

Opgave- og ansvarsfordeling

TeleCare Nord Hjertesvigt



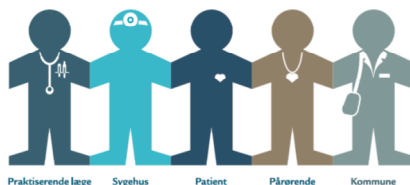
Praktiserende læge

Sygehus

Patient

Pårørende

Kommune

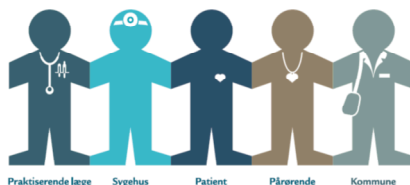


TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

Indholdsfortegnelse

Opgave og ansvarsfordeling for TeleCare Nord Hjertesvigt.....	2
Det sammenhængende forløb	2
Ansvarsfordeling ved opgaver for TeleCare Nord Hjertesvigt.....	3
Præcisering af opgavernes indhold	5
Identifikation og henvisning	5
Inklusion, instruktion og uddannelse.....	6
Inklusionskriterier	6
Eksklusion	6
Ønskede henvisningsoplysninger.....	6
Oplæring og uddannelse	7
Opfølgning på data	8
Principper for opfølgning	8
Kompetencer	10
Elektronisk kommunikation ved samarbejde og overgange	10
Fælles overskrifter	10
Ved henvisning til kommunen.....	10
Elektronisk kommunikation i forbindelse med skift af opfølgningsansvar på monitoreringsdata mellem kommune og hospital	11
Kommunikation imellem kommune og almen praksis	11
Almen praksis	11
Identifikation og henvisning	11
Adgang til data.....	11
Samarbejde med kommunen	12
Samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og hjertesvigtsambulatoriet.	12



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

Opgave og ansvarsfordeling for TeleCare Nord Hjertesvigt

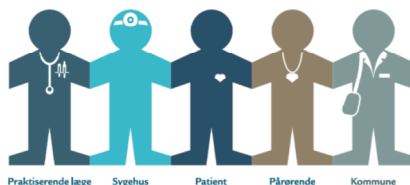
Aftale om en opgave og ansvarsfordeling for TeleCare Nord Hjertesvigt gælder for projektperioden 1. dec. 2015 til 30. nov. 2017 og omfatter patienter og borgere med hjertesvigt, som opfylder inklusionskriterierne og som er henvist til projektet. Aftalen beskriver opgaverne, definerer det faglige indhold og placerer ansvaret.

Tilrettelæggelsen af opgave og ansvarsfordelingen, samt beskrivelsen af det faglige indhold tager afsæt i erfaringer fra TeleCare Nord KOL, og genbruger en række principper for det tværsektorielle samarbejde omkring tilbud om telemedicin til patienter med hjertesvigt. Dette gælder princippet om at opgave og ansvarsfordelingen skal afspejle LEONprincippet; at patient / borger modtager den indsats, denne har behov for i den givne situation, på lavest effektive omkostningsniveau. Samtidig skal patienten / borgeren i praksis opleve et sammenhængende forløb, hvor overgangene er sikret, og hvor stafetten ikke slippes, før den anden part har taget over.

Med afsæt i patientens behov, forudsætninger og sygdomstilstand tilrettelægges et individuelt forløb. Princippet for tilrettelæggelsen af patientforløbet er, at der arbejdes efter en model, som patienter / borgere med hjertesvigt får gavn af på sigt, og som er i overensstemmelse med al anden udvikling inden for området, bl.a. sammenhængende og differentieret hjerterehabilitering i regi af den sygdomsspecifikke sundhedsaftale i Nordjylland. Der fastholdes en rehabiliterede og forebyggende tilgang, hvor netop de individuelle differentierede forløb er en forudsætning. Det betyder, at telemedicin til målgruppen af patienter med hjertesvigt kan have forskellige variationer afhængigt af patientens / borgerens behov og forudsætninger. Varigheden af tilbud kan ligeledes variere og beror på en løbende vurdering af patientens / borgerens behov.

