



Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL

– samarbejde og kommunikation

Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og træder i kraft den 28.02.2017.

Emneord

Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing

Version 1.0

August 2016

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-55-4

Forord

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en alvorlig sygdom, som har store menneskelige og økonomiske omkostninger. Ifølge Sundhedsstyrelsen lider omkring 320.000 danskere af KOL, men kun 100.000-120.000 af dem er i medicinsk behandling for sygdommen.

Der er altså en stor gruppe af danskere, som endnu ikke er udredt og sat i behandling for deres sygdom. Derfor har det nye forløbsprogram ikke kun fokus på at styrke samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse om behandling og rehabilitering af mennesker, som har fået diagnosen KOL. Vi vil også intensivere samarbejdet om forebyggelse og tidlig opsporing.

Det er vigtigt, at vi inddrager borgerne, og gør brug af deres viden og ressourcer, når vi udvikler vores sundhedsvæsen. Den enkelte har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer.

Forløbsprogrammet er udviklet på grundlag af en proces, hvor mennesker med KOL, deres pårørende og sundhedsprofessionelle fra kommuner, sygehuse og almen praksis sammen har drøftet deres oplevelser og erfaringer med det syddanske sundhedsvæsen. Sammen er de kommet med anbefalinger og løsninger, der vil skabe mere sammenhængende patientforløb, hvor brugerne bliver inddraget. Eksempelvis flyttes sygehusenes opgaver i forbindelse med specialiseret patientuddannelse og genoptræning af mennesker med KOL ud i de kommunale forebyggelsestilbud. Dels fordi det vurderes fagligt muligt og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, men især fordi borgerne ønsker at kunne deltage i uddannelses- og træningstilbud tættere på hjemmet.

Forløbsprogrammet skal være det værktøj, der sikrer, at sundhedsprofessionelle i kommuner, almen praksis og på sygehuse i fællesskab kan levere høj og ensartet kvalitet i de samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb – og at borgerne inddrages mest muligt.

Tage Petersen

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Henning Ravn

Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	6
FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING		
2	Borgerrettet forebyggelse i kommunen	10
	Kommunen	10
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud	11
3	Tidlig opsporing af KOL	12
	Almen praksis	13
	Kommunen	14
	Sygehuset	14
RISIKOVURDERING		
4	Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset	15
	Vurdering af rette behandler	16
	Vurdering af behov for rehabilitering	19
	Vurdering af behov for særlig støtte	19
RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION		
5	Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset	21
	Almen praksis	22
	Sygehuset	22
6	Borgerens kontakt til apoteket	23
	Medicinsamtale på apotek	23
	Tjek på inhalation	23
	Apotekets tilbagemelding	23
	Medicintilskud og henstandsordning	24
7	Opfølgning og årskontrol i almen praksis	25
8	Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet	27
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	27
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis	28
	Sygehusets ansvar ved iltbehandling	28
9	Genoptræning og træning i kommunen eller på sygehuset	29
	Sygehuset	29
	Kommunen	30
	Almen praksis	31

Indholdsfortegnelse

	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
10	Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen.	32
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen	32
	Afklarende samtale i kommunen	32
	Afslutning på samlet forløb	33
11	Sygdomsmestring i kommunen	34
	Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	34
	Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud om sygdomsmestring	34
12	Rygestop i kommunen	35
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rygestop i kommunen.	35
13	Ernæringsindsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	36
	Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis.	36
	Ernæringsindsats i kommunen	36
14	Kommunens, almen praksis' og sygehusets ansvar for borgere med eksacerbationer	37
	Det tværsektorielle ansvar for styrkelse af borgerens mestringsevne	37
	Opfølgning på eksacerbationer.	37
15	Indlæggelse på sygehuset.	38
	Almen praksis	38
	Kommunen	38
	Sygehuset.	38
	Indsats for ældre patienter med KOL.	38
16	Udskrivelse fra sygehuset	40
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	40
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	41
	Indsats for særligt svækkede ældre patienter med KOL.	41
17	Plejeindsats i kommunen	42
	Forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats	42
	Håndtering af medicin og iltapparatur	43
	Forebyggelse af eksacerbationer	43
18	Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset	44
	Litteratur	45
	Bilag 1 – Hvem er rette behandler?	46
	Bilag 2 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud	47
	Bilag 3 – Befordring	48

1 | Introduktion

Baggrund

Siden Sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket hen over årene.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i Syddanmark vedtaget som en del af en overordnet kronikerstrategi. Sammen med forløbsprogrammer for borgere med type 2-diabetes, hjertekarsygdom og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for borgere med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats for mennesker med KOL i Syddanmark har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom¹, nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL², anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL³ samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom⁴.

Desuden er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af Sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorer og kommunikation i sektorovergange, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste Sundhedsaftale for perioden 2015-18 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgers hverdagsliv, således at indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte. De overordnede målsætninger i Sundhedsaftalen er et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng.

På den baggrund er det prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015-18, at der skal udarbejdes nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt er der udviklet og vedtaget en **generisk model**, som sætter rammen for udvikling af de nye forløbsprogrammer, hvoraf forløbsprogrammet for mennesker med KOL er det første af seks.

Formål med forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med KOL. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af borgere og deres pårørende. Programmet er fagligt fundet på Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men gentager ikke de faglige/kliniske retningslinjer for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS



¹ Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

² Sundhedsstyrelsen (2014) – NKR for rehabilitering af patienter med KOL.

³ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

⁴ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).



Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med KOL i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Komorbiditet og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med KOL, men anerkender behovet for behandlings- og rehabiliteringsindsatser ift. flere samtidige sygdomme. Det stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har også fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse ved behov skal igangsætte indsatser parallelt ifm. behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med KOL.

Målgruppe for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere med KOL uanset sygdommens sværhedsgrad samt borgere i risiko for at udvikle KOL. Borgere med KOL har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herfter. Derfor er det borgerens individuelle

situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle de 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset.

Forløbsprogrammet henvender sig til sundhedsprofessionelle og ledere i kommuner, almen praksis, på sygehuse og apoteker, der i deres arbejde er i kontakt med borgere med KOL. Det gælder både sundhedsprofessionelle, der har borgere med KOL som en primær målgruppe, og sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med KOL som led i deres arbejde.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med KOL.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud, indlæggelser på sygehus etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et kortfattet opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med KOL

Afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing er mindre handlingsanvisende end resten af forløbsprogrammet og kræver derfor en lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

Inddragelse af borgere og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere og pårørende inddrages i hele forløbet. Inddragelse af borgeres viden og ressourcer, både i udvikling af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb, kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed⁵. Den enkelte har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, i hvilket omfang en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver borgerens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicinen tages rigtigt, behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser dokumenterer således på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance)^{6,7}

Desuden kan inddragelse medvirke til at reducere overbehandling som fx brug af antibiotika til behandling af infektioner i øvre luftveje^{8,9} samt sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt^{10,11}. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages, i højere grad vælger mindre indgribende behandling⁶.

Ved behandling af borgere med KOL er inddragelse særlig relevant, dels fordi KOL er en kronisk og fremadskridende sygdom, som borgeren lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af KOL foretages af borgeren selv eller dennes pårørende i eget hjem. Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse, giver det derfor god mening at tilstræbe, at borgere med KOL og deres pårørende så vidt muligt er med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling, pleje og hvilke understøttende tiltag de vil modtage. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsestilbud som rygestop og træning, eller valg af medicinsk behandling, hvor der findes flere forskellige typer behandling med god effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på borgerens hverdag.

⁵ Freil M & Knudsen JL (2009) Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

⁶ Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

⁷ Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

⁸ Blyer K & Hulton L. (2015) College students, shared decision making, and the appropriate use of antibiotics for respiratory tract infections: A systematic literature review. Journal of American College Health. 64(4):334-41.

⁹ Coxeter P, et al (2015) Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Systematic Review. 12(11):48-56.

¹⁰ Buhse S et al. (2015) Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116.

¹¹ LeBlanc A et al. (2015) Encounter Decision Aid vs. Clinical Decision Support or Usual Care to Support Patient-Centered Treatment Decisions in Osteoporosis: The Osteoporosis Choice Randomized Trial II. PLoS One. May 26;10(5):e0128063.

Det vil ofte også være relevant at give borgere og pårørende indflydelse på, hvordan behandlings- og rehabiliteringsforløb tilrettelægges, så de passer bedst muligt til den enkelte borgers liv og dagligdag.

Sundhedsprofessionelle og borgere har ikke altid samme opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om på givne tidspunkter i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Det kan være svært at modtage og reagere på information, hvis borgeren ikke synes, det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage borgere og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med KOL er i kontakt med sundhedsvæsenet. Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra borgere og pårørende.

Udviklingen af forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet er udviklet på baggrund af systematisk inddragelse af mennesker med KOL, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner. Programmet er blevet til på baggrund af tre workshops, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle har været i dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering af mennesker med KOL.

Dette forløbsprogram er det første i Syddanmark, der bygger på en struktureret organisatorisk brugerinddragelsesproces. Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter et skarpt fokus på områder, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle oplever det største behov for at styrke indsatsen. Blandt disse nøgleområder er kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/pårørende samt systematisk inddragelse i eget forløb.

Telemedicin

Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borgernære sundhedsvæsen og tværsektorielle samarbejde om mennesker med KOL.

Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektorerne og aktører.

Flere sygehuse og kommuner tilbyder i dag eksempelvis træning, tryghedsopkald og opfølgning efter udskrivelse via videokommunikation. Sådanne lokale initiativer kan fortsat anvendes og bør lokalt indarbejdes som en del af de arbejds gange, forløbsprogrammet beskriver.

En række nationale telemedicinske projekter målrettet mennesker med KOL undersøges i disse år for deres potentiale for både patienter, samarbejdet mellem sundhedsvæsnets aktører og samfundet generelt. Forløbsprogrammet skal i løbet af de næste år opdateres i henhold til den nationale udbredelse af telemedicin for mennesker med KOL.

Telemedicinske løsninger indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed og evt. ressourceoptimering.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan, som findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer forløbsprogrammet løbende for at afdække dets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget én gang om året.

