

Retningslinje for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for pasienter med langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV)

Korttittel: LTMV-retningslinjen

Behandlet og godkjent av	Dato	Merknad
Helsefelleskapet Ahus og kommunene		
Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg	29.02.2024	Vedtatt
Helsefelleskapet for Ahus og bydelene		
Helsefelleskapet for Ahus og bydelene	06.03.2024	Vedtatt

Dokumentinformasjon	
Versjon	1.0
Eier/revisjonsansvarlig	Helsefelleskapet Ahus og kommunene ved SSU og Helsefelleskapet for Ahus og bydelene
Gyldig fra dato	29.02.24 og 06.03.24
Tid for gjennomgang/revisjon	Ved behov

Innhold

1. Formål og forankring	3
1.1 Nasjonale veiledere	3
1.2 Definisjoner	3
2. Tiltak - forløpsprosess	3
2.1 Flytskjema	5
2.2 Avklaring av videre behandling	5
2.3 Opplæring og forberedelser før utskrivning fra sykehus	6
2.4 Utskrivning fra sykehus	7
2.5 Oppfølging av pasient med LTMV	7
2.6 Oppsummering av spesialist- og primærhelsetjenestens ansvar	7
2.6.1. Spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar	7
2.6.2. Primærhelsetjenestens oppgaver og ansvar	8
3. Evaluering/revisjon og varighet	9

1. Formål og forankring

Retningslinjen bygger på nasjonale lover og forskrifter, og overordnet avtaleverk mellom partnerne i helsefelleskapene, og er en utdyping og konkretisering av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, §§ 6-1 jf. 6-2 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e og [Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Ahus og kommunene](#).

Retningslinjen har som formål å avklare ansvarsforhold mellom Ahus og kommunene og bydelene i Ahus sitt opptaksområde (i teksten brukes kommune synonymt med kommune/bydel), og skal bidra til helhet og kvalitet i pasientforløpet samt et geografisk likeverdig behandlingstilbud. Begrepene pasient og bruker er i denne retningslinjen brukt synonymt.

1.1 Nasjonale veiledere

[Nasjonal veileder for LTMV](#)

[Nasjonal faglig retningslinje for LTMV](#)

1.2 Definisjoner

Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV)

- Behandling med ventilatorer som helt eller delvis kan kompensere for sviktende pusteevne
- Gjennomføres ved hjelp av ventilator som BIPAP, respirator og CPAP (CPAP gjelder kun barn). Ventilatorene er enklere utrustet enn sykehusventilatorer og er egnet for bruk i hjemmet. Utstyret kan betjenes av ufaglærte med sertifisering og god praktisk opplæring
- Behandlingen foregår hele døgnet eller deler av døgnet
- Begrepet LTMV innebærer at behandlingen skjer utenfor sykehus

2. Tiltak - forløpsprosess

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

De trakeostomerte pasientene er avhengig av døgnkontinuerlig pleie og tilsyn.

Pasienter med non-invasiv behandling kan også trenge kontinuerlig tilsyn dersom ikke pasienten er i stand til å ta av og på masken selv og/eller er totalt pleietrengende.

LTMV-pasienten har i hovedsak en nevrologisk eller ortopedisk grunnsykdom med

behov for respirasjonsstøtte hele døgnet eller deler av døgnet grunnet nedsatt egen respirasjonskraft. LTMV-pasienten er i utgangspunktet lungefrisk.

Langtidsmekanisk ventilasjon kan utføres ved

- Non-invasiv behandling - maskebehandling og/eller munnpipeventilering
- Invasiv behandling foregår med en trakeostomikanyle som er etablert i halsen hvor en slange kobles mellom kanyle og aktuell ventilator
- Diafragmapecemaker som stimulerer mellomgulvet til sammentrekning
- Skjoldrespirator som gir negativt trykk

Utstyret som etableres er godkjent for bruk utenfor sykehus og det meste av utstyret har batterikapasitet.