Det sammenhængende forløb

Forløbet starter allerede ved den indledede behandling efter diagnostisering af hjertesvigt, hvor der i hjertesvigtsambulatoriet tages stilling til og lægges en plan for patientens forløb med telemedicin. Nogle patienter vil få erstattet nogle af deres fremmødekonsultationer i hjertesvigtsambulatoriet med en telemedicinsk opfølgning. Hos andre patienter vil fremmødekonsultationen blive understøttet af de telemedicinske data forud for konsultationen. Ligeledes kan telefoniske kontakter og opfølgninger blive understøttet med telemedicin. Størstedelen af patienterne fortsætter deres forløb med telemedicin med kommunal opfølgning efter afslutning af deres forløb i hjertesvigtsambulatoriet. Nogle patienter / borgere



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

starter først deres telemedicinske forløb ved overgangen til opfølgning i kommune og almen praksis. Hjerterehabiliteringen udgør en del af patientens/borgerens forløb og vil ske koordineret med det telemedicinske forløb. Ved stillingtagen til opstart med telemedicin tages ligeledes stilling til behov for tilbud om hjerterehabilitering. Hjerterehabiliteringen udgør en del af patientens/borgerens forløb og kan foregå sideløbende med det telemedicinske forløb i enten hospitalsregi eller i kommunen. Henvisning til dette sendes særskilt.

Telemedicin ved hjemmemonitorering præsenterer derfor både potentialet for at understøtte i det indledende patientforløb i optitreringen¹ og rehabiliteringen, når patienten / borgeren er tilknyttet hjertesvigtsambulatoriet, og for at patienten / borgeren bliver mere aktiv og involveret, med støtte fra sundhedsfaglige, igennem sit forløb med en kronisk sygdom med øget egenomsorg og mestring til følge. Hjemmemonitoreringen kan derved medvirke til hurtigere at identificere en begyndende forværring i den kroniske sygdom hjertesvigt, efter afslutning i hjertesvigtsambulatoriet.

Ansvarsfordeling ved opgaver for TeleCare Nord Hjertesvigt

Nedenstående tabel beskriver ansvarsfordelingen i forhold til opgaver ved TeleCare Nord Hjertesvigt. Dette afspejles i projektperioden af tilrettelæggelsen af forskningsprojektet som et randomiseret forskningsprojekt.

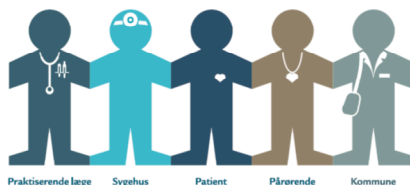
- Identifikation af patienter/borgere
- Henvisning af patienter/borgere
- Instruktion/oplæring og uddannelse af patienter/borgere
- Opfølgning på telemedicinske data og kontakt til patienter / borgere

Tabel 1 Opgave - og ansvarsfordeling²

Aktivitet / opgave (Forløbet)	Ansvarlige for at udføre	Kompetencer
Identifikation Patienten/borgeren som opfylder inklusionskriterier tilbydes telemedicin.	Hospital Hjertesvigtsambulatorie, v. øvrig ambulant kontrol, v. indlæggelse Praktiserende læge kan i mødet med patienten i konsultationen identificere patient. Dvs. patienter allerede afsluttet til	Sundhedsfaglige

¹ Farmakologisk behandling påbegyndes i lave doser og trappes op til maksimalt tolerable dosis.

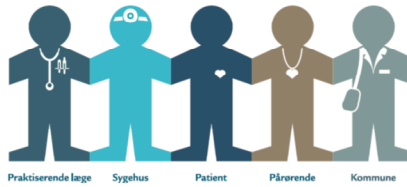
² Der er beskrevet særskilt notat vedrørende den forskningsmæssige inklusion, herunder håndtering af samtykke, patientinformationsmateriale og lodtrækningsprocedurer for hospitaler og kommuner.



