

Samarbejdsaftale om akutte og komplekse forløb i det nære sundhedsvæsen

Proces: Godkendt juni 2018

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
Akutte og komplekse forløb i det nære sundhedsvæsen		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

Indhold

1. Indledning	4
2. Den generelle forebyggelsesindsats	4
3. Kommunal akutsygepleje.....	6
4. Opfølgende indsatser efter forløb på hospital eller akutfunktion.....	10
5. Udgående funktioner i regionen.....	11
6. Specialistrådgivning i regionen	11
7. Kvalitetsopfølgning /Opfølgning på samarbejdsaftalen	11
8. Bilag	14

1. Indledning

Der er i 2016 og 2017 igangsat en række initiativer, som har betydning for rammerne for det tværsektorielle arbejde vedrørende patientforløbet på hospitalet og i det nære sundhedsvæsen, dvs. i kommunalt regi og i borgerens eget hjem. Dette drejer sig særligt om:

- Handlingsplan for den ældre medicinske patient (gældende for perioden 2016-2019), som gennem en række initiativer sætter rammen for arbejdet med den ældre medicinske patient
- Kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner, som fra primo 2018 stiller nye og skærpede krav til kommunernes tilbud på akutområdet, oprettelse af regionale udgående funktioner samt specialistrådgivning.
- De 8 nationale mål for sundhedsområdet, hvor der blandt andet er fokus på bedre sammenhængende patientforløb

De tværsektorielle indsatser beskrives i nærværende *Samarbejdsaftale om akutte komplekse patientforløb i det nære sundhedsvæsen*. Samarbejdsaftalen afløser den hidtidige "Sundhedsaftale om forløbskoordinering".

Formålet med aftalen er at medvirke til at klargøre rammerne for den koordinerende indsats i borgerens tværsektorielle forløb. Herudover skal aftalen understøtte en samarbejdsstruktur mellem hospitaler, almen praksis og kommuner, der bidrager til patientsikkerheden og kvaliteten i de akutte og komplekse patientforløb i det nære sundhedsvæsen. Samarbejdsaftalen dækker alle patientforløb for borgere på 18 år eller ældre. Der er dog et særligt fokus på ældre medicinske patienter, hvor også psykiatrisk sygdom kan vise sig som en komorbiditet. Aftalen inkluderer derfor både somatiske og psykiatriske sygdomme.

Aftalen skal medvirke til at opfylde mål fra den politiske sundhedsaftale om:

- At forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser
- At inddrage borgeren i sit eget forløb

Der er i regi af samarbejdsaftalen godkendt principper for samarbejdet med patientens team på tværs af sektorgrensene. Denne aftale hviler, som resten af regionens samarbejdssamtaler, på værdisættet i Patientens team. Principperne er således en underliggende præmis for nærværende aftale.

Samarbejdsaftalen om akutte og komplekse patientforløb i det nære sundhedsvæsen skal ses i sammenhæng til '*Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning*', som beskriver kommunikationen og samarbejdet i forbindelse med indlæggelse og ambulante besøg.

Samarbejdsaftalen er bygget op med udgangspunkt i patientforløbet:

- **Afsnit 2** beskriver forebyggelse og tidlig indsats i primærsektoren
- **Afsnit 3** beskriver forløbet i den kommunale akutfunktion efter henvisning fra almen praksis eller fra hospitalsafdeling
- **Afsnit 4** beskriver det opfølgende forløb efter afslutning af forløb i akutfunktion eller forløb på hospitalet
- **Afsnit 5** beskriver rammerne for specialistrådgivning i Region Nordjylland
- **Afsnit 6** beskriver rammerne for de udgående funktioner i Region Nordjylland
- **Afsnit 7** opfølgningsen på nærværende sundhedsaftale

2. Den generelle forebyggelsesindsats

Arbejdsdelingen på forebyggelsesområdet er fastsat i Sundhedsloven. Heri fremgår det, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem region og kommune.

Målet med forebyggelsesindsatsen er at give en understøttende indsats, der kan fremme en sund levevis og forebygge forværring/fremme forbedringer i borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau. Fra kommunal side kan dette ske gennem en tidlig opsporing og en tidlig indsats over for borgere, som vurderes at have behov for dette.

Et eksempel på dette er et *forebyggende hjemmebesøg* i kommunalt regi. Alle borgere, der er fyldt 75 år skal således tilbydes forebyggende hjemmebesøg jf. lov om social service § 79. Kommunerne skal tilbyde mindst et forebyggende hjemmebesøg inden for en 12 måneders periode til alle, der er fyldt 75 år. Herudover kan besøget tilbydes til borgere over 65 år, som vurderes at være særligt sårbare. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage borgere, der modtager både personlig og praktisk hjælp. Et forebyggende hjemmebesøg er et uopfordret, men ikke uanmeldt, besøg i eget hjem. Formålet med tilbud om forebyggende hjemmebesøg er at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder.

I de tilfælde, hvor almindelig vejledning ikke umiddelbart kan løse problemerne, er det vigtigt, at kommunen følger op. Dette kan eksempelvis ske efter der er konstateret behov for personlig og praktisk hjælp eller hjælpemidler. Kommunen kan efter aftale med borgeren også formidle kontakt til for eksempel den praktiserende læge.

Almen praksis spiller derfor også en vigtig rolle i relation til forebyggelsesopgaverne. Almen praksis har gennem den tætte kontakt til borgerne mulighed for at opspore eksempelvis livsstilssygdomme, og har mulighed for at henvise til kommunale tilbud, når det vurderes nødvendigt.

For de praktiserende læger er der mulighed for at gennemføre et *opsøgende hjemmebesøg* (ydelsesnummer 0121). Det opsøgende hjemmebesøg anvendes til:

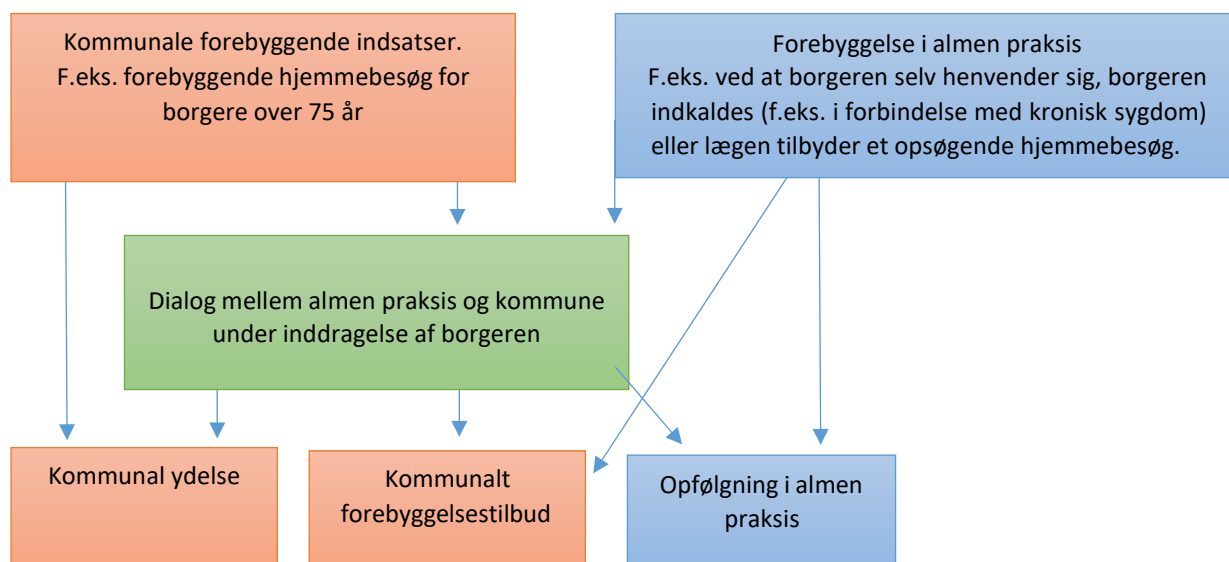
- at opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne
- at vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug
- at have kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde.

Forudsætninger for besøget er:

- at besøget er en samtale, ikke en kontrol
- afklarede gensidige forventninger til besøget
- respekt for den ældres uafhængighed og selvbestemmelse
- at samtalen er en aktuel status uden fokusering på et specifikt symptom eller lidelse

Ydelsen kan maksimalt udføres én gang årligt pr. patient, dog to gange for patienter med en demens diagnose.

Figur 1: Forløbskoordinering i den generelle forebyggelsesindsats



3. Kommunal akutsygepleje

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i foråret 2017 en række kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen.¹ Kvalitetsstandarderne har til hensigt at understøtte en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner samt at understøtte samarbejdet mellem kommune, region og almen praksis omkring henvisning til de kommunale akuttilbud.

Kommunerne i Region Nordjylland har primo 2018 implementeret de indholdsmæssige krav i kvalitetsstandarderne, og i nærværende aftale er omdrejningspunktet en afklaring i forhold til de elementer, hvor der er tværsektorielle snitflader.

De kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i de 11 kommuner. I alle kommuner er der etableret en udkørende funktion, der tilser borgere i deres eget hjem. Herudover er der enkelte kommuner, som har suppleret med stationære pladser. Der er i alle kommunerne sket en kompetenceudvikling af hjemmesygeplejen for at sikre de fornødne kompetencer til at efterleve kvalitetsstandarderne.

Der er i bilag A vedlagt en oversigt over de kommunale akutfunktioner med en beskrivelse af de enkelte kommuners organisering af tilbuddene.

3.1 Målgruppe og kapacitet

De kommunale akutfunktion er målrettet patienter med somatiske sygdomme, som ikke er indlæggelseskrævende, men som har behov for observation, behandling eller pleje, og som med fordel kan varetages via et sundhedstilbud tæt på patientens hverdag, familie og netværk. Akutfunktionen kan modtage patienter døgnet rundt i alle årets dage. De kommunale akutfunktioner kan, som det fremgår af kvalitetsstandarderne, varetage:

- *Lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for hospitalsindlæggelse*
- *Lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra hospital/akutmodtagelsen/skadestue fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen*
- *Patienter, henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale, med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.*

Den kommunale akutfunktion håndterer somatiske problemstillinger, men kan også behandle borgere med lette psykiatriske problemstillinger.

Den konkrete målgruppe kan ændres og udvikle sig over tid efterhånden som nye behandlingsformer og andre indsatser implementeres. Der er således behov for løbende at følge, og tilpasse den konkrete målgruppe for de kommunale akutfunktioner.

3.2 Indsatser i den kommunale akutfunktion

Der er i kvalitetsstandarderne fastsat en række opgaver, som alle akutfunktioner skal kunne varetage. Flere af de opgaver, som der henvises til i kvalitetsstandarderne, er almindelige sygeplejefaglige opgaver, som allerede udføres af hjemmesygeplejen, mens andre er af mere kompleks karakter. De nævnte opgaver i kvalitetsstandarderne er følgende:

Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder:

¹ Kvalitetsstandarderne kan læses her:

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/F69BEB14789842818FA1096DE20C19D9.ashx>

- *Observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet)*
- *Sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund*
- *Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.*

Instrumentelle indsatser, herunder:

- *Akutte bed-side blodprøver - kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal (I Region Nordjylland i form af CRP), blodsukker og blodprocent (se også bilag F)*
- *Subcutan og intramuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling*
- *Sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder (se også bilag D)*
- *Parenteral ernæring, herunder til- og frakobling samt forbindelsesskift ved intravenøse katetre (se også bilag E)*
- *Inhalationsbehandling*
- *Pasning af visse dræn (I Region Nordjylland sker dette efter konkret aftale)*
- *Kateteranlæggelse og -pleje (I Region Nordjylland sker dette efter konkret aftale)*
- *Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning*

Et centralt tilbud i relation til den kommunale akutfunktion er den "kommunale udgående funktion", som den praktiserende læge kan tilkalde med henblik på en akut sygeplejefaglig vurdering. Den kommunale udgående funktion er bemannet med en sygeplejerske, der er uddannet i akutte patientproblemstillinger, og den kan tilse borgeren i eget hjem hurtigt efter aftale. Det tilstræbes at dette sker inden for højst 1 time, hvis der er behov for det. Der arbejdes i de kommunale akutfunktioner efter ABCDE/ISBAR metoden, som er en systematisk tilgang til kritisk syge borgere med henblik på vurdering af patientens akutte helbredssituation.

Rammerne for flere af disse indsatser i akutfunktionen er beskrevet i Samarbejdsaftalens casekatalog samt i samarbejdsaftalerne vedr. sondeernæring, bed-side blodprøver og parenteral ernæring. Der henvises således til disse for nærmere beskrivelser af opgavefordelingen mellem sektorerne vedrørende de pågældende indsatser. Aftalerne indgår som bilag til aftalen, og kan i øvrigt findes på Samarbejdsaftalens hjemmeside.

Det vurderes, at det på et senere tidspunkt kan være nødvendigt at lave aftaler omkring dræn og katetre. For at afklare behovet for dette vil disse områder indgå i den opfølgning, der laves på aftalen, jf. afsnit 7. Der kan på et senere tidspunkt vise sig behov for at beskrive yderligere indsatser nærmere i casekataloget. Hvis dette er tilfældet, igangsættes en proces i forhold til opdatering af casekataloget.

For nogle kommuner kan der være ønske om at varetage opgaver ud over de obligatoriske opgaver, som fremgår af kvalitetsstandarderne. En eventuel opgaveflytning mellem aftaleparterne skal i sådanne tilfælde følge "Samarbejdsaftale om sikring af tværsektorielt koordineret opgaveflytning" med henblik på at indgåelse af supplerende aftaler.

Region Nordjylland står til rådighed med kompetenceudvikling, hvis der fra kommunal side vurderes at være et behov. Det kan eksempelvis være inden for pasning af dræn og kateteranlæggelse- og pleje.

3.3 Henvisning til akutfunktionen

Praktiserende læge, vagtlæge og hospital har sammen med kommunerne mulighed for at henvise til den kommunale akutfunktion, hvis patienten er i målgruppen, og hvis patienten vurderes at have behov for indsatserne i akutfunktionen. Det er kommunen, som visiterer til akutfunktionen, og det er kommunernes ansvar, at akutfunktionen kan modtage relevante patienter døgnet rundt, dog under hensyntagen til den eksisterende kapacitet.

Hvis praktiserende læge, vagtlæge eller hospital skønner, at det er hensigtsmæssigt at henvise til den kommunale akutfunktion, tages der telefonisk kontakt med akutfunktionen. Samtidig udformes en skriftlig henvisning

indeholdende en udrednings- og/eller behandlingsplan. På denne skal det tydeligt fremgå, hvem der er behandlingsansvarlig læge. Udrednings- eller behandlingsplanen skal foreligge senest et døgn efter henvisningstidspunktet, dog inden for to timer i almindelig dagtid.

Det er for arbejdet i de kommunale akutfunktioner vigtigt, at det relevante sundhedsfaglige personale har let telefonisk adgang til praktiserende læge, vagtlæge samt hospitalslæge. Der skal på den baggrund sikres et løbende opdateret overblik over de hotline numre, hvorpå praktiserende læger og vagtlæger hurtigt kan kontaktes. Listen fremsendes til kommunerne via Nordkap, og en gang årligt sikres det, at listen er opdateret. For patienter henvist fra hospitalet skal kontaktpunkt samt telefonnummer fremgå af korrespondancemeddelelsen til den kommunale akutfunktion. Dette nummer vil typisk være placeret hos en funktion som eksempelvis bagvagten.

Der eksisterer på nuværende tidspunkt nogle tekniske begrænsninger i det IT-system, der anvendes af vagtlægerne, og dette medfører, at det ikke er muligt for vagtlægerne at supplere en telefonisk henvisning med efterfølgende skriftlig henvisning. Der skal på baggrund af dialog med vagtlægerne arbejdes hen mod en løsning, som sikrer at vagtlægesystemet lever op til kravene i kvalitetsstandard. Region Nordjylland er ansvarlig for at initiere denne proces, når rammerne er til stede for dette. Ved henvisning fra hospitalslæge til den kommunale akutfunktion kan den skriftlige udrednings- og/eller behandlingsplan med fordel udgøres af en kopi af epikrisen, hvori det fremgår, at patienten henvises til indsats i akutfunktionen.

Når der udskrives til de kommunale akutfunktioner fra sygehus gælder de samme varslingsregler, som er beskrevet i Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning.

3.4 Overdragelse af behandlingsansvar

Det er afgørende for de kommunale akutfunktioner, at der til enhver tid er klarhed over det lægelige behandlingsansvar for de borgere, som henvises til funktionen.

Herunder beskrives, hvor behandlingsansvaret for patienter tilknyttet de kommunale akutfunktioner er placeret. Der skelnes mellem:

- Patienter henvist fra praktiserende læge eller vagtlæge
- Patienter henvist fra en afdeling på et af regionens hospitaler

Ovenstående har til formål at understøtte en koordineret overdragelse, hvor der sikres entydighed omkring ansvarsfordelingen. Dette sker ved at den modtagende læge får de nødvendige oplysninger for at kunne overtage behandlingsansvar, ligesom den kommunale akutfunktion altid har viden om, hvilken læge som har behandlingsansvaret for den enkelte patient.

Patienter henvist fra praktiserende læge og patienter henvist fra vagtlæge

For patienter henvist til de kommunale akutfunktion fra praktiserende læge forbliver behandlingsansvaret for patienten under forløbet hos den praktiserende læge i dagtid (fra kl. 8.00 til kl. 16.00) samt hos vagtlæge i vagttid. Vagtlægen fungerer i vagttiden rent teknisk som stedfortræder for den praktiserende læge, og ud over udarbejdelse af epikrise sker der ikke nogen yderligere overdragelse af behandlingsansvaret. Ved eksempelvis sygdom eller ferie hos den praktiserende læge vil det derfor være dennes vikar, der skal kontaktes.

Patienter henvist fra hospitalsafdeling

Når en patient henvises fra en hospitalsafdeling ligger behandlingsansvaret indledningsvist altid ved hospitalslægen indtil det kan overdrages til den praktiserende læge. Det kan lokalt på hospitalsafdelingerne aftales, at behandlingsansvaret i praksis ligger ved en funktion, fx bagvagten, hvilket sikrer mod manglende tilstedeværelse. Dette kan eksempelvis være tilfældet ved skiftende vagter. Det er dog vigtigt, at det for den kommunale akutfunktion

altid er entydigt, hvem på hospitalet, der har behandlingsansvaret, hvis dette ikke er overdraget. Det skal fremgå af korrespondancemeddelelsen.

Behandlingsansvaret overdrages som udgangspunkt fra hospitalslægen til egen læge i forbindelse med henvisning til akutfunktionen. Sker henvisningen uden for dagtimerne, sker overdragelsen den efterfølgende hverdag. Overdragelsen sker ved telefonisk kontakt til den praktiserende læge. Der er udarbejdet en liste over kontaktnumre til de praktiserende læger, som vedligeholdes af NordKap. Når den praktiserende læge telefonisk har accepteret at overtage behandlingsansvaret for den pågældende patient, sender hospitalslægen en korrespondancemeddelelse til den kommunale akutfunktion, hvori den videre behandlingsplan og navn på den behandlingsansvarlige læge fremgår.

Såfremt den praktiserende læge i forbindelse med telefonisk kontakt ikke ser sig fagligt i stand til at overtage behandlingsansvaret i forbindelse med henvisning til en kommunal akutfunktion, forbliver dette hos hospitalslægen. Der skal ved den telefoniske kontakt laves konkret aftale omkring patienten med henblik på at arbejde hen mod en overdragelse af behandlingsansvaret, herunder aftales tid for næste telefoniske kontakt.

Særligt omkring intravenøs behandling

Der er i nogle kommuner lavet supplerende aftaler omkring varetagelse af IV-behandling. Patienter henvist med intravenøs behandling påbegyndes som hovedregel i hospitalsregi. Fra hospitalet lægges der en plan for behandlingen, hvor det skal fremgå at det overordnede ansvar for IV-behandlingen forbliver hos hospitalslægen, også efter udskrivelse.

Særligt omkring fortsat ambulans forløb på hospitalet

For patienter, der fortsætter i ambulans forløb efter udskrivelse fra hospitalet, har hospitalslægen fortsat behandlingsansvaret for den sygdom/tilstand, patienten følges ambulans for, på samme måde som det i øvrigt gælder i sundhedsvæsenet.

Vikarer i almen praksis

Såfremt den praktiserende læge er fraværende på grund af eksempelvis sygdom, ferie eller uddannelse tages der kontakt til den praktiserende læges vikar. Hvis der er tale om en læge i kompagniskab, tages der kontakt til anden læge i kompagniskabet.

3.5 Udlevering af medicin

I henhold til den eksisterende lovgivning kan de kommunale akutfunktioner som udgangspunkt ikke opbevare medicin. Dette betyder, at en patient ved henvisning til en kommunal akutfunktion selv skal medbringe medicin enten fra apotek eller fra henvisende hospitalsafdeling. Hvis en patient henvises til en akutfunktion fra hospitalet sikres det, at den udleverede medicin dækker indtil patienten eller pårørende kan komme på apotek.

Der er 2018 kommet en ny apotekerlov, som medfører, at der ikke længere er døgnåbne apoteker i regionen. Det er i begrænset omfang muligt, at få ordineret medicin fra vagtlæge uden for apotekernes åbningstid. Udleveringen sker altid på akutmodtagelserne, og vil alene omfatte den mængde medicin, som er nødvendig for patienten, indtil patienten eller pårørende kan komme på apoteket og indløse recept den følgende dag. Det er et begrænset antal præparater, som kan udleveres. Der henvises altid til gældende PRI-dokument omkring, hvilke præparater, der kan udleveres samt proceduren for udlevering.

Udskrivende afdeling henstiller til, at patienten eller pårørende afhenter medicin i apotekernes åbningstid. Der er også mulighed for at lægen ordinerer taxaubringning mellem 19-24 på hverdage.

3.6 Afslutning af forløb i akutfunktionen

Akutfunktionen giver den praktiserende læge besked via en korrespondancemeddelelse, når indsatsen i akutfunktionen afsluttes. Når et forløb afsluttes i akutfunktionen overgår behandlingsansvaret for patienten automatisk til den praktiserende læge, dog med undtagelse af sygdomme, hvor patienten går i ambulans forløb på hospitalet, jf. ovenfor.

4. Opfølgende indsatser efter forløb på hospital eller akutfunktion

Når patienten afslutter et forløb på hospitalet eller i den kommunale akutfunktion er det vigtigt, at der sker en tæt koordinering mellem de relevante parter (region, kommune og/eller almen praksis) for at iværksætte eventuelle foranstaltninger over for patienten. I Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning er parternes aftaler omkring kommunikation i det samlede patientforløb beskrevet, og nedenstående skal derfor ses i sammenhæng til denne.

I forbindelse med afslutning af forløbet på hospitalet bør borgeren være informeret om, hvornår hjemme- og sygeplejen kommer på besøg første gang efter patientens hjemkomst. Hvis der er behov for kommunal tilstedeværelse ved patientens hjemkomst, laves der en særlig aftale om dette i forbindelse med, at patienten afslutter forløbet på hospitalet. Det er i den forbindelse vigtigt, at hospitalet informerer hjemkommune om det præcise tidspunkt for patientens hjemkomst.

For de særligt svækkede patienter er det vigtigt, at der etableres en opfølgende dialog mellem kommunen og almen praksis med det formål at koordinere en fælles plan for det videre forløb. Dette skal ske med henblik på blandt andet at sikres sammenhæng i indsatsen samt forebygge genindlæggelser.

Et vigtigt værktøj i denne sammenhæng er de *Opfølgende hjemmebesøg*. Som led i indsatsen efter udskrivning har regionen og/eller kommunen mulighed for at anbefale et opfølgende hjemmebesøg, hvor alment praktiserende læge og kommunal sygeplejerske besøger borger og evt. pårørende i borgerens eget hjem.

