

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom - KOL

KOL-patienter har fået diagnosticeret en Kronisk Inflammatorisk Lungesygdom med en systemisk komponent. Sygdommen medfører vedvarende tab af lungefunktion og i fremskredne tilfælde vægttab og følgesygdomme, - eksempelvis hjertesvigt.

Det anbefales at patienter på:

- Niveau 1. Mild og moderat KOL. Praktiserende læge er tovholder og ser patienten til kontrol 1 gang om året
- Niveau 2. Svær KOL. Praktiserende læge er tovholder, men patienter følges periodevis i sygehusambulatoriet af speciallæge og/eller specialsygeplejerske.
- Niveau 3. Meget svær KOL. Følges i sygehusregi af speciallæge og/eller specialsygeplejerske.

Stratificering af KOL-patienter skal gentages med mellemrum, idet patientens tilstand kan udvikle sig både positivt og negativt, og således føre til niveau-skift både op og ned i kronikerpyramiden.

Stratificeringskriterier

Stratificeringskriterier for KOL er hentet fra Klinisk Vejledning: "KOL i almen Praksis" af Dansk Selskab for Almen Praksis.

Kriterium	Vejledende stratificering		
	Niveau 1 Almen praksis	Niveau 2 Alternerende	Niveau 3 Sygehus
FEV1 (i % af forventet og i stabil fase)	<i>Mild og moderat KOL:</i> FEV1 \geq 50 % af forventet værdi	<i>Svær KOL:</i> 30 % \leq FEV1 < 50 % af forventet værdi	<i>Meget svær KOL:</i> FEV1 < 30 % af forventet værdi
MRC (Dyspnøgrad)	1-2	3	4-5

Det tværsektorielle forum udvikler nødvendige praktiske vejledninger til brug ved stratificering. Det skal bemærkes, at stratificering til niveau 2 suppleres med et lægeligt skøn af, om patienten er i en stabil eller ikke stabil fase. Denne vurdering er afgørende for arbejdsdeling af indsatsen. På niveau 2 er der således tale om et niveau 2a – patienter i en stabil fase, der overvejende tilbydes rehabilitering i kommunen, og et niveau 2b – patienter i en ikke-stabil fase, der overvejende tilbydes et rehabiliteringsforløb på sygehuset.

Kvantificering i Kronikerpyramidens niveauer

Tabel 1. Vurdering af antal borgere med KOL i de nordjyske kommuner fordelt på kronikerpyramidens 3 niveauer

	Niveau 3 Meget svær (antal personer)	Niveau 2 Svær (antal personer)	Niveau 1 Mild og moderat (antal personer)
Brønderslev	60	240	2.700
Frederikshavn	110	430	4.780
Hjørring	110	460	5.130
Jammerbugt	70	260	2.960
Læsø	5	10	160
Mariagerfjord	70	290	3.210
Morsø	40	150	1.690
Rebild	50	190	2.170
Thisted	80	310	3.490
Vesthimmerland	60	260	2.890
Aalborg	330	1.300	14.670
I alt*:	970	3.900	43.830

* afrundede tal, derfor kan summerne afvige

Sundhedscenter Hasserishave, Aalborg, har et KOL-rehabiliteringstilbud. Siden det startede i november 2006 og til foråret 2008 har 470 været henvist mens 300 har gennemført forløbet. Der er således mange mennesker med KOL, der ikke henvises og mange af de henviste, der ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb. En målrettet indsats kan eventuelt ændre deltagelsen.

Arbejdsdeling

Tabel 2 Arbejds- og ansvarsfordeling i indsatsen for patienter med KOL

KOL-patienter på Niveau 1		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Rygestop	Rygestopinstruktør	Kommune
Kostvejledning	Diætist	Kommune
Motion / træning	Uddannet instruktør Fysioterapeut	Kommunen, der kan aftale: 1. Almen motion i foreningsregi, aftenskole el.lign. 2. Superviseret træning hos fysioterapeut i kommunen.
Medicinsk behandling / vejledning	Læge eller sygeplejerske med specialviden om KOL	Regionen (Praktiserende læge)
Patientundervisning	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL	Kommunen
Psykosocial støtte	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL	Regionen (Praktiserende læge udreder) Kommunen etablerer netværksgrupper
KOL-patienter på Niveau 2a – stabil fase		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Rygestop	Rygestopinstruktør med KOL-	Kommune

