både lungeambulatorie og fra almen praksis.

OBS: Afhængigt af kommunens organisering kan henvisningen lande enten i rehabilitering (§119) eller i hjemmesygeplejen (§138). Kommunen skal etablere arbejds gange så det sikres, at henvisningen sendes til rette enhed.

Nedenfor beskrives de forskellige forløb, der kan føre til en henvisning og herefter en beskrivelse af hvilke opgaver de forskellige aktører har i hvert scenarie.

Den organisation, der sender henvisningen til telemedicinsk hjemmemonitorering, er som udgangspunkt behandlingsansvarlig. Modtager af henvisning er som udgangspunkt monitoreringsansvarlig. Læge på hospital kan dog henvise direkte til telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi og an føre i epikrisen, at behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge.

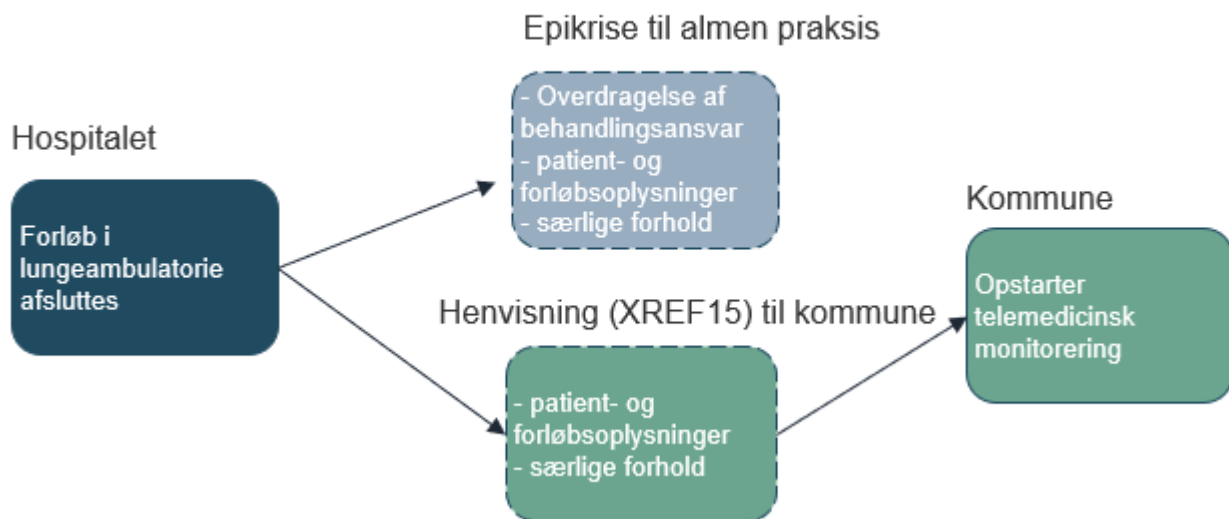
1. Patienten/borgeren er stabil. Forløbet i lungeambulatoriet afsluttes og patienten/borgeren og hospitalet henviser til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi.
2. Patient/borger er stabil og henvises fra hospital til forsættelse af telemedicinsk monitorering i kommunen.
3. Der kan være særlige tilfælde, hvor det vurderes fordelagtigt og forsvarligt for patienten/borgeren at monitoreringsansvaret overgår til kommunen, mens behandlingsansvaret fortsat er i lungeambulatoriet.
4. Almen praksis kan henvise direkte til telemedicinsk monitorering og rehabilitering i kommunalt regi. Det er ikke en forudsætning at patienten har været i telemedicinsk behandling i lungeambulatoriet.

5. Kommunen kan, hvis de formoder at patienten/borgeren lever op til inklusionskriterierne, rette henvendelse til almen praksis, som vurderer patienten/borgeren og ved behov sender henvisning til kommunen med henblik på opstart af forløb.

Scenarie 1: Patient/borger er stabil og henvises fra hospital til opstart af telemedicinsk monitorering i kommunen

Forløbet i lungeambulatoriet afsluttes og hospitalet henviser patient/borger til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi.