Formålet med det opfølgende hjemmebesøg er:

- At nedbringe antallet af tilbagefald og dermed genindlæggelser for borgere i Region Nordjylland.
- At vedligeholde eller øge borgernes funktionsniveau.
- At optimere medicinhåndtering i forbindelse med udskrivning af borgere.
- At sikre opfølgning på hospitalsbehandling.
- At sikre, at der bliver taget initiativ til de visiterede kommunale foranstaltninger.

Det er den praktiserende læge, der afgør, om besøget skal iværksættes.

Det er besluttet, at Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient i 2018 skal arbejde videre med organiseringen af de opfølgende hjemmebesøg med henblik på en styrket fremtidig model.

Figur 2: Forløbskoordinering efter udskrivelse fra hospital



5. Udgående funktioner i regionen

Der er i Region Nordjylland etableret en række udgående funktioner, som udreder, behandler og følger op på patienten i eget hjem. De udgående funktioner udfører hospitalsopgaver i borgerens eget hjem, og er derfor et alternativ til et ambulansbesøg eller en indlæggelse på et hospital. De udgående funktioner har forskellige målgrupper, og dækker både patienter med akutte problemstillinger og patienter med elektive problemstillinger.

For at sikre det bedst mulige forløb for patienterne følger Region Nordjylland løbende behovet for at oprette nye udgående funktioner. Det er ved etableringen af nye udgående funktioner vigtigt, at der sker en tværsektoriel drøftelse forud for etableringen. Dette sker for at undgå snitfladeproblematikker og for at sikre klarhed omkring eventuelt ændret ressourcetræk. Det er også væsentligt med fælles drøftelser om, hvordan samarbejdet mellem en udgående funktion og hjemmesygeplejen optimeres.

Gennem en drøftelse af snitflader sikres der klarhed omkring parternes opgaver i patientens hjem, hvorved der lettere kan ske en afstemning af parternes respektive opgaver i borgerens hjem. Drøftelsen i forbindelse med *etablering af udgående funktioner* sker i Strategisk Sundhedsforum og løbende en gang årligt i regi af Samarbejdsfora.

Når den konkrete funktion etableres skal "[Samarbejdsaftalen om sikring af tværsektoriel koordineret opgaveflytning](#)" anvendes, når det vurderes relevant.

Der er til nærværende Samarbejdsaftale lavet kortlægning af de udgående funktioner i Region Nordjylland. Bilaget beskriver de udgående funktioner, herunder deres funktioner, omfang og målgruppe. Kortlægningen er vedlagt, og kan ses i bilag B. Kortlægningen kan desuden findes på regionens hjemmeside, hvor den løbende opdateres ved ændringer.

6. Specialistrådgivning i regionen

En vigtig del af samarbejdet med primærsektoren er muligheden for specialistrådgivning. Med en formaliseret hospitalsbaseret specialistrådgivning er det muligt for primærsektoren at få råd og vejledning omkring både konkrete patientsager og omkring problemstillinger af mere generel karakter. Et eksempel på dette er regionens Psykiatriske Medicinrådgivning, som vejleder ikke-psykiatriske læger omkring brug af psykofarmaka. Hensigten er at understøtte det nære sundhedsvæsen i deres opgaveløsning og dermed sikre, at patienten, så vidt muligt, behandles i primærsektoren.

Der er som en del af Samarbejdsaftalen lavet en kortlægning af den formaliserede specialistrådgivning i regionen. I kortlægningen fremgår ud over indhold også hvilke dele af primærsektoren, der har mulighed for at benytte funktionen. Kortlægningen er vedlagt og kan ses i bilag C. Kortlægningen kan desuden findes på regionens hjemmeside, hvor løbende bliver opdateret.

7. Kvalitetsopfølgning /Opfølgning på samarbejdsaftalen

Implementeringen af samarbejdsaftalen skal sikres i et samarbejde mellem kommuner, almen praksis og hospitaler. Her skal løbende følges op på aftalens effekt og kvaliteten af de ydelser, som aftalen dækker. Det er de lokale samarbejdsfora, der har ansvar for at handle, hvis der i aftalen viser sig at være uhensigtsmæssigheder.

Opfølgningen på aftalen skal mindst ske en gang årligt i hospitalernes samarbejdsforum. Dermed sikres hensyntagen til de lokale forhold på de respektive hospitaler og de individuelle rammer for akutfunktionerne i de pågældende kommuner. Det anbefales, at arbejdet tilrettelægges så opfølgningen sker på samme tid og efter samme skabelon i alle samarbejdsfora. Det skal sikres, at PLO og NordKap inviteres til at deltage i denne drøftelse. På baggrund af drøftelserne i samarbejdsfora fremsendes en tilbagemelding og dataoversigt til Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient, som samler op på drøftelserne, og udarbejder en samlet orientering til Strategisk Sundhedsforum.

Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient fastsætter tidspunktet for drøftelsen, som følger årshjulet i Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient.

7.1 Audit på samarbejdsaftalen

Hvert andet år gennemføres en tværsektoriel journalaudit, med det formål at vurdere samarbejdsaftalens implementering i praksis og identificere eventuelle kvalitetsbrist. Der sker opfølgning på resultaterne af audit i samarbejdsfora, Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient og, hvis det skønnes nødvendigt, i Strategisk Sundhedsforum. Auditten gennemføres i et tværsektorielt samarbejde og den konkrete gennemførelse aftales nærmere; dog så vidt det er muligt på samme tidspunkt og efter samme skabelon i alle Samarbejdsfora. Første audit gennemføres i 2019.

Auditten skal som minimum afdække, i hvilken grad:

- Den skriftlige **henvisning** til akutfunktionen er rettidig og fyldestgørende, herunder om:
 - o Der er klar angivelse af behandlingsansvarlig læge
 - o Der er tydelige kontaktoplysninger til hospital (ved henvisning herfra)
- Det lægelige **behandlingsansvar** er overdraget i henhold til aftalen
- Den afsluttende **korrespondancemeddelelse** til almen praksis er rettidig og fyldestgørende
- Aftalen om **opfølgende hjemmebesøg** af anvendt relevant i henhold til aftalen

7.2 Indikatorer til opfølgning

Nedenfor er specificeret de områder af samarbejdsaftalen, der som minimum drøftes en gang årligt i de nedsatte samarbejdsfora på Aalborg UH og Regionshospital Nordjylland. Drøftelsen skal ske på baggrund af de nævnte indikatorer.

Det anbefales, at der ske en fælles drøftelse af registreringspraksis, så data bliver sammenlignelig på tværs af regionen.

1) Overordnet opfyldelse af målsætningen for samarbejdsaftalen

Indikator:

- Udviklingen i antal akutte genindlæggelser
- Udviklingen i antal forebyggelige indlæggelser

2) Målgrupper og kapacitet for den kommunale akutfunktion

Det er kommunernes ansvar at sikre, at de aftale målgrupper kan håndteres patientsikkert og at den nødvendige kapacitet er til rådighed i akutfunktionen. Kommunen skal sikre, at de kan tilse patienter døgnet rundt, dog under hensynstagen til, at der på tidspunkter kan være spidsbelastninger, hvor behovet kan overstige den eksisterende kapacitet. Den eventuelle beslutning om at justere målgruppe eller kapaciteten påhviler alene kommunen.

Indikatorer:

- Udviklingen i antal henvisninger til de kommunale akutfunktioner fra almen praksis/vagtlæge og hospital
- Udviklingen i antal akut udkørende besøg bestilt af almen praksis, vagtlæge eller hospital
- Udviklingen i antal borgere der modtager en indsats fra akutfunktionen

3) Målgruppe for og adgang til de regionale udgående funktioner

Det er regionens ansvar at vurdere og etablere udgående funktioner de steder, hvor det for patientforløbet vurderes at være det mest hensigtsmæssige for patientforløbet. En eventuel justering i de regionale udgående funktioner samt adgangen for kommuner og almen praksis påhviler alene regionen.

Indikatorer:

- Udviklingen i antal udkørende besøg pr. funktion

4) Målgruppe og adgang for specialist rådgivning

En eventuel justering i de rådgivende funktioner samt adgangen for kommuner og almen praksis påhviler alene regionen.

Indikator:

Der er ikke fastsat en indikator, men opfølgning indgår som en del af samarbejdsforas dialog

5) Gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg fra almen praksis samt kommuner/region

Indikator:

- Antal gennemførte hjemmebesøg i almen praksis

6) Effekt og kvalitet af samarbejdsaftalerne omkring sonde ernæring og parenteral ernæring.

Indikatorer på sonder:

- Antal borgere i kommunen med sondeernæring og ressourceforbrug vedr. opgaven (kommunernes data)

Indikatorer på parenteral ernæring

- Antal borgere henvist til behandling med parenteral ernæring i eget hjem (regionale data)
- Ordinerende hospitalsafdelinger (regionale data)
- Antal borgere med komplikationer (afgræsning aftales i Samarbejdsforum) (regionale data)
- Antal borgere i kommunen med parenteral ernæring og ressourceforbrug vedr. opgaven (kommunernes data)

7) Utilsigtede hændelser vedrørende det tværsektorielle samarbejde omkring akutte og komplekse forløb

8. Bilag

Bilag A: Oversigt over de kommunale akutfunktioner pr. 1. januar 2018

Bilag B: Udgående funktioner i Region Nordjylland

Bilag C: Kortlægning af specialistrådgivning i Region Nordjylland

Bilag D: Samarbejdsaftale vedr. Sondeernæring

Bilag E: Samarbejdsaftale vedr. parenteral ernæring

Bilag F: Samarbejdsaftale vedr. bedside-blodprøver

De nyeste udgaver af bilagene vil altid kunne findes på regionens hjemmeside omkring Sundhedsaftalen.

Bilag A - Oversigt over de kommunale akutfunktioner pr. 1. januar 2018

Note: Målgruppen for de kommunale akutfunktioner er defineret i *Kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner, 2017*, og er således ens for alle kommunale akuttilbud. Skemaet herunder beskriver derfor ikke målgruppe for de enkelte kommuners tilbud.

Kommune:	Organisering:	Kontakt:
Mariagerfjord	<p>Akutfunktionen i Mariagerfjord er organiseret som et team i sygeplejen. Teamet dækker hele døgnet alle ugens dage.</p> <p>Akutteamet består samlet af 8 sygeplejersker samt en lille gruppe faste afløsere.</p> <p>Der udover har akutfunktionstilbuddet 2 akutpladser, som akutfunktionens sygeplejersker varetager sygeplejen på.</p> <p>Akutfunktionen varetager også den komplekse sygeplejen på kommunes rehabiliterings pladser.</p> <p>Akutfunktionen bruges også af hjemmesygeplejen/ hjemmepleje/ plejecenter til sparring/ second opinion, inden akut læge / vagtlæge kontakt.</p>	<p>Den kommunale akutfunktion kan træffes døgnet rundt</p> <p>Tlf: 29 23 78 63</p>
Vesthimmerland	<p>Pt. er Vesthimmerlands kommune på sygeplejeområdet organiseret i en integreret hjemme-/sygeplejeordning, suppleret med centersygeplejersker på alle plejecentre.</p> <p>Der arbejdes pt. med oplæg til politisk behandling. Dels ift. etablering af akutpladser og dels ift. principper for den fremtidige organisering af sygeplejeområdet generelt.</p> <p>Alle sygeplejersker fungerer som akutsygeplejersker.</p>	<p>Al henvendelse kan ske gennem sygeplejens vagttelefon</p> <p>Tlf: 2075 3771</p>
Rebild	<p>Rebild kommune har organiseret deres tilbud som akutsygepleje (men ikke som et decideret akutteam).</p> <p>Rebild har ingen egentlige fysiske akutpladser, men har aflastningspladser og rehabiliteringspladser.</p> <p>Akut sygeplejen består af alle sygeplejersker i kommunen.</p> <p>Der tilbydes akut- og subakutsygepleje alle ugens dage, hele døgnet og hele året rundt.</p>	<p>Al henvendelse sker gennem sygeplejens vagttelefon, som er døgnåben og den besvares altid af en sygeplejerske.</p> <p>Tlf: 23385340</p>