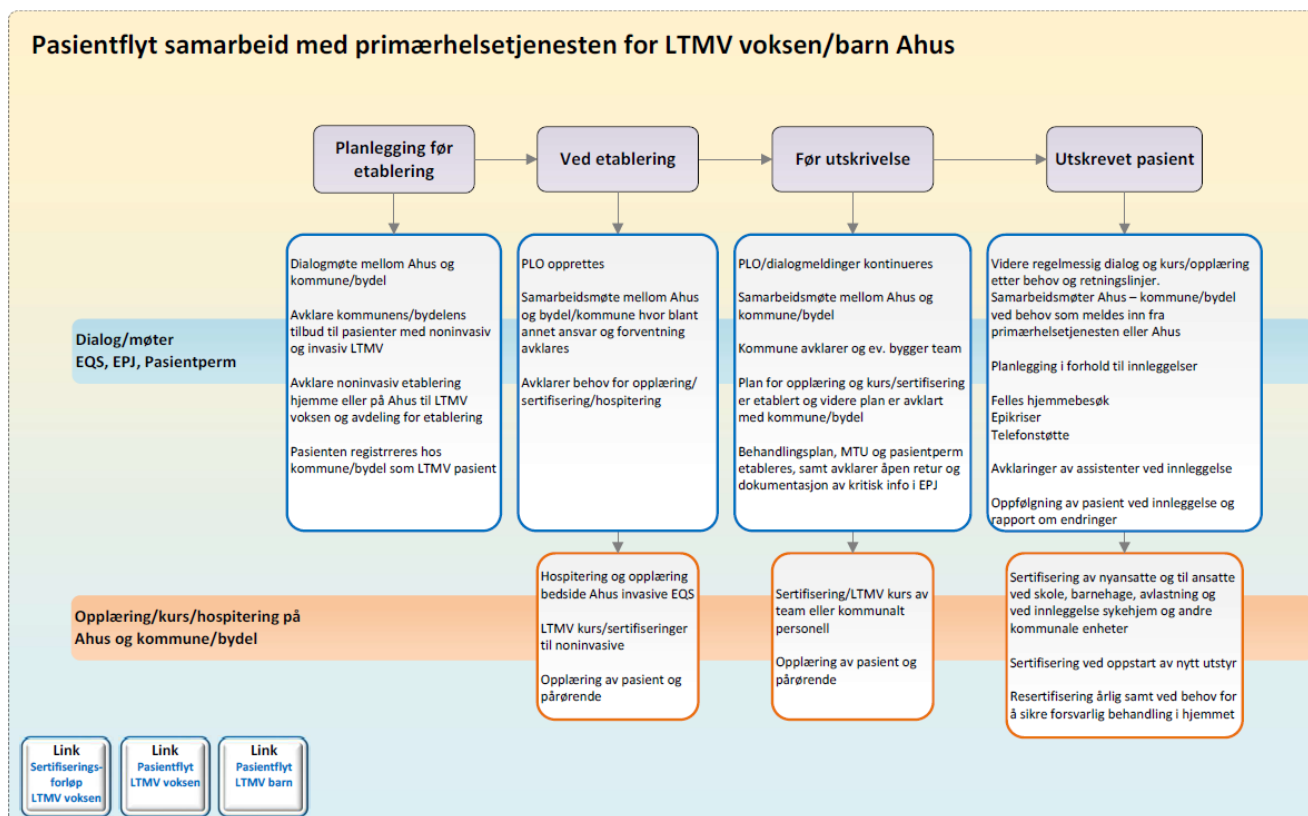
For å utføre de forskjellige behandlingene er det behov for både annet medisinsk teknisk utstyr (MTU) og forbruksmateriell som krever både plass og kompetent personale til utførelsen.

Behandlingsansvarlig spesialist vurderer på individuelt grunnlag sammen med andre aktuelle fagpersoner som har god innsikt i pasientens tilstand, ønsker og behov. Pasient, verge eller foresatte må ha tilstrekkelig innsikt i behandlingens formål til at de kan medvirke til beslutninger i utrednings- og behandlingsprosessen. Pasientens egne meninger og avgjørelser skal vektlegges i denne prosessen. Dette krever at pasienten er samtykkekompetent.

Pasienten kan til enhver tid gi beskjed til helsepersonellet og pårørende at vedkommende vil avslutte en LTMV-behandling. Dette skal meldes til spesialisthelsetjenesten som følger prosedyre for denne prosessen.

