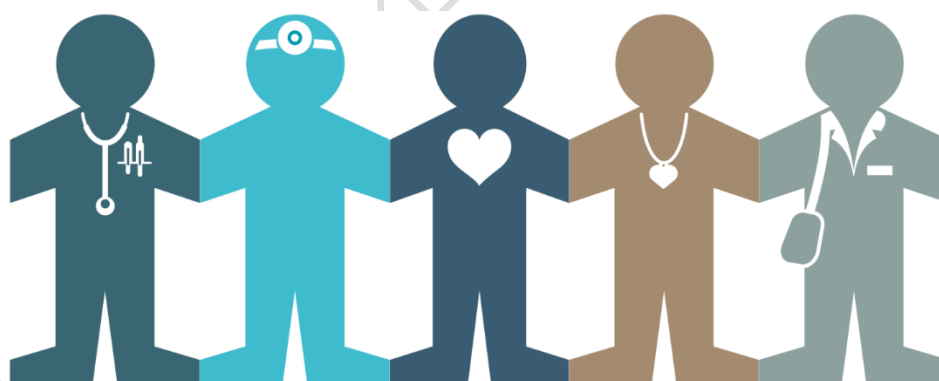


Telemedicin til borgere med hjertesvigt i Midtjylland

Sundhedsfagligt grundlag



Praktiserende læge

Hospital

Patient

Pårørende

Kommune

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund for indsatsen	2
2. Formål	3
3. Målgruppe	3
3.1. Inklusionskriterier	3
3.2. Eksklusionskriterier	4
3.3. Henvisning	4
3.4. Volumen	4
4. Telemedicinsk tilbud til hjertesvigt i Midtjylland	5
4.1. Forløb	5
4.2. Indhold	6
4.2.1. Telemedicinsk hjemmemonitorering	7
Valg af målinger	7
Grænseværdier	7
Målehyppighed	8
Opfølgning på målinger	8
Varighed	9
4.2.2. Undervisning og støtte til sygdomsmestring	11
4.2.3. Digital information og vejledning om livet med hjertesvigt	11
Generel information og vejledning	11
Måltrettet information og vejledning	11
Tidslinje over forløb med hjertesvigt	12
4.3. Den telemedicinske løsning - TELMA	12
5. Ansvar og opgaver for hospitaler, kommuner og almen praksis	13
5.1. Hjertesvigtklinikkens ansvar og opgaver	14
Det lægefaglige behandlingsansvar	14
Delegering af ansvar	14
5.2. Kommunens opgaver og ansvar	15
Identifikation	15
Motivation til telemedicinsk hjemmemonitorering	15
Løbende borgerkontakt og sygdomsmestring	15
5.3. Almen praksis' opgaver og ansvar	16
5.4. Dokumentation	16
6. Supportaftaler for den telemedicinske indsats	17
6.1. Supportaftale med Fælles Servicecenter (FSC)	17
6.2. Øvrig support	17
6.2.2. Landsdels SPOC (2. level support)	18
Bilag 1. Medlemmer i det sundhedsfaglige arbejdsnet for Midtjylland	19
Samtykke	20
Brug af databehandler	20
Autorisation	20

1. Baggrund for indsatsen

Der er mellem Regeringen, KL og Danske Regioner i økonomaftalerne for 2021 indgået aftale om national udbredelse af telemedicin til hjertesvigt. Udbredelsen sker i regi af de 5 landsdelsprogrammer baseret på relevante erfaringer fra bl.a. den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL samt storskalaprojektet TeleCare Nord Hjertesvigt.

I landsdelsprogrammet for udbredelse af tværsektoriel telemedicin i Midtjylland har det sundhedsfaglige arbejds1 for hjerteindsatsen udarbejdet et sundhedsfagligt grundlag for indhold og organisering af det telemedicinske tilbud til borgere med hjertesvigt i Midtjylland.

Det sundhedsfaglige grundlag har baggrund i følgende publikationer og anbefalinger:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indsatsen: [Telemedicin til mennesker med hjertesvigt – anbefalinger til målgruppe, sundhedsfagligt indhold, ansvar og samarbejde](#)
- Forløbsprogram for den samlede indsats for borgere med hjertesygdom i Region Midtjylland: [Forløbsprogram for Hjertesygdom](#)
- Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for [kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#)
- [National kortlægning af telemedicin til hjertepatienter](#) i regioner og kommuner
- Kvalitativt indblik i borgere og pårørendes hverdag og forløb med hjertesvigt, faciliteret ved DEFACTUM: [Brugerdialog med borgere med hjertesvigt og pårørende](#)

Det sundhedsfaglige arbejds2 forudsætter, at den telemedicinske indsats understøtter eksisterende praksis på området.

I de kommende afsnit vil det sundhedsfaglige grundlag for det telemedicinske tilbud i Midtjylland blive nærmere beskrevet. Det sundhedsfaglige grundlag er et dynamisk dokument, der udvikles og tilpasses i takt med de løbende erfaringer ved opstart og udrulning samt ændringer i rammer og ansvarsfordeling for levering af sundhedsydelserne på hjertesvigtsområdet (fx sundhedsreformen).

¹ Medlemsoversigt for det sundhedsfaglige arbejds3 fremgår af bilag 1.

2. Formål

Formålet med det telemedicinske tilbud er, at:

- understøtte hurtig og effektiv optitrering af medicinsk behandling ved hjertesvigt
- forebygge unødige genindlæggelser af borgere med ustabile sygdomsforløb
- øge borgerens sygdomsmestring og tryghed
- reducere fysisk ambulante konsultationer
- der opleves en forenkling for borgeren og for de sundhedsprofessionelle i behandlingen af hjertesvigt

Tilbuddet tilrettelægges med fokus på fleksibel og patientcentreret kontakt, der understøtter relevant og målrettet opfølgning mellem borger og sundhedsprofessionel.