Hjørring	<p>Hjørring har tidligere valgt at kompetenceudvikle alle deres sygeplejersker, der kører ude dag, aften og nat.</p> <p>Samtidigt har de faste sygeplejersker på deres ældrecentre i dagtimerne på hverdage, og de er kompetenceudviklet på lige fod.</p> <p>Hjørring har efter offentliggørelsen af Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner 2017 truffet beslutning om, at kommunen fastholder den nuværende organisering, og kompetenceudvikler alle sygeplejersker yderligere til de nye opgaver.</p>	<p>I dagtimerne på hverdage kontaktes akutfunktionen via de kendte tlf. numre.</p> <p>Uden for normal hverdags timer kontaktes akut sygeplejen</p> <p>Tlf.72 33 51 00</p>
Brønderslev	<p>Brønderslev Kommune har valgt at kompetenceudvikle alle kommunens hjemmesygeplejersker således, at de kan varetage de akutte funktioner.</p> <p>Kommunens akutfunktion er derfor tilrettelagt således, at alle hjemmesygeplejersker indgår i kommunens akutfunktion døgnet rundt.</p> <p>Kommunens centersygeplejersker er uddannet på lige fod med hjemmesygeplejerskerne i at kunne varetage de akutte funktioner.</p> <p>Der er centersygeplejersker til stede alle hver- og helligdage i dagtimerne på kommunens centre. På øvrige tidpunkter varetager Hjemmesygeplejen den akutte funktion på centrene.</p>	<p>Den kommunale akutfunktion kontaktes på kommunens ene indgang til Hjemmesygeplejen</p> <p>Tlf. 30188484</p>
Frederikshavn	<p>Alle kommunale sygeplejersker er akutsygeplejersker og alle deltager i kompetenceløft, der opdateres løbende i 2018.</p> <p>Derudover kan borgere med meget komplekse plejebehov eller forhold i eget hjem, der vanskeliggøre plejen, henvises til Pleje og rehabiliteringspladser på Kastanjegården, hvor der er sygeplejerskedækning 24 timer i døgnet.</p> <p>Pr. 01.01.2018 vil der være to udekørende natsygeplejersker, der dækker hele kommunens akutsygepleje.</p>	<p>Den kommunale akutsygepleje kontaktes</p> <p>Tlf: 98456565.</p>
Læsø	<p>Hjemmesygeplejen i Læsø Kommune består af en mindre personalegruppe, der dækker Læsø døgnet rundt, alle årets dage.</p> <p>Akutfunktionen er inkluderet i disse medarbejders arbejdsfunktioner.</p>	<p>Den kommunale akutfunktion træffes på vagttelefonen</p> <p>Tlf: 30367426</p>

	<p>Grundet Læsøs geografiske placering er samarbejdet mellem kommune, regionsklinik og Falck altafgørende.</p> <p>På plejehjemmet findes akutstue, hvor sygeplejen, i tæt samarbejde med regionsklinik og Falck, behandler akutte patienter. Patienter kan desuden overflyttes med helikopter efter lægens vurdering.</p>	
Aalborg	<p>Aalborg Kommunes akutfunktion består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akuttilbud Aalborg, hvor der er 23 akutpladser, der er døgnbemandet med sygeplejersker og social – og sundhedsassistenter. • Sygeplejens tilbud om akut udekørende besøg rekvireret af samarbejdsparter, egen læge eller vagtlæge. <p>I Aalborg kommune er alle sygeplejersker uddannet i akut sygepleje og arbejder alle med TOBS og TOBS handlingsalgoritme.</p> <p>Besøget påbegyndes indenfor 1 time, hvis det er læge, som rekvirerer.</p>	<p>Rekvirering af akut udekørende besøg sker via Aalborg Kommunes akuttelefon</p> <p>Tlf: 99316921</p> <p>Henvendelse om en indlæggelse på akutplads, skal ske direkte til Akuttilbud Aalborg direkte</p> <p>Tlf: 99316923</p>
Jammerbugt	<p>Akutfunktionen i Jammerbugt Kommune har siden efteråret 2014 været varetaget af 1 sygeplejerske 24 timer i døgnet.</p> <p>Primo 2017 forventer vi at etablere akutfunktionen i dagtimerne opdelt i kommunens 3 sygeplejeteams, således at der vil være 3 sygeplejersker om dagen, som varetager funktionen, 2 sygeplejersker varetager funktionen om aftenen og 1 sygeplejerske om natten.</p> <p>Akutfunktionstilbuddet består supplerende af 2 pladser, beliggende på Pandrup plejecenter, som akutfunktionens sygeplejersker kan disponere over.</p>	<p>Den kommunale akutfunktion træffes hele døgnet. Kontaktnummer må kun anvendes af læger til opkald målrettet akutfunktionen. (Kommunale aktører samt private aktører i Jammerbugt kommune har et internt tlf. nr. til akutfunktionen).</p> <p>Tlf. 4191 1500.</p>
Morsø	<p>Morsø Kommune har etableret en Akutfunktion bestående af et udekørende akutteam og akutsygeplejersker på Morsø Afklaringscenter.</p> <p>Akutfunktionen kan træffes alle ugens dage og døgnet rundt.</p> <p>Akutfunktionen varetager de opgaver, der er beskrevet i den "Nationale kvalitetsstandard for Kommunale Akutfunktioner i Hjemmesygeplejen".</p>	<p>Akutfunktionen kontaktes hele døgnet</p> <p>Tlf: 29 44 95 90</p>
Thisted	<p>Akutfunktionen i Thisted Kommune er en mindre specialenhed med 14 sygeplejersker som</p>	<p>Akutfunktionen kontaktes hele døgnet</p>

	<p>udelukkende varetager de akutte opgaver. Akutfunktionen er fysisk placeret på plejecentret Kristianslyst i Thisted by, som er centralt i forhold til kommunens geografi.</p> <p>Akutfunktionen dækker hele kommunen i døgnet 24 timer. Kapaciteten er en rute samt 4 akutpladser, som der kan visiteres til hele døgnet. I tilknytning til de 4 akutpladser er der 16 midlertidige pladser, hvor der er assistenter og sygeplejersker i vagt.</p>	Tlf: 99173957.
--	--	----------------

Bilag B

(Udgående funktioner)

Hvor intet andet fremgår dækker den udgående funktion hospitalets optageområde

Udgående funktioner – Aalborg Universitetshospital, Aalborg

	MRSA-team
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske • Sekretær
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Vejledning • Behandling
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med MRSA positive prøvesvar. • Personer med behov for indlæggelse/operation ved MRSA positive bærere
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Visitationen sker ved prøverekvirent.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Samarbejdsaftale i form af forløbsbeskrivelse med PLO, samt MRSA enhedens kommissorium.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Nej, ikke alle, dem der dagligt bliver eksponeret for MRSA tilbydes ikke behandling. Kun særlige omstændigheder, eller patienter der ikke er i stand til at komme i ambulatorium modtager besøg i hjemmet.

	Primærteam
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske med specialerfaring
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Undervisning af personale i kommunerne
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale medarbejdere, der passer borgere med infektionshygiejniske problemstillinger fx smitsom sygdom
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	-
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	<p>Der arbejdes efter sundhedsaftalen 2015-18 om infektionshygiejnisk bistand i kommunen, samt hygiejnepakken fra Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Alle kommunerne har udarbejdet hygiejnepolitik hvor Infektionshygiejnen i kommunen er klart beskrevet.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	-

Palliativt team - Aalborg UH	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske • Sekretær • Socialrådgiver • Præst • Psykolog • Fysioterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Yde en maksimal betingelsesløs total omsorg for den terminalt syge og døende patient samt dennes pårørende • Optimal symptomlindring gennem en fysisk, psykosocial og eksistentiel/åndelig omsorg. • Øge bevågenheden for patienternes behov og samtidig gøre opmærksom på de muligheder der er for palliation
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med en livstruende sygdom, hvor der er komplekse symptomer af fysisk, psykisk, social og /eller eksistentiel art, som kræver tværfaglig indsats og som ikke kan håndteres på basisniveau – i forhold til palliation
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Teamets læger er ansvarlige for at visitere til behandlingen.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Der er ikke konkrete samarbejdsaftaler. I realiteten overtager teamet mange af egen læges opgaver, fordi teamet er nemmere at kontakte, og patienterne har brug for én ankerperson.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	-

Hjemme Hæmo-dialyse	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Oplæring • Vejledning af patient og pårørende – inkl. hjemmepleje
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Det er teamet selv, der sørger for visitationen.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Der foreligger klare aftaler team og afdeling imellem.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	-

Hjemme P-dialyse	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Oplæring • Vejledning af patient og pårørende – inkl. hjemmepleje
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Det er teamet selv, der sørger for visitationen.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Der foreligger en nedskrevet samarbejdsaftale med kommunerne.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Ja, alle patienter der falder indenfor målgruppen tilbydes behandling i teamet.

	Hjertesvigtsambulatoriet
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overdragelse af komplekse patientforløb fra ambulante pleje/behandling til pleje/behandling i primærsektor
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter der har haft et længere forløb i hjerteinsufficiensklinikken. • Patienter med symptomer kan håndteres ambulant, men har behov for øget opmærksomhed for at undgå genindlæggelse.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Visitation til teamet foretages af hjertesvigtssygeplejersken i samarbejde med læge.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Der er en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem aktørerne. Der tages kontakt fra hjertesvigtsambulatoriet til hjemmesygeplejen og v.h.a. aftalen "Den gode overgang" laves der en aftale mellem alle parter: Hjertesvigts ambulatoriet, hjemmesygeplejen og almen praksis.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Nej, ikke alle patienter der falder indenfor målgruppen tilbydes behandling i teamet.

	TPN- team
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Diætist • Sygeplejerske • Sekretær
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Udgående funktionen til kortarmspatienter som udskrives til væske og/eller ernæringsterapi. • Hjemmebesøg for at sikre, at de remedier som leveres til borgeren opbevares korrekt og for at sikre at patientens behandling varetages sufficient vis.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	-
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Gastromedicinsk speciale (9Ø) visiterer til teamet.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Der foreligger en klar fordeling. Endvidere, hvis hjemmesygeplejerske er tilknyttet patient/borger koordineres besøget, så de også kan deltage.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Ja, alle nyopstartede får tilbudt behandling i teamet. Øvrige patienter tilbydes efter behov.

Det Udgående Apopleksiteam (regionsdækkende)	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske • Ergoterapeut • Fysioterapeut • Sekretær • Neuropsykolog • Talepædagog ved behov
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Følger patienten fra hospital til hjem • Færdiggør udredningen direkte i hjemmet • Vurderer patientens behov for rehabilitering hjemme hos patienten selv. • Har mulighed for at arrangere ambulansetilbagekørsel til hospitalet • Arrangerer opfølgning med patienten • Fokus på information og videndeling til andre aktører, fx kommunen.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med lettere apopleksi, hvor den videre udredning med fordel kan foregå i patientens eget hjem. • Patienter, hvor det er usikkert, om udskrivelse til eget hjem er forsvarligt, eller patienten i stedet skal overflyttes til hovedfunktionsniveau. • Den demente patient/plejehjemsbeboer, hvor der er behov for rehabilitering, men hvor dette varetages bedst i de vante omgivelser. • Patienter med påvist apopleksi, hvor der ikke findes vanskeligheder under indlæggelsen. • Teamet kan overtage behandling og vurdering af en patient, mens patienten er indlagt på Apopleksiafsnittet, eller de kan overtage ved udskrivelse.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Neurologen vurderer, hvorvidt det er relevant at inddrage indlagte patienter på AUH med apopleksi til Apoteam.</p> <p>Hvis det senere bliver aktuelt med tilknytning til Apoteam eller regional rehabilitering, kan lægen på stamafdelingen lave en henvisning til RVN.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	-
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Nej, der vil fortsat være flere patienter som udskrives med genoptræningsplan, uden at de tilknyttes Apoteam.

Udgående funktioner – Aalborg Universitetshospital, Thisted

	Hjemmefødsel
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Jordemødre
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Hjælp til hjemmefødsel og observation efter fødsel.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Gravide, der ønsker hjemmefødsel og opfylder kriterierne for dette.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Jordemødre under konsultation og evt. efter rådgivning ved læge.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Samarbejdsaftaler, PRI dokumenter.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Alle patienter, der opfylder kriterier for hjemmefødsel.