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

Inklusionen foregår løbende, og primært fra hjertesvigtsambulatorier (Skal koordineres med forskningsdesign)	almen praksis fra hjertesvigtsambulatorie Kommune i sundhedscentre og hjemmesygeplejen (borgeren skal omkring egen læge som har mulighed for at henvise)	
Henvisning Patienten/borgeren henvises med den elektroniske henvisning Ref01 til patientens kommune. Altid med overskriften Hjertesvigt TeleCare Nord	Hospital / Hjertesvigtsambulatorie / Ambulant kontrol / Indlæggelse (altid med besked til praktiserende læge om, at patient er henvist) Almen Praksis kan henvise	Lægefaglige kompetencer i hjertesvigtsambulatorie og almen praksis (ved ordination af grænseværdier og opfølgingsinterval)
Administrative opgaver Oprettelse i OpenTele Bestilling af udstyr	Kommune	Administrative kompetencer
Oplæring og uddannelse – er to delt 1. Patienten / borgeren instrueres i at anvende udstyret og i at tage målinger.	Kommune	Sygeplejefaglige kompetencer
2. 2-4 uger efter instruktion. Patient / borger undervises i hjertesvigt, behandling og symptomer, betydning af KRAM og rehabilitering.	Hospital: Når patienten / borgeren er henvist til telemedicin under forløb i hjertesvigtsambulatorie og med telemedicinsk opfølgning på hjertesvigtsambulatoriet. Kommune: Når patienten / borgeren er henvist til telemedicin med telemedicinsk opfølgning i kommune	Sygeplejefaglige kompetencer
Opfølgning på måledata Der ses på, vurderes og tolkes på måleværdier og svar på spørgsmål med henblik på evt. intervention.	Hjertesvigtsambulatorie: Når patienten / borgeren går i forløb i hjertesvigtsambulatorie. Behandlingsansvarlig: Kardiologisk Speciallæge Kommunen har adgang til at se data. Kommune: Ved patienter / borgere henvist til telemedicinsk opfølgning i kommunen.	Sygeplejefaglige kompetencer



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

	<p>Behandlingsansvarlig: Almen praksis (Efter afslutning i hjertesvigtsambulatorie)</p> <p>Hospitalet kan overtage opfølgning på data efter en indlæggelse pga. hjertesvigt: V. akut indlæggelse i forb. m. hjertesvigt vurderer kardiolog om situationen er stabil eller ustabil. Er den ustabil tages kontakt til hjertesvigtsambulatorie, som vurderer om ansvar for at følge op på patientens / borgerens måledata skal overtages. Ansvaret overdrages igen til kommune v. stabil tilstand.</p>	
--	---	--

Præcisering af opgavernes indhold

I beskrivelse af opgaverne er der fokus på at præcisere opgavernes indhold, samarbejdet og kravet til kompetencer til løsning af opgaverne. Opgaverne løses primært af eksisterende driftsorganisationer, men nogle kan også løses af private aktører (f.eks. logistik) Løsningen af opgaverne kan medføre både nye og ændrede arbejdsgange.

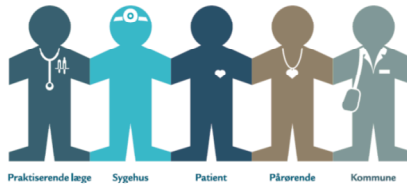
For uddybelse af opgavernes indhold og arbejdsgange se faglige instrukser for TeleCare Nord Hjertesvigt på:

www.telecarenord.dk

Identifikation og henvisning

Da patienterne/borgerne færdes på tværs af sektorer, vil hospitaler, almen praksis og kommuner kunne identificere patienter/borgere, som kan have gavn af telemedicin. Denne identifikation sker i mødet med patienten/ borgeren og på baggrund af et kendskab til den enkeltes situation og sygdom.

Hospitalet, hjertesvigtsambulatorierne, identificerer og henviser størstedelen af patienter / borgere til opstart i TeleCare Nord Hjertesvigt. Dette kan også ske i forbindelse med kontrol, f.eks. ekkokontrol, eller efter indlæggelse med diagnosen hjertesvigt (Arbejdsgange omkring dette beskrives). Ved henvisning af disse patienter / borgere påfører hospitalet på den elektroniske henvisning Ref01, om det er hospitalet eller kommunen, der følger op på de telemedicinske målinger. Ved patienter / borgere som går i forløb i hjertesvigtsambulatoriet er det hospitalet, som følger op på de telemedicinske målinger. Ved patienter / borgere, som er afsluttet eller afsluttes i hjertesvigtsambulatoriet, er det kommunen, som følger op på de telemedicinske målinger (borgeren kan godt have en kontakt til hospitalet, f.eks. pacemaker kontrol eller ekko, evt. halvårligt). Almen praksis informeres altid om, at en patient / borger er henvist. Almen praksis



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

modtager besked fra kommunen, når patienten / borgeren er opstartet med telemedicin for de patienter / borgere, som følges i kommunen.

