

Kortlægning af hospitalernes udadvendte funktioner

December 2024

Baggrund:

Med [aftale om budget 2025](#) ønsker forligspartierne, at Region Midtjylland skal arbejde målrettet med at indfri det store potentiale, der er i at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen - herunder at flere patienter kan tilbydes tidligere indsatser og mere behandling tættere på deres bopæl og det levede liv. Når det giver mening, skal det nære opfattes som borgerens eget hjem. Styrket indsats og mere behandling i det nære skaber værdi for borgeren og patienten, fordi indsatsen i højere grad kan tilrettelægges ud fra den enkeltes behov og livssituation.

Regionsrådet har derfor med aftalen nedsat et §17 stk. 4-udvalg (midlertidigt politisk udvalg) med deltagelse af politikere og relevante fagpersoner og eksperter, som skal belyse muligheder og potentialer for etablering og/eller udflytning af yderligere relevante sundhedstilbud til det nære sundhedsvæsen.

Udvalget skal primo 2025 aflevere en kortlægning af eksisterende erfaringer med og skaleringsmuligheder for tilbud i sundhedshuse og speciallægepraksis i en dansk kontekst. Der skal være fokus på mulighederne for udgående teams og mulighederne for at behandle patienter tættere på eller i eget hjem.

Nærværende kortlægning er en overordnet kortlægning og beskrivelse af hospitalernes udadvendte aktiviteter. Metoden bag kortlægningen er beskrevet under afsnittet *Kortlægning af hospitalernes udadvendte funktioner, Metode*.

Indledning:

Hospitalernes udadvendte aktiviteter består af en bred vifte af typer af tilbud. Det kan både være tilbud i nærmiljøet i eksempelvis regionale eller kommunale sundhedshuse, det kan være hospitalsbehandling i eget hjem, udgående funktioner, telemedicinsk monitorering, indsatser der er udelukkende regionale eller indsatser i samarbejde mellem hospitaler og andre aktører. Tilbuddene kan både være virtuelle eller fysiske – eller en kombination. Tilbuddene kan også understøttes af digitale muligheder som eksempelvis Emento-appen eller mulighed for videoopkobling til specialister.

Hospitalerne i Region Midtjylland har i dag en lang række udadvendte funktioner og det har været et udviklingsområde, som der er arbejdet med i mange år. Hospitalerne har forskellige forudsætninger for at arbejde med at udvikle udadvendte funktioner. Der er fx stor forskel på både demografi og geografi i hospitalernes optageområde. Det spiller en rolle både for hospitalernes muligheder for at have udgående funktioner med fysiske besøg i patienternes hjem, men også for patienternes interesse i at eksempelvis kontrollere og opfølgning gøres virtuelle.

En række værktøjer understøtter muligheden for, at flere aktiviteter i dag og i fremtiden kan foregå i borgerens nærmiljø eller eget hjem.

Det gælder eksempelvis den digitale forløbsguide, Emento-app. Målet med Forløbsguiden er at kvalificere kommunikationen med - og behandling af - patienten ved at tilbyde den *rette information* på det *rette tidspunkt*. Patienten bliver præsenteret for de informationer, som er meningsfulde og relevante for netop dér, hvor patienten er i sit forløb. Med Forløbsguiden har patienten adgang til viden og indsigt om egen behandling døgnet rundt. Det betyder, at patienten kan orientere sig i det materiale, afdelingen har skræddersyet til patienten, når vedkommende føler sig mest klar. Det giver også mulighed for at få gentaget informationer og gennemgå informationen med sine pårørende.

Et andet eksempel er AmbuFlex, som er Region Midtjyllands Center for Patientrapporterede Oplysninger (PRO). AmbuFlex udvikler og implementerer PRO-løsninger i samarbejde med klinikere og patienter. Målgruppen for løsningerne er patienter med kronisk sygdom i ambulante behand-

lingsforløb, som indrapporterer patientdata via AmbuFlex. Herigennem kan fysiske kontrolbesøg omlægges til behovsstyrede, virtuelle kontroller.

Et sidste eksempel er Fælles Service Center, som skal gøre det lettere at anvende telesundhed. Fælles Service Center leverer teknisk support og logistik til telesundhedsløsninger, produkter til hjemmebehandling, herunder kropsbårne hjælpemidler på tværs af kommuner og hospitaler. Derudover leverer Fælles Service Center dertilhørende rådgivning, udvikling, koordinering, samt videnopsamling.

Kortlægning af hospitalernes udadvendte funktioner

Metode

Kortlægningen er lavet på baggrund af input fra de fem somatiske hospitaler, psykiatrien og Præhospitalet, som har fået tilsendt et skema til udfyldelse. Hospitalerne er konkret blevet bedt om at beskrive nuværende indsatser og aktiviteter i det nære sundhedsvæsen, f.eks. udgående teams, behandling tæt på eller i eget hjem mm. Hospitalerne er blevet bedt om at skrive titlen på behandlingstilbuddet, hvor behandlingstilbuddet findes, en kort beskrivelse af formål, målgruppe og selve indsatsen samt vurdere, hvorvidt indsatsen har skaleringspotentiale.

Kategorisering af indsatser

I nærværende kortlægning er indsatserne inddelt i fem kategorier, jf. skemaet nedenfor. Mange af indsatserne vil passe ind i flere af kategorierne. Disse indsatser er placeret i den kategori, hvor administrationen har vurderet, at de passer bedst, med fokus på konsistens i kategoriseringen og på, at indsatserne kun er beskrevet et sted.

Akut			Planlagt	
Indsatser mhp. at forebygge akut indlæggelse	Indsatser der er alternativ til fysisk (akut) indlæggelse eller akut behandling på hospital	Indsatser i forlængelse af en indlæggelse	Ambulante indsatser uden for hospital	Øvrige indsatser
Denne kategori indeholder eksempelvis indsatser, der er af mere kontinuerlig, forebyggende karakter, f.eks. hjemme-monitorering, ambulante forløb eller forløb i borgerens hjem med henblik på at undgå akut indlæggelse for f.eks. udsatte patienter eller patienter med svær psykisk sygdom og mange gentagende indlæggelser.	Denne kategori indeholder indsatser, der er et alternativ til indlæggelse eller akut behandling på et sygehus. Det kan f.eks. være hospitalsbehandling i eget hjem, indsatser i samarbejde mellem Præhospitalet og primær sektor, alternativ til akut behandling på hospitalet (f.eks. akutklinikker og akut røntgen) eller palliationsindsats. Det kan være intensive, koordinere indsatser i psykiatrien med hjemmebesøg, der kan stå i stedet for en indlæggelse.	Denne kategori indeholder f.eks. 72-timers udvidet behandlingsansvar og rehabilitering. Det kan også være koordinerede indsatser i psykiatrien med fokus på kontinuitet fra indlæggelse til udskrivelse og til patienten kommer på bosted eller i eget hjem.	Denne kategori indeholder f.eks. indsatser i ambulatorier i sundhedshuse, jordemoderklinikker, mobil donortapning, mobil Lab, ambulante besøg i hjemmet hos patienter i psykiatrien, som er for dårlige til at møde ind i ambulatorie på hospitalet	Denne kategori indeholder f.eks. indsatser vedr. opkvalificering af personale i primær sektor, indsatser, hvor personale på tværs af sektorer sparrer med hinanden, samarbejde med politiet om fælles udrykningsteam, peermedarbejdere i psykiatrien, aktivitetstilbud til borgere med psykisk sygdom i samarbejde med kommunerne mm.

Der har i arbejdet ikke været mulighed for at rundsende den samlede kortlægning til hospitalerne til kvalitetstjek og yderligere input. Der kan derfor være forskel på hvilket snit, hospitalerne har lagt i kortlægningen, og en indsats, som er beskrevet af ét hospital i kortlægningen, kan godt være udbredt til flere eller alle hospitaler.

I kortlægningen er indsatser af telemedicinsk karakter eller virtuelle indsatser markeret med **blå skrift**.

Hospitalerne har meldt indsatser ind, som de har i pipeline. Disse indsatser er indsat i et skema nederst i denne kortlægning, men de er ikke kategoriseret i de fem kategorier beskrevet ovenfor.

Skema 1: Opsamling på hospitalernes udadvendte funktioner

Akut			Planlagt	
Indsatser mhp. at forebygge akut indlæggelse	Indsatser der er alternativ til fysisk (akut) indlæggelse eller akut behandling på hospital	Indsatser i forlængelse af en indlæggelse	Ambulante indsatser uden for hospital	Øvrige indsatser
1 Plejehjemsindsats 2 Hotline om trivselsproblematikker (børn og unge) 3 Fast vagt i eget hjem ved delirøse patienter 4 Samarbejde mellem PLO og Præhospitalet om sårbare patienter (prøvehandling) 5 TeleKOL 6 TeleSår 7 Hjemmemonitorering med mulighed for videokonsultation (Patienter med kunstig hjertepumpe (LVAD)) 8 Hjemmemonitorering (ved hjertesvigt) 9 Hjemmemonitorering (pacemaker (CRD) eller ICD) 10 Hjemmemonitorering af diabetes 11 Brugerstyrede indlæggelser 12 Skolebørnsområdet 13 Bosteds- og selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående), (Forebyggelsesteam) 14 Bosteds- og selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående), Det Koordinerende Team 15 Bostedsteam – længerevarende ambulant indsats (udgående), (KAS: Koordinerende ambulante sygeplejersker)	18 Sundhedsvisitation 19 Borgere med åbne indlæggelser generelt 20 Indsats i eget hjem 21 Udekørende lungeteam til patienter med KOL (AUH) 22 Udadgående KOL-sygeplejersker 23 HjemmeNIVbehandling 24 Fremskudt geriatrisk team 25 Tværsektoriel hospitalsbehandling i eget hjem 26 Behandling af skrøbelige ældre i eget hjem – et samarbejde mellem Præhospitalet og Klinik for Ældresygdomme, AUH 27 Sub-akutte hjemmebesøg 28-29 Sub-akutte tider 30 Fødestueordning 31 Hjemmefødsel 32-34 Hjemmebørsel 35 Tidligt hjemmeophold 36 Ammekonsultation til familier med tidligere kompliceret ammeforløb 37 Røntgen, akut 38 Akutpladser 39 Akutklinik 40 Samarbejde mellem paramedicinerbiler (PMB) i Ringkøbing og Lemvig og Akutafdelingen Gødstrup om at færdigbehandle patienter på stedet/finde alternativ løsning til indlæggelse (prøvehandling)	54 72 timers behandlingsansvar - somatik 55 72 timers behandlingsansvar - psykiatri 56 IV-behandling i nærområdet 57 Lægefaglig bistand på Vikærgården 58 Udgående og rådgivende Apopleksi team 59 Følge op-team, Hjertesygdomme 60 Neurorehabilitering, sengeafsnit 61 Neurocenter, sengeafsnit 62 Kommunalt satellitdepot, hjælpemidler 63 Skadesklinik 64 Borgerbrev 65 Rundbordsmøde - udskrivelsesplanlægning 66 Virtuelle målsamtaler 67 Udgående funktion spiseforstyrrede 68 Tværfaglig udgående funktion (TUF) 69 Rådgivningstelefon efter udskrivelse 70 Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående), (Psykiatrisk akutenhed) 71 Bosteds- og selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående), (Selvskadeteam ADA)	75 Sammenhængende patientforløb – kontrolundersøgelser lokalt (f.eks. lungefunktion) 76 Røntgen, planlagt 77 Røntgen og CT, planlagt 78 Blodprøvetagning 79 EKG 80-82 Mobil bioanalytiker ordning 83 Hjemmehæmodialyse og -peritonealdialyse 84 Hjemmedialyse 85 Donortapning 86 Mobil tappeenhed 87 Blodtransfusion i kommunalt regi 88 Ambulant blodtransfusion (HE Midt) 89 Blodtransfusion i eget hjem 90 Blodtransfusion 91 Jordemoderklinik 92 Kræftklinik 93 Ældresygdomsklinikken 94 Øjenklinik 95 Hjerteklinik 96 Klinik for gigt- og bindevævssygdomme 97 Klinik for diabetes og hormonsygdomme 98 Høreklipper 99 Fertilitetsklinik 100 Klinik for kvindesygdomme og graviditet 101 Klinik for lever-, mave- og tarmsygdomme	139 Samarbejdet mellem diabetesklinikker og almen praksis om patienter med type 2 diabetes med eventuelle konkurrerende lidelser 140 Patientudløst MDT 141 No Need to See 142 Virtuel sparring om den ældre medicinske patient 143 Specialisttelefoner 144 Koordineret udgående indsats 145 Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i Kommunerne 146 Understøtte den palliative opgave i kommunerne 147 Fælles skolebænk 148 Osteoporoseskole 149 Strokeskoler 150 Diabetesskoler i kommuner 151 Informationsbesøg på skoler og daginstitutioner hos alle børn med nydiagnosticeret diabetes 152 Telefonisk inddragelse af pårørende (TIP) 153 Klinik for almen medicin 154 Fodprojekt 155 Samarbejdsaftale - Stomi 156 Rådgivning, undervisning og skræddersyede udviklingsforløb til borgere og patienter 157 Virtuelle konsultationer ved fysio- eller ergoterapeut

16 KIP (Koordineret Indsats for unge med svær personlighedsforstyrrelse (og selvskade) 17 KI (Koordineret Indsats)	41 Telefonisk konference mellem visitation, egen læge og Klinik for Ældresygdom til alternativ plan til indlæggelse 42 Telemedicinsk monitorering af patienter med komplicerede infektioner 43 Palliativ behandling (også et børnepalliativ team) 44 Palliativ team 45 Udkørende palliativ team 46 Klinik for lindrende behandling 47 Ambulante døgnpladser 48 Generelt fokus i psykiatrien 49 Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående), Akut ambulant team (Mobilteamet Holstebro + Mobilteamet Herning) 50 Psykiatrisk akutteam 51 Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående), (Psykiatrisk Akut Team - Viborg/Skive/Silkeborg) 52 Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående), (Hjemmebehandlingsforløb) 53 Udkørende team	72 Selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående), (Selvskadeteamet) 73 Selvskadeteam 74 Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående), (Det udkørende team)	102 Klinik for ernæring 103 Klinik for lunge sygdomme 104 Klinik for åndenød 105 Medicinsk klinik 106 Fysio- og ergoterapi 107 Håndambulatorium 108 Tæt og tør - et tværsektorielt projekt i Gødstrup klyngen (2024-2025) 109-112: Udkørende funktion – ilt patienter 113 Udgående respirationssygeplejerske 114 Udredning for søvn apnø 115 Skift af tracheostomitube via akutlægebil 116 Vaccinationsindsats 117-119 Video- og telefonkonsultationer 120 Småbørnsområdet/Spæd 121 OPUS 122 Psykoseteam Junior 123 Team i klinik 1 124 F-Act til prævalente psykosepatienter 125 Tværsektorielt F-ACT i RP Midt i samarbejde med kommunerne i Midt-klyngen. 126 Bostedsbehandler (bostedsteam) 127 Teams for integreret dobbeltdiagnosebehandling (udgående) 128 Ambulante klinikker i regi af Psykiatrien 129 Satellit i Odder 130 Satellit i Skanderborg 131 Kontorer/samtalerum 132 Gruppeforløb 133 Søvnforløb 134 Musikterapeut 135 Ambulant behandling i elektive teams	158 Virtuelle konsultationer ved klinisk diætist 159 Fælles udrykningsteam (FUT) 160 Peerstøtte 161 Aktivitetstilbud i samarbejde med kommunen
--	--	---	--	--

			136 Enhed for Unge med Depression 137 Retspsykiatrisk opsøgende team 138 Retspsykiatrisk team	
--	--	--	--	--

Note: De indsatser, der er markeret med blå skrift i skemaet, er indsatser af telemedicinsk karakter eller virtuelle indsatser.