Den rehabiliterende tilgang er central, og målet er, at borgeren med støtte fra pårørende og/eller sundhedsprofessionelle kan tage ansvar for egen sygdom.

3. Målgruppe

Det telemedicinske tilbud til borgere med hjertesvigt i Midtjylland, er målrettet følgende:

- Borgere med nydiagnosticeret hjertesvigt
- Borgere med hjertesvigt der genindlægges og vurderes at have gavn af et telemedicinsk tilbud
- Andre borgere med hjertesvigt, hvis de klinisk vurderes at have gavn af et telemedicinsk tilbud

Der skal altid foreligge en kardiologisk og sygeplejefaglig vurdering af, at borgeren vil have gavn af tilbuddet. Borgerens gavn af tilbuddet kan vurderes i relation til stabilisering og/eller forbedring af sygdomstilstand, behovet for støtte til sygdomsmestring og bedre håndtering af egen sygdom, færre fremmødekonsultationer, forebyggelse af forværringer og unødige genindlæggelser samt tryghed.

Vurderingen foretages individuelt og med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. Eksempelvis kan nogle borgere inkluderes, fordi de har behov for hyppige justeringer af behandling. Andre kan inkluderes, fordi de har behov for fleksibilitet i forhold til deltagelse i behandling, færre fremmødekonsultationer ved optitrering af medicin eller behov for bedre støtte til sygdomsmestring. Nedenfor beskrives hhv. inklusions- og eksklusionskriterier.

3.1. Inklusionskriterier

Følgende kriterier skal alle være opfyldt for, at borgere med hjertesvigt kan inkluderes i det telemedicinske tilbud:

- Diagnosen hjertesvigt med nedsat uddrivningsfraktion (EF) stillet ved ekkokardiografi (EF 40% eller lavere).
- Borgeren er i målgruppen for medicinsk optitreringsforløb på en hjerteafdeling, fx i form af forløb i et hjertesvigtsambulatorium.
- Borgeren forventes på sigt at kunne forstå og handle på egne målte værdier (evt. med støtte fra pårørende eller den kommunale sygepleje i forbindelse med et forløb i kommunen).

Derudover forudsættes det, at:

- borgeren kan håndtere den telemedicinske løsning, og er interesseret i tilbuddet
- borgeren skal kunne varetage monitorering og indrapportering selv, evt. med støtte fra en pårørende eller støtte fra den kommunale sygepleje, hvis borgeren modtager en sundhedslovsydelse i forbindelse med et forløb i kommunen.
- borgeren har fast bopæl og er tilknyttet en almen praksis i Region Midtjylland.
- borgeren har MitID.

3.2. Eksklusionskriterier

Eksklusionskriterier er forhold, der af forskellige grunde gør det telemedicinske tilbud uhensigtsmæssigt, ikke praktisk muligt at etablere og gennemføre, eller hvor den kliniske vurdering er, at borgeren ikke vil have gavn af tilbuddet.

Dette kan gælde i tilfælde, hvor:

- borgeren ikke er i stand til at forstå og kommunikere dansk
- borgeren ikke kan håndtere den telemedicinske løsning, og ikke har mulighed for støtte fra pårørende eller den kommunale sygepleje.

3.3. Henvisning

Hjertesvigtssklinikken kan henvise borgere til det telemedicinske tilbud.

Praktiserende læge kan genhenvise borgere til hjertesvigtssklinikken med henblik på vurdering til det telemedicinske tilbud.

3.4. Volumen

På baggrund af tal fra Dansk Hjertesvigtsdatabase samt Landspatientregistret og Hjertetal estimeres det, at omtrent 1.000 borgere årligt diagnosticeres med hjertesvigt i Region Midtjylland.

Alle borgere der opfylder inklusionskriterierne skal tilbydes et telemedicinsk forløb. Forud for inklusion skal der altid foreligge en kardiologisk vurdering af om borgeren vil have gavn af tilbuddet. Vurderingen foretages i tæt dialog med borgeren om behov og ønsker til behandlingsforløbet (jf. afsnit 3). Baseret på de fastlagte inklusionskriterier, forventes det, at cirka 500 borgere årligt vil kunne inkluderes i tilbuddet om telemedicinsk understøttet behandling og rehabilitering til hjertesvigt.

4. Telemedicinsk tilbud til hjertesvigt i Midtjylland

4.1. Forløb

Det telemedicinske tilbud til borgere med hjertesvigt understøtter eksisterende patientforløb for mennesker med hjertesvigt, som beskrevet i det enhver tid gældende forløbsprogram for hjertesygdom. Efter borgeren er diagnosticeret med hjertesvigt, kan hjertesvigtsklinikken tilbyde det telemedicinske tilbud til borgere, der opfylder inklusionskriterierne.

Når borgeren er påbegyndt medicinsk behandling og har en stabil tilstand, kan borgeren jf. forløbsprogrammet for hjertesygdom henvises til kommunale indsatser/ydelser, herunder genoptræning, rehabilitering, sygepleje samt sundhedsfremme og forebyggelse. De kommunale indsatser målrettes og differentieres med afsæt i borgerens fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og borgerens livssituation².

Behandlingsansvaret for borgeren med hjertesvigt vil altid være forankret i hjertesvigtsklinikken indtil borgerens forløb i kommunen er afsluttet. Kommunerne har mulighed for at kontakte hjertesvigtsklinikken for råd og vejledning i forbindelse med specifikke borgerforløb.

Udenfor hjertesvigtsklinikens åbningstid skal borgeren ved uopsætteligt behov med symptomer kontakte egen læge, lægevagten eller 112.