Almen praksis henviser til projektet med den elektroniske henvisning Ref01 til kommunen, som følger op på de telemedicinske målinger.

Ved henvisning tager lægen stilling til, hvor ofte der skal følges op på de telemedicinske data. Som udgangspunkt er det en gang om ugen. Ved behov for to gange om ugen oplyses dette på henvisningen. Patienter der er i optitrering på hospitalet følges som udgangspunkt 1-3 gange om ugen på hverdage, eventuelt hyppigere hvis hospitalet klinisk vurderer, der er behov herfor.

Grænseværdier for målinger sættes ved henvisning, hvis disse afviger fra de forudsatte alarmgrænser. Dette oplyses på henvisningen.

Inklusion, instruktion og uddannelse

Inklusionskriterier

For at kunne få tilbud om telemedicin skal diagnosen hjertesvigt være stillet med en ekkokardiografi. Patienter i NYHA kategorierne 2,3 og 4 inkluderes. Derudover skal patienten / borgeren have fast bopæl i Region Nordjylland og praktiserende læge i Region Nordjylland³.

Patienten / borgeren skal være motiveret for et telemedicinsk tilbud.

Der skal være mulighed for kommunikation med patient / borger, evt. ved pårørende.

Eksklusion

Manglende mulighed for telefonisk kontakt / adgang til telefon. Hvis patienten / borgeren ikke evner at deltage af øvrige årsager.

Obs: Comorbiditet er **ikke** et eksklusionskriterie.

Patienten / borgeren skal afgive skriftligt samtykke⁴.

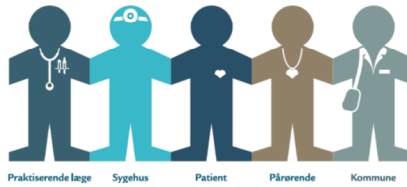
Ønskede henvisningsoplysninger

Henvisning sker til kommunen fra hospitalet for størstedelen af patienterne / borgerne. Almen praksis kan henvise patienter, jf. den alm. gode henvisning, for de patienter praksis møder i konsultationen.

Henvisningen bør indeholde:

³ Ved patienter / borgere med praktiserende læge i Region Midt kan disse inkluderes, hvis den praktiserende læge kan godkende dette. Der skal være kontakt til egen læge inden inklusion.

⁴ Der er beskrevet særskilt notat vedrørende den forskningsmæssige inklusion, herunder håndtering af samtykke, patientinformationsmateriale og lodtrækningsprocedurer for hospitaler og kommuner



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

- Patientens stamdata (navn, CPR, adresse, telefon)
- Eventuel pårørende, relation, samt tlf. nr.
- Højde / vægt
- Blodtryk
- NYHA kategori
- Comorbiditet
- Årsag til at patient har hjertesvigt
- EF%, og evt. dato
- Derudover hvis der er afvigelser fra standard opfølgningsinterval og alarmgrænser
- Specielle hensyn

Henvisningen sendes fra hospital eller almen praksis med REF01 og har altid overskriften Hjertesvigt TeleCare Nord.

Ved henvisning til kommunal telemedicinsk opfølgning skal patienten / borgeren være færdig i optitrering, og optitreret til den maksimalt tolerable dosis, have en EF på ≤ 40 og være stabil.

Kommunen opstarter patienten/borgeren. Reaktionstiden tilstræbes at være på maks. 7-8 hverdage inden for hvilke patienten / borgeren oprettes i OpenTele på baggrund af henvisningens ordinationer, og i de rette patientgrupper. Borger/patient kontaktes af kommunen, udstyret bestilles v. support og leveres hos borger af privat aktør. Det tilstræbes, at indenfor 15 hverdage fra modtagelse af henvisning har patienten / borgeren fået instruktion i anvendelse af udstyr.