Skema 2: Beskrivelser af hospitalernes udadvendte funktioner

1. Indsatser mhp. at forebygge akut indlæggelse				
Nr.	Titel på behandlingstilbuddet	Behandlingstilbuddet findes på	Formål, målgruppe og kort beskrivelse af indsatsen	Mulighed for udbredelse og skalering (f.eks. udbredelse til andre HE'er og sundhedshuse, udbredelse af målgruppen, eller andet)
1	Plejhjemsindsats	AUH i samarbejde med Aarhus Kommune	Opkvalificering af personale på plejehjem mhp. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	Aarhusklyngen arbejder på at udbrede til alle plejehjem i Aarhus Kommune. Kan udbredes til alle plejehjem i andre klynger.
2	Hotline om trivselsproblematikker (børn og unge)	RH Randers	<u>Formål:</u> at styrke det gode samarbejde med sundhedsplejen, herunder at barnet/familien undgår en unødvendig indlæggelse på børneafdelingen <u>Målgruppe:</u> Børn og unge <u>Indsats:</u> "Hotline" til trivselslæger målrettet sundhedsplejen i Randersklyngen med behov for lægefaglig sparring i forhold til trivselsproblematikker ved de børn/familier de kommer hos.	Endnu ikke vurderet.
3	Fast vagt i eget hjem ved delirøse patienter	AUH og Aarhus Kommune	<u>Formål:</u> at forebygge unødige indlæggelser <u>Målgruppe:</u> borgere, der modtager hjemmepleje <u>Indsats:</u> giver de praktiserende læger og vagtlæger mulighed for i samarbejde med hjemmeplejen at rekvirere fast vagt til syge borgere i eget hjem.	Kan også skaleres til, at andre relevante sundhedspersoner (afdelinger på hospital, Præhospital mm.) kan rekvirere.
4	Samarbejde mellem PLO og Præhospitalet om sårbare patienter (prøvehandling)	Præhospitalet og praktiserende læger i hele regionen.	<u>Formål:</u> At skabe sammenhængende forløb og reducere antallet af indlæggelser af sårbare patienter, <u>Målgruppe:</u> Sårbare patienter der har ringet 1-1-2, hvor indlæggelse ikke er fagligt begrundet eller tidsmæssigt kritisk og der kan være uklarhed om der er lavet aftale med almen praksis <u>Beskrivelse:</u> AMK-lægen kan kontakte praktiserende læge i tilfælde med sårbare patienter, som ikke umiddelbart kan færdigbehandles på stedet, hvor de sammen kan drøfte og finde den bedste løsning for patienten.	Målgruppen kan evt. udvides til ikke kun at omfatte sårbare patienter, men alle patienter, hvor viden fra/ sparring med egen læge kan kvalificere behandlingsforløbet og evt. finde andre løsninger end indlæggelse. Forskning & Udvikling gennemfører i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis et forskningsprojekt, der grundigt undersøger de behandlingsmodaliteter og generelle sundhedstilbud, som patienterne benytter sig af efter overgangen fra Præhospitalet til almen praksis.
5	Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (TeleKOL)	Alle akuthospitaler og relevante afdelinger i samarbejde med de 19 midtjyske kommuner	<u>Formål:</u> - At sikre, at borgere med KOL oplever et velkoordineret og sammenhængende behandlingsforløb - At understøtte det tværsektorielle samarbejde omkring borgere i målgruppen for TeleKOL - At formalisere, tydeliggøre og ensrette samarbejdsrelationerne omkring TeleKOL for herigennem at optimere samarbejdet mellem sektorer	Der er indgået en regionsdækkende samarbejdsaftale

			- At sikre hensigtsmæssige arbejdsgange og sikker kommunikation mellem sektorer og sundhedspersoner, så borgere med KOL får det rette sundhedstilbud og den rette behandling. <u>Målgruppe:</u> Borgere med svær/meget svær KOL	
6	Telemedicinsk sår-vurdering (TeleSår)	Alle akuthospitaler og relevante afdelinger i samarbejde med de 19 midtjyske kommuner	<u>Formål:</u> Telemedicinsk sårvurdering (TeleSår) er et tværsektorielt samarbejde med brug af en fælles telemedicinsk løsning (IT-system), hvor hospital og kommune kan kommunikere – både skriftligt og med brug af billeder af sår – omkring vurdering og behandling af borgerens sår. Telemedicinsk sårvurdering skal sikre - at borgere i et telemedicinsk sårforløb får bedst mulig behandling, opnår hurtigere sårheling samt generelt oplever et velkoordineret og sammenhængende behandlingsforløb - at borgere får mulighed for at følge med i eget behandlingsforløb og dermed opnår øget forståelse for egen omsorg og behandling - hensigtsmæssige arbejdsgange og sikker kommunikation mellem sektorer og sundhedspersoner, så borgerne får den rette behandling. <u>Målgruppe:</u> Borgere med komplekse sår samt alle relevante sårforløb, der behandles tværsektorielt.	Der er indgået en regionsdækkende samarbejdsaf-tale
7	Hjemmemonitorering med mulighed for videokonsultation (Patienter med kunstig hjertepumpe (LVAD))	AUH	<u>Formål:</u> At forebygge (gen)indlæggelser og lindre gener fra hjer-tesygdommen eller behandlingen heraf. <u>Målgruppe:</u> Patienter med symptomatisk hjertesvigt trods optimal behandling med kunstig hjertepumpe (LVAD). Patienter fra hele Jylland. <u>Indsats:</u> Kardiologisk tilbud. Disse patienter har svært hjertesvigt med behov for tæt monitorering samt hyppige blodprøvekontroller. Disse patienter er ofte svækkede patienter med hyppige behov for ambulante besøg. Dette foretages i stigende grad ved teleme-dicinske besøg med videokonsultation	Alt der kan hjemmemonitoreres, skal hjemmemoni-toreres.
8	Hjemmemonitorering (ved hjer-tesvigt)	AUH	<u>Formål:</u> At forebygge (gen)indlæggelser og lindre gener fra hjer-tesygdommen eller behandlingen heraf. <u>Målgruppe:</u> Patienter med symptomatisk hjertesvigt trods optimal behandling (medikamentel og non-medikamentel) med gentagne indlæggelser eller mistanke om manglende egenomsorg og compliance. Patienten skal have hjertesvigt samt opfylde mindst ét af føl-gende kriterier: 1) > 2 indlæggelser indenfor 6 måneder med forværring af hjer-te-sygdommen medførende behov for intravenøs vanddrivende be-handling	Alt der kan hjemmemonitoreres, skal hjemmemoni-toreres.

			2) behov for hyppig, supplerende administration af vanddrivende behandling <u>Indsats:</u> Kardiologisk tilbud med telemedicinsk hjemmemonitorering.	
9	Hjemmemonitorering (pacemaker (CRD) eller ICD)	AUH	<u>Formål:</u> At overvåge patienter med en pacemaker (CRT) eller en ICD (hjertestarter). <u>Målgruppe:</u> Patienter med en pacemaker (CRT) eller en ICD <u>Indsats:</u> Ved hjælp af hjemmemonitorering kan man identificere dysfunktion af enheden, rytmeforstyrrelser og når enheden har afgivet behandling (ICD). Ud fra disse oplysninger og i tillæg til EPJ-oplysninger vurderes om yderligere behandling eller kontrol er nødvendig, herunder om indlæggelse er nødvendig.	Alt der kan hjemmemonitoreres, skal hjemmemonitoreres.
10	Hjemmemonitorering af diabetes	RH Horsens, Klinik for diabetes	<u>Formål:</u> At patienter kan få konsultationer i eget hjem. <u>Målgruppe:</u> Patienter med type 1 diabetes, som følges i hospitalsregi, som behandles med glukose-sensorer <u>Indsats:</u> Via telemedicin og deling af patienternes monitoreringsdata omlægges fysiske konsultationer til behovsstyrede, virtuelle konsultationer	Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig
11	Brugerstyrede indlæggelser	BUA	<u>Formål:</u> Forebygge akutte indlæggelser og tvang <u>Målgruppe:</u> 14-17-årige (-20 år). Patienter med hyppige akutte indlæggelser. <u>Indsats:</u> Brugerstyrede indlæggelser og korte elektive indlæggelser som aftales med patient og det tværsektorielle netværk.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen
12	Skolebørnsområdet	BUA	<u>Formål:</u> Hjemmebesøg og netværksmøder <u>Målgruppe:</u> 8-13-årige, med massivt behov for at samle, koordinere og aktivere netværket. Dertil børn som ikke kan forlade hjemmet. <u>Indsats:</u> Ved den udadrettede funktion tages der altid stilling til yderligere børnepsykiatrisk involvering i sagen.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen.
13	Bosteds- og selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående) (Forebyggelsesteam)	Regionspsykiatrien Gødstrup	<u>Formål:</u> At hjælpe målgruppen med behandling i patientens hjem eller nærområde og forebygge indlæggelse. <u>Målgruppe:</u> Patienter, som bor på botilbud og/eller er svært selvskadende. F.eks. patienter m. psykoser, autisme, personlighedsforstyrrelse. Patienterne skal have haft to indlæggelser indenfor 30 dage for at være i forebyggelsesteamets målgruppe. <u>Beskrivelse:</u> Ambulant forløb i borgerens eget hjem eller på bosted	Der bør være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
14	Bosteds- og selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående)	Regionspsykiatrien Midt	<u>Formål:</u> Teamet har kørt som et projekt, der har kunne vejlede bosteder, med patienter, som har behov for intensiveret indsats og hvor der er mulighed for at ændre på patientens gentagende indlæggelser.	Der bør være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.

	Det Koordinerende Team		<u>Målgruppe:</u> Patienter med psykisk diagnose, hvor det er svært at etablere et ambulant forløb, grundet svær selvskade. Bostedet vurderer, om der er behov for intensiveret indsats. <u>Beskrivelse:</u> Det Koordinerende Team har ikke behandlingsansvar, men har til opgave at koordinere med somatiske afdelinger, bosted og psykiatri og dermed følge op på patienten. Teamet planlægger og gennemfører netværksmøder. Teamet møder patienterne både hjemme og under indlæggelse.	
15	Bostedsteam – længerevarende ambulant indsats (udgående) (KAS: Koordine-rende ambulante sygeplejersker)	Regionspsykiatrien Horsens	<u>Formål:</u> Forebygge genindlæggelser samt tvang overfor svært syge patienter på botilbud eller i eget hjem. <u>Målgruppe:</u> Svært syge borgere på botilbud eller i eget hjem, der har mange og lange indlæggelser, og som har brug en koordinerende indsats. Indsatsen har særligt fokus på patienter med skizofreni og bipolar lidelse. Eksklusionskriterier ift. målgruppen er patienter med svær selvskade, da disse patienter er målgruppen for Selvskadeteam. <u>Indsats:</u> Relationsopbyggende samarbejde og velkoordinerede forløb, samt tværsektorielt samarbejde med bosteder og kommunen.	JA - Der er givet midler til skalering til regionsdækkende tilbud. Dette er beskrevet i "Faglig ramme for udgående tilbud i den regional Psykiatri." Der bør dog være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
16	KIP (Koordineret Indsats for unge med svær personlighedsforstyrrelse (og selvskade)	BUA	<u>Målgruppe:</u> Unge ml. 14-17 år (20 år) med svær personlighedsforstyrrelse (og selvskade). <u>Formål:</u> Sikre koordinerede forløb internt og mellem sektorer. Reducere behovet for akutte indlæggelser. <u>Indsats:</u> Koordineret Indsats over 2 år med behov for tværsektorielt samarbejde. Med socialrådgiver fra psykiatrien.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen
17	KI (Koordineret Indsats)	BUA	<u>Målgruppe:</u> Unge ml. 14-17 (-20 år). For ikke personlighedsforstyrrede. <u>Formål:</u> Sikre koordinerede forløb internt og mellem sektorer. Reducere behovet for akutte indlæggelser. <u>Indsats:</u> 6 måneders forløb for unge med behov for tværsektorielt samarbejde. Med socialrådgiver fra psykiatrien.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen

2. Indsatser der er alternativ til fysisk (akut) indlæggelse eller akut behandling på hospital

Nr.	Titel på behandlingstilbuddet	Behandlingstilbuddet findes på	Formål, målgruppe og kort beskrivelse af indsatsen	Mulighed for udbredelse og skalering (f.eks. udbredelse til andre HE'er og sundhedshuse, udbredelse af målgruppen, eller andet)
18	Sundhedsvisitation	Alle akutafdelinger i Region Midtjylland	<u>Formål:</u> Sundhedsvisitationen er den professionelle indgang til alle akutte tilbud i klyngen, uanset sektor. Det tværsektorielle samarbejde skal sikre at det for egen læge og vagtlæge er lige så let at vælge et relevant alternativ til indlæggelse, som at vælge at indlægge patienten – uanset hvilken sektor det relevante alternativ findes i.	Regional samarbejdsaftale Det forudsætter grundigt kendskab til kommunale tilbud og mulighed for at booke sub-akutte tider i alle specialer på alle hospitaler mhp. at undgå akutte indlæggelser.

			Der kan således være tale om f.eks. kommunalt tilbud eller sub-akut tid.	
19	Borgere med åbne indlæggelser generelt	HE Midt	<u>Formål:</u> At patienter oplever kontinuitet i behandling og at undgå lange indlæggelser. <u>Målgruppe:</u> Palliative patienter og patienter i ustabil tilstand med høj risiko for forværring af tilstand. <u>Indsats:</u> Patienten er hjemme, men har mulighed for selv eller via pårørende/plejepersonale at kontakte hospitalsafdelingen telefonisk mhp. på hurtig sparring og afklaring.	
20	Indsats i eget hjem	Præhospitalet og alle hospitaler i regionen	<u>Formål:</u> At gøre det muligt at patienter kan udskrives tidligere fra hospital samt forebygge åbne indlæggelser/ambulante hospitalsbesøg. <u>Målgruppe:</u> Patienter, der som følge af indsatsen, vil kunne udskrives fra hospitalet tidligere, eller brug af åbne indlæggelser/ambulante hospitalsbesøg kan forebygges. Børn under 15 år er ikke omfattet af indsatsen. <u>Indsats:</u> Hospitalerne kan via AMK bestille Præhospitalets ambulancetjeneste til at bistå med udførelse af følgende opgaver i patientens eget hjem: Nyanlæggelse/omlægning af venflon, Døgnblodtryksmåling og Holtermonitorering	Indsatsen er udbredt til hele regionen.
21	Udekørende lunge-team til patienter med KOL (AUH)	AUH (Aarhus Kommunes Akutteam passer funktionen i vagttid)	<u>Formål:</u> At tilbyde patienter med svær KOL og mange forværringer/indlæggelser et mere sammenhængende forløb og forebygge hyppige indlæggelser. <u>Målgruppe:</u> De sværest syge KOL-patienter <u>Indsats:</u> Ambulant forløb med tilsyn i hjemmet efter patientens behov. Tilgængelighed til sygeplejerske 24/7. Patienter/borgere kan komme i kontakt med sygeplejersker ved tegn på forværring i sygdom. Sygeplejerske med lungemedicinsk erfaring tager telefon, sygeplejerske kan køre ud i hjemmet til borgeren for tilsyn og evt. opstart af behandling. Eller klare konsultation pr. telefon. Lungemedicinsk læge er tilgængelig for sygeplejersker på telefon 24/7. Dvs. der er lungemedicinsk behandlingsansvar. Bliver der behov for indlæggelse er der samarbejde med sengeafsnit om udskrivelse og forebyggelse af ny indlæggelse. Der er ca. tilknyttet 120 patienter til ordningen. Tallet har hidtil været forholdsvis stabilt. Patienterne er tilknyttet ordningen så længe der er behov herfor. For de flestes vedkommende resten af livet. Antallet af patienter tilknyttet går op og ned.	Evt. Udbredelse i forhold tværfaglig behandling med f.eks. fysioterapeut. I Aarhusklyngen er det en velfungerende ordning, der supplerer TeleKOL og det kommunale akutteam ret godt – kan udbredes til andre klynger. Kan også udbredes med hjemme-NIV og CPAP.

