

Interprofessionell samverkan astma och KOL

För dig som arbetar inom specialiserad öppenvård för vuxna



I det här dokumentet finner du förslag på samverkansrutiner som kan förenkla samarbetet mellan specialiserad öppenvård 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 samt 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.

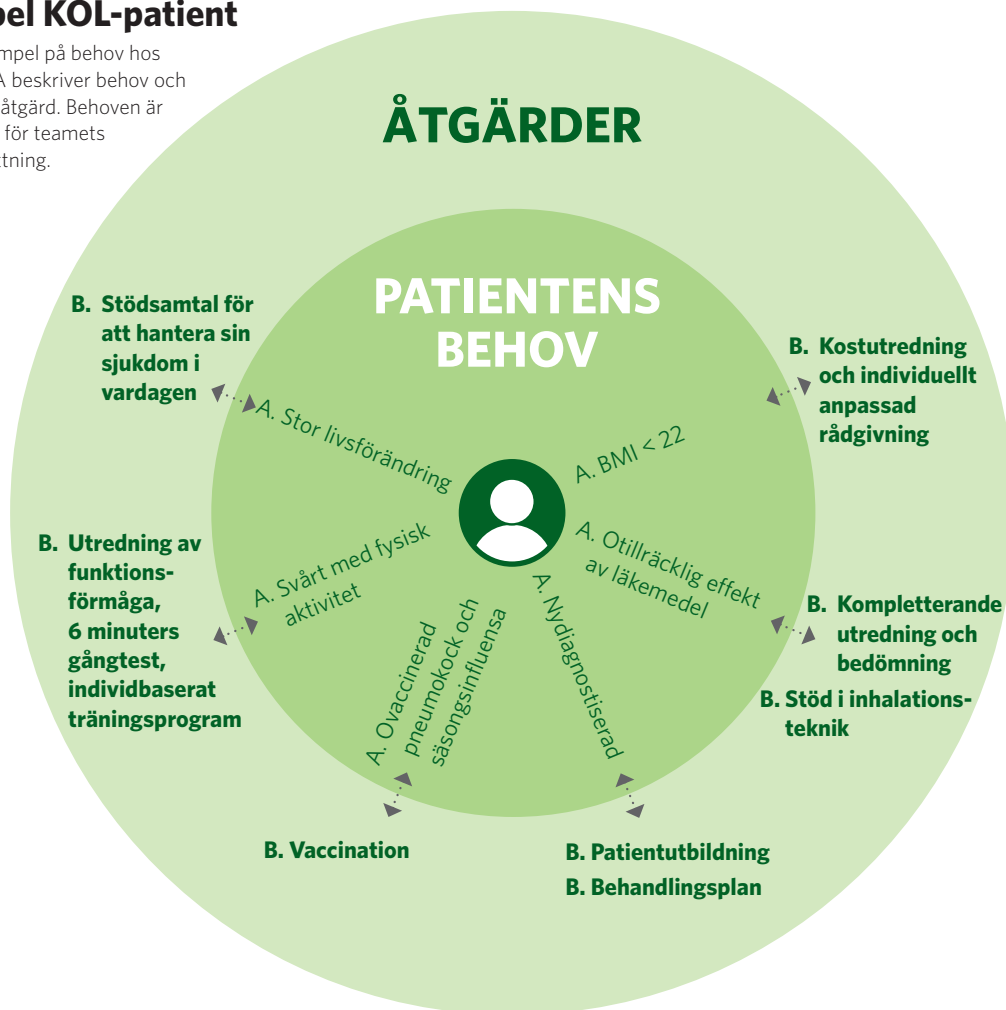
Patientens behov avgör teamets sammansättning

Interprofessionell samverkan kännetecknas av att ett team bildas med utgångspunkt i patientens behov, och i vilket samtliga professioner som är involverad i den aktuella astma/KOL-vården ingår. Teamets sammansättning varierar utifrån de behov som föreligger och inkluderar ofta närstående.

* 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.