Oplæring og uddannelse

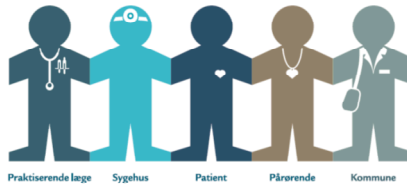
Ansvar for patientuddannelse i relation til TeleCare Nord Hjertesvigt er et delt ansvar mellem kommune og hospital og er todelt; oplæring i anvendelse af udstyr og uddannelse med fokus på sygdomsforståelse.

Oplæring i anvendelse af udstyret

Varetages af kommunen ved en sygeplejerske. Patienten / borgeren bliver instrueret i anvendelse af udstyret og i at tage målinger. Det anbefales, at den kommunale enhed, som har den primære kontakt til patienten / borgeren, har ansvaret for at instruere patienten / borgeren – og sidenhen varetager kontakten til borgeren i opfølgningen på data.

Patienten/borgeren skal med fokus på empowerment ved instruktionen opnå en viden omkring:

- Udstyret – og hvordan dette betjenes korrekt: tablet, blodtryksapparat og vægt.
- Hvordan og hvor ofte målingerne skal tages (procedurer, samme tid på døgnet. Hvile før BT mm).
- Hvad betyder målingerne – forståelse.
- Hvordan skal der svares på spørgsmål (spørgsmål vises og gennemgås på tablet).
- Patient / borger oplyses om, hvem der ser på data, og hvordan der følges op. Patienten / borgeren skal være oplyst om, at ved akut sygdom/akutte situationer skal egen læge, vagtlæge / 1-1-2-kontaktes.
- Patienten / borgeren skal være oplyst om, hvem han el. hun kan kontakte, hvis der er problemer med udstyret (ét telefonnummer).



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

De første 14 dage efter instruktion i brug af udstyr udfører patienten / borgeren målinger dagligt for at blive fortrolig med udstyret.

Instruktionen kan foregå i patientens / borgerens hjem eller på hold i kommunen.

Uddannelse - Sygdomsforståelse

Varetages i et delt ansvar mellem hospital og kommune. Patienter / borgere med forløb i hjertesvigtsambulatorie varetages af hospital. Patienter som afsluttes eller er afsluttet i hjertesvigtsambulatoriet varetages af kommunen.

2-4 uger efter instruktionen skal der ske en opfølgning med / hos patienten / borgeren, hvor fokus er på sygdomsforståelse og på om patienten / borgeren kan betjene udstyret. Patienter/borgere, der ikke selv, evt. med hjælp fra pårørende, kan anvende udstyret kan evt. tilbydes hjælp dertil af kommunen.

Det er vigtigt, at patienten / borgeren bliver tryk ved at bruge udstyret og får en forståelse for mønstret i egne data. Borgeren skal opnå forståelse af relevansen af målinger og stillede spørgsmål og sammenhængen mellem målingers værdier, velbefindende og livsførelse. Ved opfølgningen sker en gennemgang af målingerne med patienten/borgeren og betydningen af data drøftes, herunder sammenhængen mellem målinger og livsstil, og med mulighed for patienten / borgeren at stille opklarende spørgsmål. Den løbende uddannelse sker i relationen mellem sygeplejerske og patient / borger, med øget opmærksomhed på betydningen af målingerne.

Der er fokus på:

- Hjertesvigt, symptomer og tegn på forværring
- Forebyggelse, KRAM og rehabilitering / træning
- Hvad betyder målingerne
- Behandling – medicin
- Opmærksomhed på samarbejdspartnere i patientens / borgerens forløb

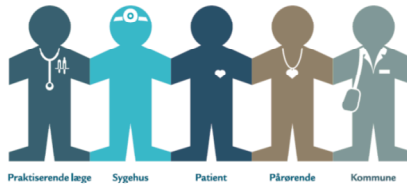
Opfølgning på data

Opfølgning på monitoreringsdata, der omfatter målinger (Blodtryk, puls og vægt) samt svar på symptomspecifikke spørgsmål, rejse-sætte test og NYHA er et sygeplejefagligt ansvar, og varetages i et delt ansvar af kommunen og hospitalet, afhængigt af hvor patienten er i sit forløb.

