

# Interprofessionell samverkan astma och KOL

För dig som arbetar vid en vårdcentral (hälsocentral, husläkarmottagning etc).

---



## Förord

I det här dokumentet finner du förslag på samverkansrutiner som kan förenkla samarbetet inom en vårdcentral och mellan vårdcentraler och andra vårdenheter som har hand om patienter med astma och KOL. Skriften är framtagen av Nationellt programråd för astma/KOL. Under 2018 gick programrådet upp i systemet för sammanhållen kunskapsstyrning och övergick då till att bli en nationell arbetsgrupp för astma/KOL.

## Effekten av samverkan mellan verksamheter och mellan professioner

Det finns vetenskapligt stöd för att interprofessionell samverkan leder till förbättrad livskvalitet, ökad funktionell kapacitet och minskad dyspné för patienter med KOL och minskade symtom hos patienter med astma. Det leder också till att patienten får ökad kunskap om sin sjukdom.

I riktlinjerna för vård vid astma och KOL anger Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården bör erbjuda vård utifrån interprofessionell samverkan, vid KOL är prioriteringen\* 3 och vid astma 4.

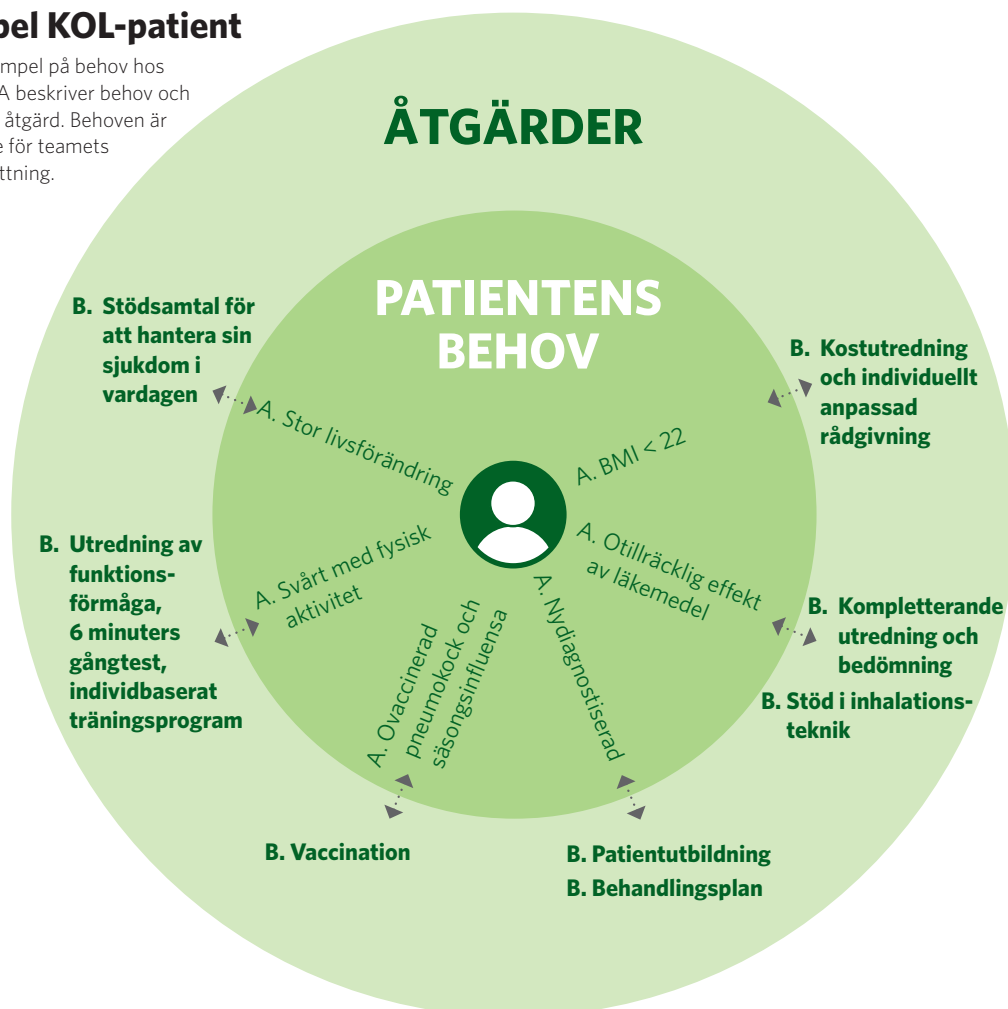
## Patientens behov avgör teamets sammansättning