			I regi af Aarhusklyngen har der i en prøvehandling været koblet en fysioterapeut på i forlængelse af det udgående lungeteam.	
22	Udgående KOL-sygeplejersker	RH Gødstrup / eget hjem	Formål: At tilbyde behandling i nærområdet for sårbare borgere med KOL. Målgruppe: Borgere med svær KOL og som følges i hospitalsregi. Indsats: Fysisk besøg af KOL-sygeplejerske i eget hjem. Der køres ud 4 dage om ugen.	
23	HjemmeNIVbehandling NIV = Non Invasiv Ventilation	RH Horsens, Medicinsk Sengeafsnit 1	Formål: Forebygge indlæggelser Målgruppe: Lungepatienter, herunder KOL, som vurderes at kunne profitere af hjemme-NIV-behandling for at opnå bedre sygdomskontrol og forebygge indlæggelser	Indsatsen starter op ultimo 2024 og potentialet for udbredelse og skalering skal afklares nærmere
24	Fremskudt geriatrisk team	AUH	Formål: At tilbyde udredning og behandling i hjemmet med henblik på at forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser. Indsats: samarbejde mellem Akutteam, praktiserende læger, vagtlæger og hjemmesygeplejersker, plejehjem. En stor del af patienterne, der modtager hospital i hjemmet, er uden forudgående hospitalsindlæggelse. Forløbene er ofte en kombination af udgående og telemedicinsk løsning	Funktionen vil kunne kvalificeres ved at blive suppleret med telemedicinsk løsning. Det vil kunne forbedre den faglige og patientoplevede kvalitet. Udredning og behandling i hjemmet kan skaleres til andre patientgrupper, afhængig af konkret behandlingsmål og -plan – f.eks. hvis patienten kan tåle en klinisk forværring uden tæt adgang til intensiv behandling. Ordningen kan også skaleres til andre klynger.
25	Tværsektoriel hospitalsbehandling i eget hjem	HE Midt i samarbejde med Silkeborg, Skive og Viborg kommuner	Formål: Forskningsprojekt, der ønsker at organisere det mest optimale behandlingsforløb for ældre, akut syge patienter i eget hjem, så de undgår hospitalsophold. Derudover vil projektet øge patienttilfredsheden og optimere anvendelsen af ressourcer i sundhedsvæsenet. Tilbud om hjemmeindlæggelse mhp. minimering af funktionstab, samt delir hos de patienter over 65, der findes egnet til dette - ofte patienter med demens, infektioner som f.eks. lungebetændelse og rosen. Målgruppe: Patienter over 65 Indsatsen: Akutlægebilslæggen kan gennem dialog med speciallægen i Akutafdelingen, HE Midt henvise til hospitalsbehandling i eget hjem som alternativ til indlæggelse. Akutlæge på hospitalet starter behandling op via det kommunale akutteam.	HE Midt: Ja, stort potentiale i udbredelse tilpasset lokale organiseringer i kommuner og hospitaler Skalering til yngre målgrupper er også oplagt Præhospitalet: Hvis et lignende samarbejde kan etableres i de øvrige hospitalsklynger, er der potentiale for skalering til at være et tilbud, der dækker hele regionen.
26	Behandling af skrøbelige ældre i eget hjem – et samarbejde mellem Præhospitalet og Kli-	Klinik for Ældresygdomme, AUH – i samarbejde med Præhospitalet	Formål: At give det bedst mulige patientforløb og undgå unødige indlæggelser. Målgruppe: Skrøbelig ældre: - over 65 år - bosat i Aarhus Kommune - som har et stort plejebæhov	Såfremt afdelinger for ældresygdomme på de øvrige hospitaler kan etablere mulighed for behandling i eget hjem via en udkørende funktion, kunne indsatsen skaleres til at være et tilbud, der dækker hele regionen.

	nik for Ældresygdomme, AUH		- som kan have gavn af at blive behandlet i hjemmet <u>Indsats:</u> Hvis et ambulanceberedskab kommer ud til en patient i målgruppen, kan der via AMK-lægen tages kontakt til Klinik for Ældresygdomme mhp. at vurdere, om patienten med fordel kan blive behandlet i hjemmet. Er der enighed om dette, overtager Klinik for Ældresygdomme det lægelige ansvar for patienten og kører ud til patienten mhp. behandling i eget hjem.	
27	Sub-akutte hjemmebesøg	Ældre medicin, Silkeborg	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet <u>Målgruppe:</u> skrøbelige ældre som ikke selv kan tage hånd om deres situation. <u>Indsats:</u> Tværfagligt geriatrisk team kan besøge patienten i hjemmet, hvis det kognitivt eller fysisk vil være for svært at skulle møde op på sygehuset.	
28	Sub-akutte tider, geriatri	Klinik for ældresygdomme, Horsens	<u>Formål:</u> At undgå akut indlæggelse <u>Målgruppe:</u> Skrøbelige ældre patienter med behov for akut indlæggelse. <u>Indsats:</u> efter aftale med indlæggende læge tilbydes en sub-akut vurdering af tværfagligt geriatrisk team med henblik på hurtig afklaring og opstart af behandling, som kan videreføres i eget hjem i samarbejde med primær sektor	Ja kan udbredes. Potentialitet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig
29	Sub-akutte tider og faglig rådgivning	RH Randers	Som alternativ til indlæggelse har Hospitalsvisitation på Regionshospitalet mulighed for at booke sub-akutte tider i alle specialer hørende under RH Randers. Det skal dog være en praktiserende læge eller en vagtlæge, der aktiverer dette tiltag. Hospitalsvisitation har desuden mulighed for at lave et conferencekald mellem den praktiserende læge og en speciallæge fra det pågældende speciale. Den praktiserende læge kan få faglige råd, og beslutningen om en sub-akut tid eller en akut indlæggelse kan kvalificeres. De praktiserende læger og den kommunale sygepleje kan henvende sig direkte til alle medicinske klinikker, som yder faglig rådgivning. Herunder vurderer om der er alternativer til indlæggelse. Det kan f.eks. være en sub-akut tid i ældresygdomsklinikken den efterfølgende dag.	Endnu ikke vurderet
30	Fødestueordning	Samsø Sundheds- og akuthus	<u>Formål:</u> At gravide på Samsø kan føde i nærområdet. <u>Målgruppe:</u> Tilbud om fødsel på Sundheds- og Akuthuset hvis: - Den fødende er sund og rask, har en normal graviditet og kan forvente en normal fødsel. - Fødslen finder sted fra 3 uger før termin til 2 uger efter. Dvs. fra uge 37+0 til 42+0. Herefter laver jordemoder og læge en individuel vurdering.	Kan skaleres til andre sundhedshuse.
31	Hjemmefødsel	RH Gødstrup / eget hjem	<u>Formål:</u> At tilbyde gravide at føde hjemme <u>Målgruppe:</u> gravide	Skalering tilpasses behovet.

			<u>Indsats:</u> Kendt jordemoderordning tilbyder assistance til alle hjemmefødsler + 2 hjemmebesøg efter fødslen	
32	Hjemmebarsel	AUH	<u>Formål:</u> at nybagte forældre kan komme tidligt hjem efter fødsel. <u>Målgruppe:</u> Førstegangsfødende. <u>Indsats:</u> Tidlig hjemmebarsel er et fast tilbud for førstegangsfødende familier om at tage hjem 4-6 timer efter fødslen. I stedet for at være indlagt på familieafsnittet i ca. 48 timer, modtages vejledning i hjemmet og - Hjemmebesøg på ca. dag 1 og dag 3 efter fødslen inkl. hørescreening, hælprøve og vurdering af mor/barn/familiens trivsel - Telefonopringning fra efterfødselsklinik på dag 2 Derudover understøttes forløbet af barselsforløbsguide i EMENTO-app ift. at læse relevant information omkring barnets første leveage, og til at sende spørgsmål/billeder til efterfødselsklinikken.	Tilbuddet kan gives alle steder.
33	Udekørende jodemødre	RH Gødstrup / eget hjem	<u>Formål:</u> At give de gravide mulighed for at blive i eget hjem efter hjemkomst. <u>Målgruppe:</u> Førstegangsfødende <u>Indsats:</u> hjemmebesøg af mobiljordemoder. Hvis parret tager hjem direkte fra fødestuen, kommer mobiljordemoderen 1. og 3. dag i hjemmet. Hvis de har 1. nat på barsel, får de 1. hjemmebesøg 3. dag	RH Gødstrup ser stort potentiale i, at vi i fremtiden f.eks. kunne anvende nærhedspuljemidler til at tilbyde hjemmebesøg til sårbare flergangsfødende, og flergangsfødende efter en kompliceret fødsel, hvis de ønsker det.
34	"Tryk start hjemme" for førstegangsfamilier samt sectio-patienter	RH Randers	<u>Formål:</u> at nybagte forældre kan komme tidligt hjem efter fødsel. <u>Målgruppe:</u> førstegangsfødende samt kvinder der har født ved kejsersnit. <u>Indsats:</u> Familierne klædes i graviditeten på til, at de efter fødslen kan tage hjem direkte fra fødeafsnittet eller efter en enkelt overnatning. De, som tager direkte hjem, får 2 besøg af barselsjordemoder hhv. dagen efter fødslen samt i forbindelse med efterfødselspakken (48-72 timer efter fødslen). Hvis familien har haft en overnatning på hospitalet, får de besøg af barselsjordemoderen til efterfødselspakken.	Endnu ikke vurderet.
35	Tidligt hjemmeophold	AUH	<u>Formål:</u> At familier kan komme tidligere hjem <u>Målgruppe:</u> For tidligt fødte, væksthæmmede og nyfødte børn med særlige behov. <u>Indsats:</u> Tidligt hjemmeophold tilbydes nogle familier som en del af barnets indlæggelse, men i eget hjem. Barnet har fortsat behov for sondeernæring og brug for hjælp til at lære at spise selv. Barnet skal kunne trække vejret og holde varmen selv og ellers ikke have brug for overvågning. Barnet er udskrevet, men har en åben indlæggelse i Nyfødt Intensivt Afsnit 3, der også er ansvarlig for THO. Familien kan altid kontakte afsnittet, og det er THO-sygeplejersker, der har kontakten til familien og/eller besøger dem i hjemmet.	

			Den kommunale sundhedspleje involveres, når det vurderes, at THO-indsatsen kan afsluttes for familien. Overleveringsmøde med familie, sundhedsplejerske og THO-sygeplejerske aftales.	
		RH Randers	<u>Formål:</u> At familier kan komme tidligere hjem <u>Målgruppe:</u> For tidligt fødte <u>Indsats:</u> sidste del af indlæggelsen i eget hjem. Sygeplejerskerne fra Afsnit for Nyfødte kører ud til familierne i eget hjem for at vurdere barnets trivsel og udvikling. THO besøg 2 gange om ugen. Familiernes behov for besøg vurderes individuelt og det sker i et tæt samarbejde med sundhedsplejen.	Endnu ikke vurderet.
		Afdelingen for for tidligt fødte og syge nyfødte, Børn og Unge, RH Gødstrup	<u>Formål:</u> At alle børn på THO får en ensartet forberedelse/vejledning til og opfølgning under THO. At familier kan komme tidligere hjem. <u>Målgruppe:</u> Præmature og senpræmature børn. Mature, raske trivselsbørn, hvor der stiles efter fuld ammeetablering. <u>Indsats:</u> Virtuelle konsultationer.	THO er etableret på andre neonatale afdelinger i regionen i forskellige varianter. Særligt for udgaven i Børn og Unge RHG er, at der ikke gøres brug af fysiske hjemmebesøg, men udelukkende virtuelle konsultationer. Denne del kunne potentielt spredes til andre neonatale afdelinger i regionen.
36	Ammekonsultation til familier med tidligere kompliceret ammeforløb	RH Randers	<u>Formål:</u> At understøtte et godt ammeforløb. <u>Målgruppe:</u> gravide, der tidligere har ammet i mindre end 5 uger eller som er brystopererede. <u>Indsats:</u> Kvinder med tidligere dårlige ammeforløb blev tidligere tilbudt indlæggelse til ammeetablering efter fødslen. Da det ikke nødvendigvis er de 2 første døgn, som er afgørende for udfaldet af et ammeforløb og fordi familierne ofte ikke tog imod tilbuddet, er et nyt initiativ udarbejdet. Familien tilbydes en samtale i graviditeten med en IBCLC-uddannet jordemoder. Her drøftes hvilke faktorer der har spillet ind på den tidligere mislykkede amning og hvilke tiltag der kan medvirke til at amningen kommer til at lykkes i denne gang.	Endnu Ikke vurderet.
37	Røntgen, akut	Samsø Sundheds- og akuthus		Kan skaleres til andre sundhedshuse.
		Center for Sundhed, Holstebro Lemvig Sundhedshus Sundhedshus Ringkøbing	<u>Formål:</u> At borgene tæt på deres hjem kan få foretaget akutrøntgen. <u>Målgruppe:</u> alle borgere Følgende undersøgelser foretages ikke i sundhedshusene: Obs fraktur/luksation i columna cervikalis Obs fraktur i columna thoracalis og lumbalis Obs fraktur i bække/hofte/femur Alvorlige skader, som forventes at skulle opereres eller reponeres. Obs pneumothorax/costafraktur	Nej. Det vurderes ikke muligt at skalere tilbuddet yderligere af hensyn til sammenhæng mellem økonomi, effektivitet og personaleressourcer.

			Årsagen til at disse undersøgelser ikke foretages er, at der kun er en radiograf i fremmøde på en vagt, og ovenstående undersøgelser kræver ofte forflytning og smertedækning, der ikke er muligt.	
		Skive Sundhedshus	Formål: At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
		Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
38	Akutpladser	Samsø Sundheds- og akuthus		Skal ses i lyset af den kommende sundhedsreform
39	Akutklinik	Center for Sundhed Holstebro Lemvig Sundhedshus Sundhedshus Ringkøbing	<u>Formål:</u> At give et decentralt tilbud til borgere med lettere sygdom eller skade. <u>Målgruppe:</u> Patienter der af Hospitalsvisitationen, med udgangspunkt i visitationsretningslinjer, vurderes egnet til behandling i akutklinik. <u>Indsats:</u> Patienter behandles og afsluttes eller klargøres til overflytning i andet afsnit i Akutafdelingen eller anden afdeling. Der ydes assistance til lægevagten.	Nej. Det vurderes ikke muligt at skalere tilbuddet yderligere af hensyn til sammenhæng mellem økonomi, effektivitet og personaleressourcer.
		Skive Sundhedshus	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet <u>Målgruppe:</u> Patienter med mindre akutte skader samt urinprøver for politiet.	
		Grenå Sundhedshus		Åbningstid jf. politisk spareplan for 2024
40	Samarbejde mellem paramedicinerbiler (PMB) i Ringkøbing og Lemvig og Akutafdelingen Gødstrup om at færdigbehandle patienter på stedet/finde alternativ løsning til indlæggelse (prøvehandling)	Præhospitalet i samarbejde med RH Gødstrup	<u>Formål:</u> At færdigbehandle på stedet/finde alternativ til indlæggelse. <u>Målgruppe:</u> Patienter, der ringer 1-1-2, og er blevet visiteret til PMB i Ringkøbing eller Lemvig: - Hvor PMB har en formodning om, at patienten kan færdigbehandles - Hvor PMB vurderer at patienten skal indlægges - Hvor PMB ønsker at konferere med speciallægen på akutafdelingen - Hvor der er behov for konferering af POCT-målinger. <u>Indsats:</u> De to PMB kan kontakte speciallæger på akutafdelingen RHG og konferere om patienten. Herefter tages der fælles beslutning om, hvad der skal ske hhv. færdigbehandling, sub-akut tid eller indlæggelse.	Præhospitalet: Præhospitalet har 2 PMB i hhv. Grenaa og Aarhus, hvor et lignende samarbejde med hhv. RH Randers og AUH kan etableres. Såfremt det viser sig at være en succes på PMB skal det undersøges, om det giver mening og kan lade sig gøre at udbrede til ambulancerne også. Ambulancerne har allerede mulighed for at konferere med AMK-lægen ifm. færdigbehandling på stedet. Forskning & Udvikling gennemfører en bred evaluering af de præhospitale visitationsenheder, hvor effekten af og erfaringerne med visitationsenhederne undersøges. Gødstrup: Ja, hvis der tildeles midler til flere PMB-biler, da bilerne også kører A og B-kørsler og er begrænset af en specifik køreradius.
41	Telefonisk konference mellem visitation	RH Randers	Denne mulighed findes i alle de medicinske klinikker inkl. Medicinsk Korttidsafsnit og Akut Hjerterklinik. Via specialetelefonen kan	

