

1. INDLEDNING

Udgående funktioner i Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner samt almen praksis: Erfaringer og ønsker

Dette notat skal bidrage ind i det videre arbejde med udmøntning af Sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner, der blandt andet indeholder indsatsområdet udgående funktioner. Ambitionen er her, at der skal arbejdes med udvikling af forskellige typer af udgående funktioner fra hospitalerne, som vil muliggøre:

- Udredning i eget hjem/nærmiljø
- Behandling i eget hjem/nærmiljø
- Opfølgning på indlæggelse

Notatet beskriver de overordnede resultater af en rundspørge til hospitaler, kommuner og almen praksis angående erfaringer og fremadrettede ønsker vedrørende udgående funktioner. Der er endvidere spurgt til ønsker og behov for etablering af eventuelle udgående funktioner fra kommunerne ind på akuthospitalerne. Formålet med notatet er at skabe et overblik, som kan danne grundlag for drøftelser af en overordnet beslutning om fælles rammer for det videre arbejde. Notatet er udarbejdet på baggrund af tilbagemeldinger fra almen praksis, de fem regionshospitalet samt 12 kommuner (Aarhus, Favrskov, Hedensted, Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Odder, Randers, Samsø, Silkeborg, Skive, Struer). I bilag 1 ses et skema over udgående funktioner i Region Midtjylland og de 12 kommuner, der har afgivet svar.

Rundspørgen har udover de overordnede tilbagemeldinger givet sig udslag i en række konkrete forslag til forbedringer og udbygninger af de eksisterende ordninger. Disse input vil indgå i det videre arbejde med en konkret udmøntning af eventuelle overordnede rammeaftaler, men de vil ikke fremgå af dette notat.

Dato 18.03.2016

Marie Lass/Karoline Steen
Jensen

Tel. +45 7841 2068

Malas2@rm.dk

j.nr. 1-01-72-16-14

Side 1

2. ERFARINGER

2.a Eksisterende udgående funktioner fra hospitaler

Palliative team:

Der findes palliative teams i alle fem klynger. Formålet med de palliative teams er at forebygge indlæggelser i patientens sidste levetid og medvirke til tidligere udskrivelse, hvilket blandt andet gøres med symptomlindring.

I april 2016 opstarter et børnepalliativt team i samarbejde med Det Palliative Team på AUH. Det børnepalliative team vil dække hele regionen, og vil tilbyde alle familier med uhelbredelige syge børn på op til 15 år hjemmebesøg af sundhedsfagligt personale specialiseret inden for pædiatri og palliation i sygdomsforløbet (palliative fase).

Palliative udgående hospitalsfunktioner indeholder ofte følgende faggrupper: læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykolog og præst. Derudover er der også ofte et samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejerske.

Palliative teams varetager den specialiserede palliative indsats, og har forskellige opgaver, som f.eks. støtte til svært syge eller døende og deres pårørende, eller optimering og koordinering af den palliative indsats til patienter med livstruende sygdom ledsaget af komplekse palliative problemer. Opgaven varetages i enten ambulante regi, under indlæggelse eller i patientens eget hjem. Indsatsen sker i samarbejde med patientens stamafdeling, egen læge og hjemmeplejen.

Der er generelt gode erfaringer med palliative teams på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Hjemmebesøgene kan give et helt andet og nuanceret billede af situationen end f.eks. igennem telefon/telemedicin. Samtidig medvirker hjemmebesøg til øget følelse af tryghed for patient og pårørende. Hermed er der god erfaring for at møde patienten og familien på deres præmisser. Almen praksis oplever, at det faglige niveau er højt, og at de får kvalificeret sparring. Dertil pointerer en kommune, at samarbejdsfladen er fleksibel, hvorved der skabes et godt samarbejde.

Set fra kommunalt perspektiv kan det give udfordringer, at det palliative team foretrækker samarbejde med sygeplejersker frem for sosu-assistenten. Det kan være svært for alle kommuner at matche.

Fleere hospitaler og kommuner ønsker at udvide de eksisterende palliative tilbud, f.eks. med rådgivning og mulighed for hurtig visitation og udlevering af hjælpemidler. En enkelt kommune i talesætter behov for adgang til palliativt team hele døgnet.

Apopleksi team:

Apopleksi teams findes i alle fem klynger. Formålet med de udgående apopleksi teams er at følge op på patienter, som udskrives fra de akutte apopleksiafsnit.

Apopleksi teams foretager bl.a. mono- og/eller tværfaglige hjemmebesøg, telefonkonsultationer og vurderer behovet for videre genoptræning. Apopleksi teams er ofte tværfaglige med inddragelse af både læger, sygeplejersker, fysioterapeuter m.fl.

I en af klyngerne er der gode erfaringer med et projekt, hvor der etableres et overdragelsesmøde ved særlige patientforløb mellem hospital og visitationen/kommunen inden patienten udskrives til eget hjem med henblik på at skabe et sammenhængende patientforløb.

I overdragelsesmødet deltager patienten, de pårørende, det udgående apopleksi team og de kommunale terapeuter.

