



KORTLÆGNING SUNDHED UDEN FOR SYGEHUSET

Odense Universitetshospital
Juni 2026

Indhold

1. Indledning	3
2. Kortlægning	4
2.1 Analysemetode og læsevejledning	5
2.2 Virtuelle kontakter (70 tilbud)	6
2.3 Hjemmemonitorering (28 tilbud)	9
2.4 Hjemmebehandling (92 tilbud)	11
2.5 Hjemmeindlæggelse (4 tilbud)	14
3. Perspektiver	15

Udarbejdet foråret 2026 af: projektleder Marianne Lundegaard, projektkoordinator Lena Skovgård Petersen, chefkonsulent Dina Moos Riggelsen

Godkendt af Programledelse Sundhed uden for sygehuset, 16. juni 2026

1. Indledning

Primo april 2026 fik alle afdelingsledelserne på OUH en tredelt opgave af direktionen under overskriften **“Sundhed uden for sygehuset – intensivering af indsatser”**. Opgaven bestod dels af en kortlægning af nuværende behandlingstilbud uden for sygehuset, dels af en intensivering af brugen af videokonsultationer og dels af en intensivering af yderligere initiativer, som vender sygehuset udad og flytter aktiviteter tættere på borgeren.

Opgaven skal ses i lyset af Sundhedsreformens ambition om, at sundhedsvæsenet skal være lige, nært og sammenhængende, hvilket blandt andet betyder, at patienterne i højere grad skal tilbydes behandling i eget hjem eller nærmiljø, og sygehusets opgave i forhold til rådgivning og sparring med samarbejdspartnere skal øges.

Denne rapport fokuserer på kortlægningen, den første del af opgaven. Alle afdelinger på OUH har indmeldt iværksatte tiltag inden for virtuelle og digitale kontakter, hjemmemonitorering, hjemmebehandling og indlæggelse i eget hjem.

Udover navn og en kort beskrivelse af tiltaget, har afdelingerne vurderet henholdsvis status på implementeringen og potentiale for udbredelse.

Programledelsen Sundhed uden for sygehuset har det overordnede ansvar for den samlede opgave med at intensivere sygehusets udadrettede tiltag. Kortlægningen kan bidrage med et overblik over, hvor langt OUH er i forhold til arbejdet med at vende sygehuset udad, samt pege på potentialer for udbredelse af initiativer og således være et ledelsesredskab. Derudover kan kortlægningen fungere som inspirationsmateriale afdelingerne imellem. Det skal pointeres, at rapporten ikke giver et detaljeret og nuanceret indblik i de enkelte tiltag. Ønskes dette kan den pågældende afdeling kontaktes for uddybning.

2. Kortlægning

Der er indsamlet svar fra 35 afdelinger på OUH, og der er indkommet mere end 200 tiltag.

Opgaven for afdelingsledelserne var at beskrive deres nuværende udadgående tiltag inden for følgende undergrupper: Virtuelle konsultationer, hjemmemonitorering, hjemmebehandling og hjemmeindlæggelse. Alle tiltag er samlet i bilag 1, hvor der for det enkelte tiltag fremgår titel, formål, skaleringspotentiale, status og kontaktperson. Definitionen af undergrupperne fremgår af bilag 2.

På trods af omfanget vurderes listen af indrapporterede tiltag ikke at være udtømmende. Der er en vis variation mellem afdelingerne i forhold til at indmelde tiltag. Nogle afdelinger har rapporteret hele patientforløb med flere typer af aktiviteter som en tiltag, mens andre har indrapporteret dele af et patientforløb som forskellige tiltag. Derfor skal kortlægningen i højere grad ses som et kvalitativt indblik i tiltag fremfor et kvantitativt overblik over antallet af tiltag.

Rapporten giver heller ikke indblik i volumen for de enkelte tilbud, altså antallet af borgere, som tiltaget kommer til gavn.

Efter indsamling af tiltag er der pågået et analyse- og kategoriseringsarbejde med henblik på at bearbejde materialet og kunne præsentere det.

