



Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Opgave og ansvarsfordeling for TeleCare Nord Hjertesvigt | 2 |
| Ansvarsfordeling ved opgaver for TeleCare Nord Hjertesvigt | 3 |
| Præcisering af opgavernes indhold | 5 |
| Identifikation og henvisning | 5 |
| Inklusion, instruktion og uddannelse | 5 |
| Inklusionskriterier | 5 |
| Eksklusion | 6 |
| Opstart | 6 |
| Oplæring og uddannelse | 6 |
| Opfølgning på data | 7 |
| Opgave og Ansvar | 7 |
| Kompetencer | 8 |
| Elektronisk kommunikation ved henvisning, samarbejde og overgange | 8 |
| Almen praksis rolle i TeleCare Nord Hjertesvigt | 9 |
| Samarbejde om patienten | 9 |
| Evaluering og varighed af forløbet | 9 |
| Litteraturliste | 11 |

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

Opgave og ansvarsfordeling for TeleCare Nord Hjertesvigt

Aftalen beskriver opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune, hospital og almen praksis i TeleCare Nord Hjertesvigt. Målet for aftalen er at sikre et sammenhængende og koordineret tværsektorielt telemedicinsk tilbud i behandling og rehabilitering af patienter med hjertesvigt¹. Aftalen omfatter alle mennesker (omtales herefter som patienter uanset hvor de har deres primære kontakt) med hjertesvigt, som opfylder inklusionskriterierne og som er henvist til tilbuddet. Aftalen beskriver opgaverne, definerer det faglige indhold og placerer ansvaret. Det faglige indhold i opgaveløsningen, kommunikation og samarbejde i overgange og de kliniske arbejdsgange forbundet med den enkelte opgave er beskrevet mere indgående i faglige instrukser, som findes på www.telecarenord.dk.

Der oprettes et netværk med medlemmer fra arbejdsgruppen bag opgave- og ansvarsfordelingen som løbende ajourfører sig om nye kliniske retningslinjer eller anden faglig relevant viden, som har betydning for opgave- og ansvarsfordelingen og de tilhørende instrukser. I netværket kan medlemmerne melde ind med relevante opdateringer mm. og mødes såfremt der er behov herfor.

Formålet med TeleCare Nord Hjertesvigt

Formålet med aftalen om opgave- og ansvarsfordeling er at fastlægge målgruppen for den telemedicinske hjemmemonitorering og at sikre et tilbud hvor det sundhedsfaglige indhold er af høj kvalitet. Udbredelse af telemedicin til patienter med hjertesvigt er til gavn for både de inkluderede og samfundet. Det telemedicinske tilbud omfatter alle nordjyske kommuner som sammen med hjertesvigtklinikker og praktiserende læger i Nordjylland, kan fremme den enkelte patients forståelse af hjertesvigt og potentielt ændre dennes handlemønstre på egne symptomer på sygdommen. Der er således formålet med tilbuddet at skabe tryghed for patienten, undgå forværring af sygdommen og øge livskvaliteten. For klinikerne er telemedicin et understøttende redskab i behandlingsstrategien.

Tilrettelæggelsen af opgave og ansvarsfordelingen, samt beskrivelsen af det faglige indhold tager afsæt i de hidtidige erfaringer fra TeleCare Nord Hjertesvigt.

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 med hjertesvigt får gavn af, og som er i overensstemmelse med al anden udvikling inden for området, bl.a. sammenhængende og differentieret hjerterehabilitering i regi af samarbejdsaftalen om hjerterehabilitering i Nordjylland². Der fastholdes en rehabiliterende 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 behov og forudsætninger. Varigheden af tilbud kan ligeledes variere og beror på en løbende vurdering af patientens behov.

Konkret skal tilbuddet TeleCare Nord Hjertesvigt understøtte en række patientnære mål:

- At arbejde hen i mod, at patienten selv bliver i stand til at forstå data og tage ansvar for egen sygdom, med støtte fra de sygeplejefaglige

¹ Den mere overordnede introduktion til TeleCare Nord se litteraturlisten

² Samarbejdsaftale om hjerterehabilitering (se også litteraturliste).

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

- At lære 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
- At understøtte optitrering af patienten
- At understøtte kontroller uden fysisk fremmøde for patienten (det kan være virtuelt eller telefonisk)
- At understøtte årskontroller i almen praksis
- At der afledt af tilbuddet potentielt følger færre og/eller kortere fremmøde konsultationer, indlæggelser og genindlæggelse

En reduktion i antallet af indlæggelser og genindlæggelser, færre ambulante kontroller med fysisk fremmøde og en understøttelse af optitreringen indgår også som en del af de samfundsøkonomiske mål med at indføre telemedicinske hjemmemonitorering til patienter med hjertesvigt.

