Henvisning til TeleHjerte i kommune

1. Introduktion

Der er en række mulige scenarier, der kan føre til at patienten/borgeren henvises til TeleHjerte i kommunalt regi. I denne vejledning gennemgås først henvisningskriterierne for inklusion jf. det sundhedsfaglige grundlag for indsatsen [indsæt link]. Herefter gennemgås henvisningsforløbet fra hospitalernes hjertesvigtklinikker og almen praksis til kommunerne. Slutteligt beskrives det anbefalede indhold i epikrise og henvisning.

1.1. Aktør

Hjertesvigtsklinik eller almen praksis

1.2. Kompetencer

Lægefaglig opgave

2. Kriterier for henvisning til opstart af telemedicinsk forløb

Inklusionskriterierne for TeleHjerte er her beskrevet:

"I Landsdel Hovedstaden vil de fleste telemedicinske forløb starte med telemedicinsk behandling i hjertesvigsklinik, som efter afslutning i hjertesvigtsklinikken overgår til telemedicinsk monitorering og rehabilitering i kommunalt regi.

Det er ikke en forudsætning for inklusion i telemedicinsk monitorering i kommunalt regi, at patienten for nyligt har været i telemedicinsk behandling i hjertesvigtsklinik. Kommunen kan inkludere en patient til telemedicinsk monitorering så snart de har modtaget en lægehenvisning fra behandlingsansvarlig læge. Behandlingsansvarlig læge kan enten være fra almen praksis eller hjertesvigtsklinikken. Det anbefales, at følgende kriterier for inklusion af patienter til telemedicinsk monitorering i kommunen er opfyldt:

- *Patienten er diagnosticeret med hjertesvigt og er afsluttet fra hjertesvigtsklinik med optimal hjertesvigtsbehandling (med de højst tolerable doser af hjertesvigtsmedicin til patienten)*
- *Patienten skal være motiveret for monitorering af hjertesvigt og for at samarbejde med kommunal monitoreringssygeplejerske*
- *Patienten er afsluttet fra hjertesvigtsklinik i stabil tilstand og oplever aktuelt ingen symptomer på akut væskeretention*

- *Patienter som tidligere er udredt i hjertesvigtsklinik kan henvises direkte fra almen praksis, hvis de er stabile evt. efter sparring mellem praktiserende læge og læge i hjertesvigtsklinikken*
- *Stabile patienter, der er henvist til hjerterehabilitering i forhold til forløbsprogrammet for hjertesvigt, kan inkluderes af kommunen, efter aftale med henvisende læge*
- *Patienten skal kunne forstå instrukser og håndtere telemedicinsk udstyr i henhold til aftaler med sundhedsprofessionelle"*

(Telemedicin til patienter med hjertesvigt i Landsdel Hovedstaden, Sundhedsfagligt Grundlag; Version 1.1 s. 6)

3. Henvisningsforløb

Patienter/borgere kan henvises til telemedicinsk monitorering i kommunalt regi fra både hjertesvigtsklinikken og fra almen praksis.

OBS: Afhængigt af kommunens organisering kan henvisningen lande enten i rehabilitering (§119) eller i hjemmesygeplejen (§138). Kommunen skal etablere arbejdsgange så det sikres, at henvisningen sendes til rette enhed.

Nedenfor beskrives de forskellige forløb, der kan føre til en henvisning og herefter følger en beskrivelse af hvilke opgaver de forskellige aktører har i hvert scenarie.

1. I Landsdel Hovedstaden vil de fleste telemedicinske forløb starte med telemedicinsk behandling i hjertesvigsklinik, som efter afslutning i hjertesvigtsklinikken overgår til telemedicinsk monitorering i kommunalt regi. I disse tilfælde overgår behandlingsansvaret fra hospitalets hjertesvigtsklinik til almen praksis, når patienten/borgeren afsluttes fra hjertesvigtsklinikken.

2. Patienten/borgeren er optitreret og stabil. Forløbet i Hjertesvigtsklinikken afsluttes og patienten/borgeren og hospitalet henviser til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi.

3. Der kan være særlige tilfælde, hvor det vurderes fordelagtigt og forsvarligt for patienten/borgeren at monitoreringsansvaret overgår til kommunen, mens behandlingsansvaret fortsat er på Hjertesvigtsklinikken.