Kategoriseringen af tiltagene er sket ud fra en overordnet vurdering af tiltagene, da nogle forløb kan placeres i flere kategorier. Fx er meget hjemmemonitorering og hjemmeindlæggelse afhængig af virtuel understøttelse. En lille del af de indmeldte tiltag er ikke medtaget i arbejdet, da de vurderes som almindelig arbejdsgangsoptimering og ikke egentlig behandling uden for sygehuset.

Udover at kategorisere i type, kan tiltagene kategoriseres i status for implementering. Her ses overordnet, at omkring 90 tiltag vurderes som fuldt implementerede, omkring 10-15 vurderes som delvis implementerede, ca. 25-30 tiltag vurderes som under implementering, og ca. 20-25 tiltag vurderes som værende i projekt-/planlægnings-/idéfase. Endelig er det vurderet, at ca. 8 tiltag er afsluttet eller ikke skal implementeres.

Vurderingen af skaleringspotentiale giver ligeledes mulighed for kategorisering. Det er dog ikke alle afdelinger, som har besvaret feltet omkring skaleringspotentiale, men vurderingen fra afdelingerne i forhold til omkring 40-50 tiltag er, at de beskrevne tiltag har stort skaleringspotentiale. For omkring 35 tiltag vurderes et begrænset skaleringspotentiale eller et potentiale med forbehold. Endelig vurderes 15 tiltag ikke til at have skaleringspotentiale.

2.1 Analysemetode og læsevejledning

I de følgende afsnit er tiltagene delt i fire hovedkategorier, som vil blive analyseret hver for sig. Hovedkategorierne er:

- Virtuelle tiltag (afsnit 2.1)
- Hjemmemonitorering (afsnit 2.2)
- Hjemmebehandling (afsnit 2.3)
- Hjemmeindlæggelse (afsnit 2.4)

For hver hovedkategori er der desuden foretaget en kategorisering i underkategorier. Dette giver læseren mulighed for at fokusere på enkelte underkategorier.

Analysen af hovedkategorierne afsluttes med opsamlende afsnit, og i efterfølgende perspektivering (afsnit 3.0) samles de pointer og perspektiver, analysearbejdet samlet set giver anledning til.

2.2 Virtuelle kontakter (70 tilbud)

I beskrivelsen af de virtuelle kontakter er der inddelt i følgende underkategorier:

- Telefonkonsultationer (afsnit 2.2.1)
- Videokonsultationer (afsnit 2.2.2)
- Blandet Tele- og videokonsultationer (afsnit 2.2.3)
- E-learning og virtuelle patientskoler (afsnit 2.2.4)
- Tværgående og tværsektorielle møder og sparring (afsnit 2.2.5)

Afslutningsvis opsummeres i afsnit 2.2.6.

2.2.1. Telefonkonsultationer

Indledningsvist skal det bemærkes, at der er betydeligt overlap mellem video- og telefonkonsultationer i de indmeldte tiltag. Flere afdelinger beskriver, at den mest hensigtsmæssige kontaktform med patienten vælges i det konkrete forløb. Den følgende opdeling skal derfor ses i denne kontekst.

Der forventes desuden at være et væsentligt større brug af telefonkonsultationer, end hvad der fremgår af de indmeldte tiltag. Flere afdelinger har formentlig ikke indmeldt telefonkonsultationer, fordi det allerede er implementeret og naturlig del af arbejdsgangene. I OUH's ledelsesoverblik (LIVA-rapporten) fremgår antallet af registrerede telefonkonsultationer pr. afdeling.

Den hyppigste anvendelse af telefonkonsultationer er som erstatning for fremmødekonsultationer i ambulatoriet, og denne anvendelse går på tværs af mange afdelinger. Telefonkonsultationer bruges også til at afstemme behov forud for medicinudlevering. Flere afdelinger beskriver desuden, at telefonkonsultationer anvendes som opfølgning efter indlæggelse og dermed kan medvirke til at forebygge genindlæggelser.