Ansvarsfordeling ved opgaver for TeleCare Nord Hjertesvigt

Nedenstående tabel beskriver ansvarsfordelingen i forhold til opgaver ved TeleCare Nord Hjertesvigt.

| Aktivitet / opgave (Forløbet) | Ansvarlige for at udføre | Kompetencer |
|--|--|--|
| <p>Identifikation</p> <p>Patienten som opfylder inklusionskriterierne tilbydes telemedicin.</p> <p>Identifikation foregår løbende fra hospital, almen praksis og kommunerne.</p> <p>Det er vigtigt, at der er kendskab til tilbuddet via patientforeningerne.</p> | <p>Hospital</p> <p>Almen praksis</p> <p>Kommune</p> | Sundhedsfaglige |
| <p>Henvisning</p> <p>Patienten henvises med den elektroniske henvisning til patientens hjemkommune.</p> <p>Der kan påføres, hvad patientens målinger plejer at være.</p> <p>Der påføres de patientnære mål som ligger til grund for den enkelte patients inklusion.</p> | <p>Hospital: (altid med besked til praktiserende læge om, at patient er henvist)</p> <p>Almen Praksis: i forbindelse med f.eks. årskontrol</p> | Lægefaglige kompetencer (ved ordination af opfølgingsinterval) |
| <p>Administrative opgaver</p> <p>Oprettelse af patient i telemedicinsk løsning.</p> <p>Bestilling af udstyr.</p> | Kommune | Administrative kompetencer |

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

| | | |
|---|--|---|
| <p>Oplæring og uddannelse – instruktion</p> <p>Patienten instrueres i at anvende udstyret og i at tage målinger.</p> | <p>Kommune</p> | <p>Sygeplejefaglige kompetencer (det kan i nogle tilfælde være andre sundhedsprofessionelle med de fornødne kompetencer)</p> <p>Sundhedspædagogiske kompetencer³</p> |
| <p>Oplæring og uddannelse – opfølgende samtale 2-4 uger efter instruktion</p> <p>En dialog med patienten om hjertesvigt, behandling og symptomer, indsendte målinger samt forebyggelse og vigtigheden af at deltage i rehabilitering.</p> | <p>Hospital: Når patienten er i gang med optitrering og hjertesvigtsambulatori et har ansvaret for den telemedicinske opfølgning</p> <p>Kommune: Når kommunen har ansvaret for den telemedicinske opfølgning</p> | <p>Sygeplejefaglige kompetencer</p> <p>(det kan i nogle tilfælde være andre sundhedsprofessionelle med de fornødne kompetencer)</p> <p>Sundhedspædagogiske kompetencer</p> |
| <p>Opfølgning på måledata</p> <p>Alarmgrænser indsættes.</p> <p>Der følges systematisk op på patientens måledata efter fastsatte intervaller med henblik på evt. intervention.</p> <p>Der ses på, vurderes og tolkes på måleværdier og svar på spørgsmål med henblik på evt. intervention.</p> | <p>Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-3 gange om ugen på hverdage <p>Evt. hyppigere</p> <p>Hjertesvigtsambulatoriet har monitoreringsansvaret indtil behandlingsansvaret overgår til almen praksis.</p> <p>Hospitalet kan overtage ansvar fra kommunen.</p> <p>Kommune:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-2 gange om ugen på hverdage | <p>Sygeplejefaglige kompetencer</p> |
| <p>Evaluering</p> <p>Det telemedicinsk tilbud skal evalueres om hvorvidt det understøtter de patientnære formål som er defineret for den enkelte hjertesvigtspatient. Evalueringen sker med faste intervaller (1 gang årligt).</p> | <p>Kommune</p> <p>Hospital</p> | <p>Sygeplejefaglige kompetencer</p> |
| <p>Afslutning</p> <p>Den der har monitoreringsansvaret, er også ansvarlig for at afslutte det telemedicinsk tilbud.</p> | <p>Kommune</p> <p>Hospital</p> | |

³ I forhold til at kunne tage afsæt i den enkelte borgers behov, forudsætninger og kompetencer og kunne inddrage forskellige former for viden i den sammenhæng

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

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. Dog vil de meget specifikke detaljer omkring hvordan de enkelte opgaver ønskes håndteret vil være at finde i de sundhedsfaglige instrukser.