	Ilt og lungesygeplejerske
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejersker med specialeerfaring. • Overlæge
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Iltkontroller • Årskontroller af KOL patienter • Opfølgning på indlæggelsesforløb • Instruks af nye iltbrugere • Akutfunktion – besøg hos akut dårlige lungepatienter.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med lungesygdomme og iltbrugere.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Tilknyttet overlæge Stuegangslæger i medicinsk afsnit, Thisted
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Nedskrevne definerede aftaler og beskrivelse af funktionen. PRI dokumenter.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Alle patienter, der falder indenfor målgruppen tilbydes hjemmebehandling eller iltbesøg.

Palliativt team	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske med specialuddannelse • Fysioterapeut • Præst • Socialrådgiver • Sekretær
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Visitation • Hjemmebesøg • Opfølgning • Registrering • Undervisning af primær sektor.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Gældende og aftalte visitationsregler
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Teamets læge efter henvisning fra egen læge, Onkologisk Afsnit, andre sygehuse.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen, stamafdeling på hospitalet? (Kort beskrivelse af om der f.eks. er konkrete samarbejdsaftaler mv.)	Der foreligger PRI dokumenter.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier, tilbudt behandling af det udgående team?	Alle patienter, der falder indenfor målgruppen efter visitation af teamet.

Udgående funktioner - Regionshospital Nordjylland

	Ældre medicinsk akutteam
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Speciallæge i geriatri • Sygeplejerske med kompetencer indenfor geriatri
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af patienter med akutte geriatriske problemstillinger • Stillingtagen til det videre patientforløb <ul style="list-style-type: none"> • SammeDagsUdredning • Indlæggelse • Ambulant opfølgning
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen er den ældre medicinske patient der akut har behov for vurdering af nyopståede eller kroniske medicinske tilstande. • Den ældre medicinske patient er kendetegnet ved multimorbiditet og polyfarmaci samt fysiske- og/eller psykiske funktions tab. Desuden kan patienten have sociale- og ernæringsmæssige problemstillinger.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Teamet visiterer efter kontakt med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutmodtagelsen • Almen praksis • Hospitalsafdelinger
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Ingen konkrete samarbejdsaftaler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læge har tilset og vurderet patienten • Kommunale samarbejdspartner deltager efter aftale og ved behov
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Med udgangspunkt i en individuel vurdering og geografiske forhold tages der stilling til behov for udgående hjemmebesøg eller videokonsultation.</p>

	Ældre medicinsk ambulatorium
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Speciallæge i geriatri • Sygeplejerske med kompetencer indenfor geriatri
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af patienter med akutte geriatriske problemstillinger • Stillingtagen til det videre patientforløb <ul style="list-style-type: none"> • SammeDagsUdredning • Indlæggelse • Ambulant opfølgning
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen er den ældre medicinske patient der har behov for vurdering af nyopståede eller kroniske medicinske tilstande. • Den ældre medicinske patient er kendetegnet ved multimorbiditet og polyfarmaci samt fysiske- og/eller psykiske funktions tab. Desuden kan patienten have sociale- og ernæringsmæssige problemstillinger.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Special læge visitere efter: <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk henvisning fra almen praksis • Telefonisk kontakt med almen praksis • Hospitalsafdelinger
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	I henhold til Sundhedsaftalen <ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læge har tilset og vurderet patienten • Kommunale samarbejdspartner deltager efter aftale og ved behov
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	Med udgangspunkt i en individuel vurdering og geografiske forhold tages der stilling til behov for udgående hjemmebesøg eller videokonsultation.

	Palliativt team
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske • Sekretær • Socialrådgiver • Fysioterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre en helhedsorienteret om- sorg for den terminalt syge og døende patient samt dennes pårørende og iværksætte støttende tiltage/behandling. • Sikre en optimal symptomlindring gennem en fysisk, psykosocial og eksistentiel/åndelig om- sorg. • Øge bevågenheden for patienternes behov og samtidig gøre opmærk- som på de muligheder der er for palliation
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med en livs- truende sygdom, hvor der er komplekse symptomer af fysisk, psykisk, social og /eller eksistentiel art, som kræver tværfaglig ind- sat og som ikke kan håndteres på basis niveau – i forhold til palliation
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Teamets læger visiterer efter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk henvisning fra almen praksis • Telefonisk kontakt med almen praksis • Hospitalsafdelinger
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der foreligger ingen formel samarbejdsaftale.</p> <p>Teamet har en rådgivende/udførende konsulentrolle og samarbejder med almen praksis, kommunal visitation og – sygepleje, samt hospitalsafdelinger (patientens team)</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Patienter der opfylder kriterierne for palliativ indsats får tilbudt besøg/behandling af teamet.</p>

	Hjertesvigtsambulatorium
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Læge • Sygeplejerske
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overdragelse af komplekse patientforløb fra behandling til pleje/behandling i primærsektor • Opsporer særligt udsatte patienter og tilrettelægge individuelle tilbud, således at patienten får det bedst mulige udbytte. • Samarbejde med hjertemedicinsk rehabiliterings koordinator og primærsektor, sikre god rehabilitering og sammenhængende patientforløb, der tager afsæt i den enkeltes behov.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter der har et komplekst forløb i hjertemedicinsk afsnit og hvor det vurderes at være en fordel for patienten, dennes pårørende og/eller behandlingen. • Terminale hjertesvigts patienter, hvor der er en psykisk eller lindrende fordel i patientens terminale fase, at der er specialist kompetencer der bistår • Patienter med symptomer kan håndteres i eget hjem, hvor det vurderes at være en fordel.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Teamet (sygeplejerske og/eller læge) visiterer efter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk henvisning fra almen praksis • Telefonisk kontakt med almen praksis • Hospitalsafdelinger
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der er en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem aktørerne. Der tages kontakt fra hjertesvigtsambulatoriet til rehabiliteringskoordinator på sundhedscenter og/eller hjemmesygeplejen, og med udgangspunkt i patientens behov laves der aftaler</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Ikke alle patienter der falder indenfor målgruppen tilbydes behandling i teamet, og der tilbydes behandling til patienter der står udenfor målgruppen</p>

Udgående funktioner – Psykiatrien Nordjylland

	Opsøgende psykoseteam Nord
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Lægeseekretær • Sygeplejerske med specialfunktion • Socialrådgiver • Social- og sundhedsassistent
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandlingen i opsøgende psykoseteam vil typisk bestå af ét eller flere af følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtaler • Medicinsk behandling • Psykoterapi • Undervisning i psykisk sygdom (psykoedukation) • Vejledning om sund livsstil og forebyggelse • Koordinering med kommune, Kriminalforsorg, praktiserende læge og andre samarbejdspartnere • Støtte patienten til kontakt med omgivelserne herunder pårørende, somatisk sygehus m.m. • Case Manager
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for Opsøgende Psykoseteam er svært psykisk syge patienter med varige sinds sygdomme inden for diagnoserne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F20 (Skizofreni) • F22 (Paranoid psykose) • F25 (Skizoaffektiv psykose) • F31 (Bipolar affektiv sindslidelse) <p>Endvidere skal patienten opfylde mindst ét af følgende krav for at være i målgruppen for Opsøgende Psykoseteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindst fire indlæggelser eller 50 indlæggelsesdage inden for de seneste to år. • Bidiagnose indenfor F10 – F19 (Misbrug) • Bidiagnose Z04.6 (Retspsykiatrisk foranstaltning)
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Teamets overlæge i samarbejde med teamet. Der foreligger klare visitationskriterier.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	Der er ikke specifikke samarbejdsaftaler men en klar opgave- og ansvarsfordeling.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	Der er i perioder venteliste, men ellers gør de.

	Opsøgende psykoseteam Thy/Mors
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Lægeseekretær • Psykolog • Sygeplejerske med specialfunktion
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandlingen i opsøgende psykoseteam vil typisk bestå af ét eller flere af følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtaler • Medicinsk behandling • Gruppebehandling • Psykoterapi • Undervisning i psykisk sygdom (psykoedukation) • Vejledning om sund livsstil og forebyggelse
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for Opsøgende Psykoseteam er svært psykisk syge patienter med varige sindssygdomme inden for diagnoserne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F20 (Skizofreni) • F22 (Paranoid psykose) • F25 (Skizoaffektiv psykose) • F31 (Bipolar affektiv sindslidelse) <p>Endvidere skal patienten opfylde mindst ét af følgende krav for at være i målgruppen for Opsøgende Psykoseteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindst fire indlæggelser eller 50 indlæggelsesdage inden for de seneste to år. • Bidiagnose indenfor F10 – F19 (Misbrug) • Bidiagnose Z04.6 (Retspsykiatrisk foranstaltning)
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Patienter fra Psykoseteamet visiteres til behandling i OPT Thy-Mors. Det forgår på et fælles teammøde mellem OPT og Psykoseteamet.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der er meget klare opgave- og ansvarsfordeling. OPT tager sig af den psykiatriske behandling hos patienterne i eget hjem, og det aftales i hvert enkelt patientforløb, hvis der er særlige forhold. Der er et meget godt samarbejde.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Nej. Dette skyldes, at der kun er to sygeplejersker i OPT. Der er en venteliste på mellem 15-20 patienter, og disse patienter er tilknyttet Psykoseteamet.</p>

	OPUS (Ambulatorium for Unge med Skizofreni)
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Lægeseekretær • Psykolog • Sygeplejerske • Socialrådgiver • Fysioterapeut • Ergoterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandling i OPUS er et 2-årigt forløb, som bl.a. består af ét eller flere af følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtaler • Hjælp til en samlet indsats i forhold til individuelle behov • Medicinsk behandling og lægelig vurdering • Gruppebehandling • Undervisning i psykisk sygdom (psykoedukation) • Vejledning om sund livsstil og forebyggelse • Psykologisk udredning • Ergoterapeutisk vurdering • Vurdering af socialt støttebehov ved socialrådgiver
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for OPUS er patienter i alderen 18-35 år, der har en skizofreni-diagnose.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F20 (Skizofreni) <p>Endvidere er der følgende krav for at være i målgruppen for OPUS: Højest have været i behandling med antipsykotisk medicin i tre måneder</p>
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Central visitation videresender henvisninger fra egen læge. Derudover andre ambulatorier i psykiatrien samt sengeafsnit.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	Der er et tæt samarbejde med primærsektoren ift. hovedparten af patienterne inden for målgruppen samt kontakt med praktiserende læge, når det skønnes relevant, f.eks. i forbindelse med koordineringsaftaler ved udskrivning.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	Ja, alle patienter i målgruppen bliver tilbudt behandling.