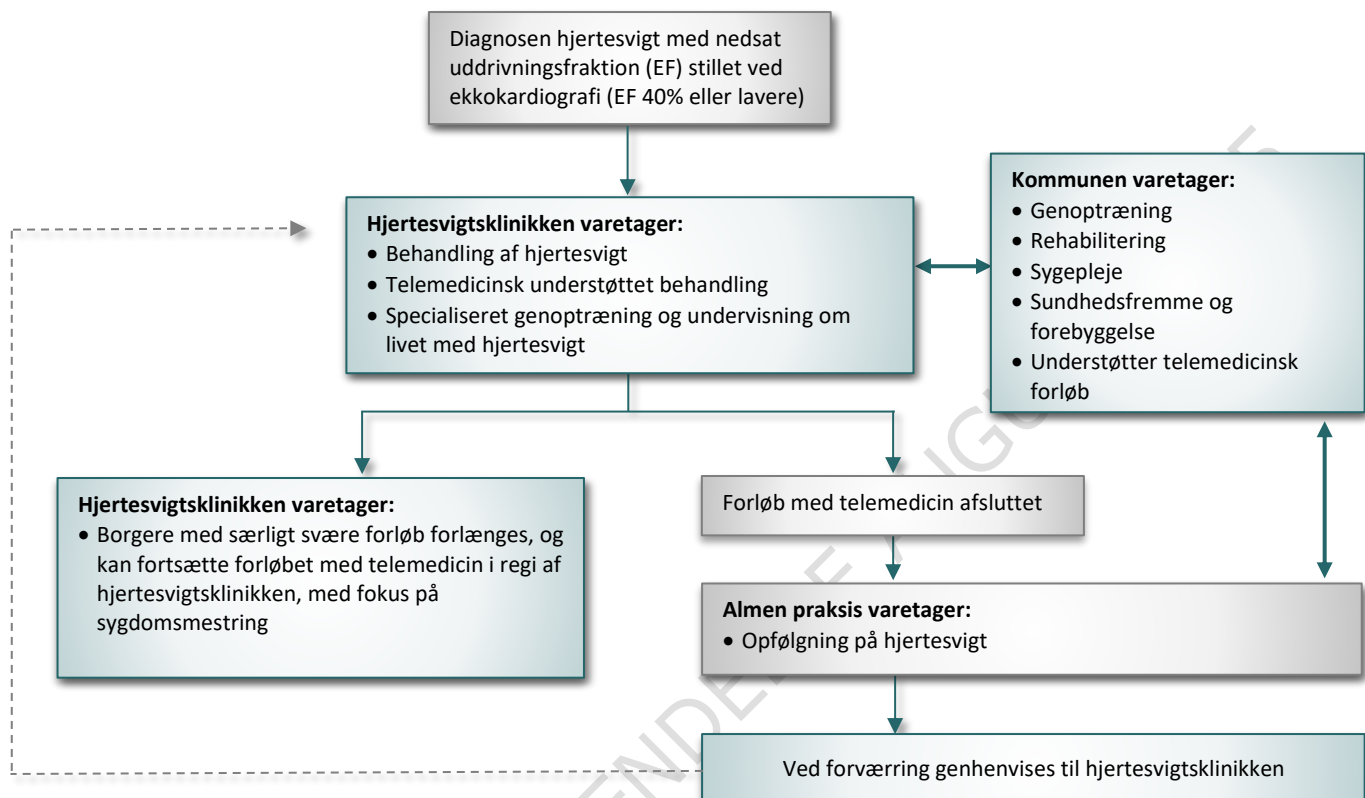
Når borgeren afsluttes i hjertesvigtsklinikken, overgår borgeren til opfølgning og behandling hos egen læge. Hos borgere med særligt svære forløb kan det telemedicinske tilbud forlænges og følges regelmæssigt i hjertesvigtsklinikken.

I tilfælde af forværring, kan hjertesvigtsklinikken genoptage det telemedicinske tilbud, fx i forbindelse med en indlæggelse.

² Jf. Forløbsprogram for Hjertesygdom, Region Midtjylland

Forløbet med telemedicin til hjertesvigt er illustreret nedenfor.

Figur 1: Forløb med telemedicin til hjertesvigt



4.2. Indhold

Det samlede tilbud om telemedicin til hjertesvigt består af tre kerneelementer:

- **Telemedicinsk hjemmemonitorering**
- **Digital information og vejledning om livet med hjertesvigt**
- **Undervisning og støtte til sygdomsmestring**

Telemedicinsk hjemmemonitorering samt digital information og vejledning om livet med hjertesvigt etableres som ensartet tilbud i Midtjylland via hjertesvigtsklinikkerne.

Kommunale tilbud om undervisning og støtte til sygdomsmestring, herunder kommunal rehabilitering, genoptræning og sygepleje tilbydes som lokale indsatser. Der kan være variation i kommunernes tilrettelæggelse af indsatser med mulighed for differentiering på baggrund af borgerens funktionsevne, motivation og sundhedskompetence. Digitale og telemedicinske løsninger kan være en integreret del af kommunernes tilbud. De kommunale tilbud understøtter ved behov borgerens telemedicinske hjemmemonitoreringsforløb i hjertesvigtsklinikken, se afsnit 5.2.

4.2.1. Telemedicinsk hjemmemonitorering

Borgere med hjertesvigt kan tilbydes telemedicinsk hjemmemonitorering ud fra en kardiologisk og sygeplejefaglig vurdering (jf. afsnit 3, side 3). Den behandlingsansvarlige læge i hjertesvigtsklinikken har ansvaret for det samlede telemedicinske forløb og fastsætter ved inklusion et måleregime for den enkelte patient med angivelse af måletyper, hyppighed, grænseværdier samt varighed af hjemmemonitoreringsforløbet.