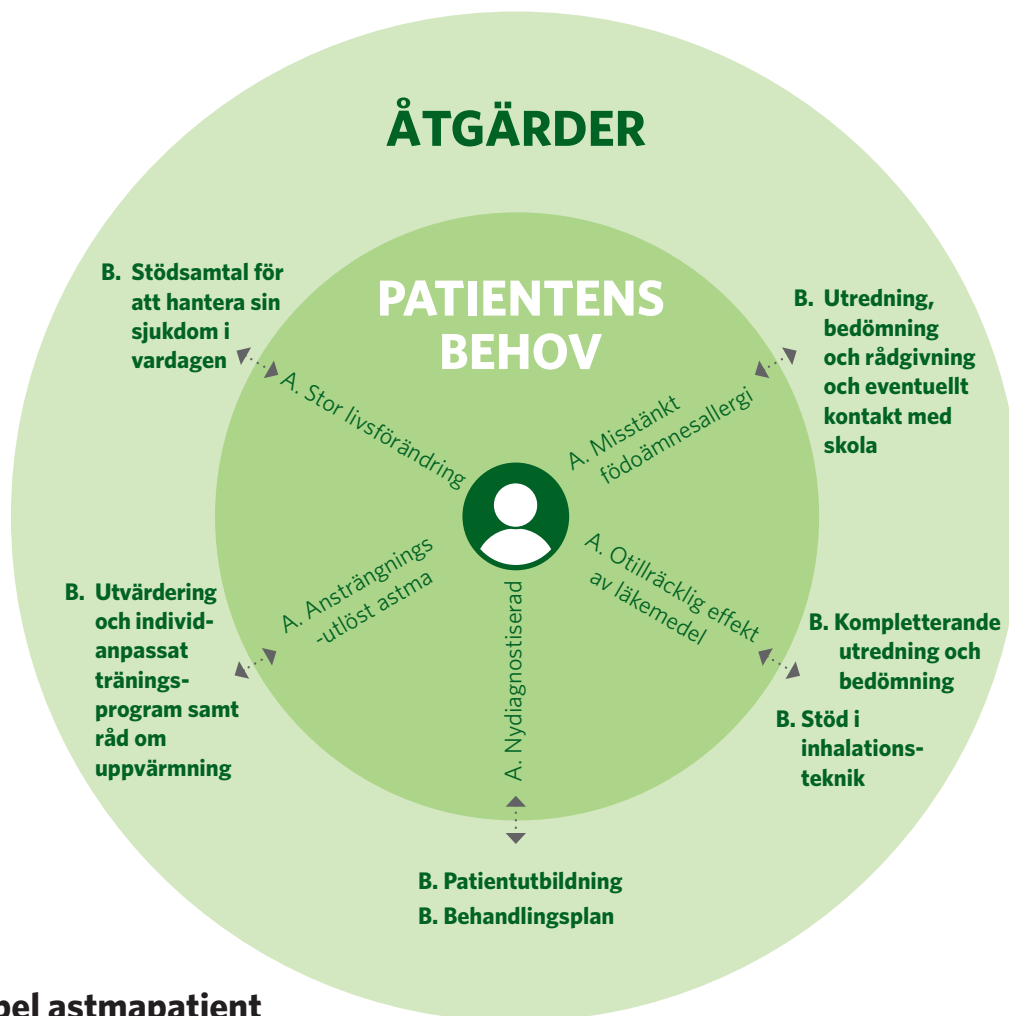
Interprofessionell samverkan kännetecknas av att patienten bildar ett team med samtliga professioner som är involverade i den aktuella astma/KOL-vården.

\* Socialstyrelsens prioriteringar: I Socialstyrelsens riktlinjer får tillstånds- och åtgärds-kombination en rekommendation (prioritering) efter angelägenhetsgrad baserad på en samlad bedömning av hälsotillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden, kostnadseffektivitet och evidens mot bakgrund av slutsatserna i de vetenskapliga underlagen. Åtgärderna rangordnas från 1 till 10, 1 motsvarar högst prioritet och 10 lägst prioritet.

## Exempel KOL-patient

Figur 1: Exempel på behov hos patienten. A beskriver behov och B beskriver åtgärd. Behoven är vägledande för teamets sammansättning.





## Exempel astmapatient

Figur 2: Exempel på behov hos patienten. A beskriver behov och B beskriver åtgärd. Behoven är vägledande för teamets sammansättning.

## Internt samarbete vid vårdcentralen

Här finner du exempel på hur arbetet kan organiseras för att etablera ett samarbete inom vårdcentralen.

- Verksamhetschef har utsett ansvarig astma/KOL-läkare och ansvarig astma/KOL-sjuksköterska
- Samtliga teammedlemmar har adekvat utbildning för uppdraget
- Till astma/KOL-teamet finns en administrativ resurs knuten
- Nya medarbetare auskulterar hos astma/KOL-sjuksköterskan för att få kännedom om verksamheten
- Det finns skriftliga rutiner som beskriver:
  - Ansvar, till exempel remisser till andra professioner och astma/KOL-skola
  - Informationsöverföring mellan vårdgivare inom vårdcentralen
  - Dokumentation av åtgärder
- Mall för dokumentation baserad på Luftvägsregistrets sökord, vilket underlättar uppföljning av verksamhetens resultat
- Det finns en checklista för introduktion av nya medarbetare som innefattar astma/KOL-mottagningens rutiner. Ansvarig för introduktionen är astma/KOL-sjuksköterskan
- Astma/KOL-teamet har regelbundna träffar, minst två gånger per år eller oftare vid behov
- Teamet har astma/KOL-ronder/träffar med samtliga läkare och sjuksköterskor på mottagningen minst två gånger per år. I dessa kan man ta upp svåra fall/typfall och diskutera interna rutiner och samarbete.

# Samverkan mellan enheter

## Samverkan kring ett barn med astma och/eller allergi

Mot bakgrund av att barn med astma och/eller allergi skiljer sig åldersmässigt och att sjukdomens svårighetsgrad varierar är det inte möjligt att ge råd om specifika vårdprocesser eller flöden genom vården. Behovet skiftar även individuellt och en patient med astma- och/eller allergi behöver ofta hjälp från flera vårdnivåer under livet. Vilken vårdnivå som är aktuell avgörs individuellt.

I det följande illustreras fyra vanligt förekommande samverkansscenarior med förslag på hur samverkan kan se ut. Många landsting och regioner har lokala rekommendationer och rutiner.