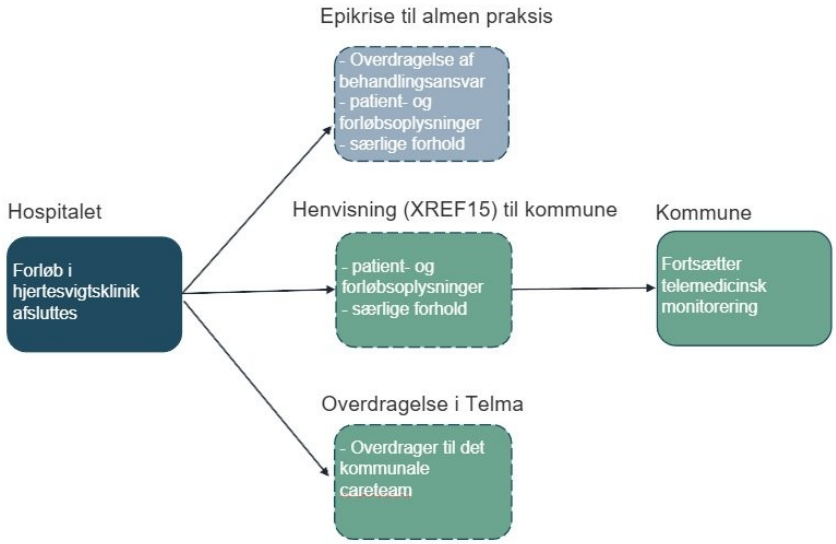
4. Almen praksis kan henvise direkte til telemedicinsk monitorering og rehabilitering i kommunalt regi. Det er ikke en forudsætning at patienten har været i telemedicinsk behandling i hjertesvigtsklinik.

5. Kommunen kan, hvis de formoder at patienten/borgeren lever op til inklusionskriterierne, rette henvendelse til almen praksis, som vurderer patienten/borgeren og ved behov sender henvisning til kommunen med henblik på opstart af forløb.

Scenarie 1: Patient/borger er stabil og henvises fra hospital til forsættelse af telemedicinsk monitorering i kommunen

Patienten/borgeren er optitreret og stabil. Forløbet i Hjertesvigtsklinikken afsluttes og patienten/borgeren fortsætter telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi.

Denne model viser henvisningsflow for scenarie 1:



Arbejdsgangene for henvisningflow scenarie 1 er her udfoldet:

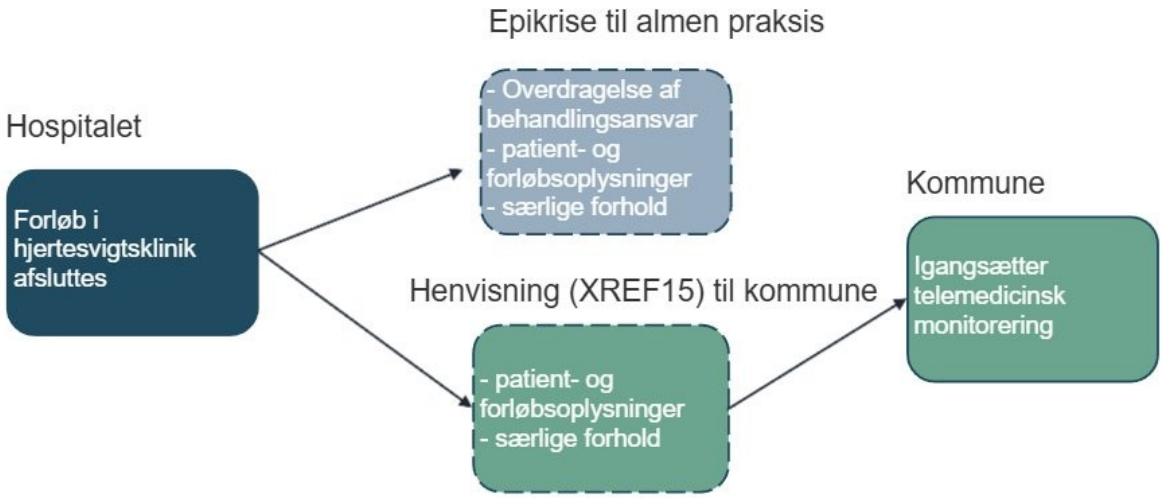
- Der sendes en epikrise til egen læge, hvoraf det fremgår, at patienten er inkluderet og opstartet i telemedicinsk forløb på hospitalet og nu overgår forløbet til kommunen.
- Patienten/borgeren afsluttes fra Hjertesvigtsklinikken og der henvises til fortsættelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune vha. XREF15: ”Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleHjerte)”. Eventuelle særlige forhold, der gør sig gældende for patienten, anføres.

