

**Almen praksis' rolle i
Telemedicinsk hjemmemonitorering
til borgere med svær KOL / TeleKOL**

Landsdelsprogram Sjælland

Baggrund for implementering af TeleKOL i Region Sjælland

- Bl.a. gode erfaringer med telemedicin til borgere med KOL i Nordjylland – TeleCare Nord
- TeleKOL besluttet nationalt ved økonomiaftale ml. KL, Danske Regioner og Regeringen i 2016
- Organiseret ved national porteføljestyregruppe og 5 tværsektorielle Landsdelsprogrammer (LP)
- Sundhedsstyrelsens publikation: Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL
 - ANBEFALINGER FOR MÅLGRUPPE, SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD SAMT ANSVAR OG SAMARBEJDE
- Forståelsespapir om almen praksis involvering i TeleKOL udarbejdet ml. PLO-Central og Danske Regioner



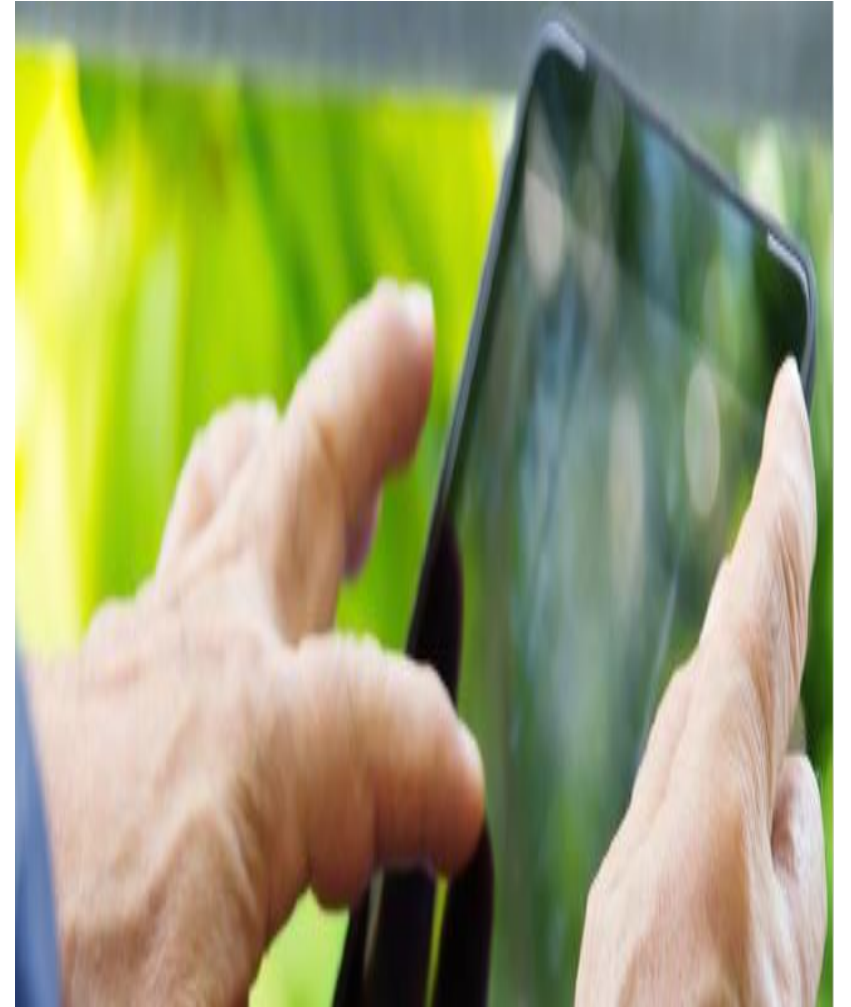
Pilot og Tidsplan

- Pilot

- Nykøbing Falster sygehus
- Vordingborg Kommune
- Lolland Kommune
- Guldborgsund Kommune