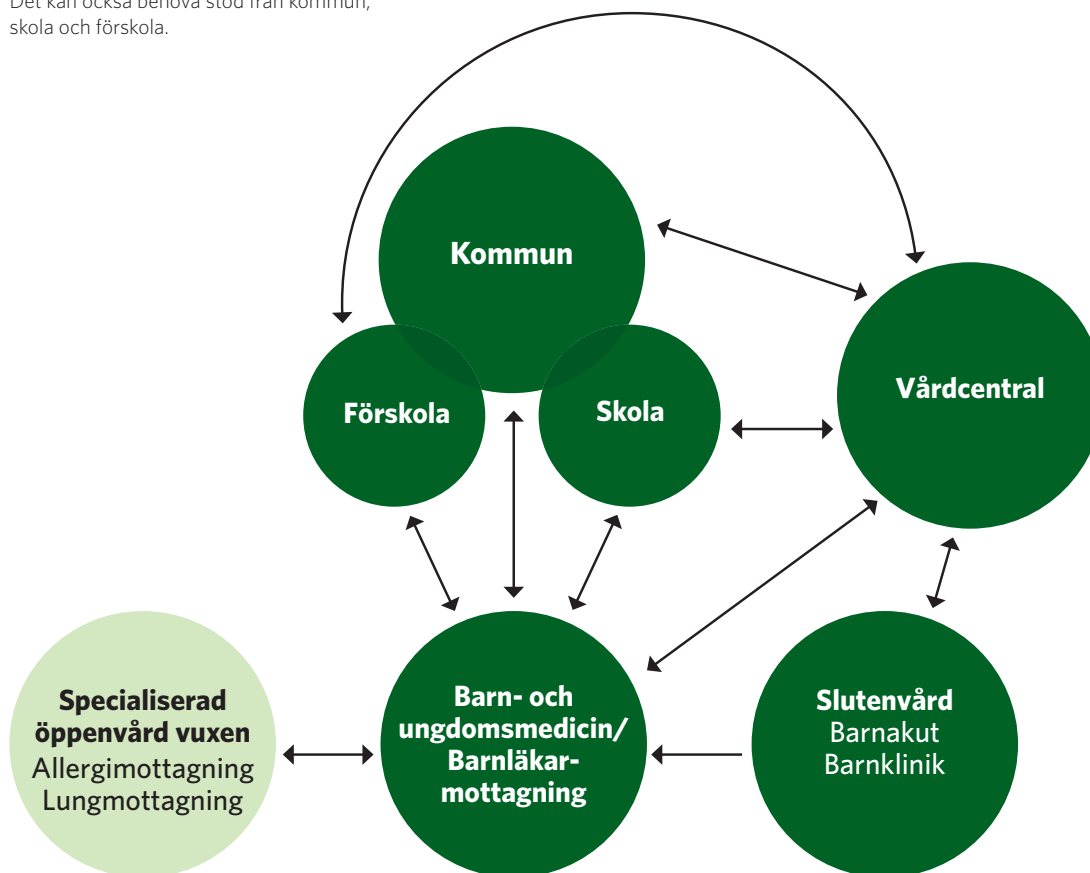
I början av ett samarbete mellan enheter kan det underlätta att ha ett möte i syfte att träffa varandra, fastställa kontaktuppgifter och att komma överens om hur fortsatt samverkan ska ut.

Därefter kan det vara bra att ha regelbundna träffar för att gå igenom remisser, remissrutiner, utbildningsinsatser samt diskutera svåra fall.

Att kontinuerligt informera varandra om väntetider, bemanningssituation och dylikt förenklar. Ett sätt att underlätta kommunikationen är att utse kontaktpersoner.

Ett barn med astma kan behöva komma i kontakt med flera vårdenheter för utredning, behandling, uppföljning och omsorg.

Figur 3. Ett barn med astma kan över tid behöva vårdas inom flera vårdnivåer. Det kan också behöva stöd från kommun, skola och förskola.



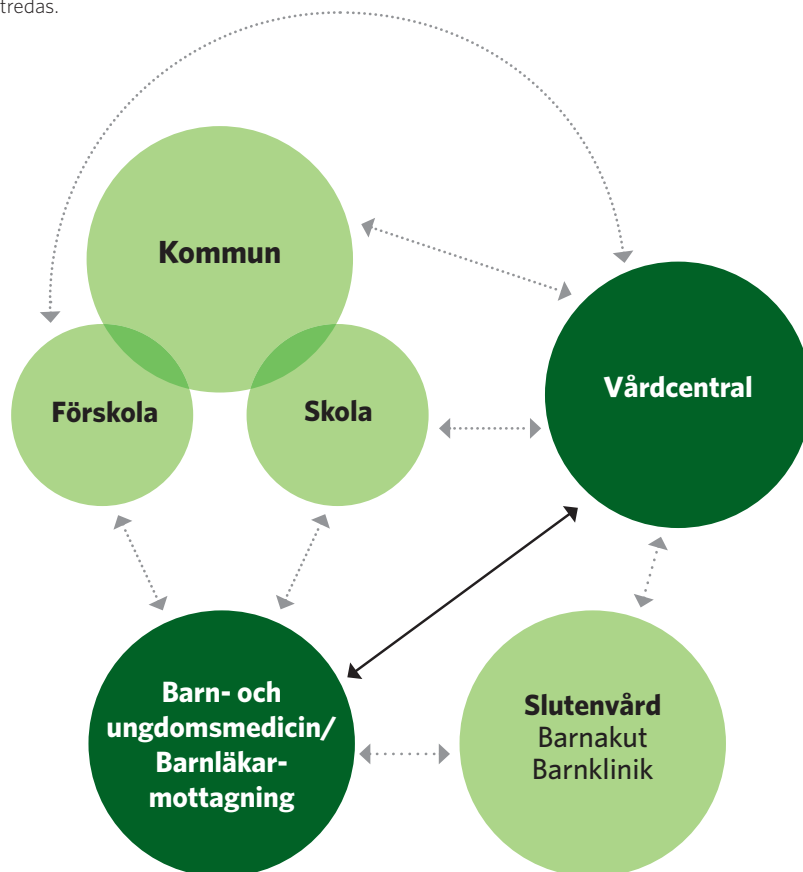


### Scenario 1. Barnet har obstruktiva besvär och ska utredas

Remisser och hänvisningar kan utformas på olika sätt utifrån lokala förutsättningar och överenskommelser. På många håll använder man gemensamma journal-system. Nedan används genomgående det vedertagna begreppet remiss.

- Remiss från läkare på vårdcentralen till barnläkarmottagningen/barn- och ungdomsmedicin bedöms och besvaras av en barnläkarspecialist. Om utbildningsläkare svarar på remissen sker det i samråd med barnspecialist, vilket också anges i remissvaret.
- Remiss från läkare på barnläkarmottagningen/barn- och ungdomsmedicin till vårdcentralen bedöms och besvaras av en allmänläkarspecialist. Om utbildningsläkare svarar på remissen ska samråd med allmänmedicinspecialist ske och detta skrivs i remissvaret.
- Remiss/kontakt kan också ske/tas direkt mellan professionerna, exempelvis fysioterapeut på en enhet till fysioterapeut på annan enhet, eventuellt remissvar skrivs i sådana fall av den som tar emot remissen.
- När barnet remitteras till sjuksköterska på barnläkarmottagningen/barn- och ungdomsmedicin för till exempel pricktest eller spirometri skriver sjuksköterskan på barnläkarmottagningen/barn- och ungdomsmedicin remissvaret.