	tion, egen læge og Klinik for Ældresygdom til alternativ plan til indlæggelse		visitationen lave et conferencekald hvor man kan planlægge bedste muligheder for patienten	
		AUH		Via specialetelefonen kan det ske i alle specialer – og det gør hospitalsvisitationen allerede.
42	Telemedicinsk monitorering af patienter med komplicerede infektioner	AUH	<u>Formål:</u> undgå lange indlæggelser <u>Målgruppe:</u> Patienter, der modtager UV-behandling i længere tid. <u>Indsats:</u> Telemedicinsk monitorering af patienter, der modtager IV-behandling over længere tid i hjemmet (for komplicerede infektioner). Består af spørgeskema, CRP- og temperaturmåling.	
43	Palliativ behandling (også et børnepalliativ team)	AUH	<u>Formål:</u> At tilbyde borgeren behandling i nærområdet <u>Målgruppe:</u> Uhelbredeligt syge og døende patienter, med samtidig komplekse problemstillinger. <u>Indsats:</u> Specialiseret palliativ indsats i hjemmet, på hospice, plejehjem mm., der supplerer den basale palliative indsats, der ydes af hospitalet og primærsektor.	Mulighed for udbredelse af "Den palliative beredskabsvagt", der med fordel kunne rekvireres af sundhedsprofessionelle, der står med øvrige palliative problemstillinger.
44	Palliativt team	RH Gødstrup / eget hjem	<u>Formål:</u> At tilbyde borgeren behandling i nærområdet <u>Målgruppe:</u> Borgere med behov for en palliativ indsats på det specialiserede niveau. <u>Indsats:</u> Ud fra individuel vurdering tilbydes indsatsen til borgeren i eget hjem – det kan være ved læge, spl., og/eller terapeuter.	Skalering tilpasses behovet.
45	Udkørende palliativt team	Bedøvelse, Operation og Intensiv: Enhed for lindrende behandling, RH Horsens	<u>Målgruppe:</u> Patienter henvist til avanceret og specialiseret palliativ behandling i hjemmet. Stuegang på Gudenå Hospice	Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer, og behovet for en afvejning af, hvorledes de benyttes mest hensigtsmæssigt. Nærmere afklaring er nødvendig.
46	Klinik for lindrende behandling	Skive Sundhedshus + udgående funktion	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
47	Overnatningspladser Ambulante døgnpladser	Psykiatriens Hus Aarhus	<u>Formål:</u> At understøtte recovery og/eller anden psykiatrisk behandling, hvor borgere/patienter selv henvender sig ved behov. <u>Målgruppe:</u> Borgere i Aarhus Kommune fra 18 år og op. Ikke diagnosespecifikt. Borgerne/patienter skal kunne afstå fra suicidal adfærd, selvskade, aktivt misbrug af rusmidler og trusler/udadreagerende adfærd og selv kunne henvende sig ved behov for hjælp og støtte. De skal kunne varetage egen medicinske behandling, ernæring og kunne rydde op efter sig ved afslutning. Herudover at kunne give besked ved gøremål uden for PH. <u>Beskrivelse:</u> Otte regionale ambulante døgnpladser (parallelt med otte kommunale overnatningspladser). Psykiatriloven er ikke gældende. Døgnpladserne kan benyttes ifm. hjemmebehandlingsforløb eller via en 'Brugerstyret kontrakt'. Borgere kan være i ophold 1-3	

			døgn ad gangen. Der tilbydes non-farmakologisk behandling, støttende samtaler og hjælp til struktur og vedligehold af selvhjulpenhed.	
	Ambulante døgn-pladser (overnatningstilbud)	Center for Sundhed Holstebro/Psykiatrien i Nordvest	Tilbuddet udbydes pt. i samarbejde med Lemvig og Holstebro kommuner. Per 1.1.2025 har Lemvig Kommune opsagt samarbejdet. Struer Kommune opsagde samarbejdet per 30.6.2023 <u>Målgruppe:</u> Borgere i de deltagende kommuner	NEJ – Ikke skaleringspotentiale i nuværende format, da der er lav belægning i sengene (akut døgn-tilbud). JA – Potentielt ville sengeressourcer kunne omlægges til ambulant, udgående aktivitet i området
48	Generelt fokus i psykiatrien	Regionspsykiatrien Randers, Psykiatrisk Klinik 1 Regionspsykiatrien Randers, Psykiatrisk Klinik 2 Regionspsykiatrien Randers, Psykiatrisk Klinik Rønde	Hjemme- og udebesøg er en del af det normale tilbud når relevant. Målgruppen: Ambulante patienter i optageområdet, hvor det fagligt skønnes, at hjemmebesøg er det bedste tilbud for patienten. Dette kan bl.a. være pga. sygdomsgrad f.eks. hvis de er i akut forværring eller deres tilstand vil blive forværret af at skulle møde frem på klinikken.	NEJ - Vurderes pt. at dække behovet i optageområdet
49	Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående) Akut ambulant team (Mobilteamet Holstebro + Mobilteamet Herning)	Regionspsykiatrien Gødstrup	<u>Formål:</u> Mobilteams Herning og Holstebro har et overordnet formål med at hjælpe patienter ift. at forebygge indlæggelser, genindlæggelser samt at afkorte indlæggelser, således patienten kan hjælpes i eget hjem fremfor at være indlagt. Mobilteam Herning dækker Herning, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande kommuner. Mobilteam Holstebro dækker Holstebro, Lemvig og Struer kommuner. <u>Målgruppe:</u> Mobilteams Herning og Holstebro varetager stort set alle patienter, der har behov for opfølgning i eget hjem. Der er nærmere tale om enkelte eksklusionskriterier, hvor patienter ikke vil være i målgruppen: - Patienterne skal være i stand til at samarbejde om behandlingen. - Der må ikke være fare for personalet ved at besøge patienten i hjemmet.	Der bør være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
50	Psykiatrisk akutteam	Psykiatriens Hus Silkeborg	<u>Formål:</u> At understøtte de elektive teams, skabe større tilgængelighed udenfor normal åbningstid, nedbringe belægningsprocenten på sengeafdelinger ved at forebygge, afkorte indlæggelser, samt tilbyde akut og intensiveret psykiatrisk behandling til borgere over 18 år. <u>Indsats:</u>	

			- Akut døgntilbud (i samarbejde med Silkeborg Kommune) - Akut ambulant og udgående behandling	
51	Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående) (Psykiatrisk Akut Team - Viborg/Skive/Silkeborg)	Regionspsykiatrien Midt	<u>Formål:</u> større tilgængelighed uden for normal ambulant åbnings-tid, samt hjælpe patienter ift. at forebygge indlæggelser, genindlæggelser samt at afkorte indlæggelser, så patienten kan hjælpes i eget hjem fremfor at være indlagt. <u>Målgruppe:</u> Psykiatrisk Akut Team Viborg/Skive varetager stort set alle patienter over 18 år, der har en akut opstået eller akut forværring af psykisk lidelse. Der er tale om enkelte eksklusionskriterier, hvor patienter ikke vil være i målgruppen: Patienter, der er tilknyttet retspsykiatrien medmindre det drejer sig om den psykiske diagnose (ikke hvis det vedr. dommen) Patienter, der er svært påvirkede, udadreagerende samt har lav intelligens, så de udgør en risiko for personalet eller ikke er kontaktbare.	Der bør være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
52	Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående) (Hjemmebehandlingsforløb)	Psykiatriens Hus Aarhus	<u>Formål:</u> At behandle og støtte patienter mhp. at forebygge indlæggelse i en afgrænset periode på 4-6 uger med behov for en intensiveret og supplerende indsats ift. eksisterende pakkeforløb eller når fremmøde grundet psykiatrisk og/eller somatisk komorbiditet. <u>Målgruppe:</u> Patienter i Aarhus Kommune fra 18 år, der er henvist fra Psykiatrien i Skejby eller internt henvist fra PH. Ikke diagnose-specifikt. Forløbet er målrettet patienter, hvor der er behov for en intensiveret indsats. <u>Indsats:</u> Der er mulighed for samtaler i hjemmet eller i Psykiatriens Hus. Teamet arbejder personcentreret, netværksinddragende og tværfagligt. Opgaver kan f.eks. være: vurdering af behandling, herunder medicinsk effekt og eventuelle bivirkninger, psykoedukation og suicidal risikovurdering. Hjemmebehandling understøtter ofte en udskrivelse og/eller overgang til ambulatorium. Den henvistes ønsker til forløbet, er udgangspunkt for samarbejdet.	
53	Udkørende team	BUA	<u>Formål:</u> Alternativ til eller forebyggelse af indlæggelse med hjemmebesøg på bosteder eller sikrede institutioner mhp. at undgå indlæggelse særligt hos retslige patienter, som ikke kan transporteres sikkert til ambulant opfølgning eller som er kendt med udadreagerende adfærd ved de ambulante besøg, hvilket kan medføre akutte indlæggelser på tvang. Desuden hos patienter hvor det vurderes uhensigtsmæssigt med indlæggelse, men som er i en akut forværring. <u>Målgruppe:</u> Det er udvalgte patientforløb og ikke et generelt tilbud. Unge mellem 14-17 år (-20 år)	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen

			Indsats: Hjemmebesøg.	
--	--	--	-----------------------	--

3. Indsatser i forlængelse af en indlæggelse				
Nr.	Titel på behandlingstilbuddet	Behandlingstilbuddet findes på	Formål, målgruppe og kort beskrivelse af indsatsen	Mulighed for udbredelse og skalering (f.eks. udbredelse til andre HE'er og sundhedshuse, udbredelse af målgruppen, eller andet)
54	72 timers behandlingsansvar - somatik	Alle akuthospitaler og relevante afdelinger	<u>Formål:</u> At sikre tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse til det videre forløb i den kommunale sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, samt at øge tilgængeligheden, kvaliteten og patientsikkerheden i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis i de første døgn efter patientens udskrivelse. <u>Målgruppe:</u> Borgere der har været indlagt på en somatisk afdeling i over 24 timer, er færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje på kommunale akutpladser/ midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem.	JA – kan udbredes til andre målgrupper. Der er indgået en regionsdækkende samarbejdsaftale. Pt. afsøges mulighed for udbredelse til borgere udskrevet fra psykiatrien til et bosted.
55	72 timers behandlingsansvar - psykiatri	Der arbejdes frem mod prøvehandling på 72 timers behandlingsansvar i Psykiatrien ift. patienter der udskrives til bosteder	<u>Formål:</u> At sikre, at patienterne oplever en tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse til det videre forløb på bosteder samt at øge tilgængeligheden, kvaliteten og patientsikkerheden i det tværsektorielle samarbejde i de første døgn efter patientens udskrivelse. <u>Målgruppe:</u> Borgere, der har været indlagt på en psykiatrisk afdeling i over 24 timer, er færdigbehandlede og udskrives til bosted efter indlæggelse.	JA – Er ved at blive afklaret via prøvehandling
56	IV-behandling i nærområdet	Alle akuthospitaler og relevante afdelinger	<u>Formål:</u> At IV-behandling kan foregå tæt på borgerens hverdag, når der ikke længere er behov for behandling i hospitalsregi udover IV. Understøtter borgernes mulighed for at fastholde hverdag. <u>Målgruppe:</u> Borgere, der efter opstart af IV-behandling med antibiotika og væske i hospitalsregi, kan modtage fortsat IV-behandling i nærområdet eller eget hjem med hjælp fra kommunal sygeplejerske	JA – kan udbredes til andre målgrupper. Der er indgået en regionsdækkende samarbejdsaftale om antibiotika og væske. Aftalen indeholder økonomi mellem region og kommuner. Udvidelse til andre områder som f.eks. svampemidler, kemo mm. vil forudsætte indgåelse af aftale med de midtjyske kommuner. AUH: Også udvidelse i forhold til opstart af IV i hjemmet – det ville forhindre mange korte indlæggelser. Også udvidelse ift. Aklasta, blodkomponenter, IV Furix, IV jern, Infliximab-infusion efter længere tids behandling, og behandling mod alfa1-antitrypsinmangel. Horsens:

				Ja – kan udbredes til andre præparater af antibiotika Ja- kan udbredes til også at omfatte blodtransfusioner, i lighed med Viborg Kommune Ja – en del af den medicinske iv-behandling for kroniske lidelser som gigtsygdomme, tarmsygdomme og knogleskørhed, som i dag foregår i de medicinske ambulatorier ville kunne udlægges til iv-behandling i nærområdet
57	Lægefaglig bistand på Vikærgården	AUH i samarbejde med Aarhus Kommune	(Under planlægning) <u>Formål:</u> At sikre gode overgange og forebygge genindlæggelser. <u>Indsats:</u> Læger fra AUH beholder det lægefaglige ansvar for borgere på Vikærgården (kommunale akut- og korttidspladser) indtil de er stabile, typisk op til en uge. Tæt samarbejde, dialog og sparring mellem personalet fra Vikærgården, lægerne fra AUH og borgernes praktiserende læge.	Skal ses i lyset af sundhedsreformen.
58	Udgående og rådgivende Apopleksi team	RH Gødstrup / eget hjem	<u>Formål:</u> At borgeren oplever sammenhængende og koordineret indsats. <u>Målgruppe:</u> Patienter med TCI og Minorstrokes <u>Indsats:</u> Telefonisk opfølgning på behandlingen, rehabilitering og information givet under indlæggelsen. Desuden tilbydes borgeren vejledning via emento app.	Der er indgået en regional samarbejdsaftale for udgående apopleksi funktion
59	Følge op-team, Hjertesygdomme	AUH (Aarhus Kommunes Akutteam varetager behandling med IV Furix de dage, hvor Følg op-teamet ikke har udekørende funktion)	<u>Formål:</u> At forebygge (gen)indlæggelser og lindre gener fra hjertesygdommen eller behandlingen heraf. Det forudsættes at patient og pårørende er orienterede om sygdomsstatus, og accepterer at den fremtidige pleje og behandling alene er af lindrende karakter. <u>Indhold og målgruppe:</u> Kardiologisk, palliativt tilbud rettet mod patienter med symptomatisk hjertesvigt trods optimal behandling (medikamentel og non-medikamentel) som ikke er vurderet kandidat til avanceret behandling (hjertepumpe eller hjertetransplantation) og hvor hjertesygdommen er den dominerende problemstilling. Patienten skal være bosiddende i Århus Kommune SAMT opfylde mindst ét af følgende kriterier: 1) > 2 indlæggelser indenfor 6 måneder med forværring af hjertesygdommen medførende behov for intravenøs vanddrivende behandling 2) behov for hyppig, supplerende administration af vanddrivende behandling 3) tegn på hjertesvigtbetinget vægttab 4) forventet restoverlevelse < 12 mdr.	Jf. overvejelser om, at model for udgående lunge-team kan udvides til andre områder, kan dette ses som et eksempel på det. Kan også skaleres til andre klynger/områder.
60	Neurorehabilitering, sengeafsnit	Skive Sundhedshus	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	

61	Neurocenter, sengeafsnit	Lemvig Sundhedshus		
62	Kommunalt satellitdepot, hjælpemidler	HE Midt i samarbejde med Viborg Kommune	<u>Formål:</u> At øge tryghed og reducere unødigt indlæggelsestid på hospitalet. <u>Målgruppe:</u> Borgere med kortere indlæggelser, hvor der kun er behov for få/gængse hjælpemidler som kan fragtes hjem i alm. personbil. <u>Indsats:</u> Udlevering af udvalgte/gængse kommunale hjælpemidler ved udskrivelse, hvilket giver mere tryghed for borger og større fleksibilitet for hospital og kommune ift. tidspunkt for udskrivelse/besøg hos borger efterfølgende.	Ja, men sætter krav til lokaler, og aftaler med klyngekommuner. I øjeblikket gælder mulighed kun borgere fra Viborg Kommune, men model udvides til Silkeborg og Skive kommune primo januar 2025.
63	Skadesklinik	Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
64	Borgerbrev	HE Midt, Medicinsk Diagnostisk Center (Medicinsk afsnit 2) i samarbejde med Skive Kommune	Ifbm. udskrivelsesplanlægning fra sengeafsnittet sender Skive Kommune et borgerbrev til sengeafsnittet med aftaler omkring hjælp/hjemmepleje efter udskrivelsen. Sengeafsnittet gennemgår og udleverer borgerbrevet til patienten inden udskrivelsen	Ja
65	Rundbordsmøde - udskrivelsesplanlægning	HE Midt	Der er udarbejdet rammer for hvordan man kan indkalde til rundbordsamtale med relevante parter omkring udskrivning af patient. Mødet kan være med fysisk fremmøde og /eller virtuel deltagelse. Der er udarbejdet HE Midt dokument som beskriver løsningen.	JA, hvis der er enighed i klynge.
66	Virtuelle målsamtaler	Medicinske sengeafsnit, RH Horsens	Målgruppe: indlagte patienter med komplekse udskrivelser, der kræver høj grad af koordinering med kommune, almen praksis og pårørende	Ja kan udbredes. Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig
67	Udgående funktion spiseforstyrrede	Børne og Ungepsykiatrien	<u>Formål:</u> At sikre behandlingsmæssig kvalitet og sammenhæng på tværs af sektorer med særlig fokus på de mest syge. <u>Målgruppe:</u> Unge på bosted <u>Indsats, eksempler:</u> Ved udslusning af barn/ung til bosted, tager medarbejder fra sengeafsnit med ud på patientens bostedet som del af en planlagt udslusning og deltager her i et måltid. Ambulante hjemmebesøg i særligt komplekse forløb Samtale og evt. familiemåltid ved børn og unge under indlæggelse i pædiatrien. 5-8 planlagte årlige besøg og samarbejds møder på højt specialiserede bosteder med henblik på at sikre gode overgange og det gode samarbejde.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen.
68	Tværfaglig udgående funktion (TUF)	BUA	<u>Formål:</u> Styrke samarbejde med primær sektor under indlæggelse og understøtte gode overgange mellem indlæggelse og udskrivelse. Bevare barnets tilknytning til hjemmemiljø og fritidsliv. <u>Målgruppe:</u> Skolebørn (7-13 år) indlagt på Sengeafsnit 1 BUA	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen.

