

Retningslinjer for samarbeid mellom spesialist og primærhelsetjenesten for pasienter med livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV)

Retningslinjen er en utdyping og konkretisering av overordnede samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune, vedrørende pasienter med behov for invasiv langtidsmekanisk ventilasjon. Disse pasientene trenger kontinuerlig tilstedeværelse eller tilsyn av trent personale mens behandlingen gis.

Formålet med denne retningslinjen er å bidra til helhet og kvalitet i pasientforløpet samt et geografisk likeverdig behandlingstilbud.

Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) er et behandlingstilbud gitt utenfor sykehus til pasienter med pustesvikt. Hensikten med LTMV er å øke livslengde og/eller bedre livskvalitet. [Nasjonal veileder for langtids mekanisk ventilasjon \(LTMV\)](#) og [Nasjonal faglig retningslinje for langtids mekanisk ventilasjon \(LTMV\) ble utgitt av](#) HelseDirektoratet i 2012. Veilederen gir anbefalinger om hvilke pasientgrupper som bør tilbys langtidsmekanisk ventilasjon (tidligere "hjemmerespiratorbehandling") og hvilke avveininger som bør legges til grunn ved vurdering av den enkelte pasient. Veilederen er utdypende i forhold til diagnostikk, oppstart, oppfølging, jus, etiske utfordringer, kvalitet og sikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Definisjoner:

LTMV (Langtidsmekanisk ventilasjon)	
<ul style="list-style-type: none">• Enhver behandling med maskiner (ventilatorer) som helt eller delvis kan erstatte sviktende pusteevne.• Gjennomføres ved hjelp av en maskin (BIPAP eller respirator) som fungerer som en mekanisk pumpe. Maskinene er enklere utrustet enn sykehusmaskiner, egnet for bruk i hjemmet og kan betjenes av ufaglærte.• Tilkobling mellom pasient og maskin er ved hjelp av maske eller trakeostomi, enten hele døgnet eller deler av døgnet, f.eks om natten.	
BiPAP	<ul style="list-style-type: none">• Enkle, trykkstyrte ventilatorer som fortrinnsvis brukes hos pasienter med en viss egen respirasjon, men hvor ventilasjonsstøtte er nødvendig deler av døgnet.• Maskinen har tilslutning til pasient via en maske = non-invasiv ventilasjon (NIV).• Behandlingen er ikke livsoppretholdende.• Maskinen mangler oftest internbatteri og har færre alarmfunksjoner enn en respirator
Respirator	<ul style="list-style-type: none">• Er en pustemaskin godkjent til livsoppretholdende behandling (24 t i døgnet)• Har alltid internbatteri. Mange innstillingsmuligheter og alarmer.• Kan kobles til maske (non-invasiv) eller trakeostomi (invasiv respiratorbehandling)

LTMV regnes som en spesialisthelsetjeneste enten den utføres på sykehus, i pasientens private bolig eller i en kommunal institusjon fordi behandlingen krever kompetanse som spesialisthelsetjenesten innehar.