Forløbsprogrammet opdateres på baggrund af monitoreringens resultater, og når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med KOL. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

Kommunerne har ansvaret for at skabe rammer, der giver borgerne mulighed for en sund levestil og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud jf. Sundhedslovens §119 stk. 1-2. Regionen har ansvaret for at tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt at rådgive kommuner om deres indsats jf. Sundhedslovens §119 stk. 3.

Kommunen

Den væsentligste årsag til KOL i Danmark er tobaksrygning. Ca. 85% af alle KOL-tilfælde kan tilskrives tobaksrygning, og op mod halvdelen af alle rygere vil med tiden udvikle KOL. KOL forekommer også hos mennesker, der aldrig har røget, men som gennem deres erhverv har været udsat for luftvejsirriteranter (fx røg, damp og støv). Kommunal borgerrettet forebyggelse af KOL kræver derfor særligt fokus på tobaksrygning og erhvervsrelaterede luftvejsirriteranter.

Tobaksrygning

Kommunerne bør først og fremmest – under rammerne af en kommunal tobakspolitik – sikre indsatser, der følger grundniveauet i [Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak](#) og går på tværs af kommunale forvaltningsområder. Indsatserne kan planlægges og

gennemføres i et samarbejde med borgere, andre kommuner samt ikke-kommunale aktører som frivillige organisationer, apoteker m.v.

Kommunale tobaksindsatser kan udvikles og igangsættes lokalt og i sammenhæng med nationale indsatser og kampagner.

Det anbefales, at kommunerne i samarbejde med Region Syddanmark har fokus på en tidlig tobaksindsats. Det kan fx omfatte intervention til gravide og barslende ved jordmorderkonsultationer, hjemmebesøg til nybagte forældre, besøg hos skoletandplejen m.v. Endvidere anbefales et samarbejde med de praktiserende læger om rådgivning og henvisning til kommunale rygestoptilbud blandt nydiagnosticerede patienter med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen har udviklet materiale, som kan inspirere og understøtte arbejdet med [sygdomsforebyggelse på sygehuse og i almen praksis](#).

Erhvervsrelaterede luftvejsirriteranter

Mennesker, som udvikler KOL pga. erhvervsrelaterede luftvejsirriteranter i form af røg, damp og støv på jobbet, arbejder især i landbruget og i byggeindustrien.



Formålet med kommunernes tobaksindsats er at:

- Skabe og understøtte indendørs og udendørs røgfri miljøer, kulturer og fællesskaber med særlig opmærksomhed på børn og unge
- Forebygge rygestart eksempelvis gennem systematisk undervisning i folkeskolen og målrettede indsatser på udvalgte ungdomsuddannelser
- Fremme rygestop med indsatser som information, kampagner, rådgivning, opsøgende rekruttering, specifikke rygestoptilbud og løbende dialog og samarbejde med praktiserende læger og sygehuse



Når kommunerne udfører opsporingsinitiativer, fx i forbindelse med nationale kampagner eller lignende, kan de med fordel have opmærksomhed på både rygning og erhvervsrelaterede luftvejsirriteranter. Dette gælder for både kommunale og private arbejdspladser.

Henvi sning fra almen praksis og sygehus et til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne tilbyder gratis rygestopkurser og forløb, som borgere selv kan tilmelde sig. Kommunale rygestopkurser fremgår af www.sundhed.dk. Nationale tilbud som Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk) er eksempler på andre lettilgængelige og gratis tilbud om rygestop.

Det kræver motivation og ressourcer at opsøge og tilmelde sig et rygestopkursus. Det kan derfor være en hjælp for nogle borgere, hvis sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehus et efter aftale med borgeren henviser til rygestop i kommunen.

Henvi sningen fra sygehus et og almen praksis sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2).

Henvi sningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at informere om kommunens tilbud og lave en aftale med borgeren om et rygestopforløb.

Kommunale frontmedarbejdere kan ligeledes henvise til rygestoptilbud. Henvi sningen kan eksempelvis ske gennem en korrespondance-meddelelse eller via telefon.

Det er vigtigt, at rygere, der er motiveret for at holde op med at ryge, tilbydes hjælp til rygestop. For mennesker med KOL kan afstand og transport til et rygestoptilbud være en barriere for deltagelse. Flextrafik, samarbejde på tværs af kommunerne og fleksible tilbud, herunder digitale rygestoptilbud, kan øge mulighederne for deltagelse og gennemførelse.

3 | Tidlig opsporing af KOL

Det er vigtigt at opspore og reagere på KOL så tidligt som muligt for at reducere det progredierende tab af lungefunktion, der kendetegner sygdommen. Sundhedsprofessionelle på sygehuse, i kommuner og almen praksis samt borgeren selv har et fælles ansvar for, at diagnosen stilles tidligst muligt.

Sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på tidlige symptomer og risikofaktorer for KOL. Ved begrundet mistanke om KOL skal sundhedsprofessionelle i alle sektorer iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på diagnosticering, også selvom kontakten vedrører noget andet.



Tidlige symptomer og risikofaktorer er bl.a.:

Tidlige symptomer på KOL

- Åndenød ved fysisk anstrengelse
- Hoste med og uden slim
- Hvæsende eller pibende vejrtrækning
- Gentagne langvarige forkølelser
- Hyppige luftvejsinfektioner
- Tilstedeværelse af lungekræft, hjertesygdom, osteoporose eller astma

Risikofaktorer

- Rygning
- Erhvervsrelaterede luftvejsirritanter*
- Uden- og indendørs luftforurening

* Risikoerhverv og typer af erhvervs-mæssig eksponering er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.

Tidlig opsporing retter sig mod borgere over 35 år, der enten ryger, er erhvervs-mæssigt eksponeret for luftvejsirritanter og har ét eller flere lungesymp-tomer. Borgere i risiko for at udvikle KOL skal tilbydes lungefunktionsundersøgelse ved spirometri. For hver gang man tester fem personer i risikogruppen, finder man gennemsnitligt én ny KOL patient.

Lungefunktionsundersøgelsen skal udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for initial og diagnostisk spirometri¹².



Initial spirometri

Initial spirometri benyttes til tidlig identifikation af mulig KOL. Spirometrien skal være sensitiv nok til ikke at overse mulige tilfælde af KOL.

Diagnostisk spirometri

Diagnostisk spirometri udføres med henblik på endelig diagnose og omfatter måling af FEV₁ og FVC før og efter inhalation af bronkodilatator. Herefter foretages en vurdering af hvorvidt patienten har KOL, astma eller ACOS.

FEV₁ = Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund, FVC = Forceret VitalCapacitet, ACOS = Astma Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome.

Proceduren for udførelse af initial og diagnostisk spirometri er nærmere præciseret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL (2015).

¹² Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

I forbindelse med kommunale opsporingsinitia-
tiver anvendes initial spirometri. Ved mistanke
om KOL skal kommunen anbefale borgeren
at tage kontakt til egen læge med henblik på
diagnostisk spirometri og udredning. Udred-
ning og diagnosticering er nærmere beskrevet
i afsnit 5.

Almen praksis

Almen praksis er en vigtig aktør i forbindelse
med tidlig opsporing. Borgere, som henvender
sig af anden årsag, men har tidlige symptomer
på KOL, skal tilbydes opportunistisk spirometri.



Opportunistisk spirometri

Opportunistisk spirometri henviser til, at
borgere tilbydes initial eller diagnostisk
spirometri i almen praksis, når de kommer
til en konsultation og er i risikogruppen
dvs. er over 35 år, enten ryger, er erhvervs-
mæssigt eksponeret for luftvejsirritanter
eller har et eller flere lungesyntomer
(hoste, åndenød, hvæsende og pibende
vejrtrækning).

Personer over 35 år, som ryger eller er ansat i
risikoerhverv, og hvor spirometri ikke har tydet
på KOL, tilbydes spirometri med højst to års
interval. Hvis borgerens erhverv er en bety-
dende risikofaktor for udvikling af KOL, skal
den praktiserende læge overveje henvisning til
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på Odense
Universitetshospital eller Sydvestjysk Sygehus
og anmeldelse til Arbejdstilsynet.

Det anbefales, at den praktiserende læge i
henhold til Dansk Selskab for Almen Medicins
kliniske vejledning "KOL" registrerer og følger
op på borgerens aktuelle rygestatus i den elek-
troniske patientjournal¹³. Den praktiserende
læge skal adressere uhensigtsmæssig livsstils-
adfærd og styrke patientens motivation til at
bryde den samt tilbyde intervention, råd og
vejledning¹⁴. Den praktiserende læge kan over-
veje at bruge formidlingsredskaber, der under-
støtter borgerens rygestop fx lungealder¹⁵. Der
er evidens for, at kort rådgivning givet af en
læge i forbindelse med spirometri har effekt
på rygestop (brief intervention)¹⁶.

Initial spirometri ved praksispersonale kan
anvendes, men resultatet skal altid vurderes
af en læge. Ved mistanke om KOL udføres
diagnostisk spirometri, eller borgeren henvises
til diagnostisk spirometri på sygehuset.



Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler metoden "Very Brief Advice" (VBA) i forbindelse med henvisning til kommunale rygestoptilbud.

1. Ryger du?
2. Ved du, at rådgivning og medicin til at gennemføre rygestopet øger dine chancer for succes?
3. Kender du til kommunens rygestoptilbud?

Very Brief Advice metoden

– på Lægeforeningens hjemmeside findes et kort [e-læringskursus i VBA metoden](#).

¹³ Dansk Selskab for Almen Medicin (2017) – KOL.

¹⁴ Dansk Selskab for Almen Medicin (1999) – Den motiverende samtale.

¹⁵ Parks, G. et al. (2008) Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. British Medical Journal 336(7644):578-600.

¹⁶ Sundhedsstyrelsen (2011) – Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvise til kommunale forebyggelsestilbud via MedCom-standarden "kommunehenvising" (REF01) (bilag 2).

Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at informere om kommunens forebyggelsestilbud og lave en aftale med borgeren om det videre forløb. Kommunens forebyggelsestilbud kan omfatte sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol.