			<u>Indsats:</u> koordinerende netværksmøder i starten af indlæggelse mhp at forberede udskrivelse rettidigt. Vejledning og støtte til implementering af behandlingstiltag i hjemmet. Opfølgning 3 mdr efter udskrivelse i form af sparring og vejledning, særligt til skole og socialforvaltning	
69	Rådgivningstelefon efter udskrivelse	BUA	<u>Målgruppe:</u> 14-17 (-20 år) på institution eller botilbud <u>Formål:</u> Understøtte overgangen mellem indlæggelse og udskrivelse. Forebygge akutte genindlæggelser. <u>Indsats:</u> Patient, pårørende, bosted har mulighed for at kontakte sengeafsnittet (S2/S4) i op til en uge eller næste ambulante tid mhp sparring i forhold til mestringsplaner.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen.
70	Intensiveret ambulant forløb - 4-6 uger (udgående) (Psykiatrisk akutenhed)	Regionspsykiatrien Horsens	<u>Formål:</u> forebygge indlæggelser og genindlæggelser samt medvirke til tidlig udskrivelse/lette overgangen fra indlæggelse. <u>Målgruppe:</u> Borgere i Horsens, Hedensted, Skanderborg og Odsher. Voksne med forskellige diagnoser, der kan være i eget hjem, og som har brug for et korterevarende intensivt forløb. Der er også en del patienter med belastningssymptomer. Teamet tager også patienter med ikke-svær selvskade. Patienter på botilbud henvises ikke til Akutteamet. <u>Indsats:</u> Der er mulighed for at tilrettelægge forløbet efter patientens behov/mulighed for tæt opfølgning. Patienten kan både ses i klinikken og i eget hjem. Teamet dækker et stort optageområde.	JA – Potentiale for skalering for at have flere patienter i et intensivt forløb for at forebygge indlæggelser. Der bør dog være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
71	Bosteds- og selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående) (Selvskadeteam ADA)	Afdelingen for Depression og Angst	<u>Formål:</u> Kontinuitet i indsatsen til patienten med fokus på det samlede forløb fra det akutte, under indlæggelse, opfølgning samt efterfølgende forebyggelse af selvskade og nye indlæggelser. <u>Målgruppe:</u> Målgruppen for ADA's selvskadeteam er indlagte patienter i S5, og de er således hovedsageligt personlighedsforstyrrede. Selvskadeteamet behandler ikke patienter med autisme.	Der bør være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
72	Selvskadeteam – længerevarende ambulant indsats (udgående) (Selvskadeteamet)	Regionspsykiatrien Horsens	<u>Formål:</u> Formålet med teamet er at skabe kontinuitet i indsatsen fra det akutte, under indlæggelse samt opfølgning på og forebyggelse af selvskade og indlæggelse. Derudover består teamets funktion af et tværsektorielt samarbejde med kommunen og bosteder. <u>Målgruppe:</u> Målgruppen for Selvskadeteamet dækker over patienter med svær selvskade som emotionel regulering, som hovedsagelig er tilknyttet et bosted. Patienterne skal være tilkøbt sengeafsnittet O2, da det er vigtigt at kunne være tæt på patienten. Målgruppen inkluderer ikke patienter med svær selvskade, der skyldes psykose eller autisme.	Der bør dog være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.

73	Selvskadeteam	Regionspsykiatrien Randers	<u>Formål:</u> Formålet med teamet er at skabe kontinuitet i indsatsen fra det akutte, under indlæggelse samt opfølgning på og forebyggelse af selvskade og indlæggelse. Derudover består teamets funktion af et tværsektorielt samarbejde med kommunen og bosteder. <u>Målgruppe:</u> Målgruppen dækker over patienter med svær selvskade som emotionel regulering, som hovedsagelig er tilknyttet et bosted.	Er under reetablering
74	Intensiveret ambulantly forløb - 4-6 uger (udgående) (Det udkørende team)	Regionspsykiatrien Randers	(Justeres muligvis ifm. etablering) <u>Formål:</u> Forebygge indlæggelser og genindlæggelser, medvirke til tidlig udskrivelse/lette overgangen fra indlæggelse. <u>Målgruppe:</u> Voksne med forskellige diagnoser, der kan være i eget hjem	Under etablering

4. Ambulante indsatser uden for hospital				
Nr.	Titel på behandlingstilbuddet	Behandlingstilbuddet findes på	Formål, målgruppe og kort beskrivelse af indsatsen	Mulighed for udbredelse og skalering (f.eks. udbredelse til andre HE'er og sundhedshuse, udbredelse af målgruppen, eller andet)
75	Sammenhængende patientforløb – kontrolundersøgelser lokalt (f.eks. lungefunktion)	AUH	På AUH arbejder man generelt på at gøre kontrolforløb "on demand" og digitale, så patienten kan modtage kontrolundersøgelser i eget hjem.	
76	Røntgen, planlagt	Samsø Sundheds- og akuthus		Er udbredt til alle sundhedshuse
		Center for Sundhed, Holstebro Lemvig Sundhedshus Sundhedshus Ringkøbing Sundhedshus Tarm	Formål og målgruppe: At borgerne tæt på deres hjem kan få foretaget planlagte røntgenundersøgelser. Dette sker via booking.	Nej. Det vurderes ikke muligt at skalere tilbuddet yderligere af hensyn til sammenhæng mellem økonomi, effektivitet og personaleressourcer.
		Grenå Sundhedshus Skanderborg Sundhedshus	<u>Målgruppe:</u> Geografisk nærhed eller ptt eget valg	Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024. Potentialet for udbredelse og skalering er begrænset af de fysiske rammer og de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig
77	Røntgen og CT, planlagt	Skive Sundhedshus	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet Der er tale om planlagte CT skanninger uden kontrast.	
78	Blodprøvetagning	Center for Sundhed Holstebro	<u>Formål:</u> At borgere kan få foretaget rekvirerede blodprøver tæt på eget hjem.	Der tilbydes blodprøver & EKG på alle matrikler for hele RH Gødstrups optageområde. Der kan udvides

		Lemvig Sundhedshus Sundhedshus Ringkøbing Sundhedshus Tarm Brande, Birkehuset	<u>Målgruppe:</u> Borgere der er henvist til blodprøvetagning. I Holstebro og Lemvig tilbydes også børnetider. <u>Indsats:</u> Der tilbydes hospitalsrekvirerede blodprøvetagning mange steder af hensyn til borgerne. Tilbage i 2015, blev det besluttet, at praksis ikke længere skulle tage blodprøverne. Der skulle dog stadig være mulighed for at få prøverne taget tæt på borgerne. Blodprøver og Biokemi er også en servicefunktion til de øvrige specialer/funktioner, der færdes i sundhedshusene. Det betyder også, at antallet af mulige analyser varierer fra sted til sted, af hensyn til den øvrige regionale aktivitet.	i åbningstider/flere ugentlige åbningsdage, såfremt der er ressourcer til det.
		Skive Sundhedshus	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet <u>Indsats:</u> Der er mulighed for blodprøvetagning, sukkerbelastningsundersøgelse og urinprøve	
		Skanderborg Sundhedshus Prøvetagningen – Vitapark Odder	<u>Målgruppe:</u> Geografisk nærhed eller ptt eget valg	Potentialet for udbredelse og skalering er begrænset af de fysiske rammer og de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.
		Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
79	EKG	Center for Sundhed Holstebro Lemvig Sundhedshus Sundhedshus Ringkøbing Sundhedshus Tarm Brande, Birkehuset	<u>Formål:</u> At borgene tæt på deres hjem kan få foretaget EKG. <u>Målgruppe:</u> Borgere der er henvist til EKG	Der tilbydes blodprøver & EKG på alle matrikler for hele RH Gødstrups optageområde. Der kan udvides i åbningstider/flere ugentlige åbningsdage, såfremt der er ressourcer til det.
		Skive Sundhedshus	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
		Skanderborg Sundhedshus Prøvetagningen – Vitapark Odder	<u>Målgruppe:</u> Geografisk nærhed eller ptt eget valg	Potentialet for udbredelse og skalering er begrænset af de fysiske rammer og de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.
80	MobilLab	AUH	<u>Formål:</u> at tage blodprøver og EKG på patienter, som har svært ved at komme til blodprøvetagning ved brug af Falck eller taxa. <u>Målgruppe:</u> svært konfuse, svært smertepåvirkede eller sengeliggende patienter.	Kan eventuelt udvides til også at fungere akut og i alle geografiske områder på alle ugens dage. I dag er det planlagte besøg og begrænset inden for, hvilke geografiske områder, der varetages konkrete ugedage.
81	Mobil bioanalytiker ordning	HE Midt	<u>Formål:</u> Tilbud om EKG eller prøvetagning i borgerens eget hjem er en særlig service til de borgere, der har meget vanskeligt ved	

			at komme til prøvetagning på hospitalerne eller hos egen læge ved brug af eksisterende kørselsordning <u>Målgruppe:</u> borgere, der er svært konfuse, smertepåvirkede eller sengeliggende og hvor der er mulighed for at planlægge/indpasse det i HE Midts rutenet. <u>Indsats:</u> HE Midt anvender rutenet, så hele optageområdet, samt dele af Favrskov kommune dækkes i løbet af en uge. Kun planlagte blodprøver og EKG.	
82	Udkørende funktion til blodprøvetagning og EKG	Blodprøver og Bio-kemi, RH Horsens	<u>Målgruppe:</u> Svage ptt	Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.
83	Hjemmehæmodialyse og -peritonealdialyse	AUH	<u>Formål:</u> At tilbyde behandlingen i hjemmet 25 hjemmehæmodialysepatienter - tager tid at oplære (2-8 mdr.). En del af denne gruppe transplanteres på sigt. Årligt oplæres ca. 10 hjemmehæmodialysepatienter om året. 50-60 patienter i peritonealdialyse. Antallet er svingende. Der oplæres årligt 40-50 patienter, men frafaldet er næsten lige så stort som tilgangen af nye patienter pga.: - Død pga. af komorbiditet - Overgang til anden dialyseform - Transplantation Af de 60 patienter, er der 10, der får hjælp til dialyse af hjemmehjælpere. Alle peritonealdialysepatienter kommer til kontrol på ambulatoriet hver 6. uge.	Kan udbredes til alle klynger, hvis det ikke allerede er det.
84	Hjemmedialyse	RH Gødstrup / eget hjem	<u>Formål:</u> At sikre optimal ressourceudnyttelse ved at tilbyde dialysebehandling i eget hjem og undgå transport til og fra hospitalet. <u>Målgruppe:</u> Nyopstartede patienter der af læge vurderes relevant til tilbud. <u>Indsats:</u> Peritonealdialyse (PD) er hjemmedialyse og et alternativ til hæmodialyse, der foregår på hospitalet.	Ja. Flere nyopstartede patienter kan tilbydes PD. Der kan konverteres patienter fra hæmodialyse til peritonealdialyse, men det er en krævende proces, når patienten først er startet med hæmodialysen. Det er heller ikke alle, der er egnet til hjemmedialyse.
85	Donortapning	Center for Sundhed, Holstebro Tappetrailer	<u>Formål:</u> At borgerne kan donere tæt på eget hjem.	I Holstebro er der et fast lokale til donortapning, hvor de øvrige sundhedshuse serviceres af tappetrailer. Denne er kun til rådighed i begrænset omfang, hvorfor skalering af donortapning vil være justering af åbningstiden i CFS.
		Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024
86	Mobil tappeenhed	Bjerringbro, Glynegøre, Karup, Kjellerup og Skive	<u>Formål:</u> At gøre det muligt for donorer at give blod i deres nærområde og dermed sikre tilstrækkelig forsyning af blod til Region Midtjyllands hospitaler. <u>Målgruppe:</u> Donorer i HE Midts (og RH Gødstrups) optageområde Tappetrailer deles ligeligt mellem HE Midt og RH Gødstrup	

87	Blodtransfusion i kommunalt regi	RH Gødstrup, Struer Kommune	<u>Formål:</u> At tilbyde borgere behandling i nærområdet. <u>Målgruppe:</u> Borgere der er i ambulant forløb i Medicinsk afd., som løbende har brug for blodtransfusioner. <u>Indsats:</u> Forbedringsprojektet mellem Medicinsk Afdeling og Struer Kommune har afprøvet et nyt samarbejde. Borgere i behandling i Medicinsk Afdeling, modtager blodtransfusion på Midlertidig Ophold i Struer Kommune. Det bringer behandlingen tættere på borgeren og sikrer, at de får den bedst mulige pleje og omsorg i deres nærmiljø samt sparer transporten til hospitalet.	Ja. Transport af blod skal afklares. Indgåelse af aftaler med kommunerne om opgaven. Kunne udvides til at omfatte andre typer infusioner – f.eks.. Magnesium infusion.
88	Ambulant blodtransfusion (HE Midt)	HE Midt, Medicinsk Diagnostisk Center	Patienter kan henvises direkte fra praktiserende læge/andre hospitaler til klinikker i Medicinsk Diagnostisk Center direkte via Hospitalsvisitationen	Ja
89	Blodtransfusion i eget hjem	HE Midt, Viborg Kommune	Samarbejde mellem praktiserende læger og Akutteam Viborg som kan give blodtransfusion i eget hjem	Ja
90	Blodtransfusion	Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
91	Jordemoderklinik	Samsø Sundheds- og akuthus	Jordemoderkonsultationer	Kan skaleres til andre sundhedshuse.
		Center for Sundhed, Holstebro Lemvig Sundhedshus Sundhedshus Ringkøbing Sundhedshus Tarm Ikast Fysioterapi Brande Lægehus	<u>Formål:</u> Jordemoderkonsultation i nærområde. <u>Målgruppe:</u> Gravide <u>Indsats:</u> Der er kendt jordemoderordning i Lemvig og Ikast, inkl. fødselsforberedelse. Fødselsforberedelse ligeledes i Holstebro i samarbejde med det nye familiehus	Tilbuddet vurderes at være udbredt tilpas i optageområdet.
		Skive Sundhedshus Viborg Kommune – Sundhedssatellit i Møldrup	Skive Sundhedshus: Formål: At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet Viborg Kommune – sundhedssatellit i Møldrup: Formål: At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet Målgruppe gravide/par – nybagte forældre – nyfødte børn Jordemoderklinikken er i samme hus som de sundhedsnære tilbud er, hvilket gør det muligt, hvis kvinden ønsker det, at der kan deltage en fagperson fra det sundhedsnære tilbud, sammen med jordemoder. Lokal jordemoderklinik, som arbejder tæt sammen med de sundhedsfaglige tilbud i nærområdet, samt tæt samarbejde med familie-afd og sundhedspleje.	