Generelt er der positive erfaringer med apopleksi teams. En enkelt kommune beskriver dog, at der kan opstå forvirring hos borgeren, hvis besøgene ikke er velplanlagte og koordinerede – det kan være svært at overskue de forskellige aktører, og der er risiko for, at apopleksi teamet møder for sent op i forhold til den kommunale indsats. Samme kommune problematiserer den kommunale medfinansiering af en ydelse, man måske ikke er så interesseret i.

En anden kommune efterlyser en tydelig opdeling af opgaver, så teamet tager sig af udredning og behandling, og kommunen tager sig af genoptræning og øvrige kommunale opgaver.

Kol/Ilt:

Der er udgående KOL/Ilt funktioner i alle fem klynger. Det overordnede formål med de hospitalsbaserede KOL/Ilt sygeplejerskefunktioner er at koordinere patientforløbet for patienter med svær KOL både under indlæggelsen og efter udskrivelsen.

Denne funktion består enten af KOL-sygeplejersker eller ilt-sygeplejersker med udgående funktion, hvilket varierer alt efter hospital. KOL-sygeplejersker indgår nogle steder i tværfagligt lungeteam. Der er også erfaringer med, at KOL-sygeplejersken kan have et tæt samarbejde med den praktiserende læge om ilt-behandling i hjemmet. Endelig er der positive erfaringer med at have en åben telefonlinje til KOL-teamet for patienter og pårørende med henblik på dels rådgivning og dels mulighed for hjemmebesøg ved behov.²

Den generelle erfaring er, at det tætte samarbejde mellem lungemedicinske speciallæger og KOL-sygeplejerske giver en højt specialiseret viden, der når helt ud til borgeren i hjemmet, og derved bidrager til at forebygge indlæggelser.

Et enkelt hospital har en udgående funktion omhandlende ilt til kræftpatienter, hvor alle læger kan ordinere iltbehandling. Denne monitoreres af en ilt-sygeplejerske i samarbejde med lungemedicinsk afdeling.

Geriatrisk team:

Der findes udgående geriatriske hospitalsteams i Horsens-, Midt- og Aarhus-klyngen, mens der i Randers-klyngen igangsættes et pilotprojekt d. 1. maj med udkørende geriatrisk team i en enkelt kommune. I Aarhus klyngen er der en række udgående geriatriske hospitalsteams med forskellige målgrupper. Generelt er formålet med de geriatriske teams at følge hjem og/eller følge op i forbindelse med udskrivelse af den geriatriske patient i tæt samarbejde med patient, pårørende og hjemmepleje. Geriatriske udgående funktioner bruges også til at forebygge indlæggelser, f.eks. som opfølgning på et ambulat besøg.

De geriatriske teams er forskellige fra klynge til klynge, og kan eksempelvis rumme læge, geriatrisk sygeplejerske, klinisk farmaceut og terapeut. Nogle steder sættes det konkrete hold forskelligt afhængigt af den konkrete opgave.

Der er generelt gode erfaringer med de hospitalsbaserede udgående geriatriske funktioner på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Ikast-Brande kommune giver udtryk for ønske om geriatrisk udgående funktion til kommunens borgere.

Samsø kommune mener dog, at funktionen i dens eksisterende form er unødvendig. Som eksempler på fordele ved funktionen beskrives, at funktionen sikrer kontinuitet i patientforløbet over sektorgrænsen efter udskrivelse og forebygger (gen)indlæggelser.

I forhold til udvikling på området har de enkelte hospitaler og kommuner en række konkrete ønsker og forslag. Disse vil indgå i det videre arbejde men er ikke medtaget her.

Et par mere overordnede ønsker til nye/flere funktioner handler om etablering af en rådgivende telefon/funktion fra geriatrisk team til praktiserende læge og de kommunale sygeplejersker, samt geografisk udbredelse af tilbuddet om geriatrisk udgående funktion, også til steder hvor afstanden er lang.

Nefrologi funktion:

Der er nefrologi funktion i Midt-, Vest-, Aarhus- og Horsens-klyngen. Overordnet er formålet med de udgående nefrologi-funktioner fra hospitalerne at understøtte patienterne i at leve med deres sygdom. Dette sker på to forskellige måder. Dels i form af hjemmebesøg hos hjemmedialysepatienter og dels i form af undervisning af kommunale sygeplejersker i opstart af dialysebehandling i hjemmet.

Det er oftest sygeplejersker fra nyreambulatoriet og/eller dialyseafdelingen der varetager funktionen.

Tidlig udskrivelse af for tidligt fødte børn:

Udgående hospitalsfunktioner i forbindelse med tidlig udskrivelse af for tidligt fødte børn findes i både Aarhus- og Horsens-klyngen.

Formålet med funktionen er at understøtte barn og familie i at komme hjem i egne rammer så hurtigt som muligt. Børnene indlægges i eget hjem (hospitalet har behandlingsansvaret), og sygeplejersken besøger familien i hjemmet og hjælper med behandling og pleje. Sundhedsplejerske inddrages, og der sker overlevering fra hospital til sundhedsplejerske hos familien, når barnet afsluttes fra hospitalet. Den udgående funktion følger også op i tæt samarbejde med sundhedsplejen i de første uger efter formel udskrivelse.