Denne model viser henvisningsflow for scenarie 1:



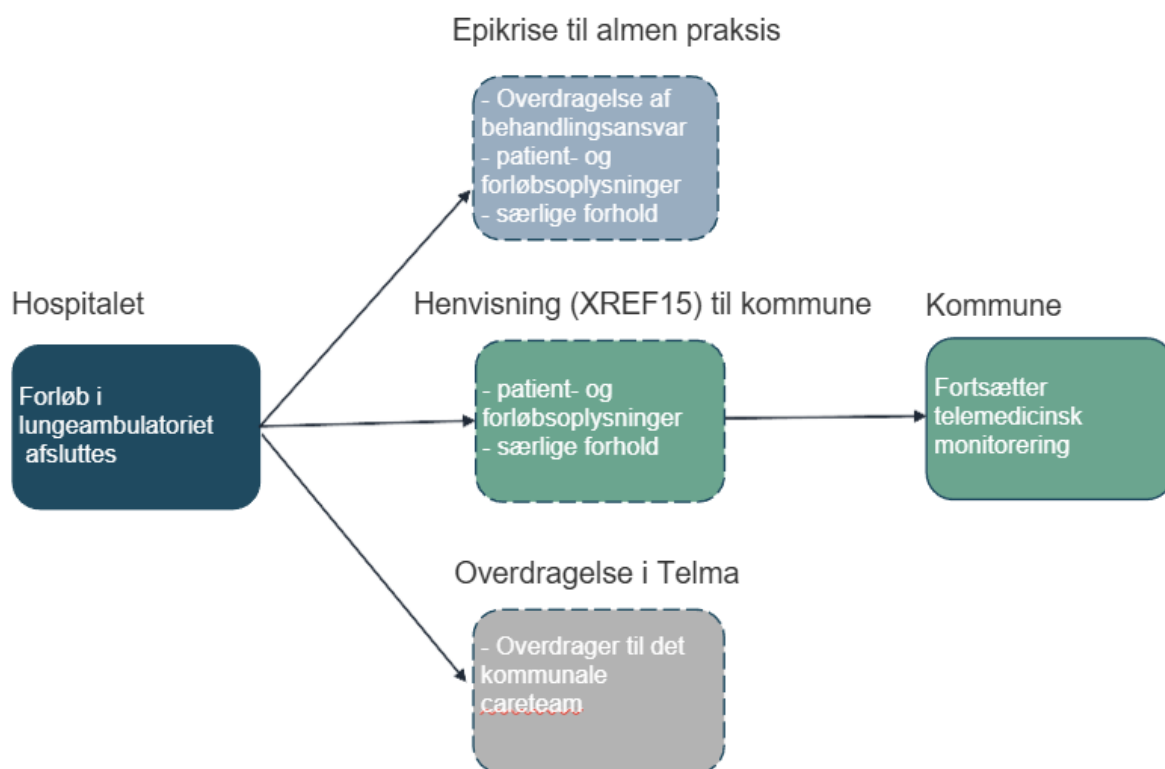
Arbejdsgangene for henvisningsflow scenarie 1 er her udfoldet:

- Der sendes en epikrise til egen læge, hvoraf det fremgår, at patienten er henvist til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunen og nu overgår behandlingsansvaret til almen praksis.
- Patienten/borgeren afsluttes i lungeambulatoriet og der henvises til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune vha. XREF15: "Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleKOL)". Eventuelle særlige forhold, der gør sig gældende for patienten, anføres.
- Kommunen opstarter telemedicinsk hjemmemonitorering af patienten/borgeren i Telma

Scenarie 2: Patient/borger er stabil og henvises fra hospital til forsættelse af telemedicinsk monitorering i kommunen

Patienten/borgeren er stabil. Forløbet i lungeambulatoriet afsluttes og lungeambulatoriet overdrager patientens/borgerens forløb i Telma og henviser patienten/borgeren til fortsættelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi.

Denne model viser henvisningsflow for scenarie 2:



Arbejdsgangene for henvisningsflow scenarie 2 er her udfoldet:

- Der sendes en epikrise til egen læge, hvoraf det fremgår, at patienten er inkluderet og opstartet i telemedicinsk forløb på hospitalet og nu overgår forløbet til kommunen.
- Patienten/borgeren afsluttes i lungeambulatoriet og der henvises til fortsættelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune vha. XREF15: "Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleKOL)". Eventuelle særlige forhold, der gør sig gældende for patienten, anføres.