Kommunen

Det anbefales, at kommunerne, almen praksis og sygehusene i samarbejde organiserer og tilbyder opsporingsinitiativer (initial spirometri) fx i forbindelse med lungedage. Spirometri skal udføres af sundhedsprofessionelle, som er uddannet til at udføre lungefunktionsundersøgelse. Borgere, som identificeres med nedsat lungefunktion eller med mistanke om KOL, anbefales at henvende sig til egen læge for at få lungefunktionsmålingen gentaget og eventuelt påbegynde diagnostisk udredning, afsnit 5.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud. Opsporingsinitiativer kan fx afvikles på kommunens sundhedscentre, arbejdspladser og i udvalgte boligområder. Organiseringen af opsporingsinitiativer kan med fordel drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg.

Kommunen skal være opmærksom på opsporing af borgere med KOL i forbindelse med gennemførelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for borgere med anden kronisk sygdom.

Borgere uden regelmæssig kontakt til det etablerede sundhedsvæsen er i risiko for ikke at blive udredt og sat i behandling. Det anbefales derfor, at kommunerne tilbyder initial spirometri til borgere tilknyttet arbejdsmarkedsområdet, væresteder og forsorgshjem, og at borgeren ved mistanke om KOL hjælpes med kontakt til almen praksis. Kommunerne skal sikre, at dette udføres af sundhedsprofessionelle med de rette kompetencer og det rette apparatur, således at der sikres kvalitet i opsporingen og et fornødent grundlag for den efterfølgende kontakt til almen praksis.

Sygehuset

Ved indlæggelse og ambulans behandling skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd, herunder tobaksrygning og alkoholforbrug. Sygehuset skal overfor patienten påpege, når u hensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen og sikre hjælp i form af en henvi- sning til kommunale forebyggelsestilbud fx rygestopkurser. Den behandlingsansvarlige læge bør desuden yde en kort systematisk rygestop- rådgivning, idet der er evidens for, at dette har effekt på rygestop (brief intervention)¹⁷.

Sygehuset skal ligeledes tilbyde patienter med uhensigtsmæssig livsstil, der påvirker den gene- relle helbredstilstand, vejledning om forebyggel- sesmuligheder og efter aftale med patienten henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvi- sning til kommunernes forebyggelsestil- bud sker via MedCom-standarden "kommune- henvi- sning" (REF01) (bilag 2).

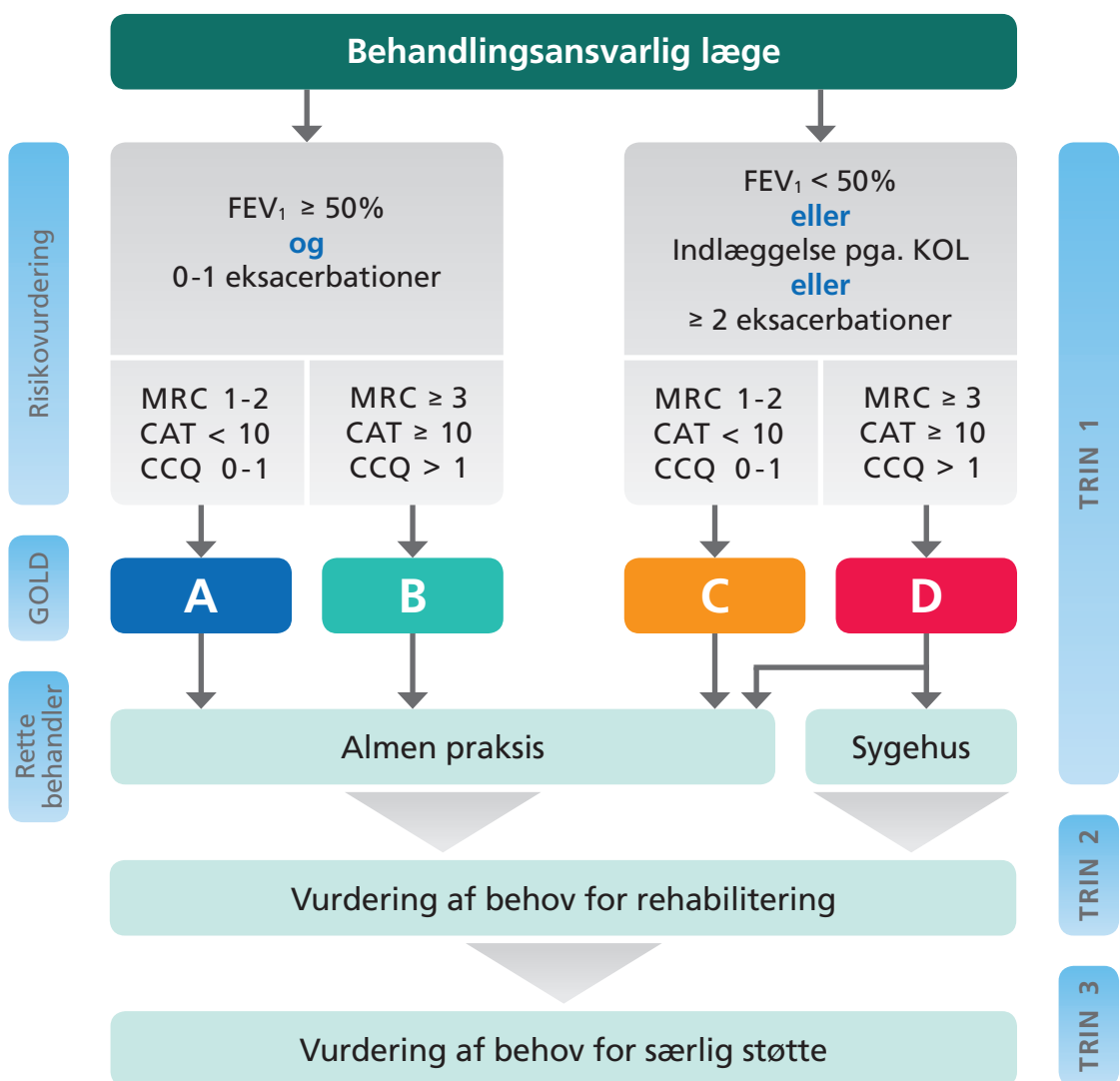
¹⁷ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis.**

4 | Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset

Alle forløb for patienter med KOL indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler, som enten vil være patientens praktiserende læge (primært) eller en sygehuslæge. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om patienten har behov for rehabilitering og særlig støtte i sit forløb.

Det er afgørende, at den behandlingsansvarlige læge følger udviklingen i patientens sygdom og livssituation, således at rette behandler, behovet for rehabilitering og behovet for særlig støtte vurderes løbende.

Processen er skitseret i figuren og beskrevet i detaljer nedenfor.



Trin i den løbende risikovurdering

Vurdering af rette behandler

Den behandlingsansvarlige læge skal vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler for borgeren med den aktuelle sygdomspræsentation.

Det sker med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier udarbejdet af Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterierne), der følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL¹⁸.



GOLD-stadie	Rette behandler (vejledende)
A	Behandles som udgangspunkt i almen praksis.
B	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
C	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
D	Behandles enten i almen praksis med mulighed for speciallægevurdering ved behov eller er tilknyttet et sygehusambulatorium.

Vurdering af rette behandler for borgere med KOL ud fra GOLD-kriterierne¹⁹

Vurderingen sker på baggrund af mindst tre parametre i forbindelse med den kliniske diagnosticering og stadietinddeling:

1) Graden af lungefunktionsnedsættelsen (FEV₁) i forhold til den forventede værdi

Graden af nedsættelsen af lungefunktionen (FEV₁) i forhold til den forventede værdi anvendes til stadietinddeling af borgerens KOL.



GRAD	Graden af lungefunktionsnedsættelsen (FEV ₁) ift. den forventede værdi
Mild	FEV ₁ ≥ 80% af forventet værdi
Moderat	50% ≤ FEV ₁ < 80% af forventet værdi
Svær	30% ≤ FEV ₁ < 50% af forventet værdi
Meget svær	FEV ₁ < 30% af forventet værdi

Stadietinddeling af KOL bedømt ud fra lungefunktionsundersøgelse vha. diagnostisk spirometri.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

¹⁹ Dansk Lungemedicinsk Selskab (2012) – **Danske KOL-Guidelines.**

2) Omfanget af borgerens symptomer bedømt vha. standardiserede spørgeskemaer

Omfanget af borgerens symptomer vurderes primært ud fra den standardiserede skala MRC

(Medical Research Councils dyspnea scale) evt. suppleret med CAT (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test), findes på www.catestonline.org/ eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).



GRAD	Graden 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 lille 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 m 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 på og af.

MRC (Medical Research Councils dyspnea scale)

3) Hyppighed af eksacerbationer

Lægen vurderer hyppigheden af eksacerbationer²⁰ ved anamneseoptagelse gennem dialog med patienten og pårørende. De kliniske tegn på eksacerbation er øget forekomst af åndenød, hoste, ophostning af slim og purulent ekspektorat.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at to-tre af disse fire symptomer normalt vil være tilstrækkeligt til at definere en eksacerbation. Det anbefales desuden at inddrage vurdering af funktions-evne, BMI/ernæringstilstand og tilstedeværelsen af komorbiditeter i den samlede initiale vurdering²¹.