		Lægepraksis Bjerringbro	Besøg i hjemmet dagen efter fødslen – hjemmeføder og ambulance 1.gangsfødende – barselspakke. Tilbud om efterfødselssamtale telefonisk/virtuelt Sundhedsplejersken kommer en gang ugentligt i Jordemoderklinikken – mulighed på opfølgning af ammeproblemer lokalt. Bedre kendskab til grænseflader, når man sidder sammen lokalt. Lægepraksis Bjerringbro: Formål: At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet Målgruppe gravide/par – nybagte forældre – nyfødte børn Lokal jordemoderklinik, som arbejder tæt sammen med de sundhedsfaglige tilbud i nærområdet, samt tæt samarbejde med familie-afd og sundhedspleje. Besøg i hjemmet dagen efter fødslen – hjemmefødsler og ambulance 1.gangsfødende – barselspakke. De gravide er fortrolige med at komme i lokalerne hos lægen. I dette lægehus er der også flere tværfaglige samarbejdspartnere Tilbud om efterfødselssamtale telefonisk/virtuelt	
		Skanderborg Sundhedshus Jordemodercenteret – Vitapark Odder Jordemoderkonsultation – Hedensted Grenå Sundhedshus	Målgruppe: Geografisk nærhed eller ptt eget valg	Potentialet for udbredelse og skalering er i nogen grad begrænset af de fysiske rammer og de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.
92	Kræftklinik	Center for Sundhed, Holstebro	<u>Formål:</u> mulighed for at modtage kemoterapi tættere på deres bopæl. Målgruppe: Kræftpatienter i kemobehandling	Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024. Ja, det er muligt at udbrede og skalere til andre sundhedshuse. Det er sygeplejersker, der giver patienterne kemo, men det er dog afgørende, at der er også en læge (ikke nødvendigvis en onkolog) til stede som back up. På nuværende tidspunkt er der ikke lægeressourcer til at Kræftafdelingen selv kan være til stede på flere matrikler.
93	Ældresygdomsklinikken	Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
94	Øjenklinik	Center for Sundhed, Holstebro	<u>Formål:</u> At give et decentralt tilbud til AMD/RVO patienter til injektion. En behandling der forebygger blindhed. <u>Målgruppe:</u> Tilbuddet er tilpasset patienter med diagnosticeret AMD.	Ja, det kan muligvis skaleres og udbredes til andre lokationer, hvis der følger personaleressourcer med til opgaven. Den nuværende personalegruppe kan ikke effektivisere yderligere. Der kan også være behov for tilkøb af udstyr.
95	Hjerteklinik	Center for Sundhed, Holstebro	<u>Formål:</u> At give et decentralt behandlingstilbud til relevante patienter	Afdelingen har stort fokus på udbredelse. Lokaler i CFS og Ringkøbing udnyttes til fulde på nuværende tidspunkt. Men der er mulighed for at udbrede mål-

		Sundhedshus Ring-købing	<u>Målgruppe</u> : Der er særlige spor begge steder, hvor patienter, der skal til kontrol gentagende gange, kan gå til kontrol. Der er særlige spor inden for hjertesvigt og hjerteklap. Der kan desuden påsættes Holter og foretages øvrige pt kontroller.	gruppen ift. øvrige kontroller og/eller nye spor, hvis relevant.
		Skive Sundhedshus	<u>Formål</u> : At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
		Grenå Sundhedshus	Herunder Holter-monitorering	Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
96	Klinik for gigt- og bindevævssygdomme	Center for Sundhed, Holstebro	<u>Formål</u> : At give et decentralt tilbud til patienter med kroniske lidelser, der har behov for kontrolbesøg med fysisk fremmøde. <u>Målgruppe</u> : Kontrolpatienter i et bredt udsnit indenfor for gift- og bindevævssygdomme.	Nej. Det skønnes ikke muligt at flytte flere læge- eller sygeplejefaglige funktioner ud. For det første pga. kompleksiteten af disse patienter. For det andet pga. en betydelig reduktion i muligheden for læring og undervisning i Gødstrup.
		Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
97	Klinik for diabetes og hormonsygdomme	Center for Sundhed, Holstebro	<u>Formål</u> : At give et decentralt tilbud til patienter med kroniske lidelser, der har behov for kontrolbesøg med fysisk fremmøde. <u>Målgruppe</u> : Kontrolpatienter. Diabetes type 1.	Nej. Det skønnes ikke muligt at flytte flere læge- eller sygeplejefaglige funktioner ud. For det første pga. kompleksiteten af disse patienter. For det andet pga. en betydelig reduktion i muligheden for læring og undervisning i Gødstrup.
		Skive Sundhedshus	Denne patientgruppe er kronikere i "kerneforløb", hvilket vil sige at behovet for ambulante besøg er nogenlunde kendt. Patienterne har faste kontaktlæger og sygeplejersker. Konsultationsformen er relativt ens for alle. Jvf. ovenstående er behov for bestykning af ambulatoriet begrænset og behovet er kendt.	
		Grenå Sundhedshus		
		Skive Sundhedshus	<u>Formål</u> : At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
		Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
98	Høreklíníkker	Holstebro Viborg	<u>Formål</u> : At tilbyde udredning og behandling for høretab decentralt. <u>Målgruppe</u> : Patienter med høretab, der er vurderet eget til udlevering af høreapparat.	Tilbuddet kan skaleres, men ikke inden for nuværende rammer. Skalering vil kræve tilførsel af resourcer og rekruttering af audiologiassistenter.
99	Fertilitetsklíník	Skive Sundhedshus		
100	Klinik for kvindesygdomme og graviditet	Skanderborg Sundhedshus	<u>Målgruppe</u> : Geografisk nærhed eller ptt eget valg	Potentialet for udbredelse og skalering er i nogen grad begrænset af de fysiske rammer og de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.
		Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
101	Klinik for lever-, mave- og tarmsygdomme	Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
102	Klinik for ernæring	Skive Sundhedshus	<u>Formål</u> : At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
103	Klinik for lungenygdómmé	Skive Sundhedshus	<u>Formål</u> : At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	
104	Klinik for åndenød	Skive Sundhedshus	<u>Formål</u> : At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet	

105	Medicinsk klinik	Skanderborg Sundhedshus	<u>Målgruppe:</u> Geografisk nærhed eller ptt eget valg med forløb i Klinik for Mave-tarmsygdomme, gigtsygdomme, diabetes og hormonsygdomme og ældresygdomme.	Målgruppe kan udbredes til også at gælde patienter med forløb i klinik for hjertesygdomme og lunge-sygdomme, såfremt der kan tilføres nødvendigt apparatur. Potentiale for skalering er begrænset i nogen grad af de fysiske rammer og de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.
106	Fysio- og ergoterapi	Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
107	Håndambulatorium	Grenå Sundhedshus		Aktivitetsniveau jf. politisk spareplan 2024.
108	Tæt og tør - et tværsektorielt projekt i Gødstrup klyngen (2024-2025)	Børn og Unge, RH Gødstrup Sundhedsplejeordninger og lægepraksisser i Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommune	<u>Formål:</u> at behandle børn og unge >5år med urin- eller afføringsinkontinens hjemme/i eget lokalmiljø (børn undgår psykisk belastning, øget forståelse hos SHP, færre ambulante hospitalsbesøg). <u>Indsats:</u> Udbredelse af og øget kendskab til hjemmesiden Tæt&Tør – PR, infomaterialer etc. Undervisning af sundhedsplejersker og læger, samt uddannelse af kommunale nøglepersoner (uroterapi, ringeapparat, laksantia). Udarbejdelse af værktøjer til brug i vejledning af børn, unge, forældre og pædagoger på daginstitutioner/skoler Højnet fokus på renlighedsproces blandt sundhedsplejersker og pædagoger i kommunale daginstitutioner.	Projektet vil kunne spredes til alle børneafdelinger i Region Midt samt respektive optagekommuner. Ressourcestærke forældre vil i vid udstrækning selv kunne håndtere barnets inkontinens gennem brug af hjemmesiden Tæt&Tør, altså undgå et decideret behandlingsforløb i offentligt regi (sundhedsfremme). Højnet fokus på/viden om renlighedsproces på alle kommunale daginstitutioner i Region Midt vil måske kunne være medvirkende til færre børn og unge med den nævnte inkontinensproblematik (forebyggelse).
109	Iltsygeplejerske	AUH	Opfølgning på lægeordineret iltbehandling til borgere i eget hjem. Vurdering af om iltbehandling kan ophøre, fortsætte, eller øges. Samt understøtte patient og pårørendes livskvalitet med en kronisk sygdom med behov for ilt. <u>Indsats:</u> - Måling af gastal/blodprøve - Spirometri måling (lungefunktion) - Måling af ilt i blodet vha. iltmåler	Kan udvides til alle geografiske områder.
110	Udkørende funktion – ilt sygeplejerske	RH Randers	<u>Formål:</u> Forebygge indlæggelser og kontinuitet i forløb. <u>Indsats:</u> Ilt sygeplejerske har udkørende funktion i klyngekommunerne. Ilt sygeplejerskerne kender disse patienter rigtigt godt og tager mange og forskelligartede problemer i opløbet hos disse patienter.	
111	Udkørende funktion til ilt-patienter	Medicinsk afdeling RH Horsens	<u>Målgruppe:</u> patienter med KOL og lungefibrose i langtidshjemmeiltbehandling.	Målgruppen kan udvides til patienter med behov for kortvarig iltbehandling efter indlæggelse, m.h.p. accelererede udskrivelser. Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.

112	Udekørende funktion ift. ilt/KOL	Eget hjem, Viborg, Skive og Silkeborg Kommune	<u>Indsats:</u> Udekørende sygeplejersker fra Medicinsk Diagnostisk Center til patienter, som er visiteret til besøg pga. lungesygdom og/eller iltbehandling	Ja
113	Udgående respirationssygeplejerske	AUH	<u>Formål:</u> at kvalitetssikre de etablerede hospitalsbehandlinger i eget hjem. Herunder at supportere hjælpeteamet med at opretholde kompetencer, at undgå at patienten bliver genindlagt ved at følge op, uddanne og oplære i procedurer. Sygeplejersken følger kun op på behandlingsaspekter.	Kan udbredes til alle klynger, hvis det ikke allerede er det.
114	Udredning for søvnapnø	Skive Sundhedshus	<u>Formål:</u> At give borgere mulighed for sundhedstilbud i nærområdet. <u>Målgruppe:</u> Borgere der skal udredes for søvnapnø. <u>Indsats:</u> Udredning for søvnapnø. Der er tale om en satellitfunktion fra Neurologi, RH Viborg. Kapacitet tager udgangspunkt i forventet behov for borgere fra Skive Kommune	Der er mulighed for skalering. Volumen af antal patienter, der skal udredes for søvnapnø kan være for lille i udvalgte kommuner, så det ikke er muligt at opretholde faglige kompetencer og sikre fastholdelse og trivsel af personaler.
115	Skift af tracheostomitube via akutlægebil	Præhospitalet – i samarbejde med: - VRC: Vestdansk Center for Rygmærskade, RH Viborg - Respirationsscenter Vest, AUH - Øre, Næse og Halskirurgisk Klink, AUH - Øre-, Næse-, Halsafsnit, RH Gødstrup	<u>Formål:</u> At borgere i eget hjem/plejehjem samt under ophold på VRC kan få skiftet tracheostomitube på aktuelle lokation. <u>Målgruppe:</u> Borgere med permanent tracheostomitube, som opholder sig i eget hjem/på plejehjem eller VCR. <u>Indsatsen:</u> De nævnte samarbejdsparter kan via AMK rekvirere akutlægebilen til at foretage tubeskift i eget hjem/plejehjem eller på VRC.	Præhospitalet: Dækker alle afdelinger, der har hjemmerespiratorbrugere.
116	Vaccinationsindsats	Blodprøver og Biokemi, Fuglevangsvej, Horsens Skanderborg Sundhedshus Vitapark Odder, Sundhedshuset Løsning Juelsminde Gl. Rådhus Uldum plejehjem	<u>Målgruppe:</u> Geografisk nærhed eller borgerens eget valg	Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig.

117	Videokonsultationer	AUH	Til bl.a. - Ludomanibehandling - Behandling af helbredsangst, helbredsangst by proxy	Skal ses i lyset af sundhedsreformen med kommende patientrettigheder for digitalisering.
118	Virtuelle og telefoniske konsultationer	RH Gødstrup / Konsultationer i klinikker erstattes med virtuel eller telefoniske konsultationer	<u>Formål:</u> At tilbyde borgeren behandling i nærområdet. <u>Målgruppe:</u> Borgere hvor konsultationen kan foregå virtuelt/telefonisk i stedet for fysisk fremmøde <u>Indsats:</u> Virtuel konsultation.	Ja til områder, hvor der ikke er behov for fysisk fremmøde - kan evt. Udvides til at foregå i samarbejde med den kommunale sygeplejerske.
119	Brug af telefon-/videokonsultationer fremfor fysisk fremmøde	RH Randers	Udbredt brug af telefonkonsultationer i stedet for fysisk fremmøde ved f.eks. scanningssvar og kontrolbesøg. Herudover f.eks. - Anæsthesitilsyn som telefonkonsultation i stedet for fysisk fremmøde. ASA 1-2 ptt. - Telemedicinsk opfølgning via telefon eller video på besøg i Ældrepsykiatriklinikken eller de sub-akutte tider i MKA og specialerne. - Telefonisk forundersøgelse ved sygeplejerske for patienter som henvises til operation for at få fjernet mandler.	Potentiale for udbredelse
120	Småbørnsområdet/Spæd	BUA	<u>Formål:</u> At koordinere den psykiatriske og sociale indsats ud fra en fælles forståelse <u>Målgruppe:</u> Forældre med svær psykisk lidelse <u>Indsats:</u> Netværksmøder, hjemmebesøg: Observation af børn, der ikke kommer i børnehave/skole. Spædteam: Hjemmebesøg har som formål dels at foretage førstegangsbesøg efter fødsel, og dels at etablere behandlingsforløb hos de mest sårbare forældre. Koordinerende møder med familieambulatoriet og tidlig indsats Aarhus kommune samt Psykiatrien.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen.
121	OPUS	Afdeling for Psykoser	<u>Formål:</u> OPUS er et tilbud til ny-diagnosticerede skizofrene og skizotypiske patienter. <u>Målgruppe:</u> Ny-diagnosticerede skizofrene og skizotypiske patienter. <u>Indsats:</u> OPUS løser den samlede behandlingsopgave ift. målgruppen. Derudover er der fokus på netværket, hvor der er efternundervisning, psykoedukation, løbende dialog med familie og pårørende. Generelt stort fokus på at bevare patientens netværk omkring patienten.	JA - Der er truffet regionsrådsbeslutning om etablering af OPUS-team eller -tilbud i hele regionen.
122	Psykoseteam Junior	BUA	<u>Formål:</u> At give børn i alderen 7-13 år med psykose et OPUS-lignende tilbud. <u>Målgruppe:</u> Skolebørn med skizofreni og psykose <u>Indsats:</u> Udredning og opstart af behandling under indlæggelse, tæt ambulant opfølgning og behandling, herunder mulighed for at den ambulante opfølgning kan foregå ved hjemmebesøg. Opfølgende vejledning og psykoedukation til skole, kommunale støttepersoner mm – også om muligt som udgående funktion.	NEJ - Ikke relevant, da BUA dækker hele regionen.