Samverkan kring en vuxen patient med astma och/eller KOL

Mot bakgrund av att patienter med astma och/eller KOL skiljer sig åt åldersmässigt och att sjukdomens svårighetsgrad varierar är det inte möjligt att ge råd om specifika vårdprocesser eller flöden genom vården. Behovet skiftar även individuellt. En astma- och/eller KOL-patient behöver ofta vård vid flera vårdnivåer under livet.

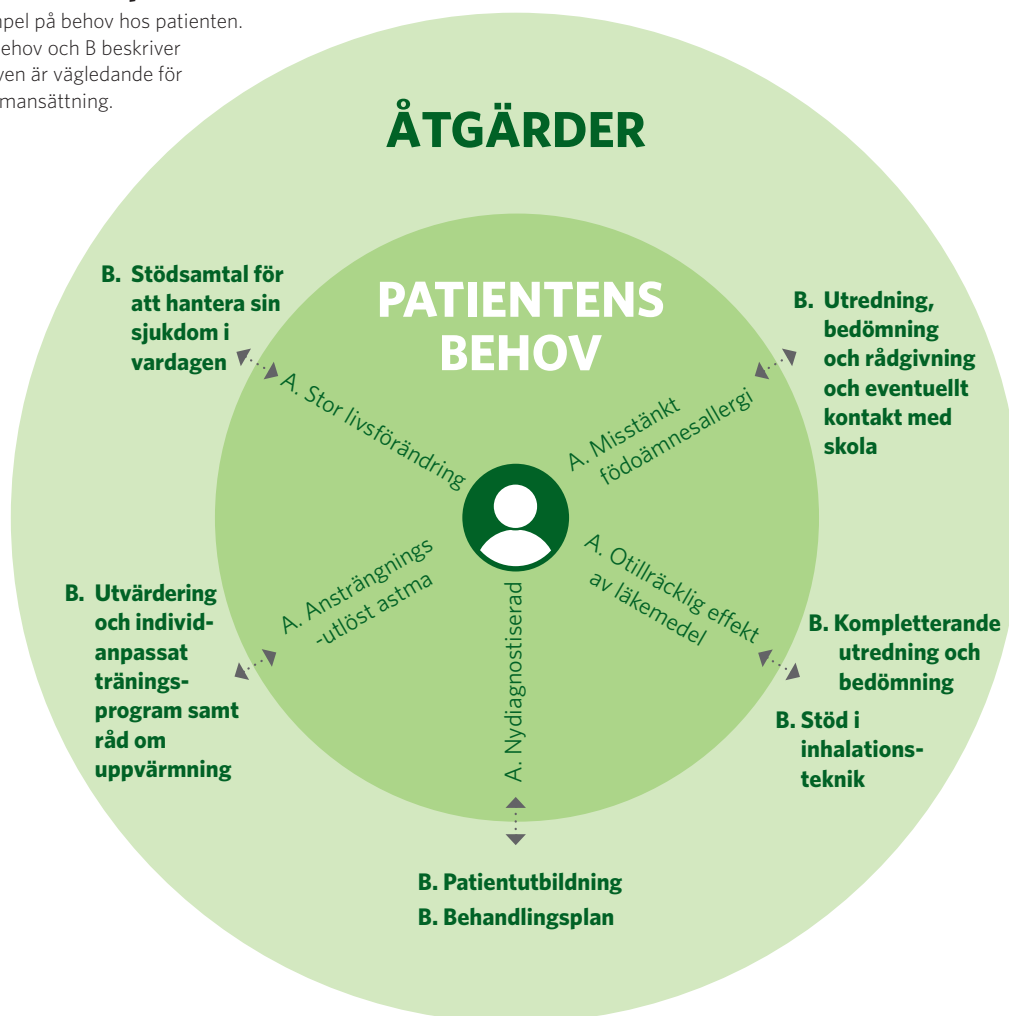
I inledningsskedet av ett samarbete mellan enheter kan det underlätta att ha ett möte i syfte att träffa varandra, fastställa kontaktuppgifter och att komma överens om hur fortsatt samverkan skulle se ut.