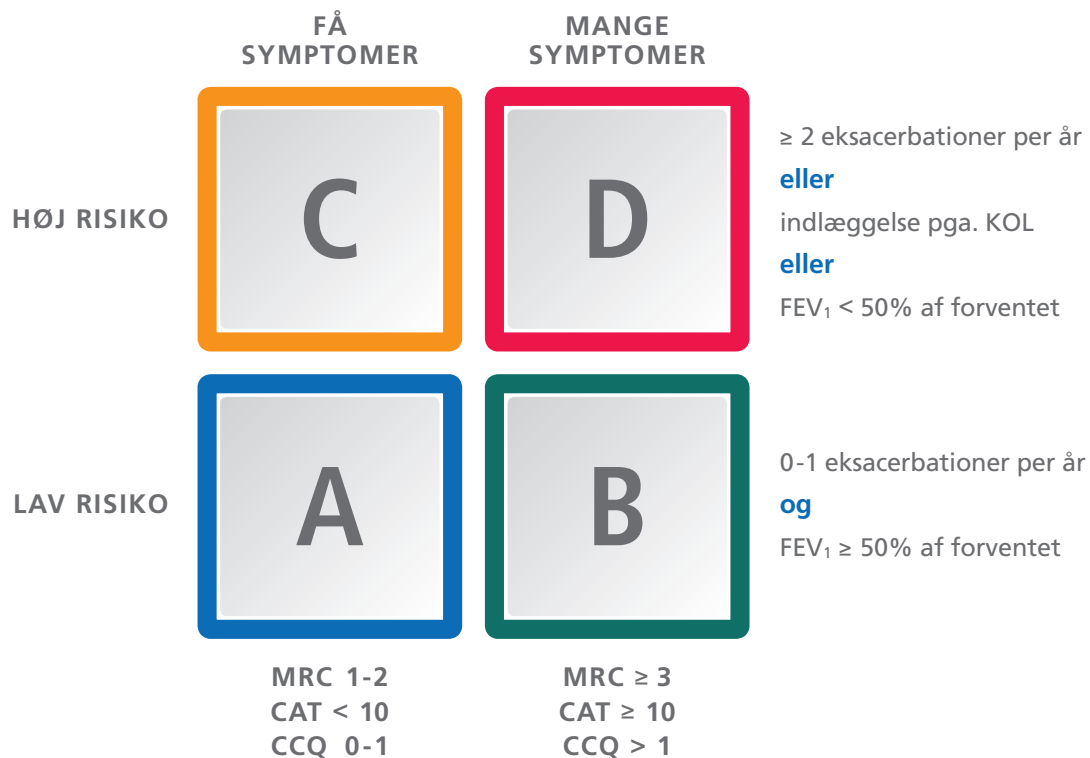
²⁰ Eksacerbation er en akut forværring af patientens respiratoriske symptomer, som er udover dag til dag-variationen, og som kræver medicinsk behandling eller indlæggelse.

²¹ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

På baggrund af resultatet af undersøgelse af de tre dimensioner kan borgerens sygdom placeres i stadie A-D i henhold til GOLD-kriterierne, se figuren nedenfor.

Det er vigtigt at bemærke, at borgeren kan placeres i gruppe C eller D (høj risiko) på baggrund af eller kombination af:

- $FEV_1 < 50\%$ af forventet værdi
- Hyppige eksacerbationer, ≥ 2 det forgangne år



Stadieinddeling af KOL i undergrupper A-D på baggrund af FEV_1 i % af forventet værdi, hyppighed af eksacerbationer og indlæggelser samt symptomer bedømt vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale) eller CAT-spørgeskema (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).

Vurdering af behov for rehabilitering

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal i dialog med patienten vurdere patientens behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med borgeren finde frem til det rigtige rehabiliteringstilbud.

Rehabilitering af borgere med KOL omfatter som udgangspunkt forebyggelsestilbud som:

- Afklarende samtale
- Sygdomsmestring
- Tobaksafvænning (rygestop)
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Afslutning på samlet tilbud

Sundhedsstyrelsen (2016). Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Heraf fremgår også evt. kriterier for deltagelse i tilbuddene. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på de kommunale rehabiliteringstilbud.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgere kan have behov for parallelle indsatser. Det stiller krav til koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør. Henvisning til kommunernes rehabiliteringstilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget, og kommunen tager kontakt til borgeren med henblik på at aftale tid til en afklarende samtale.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle borgere har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for borgerens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at borgere tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved KOL.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller komme og gå, i takt med at sygdommen forværres og stabiliseres igen. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med borgeren og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Klassifikation af KOL efter GOLD-kriterier
- Kort anamnese, herunder:
 - resultat af objektive undersøgelser (FEV₁*, MRC** m.fl.)
 - komorbiditet
 - komplikationer
 - rygestatus
- Relevante sociale oplysninger
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Behov for særlig støtte
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler
- Testresultater (fx CAT*** eller andre)

* FEV₁ – Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund

** MRC – Medical Research Councils dyspnea scale

*** CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test



Nedenstående er eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om patienten har brug for særlig støtte:

- Borgere med flere kroniske sygdomme
- Borgere med et misbrug
- Borgere med en psykiatrisk diagnose
- Borgere med demens
- Borgere, der er ensomme og uden socialt netværk
- Borgere med et stort behov for tryk
- Borgere med en socialt belastet baggrund
- Borgere, der har meget svære økonomiske vilkår
- Borgere med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå det danske sprog
- Borgere, der er iltbrugere – specielt i starten af behandling

Sundhedsstyrelsen²² anbefaler, at borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination med henblik på at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination foregår både på sygehuset og i kommunen.

Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med KOL gennem en kontaktpersonordning eller forløbskoordinerende funktion.

Forløbskoordinationen på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at koordinere indkaldelser, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Dialog med patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i lungeambulatorier
- Dialog med kommunen ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats

Sygehuset skal primært yde særlig støtte til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet evt. i samarbejde med kommunen.

Det er op til den enkelte kommune at gå i dialog med borgere med behov for særlig støtte og ud fra denne dialog tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte borgers livssituation og behov. Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i **ServiceLOVEN, Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats** samt **SundhedsLOVEN**.

Borgere, som af egen læge eller på sygehuset vurderes at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med borgeren vil afdække dennes behov og muligheder. Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Henvisning skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunen kvitterer for modtagelsen af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter borgeren for en dialog om dennes behov mv.

Kommunen skal desuden være opmærksom på, at pårørende til borgere med KOL kan have behov for særlig støtte fx i form af afløsning eller aflastning til ægtefælle eller andre nære pårørende, jf. **ServiceLOVEN** § 84, stk. 1-2.

²² Sundhedsstyrelsen (2012) – **Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model**.

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

KOL diagnosticeres som udgangspunkt i almen praksis eller alternativt på et af sygehuse. Diagnosen stilles ved anamnese og diagnostisk spirometri i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger²³. Uanset hvor diagnosen stilles, skal der tages hensyn til evt. komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering. Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge. Derfor er det vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og sikrer sig, at patienten opnår forståelse for sygdommen og den nye livssituation, herunder hvordan eksacerbationer håndteres (jf. afsnit 14). Dette øger trygheden og patientens mulighed for at kunne tage hånd om sin situation.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende er oplært i medicin håndtering. Apotekerne kan også bistå heri og har nationalt aftalt ydelser som **”Tjek på inhalation (TPI)”** og **”Medicinsamtale”**, der er gratis for alle patienter med astma og KOL, se afsnit 6. Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret korrekt inhalationsteknik og medicin håndtering.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal ved diagnostetidspunktet vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb (bilag 1), patientens behov for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 2) samt behov for særlig støtte.

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, der ryger, om rygestop.



Kommunikationspakke for nydiagnosticerede patienter

Det er vigtigt at tilpasse dialogen til den enkelte patient og pårørende. Der er i forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med KOL i Syddanmark udviklet en tværsektoriel kommunikationspakke, som den sundhedsprofessionelle kan anvende for at sikre sammenhæng i den samlede kommunikation med nydiagnosticerede patienter og pårørende i begyndelsen af deres sygdomsforløb.

Kommunikationspakken findes på Region Syddanmarks hjemmeside:
www.rsyd.dk/kronisksygdom

Kommunikationspakken beskriver, hvilke emner en nydiagnosticeret patient med KOL typisk har brug for dialog om, og den giver bud på, i hvilken sektor kommunikationen kan finde sted. Endelig giver kommunikationspakken også forslag til, hvordan patienten og pårørende kan inddrages i at tilpasse kommunikationen bedst muligt.

²³ Sundhedsstyrelsen (2015) – **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.**

Såfremt patienten ønsker det, kan den behandlingsansvarlige læge henvise til kommunale rygestopkurser og kan med fordel også selv yde kort systematisk rygestoprådgivning. Der er evidens for, at kort rådgivning givet af en læge har effekt på rygestop (brief intervention)²⁴.

Henvisning til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Borgeren kan også selv henvende sig til kommunen eller benytte sig af et nationalt rygestoptilbud, fx Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) eller e-kvit (www.e-kvit.dk).

Almen praksis

Ved mistanke om KOL udføres diagnostisk spirometri. Undersøgelsen kan udføres af uddannet praksispersonale²⁵, men resultatet skal altid vurderes af den behandlingsansvarlige læge. Alternativt kan patienten henvises til udredning på sygehuset. Når patienter diagnosticeres med KOL, kodes alle kontakter, som vedrører KOL med ICPC-koden R95, ligesom diagnosen registreres som kronisk diagnose.

Patienter med KOL har ofte behov for en bred vifte af forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører og nogle gange parallelt.

Egen læge er som udgangspunkt tovholder for patientforløbet og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Bidrage til og løbende revidere behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge

I visse situationer er sygehuset tovholder for patientforløbet. Det gælder dels en tovholderrolle for selve behandlingsforløbet, når en borger i en periode følges i et lungemedicinsk ambulatorium, dels en tovholderrolle for patientens samlede plan og forløb, når patienten er iltbruger og derfor har en løbende kontakt til sygehuset.

Sygehuset

Almen praksis kan henvise patienter til udredning for KOL på et lungemedicinsk ambulatorium på et af regionens sygehuse. Når en patient er udredt og diagnosticeret med KOL kodes ICD-10 DJ440-DJ449.

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af udredningen via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard "**det gode ambulantlynotat/epikrise**" og følger den **tværregionale retningslinje for epikriser og ambulante notater**.