Opfølgningen indebærer, at patientens / borgernes data ses, tolkes og vurderes med henblik på, om der skal ske en intervention. Der følges systematisk op på patientens / borgerens måledata efter fastsatte intervaller 1 til 2 gange om ugen i kommunen – på hverdage i dagtimer. Patienter / borgere der er i optitrering på hospitalet følges som udgangspunkt 1-3 gange om ugen på hverdage evt. hyppigere, hvis hospitalet klinisk vurderer, der er behov herfor. Patienter / borgere opfordres til daglig vejning af hjertesvigtsambulatoriet. De daglige vejninger er nødvendige for at se patientens / borgerens normale vægtmønster over tid. Det er dog ikke nødvendigt at tjekke værdier dagligt.

Principper for opfølgning

Følgende principper for opfølgning er gældende:



TeleCare Nord Hjertesvigt

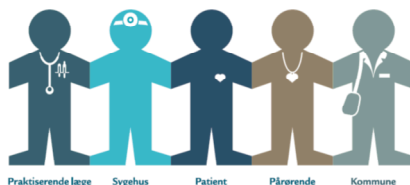
10.08.2016

Formål

- At arbejde hen i mod, at patienten / borgeren selv bliver i stand til at forstå data og tage ansvar for egen sygdom, med støtte fra de sygeplejefaglige.
- At (lære borgeren / patienten at) identificere en eventuel begyndende udvikling i sygdommen i negativ retning med henblik på at iværksætte eventuelle tiltag i tide til at bremse denne udvikling fx rehabilitering i hjemmet/på sundhedscenter, kontakt til egen læge eller behandling.
- At skabe tryghed for patienten / borgeren. Målingerne bliver set, vurderet og tolket på de aftalte dage. Der kvitteres for alle data. Hvis aftalte målinger ikke modtages som forventet, kontaktes patienten / borgeren jvf. instruks ved udeblevne målinger.

Opgave og Ansvar

- At opfølgning på monitoreringsdata er et sygeplejefagligt ansvar.
- At sygeplejersken ser og kvitterer for alle data på de aftalte opfølgingsdage
- At der er telefonisk kontakt med patienten / borgeren omkring data i de situationer, hvor målinger eller svar på spørgsmål indikerer en forandring i tilstanden i negativ retning.
- At opfølgning er på hverdage i dagtimerne og efter aftale med patienten / borgeren, enten den hverdag der er målt eller senest den efterfølgende hverdag. Ved akut /pludselig opstået forværring skal patienten/borgeren benytte de sædvanlige kontakter; herunder egen læge, vagtlæge eller 112.
- Ved udeblevne målinger (markeret med blå alarm) vurderes årsager og patienten / borger kontaktes eventuelt. Ved gentagne udeblevne målinger er der opmærksomhed på patientens / borgerens motivation for at anvende telemedicin.
- Ved ferie eller helligdage skal patienten / borgeren være informeret, hvis data ikke ses på aftalte opfølgingsdage. Ved sammenfald af helligdag og opfølgingsdag følges op på data på førstkommande normale opfølgingsdag. Det anbefales, at en ferieperiode uden opfølgning ikke overstiger 3 uger.
- At behandlingsansvarlig er praktiserende læge, når patient er afsluttet fra hjertesvigtsambulatoriet til almen praksis. Samarbejde og kommunikation mellem kommune og almen praksis fortsættes som vanligt.
- At behandlingsansvarlig læge er kardiologisk speciallæge, så længe borger er tilknyttet hjertesvigtsambulatoriet.