Målingerne anvendes:

- Af borgeren: med henblik på at følge udviklingen i egen sygdom, forstå og handle på egne symptomer, opleve sammenhæng mellem det der måles og det der mærkes samt finde tryk og livskvalitet i hverdagen med hjertesvigt.
- I kommunerne med henblik på sygdomsmestring, herunder: 1) at hjælpe borgeren med at tolke egne målinger og sammenhæng mellem målte værdier, symptomer, velbefindende og livsførelse samt 2) rådgive om håndtering af disse.
- På sygehuset: med henblik på 1) at erstatte nogle af borgerens fremmødekonsultationer med telemedicinsk opfølgning, 2) at understøtte hurtig optitrering samt 3) at understøtte borgerens sygdomsforståelse og handlekompetence.

Det telemedicinske tilbud er IKKE et akut tilbud. Det skal til enhver tid tydeligt fremgå, hvem borgeren skal kontakte hvornår (jf. afsnit om opfølgning på målinger, side 8-9).

Valg af målinger

Monitoreringen foretages dels gennem målinger og dels gennem selvrapporteret data (PRO-skema til hjertesvigt, optitrering).

Målingerne omfatter:

- Vægt
- Puls
- Blodtryk
- Skridt (valgfri aktivitet)

Selvrapporteret data (PRO) er et valideret spørgeskema, hvor borgeren med hjertesvigt i optitreringsforløb registrerer sine symptomer digitalt³. Spørgeskemaet understøtter forløbet ved at støtte borgerens opmærksomhed på symptomer samt målrette samtalerne i de opfølgende konsultationer. Spørgeskemaet omfatter bl.a.:

- NYHA (sygdomsspecifikke spørgsmål, som omhandler vægtøgning, funktionsniveau, graden af træthed og åndenød ved fysisk aktivitet mv.).

Det bemærkes, at det telemedicinske tilbud ikke erstatter den kommunale PRO-opgave.

Grænseværdier

Før opstart af det telemedicinske tilbud fastsættes borgerens grænseværdier for målingerne og PRO-data af den behandlingsansvarlige læge, ud fra en klinisk vurdering. Som udgangspunkt

³ Anvendes i overensstemmelse med de nationale anbefalinger.

fastsættes forudindstillede grænseværdier for de borgere, der modtager telemedicinsk hjemmemonitorering.

Nedenfor fremgår anbefalinger til forudindstillede grænseværdier for puls og vægt. Farven gul angiver at man bør være opmærksom, og rød angiver ikke-normale forhold, hvor hurtig handling er påkrævet og evt. lægekontakt nødvendig.

Skema 1: Forudindstillede grænseværdier for hjemmemonitorering

	Rød høj	Gul høj	Gul lav	Rød lav
Puls	100	90	45	40
Vægt	+3	+2	-2	-3

Grænseværdier for blodtryk fastsættes individuelt i forbindelse med opstart på optitrering. Blodtryksmålingerne anvendes diagnostisk under optitrering, og udfases undervejs og efter individuel vurdering.

Målehyppighed

Når hjemmemonitoreringen igangsættes, skal borgeren som standard foretage målinger 1 gang dagligt i de første 1-2 uger – målingerne kan dog individualiseres og tilpasses den enkelte borger. Målingerne foretages om morgenen. Hyppige målinger under opstart kan bidrage til at gøre borgeren fortrolig med udstyret, ligesom borgeren lærer egne værdier at kende. Målingerne giver også et grundlag for klinisk vurdering af borgerens grænseværdier.

Efter opstart fastlægger behandlingsansvarlig læge den enkelte borgers individuelle grænseværdier for vægt, puls og blodtryk, og der aftales interval for målingerne efter individuel vurdering – dog minimum en gang ugentligt i den første periode.

Under optitrering anbefales det, at der foretages måling af vægt 1 gang dagligt.

Borgeren har ved behov mulighed for at foretage ekstra målinger og registreringer ud over de fastlagt aftalte målinger.

Opfølgning på målinger

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske tolker og vurderer borgerens data med henblik på forslag til videre handling samt understøttelse af sygdomsmestring og rådgivning af borgeren.

Borgeren forholder sig ligeledes løbende til målingerne. I tilfælde af forværring kontakter borgeren hjertesvigtsklinikken inden for åbningstiderne for aftaler om plan og evt. behandling.

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske forholder sig til målingerne med afsæt i den individuelle plan, der er tilrettelagt af den behandlingsansvarlige læge med afsæt i borgerens konkrete behov. Typisk vil der i starten af forløbet lægges op til, at der følges op hyppigt, og at dette sker systematisk. I takt med at borgeren bliver mere fortrolig med monitoreringen og føler sig tryk ved selv at reagere på målinger, kan monitoreringen ske mindre hyppigt og fx kun være forud for en konsultation.

Opfølgning på målinger følger perioden for hhv. opstart og løbende monitorering (jf. forudgående afsnit). Figur 4 nedenfor viser et typisk forløb ift. opfølgning.

Figur 3: Perioder for opfølgning på målinger i et typisk forløb



For borgere der oplever ustabil sygdom, kan afvigelser fra det typiske forløb være nødvendige.

Borgeren modtager en notifikation, når målinger og besvarelser kræver handling. Ved hhv. gul og rød måling får borgeren besked om at følge sin selvhjælpsguide⁴ (handlekort) i den telemedicinske løsning. Selvhjælpsguiden instruerer borgeren i konkrete handlinger og understøtter borgerens sygdomsforståelse og evne til at håndtere sine symptomer. Oplever borgeren ikke bedring efter igangsættelse af relevante handlinger ved gul eller rød måling, skal borgeren kontakte hjertesvigtssklinikken.

Opfølgningen mellem borger og sygeplejerske sker via beskedfunktion, telefon, video eller ved fysisk konsultation inden for klinikkens åbningstider. Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske dokumenterer sine handlinger for opfølgning på borgerens måledata efter vanlig praksis.