Dersom det er startet opp behandling med LTMV er kommunen ansvarlig for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester når pasienten utskrives fra sykehus. Kommunen har beslutningskompetanse og beslutningsmyndighet i hvordan tjenestetilbudet til pasienten skal organiseres, f.eks. i hjemmet eller i institusjon. Pasientens ønsker skal vektlegges. For overgang fra barn til voksen må både spesialisthelsetjenesten og kommunen sørge for gode og planlagte prosesser. Det er laget en egen mal for avtale mellom Ahus og kommunene på pasientnivå, [Avtale om bistand ved LTMV- pasientnivå.](#)

2.1 Flytskjema



2.2 Avklaring av videre behandling

Henvendelse til kommune om samarbeidsmøte

Oppfølging av pasienter med risiko for alvorlig respirasjonssvikt og pasienter med etablert LTMV har som mål å redusere forverring i tilstanden, ubehag, akutt innleggelse på sykehus og oppstart av omsorgskrevende invasiv behandling. Det er spesialisthelsetjenesten som avgjør hvilken type behandling som skal iverksettes. Dette bør avklares i god tid før behandling blir nødvendig.

Før oppstart av planlagt livsoppretholdende behandling av omsorgskrevende LTMV-pasienter tar kontaktperson ved sykehuset initiativ til et samarbeidsmøte med kommunen. Spesialisthelsetjenesten varsler kommunen om dette før behandling iverksettes.

Kommunen har da mulighet til å informere om hvilket tilbud de kan gi etter gjeldende lovverk. Når behandlingen er en følge av en øyeblikkelig hjelp situasjon, tar kontaktperson på sykehuset kontakt med kommunen så snart det er mulig etter behandlingsoppstart, for å avtale et [samarbeidsmøte](#).

Fra spesialisthelsetjenesten deltar representant/er fra LTMV-teamet, samt pasientansvarlig overlege og sykepleier ved inneliggende avdeling. Andre aktuelle fagpersoner kan være sosionom, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut og LTMV-ansvarlig på Behandlingshjelpemidler (BHM) Ahus.

Fra primærhelsetjenesten deltar en representant fra saksbehandlertjenesten, en fra pleie og omsorg -utøvende tjeneste, fastlege, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut og ev andre som blir delaktig i behandlingen.

For barn deltar i tillegg barnekoordinator og helsesykepleier fra kommunen. Pasient og pårørende skal delta i dette møtet.

Kommunen skal etablere et team/ressurser senest en uke så raskt som mulig etter at dato for utskrivelse er satt. Dette krever at spesialisthelsetjenesten informerer og involverer kommunen når behovet for LTMV- behandling melder seg.

Spesialisthelsetjenesten inviterer til hospitering og «bli kjent vakter» så snart pasienten er i stabil tilstand.

Sykehuset skal utarbeide en *behandlingsplan* og kommunen skal tilby pasienten en *Individuell plan*. Dersom en pasient har behov for andre tjenester i spesialisthelsetjenesten, skal kommunen sørge for at planarbeidet koordineres.

2.3 Opplæring og forberedelser før utskrivning fra sykehus

Opplæring av kommunalt personale igangsettes så fort det lar seg gjøre for begge parter, [Opplæringsprogram](#). Opplæringsbehovet vurderes individuelt. Team fra kommunen, fastlege, pårørende og pasient er aktuelle for opplæring. Fordeling av kostnader gjøres i forkant av opplæringen. Hovedregelen er at kostnadene belastes der disse oppstår, slik at spesialisthelsetjenesten tar kostnadene for de som gir opplæring og kommunen tar kostnadene for de som skal motta opplæring. I tilfeller hvor det er behov for opplæring utover oppsatte rammer avtales dette spesifikt. Opplæringsplanene inneholder en sertifiseringsdag. Denne sertifiseringen foretas av alt nytt personell og gjentas årlig til alt personell som har gjennomgått første sertifisering. Sertifiseringen foretas på Ahus eller i kommunale lokaler ut fra hva som er mest hensiktsmessig.

Utskriving kan ikke foretas bare etter vurdering av medisinske kriterier i spesialisthelsetjenesten, men må også vurderes i forhold til forsvarlighet i det kommunale tilbudet. Spesialisthelsetjenesten må 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 primærhelsetjeneste.