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.

Exempel astmapatient

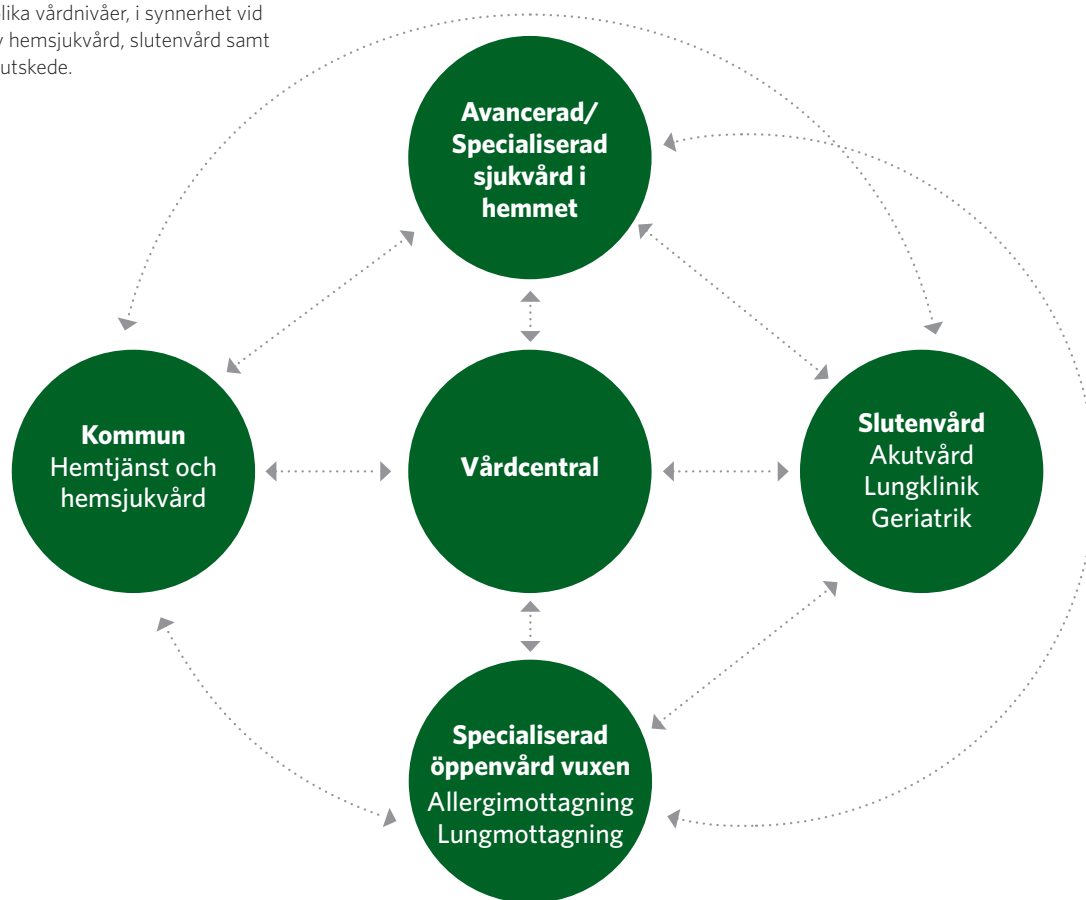
Figur 2: Exempel på behov hos patienten. A beskriver behov och B beskriver åtgärd. Behoven är vägledande för teamets sammansättning.