- Tidsplan

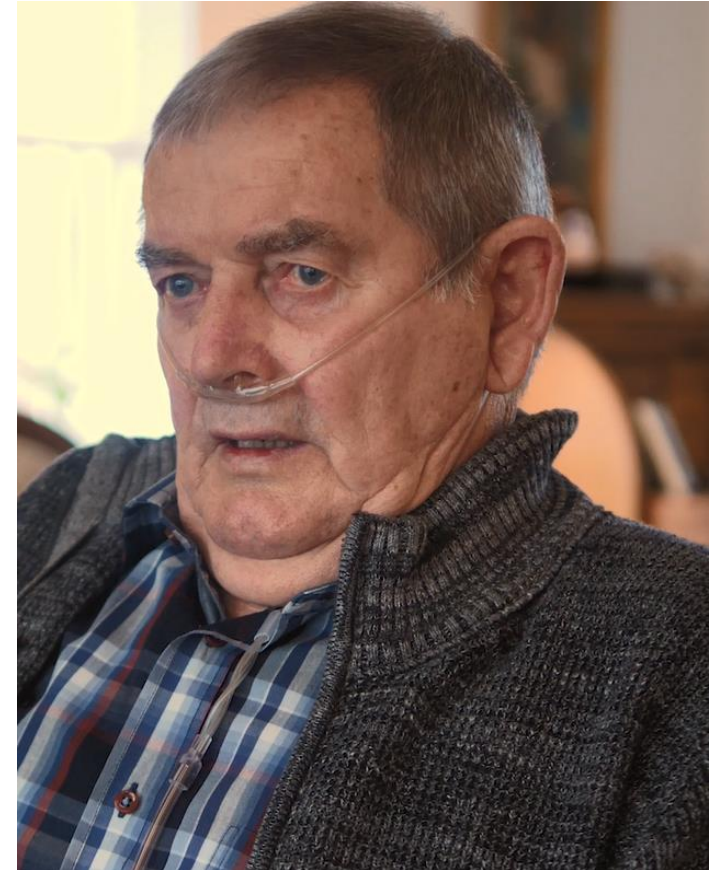
- Pilot fra marts til juni (samlet set 20 borgere med i pilot)
- Implementering øvrige kommuner og sygehuse – efterår
- I drift fra slutning af 2023



Hvem skal tilbydes TeleKOL

- GOLD gruppe D*
- Borgeren skal
 - være motiveret for behandling
 - være motiveret for telemedicin
 - kunne forstå og handle på værdier dvs. kognitivt velfungerende og handlekompetente
 - Evt. have en pårørende der kan og vil hjælpe borgeren i forløbet

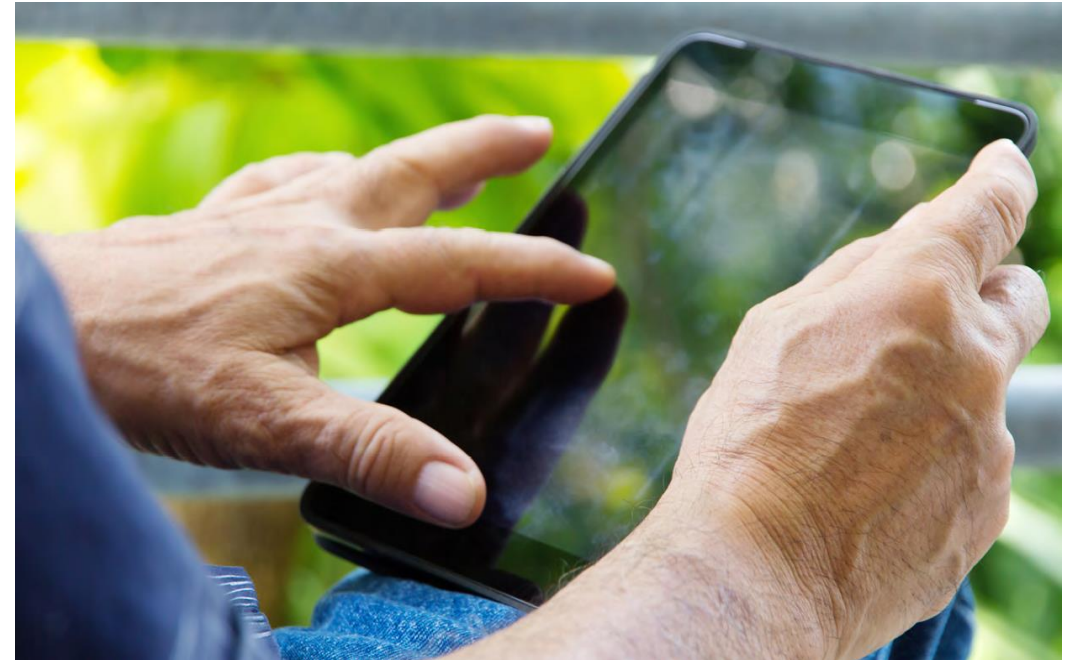
*(*Se Landsdelsprogram Sjællands sundhedsfaglige anbefalinger for yderligere kriterier)*