Figur 4: Samverkansbehov när ett barn haft obstruktiva besvär som ska utredas.



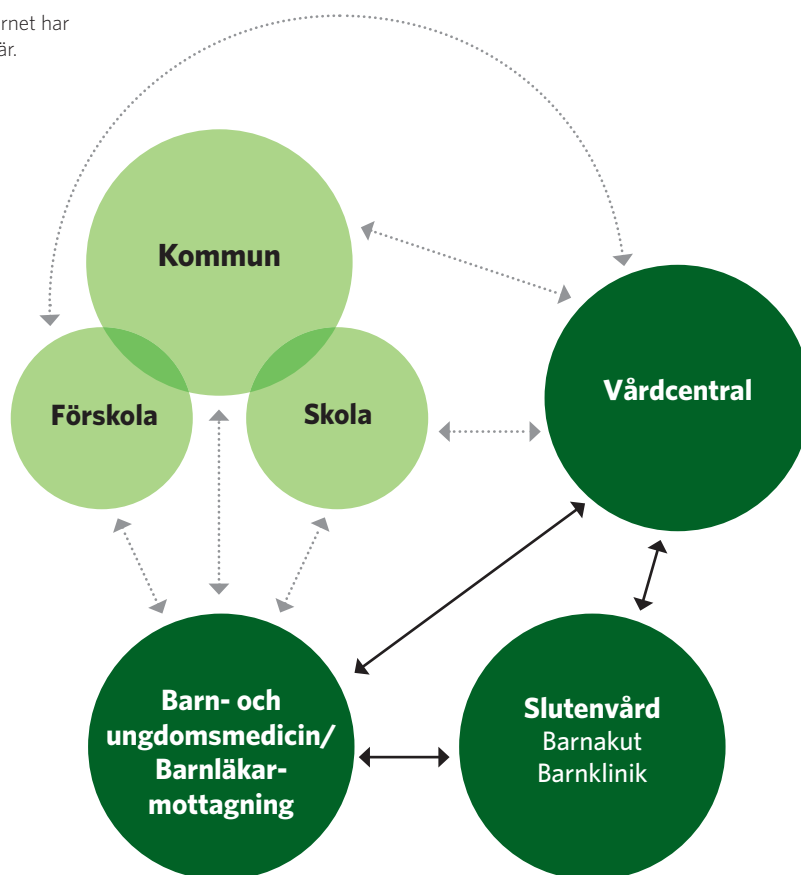
## Scenario 2. Barnet har vårdats akut för obstruktiva besvär

Samverkan kan utformas på följande sätt:

- När barnet söker primärvårdens eller sjukhusets akutmottagning på grund av astma eller obstruktiva andningsbesvär bör beslut fattas om var barnet fortsättningsvis ska utredas, behandlas och följas upp. Lokala överenskommelser styr vart remissen skickas (vårdcentral eller barnläkarmottagning/ barn- och ungdomsmedicin).
- Mottagare av remissen på vårdcentralen eller på barnläkarmottagningen är en specialistläkare som bedömer, skriver remissvar och fattar beslut om fortsatt omhändertagande och/eller utredning. I de fall en utbildningsläkare bedömer och svarar på remissen ska samråd med specialist ske och detta anges i remissvaret.

- Journalkopia till vårdcentralen skickas varje gång en patient besökt sjukhusets akutmottagning på grund av astma eller obstruktiva andningsbesvär, även om remissen för fortsatt omhändertagande skickats till specialiserad mottagning i öppenvård. Den skickas antingen till vårdcentralen där patienten är listad eller patientens närmaste vårdcentral. Läkare på vårdcentralen bedömer alltid journalkopia eller epikris och fattar beslut om eventuell vidare åtgärd.
- För de barn som är i behov av ett hembesök sker en vårdplanering. I dessa fall bör barnläkarmottagningen ansvara för planeringen, vårdcentralen är delaktig i planeringen om det bedöms bäst för patienten.

Figur 5. Samverkansbehov när barnet har vårdats akut för obstruktiva besvär.



### Scenario 3. Barnet har behov av särskild omsorg i förskola eller skola

Samverkan kan utformas på följande sätt:

#### Hälso- och sjukvården ansvarar för

- Barnläkarmottagningen eller högspecialiserad vård bör ha huvudansvar för vården av de barn som har svårare sjukdom och behöver speciell omsorg på förskola och skola
- Astma- och allergisjuksköterskan eller allergikonsulten är en viktig länk mellan förskola/skola och sjukvården.