Mobil bioanalytiker ordning:

Denne ordning findes i både Vest-, Horsens-, Midt- og Aarhus-klyngen. Mobil-bioanalytiker ordning omhandler, at almen praksis kan rekvirere laboranter til at tage til immobile patienter på plejehjem og i private hjem.

Flere kommuner melder ind, at de er glade for ordningen. To kommuner efterspørger øget adgang til mobil blodprøvetagning, fordi dette vurderes at kunne understøtte yderligere kommunal opgavevaretagelse i borgernes hjem.

Yderligere udgående funktioner, AUH:

Udover de udgående funktioner, der findes i to eller flere af klyngerne, har Aarhus Universitetshospital en række udgående funktioner som kun findes med udgangspunkt i dette hospital. Det drejer sig om:

- Mobil røntgen
- Diabetes sygeplejerske
- Individuelt undervisningstilbud til patienter med leversygdomme
- Hjerteteams
- Sygeplejeopfølgning i hjemmet ift. respiratorpatienter
- Udgående teams vedr. børn
- Tværfagligt udgående team udredning, behandling og samarbejde med kommunerne på skolebørnsområdet

Nogle af ovenstående udgående hospitalsfunktioner knytter sig til funktioner, der alene findes på Aarhus Universitetshospital. Her er de udgående funktioner regionsdækkende, da patienter i disse tilbud kan komme fra hele regionen. Andre er alene gældende som følge af lokale aftaler i Aarhus-klyngen. For overskuelighedens skyld er beskrivelse af udgående funktioner, som alene findes i relation til Aarhus Universitetshospital, beskrevet i et særskilt bilag (se bilag 2).

2.b Eksisterende telemedicinske funktioner og rådgivning m.v.

Der er generelt en række initiativer i gang i region og kommuner, som på forskellig vis benytter sig af telemedicinske løsninger. Derudover er der i mange forskellige sammenhænge mulighed for, at kommuner og almen praksis kan henvende sig til specialfunktioner på hospitalerne med henblik på faglig sparring og rådgivning. Nedenstående er derfor ikke en udtømmende liste over igangværende funktioner. Listen omfatter de initiativer, hospitaler, kommuner og almen praksis har peget på i forbindelse med den rundspørge, der ligger til grund for dette notat.

Vedrørende KOL-patienter omtales gode erfaringer med telemedicinske løsninger i form af AmbuflexKOL og Tele-KOL til såvel forebyggelse af forværringer og indlæggelse som patientens oplevelse af tryghed.

Vedrørende diabetes eksisterer en regional ordning, Klinisk Integreret Hjemmemonitorering af diabetiske fodsår, som indebærer samarbejde mellem hospital, kommuner og patienter. Formålet med ordningen er, at borgerne oplever en velkoordineret behandling, hvor det tætte samarbejde sikrer optimal sårheling og velreguleret medicinering. Samtidig undgår borgeren i en række tilfælde at skulle ind på hospitalet til opfølgning.

Vedrørende sårvurdering eksisterer også et velfungerende telemedicinsk tilbud, som er beskrevet i en samarbejdsaftale mellem regionen og alle 19 samarbejdskommuner.

Der er stomi-klinikker/specialiserede stomifunktioner ved alle fem akuthospitaler. Alle steder kan patienter henvende sig og få råd og vejledning. Det er varierende, i hvor høj grad der også er rådgivende funktioner og undervisning i forhold til hjemmeplejens personale. Samarbejdsfunktioner med kommunerne er eksplicit beskrevet på Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenhed Horsens og i Hospitalsenhed Vest.

Børne og Ungdomspsykiatrisk center har et regional tilbud om videokonference til kommuner og praktiserende læger vedr. sparring om børn og unge med psykiatriske problemstillinger.

2. c Eksisterende udgående funktioner fra psykiatrien

I dette afsnit er der kortlagt, hvilke udgående funktioner der er erfaringer med i psykiatrien. Disse er opdelt efter klynger, dog er der OPUS tilbud i alle regionspsykiatrierne. Derudover dækker den psykiatriske rådgivningstelefon hele Region Midtjylland 24/7. Denne er primært rettet mod patienter og pårørende. Men almen praksis, vagtlæger og psykologer med ydernummer kan søge rådgivning. Desuden kan kommunale akuttilbud søge sparring.

Regionspsykiatrien Vest:

- Mobilteam (Herning Kommune): intensiv ambulant hjemmebehandling af overvejende affektive patienter.
- Akut Ambulant team (Holstebro Kommune): blandede diagnoser. Spiller tæt sammen med medarbejdere i de tre nordlige kommuner. Disponerer pr. 1. juli 2016 over seks lavintensive senge.

- Ældrepsykiatriteam: varetager i mindre grad udregning i patientens eget hjem.

Regionspsykiatrien Horsens:

- Akutteam: disponerer snart over 2 akutsenge.
- Satelitter (Odder Kommune, Skanderborg Kommune og Hedensted Kommune) sammen med det kommunale personale.