	Opsøgende psykoseteam i retspsykiatrien
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Lægeseekretær • Ambulant sygeplejerske • Socialrådgiver
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandlingen i opsøgende psykoseteam vil typisk bestå af ét eller flere af følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtaler • Hjemmebesøg • Supervision/vejledning vedrørende retspsykiatrisk afdelings retslige patienter til boformer/institutioner • Støtte ved kontakt til sociale myndigheder • Samarbejde med kriminalforsorgen, sociale myndigheder, praktiserende læger og patientens netværk • Støtte ved evt. overgang til andre behandlere i psykiatrien ved afslutning af dom
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for det opsøgende retslige team er en udvalgt gruppe af patienter inden for retspsykiatrisk afdeling E's ambulatoriums målgruppe. Det vil som udgangspunkt være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke-institutionsanbragte retslige patienter (som, pga. at de netop ikke har personaledekning, har behov for hyppigere kontakt). • Misbrugende patienter, der i den retslige ramme både kan have behov for mere støtte og mere opsyn/kontrol • Patienter med risiko for medicinsvigt • Patienter med behov for særlig støtte ved kontakter til det øvrige netværk omkring patienten, f.eks. sociale myndigheder, tandlæge, bank, m.fl.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Ledende overlæge har den endelige visitationsret til teamet, men sædvanligvis sker visitationen ud fra en fælles drøftelse/vurdering i teamet omkring den konkrete patient.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der er ikke etableret samarbejdsaftaler, men den psykiatriske særforanstaltning definerer i vid udstrækning opgaver og ansvarsfordeling.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Det opsøgende team er dimensioneret efter at skulle varetage ca. 20 patientforløb ad gangen, og udvælgelsen af patienterne til den opsøgende funktion sker ud fra de beskrevne kriterier, kombineret med en global vurdering af, hvilke af patienterne, som allerede er i ambulatoriet, der har størst støttebehov.</p> <p>Det vurderes, at det hidtil har haft tilstrækkelig kapacitet i kraft af et mål om ca. 20 patientforløb.</p>

	Opsøgende psykoseteam Syd
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Psykolog • Lægeseekretær • Ambulante sygeplejersker • Socialrådgiver • Fysioterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandlingen i opsøgende psykoseteam vil typisk bestå af ét eller flere af følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtaler • Medicinsk behandling • Gruppebehandling • Psykoterapi • Undervisning i psykisk sygdom (psykoedukation) • Vejledning om sund livsstil og forebyggelse
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for Opsøgende Psykoseteam er svært psykisk syge patienter med varige sindssygdomme inden for diagnoserne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F20 (Skizofreni) • F22 (Paranoid psykose) • F25 (Skizoaffektiv psykose) • F31 (Bipolar affektiv sindslidelse) <p>Endvidere skal patienten opfylde mindst ét af følgende krav for at være i målgruppen for Opsøgende Psykoseteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindst fire indlæggelser eller 50 indlæggelsesdage inden for de seneste to år. • Bidiagnose indenfor F10 – F19 (Misbrug) • Bidiagnose Z04.6 (Retspsykiatrisk foranstaltning)
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Teamets overlæge i samarbejde med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter – ofte i forbindelse med behandlingskonference.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>I konkrete patientsager er der lavet aftaler mellem bostøtte, hjemmesygeplejerske, OPT og evt. praktiserende læge. Opgave- og ansvarsfordelingen beskrives detaljeret i udskrivningsaftaler/ koordinationsplaner, særligt ved de mest komplekse patienter.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Nej, der er ikke ressourcer nok (pladser) i teamet.</p>

	Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Psykolog • Lægeseekretær • Sygeplejerske • Socialrådgiver
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandlingen i ambulatorium for rusmiddelpsykiatri vil typisk bestå af ét eller flere af følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutiske samtaler • Motiverende samtaler • Medicinsk behandling • Medicinsk behandling af misbrug • Samarbejde med det samlede professionelle netværk • Undervisning om psykisk sygdom og misbrug (psykoedukation)
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for ambulatoriet er personer, der har en af følgende lidelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alvorlig psykisk sygdom kombineret med et omfattende forbrug af rusmidler. • Alvorlig personlighedsforstyrrelse præget af dårlig social integration kombineret med et omfattende forbrug af rusmidler.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Teamets overlæge i samarbejde med sygeplejersker – ofte i forbindelse med behandlingskonference.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	Der er ingen nedskrevne samarbejdsaftaler, men der er tæt samarbejde med primærsektoren.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	Nej, der er ikke ressourcer nok (pladser) i teamet.

	Mobilteamet i Thisted
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Socialrådgiver • Sygeplejerske med specialfunktion • Sekretær
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Mobilteamet har bl.a. følgende opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undersøge patientens erfaringer med situationer, som ligner den aktuelle • Analysere situationen i forhold til ressourcerne og herudfra foretage en faglig vurdering af den samlede situation i hjemmet og af den nødvendige indsats • Formidle og støtte dialog om situationen i hjemmet mellem personen med psykiske problemer og netværket • Støtte den medicinske behandling efter gældende ordination • Formidle kontakt til læge, kommune eller andre foranstaltninger • Give oplysninger om andre relevante tilbud
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for mobilteamets indsats er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter fra Thisted og Morsø Kommuner • Mellem 18 – 75 år • Har psykiske problemer, hvortil der er et behov for en hurtig og særligt intensiv indsats i en kortere periode • Patienter der er indskrevet til ambulante behandling i Thy/Mors <p>Målgruppen omfatter ikke:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med demens • Patienter med overskyggende misbrugsproblematik
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Visitationen foretages af de psykiatriske speciallæger i Psykiatrien i Thy-Mors.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der er ingen nedskrevne samarbejdsaftaler, men der er tæt samarbejde med primærsektoren.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Ja. Alle patienter som visiteres til mobilteamet får tilbudt behandlingen - både patienter fra N8, ambulatoriet og fra afdelinger i Klinik Psykiatri Nord.</p>

Mobilteam, Frederikshavn	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske • Speciallæge • Socialrådgiver • Fysioterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Behandlingen i mobilteam består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut vurdering og behandling • Overtagelse af behandlingen, når der skønnes behov for en særlig akut indsats ved forvarsel om forværring af tilstanden • En individuelt tilrettelagt indsats ud fra patientens behov, herunder støtte patienten i fastholdelse af behandlingen • Behovsorienteret kontakt med patienten • Deltager i afklaring af, hvilke behandlingstilbud og sociale tilbud, der er de rette for patienten, når patienten afsluttes • Arbejder aktivt med at etablere, inddrage og udvikle patientens netværk • Arbejder målrettet med rehabilitering i patientens eget hjem
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Projektets målgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter med en almenvoksenpsykiatrisk problemstilling • Patienter, der er stabiliseret under indlæggelse og vurderes at profitere af en intensiveret ambulante indsats for at hindre, at der opstår akutte situationer og sygdomsforværring. • Patienter med behov for opfølgning som følge af øget suidalrisiko • Patienter i ambulante gruppeforløb i N7, hvor der opstår en akut sygdomsforværring der kan medføre genindlæggelse <p>Det skal kunne afklares inden for ca. 4 uger, hvilken fortsat hjælp patienten skal modtage efter udskrivning/endelig udslusning.</p>
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Visitationen til akutteamet foretages af psykiatrisk speciallæge.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der er indgået en samarbejdsaftale mellem det ambulante akutteam i N7, Frederikshavn og Frederikshavn Kommune.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Alle patienter, som falder inden for de specifikke visitationskriterier får tilbud om at modtage en udgående akut/ subakut ambulante indsats i det ambulante akutteam i en midlertidig periode på op til 30 dage.</p>

	Mobilteam i N3
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske • Social- og sundhedsassistent • Speciallæge • Socialrådgiver • Fysioterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>I mobilteamet udføres følgende opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observere, identificere og handle professionelt på tilstande ved affektive, psykiatriske og somatiske tilstande • Indgå i sundhedsfremmende, forebyggende, rehabiliterende, behandlende og lindrende opgaver • Arbejdet med at sikre overgange og koordinering af opgaver <p>Direkte patientrelaterede opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltage i udskrivelsessamtaler, lægesamtaler, planlægningsmøde • Opsøge patienten i eget hjem • Observere effekt af den medicinske behandling • Anvende allerede under indlæggelsen introducerede kognitive metoder i sygeplejen • Afholde ambulante samtaler både på afsnittet og i eget hjem • Udarbejde kriseplaner, behandlingsmål og epikriser • I samarbejde med patient og pårørende afdække og udvikle netværket • Henvise patienten og pårørende til psykoedukation.
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen er patienter som hører til sengeafsnit N3's målgruppe (affektive lidelser), som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved en klinisk vurdering skønnes til at kunne profitere af en ambulant opfølgning af mobilteamet mhp. at styrke og vedligeholde patientens færdigheder samt sikre kontinuitet i patientforløbet.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Visitationen til mobilteamet foretages af psykiatrisk speciallæge.</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Der er ingen nedskrevne samarbejdsaftaler, men der er tæt samarbejde med primærsektoren.</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Alle patienter som falder inden for målgruppen får tilbud om at modtage en ambulant indsats fra mobilteamet i en midlertidig periode på op til 30 dage.</p>

	Mobilteam i N2
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerske • Social- og sundhedsassistent • Speciallæge • Socialrådgiver • Fysioterapeut
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Mobilteamet har bl.a. følgende opgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relation skabende med hensyntagen til patientens psykiatrisk lidelse • Udarbejde kriseplan, behandlingsmål for tilknytningsperioden samt epikriser • Støtte og styrke patientens mestringsstrategier i at genetablere daglig struktur i hjemmet efter udskrivelse • Sikre optimal medicinsk behandling • Samtaler i form af målrettet kommunikation om patientens problemstillinger • Symptomvurdering. • Risikovurdering (suicidal- og voldsrisiko) • Vejledende og undervisende funktion • Vurdering af sociale støttebehov i hjemmet • Vurdering af somatisk helbred - KRAM • Dokumentation af sygeplejen via MIRSK og CCS • Evaluere samt justere sygeplejen • Forholde sig til etiske dilemmaer i sygeplejen • Støtte samt rådgivning til pårørende. • Støtte og styrke patientens professionelle netværk • RKKP: Indberetning • Kontinuerlig evaluering
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen er patienter som hører til sengeafsnit N2's målgruppe (psykotiske lidelser), som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved en klinisk vurdering skønnes til at kunne profitere af en ambulant opfølgning af mobilteamet mhp. at styrke og vedligeholde patientens færdigheder samt sikre kontinuitet i patientforløbet.
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	Visitationen til mobilteamet foretages af psykiatrisk speciallæge.
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	Der er ingen nedskrevne samarbejdsaftaler, men der er tæt samarbejde med primærsektoren.
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	Alle patienter som falder inden for målgruppen får tilbud om at modtage en ambulant indsats fra mobilteamet i en midlertidig periode på op til 30 dage.

Ambulatorium for ældrepsykiatri, herunder udgående akutfunktion	
Hvilke kompetencer er til stede i teamet?	<ul style="list-style-type: none"> • Overlæge • Afdelingslæge • Sygeplejerske med specialfunktion • Psykolog med specialfunktion • Socialrådgiver • Lægeseekretær
Hvilke opgaver udføres af teamet?	<p>Arbejdsopgaver i ambulatoriet består af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udredning og behandling af komplicerede psykiatriske sygdomme hos ældre, herunder kompliceret demens og kompliceret depression <p>Den nye udgående akutfunktion er under etablering (i opstartsfasen). Med funktionen gives der mulighed for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opgaverne i det udgående team vil i store træk være som i mobilteamsene
Hvilke visitationskriterier er der for at modtage behandling af teamet?	<p>Målgruppen for ældrepsykiatrien er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65+årige med demens eller formodet demens kompliceret af psykiatriske symptomer (BPSD) • 80+årige med demens eller formodet demens • 75+årige med nyidentificeret psykisk lidelse • 80+årige med alle psykiske lidelser, medmindre patienten mest hensigtsmæssigt fortsat behandles i almenpsykiatrisk regi
Hvem visiterer til behandling fra teamet?	<p>Praktiserende læger eller andre relevante specialfunktioner (specielt neurologi, geriatri og psykiatri).</p>
Er der en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem teamet og f.eks. almen praksis, kommunen eller stamafdeling på hospitalet?	<p>Den Samordnede Demensudredningsmodel, hvor praktiserende læger og kommunale demensfagpersoner foretager den basale demensudredning, og derefter vurderer om viderehenvisning til sekundær sektorer er indiceret.</p> <p>Der arbejdes aktuelt på etablering af en fælles Udredningsenhed for demens mellem neurologi, geriatri og ældrepsykiatri (jf. Demenshandlingsplan 2025).</p>
Får alle patienter, som falder indenfor de specifikke visitationskriterier tilbudt behandling af det udgående team?	<p>Ja. Alle patienter i målgruppen tilbydes behandlingen.</p>

Bilag C

(Specialistrådgivning i Region Nordjylland)

