

Vejledning 6: Overgang fra hjertesvigtsklinik til kommune

I kommunalt regi kan telemedicinsk rehabiliteringsforløb startes op eller fortsætte i forlængelse af det afsluttede telemedicinske behandlingsforløb i hjertesvigtsklinik. Der monitoreres vægt og symptomspecifikke spørgsmål således, at den kommunale sygeplejerske kan støtte patienten i sygdomsforståelse og mestring samt fungere som sparringspartner i forhold til det at leve med hjertesvigt. Telemedicinsk rehabilitering i kommunen vil ikke inkludere måling af blodtryk og puls, da patienten forventes at være i stabil fase.

Formål:

At præcisere monitorerings- og behandlingsansvar ved overgang fra hospital til kommune.
At sikre at relevante oplysninger om patientens telemedicinske forløb videregives ved overgang fra Hjertesvigtsklinik til monitorering og rehabilitering i kommune.

At sikre at patienten er informeret om overgang til monitorering og opfølgning i kommune.

Aktør:

Sygeplejerske i hjertesvigtsklinik

Kompetence:

Sygeplejerske i hjertesvigtsklinik med de beskrevne kompetencer i varetagelse af telemedicinsk hjemmemonitorering (jvf. retningslinjer i det sundhedsfaglige grundlag)

Forudsætninger:

Behandlingsansvarlig læge har fastlagt plan for medicinsk behandling og evt. plan for diuretisk pn behandling.

Der er sendt epikrise til egen læge, hvoraf det fremgår, at patienten er inkluderet og opstartet i telemedicinsk hjemmemonitorering på hospitalet og nu overgår til monitorering og rehabilitering i kommunen

Handling/opgaver

Der sendes kommunehenvisning (XREF15) fra sygeplejerske i hjertesvigtsklinik til kommune:

Overskrift: Hjertesvigt - telemedicinsk hjemmemonitorering og rehabilitering

Tidsfrist og kvittering: Hjertesvigtsklinik sender XREF15 henvisning til kommunen senest 1 uge før patienten afsluttes i hjertesvigtsklinikken.

Hvis der er tale om en patient i sårbar situation med fysiske, mentale og sociale udfordringer, kontaktes kommunal sygeplejerske, så snart behov for fortsat kommunal telemedicinsk hjemmemonitorering og rehabilitering bliver tydeligt, og der kan konfereres om patienten telefonisk.

Ved behov for at involvere et tværfagligt team f.eks. diætister eller fysioterapeuter omkring patientens videre telerehabilitering, iværksættes et digitalt tværfagligt møde, evt. med deltagelse af patienten mhp. den bedst mulige overlevering i sektorovergangen og for at skabe et sammenhængende telemedicinsk forløb. Ved behov kan et hjemmebesøg fra kommunal sygeplejerske iværksættes.

Ved overlevering skal nedenstående angives:

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 hjertesvigtsstatus: 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.