- Efter henvisningen er sendt i SP overdrages borgeren i Telma til kommunen. Dermed sikres at borgerens indsendte målinger og svar på symptomspørgsmål følger borgerens videreførløb i kommunen.
- Processen for overdragelse i Telma sker trinvist:
 1. Start overdragelse (afgivende behandlerteam i lungeambulatoriet)
 2. Accepter overdragelse (modtagende behandlerteam i kommunen)
 3. Fuldfør overdragelsen (afgivende behandlerteam i lungeambulatoriet)
 - Se vejledning til overdragelse i Telma - [link](#)
- Hospitalet skal kvittere og handle på alle målinger, svar og opgaver frem til at overdragelse i Telma er fuldført.
- Kommunen opstarter fortsætter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren.

Særlige forhold

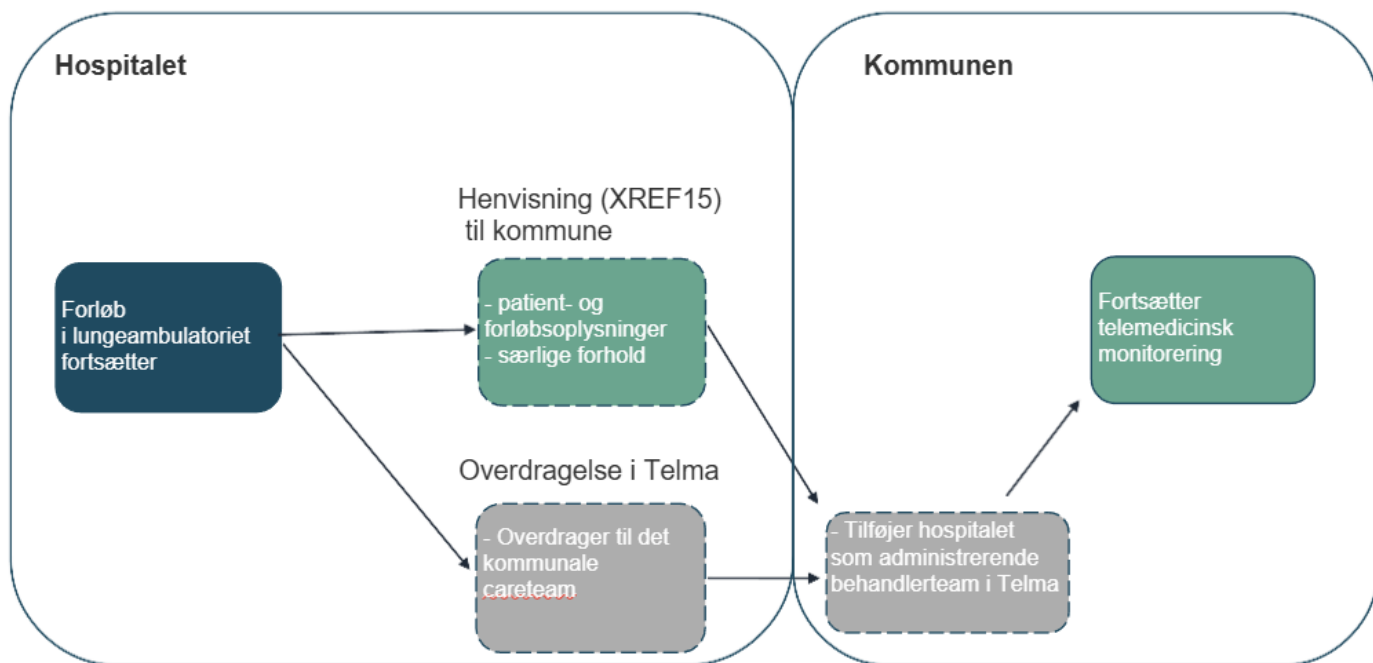
Vurderes det at patienten/borgeren er i en sårbar situation med fysiske, mentale og sociale udfordringer, kontaktes den kommunale monitoreringsansvarlige sygeplejerske, forud for henvisning til telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunen, med henblik på at konferere om patienten telefonisk og dermed sikre bedst mulig sektorovergang.