12 afdelinger beskriver brug af telefonkonsultationer som erstatning for fremmøde i ambulatoriet. I 11 af de 12 afdelinger er telefonkonsultationer fuldt implementerede. I Kirurgisk afdeling A er der igangsat et projekt med henblik på at erstatte fremmøde for inkontinenspatienter med telefonsamtaler.

Hæmatologisk afdeling X benytter telefonkonsultation forud for fremmøde til behandling for at sikre, at patienterne er klar til at modtage kur. Telefonkonsultationer anvendes også flere steder til opfølgning på behandling.

Eksempelvis bruger Afdeling for medicinske mave-/tarmsygdomme S telefonkonsultationer som opfølgning på cøliakibehandling, inden patienten afsluttes og overgår til egen læge. Tidligere blev patienter med cøliaki fulgt livslangt i ambulatoriet. Nu stilles diagnosen ved blodprøve, efterfulgt af lægelig orientering og vejledning ved diætist, hvorefter patienterne følges ved årlige telefonkonsultationer.

Hjerte-, lunge- og karkirurgisk afdeling T anvender telefonkonsultationer til "at følge patienten helt hjem". Patienterne kontaktes typisk 2-4 dage efter udskrivelse med henblik på opfølgning og besvarelse af eventuelle spørgsmål.

I et tilfælde peges der eksplicit på mulighed for skalering til hele OUH. Neurologisk afdeling N vurderer, at deres model med telefonkonsultationer til patienter i sondeernæring kan skaleres bredere.

2.2.2. Videokonsultationer

Videokonsultationer anvendes i mange afdelinger som erstatning for fremmødekontroller eller som opfølgning på behandling. Flere afdelinger nævner desuden, at mange ambulante fremmødekontroller er afviklet, da de ikke var nødvendige for patienten og yderligere er fremmøder erstattet af videokonsultationer.

I rapporten er der beskrevet 28 tiltag for videokonsultationer som erstatning for fremmøde. Kortlægningen peger på, at både børne- og ungepsykiatrien og voksenpsykiatrien har en veludviklet praksis for at bruge videokonsultationer. Som eksempel kan nævnes, at videokonsultationer anvendes til støtte for patienter med spiseforstyrrelser.

Kortlægningen indikerer stort brug af videokonsultationer, fx beskriver Endokrinologisk afdeling M, at de har omlagt til ca. 30% af alle konsultationer til videokonsultationer. Samtidig peger flere afdelinger på skaleringspotentiale.

2.2.3 Blandede telefon- og videokonsultationer

5 tiltag er beskrevet som både telefon og videokonsultation. Her vælges den rette kontaktform ud fra den individuelle patientsituation, fx arbejder Hjertemedicinsk afdeling B med opfølgning af en del af deres kroniske hjertepatienter via video eller telefon.

Et andet eksempel er Anæstesiologisk afdeling V i Svendborg, som arbejder med video- eller telefonkonsultationer til anæstesitilsyn. Yderligere beskriver Hudafdeling I og allergicentret at de arbejder med telefon- eller videokonsultation af patienter, der har haft en mild reaktion i forbindelse med penicillinbehandling, hvilket kan reducere patienternes fremmødekontroller.

2.2.4 E-learning og virtuel patientskole

9 tiltag er beskrevet som opfølgning og læring til patienterne.

E-learning, patientskoler og app-løsninger med information til patienterne er anvendte redskaber til at støtte og uddanne patienterne i sygdomsforståelse og behandling. E-learning og patientskoler er planlagt som både individuelle kontakter og gruppeforløb med flere patienter i ét forløb.

Et eksempel er virtuel patientskole til prostatapatienter fra Urinvejskirurgisk afdeling L. Her sikres støtte til patienter i et alvorligt sygdomsforløb. Lungemedicinsk afdeling J arbejder med et projekt, der endnu ikke er fuldt implementeret om præoperativ træning af lungepatienter, der dagligt træner via video.