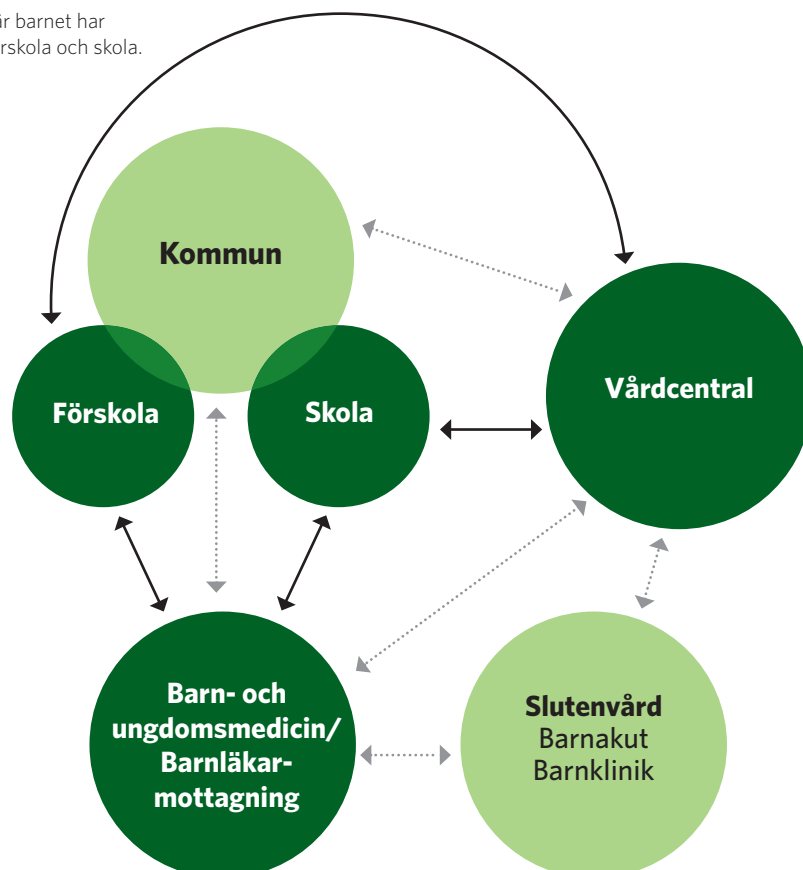
#### Skola och förskola ansvarar för

- Utbildningsinsatser för personal i skola och förskola
- Information till berörd personal i skola och förskola om läkemedel
- Information till berörd personal i skola och förskola om sjukdom
- Intyg om sjukdom respektive specialkost vid behov
- Information gällande idrott/fysisk aktivitet.

#### Hemsjukvård

- Vissa barn kan behöva hembesök och olika insatser från kommunen. I dessa fall bör barnläkarmottagningen vara ansvarig men vårdcentralen kan behöva vara med i planeringen.

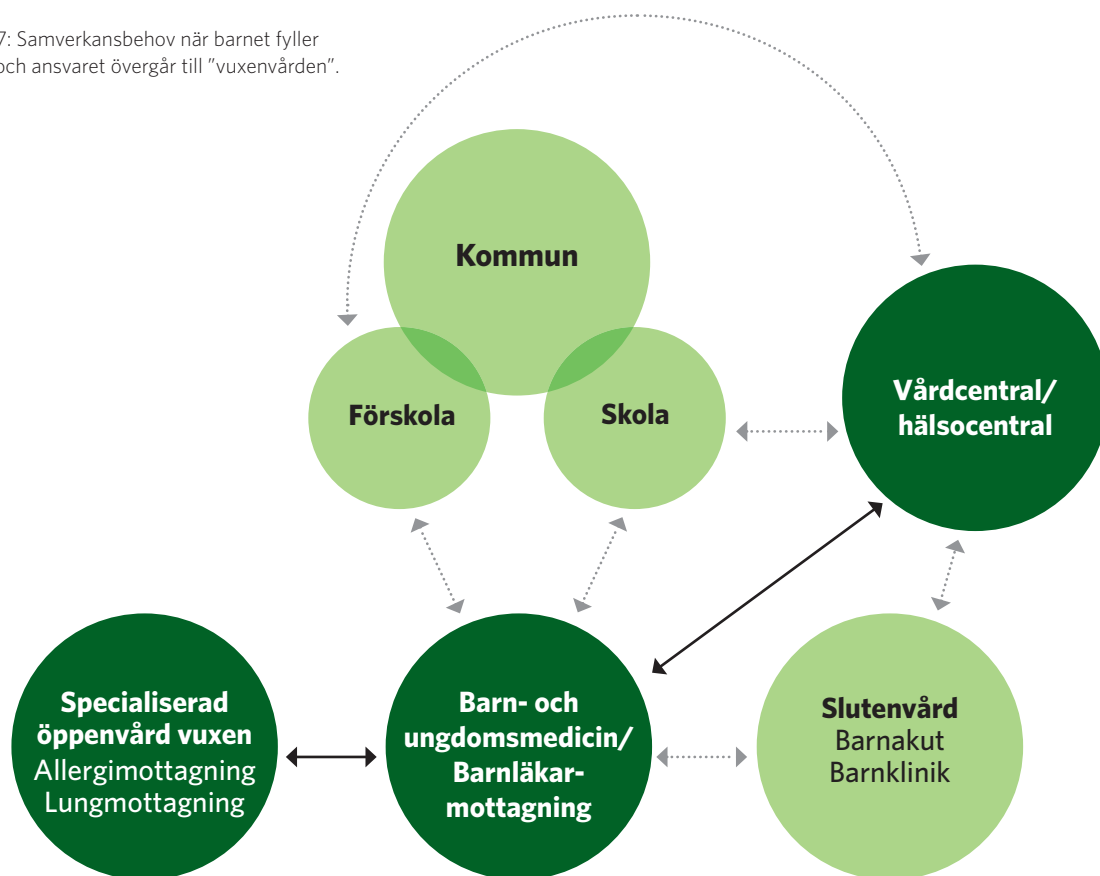
Figur 6: Samverkansbehov när barnet har behov av särskild omsorg i förskola och skola.



### Scenario 4. Barnet fyller 18 år och överförs till primärvård eller specialiserad öppenvård för vuxna

När vårdcentral eller öppenvårdsmottagning för vuxna får en remiss om att en patient fyller 18 år och därmed ska vårdas hos dem ger mottagaren alltid besked om att remissen är mottagen. I svaret anger de om patienten är kallad eller kommer att bli kallad.

Figur 7: Samverkansbehov när barnet fyller 18 år och ansvaret övergår till "vuxenvården".