123	Team i klinik 1	Afdeling for psyko-ser	<u>Formål:</u> Team i Klinik 1 behandler patienter indenfor oligofrenipsykiatri, demens og organisk (organiske lidelser og neuropsykiatriske problemstillinger). En stor del af patienternes behandling foregår på bosted eller i eget hjem, i tæt samarbejde med familie, bosteder, hjemmevejledere, og bostøtter, da en stor del af patienterne ikke kan møde inde i Skejby, grundet deres funktionsniveau. <u>Målgruppe:</u> Patienter med IQ under 70 og mistanke om psykisk sygdom. Alle kan henvende sig så snart der er mistanke, og patienten har en IQ under 70, der er således ikke yderligere henvisningskrav.	NEJ - Ikke relevant, da tilbuddet dækker hele regionen
124	F-Act til prævalente psykosepatienter	Psykiatrien – Afdeling for psykoser	<u>Formål:</u> F-ACT teams i Afdeling for psykoser varetager den samlede ambulante behandlingsopgave for patienter, der behandles i ambulant regi. Det er en helhedsorienteret indsats ift. patienten. Der er en opmærksomhed på samarbejdet med bosteder og kommunen generelt, men det er udfordrende grundet manglende tilgængelighed ved kommunen. <u>Målgruppe:</u> Alle psykosepatienter tilknyttet Klinik 1. Patienterne er fordelt på tre F-ACT-teams. Der er ikke nogen eksklusionskriterier udover, at de patienter der hører til i hhv. OPUS eller teams vedr. oligofrenipsykiatri, demens eller organisk, tilknyttes de pågældende teams.	JA – Men vil kræve en større omlægning af ambulante funktioner i andre afdelinger Der bør dog være en opmærksomhed på, at der er en implementering af faglige rammer for botilbudsteams i gang i alle afdelinger, hvilket forventeligt vil have en effekt på de udgående funktioner vedr. borgere, der bor på bosted.
125	Tværsektorielt F-ACT i RP Midt i samarbejde med kommunerne i Midt-klyngen.	Regionspsykiatrien Midt	<u>Formål:</u> At sikre en fleksibel integreret indsats til borgere med svær psykisk sygdom og komplekse sociale problemer. Den integrerede indsats udføres af socialpsykiatrien i kommunerne i Midt-klyngen og af Psykiatrisk Akut Team Viborg/Skive og Psykiatrisk Akut Team Silkeborg. <u>Målgruppe:</u> F-ACT er et tilbud til borgere, der har en svær psykisk sygdom og alvorligt socialt funktionssvigt. Der er en sammenhæng mellem de to; det sociale funktionssvigt er forårsaget af den psykiske sygdom. Tilstanden er langvarig og gennemgribende. Det er nødvendigt med koordineret opfølgning for at gennemføre behandling og støtte. Patienten skal være tilkendt kommunal bostøtte (§ 85). Patienterne må derfor ikke være bostedpatienter.	JA – under proces og noget der arbejdes målrettet med i forhold til samarbejdet med kommunerne i Midt-klyngen. Kræver bl.a. kommunal deltagelse og ændring i lovgivning
126	Bostedsbehandler (bostedsteam)	Regionspsykiatrien Randers, Psykiatrisk Klinik Rønde	Opsøgende behandling på Tangkær, Harebakken og Dolmer Have. <u>Målgruppe:</u> Der henvises til samarbejdsaftalerne	JA - Er under udvidelse
127	Team for integreret dobbeltdiagnosebehandling (udgående)	Afdeling for Depression og Angst	<u>Formål:</u> At tilbyde patienter med samtidigt psykisk lidelse og rusmiddelproblematik et integreret behandlingstilbud.	JA – Skaleringen er allerede igangsat over de næste år, hvor patientgruppen bliver større, og flere patienter skal indgå i et integreret behandlingstilbud

		Afdeling for Psyko- ser Regionspsykiatrien Gødstrup Regionspsykiatrien Horsens Regionspsykiatrien Midt Regionspsykiatrien Randers	<u>Målgruppe:</u> Personer over 18 år med behandelige psykiske lidelser af moderat til svær grad, som har et psykiatrisk behandlingsbehov, og som samtidig har en rusmiddelproblematik. Derudover er funktionsevnen samtidig påvirket i en sådan grad, og den enkeltes hverdag så kompleks og kaotisk, at den enkelte ikke vurderes at kunne følge eller profitere af behandling i et parallelt behandlingstilbud. <u>Indsats:</u> Behandlerne søger at fjerne de barrierer, der står i vejen for at levere sammenhængende hjælp og helhedsorienteret behandling til mennesker med dobbeltdiagnoser. Der er mulighed for at tilpasse forløbet til patientens behov/præmisser, og patienterne kan ses både i eget hjem, andre steder eller i klinikken. Nærhedsprincippet er i fokus.	
128	Ambulante klinikker i regi af Psykiatrien	Center for Sundhed Holstebro/psykiatrien i Nordvest	Tilbuddet udbydes til borgere fra kommunerne: Struer, Lemvig og Holstebro.	NEJ – Da de relevante kommuner i optageområdet dækkes
129	Satellit i Odder	Regionspsykiatrien Horsens	<u>Målgruppe:</u> Patienter med affektive lidelser. Patienter skizofreni eller anden psykoselidelse. <u>Formål:</u> Ud fra et nærhedsprincip at møde patienten tæt på deres bopæl og netværk.	NEJ - Ikke relevant da satellitfunktion.
130	Satellit i Skanderborg	Regionspsykiatrien Horsens	<u>Målgruppe:</u> Patienter med affektive lidelser. Patienter skizofreni eller anden psykoselidelse. <u>Formål:</u> Ud fra et nærhedsprincip at møde patienten tæt på deres bopæl og netværk.	NEJ - Ikke relevant da satellitfunktion.
131	Kontorer/samtalerum	Grenå (Sundhedshus), Ebeltøft (Sundhedshus), Hammel og Hadsten	<u>Formål:</u> At tilbyde behandling til patienter tættere på hjemmet. Samtidig er sikkerheden for personalet højere end ved hjemmebesøg	NEJ - Vurderes pt. at dække behovet i optageområdet.
132	Gruppeforløb	Psykiatriens hus Aarhus	<u>Formål:</u> At støtte patienter i mestring af eget liv i sammenhæng med psykisk lidelse. <u>Målgruppe:</u> Patienter/borgere med tilknytning til Psykiatriens Hus i form af brugerstyret (regional eller kommunal) kontrakt eller hjemmebehandlingsforløb <u>Beskrivelse:</u> Der er en vedvarende dynamik og variation i udbuddet af gruppeforløb afhængig af efterspørgsel og faglige kapacite-	

			ter og interesseområder blandt personale. Gruppeforløbene kan både være tvær- og monosektorielle. Eksempler på igangværende gruppeforløb er: et komprimeret søvnforløb i samarbejde med Recoveryskolen og en stemmehørrergruppe.	
133	Søvnforløb	Psykiatriens hus Aarhus	<u>Formål:</u> At give borgeren mulighed for aktivt at øge egen sundhed og velvære ved at få viden, handlemuligheder og strategier i forhold til søvn. <u>Målgruppe:</u> Borgere tilknyttet psykiatrien i Skejby og/eller Psykiatriens Hus. Ikke diagnosespecifikt. Søvnproblemet skal have varet i tre mdr. eller mere, og der skal være forudsætninger og motivation for at arbejde med egen adfærd vedr. søvn. <u>Beskrivelse:</u> Behandlingen tager udgangspunkt i en forskningsbaseret manual og består af 6 sessioner med elementerne; udfyldelse af søvndagbog, undervisning i søvn og døgnrytme, afspænding, stimuluskontrol, søvnrestriktion, kognitiv adfærdsterapi og tilbagefaldsforebyggelse. Forløbene varetages af sygeplejersker, en ergoterapeut, en fysioterapeut og en specialpsykolog forankret i den regionale del af PH.	
134	Musikterapeut	Psykiatriens Hus Aarhus	<u>Formål:</u> At understøtte psykiatrisk behandling og støtte lindring af symptomer og bedring af livskvalitet <u>Målgruppe:</u> Patienter fra 18 år og opefter, der har et hjemmebehandlingsforløb eller en brugerstyret kontrakt til Psykiatriens Hus <u>Beskrivelse:</u> Musikterapi kan anvendes som terapiform, afspænding, aktivitet som led i personlig udvikling. Det kræver ikke, at man har erfaring med musik. Forløbet varer ca. 8-12 sessioner og tilrettelægges efter patientens behov	
135	Ambulant behandling i elektive teams	Psykiatriens Hus Silkeborg	<u>Ambulante funktioner:</u> - Team for depression og mani - Psykoseteam - Team for OCD og angstlidelser - Udredningsteam - Team for ADHD - Team for personlighedsforstyrrelser	
136	Enhed for Unge med Depression	Psykiatriens Hus Aarhus	<u>Formål:</u> At understøtte depressionsbehandlingen ved egen læge og varetage samtaler, gruppeforløb og pårørendeinddragelse	

			<u>Målgruppe:</u> Unge i alderen 18-29 år i hele Region Midt diagnosticeret med moderat depression. Borgeren skal enten være motiveret for at opstarte eller allerede opstartet i medicinsk behandling. <u>Beskrivelse:</u> Det samlede forløb varer 12-16 uger. Det medicinske behandlingsansvar ligger forsat hos egen læge. Forløbet i Enhed for Unge med Depression indeholder individuelle samtaler og gruppeforløb på i alt otte gange enten som terapi eller undervisning (psykoedukation). Der er fokus på pårørendeinddragelse og der afholdes et pårørendearrangement per gruppe. Der afholdes samtaler og gruppeforløb i Aarhus, Gødstrup og på sigt i Viborg. Der er ansat psykologer og sygeplejersker i enheden.	
137	Retspsykiatrisk op-søgende team	Retspsykiatrisk afdeling	<u>Formål:</u> Den er kontinuerlig og konstant, når en retspsykiatrisk patient er indskrevet i den specialiserede ambulante retspsykiatri (regionsfunktionsniveau). <u>Målgruppe:</u> Retspsykiatriske patienter som følges på regionsfunktion. <u>Indsatsen:</u> Som en del af behandlingsforløbet tages der stilling til behov for hjemmebesøg eller udebesøg andre steder end i hjemmet. Ca. 50 % af kontakter med patienterne foregår ved hjemme/udebesøg. Den opsøgende indsats pågår, uanset om patienten er indlagt eller udskrevet. Patienterne kan være i indskrevet i R-klinik i flere år.	NEJ - Ift. skaleringspotentiale er det svært at forestille sig dette. Afdelingen arbejder løbende hen i mod, at patienterne skal kunne møde op ambulant, så de på sigt bliver klar til at følges i andet regi. Så graden af hjemmebesøg ses som en del af denne proces.
138	Retspsykiatrisk team	Regionspsykiatrien Randers, Psykiatrisk Klinik 2	<u>Målgruppen:</u> Ambulante retspsykiatriske patienter i optageområdet, hvor det fagligt skønnes, at hjemmebesøg er det bedste tilbud for patienten. Dette kan bl.a. være pga. sygdomsgrad f.eks. hvis de er i akut forværring eller deres tilstand vil blive forværret af at skulle møde frem på klinikken.	NEJ - Vurderes pt. at dække behovet i optageområdet

5. Øvrige indsatser

Nr.	Titel på behandlingstilbuddet	Behandlingstilbuddet findes på	Formål, målgruppe og kort beskrivelse af indsatsen	Mulighed for udbredelse og skalering (f.eks. udbredelse til andre HE'er og sundhedshuse, udbredelse af målgruppen, eller andet)
139	Samarbejdet mellem diabetesklinikker og almen praksis om patienter med type 2 diabetes med even-	AUH	Hospitalslæge mødes jævnligt med praktiserende læge med henblik på at drøfte diabetespatienter.	Metoden kan udvides til andre specialer og evt. andre geografiske områder.
		RH Randers	RH Randers deltager i digitalt projekt "SAMBLIK" forankret under Steno diabetescentret. I projektet gives mulighed for at hospital	Endnu ikke vurderet.

	tuelle konkurrerende lidelser		og almen praksis på samme tid kan se de samme billeder og prøvesvar - herpå drøfte eventuel relevant behandling. Projektet løber de næste ca. To år.	
140	Patientudløst MDT	AUH	Patientudløst MDT, hvis patienten har flere kroniske sygdomme udover diabetes. Afdelingen kan også udløse en MDT, hvis afd. finder det relevant. Kan både initieres af patient og læge	
141	No Need to See	HE Midt	En interaktiv behandlingsvejledning, der guider visiterende og behandlende læge i, hvilke patienter der kan udredes per brev, og hvem der skal indkaldes.	JA, stort potentiale i udbredelse og bidrager til at understøtte et grundlæggende behov for vejledning for læger og andet sundhedspersonale ift. at finde rette behandlings- og kontrolniveau
142	Virtuel sparring om den ældre medicinske patient	Medicinsk Afdeling, RH Horsens	<u>Målgruppe:</u> Ptt i forløb, herunder særligt ptt på akutpladser	Potentialet for udbredelse og skalering er til stede. Nærmere afklaring er nødvendig.
143	Specialisttelefoner	Alle medicinske specialer, RH Horsens	<u>Indsats:</u> Telefonisk rådgivning fra speciallæger eller specialiserede sygeplejersker til primærsektor i dagtid	JA, kan udbredes til at dække en større del af døgnnet. Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig
144	Koordineret udgående indsats	Psykatriens hus Silkeborg i samarbejde med Silkeborg Kommune	<u>Beskrivelse:</u> Et tilbud hvor psykiatrien og kommunen gensidigt kan invitere hinanden ind til vurdering af borgerens behov i hhv. kommune og region. Der er tale om en udvidelse af rammeaftale for udgående funktioner.	
145	Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i Kommunerne	RH Randers	<u>Indsats:</u> Fokus på at kompetencerne er til stede, så mest mulig af patientens/borgerens forløb kan varetages i, eller i nærheden af, borgerens hjem. Eksempelvis ved afholdelse af "Fælles skolebænk" og netværkscaféer med specifikt fokus (bl.a. undervisning i delir, sårbehandling og håndtering af kateterproblematikker).	Endnu Ikke vurderet.
146	Understøtte den palliative opgave i kommunerne	RH Randers	<u>Indsats:</u> Understøtte de 4 klyngekommuner i palliativ behandling i borgerens eget hjem. Med udgangspunkt i projekt "livets afslutning" er der etableret kontakt til de 4 kommuner for at undersøge hvilket behov der er for at understøtte den palliative opgave i kommunerne. Der afvikles 2 temadage årligt, hvor målgruppen er SSA og SPI i kommunerne	Endnu Ikke vurderet.
147	Fælles skolebænk	RH Horsens, Hjertemedicinsk klinik, lungemedicinsk klinik, diabetesklinikken	<u>Målgruppe:</u> Personale i primærsektor Tværsektoriel kompetenceudvikling i forhold til behandling af kroniske sygdomme	Potentialet for udbredelse og skalering kan være begrænset af de til rådighed værende medarbejderressourcer. Nærmere afklaring er nødvendig
148	Osteoporoseskole	AUH (i samarbejde med kommunalt an-	Undervisning for patienter med osteoporose, men uden rygsammenfald.	

		satte sundhedspersonale)		
149	Strokeskoler	RH Gødstrup / Afholdes i kommunalt regi - borgernært	<u>Formål:</u> At borgeren føler sig informeret om det at have haft en stroke og eftervirkninger af dette samt at få opsamling efter sygdomsforløb med henblik på at opnå forståelse for hvilke faktorer, der har betydning for at forebygge et nyt tilfælde. Prøvehandling opstart primo 2025 – samarbejde mellem Neurologisk afd. RH Gødstrup samt Struer og Herning kommune. Det består af to tværsektorielle undervisningstilbud årligt. 4 undervisningsgange á 2 timer <u>Målgruppe:</u> Patienter med Minor Stroke og TCI + pårørende.	Ja, til øvrige kommuner
150	Diabetesskoler i kommuner	Alle kommuner i Gødstrup-klyngen	<u>Formål:</u> At tilbuddet er tilgængeligt i borgerens nærmiljø. Indsats Kursusforløb for borgere med type 2 diabetes, som foregår i kommunalt regi. Den regionale diabetessygeplejerske varetager den sygdomsspecifikke undervisning, og kommunen har ansvar for den sundhedsfaglige rehabilitering. <u>Målgruppe:</u> Diabetes ptt. Type 2	Tilbuddet findes allerede i alle kommuner i Gødstrup-klyngen. Samarbejde med Steno Diabetes Center Aarhus er på vej.
151	Informationsbesøg på skoler og daginstitutioner hos alle børn med nydiagnosticeret diabetes	RH Randers	<u>Indsats:</u> Børn og Unges diabetessygeplejersker tager på informationsbesøg på skoler og daginstitutioner hos alle børn med nydiagnosticeret diabetes. Det gælder også, når et barn skifter skole eller daginstitution, og ved skolestart.	Endnu ikke vurderet
152	Telefonisk inddragelse af pårørende (TIP)	RH Randers	Patienter på sengeafsnit bliver tilbudt, at de kan udpege en primær kontaktperson, som lægen ringer til efter første stuegang på hverdage. Patienten og de pårørende får på den måde informationer om behandlingsforløbet fra den samme læge, samt tidlig afklaring om der skal tages hånd om noget specifikt i forbindelse med udskrivelsen.	Endnu Ikke vurderet.
153	Klinik for almen medicin	Lemvig Sundhedshus Thyborøn	<u>Formål:</u> At tilbyde borgere praktiserende læge <u>Målgruppe:</u> Borgere i nærområdet	Mulighed for at udvide, dvs. øge patientgrundlaget eller etablere yderligere satellitfunktion afhænger af en række faktorer (eks. rekrutteringsmuligheder, organisatoriske overvejelser, fysiske rammer mv.). De strategiske overvejelser ift. udbredelse /skalering bør derfor drøftes mere i dybden med relevante aktører og ledelser inden der træffes afgørelse om dette. Da der pr. 1/9 netop er sket en udvidelse af klinikken med en satellitfunktion i Thyborøn vil anbefalingen desuden være, at der i den