Hvis en borger i forbindelse med udskrivelse fra en indlæggelse i lungemedicinsk afdeling vurderes at kunne have gavn af det telemedicinske tilbud, bør dette anføres i epikrise til almen praksis. Hospitalslægen vurderer, at patienten er særligt sårbar og ikke selv (el er via netværk/hjemmepleje) forventes at henvende sig til almen praksis og har et særligt behov for aktiv opfølgning i almen praksis inden for 14 hverdage og derfor kan epikrisen markeres med opfølgningskategori "gul". Almen praksis er derefter ansvarlig for at henvise til TeleKOL i kommunen.

Scenarie 3: Patienten/borgeren er stabil og opstartet i telemedicinsk hjemmemonitorering på hospitalet, monitoreringsansvaret overgår til kommunen.

Patienten/borgeren er optitreret og stabil og indgår i et telemedicinsk hjemmemonitoreringsforløb på hospitalet. Hvis patienten/borgeren f.eks. afventer en lægesamtale eller af anden medicinsk årsag fortsat har behov for opfølgning på hospitalet, kan kommunen overtage monitoreringsansvaret. Hospitalet bevarer samtidig behandlingsansvaret og kan fortsat følge patienten/borgeren efter behov.

Denne model viser henvisningsflow for scenarie 3:



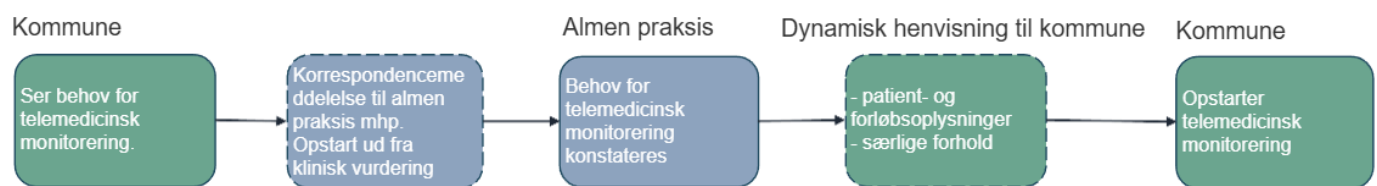
Arbejdsgangene for henvisningsflow scenarie 3 er her udfoldet

- Patienten/borgeren henvises til fortsættelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune vha. XREF15: "Henvielse til kommunal forebyggelse (TeleKOL). Delegation til kommunen sker ved, at den behandlingsansvarlige læge i henvisningen til kommunen angiver tydelige instruktioner for den monitoreringsopgave, der delegeres. Ud over de oplysninger, som i forvejen skal fremgå af en henvisning fra hospital til kommune, skal følgende fremgå:
 - Målinger: Hvilke målinger skal foretages
 - Målehyppighed: Hvor ofte målingerne skal foretages (fx antal gange pr. uge), samt hvor hyppigt der skal følges op på målingerne.
 - Eventuelle særlige forhold eller kliniske opmærksomhedspunkter, som kommunen skal være opmærksom på i forbindelse med opgaven.
 - Hvem kommunen skal kontakte ved behov for dialog eller faglig afklaring med den behandlingsansvarlige læge.
 Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at instruktionerne er tilstrækkeligt klare og konkrete til, at kommunen kan udføre opgaven og den nødvendige opfølgning.
 - Efter henvisningen er sendt i SP overdrages borgeren i Telma til kommunen. Dermed sikres at borgerens indsendte målinger og svar på symptomspørgsmål følger borgerens videreførelse i kommunen.
 - Processen for overdragelse i Telma sker trinvis:
 - Start overdragelse (afgivende behandlerteam på hjertesvigtssklinikken)
 - Accepter overdragelse (modtagende behandlerteam i kommunen)
 - Fuldfør overdragelsen (afgivende behandlerteam på hjertesvigtssklinikken)
- Se vejledning til overdragelse i Telma - [link](#)

- Hospitalet skal kvittere og handle på alle målinger, svar og opgaver frem til at overdragelse i Telma er fuldført.
- Kommunen tilføjer hospitalet som Administrerende behandlerteam i Telma
Se vejledning til tilføjelse af administrerende behandlerteam - [Link](#)
- Kommunen fortsætter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren under de rammer som er uddelegeret fra hospitalet.