- Efter henvisningen er sendt i SP overdrages borgeren i Telma til kommunen. Dermed sikres at borgerens indsendte målinger og svar på symptomspørgsmål følger borgerens videreforløb i kommunen.
- Processen for overdragelse i Telma sker trinvist:
    1. Start overdragelse (afgivende behandlerteam på hjertesvigtsklinikken)
    2. Accepter overdragelse (modtagende behandlerteam i kommunen)
    3. Fuldfør overdragelsen (afgivende behandlerteam på hjertesvigtsklinikken)
        - Se vejledning til overdragelse i Telma - link
- Hospitalet skal kvittere og handle på alle målinger, svar og opgaver frem til at overdragelse i Telma er fuldført.
- Kommunen opstarter fortsætter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren.

Scenarie 2: Patient/borger er stabil og henvises fra hospital til opstart af telemedicinsk monitorering i kommunen

Forløbet i hjertesvigtsklinikken afsluttes og hospitalet henviser borger/patient til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi.

Denne model viser henvisningsflow for scenarie 2:



Arbejdsgangene for henvisningsflow scenarie 2 er her udfoldet:

- Der sendes en epikrise til egen læge, hvoraf det fremgår, at patienten er henvist til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunen og nu overgår behandlingsansvaret til almen praksis.

- Patienten/borgeren afsluttes fra Hjertesvigtsklinikken og der henvises til opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune vha. XREF15: ”Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleHjerte)”. Eventuelle særlige forhold, der gør sig gældende for patienten, anføres.
- Kommunen opstarter telemedicinsk hjemmemonitorering af patienten/borgeren i Telma

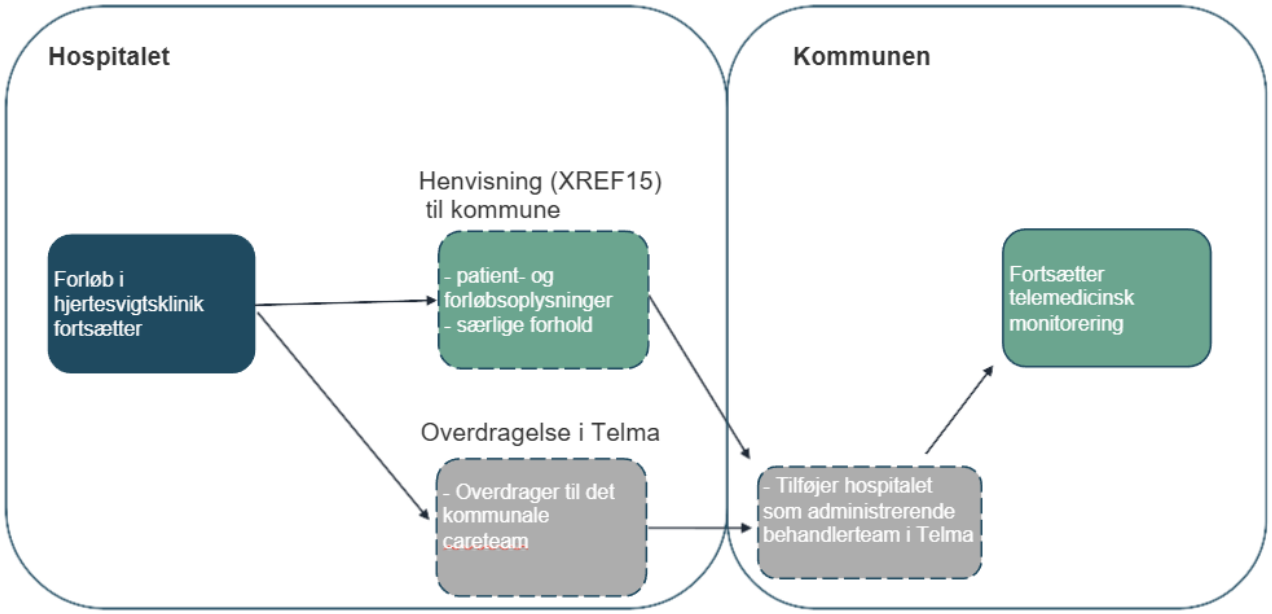
Særlige forhold

Vurderes det at patienten/borgeren er i en sårbar situation med fysiske, mentale og sociale udfordringer, kontaktes den kommunale monitoreringsansvarlige sygeplejerske, forud for henvisning til telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunen, med henblik på at konferere om patienten telefonisk og dermed sikre bedst mulig sektorovergang.