Samverkansscenarier

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 3: 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

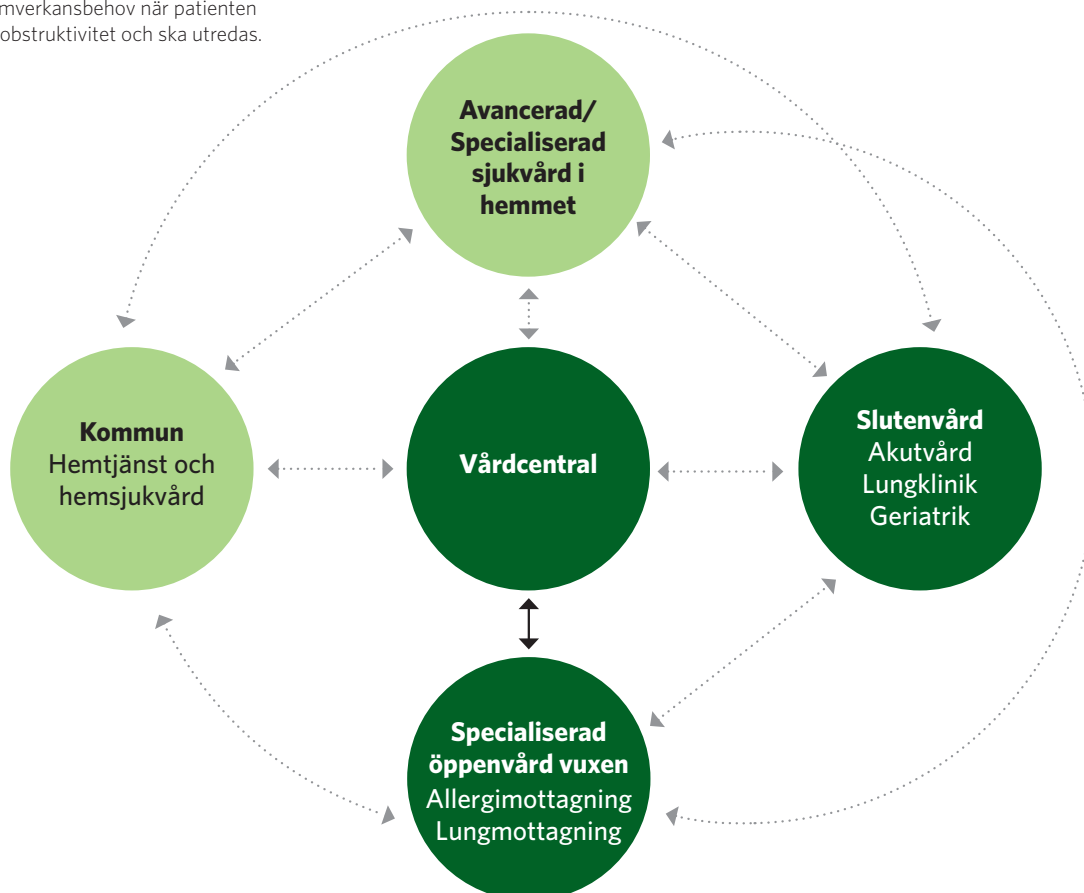
Remisser och hänvisningar kan utformas på olika sätt utifrån lokala förutsättningar och överenskommelser, på många håll använder man gemensamma journalsystem. Nedan används genomgående det vedertagna begreppet remiss.

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

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 de fall diagnosen är oklar. Om en utbildningsläkare svarar på remissen sker det i samråd med specialisten, vilket också anges i svaret.

Figur 4: Samverkansbehov när patienten vårdats för obstruktivitet och ska utredas.