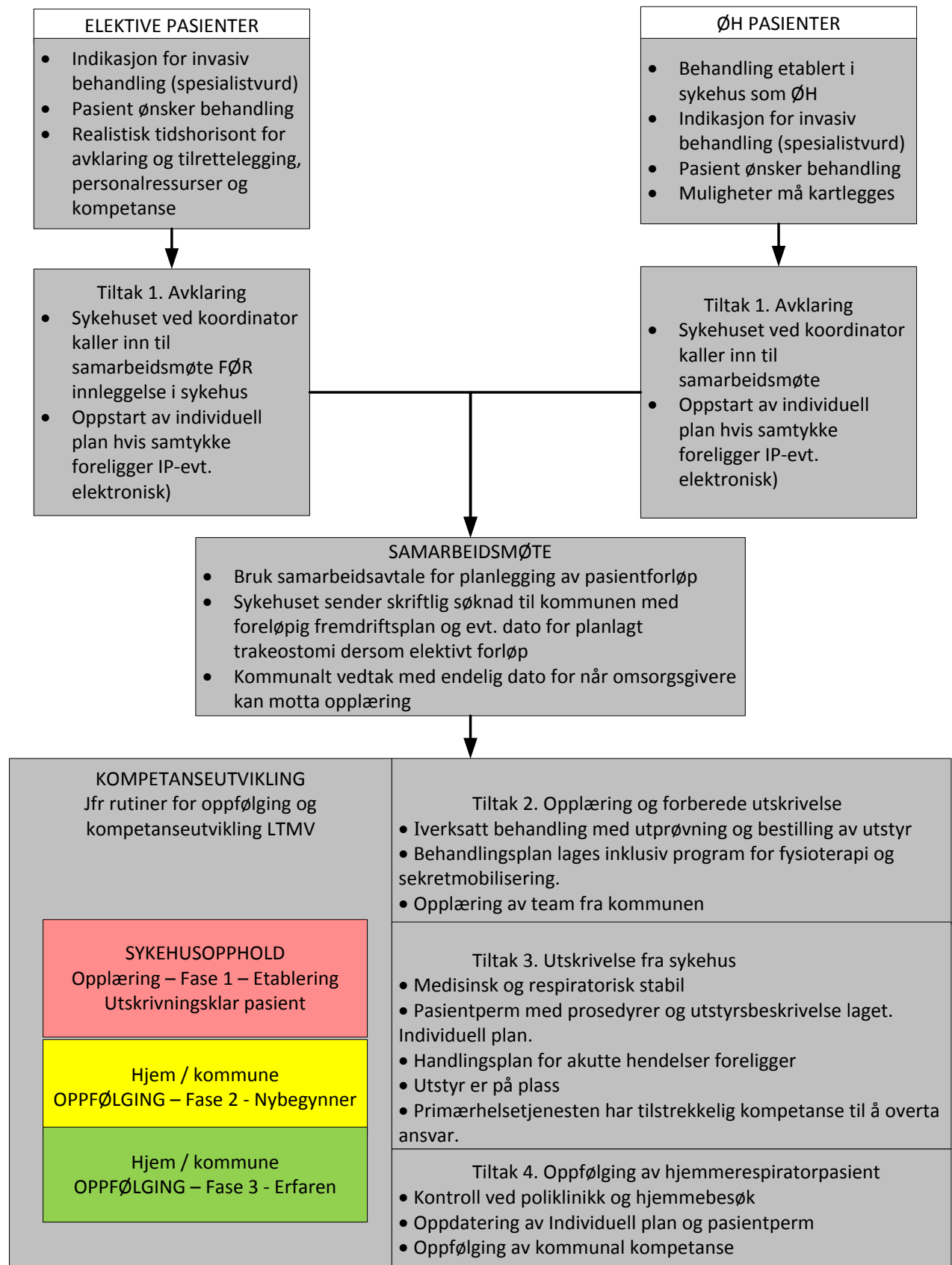
Behandlingsansvarlig spesialist vurderer på individuelt grunnlag om LTMV bør tilbys og hvilke metoder som er egnet. Pasient, verge eller foresatte må ha tilstrekkelig innsikt i behandlingens formål til at de kan medvirke omkring beslutninger i utrednings- og behandlingsprosessen hvor det er påkrevd.

Dersom det er startet opp behandling med LTMV er kommunen ansvarlig for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjeneste når pasienten utskrives fra sykehus. Kommunen har beslutningskompetanse og beslutningsmyndighet i forhold til hvordan tjenestetilbudet til pasienten skal organiseres, f.eks i hjemmet eller i institusjon. Pasientens ønsker skal vektlegges.