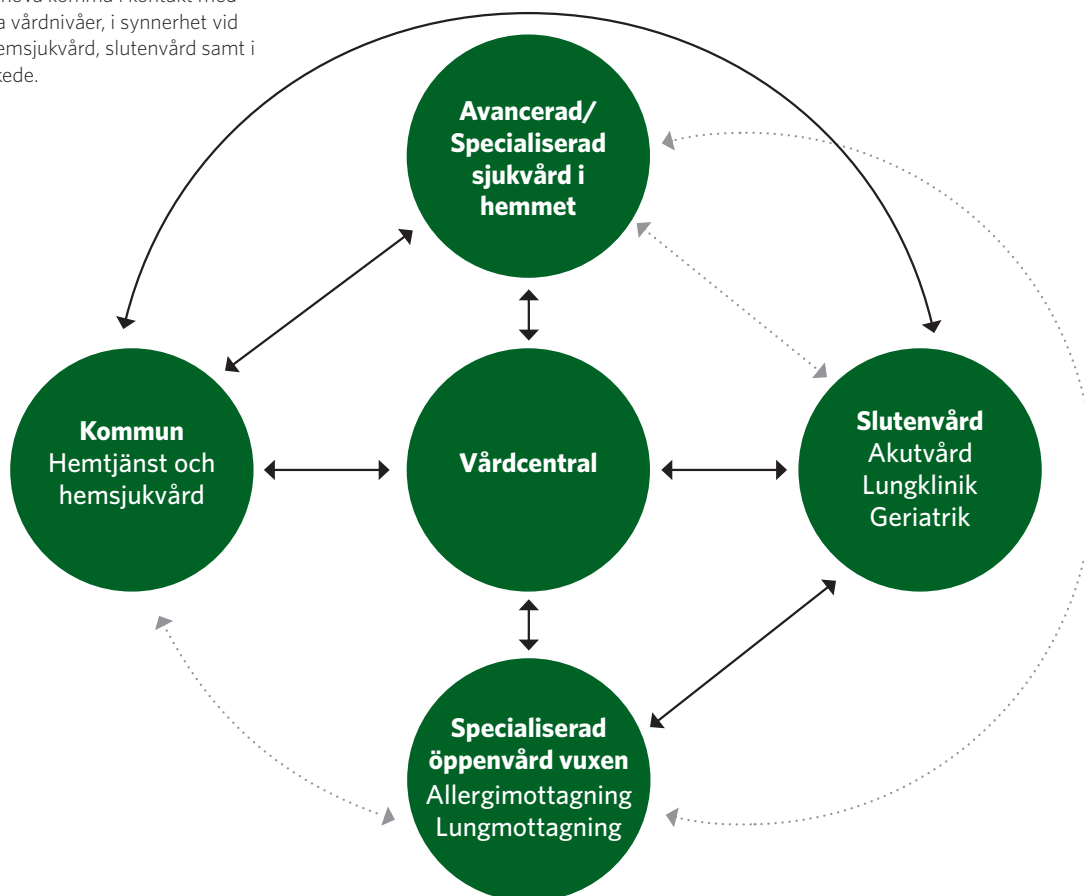


## Samverkan kring vuxen patient med astma och/eller KOL

En astma- och/eller KOL-patient behöver ofta vård från flera vårdenheter och ibland från omsorgs- verksamheter under livet. Vid behov av slutenvård eller hemsjukvård intensifieras behovet av samverkan eftersom ett antal enheter ger vård till patienten samtidigt eller efter varandra.

I det följande illustreras fyra vanligt förekommande samverkansscenarier med förslag på hur samverkan kan se ut. Många landsting och regioner har lokala rekommendationer och rutiner.

Figur 8: En patient med astma- och/eller KOL kan behöva komma i kontakt med många olika vårdnivåer, i synnerhet vid behov av hemsjukvård, slutenvård samt i livets slutskede.



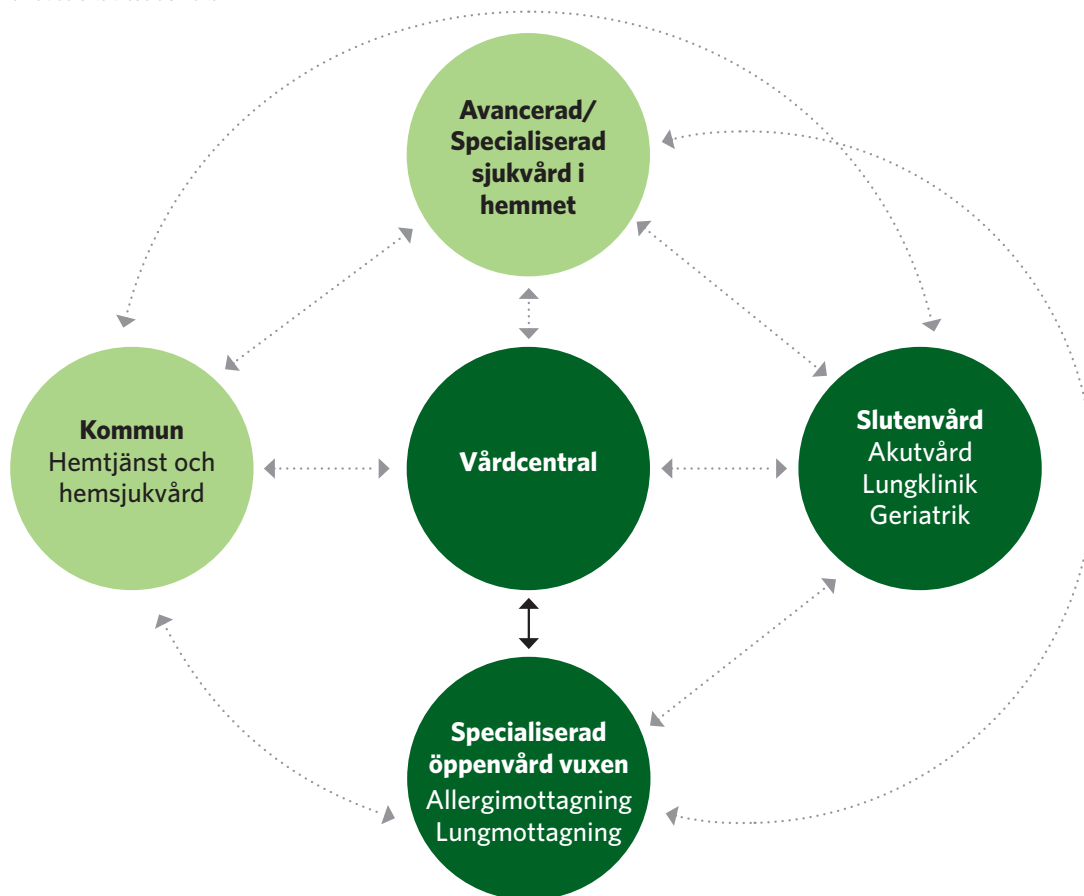
### Scenario 1. Patienten har behandlats för obstruktivitet och ska utredas

Samverkan kan se ut på följande sätt:

- Remiss från vårdcentralen till den specialiserade öppenvården bedöms och besvaras av en allergispecialist om patienten utreds för astma, eller av en lungspecialist om patienten utreds för KOL i det fall diagnosen är oklar. Om utbildningsläkare svarar på remissen sker det i samråd med specialisten, vilket också anges i remissvaret.