				kommende tid skal være ro til indkøring og drift i af 2 klinikker, inden der træffes beslutning om yderligere skalering.
154	Fodprojekt	Ortopædkirurgi, HE Midt	<u>Formål:</u> At sikre bedre og hurtigere hjælp til patienter med udvalgte fod/ankellidelser, hvor operation ikke er den mest effektive behandlingsform. <u>Målgruppe:</u> Borgere med udvalgte fod/ankellidelser <u>Indsats:</u> Tiltaget indebærer information til almen praksis og til patient om målrettet træning. Samtidig er der mulighed for at borger kan henvende sig mhp. at få en tid, hvis træning ikke hjælper tilstrækkeligt.	Ja, men det kræver dispensation ift. oplysningspligt i Sundhedsloven.
155	Samarbejdsaftale - Stomi	Alle akuthospitaler og relevante afdelinger i samarbejde med de 19 midtjyske kommuner	<u>Formål:</u> At sikre at borgere med stomi oplever, at den telemedicinske vurdering er velkoordineret og sammenhængende, optimere udredning, pleje og behandling i samarbejdet mellem sektorer og borgeren, at lette overgangen mellem region og kommune samt at de rette faglige kompetencer anvendes mest hensigtsmæssigt. <u>Målgruppe:</u> Borgere med permanent stomi. Borgere med midlertidig stomi kan oprettes i pleje.net ved behov. <u>Indsats:</u> Den telemedicinske løsning, der anvendes til telemedicinsk vurdering af stomipleje- og behandling, er et webbaseret dokumentations- og kommunikationssystem www.pleje.net, som anvendes ved siden af de elektroniske patientjournaler og omsorgssystemer, der anvendes på hospitaler og i kommuner. Det fælles system benyttes til at dokumentere og kommunikere.	Der er indgået en regionalt dækkende samarbejdsaftale på stomiområdet, som er suppleret med et tillæg for telemedicinsk vurdering af stomipleje- og behandling.
156	Rådgivning, undervisning og skræddersyede udviklingsforløb til borgere og patienter	IKH (Institut for Kommunikation og Handicap): Skanderborg Sundhedshus		
157	Virtuelle konsultationer ved fysio- eller ergoterapeut	Fysio- og Ergoterapien, RH Horsens	<u>Formål:</u> Træning, følge op på øvelser, vejledning o. lign. <u>Målgruppe:</u> Ptt der vurderes egnet efter bestemte kriterier <u>Indsats:</u> Virtuelle konsultationer	Potentialet for udbredelse er til stede. Nærmere afklaring er nødvendig.
158	Virtuelle konsultationer ved klinisk diætist	Fysio- og Ergoterapien, Ernæringsklinikken, RH Horsens	<u>Formål:</u> Færre udeblivelser samt at mindske tidsforbrug for patienten <u>Målgruppe:</u> Som udgangspunkt alle individuelle patientforløb med mindre, det vurderes, at patienten ikke kan deltage i et virtuelt forløb, og derfor må tilbydes at fysisk fremmøde. <u>Indsats:</u> 2 x konsultationer af ½ - 1 times varighed. En telefonkonsultation imellem de virtuelle konsultationer af 15 minutters varighed	Potentiale for udbredelse til andre hospitaler.

159	Fælles udryknings-team (FUT)	Regionspsykiatrien Gødstrup og Regionspsykiatrien Midt (dækker af Midt og Vestjyllands politikreds) Afdelingen for Depression og Angst (Østjyllands politi)	<u>Formål:</u> Alle kan melde en bekymring til politiets vagtcentral af både akut og ikke-akut karakter ift. borgere med psykisk sygdom/problematikker. Akut psykiatrisk vurdering med bedre mulighed for deeskalerende tilgang pga. bedre tid til den enkelte opgave, civil fremtoning og det tværprofessionelle samarbejde. Dermed bedre resultat af indsatsen både før, under og efter en evt. indlæggelse. FUT muliggør en mere fleksibel opgaveløsning med smidigere adgang til sundhedsvæsenet herunder informationsdeling og samarbejde med relevante samarbejdspartnere. Dette giver mere sammenhængende forløb og gør patienter mere behandlingsklare ved evt. indlæggelse. <u>Målgruppe:</u> Borgere med behov for politimæssig indsats og samtidig mistanke eller viden om psykisk lidelse F.eks. bekymringshenvendelse fra pårørende eller samarbejdspartnere ift. Suicidal-risiko eller skred i psykisk sygdom. Det kan også være ved behov for en deeskalerende tilgang ved f.eks. transport i form af vilkårsovertrædelser eller tvangsindlæggelse (For indsatsen i psykiatrien i Gødstrup og Midt gælder, at teamet kører to dage fra RP Midt og to dage fra RP Gødstrup).	NEJ - Tiltaget er under implementering
160	Peerstøtte	Psykiatriens Hus Aarhus	<u>Formål:</u> At bringe håb, inspiration og fællesskab til den recovery-proces, som husets brugere hver især er i gang med gennem <u>Målgruppe:</u> Alle patienter/borgere, der er tilknyttet Psykiatriens Hus og som ønsker samarbejde med en peermedarbejder. Aktuelt er der ansat peer-medarbejdere i hjemmebehandlingsteam, ambulante døgnpladser, kommunalt overnatningsteam og Recovery-skolen. <u>Beskrivelse:</u> Peer-medarbejderne er integreret i behandlings- og rehabiliteringstilbuddene, hvor de fungerer som kompetente dialogpartnere for borgere. Herudover er nogle af deres opgaver: Aktiviteter om et fælles tredje, deltagere i åben dialog samtaler, afholde familiesamtaler, vigtig rolle i diverse aktiviteter i PH og at sikre et recovery-orienteret perspektiv ind i organisationen og tilrettelæggelse af tilgange, behandling og indsatser.	
161	Aktivitetstilbud i samarbejde med kommunen	Psykiatriens Hus Aarhus	<u>Formål:</u> At støtte borgernes recovery proces ved at tilbyde en øvebane til udvikling og vedligehold af sociale færdigheder	

			Målgruppe: Borgere i Aarhus Kommune med tilknytning til Psykiatriens Hus. Tilknytning forstås i denne sammenhæng bredt, hvor det også er muligt med f.eks. en afsluttet kommunal eller regional brugerstyret kontrakt. Beskrivelse: Der er en vedvarende dynamik og variation i udbudet af tværsektorielle aktiviteter afhængig af efterspørgsel og faglige kapaciteter og interesseområder blandt personale. Mange aktiviteter forestås ved peer-medarbejdere. Eksempler på igangværende eller nyligt afsluttede aktiviteter er: Ord for Ord (borgere mødes og udvikler i fællesskab lyriske tekster), NADA café, Fælles Gåtur, Kreativt Værksted og kor Den typiske frekvens for disse aktiviteter er ca. en gang om ugen	
--	--	--	---	--

Skema 3: Indsatser i pipeline

Nr.	Titel på behandlings-tilbuddet	Behandlingstilbuddet findes på	Formål, målgruppe og kort beskrivelse af indsatsen	Mulighed for udbredelse og skalering (f.eks. udbredelse til andre HE'er og sundhedshuse, udbredelse af målgruppen, eller andet)
162	Opstart af IV antibiotika behandling i eget hjem	RH Gødstrup	Formål: At tilbyde borgere behandling i nærområdet. Målgruppe: Borgere med Infektion og/eller behov for væskebehandling. Borgeren skal være lægefagligt vurderet af egen læge eller vagtlæge. Indsats: Prøvehandlingen mellem paramedicinerbilerne i Lemvig/Ringkøbing og speciallægen på akutafdelingen, RH Gødstrup (RHG) samt kommunal akut sygeplejersker. IV antibiotika behandling eller væskebehandling opstartes i eget hjem ved paramediciner. Akutlægen har behandlingsansvaret for forløbet. Behandlingen overgår til kommunale akut sygeplejerske efter 2 indgifter jf. IV aftalen.	Ja, hvis der er ressourcer og tilgængelighed af PMB.
163	Opstart af CPAP i eget hjem	RH Gødstrup	Formål: At tilbyde borgere behandling i nærområdet. Målgruppe: Borgere henvist fra egen læge til opstart af CPAP-behandling. Prøvehandling opstartes i Ringkøbing-Skjern kommune. Indsats: Prøvehandling hvor opstart af CPAP-behandling foregår virtuelt i borgerens eget i samarbejde med den kommunale spl.	Ja flere nyopstartede kan tilbydes
164	Afrusning med succes	HE Midt	En tæt tværsektoriel indsats med fokus på patienten/borgeren med alkoholafhængighed. Formålet er at skabe grundlag for	Indsatser der arbejdes med i klyngen, som vi er i gang med at planlægge og som vi håber på/for-

			bedre og mere sammenhængende forløb ved at afklare barrierer og muligheder for optimering af arbejdsgange og patientforløb samt beskrive mulige tiltag for forbedring af patientforløb (hjælpe borgeren på en måde så indlæggelse i hospitalsregi ikke bliver nødvendig)	venter at skulle arbejde med (behandles på klyngestyrgruppemøde den 6. december)
165	Styrket opfølgende tværsektoriel indsats til ældre, som har været indlagt med hoftebrud	HE Midt	Udvikling og afprøvning af styrket opfølgende tværsektoriel indsats til ældre, som har været indlagt med hoftebrud. Tiltag inspireret af "Kom Trygt Hjem" og vedrører ældre borgere +65-årige, som udskrives efter hoftebrud til plejebolig eller midlertidig plads. Kom Trygt Hjem omhandler forlængelse af hospitalets behandlingsansvar, systematisk pleje og opfølgning og akutte besøg efter behov.	Indsatser der arbejdes med i klyngen som vi er i gang med at planlægge og som vi håber på/forventer at skulle arbejde med (behandles på klyngestyrgruppemøde den 6. december)
166	Tværsektoriel indsats til patienter med (kritisk) åreforkalkning i benene (claudicatio)	HE Midt	Formålet er at bremse sygdomsprogression, øge funktionsevne og trivsel/livskvalitet for den sygdomsramte. Dette gøres ved at skabe et sammenhængende forløb med fokus på ryge/nikotin-stop, superviseret gangtræning, sygdoms- og smerte forståelse/mestring samt kostvejledning	Indsatser der arbejdes med i klyngen som vi er i gang med at planlægge og som vi håber på/forventer at skulle arbejde med (behandles på klyngestyrgruppemøde den 6. december)
167	Styrket tværsektorielt samarbejde om borgere med muskel- og skeletlidelser	HE Midt	Formålet er at skabe bedre forløb og behandling af borgere med muskel-skelet-lidelser gennem bedre kommunikation, fælles retningslinjer og udvikling af forløb og værktøjer, hvor hospitalet i højere grad understøtter almen praksis med selv at håndtere problematikker. Derudover er der et særligt fokus på at integrere patientuddannelse og øvelsestræning i alle sektorer mhp. at styrke borgers mestring af symptomer.	Indsatser der arbejdes med i klyngen som vi er i gang med at planlægge og som vi håber på/forventer at skulle arbejde med (behandles på klyngestyrgruppemøde den 6. december)
168	Prøvehandling om målrettet indsats til skrøbelige borgere	RH Randers	I prøvehandlingen afprøves en fælles tilgang og redskaber i forhold til ældre, skrøbelige borgere med henblik på at kunne give den rette indsats til borgeren. Konkret skal det afprøves, hvordan vi kan anvende skrøbelighedsscoren CFS på tværs af kommuner og hospital samt en fælles skrøbelighedspakke, der angiver handlemuligheder ved forskellige grader af skrøbelighed. I prøvehandlingen deltager udvalgte afsnit/enheder på RH Randers og i Favrskov, Norddjurs, Randers og Syddjurs Kommuner.	Prøvehandling afsluttes primo 2025
169	Nationale lærings- og kvalitetsteams (LKT) projekt om sammenhængende hoftebrudsforløb	RH Randers	Målgruppen er borgere over 65 år, der opereres for et hoftebrud. Der er særligt fokus på borgere, der er skrøbelige og bor i eget hjem eller på plejehjem/døgnapbeholdelse. Borgerne vil ofte have behov for en sammenhængende indsats mellem hospital og kommune for at genvinde funktionsevne og undgå genindlæggelser. Lokalt er projektet organiseret som et tværsektorielt samarbejde mellem kommunerne i Randersklyngen og RH Randers. Hospitalet har nedsat et lokalt forbedringsteam, og klyngekom-munerne er i gang med denne proces via ledelsesrepræsentanterne i det tværsektorielle team. De lokale forbedringsteams rolle	Projektets aktiviteter løber til og med 2026.

			er at arbejde med lokal implementering af aftalen om udvidet tværsektorielt samarbejde via forbedringsmetoden.	
170	Det udadvendte hospital	RH Randers	Identificere handlinger relateret til det udadvendte hospital. F.eks. hjælp af patienterne tidligere/i nærmiljøet, og ved at øge hospitalets tilgængelighed og digitale kommunikation med patienter.	Identifikation af handlinger forventes udført medio 2025
180	-	Præhospitalet i samarbejde med Aarhus Kommune	Et samarbejde mellem paramedicinerbilen i Aarhus og gadesygeplejerskerne, som sigter mod at nedbringe antallet af unødvendige indlæggelser blandt socialt udsatte.	-
181		Præhospitalet i samarbejde med Aarhus Kommune	Et samarbejde mellem kommunens akutteam og paramedicinerbilen. Akutsygeplejersken kan rekvirere paramedicinerbilen og bl.a. få bistand til anlæggelse af venekateter (PVK) og vurdering af en borgers tilstand pba. POCT-analyser og lægefaglig konference med AMK-læge mhp. at sikre den rette behandling.	-
182	-	Præhospitalet i samarbejde med RH Gødstrup + det kommunale akutteam i Ringkøbing-Skjern Kommune	Præhospitalet er i dialog med akutafdelingen på RH Gødstrup og det kommunale akutteam i Ringkøbing-Skjern kommune omkring en mulig ny prøvehandling vedr. IV-antibiotikabehandling og IV-væskebehandling i eget hjem. Paramedicinerbilen skal stå for opstarten af behandlingen, herunder 1. og 2. dosis, samt evt. opfølgende vurdering ved behov. Forskning & Udvikling er inviteret til at bidrage med forskning på dette initiativ.	-
183	-	Forskning og Udvikling, Præhospitalet	Forskning & Udvikling søger midler til at gennemføre et projekt, som har formål at forbedre den præhospitale indsats for borgere i sårbare og marginaliserede positioner, der kontakter Præhospitalet uden akut somatisk sygdom, samt for borgere med hyppig kontakt til Præhospitalet, hvor behovet fortrinsvis er af ikke akut somatisk karakter. Projektet undersøger effekten af en række initiativer i AMK som er målrettet behovene hos borgere i sårbare og marginaliserede positioner, herunder brug af video-baseret kommunikation. Derudover skal der i projektet udvikles en ny intervention, der støtter mennesker i sårbare og marginaliserede positioner, som kontakter Præhospitalet uden akutte somatisk behov.	
184	Ph.d.-projekter	Præhospitalet	<u>Ph.d.-projekt vedr. implementering af Early Warning Score og Clinical Frailty Score til skrøbelige ældre.</u> Projektet starter primo 2026. Titel: Who CARES2 study: Cost-effective and Appropriate Care by Age and Frailty adjusted Risk Stratification of Older Patients in the Emergency Medical Services Formål/Målgruppe/Indsatsen: At undersøge hvorvidt vi kan facilitere en hensigtsmæssig og værdibaseret akuthjælp til ældre patienter, som lever med skrø-	

			belighed, ved at implementere en multikomponent intervention og kombinere det med screeningsværktøjer, en aldersjusteret Early Warning Score samt en skrøbelighedsvurdering med Clinical Frailty Score. <u>Ph.d.-projekt om forbedring af beslutningen om indlæggelse eller om at lade patienter blive i eget hjem efter vurdering af Præhospitalets personale.</u> Projektet undersøger brugen af Point-of-Care Testning (POCT) og telemedicin til at levere realtidsdiagnostik og videokonsultationer mellem præhospitalet personale og vagtcen-trals-læger. Målet er at forbedre patientresultater, reducere unødvendige indlæggelser og optimere sundhedsressourcer gennem innovativ teknologi og effektiv kommunikation. Ph.d.-skole-indskrivning er tilbudt, men finansiering afventes.	
--	--	--	---	--