Specialistrådgivning, Aalborg Universitetshospital, Aalborg

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Klinisk Genetisk Afdeling (Arvelige sygdomme)	Rådgivning om arvelige sygdomme	Praktiserende læger	klin.gen@rn.dk	Klinisk Genetisk Afdeling, Ladegårdsgade 5, 5.sal 9000 Aalborg	24269842 (dagtid, lægebe- mandet)	Under 24 timer, kun hverdage
Patologisk Institut	Hjemmesiden http://www.aalborguh.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Patologisk-Institut	Praktiserende læger	E-mail: patologi@rn.dk Sikker e-mail: patosikker@rn.dk	Indsendte prøver til diagnostik inden for patologisk anatomi og Cytologi.	Tlf. sekr.: 97 66 53 10	Dagligt alle hverdage.
Klinisk Biokemi Formel Laboratoriekonsulent-ordning	Rådgivning af de praktiserende læger + klinikpersonale indenfor det laboratoriemedicinske område, herunder brug og kvalitetssikring af decentralt udstyr	Praktiserende læger/klinik personale	Daglig rådgivning, mail og besøg, Halvårlig undervisning og mødeaktivitet,	Ja – rapporter if. med kvalitetskontrol	Ja	Dag til dag
Klinisk Biokemi Formel Specialkoagulation	Udredning af patienter med trombofili eller blødningstilstande	Praktiserende læger og praktiserende speciallæger	Mail og via henvisninger	Ja – kommenteret svar	Ja	1 måned
Klinisk Biokemi Uformel POCT (patientnært udstyr)	Rådgivning om indkøb, oplæring drift, vedligehold og kvalitetssikring	Praktiserende læger/klinik personale samt hjemmesygeplejersker	Mail		Ja	Dag til dag
Klinisk Biokemi Uformel Løbende dialog med rekvirenter i primær sektoren	Rådgivning if. med diagnostisk udredning og fortolkning af analyseresultater samt bred vejledning indenfor det laboratoriemedicinske område	Læger, sygeplejersker, sekretærer, pædagoger, plejepersonale mm.	Mail		Ja	Dag til dag
Klinisk Mikrobiologi og Infektionshygiejnen MRSA-enhed	Rådgivning, opsporing af smittekilder og smittespredning af MRSA, eradikationsbehandling og infektionsbehandling af MRSA	Praktiserende læger og hospitaler	Henvisning	Ambulante notater og epikriser	Ja	1 hverdag

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Infektionshygiejnen (Klinisk Mikrobiologi) Hygiejnebistand til kommuner.	Kontraktaftaler med kommuner, som ønsker at deltage. Indtægtsdækket virksomhed for Infektionshygiejnen.	Kommuner på frivillig basis.	Møder, besøg, undervisning, rådgivning m.v..	Ja - rapporter	Ja	1 hverdag
Klinisk Immunologisk Afdeling	Rådgivning om emner indenfor Klinisk Immunologi.	Praktiserende læger	aas.kia@rn.dk		Tlf: 97665550	Samme dag
Reumatologisk afsnit	Specialerelateret rådgivning og vejledning	Almen praksis Hjemmesygeplejen	X	X X	Hverdage kl. 13.00 - 13.30 Sengeafsnit - døgndækning	
Endokrinologisk afsnit	Specialerelateret rådgivning og vejledning	Almen praksis Hjemmesygeplejen	X	X X	Hverdage kl. 14.00 - 15.00 Sengeafsnit - døgndækning	
Nyremedicinsk afsnit	Specialerelateret rådgivning og vejledning	Almen praksis Hjemmesygeplejen	X	X	Hverdage kl. 14.00 - 15.00 Sengeafsnit - døgndækning	
Gastroenterologisk speciale	Specialerelateret rådgivning og vejledning	Almen praksis Hjemmesygeplejen		X X	Alle dage - vagthavende Sengeafsnit- døgndækning	
Hobro /Farsø	Rådgivning og vejledning vedr. intern medicinsk behandling og pleje	Almen praksis Hjemmesygeplejen		X	Alle dage - vagthavende Sengeafsnit - døgndækning	
Infektionsmedicinsk Speciale	Specialerelateret rådgivning og vejledning	Almen praksis Hjemmesygeplejen		X X	Alle dage - vagthavende Sengeafsnit - døgndækning	

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Karkirurgisk afdeling Venesårs-ambulatoriet	Årligt tilbud om undervisning i Te- lemedicin SÅR ved sårsygeplejer- ske, smertesyeplejerske og sår- læge fra venesårsambulatoriet	Hjemmesygeplejer- sker i alle kommu- ner i RN	Ja			
Lungemedicinsk speciale	Tele Care Nord KOL samarbejde og rådgivning omkring de dårligste pa- tienter – dag og aften Ved sygeplejersker	Hjemmesygeplejersker	Ja		Ja, primært	Her og nu svar
Kardiologisk speciale Hjertesvigt	Samarbejde omkring Tele Care Hjer- tesvigt Primært ved sygeplejersker	Hjemmesygeplejersker			Ja	Her og nu svar
Kardiologisk speciale Iskæmi	Rådgivning om: - Medicinbivirkninger - Titrering af medicin - Symptomer ex. ved fysisk belastning	Sygeplejersker i Sund- hedscenter Aalborg ASC og sygeplejersker i sundhedscentre i de himmerlandske kom- muner		Ja – Rehab.telefon ved kardiologisk sygeplejerske der ved behov videregi- ver forespørgsler til kardiolog.	Fra kl. 7.30-15 på alle hverdage	Generelt inden max 7 timer
Plastikkirurgisk Speciale	Rådgivning i forbindelse med hen- visning af patienter til behandling	Praktiserende læger				
Sexologisk Center	Rådgivning om seksuelle dysfunktio- ner og behandling heraf. Rådgivning om transkønnethed og kønsidentitets- forhold. Rådgivning om tilbud til voldtægts ofre.	Praktiserende læger	sexologisk- center@rn.dk	Edifact	97660443	Op til fem hver- dage
Jordemoder området	Rådgivning om almindelig graviditet – fødsel - barsel	Sagsbehandlere og Sundhedsplejersker	Ja		Ja	Inden for et par hverdage

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Tværfagligt Smertecenter	Rådgivning i forhold til enkelte patientforløb, det kan være af farmakologisk karakter, men også anden rådgivning, der kan hjælpe patienten.	Praktiserende læger	Ved ikke om vi får henvendelser over mail fra praksissektoren, men vores visiterende overlæge rådgiver af og til på de henvisninger vi får. Det gælder de forløb hvor patienterne ikke er "tunge nok" til at komme i forløb her, men kan have et farmakologisk behov. Andre gange rådgiver vores visiterende læge i forhold til hvad egen læge kan indlede behandlingen med, inden forløbet starter ved os.		Ja HOTLINE åben ½ time to gang i ugen. Betjenes af læge ved centeret	Svares i telefonen
Som forsøgsordning er der indledt mulighed for at enkelte kommuner kan ringe ind om rådgivning ved patienter, der er i risiko for udvikling af kroniske smerter.		Kommunale sagsbehandlere, egen læge eller andre fagprofessionelle, der er involveret i patientforløbet.			Ja	Med det samme eller ved behov fremlægges casen for det tværfaglige team i centeret, og der ringes til bage efterfølgende. Muligheden har ikke været anvendt endnu, men svar vil være muligt inden for et par dage.

Specialistrådgivning, Aalborg Universitetshospital, Thisted

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Palliation	Specialerelateret rådgivning og vejledning. Undervisning i primær sektor	Personale i primær sektor Praktiserende læger Patienter og pårørende	X		Afsnittets telefon 97650742 Teamtelefon 40293120	Døgn-dækning.
Ilt og lungesygeplejerske	TeleCare Nord Rådgivning og vejledning vedrørende ilt og lungepatienter. Undervisning i primær sektor	Personale i primær sektor Praktiserende læger			23288180 40382375	Telefontid x 2 dagligt Åbent fra 7.30 – 15.00
Kardiologisk ambulatorium	Sygeplejerske rådgivning og vejledning vedrørende: <ul style="list-style-type: none"> • Hjertesvigt • A-flimmer • Rehabilitering • Opfølgning efter klap/bypass 	Hjemmesygeplejersker Praktiserende læge	Ja		97650259	Åben hele dagen
Medicinsk Ambulatorium - endokrinologi	Specialiseret rådgivning ved sygeplejerske Undervisning i primær sektor	Sygeplejersker i hjemmeplejen Patienter	X	Nej	97650795	Telefontid dagligt

Specialistrådgivning, Regionshospital Nordjylland

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Kardiologisk speciale	Rådgivning om kardiologiske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	97 64 08 32 alle dage incl. weekend og helligdage kl. 8-20	Korrespondance 1-3 hverdage
Ældre medicinsk speciale	Rådgivning om ældre medicinske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	23 20 44 62 hverdage kl. 8-15	Korrespondance 1-3 hverdage
Endokrinologisk speciale	Rådgivning om endokrinologiske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	50 99 91 62 hverdage kl. 8-15	Korrespondance 1-3 hverdage
Gastroenterologisk speciale	Rådgivning om gastroenterologiske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	24 46 02 94 hverdage kl. 8-15	Korrespondance 1-3 hverdage
Diagnostisk Center/medicinsk daghospital	Rådgivning om intern medicinske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	24 46 02 94 hverdage kl. 8-15	Korrespondance 1-3 hverdage
Reumatologisk speciale	Rådgivning om reumatologiske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	97 64 09 78 hverdage kl. 8-15	Korrespondance 1-3 hverdage
Lungemedicinsk speciale	Rådgivning om lungemedicinske problemstillinger	Praktiserende læger		Modtages/sendes	29 43 44 16 hverdage kl. 14-15	Korrespondance 1-3 hverdage

Specialistrådgivning, Psykiatrien Nordjylland

Funktion (afdeling)	Indhold	Kan anvendes af	Henvendelse via			Svartid
			E-mail	Korrespondance	Telefon	
Psykiatrisk medicin-rådgivning	Rådgivning om psykofarmakologisk behandling	Praktiserende læger	X (generelle forespørgsler)	X (specifikke forløb)	Nej	Op til fem hverdage
Center for Pårørende	Tilbud om konsulentbistand, supervision og undervisning	Samarbejdspartnere (socialrådgivere, daginstitutioner, sundhedspleje, skoler, døgninstitutioner, psykologer m.v.)	X	Nej	X	
Telefonrådgivning i Den Psykiatriske Skadestue	Lytter og vejleder om, hvad der er brug for i akutte situationer.	Borgere med psykisk sygdom der har brug for akut hjælp, samt pårørende og samarbejdspartnere.	Nej	Nej	X	Døgnåben
Telefonrådgivning om spiseforstyrrelser	Rådgivning vedr. spiseforstyrrelser, herunder symptomer, behandlingsmuligheder m.v.	Borgere med symptomer på spiseforstyrrelser, pårørende og fagpersoner.	X	Nej	X	Man. og tors. kl. 14.30-15.30

Bilag D: Samarbejdsaftale vedr. Sondeernæring

Opgaven

Sondeernæring anvendes til ernæringstruede patienter, som ikke kan indtage tilstrækkelig næring via alm. kost.

Mange patienter og pårørende kan oplæres i selv at administrere sondeernæringen, men nogle patienter har brug for hjælp fra den kommunale hjemmesygepleje for at undgå at skulle indlægges på hospitalet. Den kommunale akutfunktion skal jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder kunne administrere sondeernæring.

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, som ikke selv eller ved hjælp fra pårørende kan varetage sondeernæring, bedre mulighed for at modtage behandlingen i eget hjem/ i kommunalt regi. Samarbejdsaftalen systematiserer samarbejdet mellem Region Nordjyllands hospitals enheder og de 11 nordjyske kommuner om administration af sondeernæring i eget hjem. Den skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Målgruppe

Målgruppen er ernæringstruede patienter, som er blevet ordineret behandling med sondeernæring, og som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile, og som lægefagligt vurderes egnet til at modtage sondeernæring i eget hjem, plejebolig eller på en kommunal akutplads.

Nærværende notat omhandler sondeernæring via PEG/PEGJ, knap sonder og nasalsonder.

Behandlingsansvaret

Det er til enhver tid den ordinerende læge/udskrivende hospitalsafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen.

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og påbegynde sondeernæring på et hospital uden for Region Nordjylland. I de tilfælde vil patienterne være omfattet af nærværende aftale om sondeernæring og rammerne heri, hvilket udskrivende hospital/ afdeling orienteres om.

Efter afslutning af sondeernæring, og ved anden sygdom (ikke relateret til sondeernæring) har patientens praktiserende læge behandlingsansvaret.

Samarbejde og kontakt

Opstart af sondeernæring sker efter lægeordination, når patienten er fundet ernæringstruet ved ernæringscreening og kostregistrering.

I Region Nordjylland er der enighed om, at alle nasale sonder anlægges på hospitalet, da kommunerne ikke har mulighed for at røntgenkontrollere sonderne.