Scenarie 3: Patienten/borgeren er stabil og opstartet i telemedicinsk hjemmemonitorering på hospitalet, monitoreringsansvaret overgår til kommunen.

Patienten/borgeren er optitreret og stabil og indgår i et telemedicinsk hjemmemonitoreringsforløb på hospitalet. Hvis patienten/borgeren eksempelvis afventer scanning af pumpekapacitet, en lægesamtale eller af anden medicinsk årsag fortsat har behov for opfølgning på hospitalet, kan kommunen overtage monitoreringsansvaret. Hospitalet bevarer samtidig behandlingsansvaret og kan fortsat følge patienten/borgeren efter behov.

Denne model viser henvisningsflow for scenarie 3:



Arbejdsgangene for henvisningsflow scenarie 3 er her udfoldet:

- Patienten/borgeren henvises til fortsættelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommune vha. XREF15: ”Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleHjerte). Delegation til kommunen sker ved, at den behandlingsansvarlige læge i henvisningen til kommunen angiver tydelige instruktioner for den monitoreringsopgave, der delegeres. Ud over de oplysninger, som i forvejen skal fremgå af en henvisning fra hospital til kommune, skal følgende fremgå:
  - Målinger: Hvilke målinger skal foretages
  - Målehyppighed: Hvor ofte målingerne skal foretages (fx antal gange pr. uge), samt hvor hyppigt der skal følges op på målingerne.
  - Eventuelle særlige forhold eller kliniske opmærksomhedspunkter, som kommunen skal være opmærksom på i forbindelse med opgaven.
  - Hvem kommunen skal kontakte ved behov for dialog eller faglig afklaring med den behandlingsansvarlige læge.

  Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, at instruktionerne er tilstrækkeligt klare og konkrete til, at kommunen kan udføre opgaven og den nødvendige opfølgning.

- Efter henvisningen er sendt i SP overdrages borgeren i Telma til kommunen. Dermed sikres at borgerens indsendte målinger og svar på symptomspørgsmål følger borgerens videreforløb i kommunen.
- Processen for overdragelse i Telma sker trinvist:
  - Start overdragelse (afgivende behandlerteam på hjertesvigtsklinikken)
  - Accepter overdragelse (modtagende behandlerteam i kommunen)
  - Fuldfør overdragelsen (afgivende behandlerteam på hjertesvigtsklinikken)

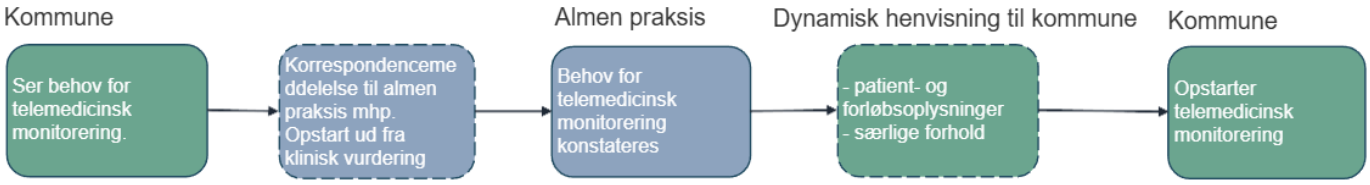
    ➢ Se vejledning til overdragelse i Telma - link
- Hospitalet skal kvittere og handle på alle målinger, svar og opgaver frem til at overdragelse i Telma er fuldført.
- Kommunen tilføjer hospitalet som Administrerende behandlerteam i Telma

  Se vejledning til tilføjelse af administrerende behandlerteam - Link
- Kommunen fortsætter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren under de rammer som er uddelegeret fra hospitalet.