Varighed

Ud fra en individuel klinisk vurdering ved initiering og i samarbejde med borgeren estimeres det, hvor længe borgeren skal være tilknyttet telemedicinsk hjemmemonitorering. Den behandlingsansvarlige læge og monitoreringsansvarlige sygeplejerske revurderer dette sammen med borgeren hver 2. til 3. måned, samt ved evt. forlængelse af forløbet. Ved

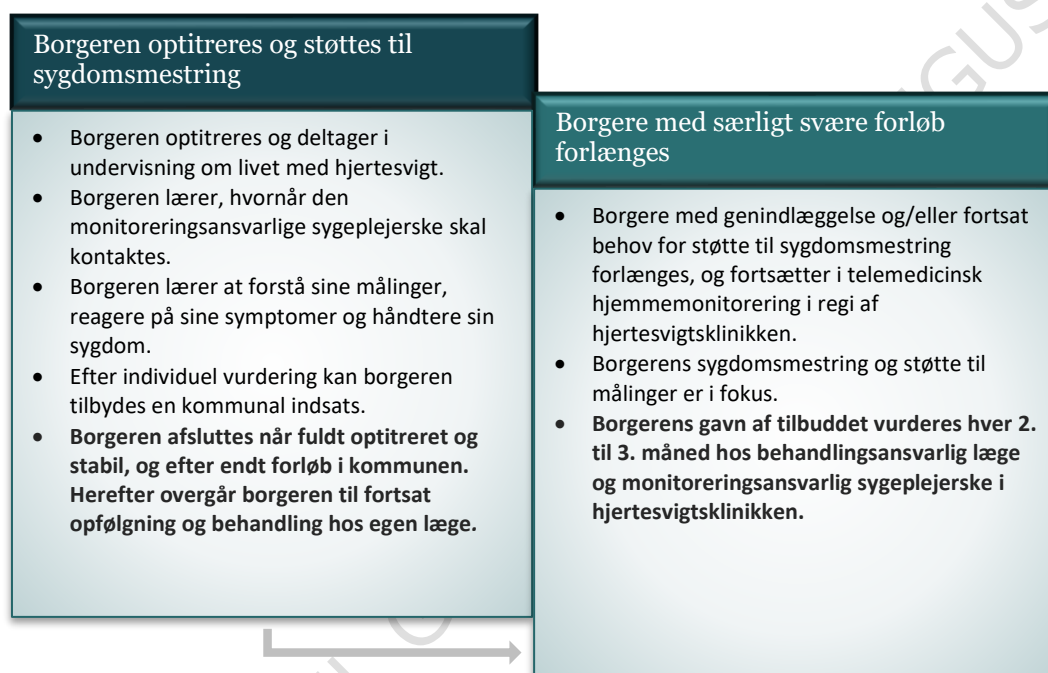
⁴ Selvhjælpsguiden er et digitalt sundhedspædagogisk værktøj, der skal understøtte borgerens sygdomsmestring og handlekompetence. Selvhjælpsguiden er under udvikling og skal målrettes målgruppen for telemedicin til hjertesvigt.

forlænget forløb med hjemmemonitorering vurderes borgerens gavn af tilbuddet fortsat hver 2. til 3. måned.

Efter individuel vurdering afsluttes nogle borgere, når de er fuldt optitrerede og stabile. Andre borgere forlænges og fortsætter med telemedicinsk hjemmemonitorering efter behov. Borgere, der gentagne gange mangler at foretage målinger og registreringer kan afsluttes i forløbet, hvis det vurderes, at borgeren mangler motivation eller ikke er i stand til at fortsætte sit telemedicinske forløb. Når borgeren afsluttes, skal det være tydeligt for alle aktører, hvad borgeren afsluttes til, og hvem der har behandlingsansvaret.

Borgerens forløb med telemedicinsk hjemmemonitorering er illustreret herunder:

Figur 4: Borgerens forløb med telemedicinsk hjemmemonitorering



4.2.2. Undervisning og støtte til sygdomsmestring

Som integreret del af borgerens forløb med telemedicinsk hjemmemonitorering sikrer monitoreringsansvarlig sygeplejerske i hjertesvigtsklinikken, at borgeren modtager struktureret og tilpasset undervisning om livet med hjertesvigt i overensstemmelse med forløbsprogrammet for hjertesygdom⁵. Fysisk fremmøde, videokonsultation og telefonisk opfølgning anvendes efter aftale og i forbindelse med planlagte kontakter.

Borgeren henvises efter behov til kommunale tilbud (om rehabilitering og/eller genoptræning og/eller sygepleje). Borgerens forløb differentieres og tilrettelægges i samarbejde med borgeren, pårørende og hjertesvigtsklinikken. Dette sker med henblik på at sikre et individuelt tilpasset forløb og at støtte borgeren i de bedste betingelser for egenomsorg, handlekompetence og livssituation.

Efter behov hjælper kommunen borgeren med at tolke egne målinger og forstå sammenhængen mellem målte værdier, symptomer og levevis samt rådgiver borgeren om den daglige håndtering heraf (jf. afsnit 4.2.1.) Formålet er at understøtte borgerens sygdomsmestring samt fastholde de gode vaner og den læring, der sker i regi af hjertesvigtsklinikken.

Det kommunale forløb kan – afhængig af borgerens behov og sundhedskompetencer – tilbydes som et digitalt understøttet forløb, fysisk fremmøde forløb, hold og/eller individuelle forløb.

4.2.3. Digital information og vejledning om livet med hjertesvigt

Den telemedicinske løsning skal understøtte såvel generel digital information og vejledning samt individuelt tilpasset information og vejledning om livet med hjertesvigt. Læringsunderstøttende vejledning og information er afgørende for borgerens sygdomsmestring.