Opgave- og ansvarsfordeling skal derfor fremstå som den fælles, overordnede beskrivelse af opgaverne og ansvaret der følger af, det telemedicinske tilbud til hjertesvigtspatienter i Nordjylland.

Identifikation og henvisning

Da patienterne færdes på tværs af sektorer, vil både hospitaler, almen praksis og kommuner kunne identificere patienter, som kan have gavn af telemedicin. Denne identifikation sker i mødet med patienten og på baggrund af et kendskab til den enkeltes situation og sygdom. I forbindelse med identifikationen noteres det hvilke patientnære mål som ligger til grund for at patienten tilbydes telemedicin.

Hospitalet identificerer og henviser patienter til TeleCare Nord Hjertesvigt:

- I forbindelse med optitrering, kontrol f.eks. ekkokontrol, eller efter indlæggelse med diagnosen hjertesvigt.
- Ved henvisning påfører hospitalet på den elektroniske henvisning, om det er hospitalet eller kommunen, der følger op på de telemedicinske målinger.
- Almen praksis informeres altid om, at en patient er henvist.

Almen praksis kan også identificere og henvise patienter til TeleCare Nord Hjertesvigt.

- Stabile hjertesvigtspatienter kan henvises uden ny vurdering eller ekkokardiografi.
- Ustabile patienter bør først vurderes på kardiologisk afdeling.
- I tvivlstilfælde kan patienten konfereres med kardiologisk afdeling.

For de patienter som henvises til det telemedicinske tilbud af almen praksis, er det kommunen som følger op på de telemedicinske målinger.

Kommunerne kan identificere patienter som vurderes at kunne få gavn af at blive inkluderet i TeleCare Nord Hjertesvigt. Identifikationen kan ske:

- I forbindelse med rehabiliteringstilbud
- På sundhedscentrene
- I hjemmesygeplejen

Patienten skal herefter henvises via egen praktiserende læge.

Inklusion, instruktion og uddannelse

Inklusionskriterier

For at kunne få tilbud om telemedicin skal:

- Diagnosen systolisk hjertesvigt være stillet med en ekkokardiografi
- Patienten have fast bopæl og praktiserende læge i Region Nordjylland⁴
- Patienten være motiveret for et telemedicinsk tilbud

⁴ Ved patienter 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.

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

- Der være mulighed for kommunikation med patient, evt. ved pårørende

Det kan være hensigtsmæssigt at inkludere patienter som ikke selv er i stand til at foretage målinger. Hvis pårørende ikke har mulighed for at hjælpe med målingerne, kan inklusion kun ske hvis kommunen kan tilbyde hjælp til dette. Det er den enkelte kommune som afgør hvorvidt denne hjælp kan stilles til rådighed.

Det telemedicinske tilbud og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud supplerer hinanden.

Eksklusion

- Manglende mulighed for telefonisk kontakt
- Hvis patienten ikke evner at deltage af øvrige årsager
- Patientens primære symptomer skal skyldes hjertesvigt.
- Komorbiditet er **ikke** et eksklusionskriterie.

Ved henvisning til kommunal telemedicinsk opfølgning skal patienten være færdigbehandlet i hjertesvigtsambulatoriet, optitreret til den maksimalt tolerable dosis og være stabil.

Opstart

Kommunen opstarter patienten. Reaktionstiden tilstræbes at være på maks. 8 hverdage inden for hvilke patienten oprettes i den telemedicinske løsning⁵. Patienten kontaktes af kommunen med henblik på at lave aftale om oplæring og det nødvendige udstyr bestilles. Det tilstræbes, at indenfor 15 hverdage fra modtagelse af henvisning, har patienten fået instruktion i anvendelse af udstyr.

I de første 7 dage indsender patienten målinger dagligt. Hvis målingerne i løbet af de 7 dage er stabile, fastsættes alarmgrænserne ud fra patientens målte værdier. Såfremt der opleves større udsving i målingerne, fortsættes de daglige målinger i yderligere 7 dage inden alarmgrænserne fastsættes. I begge tilfælde følges der derefter op på måledata som aftalt.

Alarmgrænserne kan tilrettes af monitoreringsansvarlige sygeplejersker jf. instruks.