  Se ved behov. ”Vejledning Særlige forløb”

Scenarie 4: Patienten/borgeren er kendt med hjertesvigt - identificeres af kommunen

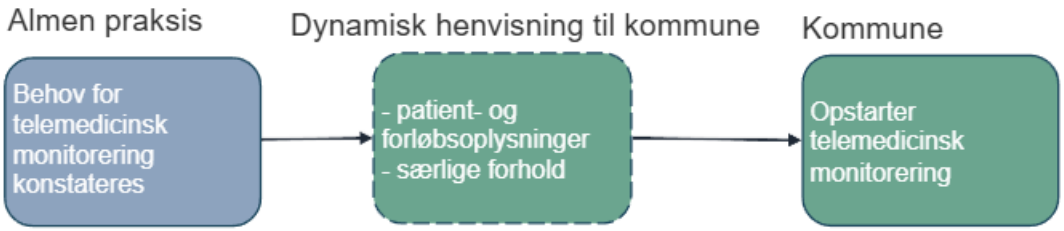
Patienten/borgeren med hjertesvigt identificeres til at have gavn af telemedicinsk hjemmemonitorering f.eks. via kommunale rehabiliterings indsatser eller hjemmesygepleje.



- Kommunen sender korrespondancemeddelelse til almen praksis mhp. Opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering i kommunalt regi ud fra en klinisk vurdering for vurdering. *Få evt. inspiration fra pixiguide til almen praksis på hjemmesiden.*
- Almen praksis konstaterer behovet og sender henvisning til kommunen på opstart af telemedicinsk monitorering.
- Kommunen opstarter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren.

Scenarie 5: Almen praksis identificerer behov for telemedicinsk monitorering

Patienten/borgeren med hjertesvigt identificeres til at have gavn af telemedicinsk hjemmemonitorering af almen praksis f.eks. ved en årskontrol.



- Almen praksis sender dynamisk henvisning til kommune. Pakketypen er kommunepakke og pakkenavnet er ”Telemedicinsk Hjertesvigt”.
- Kommunen opstarter telemedicinsk monitorering af patienten/borgeren.

4. Indhold i epikrise og henvisning

Når der fra hospital eller almen praksis sendes henvisning til kommunen, og der fra hospitalet skrives en epikrise ved afslutning af forløb til almenpraksis bør de indeholde nedenstående oplysninger.

For personalet på hospitalerne benyttes XREF15: ”Henvisning til kommunal forebyggelse (TeleHjerte)”.

For almen praksis benyttes dynamisk henvisning. Pakketypen er Kommunepakke og pakkenavnet er ”Telemedicinsk Hjertesvigt”.

Indhold i epikrise og henvisning

- Kort sygehistorie – herunder andre relevante sygdomme samt højde/vægt/BMI og eventuelle allergier
- Oplysninger om patientens hjertesvigt (aktuel status inklusive deltagelse i telemedicinsk indsats)
- Blodtryk
- EF % TTE inden for det seneste år
- NYHA
- Hjertesvigtssygdommens ætiologi
- Medicinstatus, herunder om patienten er i optimal behandling samt selvbehandlingsplan (medicinsk), hvis en sådan er aftalt. FMK skal være opdateret.
- Særlige behov hos patienten

Tilføjelse til epikrise:

- At der er sendt henvisning til kommunen på fortsættelse eller opstart af telemedicinsk monitorering i kommunalt regi.

Nedenstående skal også noteres, hvis et forløb overgår fra hospital til kommunen

- En opsummering af det telemedicinske forløb, som patienten/borgeren har haft på hospitalet, hvis dette har været opstartet.
- Skriv tydeligt hvis der er besluttet andre grænseværdier for monitoreringen end de standard besluttede værdier.
- At behandlingsansvaret nu overgår til almen praksis.

5. Standard grænseværdier for monitorering

Hvis nedenstående grænseværdier overskrides, skal den monitoreringsansvarlige sygeplejerske reagere. Gule alarmer skærper opmærksomheden og røde alarmer kræver kontakt/intervention. Hvis der i henvisningen til kommunen fra hospitalet eller almen praksis ikke er beskrevet forhold omkring grænseværdier, så anvendes disse prædefinerede og godkendte grænseværdier.

Grænseværdi	**Rød**	**Gul**	**Gul**	**Rød**
Systolisk blodtryk (mmHg)	<90	90-100	140-150	>150
Diastolisk blodtryk	<40	<50	>90	>100
Puls (bpm)	<50	50-60	100-110	>110
Vægt (kg referenceværdi)	-3	-2	+2	+3