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

Kompetencer

Det er personale med sygeplejefaglige kompetencer, som har ansvar for de telemedicinske opgaver, herunder oplæring, uddannelse og opfølgningen af monitoreringsdata. Opgaverne varetages af en sygeplejerske, som er oplært i telemedicin og med følgende kompetencer: Erfaring som sygeplejerske min. 2 – 5 år⁵ anbefales, sygdomslære om hjertesvigt, herunder symptomer som kræver særlig opmærksomhed og handling i de tilfælde, hvor der observeres negativ udvikling, viden om hvordan denne gruppe håndteres, også ved begyndende forværringer og når patienterne/borgerne er dårlige. Viden om medicin, som er den hyppigste behandling af hjertesvigt. Kendskab til de hyppigste psykosociale udfordringer, såsom social isolation og depression. Personalet skal forstå og kende formålet med telemedicin og have erfaring med måling af blodtryk, puls og vægt. Personalet skal kende betydningen af de målinger, der foretages og de spørgsmål der stilles. Personalet skal kunne anvende viden om hjertesvigt, herunder symptomer og behandling og (gen)kende symptomer og reagere på subjektive og objektive tegn ved forværring.

Sygeplejersken skal derudover være bekendt med opgave- og ansvarsfordelingen i TeleCare Nord Hjertesvigt

Der udover er det en sygeplejefaglig kerneopgave at være opmærksom på patientens / borgerens eventuelle behov. Herunder behov for visitation eller henvisning til andre ydelser.

Elektronisk kommunikation ved samarbejde og overgange

Ved overgange og samarbejde omkring og med patienten / borgeren på tværs af sektorer beskrives kommunikationen med udgangspunkt i eksisterende aftalt kommunikationspraksis i regi af sundhedsaftalerne. Dér hvor TeleCare Nord har skabt nye samarbejdsrelationer på tværs, med behov for kommunikation, beskrives ny kommunikationspraksis.

Fælles overskrifter

Ved al kommunikation imellem aktørerne anvendes én fælles overskrift: Hjertesvigt TeleCare Nord.

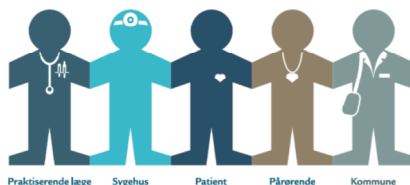
Ved henvisning til kommunen

Den elektroniske henvisning REF01 anvendes til at henvise til projektet.

Kommune: Når hjemmesygeplejen/sundhedscenter/visitation mfl. finder en borger og vurderer, at denne er i målgruppe for at blive tilbudt telemedicin, tages der efter aftale med borger kontakt til praktiserende læge i en korrespondancemeddelelse, med forslag om inklusion.

Obs: Eventuel henvisning til hjerterehabilitering sendes særskilt.

⁵ Det handler om at have faglig sikkerhed i opgavevaretagelsen, og være i stand til at observere borgeren, reagere hensigtsmæssigt og kende betydningen af konkurrerende lidelser. I nogle tilfælde kan en nyuddannet varetage opgaverne. Gerne erfaring fra kardiologisk eller medicinsk afdeling, men dette er ikke en forudsætning. Kardiologisk efteruddannelse, eller elementer heraf anbefales. Tilsvarende kompetenceniveau for kommunalt personale i regi af den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for hjerte og karsygdomme vedr. sammenhængende hjerterehabilitering.



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

Elektronisk kommunikation i forbindelse med skift af opfølgningsansvar på monitoreringsdata mellem kommune og hospital

Kommunikationen imellem kommune og hospital skal være klar, således det sikres, at ingen er i tvivl om, hvem der har ansvaret for at se på data.

I de tilfælde hvor hospitalet vurderer, at der er behov for, at hospitalet i en periode har ansvaret for at følge op på data efter f.eks. indlæggelse, tager hospitalet ansvaret aktivt, hvilket både markeres i monitoreringssystemet og ved at hospitalet sender en korrespondancemeddelelse til kommunen om, at hospitalet nu har taget ansvaret for en periode. Kommunen svarer på denne korrespondancemeddelelse til hospitalet og afgiver hermed ansvaret.

Hospitalet giver ansvaret tilbage til kommunen med en korrespondancemeddelelse til kommunen om igen at overtage ansvaret for opfølgningen på data, og kommunen svarer på denne korrespondancemeddelelse, om at kommunen nu har taget ansvaret. Det betyder, at den sektor, der har ansvaret ikke slipper dette, før den anden sektor har taget ansvaret aktivt.