Remiss från den specialiserade öppenvården till vårdcentralen bedöms och besvaras av en allmänläkarspecialist. Om utbildningsläkare svarar på remissen sker det i samråd med allmänspecialist, vilket också anges i svaret. Remissflödet påverkas av lokala skillnader och överenskommelser.

Figur 9. Samverkansbehov när patienten har vårdats för obstruktivitet och ska utredas.



## Scenario 2. Patienten har vårdats akut för obstruktivitet och ska följas upp

Mot bakgrund av att patienter med akuta obstruktiva besvär bör utredas för eventuell astma eller KOL kan samverkan se ut på följande sätt:

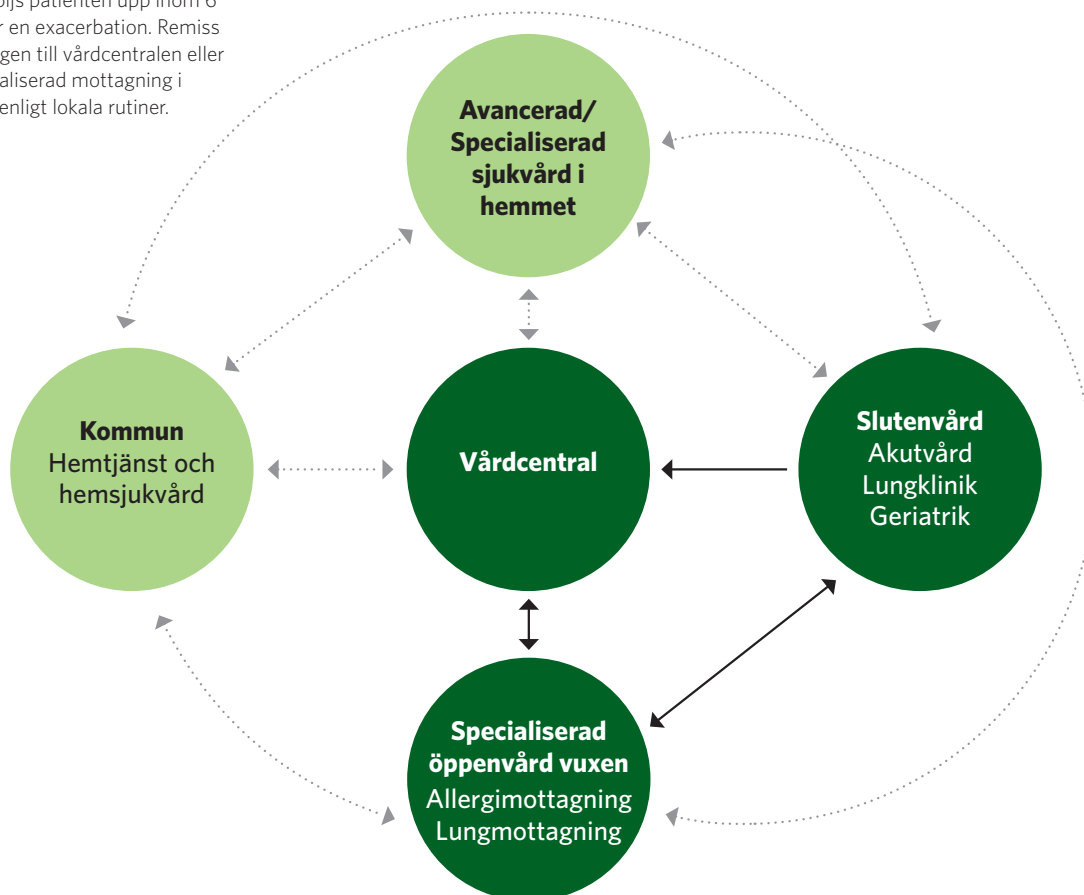
- När en patient söker primärvårdens eller sjukhusets akutmottagning alternativt blir inlagd på grund av astma, KOL eller obstruktiva andningsbesvär bör beslut fattas om var patienten fortsättningsvis ska vårdas, kontrollera sin obstruktivitet eller eventuellt utredas för astma eller KOL. Remiss skrivs antingen till vårdcentralen eller till en specialiserad mottagning i öppenvård enligt lokala rutiner.

Läkare på mottagande vårdcentral eller specialiserad mottagning i öppenvård bedömer alltid remissen, skriver remissvar och fattar beslut om fortsatt omhändertagande och/eller utredning. Om en utbildningsläkare svarar på remissen sker det i samråd med en specialisten, vilket också anges i svaret.

- Journalkopia till vårdcentralen skickas varje gång en patient besökt sjukhusets akutmottagning på grund av astma eller obstruktiva andningsbesvär, även om remissen för fortsatt omhändertagande skickats till specialiserad mottagning i öppenvård. Den skickas antingen till vårdcentralen där patienten är listad eller till patientens närmaste vårdcentral. Läkare på vårdcentralen bedömer alltid journalkopia eller epikris och fattar beslut om eventuell vidare åtgärd.

Vårdplanering: viktigt att vårdcentralen kontaktas i god tid innan patienten skrivs ut.

Figur 10: Patienten har vårdats akut och ska följas upp. I de fall känd KOL-sjukdom föreligger följs patienten upp inom 6 veckor efter en exacerbation. Remiss skrivs antingen till vårdcentralen eller till en specialiserad mottagning i öppenvård enligt lokala rutiner.