Regionspsykiatrien Midt:

- Hjemmebehandlingsteam i Psykiatriens Hus, hvor Silkeborg disponerer over seks regionale akutpladser i Psykiatriens Hus. I Psykiatriens Hus er det politisk besluttet at se, om man kan skabe mere sammenhængende tværsektoriel indsats via tre spor: fælles enhed i akut døgn, fælles plan og fælles udredning. Barrierer og muligheder ift. eksisterende lovgivning undersøges.
- SAVE: mulighed for hurtig akutvurdering inden for 24 timer, både ude og inde.
- Mobilteam (Viborg Kommune og Skive Kommune): intensivt ambulante hjemmebehandling af overvejende affektive patienter.
- Opsøgende retspsykiatrisk team:

Regionspsykiatrien Randers:

- Satellit (Rønde Kommune):

AUH Risskov

- Opsøgende retspsykiatrisk team:
- Akut ambulante team for angst og depression: dette etableres pr. 1. juli 2016. teamet skal sammen med 16 lavintensive senge varetage den ambulante akutte indsats til de borgere hvor en indlæggelse kan forebygges eller afkortes.
- Affektiv sygeplejerske (Samsø kommune)
- Mobilt psykoseteam/psykosesygeplejerske (voksen psykiatri)

2.d Eksisterende udgående funktioner fra kommuner:

Dette afsnit er beskrevet på baggrund af, at der er spurgt til gode eksempler ud fra erfaringer. Dette gør, at nedenstående ikke nødvendigvis er en udtømmende kortlægning af eksisterende funktioner.

- Udskrivningsmøder i regionspsykiatrien (Skive Kommune, Samsø Kommune): Ved de planlagte udskrivelser deltager en kommunal sagsbehandler/kontaktperson.
- Fremskudt kommunal visitation (Silkeborg kommune, Favrskov kommune, Samsø kommune, Randers kommune, Herning kommunes er pt. nedlagt): Herning kommune synes, at funktionen fungerede godt, men den blev nedlagt, da det krævede visitatorer på flere hospitaler. Silkeborg Kommune har initiativet "Fælles om udskrivelse" under udvikling. Samsø Kommune har fremskudt visitations team i forbindelse med udskrivelser af hjerneskadede patienter fra Vejle Fjord, Hammel og Skive m.m. Teametat giver god mening pga. kompleksiteten og konkret faglig overlevering. Randers Kommune har positive erfaringer med denne funktion.
- Kommunalt akutteam (Silkeborg kommune)

- Terapeuter til CP børn (Herning kommune): Der foretages målinger med aftalte intervaller. Terapeuten kan være med familie til kontrol på børneafdelingen i ganske særlige komplekse situationer. En ressource investering aftalt med familien.
- Udrykningsteam (Aarhus Kommune): Teamet er fælles finansieret mellem Region Midtjylland og Aarhus Kommune (psykiatri voksen).
- Hjerneskadekoordinator (Hedensted kommune).

2.e Eksisterende tværsektorielle funktioner:

Call-center:

I regi af klyngesamarbejdet omkring Hospitalsenhed Midt, er der etableret et fælles Call-center. Her er akuthospitalets Hospitalsvisitation suppleret med sygeplejersker fra kommunerne i klyngen, som i fællesskab med hospitalsvisitationens personale kan hjælpe med at rådgive de praktiserende læger om alternativer til indlæggelse. Funktionen indebærer ikke alene henvisningmuligheder i forhold til enten indlæggelse eller kommunale tilbud, men er også ramme om et fælles udviklingsprojekt, hvor der løbende udvikles nye samarbejdsformer mellem region, almen praksis og kommuner. Projektet har en selvstændig, tværsektoriel styregruppe.

De foreløbige erfaringer er gode, men styregruppen oplever, at eksisterende incitamentstrukturer, aftaler og regler stiller sig i vejen for udvikling og implementering af de gode løsninger. Projektet følges forskningsmæssigt.

Aarhus-klyngen er undervejs med et projekt, der integrerer den kommunale visitation i et tæt samarbejde med hospitalsvisitationen. Silkeborg Kommune ønsker tættere samarbejde med hospitalet om visitation og udskrivelse.

IV-behandling i hjemmet:

Både i Aarhus-, Midt- og i Horsens-klyngen er der projekter som på forskellig vis arbejder med muligheden for at gennemføre IV-behandling i hjemmet. Modellerne strækker sig fra, at patienter selv kan transportere sig møder op på hospitalet sammen med en hjemmesygeplejerske for at få anlagt venflon, over modeller hvor hospitalet udleverer medicin og har det lægefaglige ansvar i forbindelse med, at hjemmeplejen anlægger venflon, til en model hvor hospitalet udleverer medicin, hjemmeplejen anlægger venflon og står for den løbende pleje, mens det lægefaglige ansvar er hos almen praksis.

Foreløbige erfaringer fra Aarhus og Midtklyngen tyder på, at IV-behandling i hjemmet har en række positive effekter: Færre indlæggelsesdage, færre hospitalsinfektioner, større patienttilfredshed og en samlet samfundsøkonomisk gevinst.

Der er dog også fortsat en række udfordringer ikke mindst i forhold til aftaler om placering af det lægefaglige ansvar. Også de økonomiske incitamentstrukturer, aftaler med de praktiserende læger, og regler for patienters egenbetaling ved behandling i hjemmet er barrierer for den videre udvikling.

Fælles akutteam (AUH og Aarhus Kommune):

Fælles akutteam består af specialsygeplejersker fra Sundhed og Omsorg som arbejder tæt sammen med den geriatriske læge og praktiserende læge. Formålet er at forebygge forværring i borgernes sygdom, og forebygge hospitalsindlæggelser, hvor det er fagligt muligt.