De patienter som ikke kan indsende daglige målinger kan indrapportere data over længere tid så det samlede antal også her udgør 7-14 målinger. Det skal gøre det lettere at tilrettelægge for de pårørende eller kommunale medarbejdere som skal bistå med at foretage de planlagte målinger.

Oplæring og uddannelse

Ansvar for patientuddannelse i relation til TeleCare Nord Hjertesvigt er todelt; oplæring i anvendelse af udstyr og uddannelse med fokus på sygdomsforståelse.

Oplæring i anvendelse af udstyret

Oplæringen varetages af kommunen. Det vil typisk ske ved en sygeplejerske, men det kan også være andre sundhedsprofessionelle med de fornødne kompetencer. Det er op til kommunen at tilrettelægge hvor og hvordan oplæringen finder sted. Hvorvidt det er fysisk, virtuelt eller telefonisk og om det er individuelt eller på hold. Det afgørende er, at oplæringen sker på en måde som gør patienten i stand til at opnå de beskrevne formål.

Patienten bliver instrueret i anvendelse af udstyret og i at tage målinger og de forhold som skal iagttages i forbindelse med målingerne. Patienten skal med fokus på empowerment ved instruktionen opnå en relevant viden om både betjening af udstyret samt hvem der kontaktes i tilfælde af tekniske problemer. Desuden er det vigtigt at patienten ved hvem der skal kontaktes i forbindelse med akut oplevet forværring.

⁵ Den tekniske løsning til at understøtte telemedicinsk hjemmemonitoring i Nordjylland er på nuværende tidspunkt OpenTeleHealth. Denne løsning forventes afløst af en fælles, national løsning (FUT). Den telemedicinske løsning gør det muligt at indsamle og udstille patienternes målinger for både patient og de klinikere der er tilknyttet det telemedicinske forløb.

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

Uddannelse - Sygdomsforståelse

Den opfølgende oplæring, varetages af hospitalet, hvis behandlingsansvaret er der. Hvis behandlingsansvaret er hos almen praksis, varetages den opfølgende oplæring af kommunen. Det er vigtigt, at patienten bliver tryk ved at bruge udstyret og får en forståelse for mønstret i egne data. Patienten 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 og betydningen af at data drøftes, herunder sammenhængen mellem målinger og livsstil, og med mulighed for at patienten kan stille opklarende spørgsmål.

Opfølgning på data

Opfølgning på monitoreringsdata, der omfatter målinger, samt svar på symptomspecifikke spørgsmål, er et sygeplejefagligt ansvar, og varetages af enten kommunen eller hospitalet, afhængigt af hvor patienten er i sit forløb.

Opgave og Ansvar

Følgende principper for opfølgning er gældende:

- At opfølgning på monitoreringsdata er et sygeplejefagligt ansvar
- At indsætte alarmgrænser er et sygeplejefagligt ansvar
- At sygeplejersken ser og kvitterer for alle data på de aftalte opfølgningsdage
- At der tages kontakt til patienten 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, enten den hverdag der er målt eller senest den efterfølgende hverdag. Ved akut /pludselig opstået forværring skal patienten benytte de sædvanlige kontakter; herunder egen læge, vagtlæge eller 112
- Ved udeblevne målinger vurderes årsager og patienten kontaktes eventuelt. Ved gentagne udeblevne målinger er der opmærksomhed på patientens motivation for at anvende telemedicin
- Ved ferie eller helligdage skal patienten være informeret, hvis data ikke ses på aftalte opfølgningsdage. Ved sammenfald af helligdag og opfølgningsdag følges op på data på førstkommande normale opfølgningsdag. Det anbefales, at en ferieperiode uden opfølgning ikke overstiger 3 uger

Behandlingsansvar

Den behandlingsansvarlige læge er kardiologisk speciallæge, så længe at patienten er tilknyttet hjertesvigtsambulatoriet. Når patienten afsluttes fra hjertesvigtsambulatoriet, overgår behandlingsansvaret til almen praksis, mens ansvaret for monitorering og opfølgning på de telemedicinske målinger overgår til kommunen (patienten kan godt have en kontakt til hospitalet, f.eks. pacemaker kontrol eller ekko, evt. halvårligt).

Hospitalet kan periodisk overtage både behandlings- og monitoreringsansvar, hvis patienten eksempelvis i forbindelse med en indlæggelse vurderes at være ustabil. Når tilstanden igen er stabil går behandlingsansvaret tilbage til almen praksis mens opfølgning på målinger overgår til den monitoreringsansvarlige sygeplejerske i kommunen.