Scenarie 4: Patienten/borgeren er kendt med KOL - identificeres af kommunen

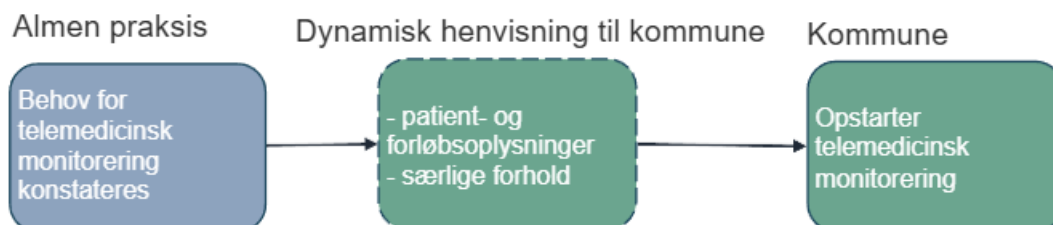
Patienten/borgeren med KOL identificeres til at have gavn af telemedicinsk hjemmemonitorering f.eks. via kommunale rehabiliterings indsatser eller hjemmesygepleje.



- Kommunen sender korrespondancemeddelelse til almen praksis mhp. Opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi ud fra en klinisk vurdering for vurdering. *Få evt. inspiration fra pixiguide til almen praksis på hjemmesiden.*
- Almen praksis konstaterer behovet og sender henvisning til kommunen på opstart af telemedicinsk monitorering.
- Kommunen opstarter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren.

Scenarie 5: Almen praksis identificerer behov for telemedicinsk monitorering

Patienten/borgeren med KOL identificeres til at have gavn af telemedicinsk hjemmemonitorering af almen praksis f.eks. ved en årskontrol.



- Almen praksis sender dynamisk henvisning til kommune. Pakketypen er kommunepakke og pakkenavnet er "Telemedicinsk KOL".
- Kommunen opstarter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren.

4. Indhold i epikrise og henvisning

Når der fra hospital eller almen praksis sendes henvisning til kommunen, og der fra hospitalet skrives en epikrise ved afslutning af forløb til almenpraksis bør de indeholde nedenstående oplysninger.

For personalet på hospitalerne benyttes XREF15: "Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleKOL)".

For almen praksis benyttes dynamisk henvisning. Pakketypen er Kommunepakke og pakkenavnet er "Telemedicinsk KOL".

Indhold i epikrise

- Særlige behov hos patienten, som det telemedicinske tilbud skal søge at løse eller håndtere
- Pårørende eller anden relation, samt kontaktoplysninger
- Kort sygehistorie – kopi af sidste årskontrol, herunder andre relevante sygdomme samt
 - FEV1 – liter og procent af forventet – målt inden for det seneste år
 - Antal forværringer (eksacerbationer) og indlæggelser på grund af KOL inden for seneste år
 - MRC-score (5-trins dyspnøskala)
 - Eventuel iltbehandling og saturation
 - Højde/vægt/BMI og eventuelle allergier
 - Rygestatus
- Oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning
 - Grænseværdier (alarmgrænser) for målinger - som udgangspunkt foruddefinerede eller justerede
 - Måleinterval - eventuelle afvigelser fra forud aftalte
 - Det skal tydeligt fremgå, hvor monitoreringsansvaret skal ligge

5. Standard grænseværdier for monitorering

Hvis nedenstående grænseværdier overskrides, skal den monitoreringsansvarlige sygeplejerske reagere. Gule alarmer skærper opmærksomheden og røde alarmer kræver kontakt/intervention. Hvis der i henvisningen til kommunen fra hospitalet eller almen praksis ikke er beskrevet forhold omkring grænseværdier, så anvendes disse prædefinerede og godkendte grænseværdier.

Grænseværdi	Rød	Gul	Grøn	Gul	Rød
Vægt (kg referenceværdi)	-4	-2		+2	+4
Puls (bpm)	>130	>110	60-110	<60	<50
Sat	-	-	>88%	<=88%	<=85%