Formål

Borgere med KOL, som tilbydes telemedicin oplever:

- Større mestring af egen sygdom
- Øget fleksibilitet og tryghed i hverdagen
- Bedre behandlingskvalitet
- Færre indlæggelser og ambulatoriebesøg



Den teknik og organisering, som etableres til TeleKOL skal senere kunne **anvendes til andre sygdomsområder**

Sundhedsfagligt koncept overordnet i LP Sjælland

SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD I
TELEKOL
- Landsdel Sjælland oktober 2017

- Sundhedsfagligt
 - Sundhedsstyrelsens anbefalinger
 - Forløbsprogram for KOL
 - Kompetencecenter for Lungesygdom
 - Klinisk tværsektoriel arbejdsgruppe
- Organisering
 - Almen praksis/klinikker
 - Sygehuse
 - Kommuner
- Roller
 - Monitoreringssygeplejerske
 - Læge (evt. støttepersonale)

Fokus på samtale og egenmestring

Ikke et akut tilbud!

LP Sjælland adskiller sig fra SST ved at tilføje:

- Symptomscore
- Selvhjælpsplan
- Angstscore
- Temperatur og slimscore
- Inhalationsteknik

Lægens rolle i LP Sjællands sundhedsfaglige indhold



Identifikation af/opspore borgere med KOL



Henvisning



Justere grænseværdier og måleintervaller



Samarbejde med monitoreringssygeplejerske

Forståelsespapir mellem PLO-Central og Danske Regioner

Resume

Som en del af dette tilbud er det den praktiserende læges rolle, suppleret af de lungemedicinske afdelinger på sygehusene, at henvise borgere, der er egnede til det telemedicinske tilbud samt fastsætte grænseværdier og måleintervaller i forbindelse med årskontrollerne.

Det kommunale personale opretter derefter borgeren, sørger for logistik, udstyr m.v. og instruerer borgeren i brugen af udstyret – ligesom de kommunale hjemmesygeplejersker sørger for den løbende monitorering af patienternes telemedicinske data.

Omfanget af opgaven for almen praksis er således relativt lille, ligesom der vil være tale om et meget begrænset gennemsnitligt antal patienter pr. praksis, hvor henvisning til det telemedicinske tilbud er relevant.

Tabel 1: Opgaver ved henvisning til telemedicin

Opgaver ved henvisning	Udføres ved årskontrol*	Tilgængeligt i lægens system	Ny delopgave ved henvisning
Patientens standarddata		✓	
Pårørende eller anden relation, samt kontaktoplysninger		✓	
Information om afgivet informeret samtykke til dataudveksling mellem samarbejdspartnere (kommune, almen praksis, hospital)			✓
Kort sygehistorie, herunder andre relevante sygdomme		✓	
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 (3-trins dyspnøskala)	✓		
Højde/vægt og eventuelle allergier	✓		
Grænseværdier (alarmgrænser) for målinger - som udgangspunkt foruddefinerede eller justerede	✓		
Måleinterval - eventuelle afvigelser fra forud aftalte værdier			✓
Selvbehandlingsplan (medicinsk), hvis en sådan er aftalt	✓		
Eventuelle oplysninger om sædige indsatsområder.	✓		