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

Kompetencer

Det er personale med sygeplejefaglige kompetencer, som har ansvar for de telemedicinske opgaver, herunder oplæring, uddannelse og opfølgningen på monitoreringsdata⁶. Opgaverne varetages af en sygeplejerske, som er oplært i telemedicin og med følgende kompetencer:

- Erfaring som sygeplejerske min. 2 – 5 år⁷ 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 er dårlige
- Viden om medicin, som er den hyppigste behandling af hjertesvigt. Samtidig vil det være en fordel hvis sygeplejersken har en bred medicinsk erfaring, da en stor del af denne patientgruppe har komorbiditet.
- Besidde sundhedspædagogiske kompetencer i forhold til at kunne tage udgangspunkt i den enkelte patients behov, ressourcer og kompetencer. Sygeplejersken skal sammen med patienten tage udgangspunkt i dette med henblik på at understøtte patientens viden, mestring og handlemuligheder i forhold til hjertesvigt (og patientens øvrige sygdomsbillede).
- Kendskab til de hyppigste psykosociale udfordringer, såsom social isolation og depression

Sygeplejersken skal forstå og kende formålet med telemedicin og have erfaring med måling af blodtryk, puls og vægt ligesom personalet skal kende betydningen af de målinger, der foretages og de spørgsmål der stilles. Sygeplejersken 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 være bekendt med opgave- og ansvarsfordelingen i TeleCare Nord Hjertesvigt og Samarbejdsaftalen om Hjerterehabilitering.

Derudover er det en sygeplejefaglig kerneopgave at være opmærksom på patientens eventuelle behov. Herunder behov for visitation eller henvisning til andre ydelser f.eks. rehabilitering, og tilbud i regi af patientforeninger samt relevante kommunale tilbud.

Endvidere er det også vigtigt at sygeplejersken kan opbygge et tilstrækkeligt kendskab til det telemedicinske udstyr i forhold til at kunne anvende, fejlfinde og videregive informationer til patienten.

Tværasektoriel kompetenceudvikling af sygeplejersker (og andre relevante faggrupper) kan være hensigtsmæssigt i forhold til at understøtte samarbejdet mellem kommune, almen praksis og hjertesvigtsambulatoriet, f.eks. med gensidige praktikophold.

Elektronisk kommunikation ved henvisning, samarbejde og overgange

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

Henvisningen sker elektronisk til kommunen fra hospital og praksis.

Kommunikation ved overgange mellem hospital og kommune sker ved anvendelse af korrespondancemeddelelse. Princippet er, at den sektor der har ansvaret, ikke slipper dette, før den anden

⁶ Det kan i nogle tilfælde være andre sundhedsprofessionelle med de fornødne kompetencer

⁷ Det handler om at have faglig sikkerhed i opgavevaretagelsen, og være i stand til at observere patienten, 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.

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

sektor har taget ansvaret aktivt. Der kan være behov for kommunikation på andre måder i samarbejdet; telefonisk, via mail eller den telemedicinske løsning.

Almen praksis rolle i TeleCare Nord Hjertesvigt

Telemedicin kan være med til at understøtte almen praksis opgave som tovholder i forbindelse med hjertesvigt. Almen praksis har i forbindelse med telemedicin opgaver omkring:

- Vurdering og henvisning til det telemedicinske tilbud i forbindelse med konsultation/kontrol/årskontrol.
- Ved henvisning kan der fremsendes data om patientens blodtryk, vægt og øvrige informationer som kan være relevante ved indsættelse af alarmgrænser. Desuden noteres det hvis opfølgningsintervallet afviger fra 1 gang om ugen, efter at alarmgrænserne er fastsat.
- Løbende justering af alarmgrænser ved vurderet behov samt om patienten har behov for/justering af behandling.

Den praktiserende læge har via sundhed.dk adgang til egne patienters monitoreringsdata, men har ikke ansvar for at følge op på data. Patienten kan også medbringe tablet med egne data i konsultationen.

Den praktiserende læge kan anvende data til at understøtte en behandling og et samarbejde med patienten, kommunen og hospitalet. Det er fortsat den praktiserende læge, som har behandlingsansvaret for patienten, når denne er i eget hjem og kontrolleres i almen praksis. Samarbejde og kommunikation mellem kommune og almen praksis fortsættes som vanligt.

Samarbejde om patienten

Der kan opstå situationer hvor der er behov for kontakt og rådgivning på tværs af sektorer.

Når det er kommunen som varetager opgaven med at følge op på patientens telemedicinske målinger, kan der være behov for:

- At patienten opfordres til selv at kontakte egen læge. Det kan f.eks. være hvor patienten er blevet dårligere, eller oplever forværring i sin hjertesvigtssygdom
- At når patienten opfordres til at kontakte egen læge, informerer sygeplejersken patientens læge herom
- At en kommunal sygeplejerske kontakter praktiserende læge efter aftale med patienten
- Løbende information fra den kommunale sygeplejerske til almen praksis om patienten, f.eks. ved opstart, ved ændringer i det telemedicinske tilbud eller afslutning af tilbuddet
- At den kommunale sygeplejerske ved behov kan rådføre sig med hospitalet

På tilsvarende vis kan den praktiserende læge som behandlingsansvarlig have behov for supplerende information eller sparring.

- Praktiserende læge kan i den forbindelse rådføre sig med kardiolog efter vanlig procedure.

Evaluering og varighed af forløbet

Formålet med, og relevansen af, at tilbyde telemedicinsk hjemmemonitorering kan ændre sig undervejs i den enkelte patients forløb. Derfor er det relevant med faste intervaller at vurdere værdien for både patient og

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

klinikere. Der vil derfor som en del af TeleCare Nord Hjertesvigt ske en initial vurdering af de patientnære mål og der vil være en løbende evaluering af patientens gevinst ved det telemedicinske tilbud. Det tilstræbes at evalueringen bliver så ensartet som muligt uanset hvem der har ansvaret for at gennemføre den.

Gevinsten kan fremkomme i form af f.eks. bedre sygdomsforståelse, mere tryghed, bedre livskvalitet mv., men også ved at der i forløbet bliver færre ambulante besøg, færre eller kortere indlæggelser og færre ikke-planlagte konsultationer i almen praksis. Det telemedicinske tilbud skal altså understøtte de patientnære mål.

- At arbejde hen i mod, at patienten selv bliver i stand til at forstå data og tilsvarende forstå og agere på de symptomer der opleves samt tage ansvar for egen sygdom, med støtte fra de sygeplejefaglige
- At lære 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
- At understøtte optitrering af patienten
- At understøtte kontroller uden fysisk fremmøde for patienten (det kan være virtuelt eller telefonisk)
- At understøtte årskontroller i almen praksis
- At der afledt af tilbuddet potentielt følger færre og/eller kortere fremmøde konsultationer, indlæggelser og genindlæggelse

Evaluering af tilbuddet i forhold til den enkelte patient skal være systematisk. Desuden skal den være med udgangspunkt i patientens behov og formålet med at vedkommende blev inkluderet i tilbuddet. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at formålet (eller formålene) for patienten kan ændre sig undervejs i forløbet.

Evalueringen skal f.eks. ske gennem en nærmere fastsat vurdering mellem de involverede aktører. Det vil som udgangspunkt være den monitoreringsansvarlige sygeplejerske der sammen med patienten skal vurdere om TeleCare Nord Hjertesvigt er relevant i understøttelsen af de formål der er opstillet. Evalueringen sendes til patientens praktiserende læge og kan med fordel indgå i forbindelse med besøg/kontrol/årskontrol.

Evaluering bør som minimum ske en gang årligt og skal blandt andet sikre, at patienten ikke bliver i det telemedicinske tilbud i uhensigtsmæssig lang tid. Som udgangspunkt forventes det telemedicinske tilbud at fortsætte, så længe patienten har gavn af det og indrapporterer data i henhold til de aftaler, der er indgået. Patienten kan forblive i tilbuddet også selvom denne (periodisk) ikke opfylder kriterierne for målgruppen.

Hvis patienten udviser manglende vedholdenhed i forhold til at benytte det telemedicinske tilbud, f.eks. at borgeren ikke måler data efter aftale, kan der være grundlag for at stoppe tilbuddet.

Opgave- og ansvarsfordeling TeleCare Nord Hjertesvigt

Litteraturliste

Telemedicin til mennesker med hjertesvigt. Anbefalinger til målgruppe, sundhedsfagligt indhold, ansvar og samarbejde (2020), Sundhedsstyrelsen.

Samarbejdsaftalen om hjerterehabilitering. Den tværsektorielle grundaftale (2020)

[Forside + samlet samarbejdsaftale 18/05/2020 \(rn.dk\)](#)

Introduktion til TeleCare Nord (2021)