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

2.4 Utskrivning fra sykehus

Spesialisthelsetjenesten utarbeider *behandlingsplan* som skal inneholde en samlet oversikt over planlagte tiltak. Behandler og pasient og/eller pårørende skal samarbeide om å utarbeide en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

Det skal følge med epikrise, utskrivningsrapport og *pasientperm* for den enkelte pasient. Spesialisthelsetjenestens og fastlegens ansvar i øyeblikkelig - hjelp situasjoner skal være presisert. Under *Kritisk informasjon* i pasientens journal skal det dokumenteres behandlingsnivå, begrensninger og åpen retur.

Når pasienten er utskrevet fra sykehuset, er det primærhelsetjenesten som tar over ansvaret for pasienten. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid et oppfølgingsansvar som også omfatter hjemmebesøk og veiledning i primærhelsetjenesten når behovet oppstår.

Sykehuset følger videre [sertifiseringsplanen](#) ut fra den enkelte pasients behov og MTU utstyr.

2.5 Oppfølging av pasient med LTMV

Spesialisthelsetjenesten har det faglige ansvaret for styring og oppfølging av behandling knyttet til LTMV.

Fastlegen har det generelle behandlingsansvaret for pasienten. Det må være nært samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Det forventes at fastlegen, hjemmesykepleien og koordinator/teamet til pasienten samarbeider for å sikre at arbeidsforholdene er i samsvar med arbeidsmiljølovens krav.

Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har ansvar for ivaretagelsen av de pårørende til LTMV- pasienten.

2.6 Oppsummering av spesialist- og primærhelsetjenestens ansvar

2.6.1. Spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar

- Invitere til samarbeidsmøte med kommunehelsetjenesten og fastlege. Kopi av referat og avtale sendes umiddelbart og det må sikres lagring i journal
- Behandlingen iverksettes med utprøving, etablering og bestilling av utstyr

- Påse at behandlingen foregår forsvarlig utenfor sykehuset
- Foreta kontroller av pasient og utstyr
- Sørge for nødvendig opplæring av kommunens personell i henhold til opplæringsplan
- Fordeling av kostnader avgjøres i forkant av opplæring og dokumenteres i referat fra samarbeidsmøte
- Utarbeide *behandlingsplan* som omfatter plan for oppfølging av pasienten
- Utnevne en kontaktperson/er
- Spesialisthelsetjenesten har ansvar for førstegangs rekvirering av MTU og forbruksmateriell

2.6.2. Primærhelsetjenestens oppgaver og ansvar

- Kommunalt vedtak med framdriftsplan og endelig dato for pasient sendes aktuell sykehusavdeling så snart dette er klart. Det må fattes vedtak om de hjelpetiltak som må til for at pasienten kan behandles utenfor sykehus og hvordan og hvor denne hjelpen skal gis
- Sørge for at det legges til rette for at personalet får den opplæringen og sertifiseringen som er nødvendig for å sikre faglig forvarlighet i tjenesten
- Sørge for at helsehjelpen er forsvarlig
- Utnevne en kontaktperson/er og/eller koordinator
- Sørge for å utarbeide en Individuell plan (IP) der det foreligger vedtak
- Pasienter uten vedtak på IP skal ha en *tiltaksplan*
- Sørge for at brukerens *tiltaksplan* (for de som ikke har IP) oppdateres
- Vurdere behov for en *Koordinator*
- Samarbeide med spesialisthelsetjenesten og varsle om endringer i tilstanden slik at pasienten får den behandlingen som er nødvendig til riktig tid
- Sørge for å melde inn behov for kurs og kompetanseheving
- Ha oversikt over hvor mange pasienter med LTMV de til enhver tid har
- Sørge for bestilling av tilstrekkelig forbruksmateriell og daglig vedlikehold av MTU
- Ha dialog og oppfølging av sine pasienter dersom kommunen benytter private firmaer
- Fastlegen har det generelle behandlingsansvar for pasienten. Det må være nært samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten om den del av behandlingen som angår LTMV

3. Evaluering/revisjon og varighet

Retningslinjen evalueres etter behov. Partnerne forplikter seg til å gi hverandre fortløpende tilbakemelding dersom det foreligger eller oppstår forhold som bør forbedres underveis.

Retningslinjen trer i kraft fra den datoen den er godkjent og løper inntil den blir revidert.