

Tracheotomerte voksne pasienter med LTMV. Vurdering, opplæring og samarbeid internt og eksternt.

Gjelder for:	Medisinsk klinikk/Medisinsk sykepleieavdeling/Medisinske poster/Overvåkingspost
Dokumenttype:	Pasientforløp
Sist endret:	06.06.2024

1. Henvisning

Tracheostomi og oppstart av LTMV-behandling (langtids mekanisk ventilasjon) skal være elektiv for å kunne gi nødvendig og tilstrekkelig pasientinformasjon i forkant. Dette for å sikre en god beslutningsmulighet for pasienten og eventuelt pårørende. Akutt og ikke planlagt LTMV-behandling er ikke ønskelig.

I forkant av henvisning:

- For å sikre at pasienter med behov for LTMV får tilstrekkelig informasjon, og sikre god kvalitet og medvirkning i beslutningsprosessen, er det viktig med tidlig tverrfaglig samarbeid.
- Pasientansvarlig lege ved seksjonen pasienten tilhører, tar kontakt med LTMV-team knyttet til Overvåkingspost C5 (MOV).
- Tverrfaglig møte med pasientansvarlig lege, LTMV ansvarlig lungelege, LTMV sykepleier/fagsykepleier MOV og LTMV koordinator/ALS sykepleier nevrologisk avdeling.
 - [Pasienter med nevromuskulær sykdom og respirasjonssvikt - avklaring og behandling](#)
- Pasienten og evt. pårørende informeres om behandlingen og psykiske, somatiske og sosiale konsekvenser av en slik behandling.
- Informert muntlig samtykke innhentes fra pasienten
 - [Samvalg](#)

Tjenestekontoret i pasientens hjemkommune får beskjed om at slik behandlingen vurderes for aktuell pasient. Dette gjøres via dialogmelding i Dips også med forespørsel om hvor kommunen kan tilby slik behandling. Henvisningen skal skje i god tid før en evt. behandling er aktuell.

2. Vurdering

Tilbud om LTMV-behandling vurderes av pasientansvarlig lege og LTMV-ansvarlig overlege ved Lungeseksjonen, relatert til årsak, prognose og nytte av slik behandling. Når det besluttes oppstart av LTMV-behandling, må det foreligge kriterier for når behandlingen skal avsluttes. Dette skal fremkomme i [LTMV: Livstestament brukermal](#). Pasienten og evt. pårørende skal informeres om dette.

Det vil hele tiden være pasientansvarlig lege ved henvisende seksjon som har hovedansvaret for pasienten, mens LTMV-ansvarlig overlege og LTMV-teamet har ansvar for behandlingen.

3. LTMV Forløp

- Tverrfaglig samarbeidsmøter mellom relevante fagpersoner på SiV, pasient og pårørende. Beskrevet i retningslinjen:
 - [Pasienter med nevromuskulær sykdom og respirasjonssvikt - avklaring og behandling](#)
- Samarbeidsmøter mellom aktuell kommune og SiV.

LTMV-team ved Overvåking C5 innkaller kommunen til samarbeidsmøte mellom pasient, kommune og SiV, så snart pasienten vurderes som kandidat for behandlingen. Kommunen plikter seg til å kunne møte innen 7 virkedager. Samarbeidsavtale signeres. Livstestamentet utarbeides og signeres.

- [Samarbeidsmøte for pasient med langtids mekaniskventilasjon \(LTMV\) i kommunen](#)[LTMV: Livstestament brukermal](#)
- Pasientens beslutning journalføres og er styrende for videre behandling, også ved akutt forverring av respirasjonsproblemer.
- Kommunalt vedtak med framdriftsplan sendes SiV.
- LTMV - team etableres i kommunen. På plass senest innen 3 måneder ved elektiv oppstart av behandling.

4. Behandling og opplæring

- Pasienten innlegges etter avtale og behandling starter.
- Opplæringsprogram for LTMV- teamet fra kommunen gjennomføres, så snart teamet er etablert.
 - [Opplæringsprogram for pasientteam fra kommunen til voksne pasienter med invasiv LTMV.](#)
- Dokumentasjon på opplæring gjøres ved at den ansatte i kommunen og veileder på MOV signerer på følgende skjemaer:
 - [Sjekkliste for opplæring ved invasiv LTMV-behandling for voksne.](#)
 - [Dokumentasjon for LTMV-opplæring av teamet rundt pasienten i kommunen.](#)
- LTMV-team på MOV bestiller alt nødvendig medisinsk teknisk utstyr for pasienten.
- Prosedyreperm utarbeides av LTMV-team på MOV, og følger pasienten ved hjemreise.
- Dato for hjemreise besluttes og fylles ut i skjemaet:

[Samarbeidsmøte for pasient med langtids mekaniskventilasjon \(LTMV\) i kommunen](#)

5. Oppfølging

Ved utskrivelse:

- Individuell plan og prosedyreperm følger pasienten.
- Utreise planlegges av MOV i samarbeid med kommunen.
- Pasienten følges fra MOV til bosted av 1 fra LTMV teamet fra kommunen og en sykepleier fra LTMV-teamet ved MOV.

Etter utskrivelse:

- Telefonkontakt
 - LTMV-team MOV tar kontakt med teamleder i kommunen i etterkant av utskrivelse. Se pkt. 3.4 i
 - [Opplæringsprogram for pasientteam fra kommunen til voksne pasienter med invasiv LTMV.](#)
- Fagdager i kommunen.
 - LTMV sykepleier MOV har ansvar for å organisere fagdager hvert halvår for LTMV teamet i kommunen. Se pkt 3.4 i
 - [Opplæringsprogram for pasientteam fra kommunen til voksne pasienter med invasiv LTMV.](#)
- LTMV ansvarlig overlege innkaller til polikliniske kontroller og kanyleskift.

6. INTERNE REFERANSER

1.6.2.18.1	Pasienter med nevromuskulær sykdom og respirasjonssvikt - avklaring og behandling
1.6.4.1.1.1	Samvalg
2.2.5.4.2.4.2	Samarbeidsmøte for pasient med langtids mekaniskventilasjon (LTMV) i kommunen
2.2.5.4.2.4.3	Opplæringsprogram for pasientteam fra kommunen til voksne pasienter med invasiv LTMV.
2.2.5.4.2.4.4	Sjekkliste for opplæring ved invasiv LTMV-behandling for voksne.

[2.2.5.4.2.4.5](#) [Dokumentasjon for LTMV-opplæring av teamet rundt pasienten i kommunen.](#)

[2.2.5.4.2.4.6](#) [LTMV: Livstestament brukermal](#)

7. EKSTERNE REFERANSER

[LTMV. Nasjonal faglig retningslinje for langtids mekanisk ventilasjon \(LTMV\)](#)

8. VEDLEGG

Flytskjema for pasienter med LTMV som skal utskrives til hjemkommune:

