



Opfølgningssamtale 3-4 uger efter oplæring / instruktion

Formål

- At borgeren forstår sammenhængen og relevansen af målinger og spørgsmål, symptomer på sygdommen og hvordan dette kan påvirke borgerens velbefindende.
- At borgeren kan betjene udstyret.

Aktør

Sundhedsfagligt personale fra kommunen.

Kompetencer

Personale med sygeplejefaglige kompetencer. Erfaring med og viden om hjertesvigt, oplært i og forståelse for telemedicin, erfaring med målinger og værdier. Skal kunne anvende viden om hjertesvigt og kende symptomer på forværring. Der kan være undtagelser, hvis nævnte kompetencer er til stede.

Forberedelse før samtalen

Opfølgningssamtalen skal være en individuel opfølgning i borgerens hjem eller på Sundhedscenteret. Borgeren opfordres til at inddrage en pårørende. Hvis samtalen foregår på Sundhedscenteret opfordres borgeren til at medbringe TeleKit (vægt medbringes ved behov) og medicin/medicinliste.

Det er en forudsætning for samtalen, at sundhedspersonalet har monitoreret borgerens målinger mindst 2 gange ugentligt i mindst 2 uger. Dette for at kunne vurdere om:

- Målingerne ligger stabilt.
- Der er målt på aftalte dage og tidspunkter.
- Der mangler målinger eller besvarelser af spørgsmål.
- Der er udsving i borgerens besvarelse af de sygdomsspecifikke spørgsmål eller målinger.
- Rejse-sætte-sig testen er afprøvet.
- NYHA¹ er anvendt.
- Spørgeskema til ernæring er anvendt.
- Beskedfunktionen har været i brug.

Samtalen

Opfølgningssamtalen tager sit afsæt i borgerens viden og erfaringer og dennes forståelse af egne målinger fra de sidste uger, samt relevante emner i forhold til borgerens sygdomsforståelse (se afsnit herom). Pårørende inddrages gerne, hvis det er muligt.

Medbring selv relevant materiale, f.eks. tegning/plancher af hjertet og pjecer. Der kan anvendes materiale fra Hjerteforeningen www.hjerteforeningen.dk fx [Livet med hjertesvigt](#). Derudover findes der information og film mm på www.hjertesvigt.dk.

Under samtalen vurderes det i samråd med borgeren, om der er brug for yderlig indsats eksempelvis Hjerte-rehabilitering. Desuden skal der være opmærksomhed på, om der kan være behov for anden hjælp eller støtte i hjemmet, eller om borgeren har behov for hjælp og støtte til målinger.

Betjening af udstyr og besvarelse af spørgeskemaer

Der tages udgangspunkt i borgerens oplevelse med det telemedicinske udstyr, og der tales om borgerens hidtil målte værdier og besvarelse af spørgsmål. Hvis borgeren ikke har prøvet at lave rejse-sætte-sig test instrueres i dette.

Vær obs. på NYHA og ernæring. Evt. spørgsmål til forståelse/bsvarelse heraf drøftes med borgeren.

¹ NYHA (New York Heart Association): Graden af hjertesvigtsymptomer og bedømmelse af fysisk begrænsning beskrives ud fra funktionsklasser (NYHA-klasse 1-4) [Dansk Cardiologisk Selskab | Kronisk hjertesvigt](#)



Borgeren gøres opmærksom på, at der løbende kan komme ændringer i allerede kendte spørgeskemaer. Hvis der kommer nye spørgeskemaer, som borgeren skal tildeles, informeres borgeren først herom enten telefonisk eller via beskedfunktion på tablet

Opfordre borger til at sende besked hvis borger gerne vil svare udover svarmuligheder i spørgeskemaer.

Sygdomsforståelse – relevante emner

- **Sygdomslære:** Hvad karakteriserer sygdommen og årsager til sygdommen hos pågældende borger og hvad borgeren skal være opmærksom på i dagligdagen.
- **Faresignaler på forværringer:**
 - Subjektive oplevelser: Tiltagende åndenød, hoste især ved stillingsskift, svimmelhed, øget træthed, fornemmelse af hjertebanken/uro i brystet (evt. nedsat funktionsniveau).
 - Objektive tegn: Pludselige vægtstigninger, mere ødem, øget dyspnø, ændringer i blodtryk og/eller puls.
 - Comorbiditet.
- **Hvem skal borgeren kontakte ved forværringer:** Ved akut behov kontaktes egen læge, lægevagt eller 112. Ved mindre ændringer i borgerens tilstand, kan borgeren kontakte den sygeplejerske, som har ansvaret for opfølgning på målinger i kommunen.
- **Evt. selvbehandling ved forværring:** Hvis borgeren har en selvmedicineringsplan, skal det sikres, at borgeren ved, hvornår og hvordan selvmedicinering skal iværksættes.
- **Forebyggelse af yderligere udvikling af hjertesvigt:** Motion, kost, vægttab, alkohol, rygning, vaccinationer, evt. støttestrømper.
- **Medicin og compliance:** Tag afsæt i medicinens virkning og evt. bivirkninger – blodprøvekontroller og vigtigheden af at følge diverse kontroller. Vigtigheden af at tage sin medicin som ordineret.
- **At leve et liv med hjertesvigt:** At borgeren får viden om mulige psykosociale følger af hjertesvigt; nedsat livskvalitet, nedsat hukommelse, koncentrationsbesvær, behov for at prioritere valg af aktiviteter i forhold til træthed, isolation, angst, ensomhed og risikoen for depression samt seksualliv.

Tidsforbrug

45-60 minutter.

Afslutning på besøg

Borgeren opfordres til at tage sin tablet med på hospital eller til praktiserende læge, så målingerne kan vises.

Der orienteres om eventuelle ferieperioder, hvor data ikke ses. Evt. hvem der overtager opfølgning på data. Det anbefales, at dette også gøres skriftligt.

Der informeres om, at der vil være en løbende evaluering af, om tilbuddet fortsat er aktuelt for borgeren.