Fælles udgående lungeteam (AUH og Aarhus Kommune):

Baggrunden for samarbejdet mellem AUH og Aarhus Kommune i et fælles udgående lungeteam er bl.a., at borgere med KOL ønsker mere undervisning, større medinddragelse i eget sygdoms- og behandlingsforløb samt mere tryghed i form af hurtigere kontakt med en sygeplejerske med kendskab til sygdommen. En KOL-sygeplejerske fra Lungemedicinsk Afdeling besøger borgeren i hjemmet og introducerer handlekortet. Handlekortet omhandler symptomer på forværringer i lungesygdommen og hvilke forebyggende tiltag, borgeren kan tage. Borgeren kan herved lære at handle på symptomer på forværring inden, det udvikler sig til noget akut, der måske kræver hospitalsindlæggelse. Tidlig indsats medvirker til, at borgeren bliver mere tryk i eget hjem, hvilket kan udskyde eller forebygge en hospitalsindlæggelse. Udover borgeren selv og pårørende/netværk, tilbydes også det kommunale hjemmeplejeteam undervisning. Erfaringer herfra viser, at det er en god måde at få skabt en solid viden om lungesygdommen KOL. Samtidig kan det kommunale personale bedre støtte borgere i hverdagen. Hvis der er behov for det, så tilbydes borgeren et opfølgende hjemmebesøg. Samtidig får borgeren også et telefonnummer, som kan kontaktes, hvis der kommer forværring i sygdommen/symptomerne.

Gerontopsykiatrisk team:

Odder Kommune oplever, at der er lang ventetid på første besøg, men når først samarbejdet er etableret, fungerer det tilfredsstillende.

Mobilt psykoseteam:

Aarhus Kommune har et samarbejde med Center for Misbrugsbehandling og Center for Akutopsøgende. Målgruppen er de 10 pct. dårligste psykotiske patienter (voksenpsykiatri).

Tværasektoriel udredningsenhed TUE (Midtklyngen, Silkeborg kommune):

TUE er et samarbejdsprojekt mellem Silkeborg Kommune og Regionshospitalet Silkeborg, som skal give borgere med et medicinsk problem et hurtigt, sammenhængende og målrettet patientforløb uden nødvendigvis at indbefatte indlæggelse. I TUE vil borgeren møde sygehusets speciallæger og særligt uddannede sygeplejersker fra Silkeborg Kommune, som foruden viden og erfaring indenfor akut sygepleje, omsorg og mobilisering har et bredt kendskab til kommunens tilbud, så en koordineret hjemsendelse kan finde sted. Lægen vil vurdere, udrede og behandle borgeren, inden der tages stilling til det videre forløb.

Tværfagligt udgående team (TUT)(Struer kommune, børnepsykiatrien):

Samarbejde mellem Struer kommune og børnepsykiatrien. Formålet at sikre en tidlig, helhedsorienteret og mindst mulig indgribende indsats for barnet/den unge ved at sammentænke behandling og skolegang i videst muligt omfang. Kommunen har ikke nogen praktiske erfaringer med tilbuddet, da det ikke er lykkedes at få dem ud til kommunens børn og unge. Derudover påpeger kommunen, at de ikke har det bedste indtryk af samarbejdet med BUC. Mange af deres børn/unge sendes hjem mangelfuldt udret og med ringe information og anbefalinger i forhold til det videre behandlingsforløb, som det forventes at kommunen (alene) står for.

3. ØNSKER

3.a Fremadrettede ønsker til nye udgående hospitalsbaserede, kommunalt baserede funktioner eller tværasektorielle funktioner:

Nedenfor er hospitaler, kommuners og almen praksis ønsker til nye udgående hospitalsbaserede, kommunale eller tværasektorielle funktioner beskrevet. Det er i parentes angivet hvilken aktør der har givet udtryk for ønsket. Ønsker om udvidelse eller udbredelse af eksisterende funktioner er beskrevet ovenfor under den enkelte funktion.