Kommunikation imellem kommune og almen praksis

Når der er data, som indikerer at patientens / borgerens tilstand bevæger sig i en negativ retning, kan der være behov for, at patienten / borgeren (evt. med støtte fra hjemmesygeplejen el. sundhedscentret) kontakter den praktiserende læge (som ved nuværende praksis). Såfremt der er tale om en akut situation vil denne kontakt som vanligt være telefonisk.

Almen praksis

Den praktiserende læge er tovholder for patienter med kroniske lidelser. Den praktiserende læge vil kunne anvende telemedicinske data i det kliniske arbejde i konsultationen med hjertesvigtspatienten, hvilket kan være medvirkende til at sikre kvaliteten af behandlingen.

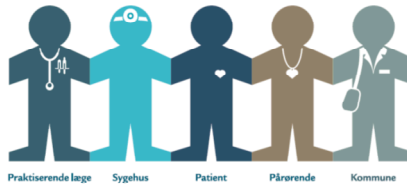
Identifikation og henvisning

De patienter med kendt hjertesvigt som almen praksis møder i konsultationen, kan almen praksis henvise til projektet (henvises til kommunen på en alm. sygehushenvisning), hvis det skønnes, at patienten opfylder inklusionskriterierne og kan have gavn af hjemmemonitorering. Dette vil være patienter, som tidligere er afsluttet fra hjertesvigtsambulatoriet til almen praksis.

Der kan være patienter i almen praksis, hvor der er usikkerhed omkring, hvorvidt diagnosen er stillet ved ekkokardiografi, eller om patienten er optitreret til maksimalt tolerable dosis. Disse patienter kan som vanligt henvises til udredning på hospitalet. Herefter vil hospitalet tage stilling til henvisning til projektet.

Adgang til data

Almen praksis har ikke ansvar for at følge systematisk op på patienters telemedicinske målinger. Denne opgave varetages af kommunen for de patienter / borgere, der er afsluttet i hjertesvigtambulatoriet, eller varetages af hospitalet, så længe patienten er i et forløb i hjertesvigtsambulatoriet. Almen praksis har adgang til at se patienternes telemedicinske data på sundhed.dk, og kan vælge at anvende data til at



TeleCare Nord Hjertesvigt

10.08.2016

understøtte en konsultation, kontrol eller behandling. Patienten kan også medbringe tablet med egne data i konsultationen.

Samarbejde med kommunen

Kommunen varetager opgaven omkring opfølgning på patientens / borgerens telemedicinske målinger, og varetager kontakten med patienten / borgeren, når denne er afsluttet på hjertesvigtambulatoriet. Der kan opstå situationer, hvor der er behov for, at patienten / borgeren enten selv kontakter egen læge, eller at f.eks. en kommunal sygeplejerske kontakter borgerens praktiserende læge. Dette kan være situationer, hvor patienten / borgeren er blevet dårligere, eller oplever forværring i sin hjertesvigtssygdom, understøttet med de telemedicinske data; vægt, blodtryk, puls og svar på symptomspecifikke spørgsmål som åndenød, træthed og ødemer.

Almen praksis er som vanligt behandlingsansvarlig læge, når patienten er afsluttet fra hospitalet til almen praksis.

Samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og hjertesvigtambulatoriet.

For patienter / borgere som afsluttes fra hjertesvigtambulatoriet til almen praksis, og som fortsætter med hjemmemonitorering med kommunal opfølgning / monitorering på de telemedicinske data kan der være behov for, at den praktiserende læge har brug for råd og vejledning omkring behandling og symptomer vedrørende en patient / borger. Dette kan være en patient, som henvender sig i klinikken, enten af sig selv – eller den kommunale sygeplejerske har henvendt sig. Ved opstart af patient / borger på TeleCare Nord under forløbet i hjertesvigtambulatoriet / optitreringsforløbet gives besked til almen praksis. Når hospitalet henviser en patient / borger til projektet sendes ved afslutning i hjertesvigtambulatoriet besked til almen praksis om, at denne patient er henvist til TeleCare Nord hjertesvigt samt eventuel anvisning til almen praksis på behov for regulering i behandling v. ændringer i tilstand. Der oplyses kontaktnummer til hjertesvigtambulatoriet.