Patienterne anbefaler

- Inddrag mig og mine pårørende i at fastlægge en plan for min samlede behandling og rehabilitering
- Sig tingene, som de er – tal med os om, hvordan sygdommen vil påvirke vores liv
- Tilpas hvad du siger, og hvor meget du siger til mig og mine pårørende. Spørg fx hvad vi har mest brug for at vide lige nu, og hvad vi gerne vil vente med information om. Spørg om vi har behov for en opfølgende konsultation, hvor jeg og min egen læge kan tale mere om sygdommen og dens konsekvenser, og gerne sammen med mine pårørende
- Fortæl hvad jeg selv kan gøre, fx hvor jeg kan få hjælp til rygestop og kan finde mere information
- Kommunikér til mig og mine pårørende, hvem der har behandlingsansvaret – særligt i forbindelse med de perioder, hvor jeg har kontakt med både sygehuset og almen praksis

²⁴ Sundhedsstyrelsen (2011) – **Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis**.

²⁵ Dansk Selskab for Almen Medicin har udviklet et **E-læringskursus i spirometri**.

6 | Borgerens kontakt til apoteket

Apotekerne skal, jf. Bekendtgørelsen om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, yde relevant og nødvendig information og rådgivning om lægemidler tilpasset borgerens behov. Herudover skal apotekerne tilbyde to specifikke ydelser, som er relevante for borgere med KOL: **“Medicinsamtale”** og **“Tjek på inhalation”**. Der kræves ikke henvisning til ydelserne, og de er begge gratis for borgeren.

Medicinsamtale på apotek

Apotekerne tilbyder borgere en **medicinsamtale**, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom – herunder KOL – inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Medicinsamtalen har fokus på borgerens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter højere grad af medicin efterlevelse (compliance).

Borgere i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt²⁶. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside ligger en **særlig blanket**, som lægen kan bruge i forbindelse med henvisning til medicinsamtalen. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det i bemærkningsfeltet på recepten, når recepten oprettes på Fælles Medicinkort (FMK). Desuden kan kommunen opfordre borgeren til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Tjek på inhalation

Apoteket tilbyder borgere med KOL, der kommer på apoteket og henter ordineret medicin, en samtale, der fokuserer på brugen af inhalationsmedicin – **“Tjek på inhalation”** (TPI). Ydelsen tilbydes borgere, der skal have en ny type inhalator for første gang, eller hvis apoteket afdækker, at der hos borgere, der har brugt medicinen flere gange, kan være behov for et tjek af inhalationsteknikken. Ydelsen tager udgangspunkt i en systematisk gennemgang af inhalationsteknik samt en rådgivning om borgerens egen teknik.

Borgeren kan selv henvende sig og bede apotekspersonalet om en gennemgang af inhalationsteknikken og anvendelsen af medicin. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen anbefale patienten at henvende sig på apoteket. Lægen kan også anføre **“TPI”** i bemærkningsfeltet på recepten, når en recept på inhalationsmedicin oprettes på FMK.

Apotekets tilbagemelding

Apoteket kan, med borgerens samtykke, informere egen læge om gennemførelse af medicinsamtalen eller tjek på inhalation. Apotekerne anbefales at anvende en korrespondancemeddelelse.

²⁶ Bekendtgørelse nr. 924 af 21/07/2015. **Medicinsamtale på apotek.**



Medicintilskud og henstandsordning

Borgere med kronisk sygdom har ofte store udgifter til medicin, men er berettiget til medicintilskud, jf. Sundhedslovens § 146. Tilskuddet varierer i størrelse og træder i kraft fra en årlig udgift på 925 kr. i tilskudspriser (2015-priser). Udgør den årlige udgift mere end 17.738 kr. (21.831 kr., hvis borgeren er under 18 år) i tilskudspriser, er borgeren berettiget til 100% medicintilskud. Det svarer til en maksimal årlig udgift for borgeren på ca. 3.800 kr. forudsat, at borgeren altid køber den billigste medicin. Tilskudsberettigede borgere tildeles automatisk kronikertilskuddet på apoteket.

Borgere, som forventer at nå grænsen for 100% medicintilskud, kan få en henstandsordning, hvor borgeren månedligt betaler 320 kr. (2015-priser) til apoteket. På den måde kan borgeren undgå store medicinudgifter i starten af et tilskudsår.

Apoteket skal vejlede borgere med kronisk sygdom om muligheden for en henstandsordning.

7 | Opfølgning og årskontrol i almen praksis

Almen praksis skal tilbyde patienter med KOL regelmæssig opfølgning og årskontrol. Hyppigheden af opfølgende konsultationer afhænger af symptomer, behandling og patientens individuelle behov.

Den praktiserende læge vurderer sammen med patienten behovet og hyppigheden af opfølgninger. Som udgangspunkt udføres en årskontrol. Følgende tabel er vejledende herfor.

GOLD-stadie		Vejl. interval for kontrol	Aktør
A	Lav risiko – få symptomer	12-24 mdr.	Almen praksis
B	Lav risiko – mange symptomer	12 mdr.*	Almen praksis
C	Høj risiko – få symptomer	3-12 mdr.*	Almen praksis
D	Høj risiko – mange symptomer	3-6 mdr.	Almen praksis eller lungemedicinsk ambulatorium

* Patienter bør henvises til lungemedicinsk ambulatorium eller speciallæge ved behov²⁷

Årskontrollen honoreres med ydelse 0120 (Aftalt specifik forebyggelsesindsats) og foregår i konsultationen, men kan også udføres i hjemmet, hvis sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. En nærmere beskrivelse af ydelsens anvendelse findes i "Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser".

Hvis der er tale om ældre, alvorligt syge patienter eller patienter med komplicerede forløb, har lægen mulighed for – sammen med den kommunale sygepleje – at lave en opfølgning og koordination i hjemmet eller i konsultationen, fx efter indlæggelse.

Formål med at følge patienter med KOL

Formålet med at følge patienter med KOL regelmæssigt er at understøtte og medvirke til at fastholde opnåede adfærdsændringer og dermed forebygge sygdommens progression, herunder især motivere til/fastholde rygestop, kontrollere korrekt og hensigtsmæssig brug af medicin og sikre, at den iværksatte rehabiliteringsindsats vedligeholdes²⁸. Endvidere er det vigtigt at have en løbende dialog med patienten og evt. pårørende om, hvordan eksacerbationer forebygges og håndteres, og hvilke symptomer patienten skal reagere på (jf. afsnit 14).

²⁷ Dansk Lungemedicinsk Selskab (2012) – Danske KOL-Guidelines.

²⁸ Dansk Selskab for Almen Medicin (2017) – KOL.



Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Den praktiserende læge kan desuden udføre opsøgende hjemmebesøg for ældre skrøbelige patienter (ydelsesnummer 0121) én gang årligt. Her har lægen mulighed for at adressere patientens samlede sygdomsbillede og livssituation samt at lægge en plan²⁹ i dialog med patienten.

Den praktiserende læge er som udgangspunkt tovholder for hele forløbet for de fleste patienter med KOL og skal ved opfølgninger og års-

kontrol inddrage patienten og pårørende ved at spørge ind til patientens situation og oplevelse af egen sygdom. På den baggrund skal lægen inddrage patienten og pårørende i beslutninger om at justere behandlingsmål og -plan. Det indebærer en vurdering af, hvem der er den rette behandler (bilag 1), behovet for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 2) og behovet for særlig støtte.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvisne til kommunernes tilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Korrekt medicin håndtering er et vigtigt element i behandlingsindsatsen. Apotekerne har nationalt aftalt ydelser som "Tjek på inhalation (TPI)" og "Medicinsamtale", der er gratis for alle patienter med astma og KOL, se afsnit 6. Den praktiserende læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret korrekt inhalationsteknik og medicin håndtering. Lægen kan også anføre "TPI" i bemærkningsfeltet på recepten, når en recept på inhalationsmedicin oprettes på FMK.



Patienterne anbefaler

- Fortæl mig, hvad du skriver i henvisninger på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform så jeg kan tage det med mig
- Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
- Tal med mig om, at det er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag, og så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
- Tal med mine pårørende om, hvordan de kan bidrage med praktisk hjælp i dagligdagen og behandlingen
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion mv. – fx i kommunerne
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste konsultation eller årskontrol, så skriv det ned til mig på et kort
- Aftal med mig, hvordan jeg og evt. mine pårørende involveres i min behandling
- Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være
Det motiverer mig til at møde op

²⁹ Regionernes Lønnings- og Taksævn og Praktiserende Lægers Organisation (2014) – Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser.

8 | Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sygehuset skal anvende MedCom-standarden "kommunehenvielse" (REF01) (bilag 2), når der henvises til kommunale tilbud. Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kunne være relevante.

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. En god intern planlægning mellem afdelingerne – og gerne i samråd med patient og pårørende – skaber tryghed og belaster patienten og ofte også sygehuset mindre.

Af boksen til højre fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienten på sygehuset, som kan være vigtige at kommunikere videre til kommunen.



Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen:

- Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivelse
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten:
Hvad er drøftet med patienten, fx sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, KOL-kuffert mv.
- Instruktion i anvendelsen af inhalationsmedicin, devices, PEP-fløjte m.m.
- Er patienten henvist til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Når relevant og muligt formidles et kontaktpunkt i kommunen til patienten
- Komorbiditet, misbrug og smerter
- Psykiske problemstillinger: angst og accept af sygdom
- Lungefunktion (FEV₁) og gentagne eksacerbationer
- Vurdering af graden af åndenød vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale), jf. afsnit 4.1
- Er patienten iltbruger
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus/miljømæssige udfordringer
- Saturation, hvis der er særlige udfordringer
- Ernæringstilstand med opmærksomhed på utilsigtet vægttab

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandling/kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard **det gode ambulante notat/epikrise**. Det anbefales, at sygehuset bearbejder og kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb. Det videre forløb og behandlingsplanen skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på. Der er ikke i alle tilfælde behov for fremsendelse af notater, der ikke rummer væsentlig ny information.

Patienter med KOL kan opleve perioder med forværring af sygdommen, som kræver øget kontakt til sygehuset i form af ambulante behandling eller indlæggelse. Sådanne perioder stiller krav til øget samarbejde og kommunikation fra sygehuset for, at almen praksis bedst muligt kan varetage rollen som tovholder for patientens forløb.