- Astmasygeplejerske der kan tage på hjemmebesøg. Dette ønskes for derved bedre at kunne se, hvad der i nærmiljøet kan være problematisk i forhold til patientens astma og behandlingen af denne (HE Midt).
- TB- sygeplejerske/team der med gennemlysningsvogn og medicin tager rundt til TB patienter. Dette ønskes, da denne patientgruppe ofte er en meget sårbar gruppe, der kan være meget svær at få ind i ambulatorierne. Samtidig er der et ønske om at besøge forsorgshjem og få beboernes ekspektorater sendt til TB undersøgelser. Det havde god effekt i København (HE Midt).
- Opfølgende hjemmebesøg til ældre kirurgiske patienter med stor comorbiditet, da patienter med svære medicinske problemstillinger, der gennemgår store kirurgiske indgreb f.eks. amputation, stor rykirurgi eller abdominalkirurgi har store vanskeligheder i udskrivelsen og kan blive genindlagt på medicinske afdelinger. Det foreslåes at hjemmebesøgene varetages af to terapeuter (AUH).
- Udgående team til behandling af hjertesygdomme, da der ved behandling i hjemmet af en sygeplejerske, kan undgås indlæggelser og derved mulig overbelægning (AUH).
- Specialiserede teams som kan være det kommunale basispersonales (sygeplejersker) støtte i svære og komplekse situationer. Det er både inden for somatik og psykiatri. Der skal laves klare aftaler omkring samarbejde på niveau med aftalen omkring IV-medicinering (Struer Kommune).
- Funktion for forbedret lægemiddelanvendelse for at imødegå problemer forårsaget af patienternes medicinering og sikre rationel anvendelse af lægemidler (AUH).
- Tværsektorielle funktioner som kan håndtere at skabe sammenhæng for patienterne mellem primær og sekundær sektor. Eksempelvis delestillinger og forløbskoordinatorer. I Midtklyngen har man gennem et år haft en fælles projektleder på området, hvilket har skabt mulighed for fælles prøvehandlinger, når der var et bindeled med en funktion i både primær og sekundær sektor. AUH efterlyser mulighed for at supplere erfaringerne med forløbskoordinatorer på følgende områder:
 - *Forløbskoordinator for den ældre medicinske patient med diabetiske fodsår.* Her er formålet at koordinere patientforløbet på tværs af afdelinger, ambulatorium og kommune. Funktionen skal varetages af en sygeplejerske (AUH).
 - *Forløbskoordinator for den ældre terminale patient,* hvor formålet er at skabe kontakt til det Palliative Team, kommune og hospice for patienter hvor behandling er udsigtsløs. Såfremt disse patientforløb kommer til at forløbe hurtigere bliver liggetiden også optimeret. Funktionen skal varetages af en sygeplejerske (AUH).
 - *Forløbskoordinator for ortopædkirurgiske patienter,* da det er centralt med styrkelse af koordination mellem afdelinger og med kommuner (AUH).
 - *Udskrivelseskoordinator,* som deler timer mellem region og kommune. Dette skyldes, at de MEDCOM-aftaler der ligger ikke virker efter hensigten. Dette påtænkes i de usikre, ustabile og komplekse udskrivelser, hvor vi ser en del UTH'er og genindlæggelser (Hedensted kommune).
- Udvidelse af det eksisterende samarbejde med akutklinikken i Skive Sundhedshus på akut/behandlerrådet om opgaver, som kan løses i borgerens hjem, men hvor hjemmesygeplejersken ikke har erfaring/ekspertise (Skive kommune).

- Fremskudt visitation: Kommunerne skal i højere grad være til stede på hospital når der snakkes udskrivning/fremskudt visitation (Silkeborg Kommune, Herning Kommune). Yderligere ønskes dette også i forbindelse med udskrivelse fra psykiatrien (Samsø Kommune, Randers Kommune).
- Hjemmebesøg og plan for overgang til primærsektor/rusmiddelcenter i forbindelse med afrusning i hjemmet (Hedensted Kommune).
- Gerontopsygeplejerske ønskes, da der er lang vente tid til demensambulatorium, og gerontopsygeplejerske kan vurdere, om udredning er relevant, eller om der skal en anden indsats til (Samsø Kommune).
- Udgående team mht. misbrugere samt psykiatriske patienter, også ved patienter henvist elektivt fra egen læge (PLO).
- Læge fra det palliative team der går stuegang på kommunalt hospice (Randers kommune).
- Gennemgang af medicin hos plejehjemsbeboere af geriatrisk læge, hvert halve år (Samsø kommune).
- Dobbelt diagnose projekt (1 årigt). Udstationerede sygeplejersker i Center for Misbrugsbehandling og Center for Alkohol svarende til 2-3 stillinger. En alkohol- og to misbrugsbehandlere udstationeres i Voksenpsykiatrien i Risskov (Aarhus Kommune).
- Arbejdsgruppe arbejder pt. med forslag om, hvordan Akutteamet for angst og depression med lav-intensiv-senge i voksen-psykiatrien kan udvikle samspillet med kommunerne omkring tidlig, fleksibel og en integreret indsats senge med henblik på at forebygge akutte (forebyggelige) indlæggelser i psykiatrien (Aarhus kommune).

3.b Fremadrettede ønsker til nye telemedicinske løsninger og rådgivende funktioner:

Udgående funktioner, telemedicin og rådgivende funktioner hænger tæt sammen. Da emnerne er behandlet som selvstændige punkter i Sundhedsaftalen, er der i dette notat alligevel forsøgt skelnet mellem ønsker på de to områder. Nedenfor beskrives de udviklingsønsker, der i særlig grad knytter sig til telemedicin og rådgivende funktioner.

- Fremtidigt tværsektorielt samarbejde om telemedicinsk løsning, feks. Telekol-projekt, som de deltager i, samt telekol-nord som planlægges implementeret på landsplan (HE Midt).
- Videreudvikling af iPad projekt – fra Tryk i eget hjem trods KOL – tværsektorielt og tværfagligt mellem lungemediciner, KOL-sygeplejersker, fys/ergo, hjemmesygepleje og kommunale fys/ergo (HE Midt).
- Telemedicinske løsninger ift. borgere med KOL (Randers Kommune).
- Telemedicinsk stomibehandling – med anvendelse af plejenet (HEV).
- Styrket samarbejde mellem kommunen og regionspsykiatri ved udskrivning af retspsykiatriske borgere. Som et alternativ til fysisk møde kunne virtuelle udskrivningsmøder være et indsatsområde (Skive Kommune).