Behandlingen kan herefter videreføres i kommunalt regi, hvor det vurderes hensigtsmæssigt.

Kommunerne varetager efter aftale udskiftning af ballonsonder v. PEG-sonder og knapsonder.

PEGJ sonder udskiftes altid på hospitalet. Ved udskrivning af patienter med ernæringssonder skal orienteringen til kommunen følge [regionens retningslinje for den elektroniske ernæringsplan](#).

En patient kan kun udskrives med behov for sondeernæring efter aftale med den relevante kommune ud fra vurderingen af den aktuelle kapacitet og borgerens evne til egenomsorg og kognitiv funktion. Det skal fagligt vurderes, om behandling med sondeernæring i hjemmet kan ske patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt i den enkelte situation.

Derudover er hospitalet ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandling med sondeernæring
- At foretage en vurdering af, om patienten kan behandles i hjemmet i dialog med kommunen, der kender den hjemlige situation.

- At det er forsøgt at lære patienten op i at varetage den sondeernæring fra hospitalets side.
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At udskrivelse sker i overensstemmelse Samarbejdsaftalen om Indlæggelse og Udskrivning
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig hospitalsafdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende hospitalsafdeling døgnet rundt alle ugens dage
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med anvendelsen af sondeernæring
- At afklare med den praktiserende læge, hvem der har det lægefaglige ansvar for sondeernæringen efter udskrivelse og meddele kommunen dette skriftligt.

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at administrere behandlingen med sondeernæring i kommunalt regi. Den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordnede behandlingsplan og den regionale instruks samt en kommunal instruks for håndtering af sondeernæring.

Vedr. Uensilier/hjælpemidler

Der henvises til Samarbejdsaftalens Casekatalog vedr. sondeernæring og remedier til sondeernæring.

Kompetenceudvikling

Hospitalet er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunen ift. at koordinere administrationen af behandling med sondeernæring. Hospitalet står til rådighed ved spørgsmål. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om sondeernæring. Derfor stiller hospitalerne deres viden til rådighed i forbindelse med kompetenceudvikling af kommunalt personale, som skal varetage opgaven i patientens hjem. Kompetenceudviklingens form og struktur koordineres i regi af de lokale samarbejdsfora.

For at administrere sondeernæring skal det kommunale personale have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om sondeernæring: Produktkendskab, hygiejneregler, kontrolmetoder samt indgiftsformer
- Viden om forskellige sondetyper: Pleje af indstikssted og evt. motionering af PEG sonder
- Administration og observation ved indgift af sondeernæring
- Viden om komplikationer til sondeernæring

Kvalitet, patientsikkerhed og monitorering

De nedsatte samarbejdsfora på hospitalerne har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen om sondeernæring.

Strategisk Sundhedsforum præsenteres en gang årligt for data om aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/hospitalsniveau og indeholder oplysninger over:

- Antal borgere henvist til behandling med sondeernæring i eget hjem (regionale data)
- Ordinerende hospitalsafdelinger (regionale data)
- Antal borgere med komplikationer (evt. målt på genindlæggelser) (regionale data)
- Antal borgere i kommunen med sondeernæring og ressourceforbrug vedr. opgaven (kommunernes data)

Der afrapporteres årligt til Strategisk Sundhedsforum. Opgaven med at forberede denne behandling ligger hos Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune.

Bilag E: Samarbejdsaftale vedr. parenteral ernæring

Opgaven

Nogle patienter kan ikke ind- eller optage tilstrækkelig næring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring. Disse patienter får derfor tilbud om parenteral ernæring enten i en kortere periode eller livslangt. Parenteral ernæring er flydende føde, der igennem et centralt venekateter (IV) løber direkte ind i en stor blodåre og derved helt uden om mave og tarme.

For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, hvis de skal modtage parenteral ernæring på hospital. Derfor oplæres de fleste patienter i selv at administrere behandling med parenteral ernæring, evt. med støtte fra pårørende. Et mindre antal patienter har dog brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle i ambulans behandling på hospitalet.

Samarbejdsaftalen systematiserer samarbejdet mellem Region Nordjyllands hospitalsenheder og de 11 nordjyske kommuner om administration af parenteral ernæring i eget hjem/på midlertidig plads eller på kommunale akutpladser/ plejeboliger m.v.

Målgruppe

Målgruppen er patienter, som ikke kan ind- eller optage tilstrækkelig ernæring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring, og som:

- har et ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, der bedst varetages tæt på patientens hverdag
- ikke selv, eller ved pårørendes hjælp, kan administrere behandlingen, og derfor har brug for assistance fra den kommunale sygepleje
- er stabil og vurderet lægefagligt egnet med behov for parenteral ernæring i en begrænset periode.

I Region Nordjylland er der oprettet et udgående team ift. parenteral ernæring, som er forankret i Medicinsk Gastroenterologisk afdeling i Aalborg. Ved problematikker i hjemmet ift. IV adgang, pleje af indstikssted, indløb af parenteral ernæring kan borger og hjemmesygeplejen kontakte det udgående team. Ved vurderet behov tilbydes et besøg i hjemmet af en sygeplejerske med speciale i parenteral ernæring samt evt. en læge eller diætist. Problematikken vurderes i hjemmet og der laves en plan for patienten. Det udgående team kan ved behov oplære kommunalt personale i hjemmet.

En mindre gruppe borgere vil, ud over parenteral ernæring, desuden have behov for IV-væske behandling eller tilførsel af elektrolytter. Disse borgere er *ikke* omfattet af denne aftale.

Behandlingsansvaret

Det er den ordinerende/udskrivende hospitalsafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og påbegynde parenteral ernæring på et hospital uden for Region Nordjylland. I de tilfælde vil patienterne være omfattet af nærværende aftale om parenteral ernæring og rammerne heri, hvilket udskrivende hospital/ afdeling orienteres om.

Efter afslutning af parenteral ernæring, og ved anden sygdom (ikke relateret til parenteral ernæring) har patientens praktiserende læge behandlingsansvaret.

Samarbejde og kontakt

En patient kan kun udskrives med parenteral ernæring efter aftale med den relevante kommune ud fra vurderingen af den aktuelle kapacitet og borgerens evne til egenomsorg og kognitiv funktion. Det skal fagligt vurderes, om den parenterale ernæringsindsats i hjemmet kan ske patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt i den enkelte situation.

Derudover er hospitalet ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandling med parenteral ernæring

- At foretage en vurdering af, om patienten kan behandles i hjemmet i dialog med kommunen, der kender den hjemlige situation.
- At det er forsøgt at lære patienten op i at varetage den parenterale ernæring fra hospitalets side.
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At udskrivelse sker i overensstemmelse samarbejdsaftalen om Indlæggelse og Udskrivning
- At ordinere og dokumentere behandling med parenteral ernæring i FMK
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig hospitalsafdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen (anbefaling)
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende hospitalsafdeling døgnet rundt alle ugens dage
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med anvendelsen af parenteral ernæring

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at administrere behandlingen med parenteral ernæring i kommunalt regi. Den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordnede behandlingsplan og den regionale instruks samt en kommunal instruks for håndtering af behandling med parenteral ernæring

Vedr. Uensilier/hjælpemidler

Denne samarbejdsaftale skal koordineres tæt med det til enhver tid gældende Casekatalog vedr. parenteral ernæring og tilbehør

Kompetenceudvikling

Hospitalet er i kontakt med kommunen vedr. hver enkelt patient ift. at koordinere administrationen af behandling med parenteral ernæring. Hospitalet står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om parenteral ernæring. Derfor stiller hospitalerne deres viden til rådighed i forbindelse med kompetenceudvikling af kommunalt personale, som skal varetage opgaven i patientens hjem. Kompetenceudviklingens form og struktur koordineres i regi af de lokale samarbejdsfora.

For at administrere parenteral ernæring skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om parenteral ernæring: Produktkendskab, hygiejneregler samt indgiftsform
- Viden om forskellige IV adgange: Pleje af indstikssted
- Administration og observation ved indgift af parenteral ernæring
- Viden om komplikationer til parenteral ernæring

Kvalitet, patientsikkerhed og monitorering

De nedsatte samarbejdsfora på hospitalerne har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen om parenteral ernæring.

Strategisk Sundhedsforum præsenteres årligt for data om aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/hospitalsniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til behandling med parenteral ernæring i eget hjem (regionale data)
- Ordinerende hospitalsafdelinger (regionale data)
- Antal borgere med komplikationer (evt. målt på genindlæggelser) (regionale data)
- Antal borgere i kommunen med parenteral ernæring og ressourceforbrug vedr. opgaven (kommunernes data)

Der afrapporteres årligt til Strategisk Sundhedsforum. Opgaven med at forberede denne behandling ligger hos Styregruppen for den Ældre Medicinske Patient. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune.

Bilag F: Samarbejdsaftale vedr. bedside – blodprøver

Formålet med nærværende samarbejdsaftale er at formalisere og styrke samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, almen praksis og sygehusene om akutte bedside blodprøver. Som hovedregel bør blodprøver foretages ved alment praktiserende læge eller på hospital, og denne samarbejdsaftale vedr. akutte bedside blodprøver i kommunalt regi omhandler således udelukkende *akutte* prøver, som det ikke har været muligt at planlægge på anden vis.

I sundhedsstyrelsens "*Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*" anvendes betegnelsen "*kapillær blodprøvetagning*" som synonym for udførelse af akutte bedside analyser. Denne forståelse er også baggrunden for nærværende aftale.

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder definerer, at de kommunale akutfunktioner skal kunne tage prøver til og udføre følgende bedside analyser:

- Blodsukker
- Blodprocent (Hæmoglobin)
- Infektionstal (CRP)

Prøvetagningen sker på baggrund af ordination mellem den praktiserende læge, vagtlæge eller sygehuslæge, hvorefter den kommunale akutfunktion på delegation udfører og analyserer kapillærblodprøver og meddeler den ordinerende læge resultatet. Det vil ofte være relevant at kommunikere resultatet mundtligt, men det skal også efterfølgende sendes via en korrespondancemeddelelse.

Den kommunale akutfunktion og ordinerende læge registrerer hver især svaret i eget journalsystem.

De kommuner, som har apparatur til analyser af blodprøver, får tilbud om at blive tilknyttet hospitalets kvalitetskontrol på samme måde som de praktiserende læger. Det betyder, at det kommunale apparatur gennemgås og kvalitetssikres med en fast kadance, der lever op til et fastsat kvalitetsniveau. Eventuelle aftaler indgås bilateralt mellem Region Nordjylland og den pågældende kommune.

Derudover tilbydes kommunerne, som en del af aftalen, rådgivning omkring indkøb af apparatur til blodprøveanalyse hos regionen samt særlig rådgivning og kompetenceudvikling.

Det er den ordinerende læge (sygehus, praktiserende læge eller vagtlæge), der har det lægefaglige behandlingsansvar ift. de patienter, som er tilknyttet den kommunale akutfunktion. Dette omfatter ifm. akutte bedside blodprøver:

- Ordination af bedside analyser
- Tolkning af analyse-resultatet(-erne)
- Registrering af resultater i egen journal (akutfunktionen noterer desuden resultater i det kommunale omsorgssystem)
- Aftale om opfølgning på resultatet

Plan for kvalitetssikring og monitorering

De nedsatte Samarbejdsfora har ansvaret for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Da der er tale om et område med behov for tæt faglig sparring, ikke mindst i opstartsfasen, nedsættes herudover et særskilt fora vedr. bedside blodprøver. Foraet mødes 2-4 gange årligt for at følge op på indgåede aftaler og medvirker til en god opstart ift. prøvetagning i de kommunale akutfunktioner.

Kommunerne registrerer data til den årlige evaluering manuelt, og der afrapporteres årligt til Strategisk Sundhedsforum. Udarbejdelsen af årlig status til DAS er forankret i Styregruppen for Den ældre medicinske patient.

Data og de faglige erfaringer vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune.

Utensilier/hjælpemidler, der indgår i opgaven:

Jf. kvalitetstandarderne skal kommunerne købe udstyr og de nødvendige remedier til anvendelse ved kapillær blodprøvetagning.