Generel information og vejledning

Informationsmoduler om livet med hjertesvigt samt vejledning om håndtering af bl.a. svimmelhed, træthed og åndenød, skal være tilgængeligt for borgeren i den telemedicinske borgerløsning. Region Sjælland står bag hjemmesiden www.helbredsprofilen.dk, hvor der både findes informationsvideoer og øvelser målrettet hjertesvigt. Hjerteforeningen stiller ligeledes informationsvideoer og tekstmateriale ("minibøger") til rådighed om hjertesvigt via deres [hjemmeside](http://www.hjemmeside). Derudover står Region Syd bag appen 'Mit liv – min sundhed', der understøtter de faglige anbefalinger og forløb på hjertesvigtsområdet. Det anbefales, at eksisterende digitale tilbud kvalitetsvurderes mhp. relevant adgang til moduler, øvelser og videoer via den telemedicinske løsning.

Målrettet information og vejledning

Borgeren skal via den telemedicinske løsning have adgang til fleksibel information og vejledning, så ny viden kan tilpasses og gentages efter behov. Muligheden for at støtte borgeren målrettet i forbindelse med forberedelse til konsultation eller opfølgning (fx ved at se en video eller løse en opgave stillet af hjertesvigtsklinikken) undersøges.

⁵ Jf. Forløbsprogram for Hjertesygdom, Region Midtjylland

Tidslinje over forløb med hjertesvigt

Borgeren har brug for et visuelt overblik, der klarlægger tidslinje og centrale aktiviteter for et forløb med hjertesvigt. Muligheden for at integrere et visuelt overblik i den telemedicinske løsning afsøges mhp. at hjælpe borgeren med at fastholde informationer om forløbet samt give borgeren mulighed for at genbesøge information efter behov.

4.3. Den telemedicinske løsning - TELMA

Det telemedicinske tilbud understøttes af en fælles national infrastruktur samt tilhørende borger- og medarbejderløsninger (TELMA – Telemedicinsk Monitorerings Applikation). Medarbejderløsningen tilgås fra den sundhedsfagliges PC, og borgerløsningen tilgås via en App på en Ipad/tablet. Formålet med Telma er at udveksle data mellem borgeren og det sundhedsfaglige personale mhp. at øge borgerens sygdomsmestring, tryghed samt forebygge forværring i borgerens sygdom.

Telma indeholder en række spørgeskemaer og mulighed for at tilkoble telemedicinsk udstyr, som kan sende vitale data, såsom vægt, puls og blodtryk direkte til app'en ved hjælp af bluetooth. Borgerens svar og data kan ses via en webportal af den sundhedsfaglige, som følger borgerens tilstand.

Borgeren kan følge sin egen udvikling ved hjælp af grafer og tabeller i Telma, og kan kommunikere med den monitoreringsansvarlige sygeplejerske i hjertesvigtsklinikken ved hjælp af beskeder og videokonsultation. Borgeren kan f.eks. bruge beskedfunktionen til uddybelse af symptomer ved indsendelse af målinger. Hjertesvigtsklinikken forholder sig kun til beskeder ved gennemgang af måledata.

Som udgangspunkt stilles det nødvendige måleudstyr til rådighed for borgeren. Har borgeren mulighed for det, skal egen vægt benyttes.

5. Ansvar og opgaver for hospitaler, kommuner og almen praksis

Tilbuddet om telemedicin til hjertesvigt skal understøtte et sammenhængende forløb for borgeren, og der skal være fuld klarhed over, hvor opfølgings- og behandlingsansvaret er placeret i samarbejdet mellem hjertesvigtsklinik, kommune og almen praksis.

Skema over opgave- og ansvarsfordeling

Nedenstående skema giver et overordnet overblik over ansvarsfordelingen vedrørende opgaver i tilbuddet om telemedicin til hjertesvigt.

Opgave	Hospital (Hjertesvigtsklinik)	Kommune	Almen praksis	Fælles Service Center
Identifikation	•	•	•	
Motivation til telemedicinsk hjemmemonitorering	•	•	•	
Henvisning	•		•	
Inklusion og sundhedsfaglig opstart	•			
Behandlingsansvar	•			
Monitoreringsansvar	•			
Løbende borgerkontakt og sygdomsmestring	•	•		
Genoptræning, rehabilitering og undervisning om livet med hjertesvigt	•	•		
Løbende vurdering af borgerens gavn af tilbuddet jf. inklusionskriterier	•			
Teknisk opstart og support				•

5.1. Hjertesvigtssklinikens ansvar og opgaver

Hjertesvigtssklinikken har ansvaret for monitorering og opfølgning på borgere i det telemedicinske tilbud. Opgaven varetages af hjertesvigtssygeplejerske med adgang til lægefaglig supervision ved kardiolog i hjertesvigtssklinikken.

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske varetager to hovedopgaver:

- **Monitorering:**
 - Behandling og håndtering af borgerens måledata og svar. Sygeplejersken kontrollerer indkomne planlagte og ekstra målinger.
 - Opfølgning på målinger sker med faste intervaller og efter aftale med borgeren.
 - Efter vurdering og behov kontakter sygeplejersken borgeren telefonisk eller skriftligt via den telemedicinske løsning, og spørger ind til symptomer, borgerens handlinger og årsag til afvigelse på målingen.
 - Sygeplejersken vurderer, hvornår der er behov for lægefaglig supervision.
- **Undervisning:**
 - Monitoreringsansvarlig sygeplejerske yder undervisning og vejledning til borgeren om livet med hjertesvigt. Undervisningen tilbydes som integreret del af hjemmemonitoreringsforløbet. Fysisk fremmøde, videokonsultation og telefonisk opfølgning anvendes efter aftale og i forbindelse med planlagte kontakter, med fokus på at støtte borgerens sygdomsmestring.