Annet relevante regelverk og retningslinjer:

- [Lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4](#) (veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten) § 2-6 (individuell plan)
- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-4](#)
- [Lov om pasientrettigheter](#) § 2-5 (rett til individuell plan) § 3-1 (pasientens rett til medvirkning)
- [Forskrift om Individuelle planer, publikasjonsnr.1 – 1028](#)
- [Forskrift om individuell plan](#)
- [Lov om helsepersonell § 4](#) (forsvarlighet) og § 5 (bruk av medhjelpere)
- [Rundskriv 1 – 45/99](#) Respiratorbehandling i hjemmet
- Overordnede samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus
<http://www.saman.no/2320.160.Startsiden.html>

Flytskjema for invasiv respiratorbehandling med kommunalt pleie- omsorgsbehov



Tiltak:

1. Avklaring av videre behandling.

Henvendelse til kommune / samarbeidsmøte

Oppfølging av pasienter med risiko for alvorlig respirasjonssvikt og pasienter med etablerte LTMV har som mål å redusere behov for akutt oppstart av omsorgskrevende, invasiv behandling til et minimum. Det er da også bedre mulighet for informasjon og pasientmedvirkning i viktige avgjørelser omkring behandlingstilbudet.

Før oppstart av planlagt omsorgskrevende LTMV (elektive pasienter) tar pasientansvarlig lege/kontaktperson ved sykehuset initiativ til et samarbeidsmøte med kommunen (forvaltningsenhet, pleie og omsorg) i god tid før oppstart av livsoppretholdende behandling. Når behandlingen er en følge av øyeblikkelig hjelp situasjon tar pasientansvarlig lege/kontaktperson på sykehuset kontakt med kommune så snart det er mulig etter behandlingsoppstart for å avtale møte.

Samarbeidsmøte holdes så snart det praktisk er mulig og ønskelig. Ofte vil et innledende møte hvor kun spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestens representanter er tilstede være aktuelt. Senere, må pasient og pårørende involveres.

- Fra sykehuset deltar: pasientansvarlig overlege og sykepleier
- Fra kommunen deltar: representanter fra forvaltningen, pleie og omsorg, utøvende tjeneste, evt. helsesøster (barn) og fastlege
- Evt. pasient og pårørende

Se dokument "[Samarbeidsavtale for planlegging av LTMV pasientforløp](#)" for liste over tema for møte.

Samtykke fra pasienten til å utveksle nødvendige helseopplysninger innhentes før møte av kontaktperson på sykehuset.

Det forventes det at kommunen skal ha et team og ressurser på plass innen 2-3 måneder (evt. 6 måneder), avhengig av hvilke krav det stilles til fagkompetanse hos teammedlemmene.

Forvaltningen/pleie og omsorg i kommunen har ansvar for å planlegge et faglig forsvarlig tjenestetilbud

Opplæring av kommunens personell, pårørende eller personlige assistenter er nødvendig og del av planlagt tilrettelegging.

Dersom individuell plan (IP) ikke er påbegynt, har koordinator fra kommunen ansvar for utarbeidelse av IP sammen med pasient/pårørende og dette arbeidet vil evt. kunne initieres eller revideres som en følge av samarbeidsmøtet.

Pasientansvarlig overlege eller sykepleier fra sykehus har ansvar for skriftlig referat i pasientens journal etter samarbeidsmøtet. Signert skjema for samarbeidsavtale skannes inn i pasientjournalen. Kopi av referatet og avtale sendes kommunen umiddelbart.

2. Opplæring/forberede utskrivelse fra sykehus

Behandlingen iverksettes med utprøving og bestilling av utstyr. Behandlingsplan inklusiv program for fysioterapi og sekretmobilisering lages.

Opplæring av kommunalt personale igangsettes så snart som mulig med teori og praksis i henhold til plan,

se "[Opplæringsprogram for pasienter som skal ha LTMV](#)". Opplæringsbehovet vurderes individuelt, team fra kommunen, fastlege, pårørende og pasient er aktuelle for opplæring. Fordeling av kostnader gjøres i forkant av opplæring / hospitering. Som hovedregel belastes kostnadene der disse oppstår slik at spesialisthelsetjenesten betaler for de som gir opplæring/supervisjon og kommunen betaler for de som skal motta opplæring. Opplæring utover oppsatte rammer avtales spesifikt.