- Videokonference i komplekse sager, hvor det vurderes hvad der kan igangsættes – neurologiske patienter (Herning kommune).
- Dataudveksling og overlevering af risiko-scoring ved både udlægning og indlæggelse mhp. at identificere borgere med risiko for tryksår (Terapeuter) (Herning Kommune)
- Telekonference med hospitalet ved ambulante behandlinger på hospitalet (Herning Kommune).
- Telefonisk support fra regionen. Det ønskes, at kommunale akutsygeplejersker har mulighed for telefonisk at kontakte speciallæge, når der eks. opstår problemer efter udskrivelse (Herning Kommune).
- Mulighed for IT-dialog med diabetes- og hjertesygplejersker (Hedensted Kommune).
- Mulighed for telefon- eller telemedicinske løsninger i stedet for nuværende Følg-hjem-team (Samsø kommune)

4. UDFORDRINGER

4.a Forbehold i forhold til udgående teams:

En af kommunerne giver udtryk for, at etablerede udgående hospitalsteams og funktioner generelt ikke ses som løsning på fremtidens udfordringer. I stedet ønskes at hospitalet stiller sig til rådighed for at give sparring (telefonisk, videokonference eller ved i ret få tilfælde at komme ud i hjemmene). Også hospitalerne stiller sig forskelligt til etablering af udgående teams. Her er interessen generelt størst i Aarhus, og mindst i Hospitalsenhed Vest. Dette kan hænge sammen med geografien omkring hospitalerne, der i forskellig grad giver mulighed for at etabere økonomisk bæredygtige løsninger med udgående teams. Almen praksis lægger vægt på, at patienter i udgangspunktet skal behandles i det nære sundhedsvæsen og af egen læge, når sygehusbehandlingen er færdig. Det understreges, at det derfor er vigtigt med tæt kontakt mellem teams og egen læge. Udviklingen af udgående funktioner skal foregå i tæt samarbejde med almen praksis. Det er vigtigt at have fokus på, at de udgående teams ikke udvikler sig i retning af et hurtigt afklarende besøg, med lange bestillingslister til praktiserende læge med opgaver, som der forventes at egen læge udfører.

4.b Barrierer:

På trods af de gode erfaringer med udgående funktioner og ønsket om en udbygning, er der en række barrierer, som er hindrende for både samarbejdet og patientsikkerheden:

- Organisatoriske – forskellige ledelsesmæssige strukturer og referenceforhold besværliggør det tværsektorielle samarbejde. Forskellige ansættelsesforhold (forskellige overenskomster i primær og sekundær sundhedstjeneste)
- Opgavefordeling – det er vigtigt, at der foreligger aftaler om, hvem der har ansvaret for behandling, samtidig er det vigtigt med behandlingsplaner ved længerevarende forløb.
- Forskellige IT systemer
- Manglende mulighed for datadeling – besværliggør det tværsektorielle samarbejde (koordinering af patientforløbene) og er en udfordring for patientsikkerheden
- Økonomiske – hvem betaler for hvad? (eks. utensilier, personale mm.)
- Geografiske (HE Vestklyngen) - stort geografisk område, hvorfor det er nødvendigt at prioritere det ressourcemæssige i specialuddannede sundhedspersoner på landevejen frem for at patienten kommer til hospitalet. Udgående funktioner stiller krav til flere sundhedspersoner indenfor samme specialuddannelse for at kunne dække behandlingsopgaver internt på hospital samt i borgerens nærmiljø. Barrierer for udgående funktioner taler for implementering af gode telemedicinske løsninger og kommunikation.

Bilag 1: Skema for udgående funktioner i Region Midtjylland og de 12 midtjyske kommuner der har afgivet svar samt almen praksis

UDGÅENDE funktion fra hospital	Palliativ team	Apopleksi team	KOL/ilt team	Geriatrisk team	Nefrologi funktion	Tidlig udskrivelse af for tidligt fødte børn	Mobil bio-analytiker ordning	Mobil røntgen	Diabetes sygeplejerske	Individuelt under visnings-tilbud til patienter med lever-sygdomme	Hjerte teams	Sygeplejeopfølgning i hjemmet ift. respiratorpatienter	Udgående teams vedr. børn	Tværfagligt udg. tema udredning, behandling og samarbejde med kommunerne på skolebørnsomr.	Mobilt psykoseteam / sygeplejerske
AUH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HE Randers	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HE Horsens	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HE Midt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HE Vest	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

UDGÅENDE funktion fra kommune	Udskrivnings-møder i regions-psykiatrien	Fremskudt kommunal visitation	Kommunal akut teams	Terapeuter CP børn	Udrykningsteam
Skive	X	X	X	X	X
Silkeborg	X	X	X	X	X
Favrskov	X	X	X	X	X
Herning	X	X	X	X	X
Aarhus	X	X	X	X	X
Samsø	X	X	X	X	X
Randers	X	X	X	X	X