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det lægefaglige behandlingsansvar for borgere i det telemedicinske tilbud varetages af kardiolog i hjertesvigtssklinikken, når det vedrører borgerens hjertesygdom. Ansvar for øvrige helbredsmæssige forhold ligger hos den praktiserende læge eller evt. anden relevant hospitalsafdeling.

I forbindelse med opstart af det telemedicinske tilbud har behandlingsansvarlig læge ansvar for det samlede telemedicinske forløb, herunder fastsættelse af borgerens grænseværdier for målinger og PRO-data samt hyppighed for indsendelse af monitoreringsdata og opfølgning ved monitoreringsansvarlig sygeplejerske.

Delegering af ansvar

Monitoreringsansvarlig sygeplejerske har udvidet handlekompetence til at iværksætte og justere den medicinske behandling vejledt af individuel medicinsk behandlingsplan, samt træffe beslutning om indlæggelse mv.

5.2. Kommunens opgaver og ansvar

Identifikation

Kommunen kan identificere borgere, der i forvejen modtager kommunale sundhedslovsydelser, som kan have gavn af et telemedicinsk tilbud. Det gælder konkret borgere, der har en indsats i den kommunale sygepleje, genoptrænings- og/eller rehabiliteringsenhed.

De borgere, der allerede er tilknyttet hjertesvigtsklinikken, opfordres til at kontakte klinikken til videre vurdering i hjertesvigtsklinikken. Mens de borgere, der ikke er tilknyttet hjertesvigtsklinikken, opfordres til at kontakte egen læge mhp. videre henvisning.

Når borgere der modtager en kommunal sundhedsydelse under sundhedsloven er inkluderet, kan det sygeplejefaglige personale efter behov understøtte borgerne i det telemedicinske forløb. Derudover kan hjertesvigtsklinikken henvise borgere – som er tilknyttet det telemedicinske tilbud, men som ikke modtager kommunale ydelser jf. sundhedsloven - til kommunen ved behov for sygeplejefaglig støtte til borgeren.

Motivation til telemedicinsk hjemmemonitorering

Den telemedicinske hjemmemonitorering tilpasses den enkelte borger. Den sygeplejefaglige medarbejder i kommunen støtter og motiverer borgeren til at benytte den telemedicinske løsning.

Der kan være variation i behovet for at understøtte borgerens motivation til den telemedicinske hjemmemonitorering – og behovet kan skifte i takt med, at borgeren opnår mere fortrolighed med hjemmemålingerne og oplevelsen af sammenhæng mellem målinger, symptomer og livsførelse.

Løbende borgerkontakt og sygdomsmestring

Den sundhedsfaglige medarbejder i kommunen kan efter behov støtte borgeren i sygdomsforståelse og sygdomsmestring samt vejlede borgeren i at handle hensigtsmæssigt på sine symptomer. For at understøtte dette, kan kommunen tildeles "se-adgang" i den telemedicinske løsning.

I tilfælde af forværring (røde og gule målinger), hvor borgeren har fulgt de relevante handlingsanvisninger i selvhjælpsguiden uden bedring, skal den sundhedsfaglige medarbejder opfordre borgeren til at kontakte hjertesvigtsklinikken. Alternativt kan den sundhedsfaglige medarbejder – sammen med borgeren – kontakte hjertesvigtsklinikken telefonisk med fokus på borgerens aktuelle sygdomsudvikling og behandling.

Genoptræning, rehabilitering og undervisning om livet med hjertesvigt

Der vil være variation i tilrettelæggelse af det kommunale forløb. Det kommunale forløb understøttes af eksisterende tilbud om rehabilitering i kommunen og evt. suppleret med undervisning.

Borgeren afsluttes først i hjertesvigtsklinikken efter endt kommunalt forløb.

5.3. Almen praksis' opgaver og ansvar

Praktiserende læge identificerer borgere i forbindelse med konsultation og ved kontroller i tilknytning til hjertesygdom. Praktiserende læge kan ved forværring genhenvise hjertesvigtspatienter, der tidligere har været i et forløb i hjertesvigtsklinikken, med henblik på endnu et forløb med telemedicin, hvis borgeren og egen læge kan se fordelene ved det.

Henvissende læge kan kontakte hjertesvigtsklinikken ved behov for rådgivning før fremsendelse af henvisning.

Henvisningen kan afvises af hjertesvigtsklinikken, hvis den ligger uden for henvisningskriterierne⁶.

5.4. Dokumentation

Når borgeren inkluderes i det telemedicinske tilbud, sendes korrespondance via MedCom til kommune og almen praksis efter gældende procedurer i MidtEPJ.

I hjertesvigtsklinikkens åbningstid er monitoreringsansvarlig sygeplejerske og kardiolog i hjertesvigtsklinikken ansvarlig for dokumentation af den behandling, der iværksættes. Der sendes ved behov korrespondance via MedCom til kommune og epikrise til almen praksis, ved ændringer i borgerens behandling. FMK sikres ajourført ved enhver medicinændring.

Udenfor hjertesvigtsklinikkens åbningstid er hhv. almen praksis og vagtlæge ansvarlig for dokumentation af den behandling, der iværksættes. Det gælder også korrekt registrering og ajourføring af den medicinske behandling i FMK.

Kommunale indsatser dokumenteres i kommunernes eget omsorgssystem i forhold til de tiltag, der iværksættes for den enkelte borger.

⁶ Jf. Forløbsprogram for Hjertesygdom, Region Midtjylland

6. Supportaftaler for den telemedicinske indsats

Der er indgået supportaftale vedr. service og support for den telemedicinske løsning for borgere. Supportaftalen er godkendt af Sundhedsstyregruppen og tiltrådt af alle 19 kommuner og Region Midtjylland.