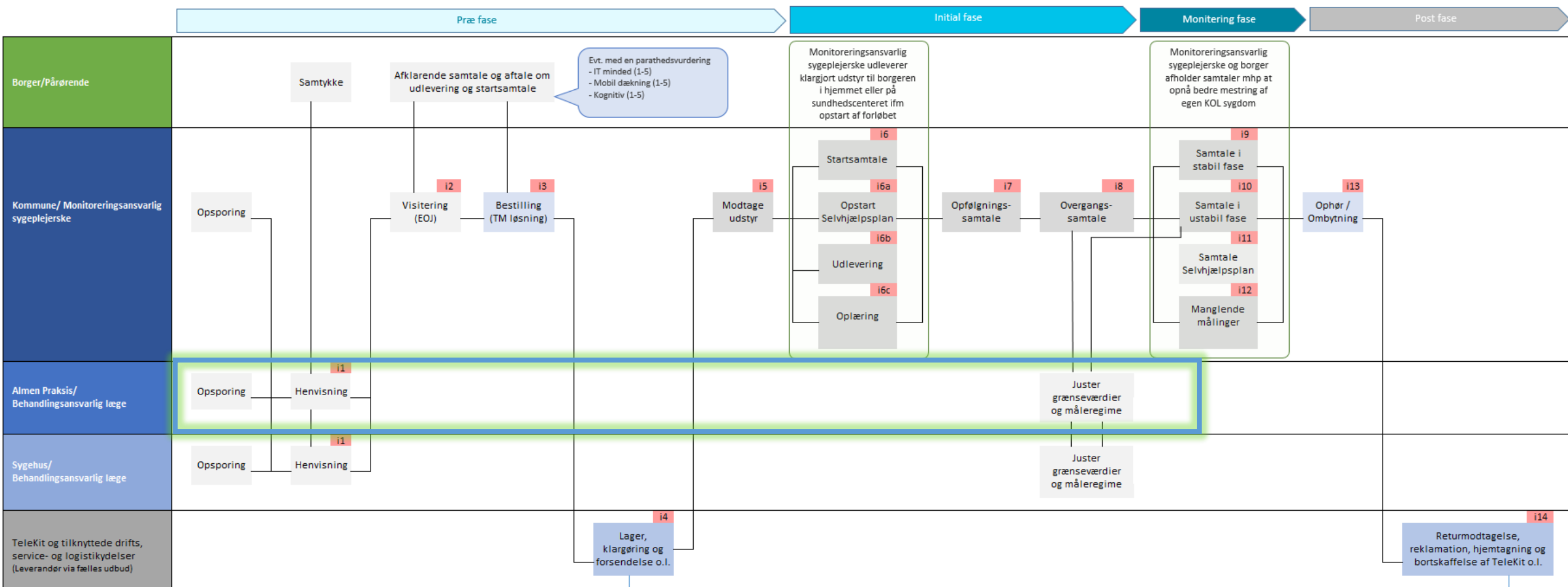
Sætte grænseværdier og måleintervaller, der afviger fra det foruddefinerede:

- Iltmætning
- Puls
- Vægt

Samarbejde mellem monitoreringssygeplejerske og læge

- Læge kontaktes når grænseværdier og/eller måleintervaller for iltmætning, puls og/eller vægt skal justeres
- Lægen kan hente specialiseret rådgivning hos Kompetencecenter for Lungesygdom ifm sin opgaver i tilknytning til TeleKOL
- TeleKOL ændrer ikke på hvad borgeren skal gøre hvis der er behandlingskrævende forværringer og/eller noget akut opstår
- Lægen skal gerne have en forståelse for den sundhedsfaglige ydelse, som monitoreringssygeplejersken giver borgeren
- Monitoreringssygeplejersker får et stort kompetenceløft indledningsvist og indgår i et netværk af KOL sygeplejersker og opkvalificeres løbende af Kompetencecenter for Lungesygdom (KC) til at oplære, instruere og monitorere borgeren med KOL
- Monitoreringssygeplejersken støtter borgeren i – via målinger, selvhjælpsplan og samtaler - at mestre sin KOL bedre

Det vurderes at lægens samlede aktiviteter ikke øges, da borgeren har løbende samtaler med monitoreringssygeplejerske og får øget mestring



Henvisning

MedCom frigiver henvisningsskabelon til TeleKOL i LPS når kommuner og sygehuse er klar til at tilbyde et TeleKOL forløb til borgere, som henvises af lægen.

(Forventet tidsplan: pilot = sep. – okt. | Øvrige = nov. - dec.)