### Scenario 3. Patienten är i behov av hemsjukvård

Personer med KOL eller astma kan behöva hemsjukvård, temporärt eller permanent.

#### Hemtjänst vid hemsjukvård under kommunalt ansvar

Det medicinska ansvaret för en patient kvarstår hos allmänläkare på vårdcentralen även när patienten vårdas i hemsjukvård, därför är samverkan mellan vårdcentralen och den kommunala hemsjukvården mycket viktig.

Samverkan kan ske på följande sätt:

- Skriftliga rutiner för utbyte av information om patienten
- Utbildningsinsatser för legitimerad personal möjliggör delegeringar i hemsjukvård när behov finns

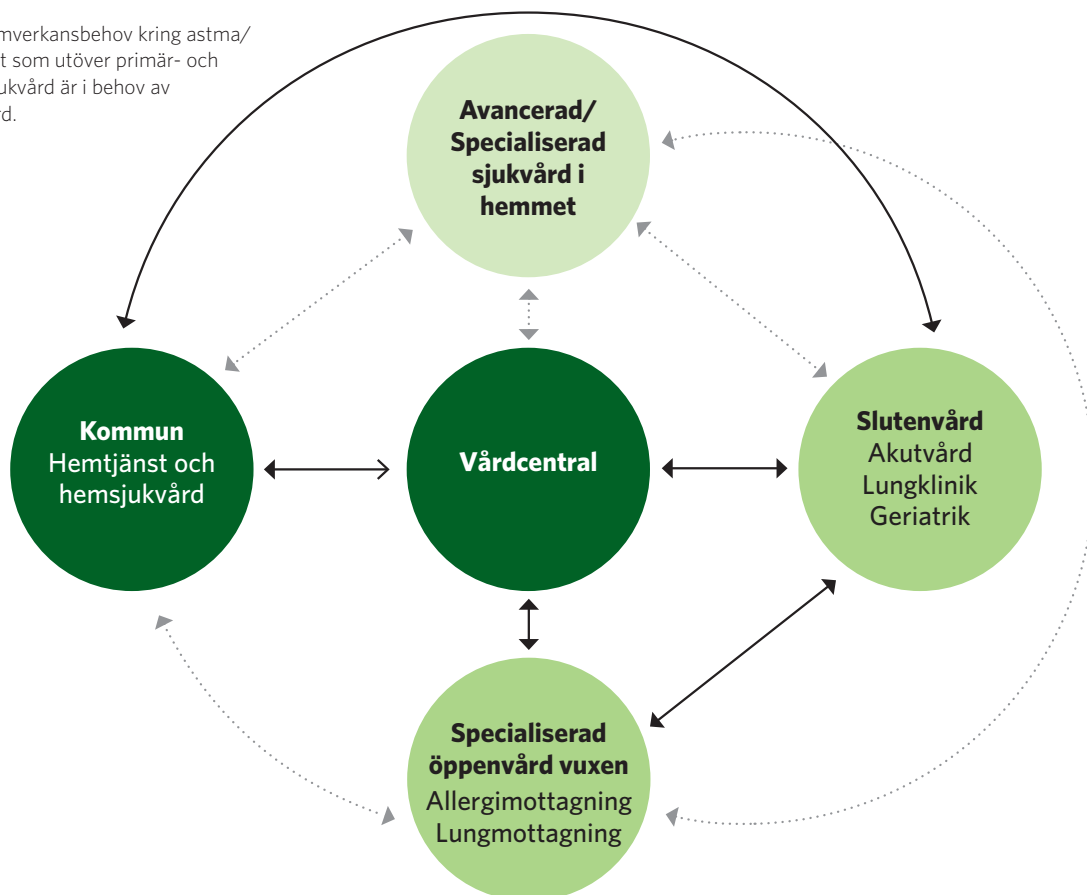
- Skriftlig egenvårdsbedömning om vad som är den legitimerades ansvar och vad som är bedömd egenvård gällande hälso- och sjukvård
- Icke legitimerad personal får utbildning för att öka sin kunskap om astma och KOL.

#### Hemtjänst vid hemsjukvård under primärvårdens ansvar

Samverkan kan ske på följande sätt:

- Skriftliga rutiner för utbyte av information om patienten
- Utbildningsinsatser för personal möjliggör delegeringar i hemsjukvård när behov finns.

Figur 11: Samverkansbehov kring astma/ KOL-patient som utöver primär- och specialistsjukvård är i behov av hemsjukvård.



### Scenario 4. Patienten är i behov av palliativ eller geriatrisk vård

Patienter med KOL eller astma kan behöva palliativ vård i livets slutskede. De kan också behöva vårdas på en geriatrisk avdelning. I båda fallen kan behovet vara temporärt, sjukdomens utveckling eller försämringsperioder kan innebära att patienten växlar flera gånger mellan olika vårdformer. För att vården av dessa patienter ska fungera optimalt är samverkan mellan vårdcentralen, avancerad/specialiserad sjukvård i hemmet och geriatrik ytterst viktig.

Samverkan kan ske på följande sätt:

- Vårdcentralen kontaktas i god tid innan patienten skrivs ut
- Alla enheter och professioner som har varit eller kommer att vara inblandade i vården av patienten träffas för att upprätta en behandlingsplan. Även representanter för hemtjänsten och hemsjukvården bör delta i mötet
- Vården sker i samråd med patienten och anhöriga
- Regelbundna möten är viktiga för att känna till vilka behov patienten har för närvarande och utifrån dessa uppdatera behandlingsplanen
- Allt bör dokumenteras och alla bör ta del av de beslut som tas
- När så bedöms aktuellt sker brytpunktsamtalet mellan läkare och patienten om det medicinska beslutet att övergå till ett palliativt skede.

Figur 12. Samverkansbehov kring en astma-/KOL-patient som är i behov av geriatrisk vård eller palliativ vård. Samverkan sker främst mellan kommun, avancerad/specialiserad sjukvård i hemmet och slutenvård men kan skilja sig över landet.