Der er endvidere indgået aftaler om teknisk support til sundhedsfaglige jf. bilag 2.

6.1. Supportaftale med Fælles Servicecenter (FSC)

FSC er en tværsektoriel forening, hvis medlemmer aktuelt består af de 19 midtjyske kommuner og Region Midtjylland. FSC har til opgave at understøtte borgerens anvendelse af telemedicinske løsninger.

Det betyder, at FSC i samarbejde med leverandører lagerfører udstyr, klargør det telemedicinske udstyr, samt kører ud til borgerne og oplærer borgerne i den funktionelle brug af løsningerne. Det er også FSC, der henter udstyret hos borgerne igen. Dette kaldes samlet set for service, support og logistikydelser (SSL).

Når udstyret bliver leveret til borgerens hjem, af en teknisk medarbejder, bliver borgeren vejledt og instrueret i, hvordan udstyret virker og hvordan det skal anvendes. Borgeren vejledes også i, hvem der skal ringes til, hvis der opstår problemer med udstyret, som kræver teknisk hjælp.

Support til borgere

Ved tekniske spørgsmål kan borgeren kontakte FSC's supportfunktion, Hvis borgeren har behov for det, kan den tekniske support også foregå som et besøg i hjemmet. Hvis borgerens problemer ikke handler om det tekniske udstyr, men om at forstå målinger el.lign., vil supporten hos FSC sørge for, at monitoreringsansvarlig sygeplejerske i hjertesvigtssklinikken bliver kontaktet.

Det fastlagte serviceniveau og konkrete servicemål er fastsat i supportaftalen med FSC.

Link til Fælles Servicecenter: <http://www.faellesservicecenter.dk/>

Ved tekniske spørgsmål kan borgeren kontakte FSC's supportfunktion på tlf. +45 7020 3048. FSC-support har åbent alle hverdage mellem kl. 07:00-16:00.

6.2. Øvrig support

Der er endvidere aftalt support for medarbejdere samt en Single Point of Contact (SPOC), der varetager opgaver mellem de lokale supportenheder og den fællesoffentlige forvaltning for Telma.

6.2.1. Teknisk support til sundhedsfaglige (1. level support)

Såfremt den sundhedsfaglige medarbejder har brug for teknisk support til Telma (dvs. anvendelsessupport og løsning af lokale fejl, problemer og driftsforstyrrelser), er der aftalt følgende:

- Support til regionsansatte varetages af Region Midtjyllands Service Desk

- Support til kommunalt ansatte varetages af lokale supportfunktioner i kommunerne

6.2.2. Landsdels SPOC (2. level support)

Alle 5 landsdele er forpligtet til at etablere en såkaldt landsdels SPOC (LD SPOC), som skal samle op på fejl, problemer, driftsforstyrrelser og ændringsønsker som opstår lokalt, men som ikke kan afhjælpes lokalt. Desuden skal LD SPOC facilitere en brugergruppe ift. ændringsønsker.

Varetagelsen af en fælles LD SPOC i Midtjylland er placeret hos Region Midtjyllands Service Desk, der varetager opgaven på vegne af alle 19 kommuner og Region Midtjylland. Aftalen er godkendt af Programstyregruppen for tværsektoriel telemedicin i Midtjylland.

Bilag 1. Medlemmer i det sundhedsfaglige arbejdsfor Midtjylland

Navn	Titel	Organisation
Malene Hollingdal (regional medformand)	Overlæge	Hjertesygdomme ME Midt
Lone Rasmussen (kommunal medformand)	Direktør	Skanderborg Kommune
Brian Bridal Løgstrup	Ledende overlæge	Hjertesygdomme, AUH
Inge Schjødt	Klinisk sygeplejespecialist, Ph.d.	Hjertesygdomme, AUH
Pernille Runge Sørensen	Udviklingssygeplejerske	Hjertesygdomme, RH Gødstrup
Maria Schiønning Olsen	Udviklingssygeplejerske	Medicinsk Afdeling, RH Randers
Malene Emdal Skovsbøl Hansen	Specialeansvarlig	Hjertermedicinsk Klinik, RH Horsens
Dorthe Bligaard	Afdelingsleder	Norddjurs Kommune
Mariane Balsby	Leder af Sundhedscentret	Skive Kommune
Marie Sass Nielsen	Fysioterapeut	Odder Kommune
Anne Skou Østergaard	Distriktsleder af sygepleje	Herning Kommune
Hasse Clemmensen	Praksiskonsulent	Almen praksis
Suppleanter:		
Anna Lindhardtzen	Afdelingssygeplejerske	HE Midt, RH Silkeborg, Diagnostisk Center

Bilag 2. Juridiske forhold

Samtykke

Telemedicinsk understøttet behandling er omfattet af sundhedslovens behandlingsbegreb. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på et grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende og bør under alle omstændigheder fremgå af borgerens journal.

Brug af databehandler

Region Midtjylland har indgået databehandleraftaler med forvaltningen af den telemedicinske løsning og den telemedicinske infrastruktur, samt eksterne leverandører. I databehandleraftalen er der en beskrivelse af, hvordan leverandøren må behandle Region Midtjyllands personoplysninger. Med databehandleraftalen er der sikkerhed for, at personoplysningerne behandles sikker og fortroligt.

Autorisation

To gange årligt er det påkrævet, at der foretages et autorisationstjek og gennemgang af log (lovbestemt andel af alle brugere) i den telemedicinske løsning, med tjek af alle brugere i den telemedicinske løsning i den enkelte kommune eller hospitalsafdeling. I autorisationstjekket fokuseres på hvem der har adgang, hvilken adgang den enkelte bruger har, samt om adgangen er nødvendig. Dette er en opgave, som påhviler den lokale afdelingsledelse at udføre.