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

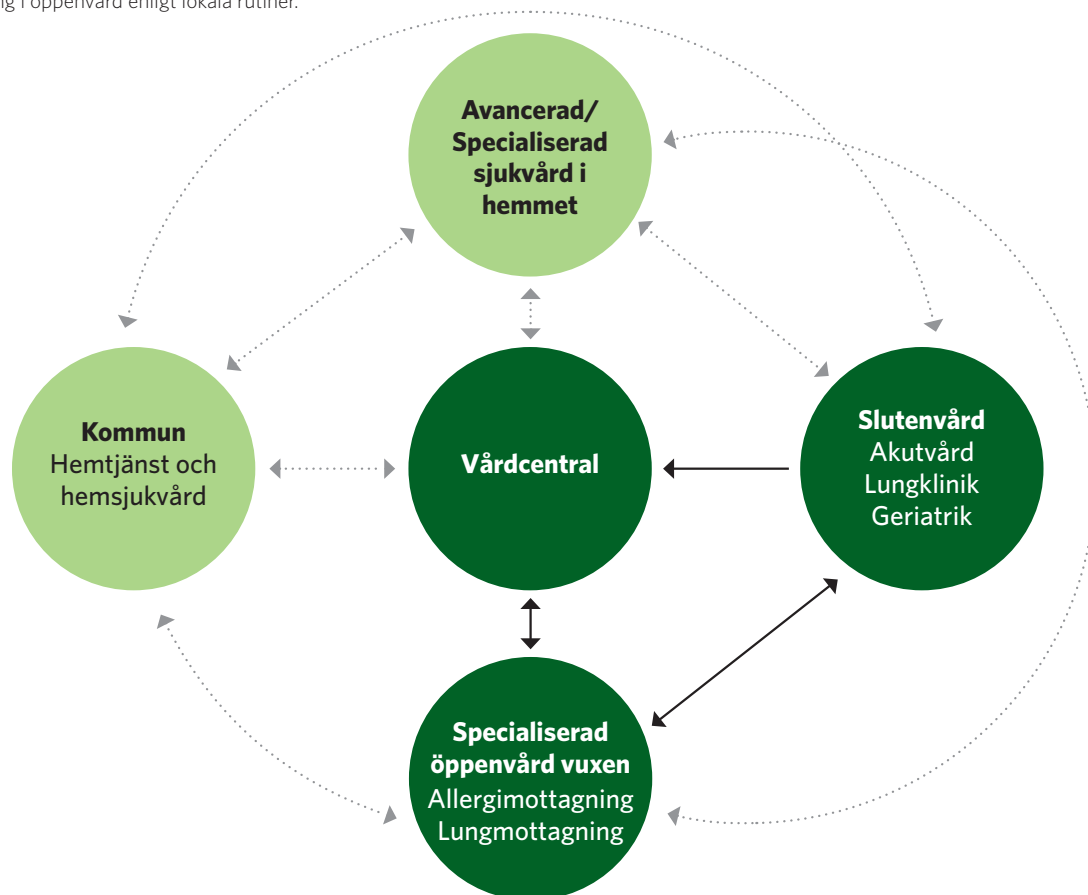
Mot bakgrund av att patienter med akuta obstruktiva besvär bör utredas för eventuell astma eller KOL kan samverka se ut på följande sätt:

- 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 specialist, 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 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 5: 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 viktigt.

Samverkan kan ske på följande sätt:

- Skriftliga rutiner för utbyte av information om patienten

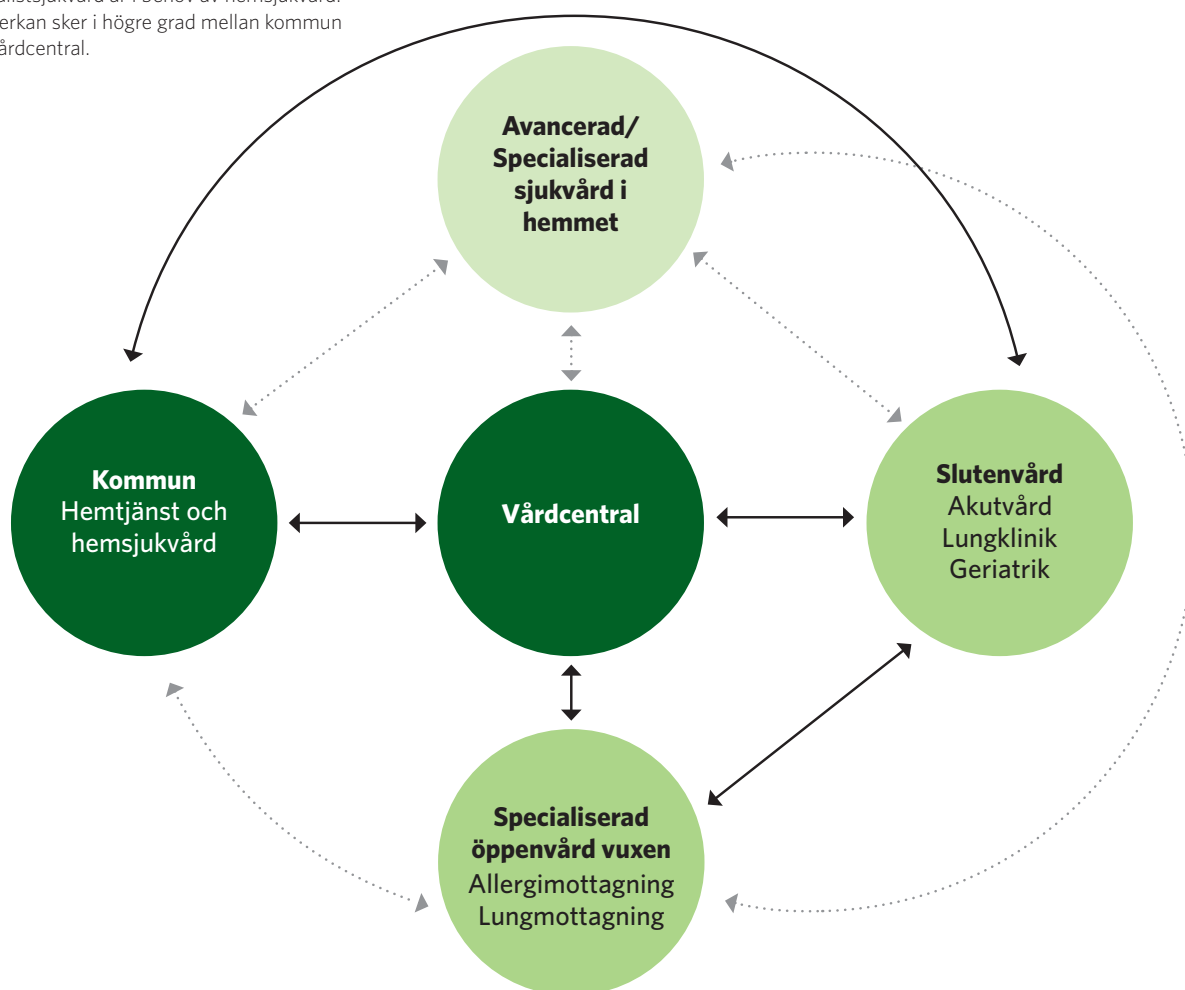
- Utbildningsinsatser för legitimerad personal möjliggör delegeringar i hemsjukvård när behov finns
- Skriftlig egenvårdsbedömning om vad som är den legitimerades ansvar och vad som är bedömd egenvård gällande hälso- och sjukvård
- Icke legitimerad personal får utbildning för att öka sin kunskap om astma och KOL.

Hemtjänst vid hemsjukvård under primärvårdens ansvar

Samverkan kan ske på följande sätt:

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

Figur 6: Samverkansbehov kring astma-/KOL-patient som utöver primär- och specialistsjukvård är i behov av hemsjukvård. Samverkan sker i högre grad mellan kommun och vårdcentral.



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 vid en geriatrisk avdelning. I båda fallen kan behovet vara temporärt. Sjukdomens utveckling eller försämringsperioder kan innebära att patienten växlar flera gånger mellan olika vårdformer.

Samverkan kan ske på följande sätt:

- Vårdcentralen kontaktas i god tid innan patienten skrivs ut.

- Alla enheter och professioner som har varit eller som 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 viktiga för att känna till vilka behov patienten har för närvarande och utifrån dessa aktualisera behandlingsplanen.
- Allt bör dokumenteras och alla ta del av de beslut som tas.
- När så bedöms aktuellt sker brytpunktsamtalet mellan läkare och patienten om det medicinska beslutet att övergå till palliativ vård.

Figur 7. Samverkansbehov kring en astma-/KOL-patient som är i behov av geriatrisk vård eller palliativ vård. Samverkan sker i högre grad mellan kommun, avancerad/specialiserad sjukvård i hemmet och slutenvård men kan skilja sig åt över landet.

