

Vejledning 5: Afslutning fra hjertesvigtsklinik til almen praksis mhp. fortsat telemedicinsk rehabilitering i kommunen

Når en patient er stabil og fuldt optitreret, afsluttes denne fra hjertesvigtsklinikken. Der sendes epikrise til almen praksis, hvoraf det tydeligt skal fremgå, at patienten er tilknyttet det telemedicinske tilbud, og at behandlingsansvaret nu overdrages til almen praksis.

Såfremt der er eller skal være en rehabiliterende indsats i kommunen, sendes en korrespondancemeddelelse til kommunen, om at almen praksis nu har behandlingsansvaret, og eventuelle særlige forhold, der gør sig gældende for patienten, anføres.

Formål

Formålet med denne vejledning er at beskrive procedure for afslutning af patient i hjertesvigtsklinikken og overgang til almen praksis.

Aktør

Læge i hjertesvigtsklinikken

kompetencer

lægefaglig opgave

Målgruppe

Patienter med hjertesvigt, som har gået i hjertesvigtsklinikken i telemedicinsk tilbud som vil kunne blive afsluttet fra hjertesvigtsklinik til videre telemedicinsk rehabilitering i kommunen, typisk ved NYHA II.

Egen læge kan også henvise til telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune, dog kan patienten også opstarte telemedicinsk monitorering i kommune uden en henvisning f.eks. ved psyko-sociale behov.

I Det telemedicinske tilbud i kommunen indgår der ikke målinger af vitale værdier (puls og blodtryk), fordi det telemedicinske tilbud i højere grad omfatter at borgeren lærer at mestre hverdagslivet med hjertesvigt samt lære at håndtere symptomer på forværring.

Epikrise til almen praksis bør indeholde følgende oplysninger:

- Kort sygehistorie – herunder andre relevante sygdomme samt højde/vægt/BMI og eventuelle allergier
- Oplysninger om patientens hjertesvigt (aktuel status inklusive deltagelse i telemedicinsk tilbud)
- Blodtryk
- Ejection fraction (EF) inden for det seneste år
- NYHA
- Hjertesvigts-ætiologi
- Medicinstatus, herunder om patienten er i optimal behandling.
- Særlige behov hos patienten

Ovennævnte oplysninger skal suppleres med et afsnit om overgang til telemedicinsk rehabilitering i kommunen, hvis dette er tilfældet.

Henvisning til kommunen skal indeholde

- Udfyldt kommunehenvisning (Xref 15)

Stamdata:

navn, adresse, telefon nummer

navn, relation og telefon nummer på 1-2 pårørende, samt gerne oplysninger om hvorvidt – og hvordan pårørende er en støtte for patienten.

Sygdomsoplysninger:

Kort sygehistorie, ætiologi og komorbiditet

Aktuel hjertesvigtstatus: seneste EF, NYHA, medicinstatus-herunder om patienten er i optimal behandling

Status på fysisk træning

Status på sygdomsforståelse, mestring af sygdom og symptomer, psykisk reaktion på sygdommen

Netværk og evt. behov for støtte til håndtering af sygdom i hverdagen

Særlige udfordringer og behov fx læse-**stavevanskeligheder**, nedsat hørelse eller andet.

Monitoreringsoplysninger:

Målvægt og handleplan ved vægtøgning.

Monitoreringsinterval og målehyppighed - hvad er aftalt med patienten?

Har patienten fortaget målinger efter aftale under optitrering?

Problematikker i brugen af apparatur (log in, anvende tablet, måle BT)

Får patienten hjælp af pårørende ved målinger eller brug af tablet?

Information til patienten om overgang fra hjertesvigtssklinik til kommunal Telemedicinsk rehabilitering hjemmemonitorering og rehabilitering:

Patienten informeres om:

- Kontaktdata (navn, telefon) til kommunens rehabilitering.
 - Hvilke data der fremover skal monitoreres (vægt + de 6 spørgsmål).
 - Tidspunkt (ugedage) for monitorering af data.
 - Tidspunkt for kommunens opfølgning på data.
 - Tidspunkt for 1. telekonsultation, hvis eksakt tidspunkt er aftalt ved f.eks. telefonisk/digital overlevering, ellers kan ønsket tidspunkt fremgå
 - At behandlingsansvaret nu er hos egen læge.
 - At patienten ved akut forværring skal kontakte egen læge, 1813 eller 112