Målgruppe: KOL GOLD gruppe D	Monitoreringsansvarlig
<4 indlæggelser på sygehus det sidste år pga. KOL exacerbation	Kommune
≥4 indlæggelser på sygehus det sidste år pga. KOL exacerbation Behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning - Fx udvalgte borgere med KOL der opstartes i iltbehandling	Sygehus

- Det forventes at ca. 90 % af målgruppen vil få en monitoreringssygeplejerske i kommunen
- De sidste ca. 10 % vil have en monitoreringssygeplejerske på sygehuset

- TeleKOL' sundhedsfaglige indhold placerer alene monitoreringsansvaret
- Behandlingsansvaret følger de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer

Pakkenavn: Telemedicin KOL

Pakke type: kommunepakke

Diagnose: R95 Kronisk obstruktiv lungesygdom

Standard: lige nu en sygehushenvisning REF01

• **Anamnese:**

- Kort sygehistorie, herunder andre relevante sygdomme
- Evt. individuelle alarmgrænser for målinger: Puls og saturation
- Evt. individuelle tidsintervaller for målingerne
- Evt. plan for selvbehandling
- Evt. særlige indsatsområder omkring patienten
- Hvis iltbehandling: antal liter/min.
- Evt. indlæggelser for KOL det sidste år

• **Laboratorieværdier og billeddiagnostik:**

- MRC score
- Højde og evt. vægt
- FEV1
- Puls
- Saturation
- Evt. blodtryk
- Antal exacerbationer det sidste år

• **Medicin samt oplysninger om evt. AK beh. og peroral antidiabetika:**

• **Allergi:**

• **Sagt til patienten:**

• **Praktisk:**

- Oplysning om pårørende og tlf.nr.
- Øvrige oplysninger relevant for den telemedicinske opfølgning
- Samtykke til udveksling af oplysninger mellem kommune, almen praksis og sygehus

Eksempler på arbejdsgange

En patient i et TeleKOL forløb, hvor monitoreringsansvaret er hos kommunen og behandlingsansvaret hos egen læge, har flere kraftige forværringer og indlæggelser, og egen læge henviser patienten til sygehuset. Sygehuset påbegynder et udredningsforløb og de overtager behandlingsansvaret.

TeleKOL monitoreringen pauseres hos kommunen og patienten udgår af forløbsydelsen hos egen læge. Efter endt udredning og stabilisering af patientens sygdom, modtager kommune og egen læge epikrise og dermed aftale om at TeleKOL monitoreringen starter op hos kommunen og behandlingsansvaret går tilbage til egen læge, som på ny registrerer patienten hvormed denne igen er inkluderet i forløbsydelsen.

Se <https://www.laeger.dk/faq-om-kronikeromsorg-i-ok18#Epikrise>

En monitoreringsansvarlig hos kommunen vurderer at en borgers grænseværdier for saturation skal justeres, og sender en korrespondancemeddelelse til borgerens egen læge. Egen læge er i tvivl om hvad grænseværdierne skal sættes til og tager telefonisk kontakt til Speciallæge – som en del af den specialiserede KOL rådgivning – og vurderer at grænseværdien skal justeres til x,y.

Dette meddeles til kommunen via korrespondancemeddelelse, og den kommunale monitoreringssygeplejerske justerer grænseværdien i den telemedicinske løsning og det dokumenteres i omsorgssystemet.

En patient, som er i et forløb på sygehuset, er i målgruppen for et TeleKOL hos kommunen. (<4 indlæggelser sidste år)

Sygehuset henviser til TeleKOL hos den pågældende kommune og skriver i epikrisen at patienten er henvist og at patientens egen læge er behandlingsansvarlig. Egen læge tager telefonisk kontakt til kompetencecenter for lungesygdom – som er den del af den specialiserede rådgivning og får sparring om TeleKOL

En patient tager kontakt til sin egen læge for at blive henvist til TeleKOL. Egen læge er i tvivl om patienten opfylder kriterierne for TeleKOL og hvordan pårørendes rolle kan understøtte TeleKOL. Egen læge tager kontakt til kompetencecenter for lungesygdom og får rådgivning om TeleKOL forløbet.