Sygehusets ansvar ved iltbehandling

Sygehuset skal vurdere borgerens behov for iltbehandling i eget hjem. Ved behov indgår sygehuset aftale med en ekstern iltleverandør, som sørger for at levere og installere udstyret. Sygehuset skal sikre, at patienten får tilstrækkelig instruktion og oplæring i anvendelse af apparaturet, herunder eksempelvis at iltleverandøren gøres ansvarlig for denne opgave. Det anbefales desuden, at sygehuset informerer om, hvem der leverer og installerer apparatet, hvornår det forventes leveret, hvem der kan kontaktes ved behov mv.

Iltbehandling i eget hjem kræver regelmæssig kontrol på lungemedicinsk afdeling/ambulatorium med det formål at vurdere, om der stadig er behov for behandlingen, og om den skal justeres.



Patienterne anbefaler

- Fortæl mig, hvad du skriver i henvisninger på en måde, så jeg forstår det – og giv mig det i papirform så jeg kan tage det med mig
- Spørg mig hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan forværringer af min sygdom forebygges og håndteres
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud).
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoriebesøg, så skriv det ned til mig på et kort
- Aftal med mig, hvordan jeg og mine pårørende involveres i min behandling

9 | Genoptræning og træning i kommunen eller på sygehuset



Med dette forløbsprogram

overtager kommunerne genoptræning af de borgere, der tidligere har modtaget specialiseret genoptræning på sygehuset. Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres tilbud om fysisk træning senest den 1. januar 2018.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (**BEK nr. 1088 af 06/10/2014**).

Funktionsevnen hos mennesker med KOL falder typisk i takt med sygdommens udvikling og særligt i forbindelse med en eksacerbation. Derfor har mennesker med KOL ofte på et tidspunkt i deres sygdomsforløb behov for et tilbud om fysisk træning. Målet er, at borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere, eller at borgeren opnår bedst mulig funktionsevne.

Nedenfor findes en kort oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med KOL og over den kommunikation, aktørerne skal have i forbindelse med disse ydelser. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til **Sundhedsloven** og **ServiceLoven**.

Endvidere er Aftale om tidsfrister for opstart af genoptræningsindsatser i Syddanmark gældende. Heraf fremgår at:

- Kommunen skal igangsætte genoptræningsforløbet inden for 14 kalenderdage efter modtagelse af en genoptræningsplan.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet tidligere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 14 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.



Sygehuset

Genoptræning under indlæggelse
(Sundhedsloven §5)

Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner
(Sundhedsloven §84)

Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om borgeren efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standardens GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil.

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.



Kommunen

<p>Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)</p>	<p>Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning.</p> <p>Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til borgerens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.</p>
<p>Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)</p>	<p>Borgere, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende.</p> <p>Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.</p>
<p>Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)</p>	<p>Kommunen skal tilbyde hjælp til borgere, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til borgerens praktiserende læge.</p>
<p>Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)</p>	<p>Kommunen kan tilbyde træning til borgere med KOL med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.</p>

Kommunerne skal i forbindelse med overtagelsen af sygehusenes ansvar for genoptræning efter ambulat behandling eller indlæggelse, sikre at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Sygehuse og kommuner skal i overgangsperioden for overtagelsen af den specialiserede patientuddannelse vidensdele og erfaringsudveksle således, at patienter modtager et tilsvarende tilbud om fysisk træning.

KOL er en kronisk sygdom, og sygdommens sværhedsgrad og indflydelse på borgerens funktionsniveau og hverdagsliv ændrer sig med tiden. Det anbefales derfor, at borgere med KOL har mulighed for at deltage i tilbud om fysisk træning flere gange, når det er relevant.

Kommunen kan i dialog med borgeren og evt. pårørende på eget initiativ iværksætte tilbud om fysisk træning for en borger uden henvisning fra sygehus eller almen praksis.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. borgers deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved at undersøge muligheden for, at borgeren kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen, hvis borgeren har ønske herom (fx af geografiske hensyn). Kommunen bør desuden være i dialog med borgeren om vedvarende træningsmuligheder, herunder fx egentræning og deltagelse i lokale motionstilbud, netværksgrupper og patientforeningstilbud.



Almen praksis

Kommunale forebyggelsestilbud (Sundhedslovens §119)	Almen praksis kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Henvisning sker via MedCom-standarden "kommunehenvi-ning" (REF01) (bilag 2). Kommunen vil herefter indkalde borgeren til en afklarende samtale.
Udarbejdelse af genoptræningsplan (Sundhedslovens §5)	Almen praksis kan henvise patienten til ambulant sygehus-behandling med henblik på udarbejdelse af en genoptræ-ningsplan. Henvisning sker via MedCom-standarden "sygehushenvi-sning" (REF01) (bilag 2)..
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Almen praksis kan henvise til genoptræning i patientens bopælskommune. Henvisning sker via MedCom-standarden "kommunehenvi-sning" (REF01) (bilag 2).

Praktiserende lægers mulighed for at henvise til genoptræning og vedligeholdende træning er præciseret i "[Vejledning omkring henvi-sning til genoptræning og vedligeholdende træning](#)".

10 | Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud i kommunen

Kommunerne skal tilrettelægge forebyggelsestilbud til mennesker med KOL³⁰. Forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke borgerens egenomsorg og mestring af sygdommen, bidrage til en hensigtsmæssig livsstil og at forbedre borgerens fysiske kapacitet og funktionsniveau. Tilbuddene skal derigennem bidrage til at bremse forværring af sygdommen.

Forebyggelsestilbuddene til mennesker med KOL omfatter fx elementer af sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning og en ernæringsindsats (afsnit 9-13).



Sundhedsstyrelsens **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom** anvendes ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

I flere syddanske kommuner kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

Forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre borgeren opmærksom på muligheden for at tage et familiemedlem eller en ven med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter borgeren i at prioritere de tilbud, som borgeren har størst behov for. Den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på både at inddrage kommunale indsatser og aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

For at afdække borgerens behov, bør den afklarende samtale omhandle ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. borgerens funktionsevne, hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

³⁰ Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

Den afklarende samtale indleder et forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser, herunder fx en socialfaglig indsats eller en beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgernes motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces i retning af at indlære nye adfærdsmønstre.

Afslutning på samlet forløb

Kommunen bør sikre en systematisk opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud, herunder systematisk drøfte behovet for opfølgning. Opfølgningen kan fx ske i forbindelse med en afsluttende samtale. Efter et afsluttet forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgers praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvissende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

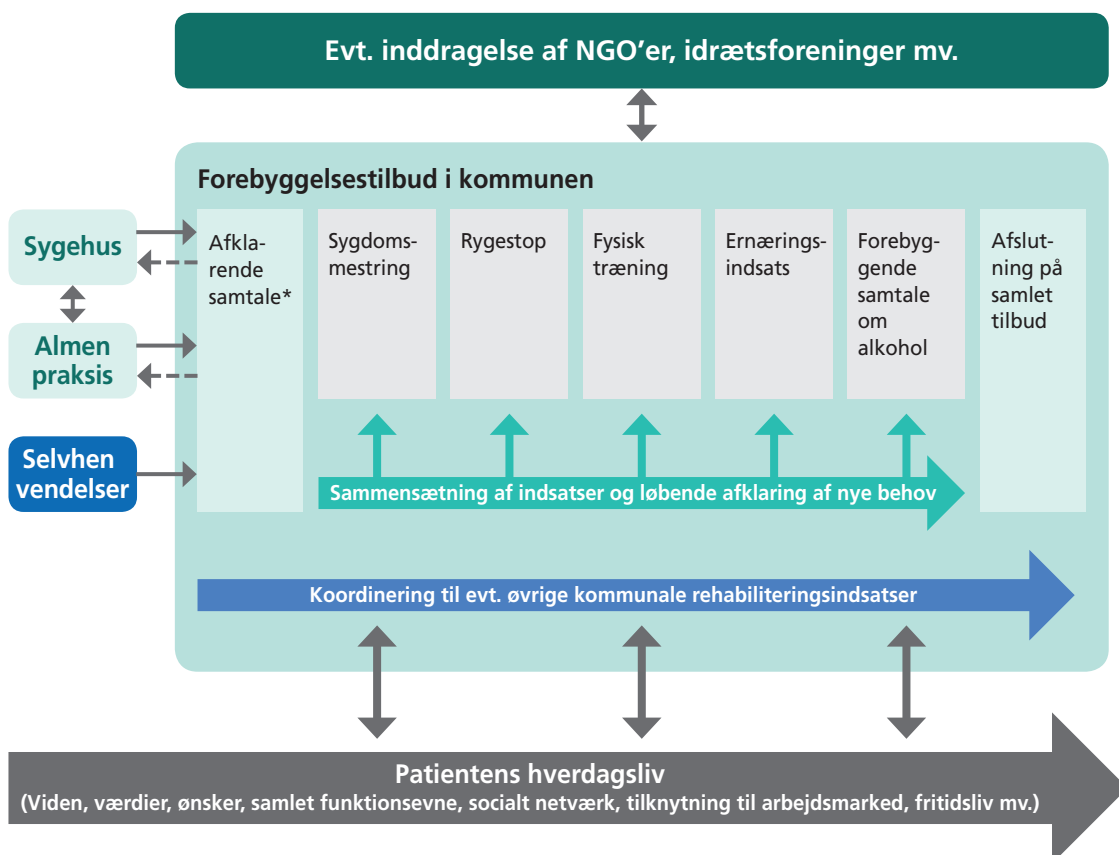


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

Sundhedsstyrelsen (2016) – **Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale

11 | Sygdomsmestring i kommunen



Med dette forløbsprogram

overtager de syddanske kommuner ansvaret for al sygdomsspecifik patientuddannelse for borgere med KOL fra sygehusene i Region Syddanmark. Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres tilbud om forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2018.

Kommunerne skal etablere strukturerede forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet borgere med KOL. Tilbuddet har til formål at styrke borgerens egenomsorg, sådan, at borgerens helbred og livskvalitet forbedres.



Sygdomsmestring referer til

en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen [...] kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret.

Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret og gruppebaseret forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer.