DELESTILLING / Fælles indsatser	Fælles call center	IV-behandling i hjemmet (venflon)	Fælles akutteam	Fælles udgående lungeteam	Gerontopsykiatrisk team	Mobilt psykoseteam	Tværsektoriel udrednings-enhed TTUE
Aarhus klynge	(pilot på vej)	X	X	X	X	X	X
Randers klynge	X	X	X	X	X	X	X
Horsens klynge	X	X	X	X	X	X	X
Midt klynge	X	X	X	X	X	X	X
Vest klynge	X	X	X	X	X	X	X

Bilag 2: Udgående funktioner AUH

Mobil røntgen:

Formålet med mobil røntgen er, at forbedre sundhedstilstanden ved hurtig og lempeligere billeddiagnostik for en afgrænset population. Tilbuddet om mobil røntgen forventes at bidrage med at bedre patientforløb, reducere antallet af indlæggelser og kontakter til skadestuen samt styrke patientudredningen.

Indsatsen består i, at der gennemføres undersøgelse med transportabelt røntgenudstyr i borgerens eget hjem. Pilotprojektet har i 2014 og 2015 foregået i samarbejde med en privat røntgenklinik, som har apparatur og specialbygget bil til rådighed, og som står for at udføre selve undersøgelsen, mens radiologer fra Røntgen og Skanning beskriver billederne. Der kan henvises ambulante og akutte patienter til mobil røntgen.

Erfaringer fra projektet er beskrevet i en evaluering baseret på en spørgeskemaundersøgelse, der viser, at der har været en dokumenteret positiv effekt: at patienter som har fået foretaget en undersøgelse med mobilt røntgenudstyr har færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg sammenlignet med patienter, som har fået foretaget en undersøgelse med konventionelt røntgenudstyr. Samtidig viser undersøgelsen en positiv klinisk og brugeroplevet kvalitet.

Parterne i projektet ønsker på baggrund af erfaringerne i projektperioden tilbuddet udvidet til at inkludere borgere bosat på psykiatriske bosteder og i handicapboliger.

Diabetes sygeplejerske:

Denne funktion består af Følge hjem fra MEA sengeafsnit af en diabetessygeplejerske, og hjemmebesøg efter ønske og behov fra primærsygeplejerske eller diabetesteam i MEA. Samtidig er der samarbejde med praktiserende læger i forhold til råd og vejledning omkring konkrete patient. Der inddrages telefonkonsultation som bindeled mellem primær og MEA ved feks. cancer patienter eller skrøbelige ældre/plejehjemsbeboere, så de ikke behøver komme i MEA, og samtidig kan det forebygge kvalitetsbrist. Diabetessygeplejersken har telefon/mail kontakt til primær sektor med råd og vejledning, og underviser tværfagligt personale i primær sektor.

Individuelt undervisningstilbud til patienter med leversygdomme:

Et undervisningstilbud til patienter med leversygdomme, som indeholder planlagte besøg hjemme hos udskrevne patienter. Her underviser hospitalets personale både patienter og plejepersonale i behandlingen. For at undgå overbelægning har afdelingen som prøvehandling påbegyndt sygeplejeundervisning, hvor tre sygeplejersker underviser ude i eksempelvis hjemmeplejen, i hvad man skal være opmærksom på ift. undgå forstoppelse hos den konkrete patient. Det har medført gode resultater, således at patienter, der vanligt kommer månedsvist er kommet sjældnere ind. Det ønskes at etablere tilbuddet som en permanent ordning.

Hjerteteams:

Der findes to forskellige hjerteteams, der indeholder en "følge-hjem-ordning" og en "følge-op-ordning II"

"Følge Hjem-ordning":

(Sammen med afd. G)

Funktionen er knyttet til Akuthjerteafsnit og varetages af terapeut, som i samarbejde med bl.a. plejepersonale fra sengeafsnittene forestår udskrivelse af patienter og vurdering af behov for opfølgning. Fokus er på problemstillinger i relation til ernæring, smerter, træthed, hjælp til

at mestre at leve med sygdom herunder medicinering, sygdomsforståelse samt uholdbar hjemlig situation.

"Følge-op-ordning II":

Ordningsen er under forberedelse til intervention af udgående behandler-team for patienter med progredierende hjertesvigt. Fokus på problemstillinger knyttet til cirkulation, respiration og træthed. Ved behandling i hjemmet af en sygeplejerske, undgås der indlæggelser og derved mulig overbelægning

Sygeplejeopfølgning i hjemmet ift. respiratorpatienter

I november 2014 påbegyndte en sygeplejerske at tage hjem til borgere for at bistå som problemløser og til kvalitetsopfølgning, ift. de respiratorhjælpere, der allerede er tilknyttet i hjemmet.

Tværfagligt udgående team udredning, behandling og samarbejde med kommunerne på skolebørnsområdet

Team til udredning, behandling og samarbejde med kommunerne på skolebørnsområdet samt spiseforstyrrelser.

Udgående funktioner, børn

Udover udgående hospitalsfunktion i forbindelse med for tidligt fødte børn, og det regionale palliative team vedrørende børn, findes der ved Aarhus Universitetshospital yderligere to udgående funktioner mht. børn. Dette omfatter "børn har det bedst hjemme" og hjemmebesøg af afdelingens personale ved særlige behov hos onkologiske børn.