Utskriving kan ikke foretas bare etter vurdering av medisinske kriterier i spesialisthelsetjenesten, men må også vurderes i forhold til forsvarlighet i det kommunale tilbudet, blant annet må spesialisthelsetjenesten ha gjennomført grundig opplæring av personell som skal bistå pasienten ved LTMV utenfor sykehuset. Tett samarbeid, planlegging og avklaring av dato for utskrivningsklar pasient er helt nødvendig for å oppnå god logistikk mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ([Nasjonal faglig retningslinje for langtids mekanisk ventilasjon \(LTMV\) kap.7.](#))

Kommunalt vedtak med framdriftsplan og endelig dato for utskrivningsklar pasient sendes aktuell sykehusavdeling så snart dette er klart. Pasienten kodes ferdigbehandlet etter denne dato.

3. Utskrivelse fra sykehus

Sykehuset utarbeider behandlingsplan (epikrise, utskrivningsrapport/pasientperm) for den enkelte pasient, herunder spesialisthelsetjenestens og fastlegens ansvar i øyeblikkelig hjelp situasjoner (presisering av oppgavefordeling mellom første- og andrelinjetjenesten).

Når pasienten er utskrevet er det primærhelsetjenesten som tar over ansvaret for den daglige omsorg og pleie og de funksjoner de har fått i opplæringen. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid et oppfølgingsansvar som også omfatter hjemmebesøk og veiledning utenfor sykehuset.

Ved utskrivelsen skal oppdatert individuell plan og personlig prosedyreperm følge pasienten.

4. Oppfølging av pasient med LTMV

Trakeostomerte, 24 timers ventilerte pasienter trenger tett oppfølging fra sykehuset den første tiden med telefonkontakt, hjemmebesøk og evt. poliklinikk. Første hjemmebesøk innen 1mnd. etter utskrivelse.

Kanyleskifte foretas som regel x 1 per måned og med supervisjon av den som utfører kanyleskifte de første gangene.

Spesialisthelsetjenesten har et veiledningsplikt- og oppfølgingsansvar overfor kommunen med hensyn til det medisinsk faglige i behandlingstilbudet til pasienter med LTMV. I tillegg til opplæring ved oppstart kan spesialisthelsetjenesten delta på "team dager" inntil x 2 per år i kommunen, evt. felledager på tvers av team der det passer inn. Teamet blir å anse som ressurspersoner som etter hvert viderefører kompetansen til øvrige personer i teamet. Kommunen må melde behov angående supervisjon/undervisning til spesialisthelsetjenesten underveis.

Pasienten følges opp av LTMV team ved lunge avdelingen, nevrologisk avdeling, intensiv og barneklubben/barneavdelinger. Pasienter med etablert trakeostomi (invasiv) LTMV går til polikliniske kontroller eller innlegges til regelmessige kontroller ved aktuelt sykehus/avdeling. LTMV team kan også reise ut til pasientene i sine kommuner.

Pasienter med LTMV kan som andre ha behov for legetilsyn av andre grunner enn LTMV, og da er det fastlegen som har det medisinsk faglig ansvaret.

Kommunen har ansvar for videreføring av individuell plan (IP). IP må også beskrive tiltak og oppgavedeling mellom tjenestene som samarbeider omkring pasienten. Planen skal revurderes jevnlig av koordinator i kommunen. Liste over kontaktpersoner ved sykehus og i kommunen skal til enhver tid være oppdatert. Kontaktperson fra sykehus deltar ved behov på ansvarsgruppemøte og ved justering av individuell plan.

Når pasientene er innlagt ved aktuelt sykehus til kontroll, bør innleggelsen kombineres med faglig oppdatering av kommunenes ansatte eller team. Det er sykehuset som avgjør om kommunalt pleieteam rundt pasienten skal være med inn i sykehuset. Når dette er avtalt, er sykehuset økonomisk ansvarlig for lønn og oppholdsutgifter til kommunalt pleieteam mens de arbeider i sykehuset.