Tilbuddet skal give borgeren kendskab til sygdommens karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation. Tilbuddet skal tillige give borgeren praktisk viden og kompetencer til at mestre sygdommen og livet med KOL med fokus på betydningen af rygestop og håndteringen af eksacerbationer.

Tilbuddet skal samtidig have fokus på livsstilsændringer og psyko-sociale forhold, herunder også arbejdsmæssige forhold.

Selv om undervisningen er struktureret og gruppebaseret, bør der tages udgangspunkt i deltagernes hverdagsliv og problemstillinger. På den måde bliver undervisningen håndgribelig, konkret og meningskabende for deltagerne.

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes borgerens deltagelse i forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlingskompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og hverdagslivet.

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud. En særlig udfordring kan være kompetencer indenfor sygdom og medicin. Hvis kommunen ikke har disse kompetencer til rådighed, anbefales det, at kommunen samarbejder med fx en lungemedicinsk afdeling eller almen praksis herom. Samarbejdet kan indeholde kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i kommunen eller aftale om, at sundhedsprofessionelle fra almen praksis eller sygehuset bruges som underviser i dele af tilbuddet.

Henvi sning til kommunale forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal det ske via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 2).

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgers praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

12 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til borgere med KOL. Formålet er at understøtte borgerens rygestop, således at sygdomsudviklingen forsinkes og graden af symptomer reduceres. Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk).

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Tilbuddet kan være såvel individuelt som holdbaseret alt efter borgerens præferencer.

Borgere kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

Efter et afsluttet rygestopforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før borgeren fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at borgere med KOL kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes rygestoptilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.



13 | Ernæringsindsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen, at mennesker med KOL oprettholder en god ernæringstilstand og en hensigtsmæssig vægt³¹. Overvægt, uplanlagt vægttab og undervægt er selvstændige risikofaktorer for øget sygelighed og dødelighed, uafhængigt af graden af lungefunktionsnedsættelse³².

Det er et fælles ansvar for almen praksis og sygehuset løbende at kontrollere og registrere vægten hos mennesker med KOL og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov. Kommunerne bør desuden være opmærksomme på undervægt og uplanlagte vægttab hos borgere med KOL.

Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis

Sygehuset skal ernæringscreenere patienter med KOL ved indlæggelse og udskrivelse samt udrede patienter i risiko for osteoporose.

Patienter, der er undervægtige, oplever et uplanlagt vægttab eller er overvægtige bør ved behov, af egen læge eller af sygehuslægen, henvises til individuel diætbehandling eller kostvejledning.

Egen læge eller sygehuslægen kan ordinere ernæringspræparater til patienter med KOL, der er alvorligt syge eller så svækkede, at de ikke kan synke eller optage almindelig kost. De nærmere regler for tilskud til ernæringspræparater findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Ernæringsindsats i kommunen

Kommunerne skal etablere tilbud om kostvejledning og diætbehandling til borgere med KOL, der har behov for en særlig støtte til at håndtere mad og måltider. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og være enten individuelt eller holdbaseret.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Egen læge og sygehuslægen kan henvise til kommunens tilbud via MedCom-standarden "kommunehenviisning" (REF01) (bilag 2).

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

³¹ Sundhedsstyrelsen (2015) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL](#).

³² Hallin, R. et al. (2007) Nutritional status and long-term mortality in hospitalised patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiratory Medicine*; 101(9): 1954-1960.

14 | Kommunens, almen praksis' og sygehusets ansvar for borgere med eksacerbationer

De fleste borgere med KOL rammes af eksacerbationer én eller flere gange i løbet af deres liv med sygdommen. I forbindelse med eksacerbationer oplever mange borgere og deres pårørende bekymring, utryghed og angst, ligesom frygt for nye eksacerbationer kan fylde meget i hverdagen.

Sundhedsprofessionelle i kommuner, almen praksis og på sygehuse har et ansvar for at:

1. Forebygge eksacerbationer ved at bidrage til at styrke borgerens mestringsevne
2. Bidrage til at dæmpe graden af utryghed og angst, når de er i kontakt med en borger i forbindelse med en eksacerbation

Det tværsektorielle ansvar for styrkelse af borgerens mestringsevne

Det er et fælles ansvar at bidrage til at styrke borgerens evne til at forebygge og håndtere eksacerbationer.

Dette skal særligt foregå i følgende situationer:

- Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset (jf. afsnit 5)
- Opfølgning og årskontrol i almen praksis (jf. afsnit 7)
- Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet (jf. afsnit 8)
- Forebyggelsestilbud om sygdomsmestring i kommunen (jf. afsnit 11)
- Udskrivelse fra sygehuset (jf. afsnit 16)
- Plejeindsatsen i kommunen (jf. afsnit 17)

Sundhedsprofessionelle skal med udgangspunkt i borgerens erfaringer og behov indgå i dialog om symptomer og redskaber til at undgå panik, forebyggende og symptomdæmpende medicin, teknikker til at lette vejtrækningen samt evt. om de konsekvenser, som eksacerbationer kan have for den faste behandling. Der bør også være en dialog om, hvem borgeren og dennes pårørende kan kontakte i bestemte situationer afhængigt af eksacerbationens sværhedsgrad (fx kommunens sygepleje eller kommunale akutteams, egen læge/vagtlæge, alarm 1-1-2) samt hvordan man forbereder pårørende/sit netværk på eksacerbationer og håndtering af dem.

Opfølgning på eksacerbationer

Når en sundhedsprofessionel er i kontakt med en borger i forbindelse med en eksacerbation, har den sundhedsprofessionelle ansvaret for at vurdere behovet for opfølgning, herunder give informationen videre til rette aktør. Opfølgningen vil typisk ske hos egen læge, hvis det er et behandlingsanliggende, og kommunen, hvis det drejer sig om rehabilitering.

I nogle tilfælde er den akutte forværring opstået i forbindelse med ændrede begivenheder i borgerens liv, der kan medføre en psykisk påvirkning og medvirke til at fremprovokere utryghed og angst. I en sådan situation er det særligt vigtigt, at den sundhedsprofessionelle overvejer, om borgeren har behov for særlig støtte til at gennemføre eller igangsætte et behandlingsforløb eller kommunalt rehabiliteringsforløb.

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med KOL indlægges på sygehuset, sker det primært akut og undtagelsesvist elektivt. Det er som oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM).

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæge kan elektronisk henvise patienter med KOL til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standarden "sygehushenvisning" (REF01).

Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i "**Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)**".

Sygehuset

Når en patient er indlagt og samtidig er tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx for ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise borgeren til yderligere undersøgelser inden udskrivelse og informere almen praksis herom via epikrisen.

Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i "**Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)**".

Indsats for ældre patienter med KOL

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med KOL. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

DÆMP

Indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet på følgende måde:

Plejeforløbsplanen til kommunen

- Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen - feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja"
- Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder", skrives i feltet "Viden og udvikling":
"DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..."
(fx stort funktionstab)

Epikrisen til den praktiserende læge

I epikrisen til patientens praktiserende læge noteres at:

"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."



På baggrund af ovenstående vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation eller et opfølgende hjemmebesøg³³, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.



Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for information om – jeg har måske ikke det samme behov som andre patienter
- Informer løbende mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Tag tidligt i indlæggelsesforløbet initiativ til en dialog med mig om, hvad der sker, når jeg skal udskrives
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig og mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson

³³ Der kan i kontakten til den praktiserende læge henvises til [§2-aftalen for opfølgning og koordination efter udskrivelse](#).

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelse er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. Den sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivelsesrapporten.



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Særlig opmærksomhed på utilsigtet vægttab
Psykosociale forhold	Psykiske problemstillinger; angst og manglende accept af sygdommen
Respiration og cirkulation	<ul style="list-style-type: none">• Lungefunktion (FEV₁) og gentagne eksacerbationer• Vurdering af graden af åndenød vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale), jf. afsnit 4.1• Er patienten iltbruger• Rygestatus/miljømæssige udfordringer• Saturation, hvis der er særlige udfordringer• Instruktion i anvendelsen af inhalationsmedicin, devices, PEP-fløjte m.m.
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet, misbrug og smerter
Viden og udvikling	<ul style="list-style-type: none">• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning• Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten:<ul style="list-style-type: none">• hvad er drøftet med patienten, eksempelvis: rygestop, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, telemedicinske tilbud m.m.• er patienten informere om og henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygeplejefaglige problemområder i udskrivelsesrapporten af særlig relevans for patienter med KOL.

Inden udskrivelse skal patientens behov og motivation for rehabilitering vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende. Sygehuslægen kan elektronisk henvise til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud via MEDCOM standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 2). Når kommunen har modtaget henvisningen, sendes der en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget og kommunen tager kontakt til borgeren for at vurdere hvilket tilbud, der er mest egnet i den givne situation. Kommunen informerer ligeledes egen læge om borgerens opstart i rehabiliteringstilbuddet.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelse har ændret sig, således at der er behov for en koordineret indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en udskrivelsesepikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standard "den gode epikrise". Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er

derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt og senest tredje hverdag efter udskrivelsen sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen.

Indsats for særligt svækkede ældre patienter med KOL

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats mellem kommunen og den praktiserende læge for svækkede ældre medicinske patienter med KOL. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive:

"Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at aftale tidspunktet for det **opfølgende hjemmebesøg**.



Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold, fx:
 - hvem der tager imod mig derhjemme
 - hvem jeg skal kontakte med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, en lungemedicinsk afdeling eller kommunen)
 - hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad skal der kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
 - min iltbehandling og mit iltapparat
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan jeg kan forebygge og håndtere forværringer af min sygdom

17 | Plejeindsats i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå borgere med KOL i at håndtere livet med kronisk sygdom.

Plejesektorens særlige opgave er:

1. At bidrage til at forebygge gradvise forværringer af sygdommen og understøtte den samlede plejeindsats
2. At bidrage til borgerens håndtering af medicin og iltapparatur
3. At bidrage til at forebygge eksacerbationer

De involverede dele af plejesektoren er fx hjemmeplejen, sygeplejen, trænedede terapeuter og visitationen.

Forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats

Personalet bør følge borgerens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og borgerens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Ændret sygdomsmønster med hyppigere symptomer og evt. eksacerbationer
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end KOL
- Forringet almen ernæringstilstand
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med borgeren igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at borgeren bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau. I denne situation bør der søges en dialog med borgerens egen læge via en korrespondancemeddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende borgerens situation.

Sygeplejen bør være opmærksomme på muligheden for at anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg borger eller et kompliceret forløb.



Patienter og pårørende anbefaler

- Inddrag mig og mine pårørende i at fastlægge en plan for min pleje og rehabilitering
- Sæt fokus på mine mål for rehabiliteringsforløbet og det, som er vigtigt for mig nu
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i kommunale forebyggelsestilbud
- Lav en aftale med mig om, hvilket personale jeg evt. må kontakte i kommunen, hvis jeg bliver utryk under akutte forværringer af min KOL.



Indholdet af ydelsen fremgår af aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Håndtering af medicin og iltapparatur

Personalet kan med fordel bidrage til, at borgere med KOL håndterer og indtager deres medicin korrekt, således at borgeren opnår en højere grad af medicin efterlevelse (compliance). Ved behov kan personalet desuden foreslå borgeren at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinhåndtering (jf. afsnit 6). Personalet bør desuden understøtte borgerens anvendelse af iltapparatur i eget hjem.

Forebyggelse af eksacerbationer

Personalet skal indgå i en dialog med borgeren og evt. pårørende om, hvordan eksacerbationer forebygges og håndteres, og hvilke symptomer, borgeren skal reagere på (jf. afsnit 14). Der bør også være en dialog om, hvem borgeren kan kontakte ifm. en eksacerbation, herunder om sygeplejen, et kommunalt akutteam eller andre kan kontaktes i situationer, der ikke kræver akut lægelig assistance.

18 | Palliativ indsats i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Flere patienter lever i dag længere med forskellige livstruende sygdomme. Samtidig er der en anerkendelse af, at en tidlig palliativ indsats har værdi og effekt for kvaliteten af hele patientforløbet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats³⁴. Endvidere er der behov for, i højere grad end før, at have fokus på palliation hos patienter med andre sygdomme end kræft. Palliation skal indtænkes i hele patientforløbet.

Patienter med KOL skal opleve en sammenhængende palliativ indsats. Det stiller krav til kommunikation, fleksibilitet, koordinering, kontinuitet og samarbejde på tværs af sektorer. Ansvar for at koordinere forløbet er en fælles opgave, der skal løses af sygehuset, almen praksis, kommunen og evt. hospice i samarbejde med borger og pårørende.

Med det formål at styrke samarbejdet om den palliative indsats i Syddanmark har region, kommuner og almen praksis indgået en samarbejdsaftale om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Aftalen beskriver krav til samarbejde, kommunikation og patientinformation især med fokus på sektorovergange i det palliative forløb.

I forbindelse med iværksættelse og koordinering af en palliativ indsats for patienter med KOL henvises til denne. Aftalen findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

³⁴ Sundhedsstyrelsen (2011) – [Anbefalinger for den palliative indsats](#).

Litteratur

Sundhedsstyrelsen 2016, Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, København

<https://sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/kommunale-forebyggelsestilbud>

Sundhedsstyrelsen 2015, Sygdomsforebyggelse i almen praksis og på sygehuse, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/regioner/sygdomsforebyggelse-i-almen-praksis-og-paa-sygehuse>

Sundhedsstyrelsen 2015, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-kol>

Sundhedsstyrelsen 2014, National Klinisk Retningslinje: Rehabilitering af patienter med KOL, København

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/nkr-rehabilitering-af-kol>

Dansk Lungemedicinsk Selskab 2012, Danske KOL-Guidelines

<http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012.html>

Sundhedsstyrelsen 2012, Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, København

<http://www.sst.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCFCF19.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2012, Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, København

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>

Sundhedsstyrelsen 2011, Anbefalinger for den palliative indsats, København

<http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2011, Behandling af tobaksafhængighed – anbefalinger til en styrket klinisk praksis, København

<http://www.sst.dk/~media/991FEEAC113D407BAAD609E2926F4A04.ashx>

Dansk Selskab for Almen Medicin 2017, KOL, Viby J.

<http://vejledninger.dsam.dk/kol/>

BILAG 1

Hvem er rette behandler – almen praksis eller sygehuset?

Den behandlingsansvarlige læge – enten patientens praktiserende læge (primært) eller en sygehuslæge – skal vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler for patienten med den aktuelle sygdomspræsentation. Det sker med udgangspunkt i Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterierne). Processen er nærmere beskrevet i afsnit 4.

På baggrund af resultatet af undersøgelserne af de tre dimensioner inddeles patienten i stadier i henhold til GOLD-kriterierne.

Det er vigtigt at bemærke, at patienten kan placeres i gruppe C eller D (høj risiko) på baggrund af eller kombination af:

- FEV₁ < 50 % af forventet værdig
- Hyppige eksacerbationer, ≥ 2 det forgangne år

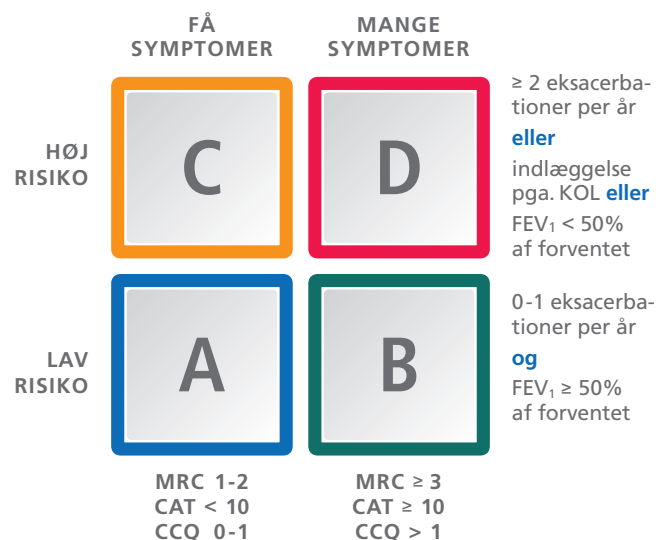


GOLD-stadie	Rette behandler (vejledende)
A	Behandles som udgangspunkt i almen praksis.
B	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
C	Behandles primært i almen praksis men med mulighed for speciallægevurdering ved behov.
D	Behandles enten i almen praksis med mulighed for speciallægevurdering ved behov eller er tilknyttet et sygehusambulatorium.

Vurdering af rette behandler for borgere med KOL ud fra GOLD-kriterierne¹⁹

Vurderingen sker på baggrund af mindst tre parametre i forbindelse med den kliniske diagnosticering og stadiinddeling:

1. Graden af lungefunktionsnedsættelse (FEV₁) i forhold til den forventede værdi
2. Omfanget af borgerens symptomer bedømt vha. standardiserede spørgeskemaer
3. Hyppighed af eksacerbationer



Stadiinddeling af KOL i undergrupper A-D på baggrund af FEV₁ i % af forventet værdi, hyppighed af eksacerbationer og indlæggelser samt symptomer bedømt vha. MRC (Medical Research Councils dyspnea scale) eller CAT-spørgeskema (Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test) eller CCQ (Clinical COPD Questionnaire).

BILAG 2

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01).

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbage-melding om, at henvisningen er modtaget, og kommunen tager kontakt til borgeren.

Ved afslutning af det samlede forløb sendes et afslutningsnotat til egen læge og til sygehuset, når denne er afsender på henvisningen.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Klassifikation af KOL efter GOLD-kriterier
- Kort anamnese, herunder:
 - resultat af objektive undersøgelser (FEV₁^{*}, MRC^{**} m.fl.)
 - komorbiditet
 - komplikationer
 - rygestatus
- Relevante sociale oplysninger
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Behov for særlig støtte
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler
- Testresultater (fx CAT^{***} eller andre)

* FEV₁ – Forceret Ekspiratorisk Volumen i første sekund

** MRC – Medical Research Councils dyspnea scale

*** CAT – Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test

På www.borger.dk kan borgere og pårørende læse mere om deres muligheder for at få arrangeret og/eller refunderet udgifter til transport til praktiserende læge, speciallæge og sygehus samt til genoptræning og andre forebyggelsestilbud i kommunen.

Transport til og fra kommunale rehabiliteringstilbud, speciallæge eller egen læge

Som hovedregel skal borgere selv sørge for at komme til og fra kommunale forebyggelse- og rehabiliteringstilbud samt behandling hos egen læge og speciallæge. Der er dog en række undtagelser, hvor borgere har ret til at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret. Borgeres rettigheder til at blive transporteret er nærmere beskrevet på www.borger.dk.

Ved spørgsmål om transport til og fra behandling hos egen læge, speciallæge samt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen kan borgeren eller pårørende kontakte kommunerne på nedenstående telefonnumre.

Transport til og fra behandling og kontroller på sygehuset

For spørgsmål om transport til og fra sygehus skal borgeren kontakte sygehuset.

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog en række undtagelser, hvor patienter har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til behandling på sygehuset. Patienters rettigheder til befordring i forbindelse med sygehusbehandling er nærmere beskrevet på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Har patienten ret til siddende transport til og fra sygehusbehandling, kan transport bestilles på **tlf. 7011 3111**. På dette nummer kan der også stilles spørgsmål om befordringsgodtgørelse til og fra sygehuset.



For spørgsmål om transport kan man kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre

Assens	6474 7474	Nordfyns	6482 8282
Billund	7213 1500	Nyborg	6333 7000
Esbjerg	7616 1616	Odense	7873 3998
Fanø	7666 0660	Svendborg	6223 3000
Fredericia	7210 7000	Sønderborg	8872 6400
Faaborg-Midtfyn	7253 0530	Tønder	7492 9292
Haderslev	7434 3434	Varde	7994 6800
Kerteminde	6515 1515	Vejen	7996 5000
Kolding	7979 7979	Vejle	7681 0000
Langeland	6351 6000	Ærø	6352 5000
Middelfart	8888 5500	Aabenraa	7376 7676