	viden.	
Kostvejledning	Diætist med KOL-viden	Kommune
Motion / træning	Fysio- eller ergoterapeuter med KOL-viden	Kommune
Medicinsk behandling / vejledning	Læge eller sygeplejerske med specialviden om KOL	Regionen (Praktiserende læge)
Patientundervisning	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL	Kommune
Psykosocial støtte	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL.	Regionen (Praktiserende læge udreder) Kommunen etablerer netværksgrupper
KOL-patienter på Niveau 2b – ikke stabil fase		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Rygestop	Rygestopinstruktør med KOL-viden.	Regionen (Sygehus)
Kostvejledning	Diætist med KOL-viden	Regionen (Sygehus)
Motion / træning	Fysio- eller ergoterapeuter med KOL-viden	Regionen (Sygehus)
Medicinsk behandling / vejledning	Læge eller sygeplejerske med specialviden om KOL	Regionen (Sygehus)
Patientundervisning	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL	Regionen (Sygehus)
Psykosocial støtte	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL.	Regionen (Sygehuset udreder) Kommunen etablerer netværksgrupper
KOL-patienter på Niveau 3		
Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Rygestop	Rygestopinstruktør med KOL-viden.	Regionen (Sygehus)
Kostvejledning	Diætist med KOL-viden	Regionen (Sygehus)
Motion / træning	Fysio- eller ergoterapeuter med KOL-viden	Regionen (Sygehus)Opfølgning i kommunalt tilbud, evt. i eget hjem
Medicinsk behandling / vejledning	Læge eller sygeplejerske med specialviden om KOL	Regionen (Praktiserende læge eller sygehus)
Patientundervisning	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL	Regionen (Sygehus)
Psykosocial støtte	Sundhedsfagligt personale med specialviden om KOL.	Regionen (Sygehuset udreder) Kommunen etablerer netværksgrupper

Arbejdsdelingen og sammenhængen i patientforløbet sikres yderligere gennem den ansvarsfordeling og henvisningsstruktur, der beskrives i tabel 7 nedenfor.

Tabel 3 Fordeling af andre opgaver mhp. at sikre et sammenhængende patientforløb

KOL-patienter på Niveau 1			
	Praktiserende læge	Sygehus	Kommune
Ansvarlig for:	- Udredning og diagnostik - Kontrol i henhold til SST anbefaling 1 gang årligt	- Evt. udredning / diagnostik af patienter*	- Informere om egne rehabiliteringstilbud. - Etablerer rehabiliteringstil-

	- Tovholder		bud, efter SST's anbefalinger
Kan henvise til:	- Udredning på sygehus. - Kommunale rehabiliteringstilbud	- Kommunale rehabiliteringstilbud. - Praktiserende læge.	- Henvise og visitere til egne tilbud.
<i>* Evt. arbejdsmedicinsk speciallægeundersøgelse, når der er tale om eksponering af støv, røg o.lign.</i>			
KOL-patienter på Niveau 2			
	Praktiserende læge	Sygehus	Kommune
Ansvarlig for:	- Opfølgning efter SST anbefaling, 1 til 2 gange årligt - Tovholder - Back up i kommunens rehabiliteringstilbud, hvis patienten får behov for justeringer. - Behandling ved akut forværring i hjemmet	- Rehabilitering af patienter med væsentlige komplikationer og / eller anden væsentlig sygdom. - Behandling af patienter der henvises p.g.a. akut forværring.	- Rehabilitering af patienter med: o moderat KOL o svær KOL i stabile faser efter den vedtagne stratificering.
Kan henvise til:	- Kommunale eller sygehus rehabiliteringstilbud - Sygehus ved akut forværring	- Kommunale rehabiliteringstilbud. - Kommunal opfølgning*	Kommunal opfølgning*
<i>* Sundhedsstyrelsen anbefaler opfølgende tilbud om fysisk træning mhp, at patienten kan opretholde og udnytte en bedret fysisk status. Det anbefales, at kommunen stiller et sådant tilbud til rådighed.</i>			
KOL-patienter på Niveau 3			
	Praktiserende læge	Sygehus	Kommune
Ansvarlig for:	- Opfølgning efter SST's anbefaling, 1 til 2 gange årligt - Tovholder - Behandling ved akut forværring i hjemmet	- Rehabilitering af patienter med væsentlige komplikationer og / eller anden væsentlig sygdom. - "brush up" for patienter der har fået rehabilitering på sygehuset - Behandling af patienter der henvises p.g.a. akut forværring.	- Opfølgning på rehabilitering på sygehus – fx træning i eget hjem, hjælpeforanstaltninger i eget hjem.
Kan henvise til:	- rehabiliteringsforløb på sygehus - "Brush up" på sygehuset - Sygehus ved akut forværring	Kommunal opfølgning.	

Forløbskoordinator og tovholder

Den praktiserende læge er tovholder. Der tilknyttes forløbskoordinator efter kriterierne i tabel 8.

Tabel 4. Forløbskoordinator for patienter med KOL.

Hvor i patientforløbet	Niveau 3 – meget svær KOL
Kriterier for tilknytning af forløbskoordinator	Patienter der ikke selv kan eller magter at tage affære omkring egen rehabilitering.
Forløbskoordinatorens kompetencer	Specialviden om KOL, som udgangspunkt fra sekundærsektoren, men kan være fra kommunen
Ansvarlig for at stille forløbskoordinator til rådighed	Regionen eller Kommune

Forløbskoordinatorens opgaver	Beskrevet af Sundhedsstyrelsen – herudover skal det aftales nærmere mellem den enkelte kommune og regionen: <ul style="list-style-type: none">○ om systematisk opfølgning i hjemmet kan overtages af ilt-distriktsordningen, hvis en sådan findes og er involveret.○ Rammer for telefonisk kontakt med forløbskoordinatoren, hvis der opstår problemer eller forværring.
-------------------------------	---