Endelig kan Reumatologisk afdeling C nævnes, da der her arbejdes med projekt "Reuma og Ro", som skal styrke patienternes empowerment gennem et guidet onlineforløb. Afdelingen forventer, at indsatsen kan skales til patienter indenfor andre sygdomsområder.

2.2.5 Tværgående og tværsektorielle møde og sparring

15 meget forskellige tiltag er beskrevet som sparring, hvor flere fagligheder mødes omkring en patient. Det kan både være mono- og tværsektorielt samt med og uden patienten/pårørendes patientens deltagelse.

Et eksempel er Telefarmakologisk ambulatorium fra afdelingen for Farmakologi. Her tilbydes farmakologisk sparring til komplekse multimedicinerede patienter i Region Syddanmark. Der er tale om et virtuelt ambulatorium i et samarbejde mellem farmakologi, OUH, og Praksisenheden i Region Syddanmark.

Et andet tilbud er lægefaglig visitation i AMK (hverdage fra 8.00 - 16.00), hvor de sundhedsfaglige koordinatore kan viderestille opkald til læge i AMK-vagtcentralen. Ca. halvdelen af forløbene afsluttes uden opfølgning efter kontakt med læge. Funktionen er kendt i Region Midt, hvor den er døgndækkende, hvilket også beskrives som skaleringspotentiale i AMKs beskrivelse.

Geriatrisk afdeling G arbejder med et projekt med virtuel opfølgning efter udskrivelse. En sygeplejerske fra afdeling G mødes virtuelt med en kommunal sygeplejerske 2-5 dage efter udskrivelse. Der kan forud for det virtuelle møde være taget blodprøver. Den fælles plan efter indlæggelsen kan i forlængelse heraf justeres.

Hudafdeling I og allergicentret har, på grund af øget tilgang af patienter med immunologiske sår, øget multimorbiditet og vigende behandlingseffekt etableret et samarbejde via Plejenet med primærsektoren. Læge, sygeplejerske, kommunal sygeplejerske og patienten har fælles konsultation. Antallet af ambulante fremmøder reduceres, men i stedet er etableret virtuelle tider, hvor kommunale sygeplejersker og sårsygeplejerske kan være deltagende i konsultationen. Tiltaget har øget det tværsektorielle samarbejde, givet hurtigere sparring, mindsket fremmødetiderne og øget patienttilfredsheden. Afdelingen har forslag til at skalere indsatsen til øvrige hud-sektioner.

2.2.6 Opsamling

Telefon- eller videokonsultationer sammen med patienterne er allerede et redskab, der anvendes i langt de fleste afdelinger i stort omfang. Samtidig anviser de fleste afdelinger, at der er potentiale for skalering. Omlægningen fra fremmøde til telefon- og videokonsultationer skal desuden ses i sammenhæng med afviklingsdagsordenen, hvor der længe har været fokus på at omlægge fremmødekonsultationer til telefon-/videokonsultation eller evt. fjerne konsultationen.

I kortlægningen beskrives 3 hovedområder til brug af telefon- og videokonsultationer i patientforløbene:

- Ambulante kontroller, der foretages på video eller telefon i stedet for fremmøde, herunder svar på undersøgelser, blodprøver mm
- Opfølgning efter indlæggelse, herunder som forebyggelse af genindlæggelser.
- Støtte til patienterne i form af individuel kontakt, patientskoler, træning og undervisning

Ud over den patientrelaterede kontakt angiver en del afdelinger tilgængelighed for sparring, konference, samarbejde omkring patienterne, hvor video eller telefon er redskabet. Dette kan ses i relation til Sundhedsreformens fokus på det udadrettede sygehus med fokus på, at sygehusene skal åbne sig yderligere i forhold til specialistrådgivning og sparring for samarbejdspartnere.

Flere afdelinger har allerede et tæt samarbejde med praktiserende læger og den kommunale sygepleje omkring de enkelte patientforløb. Yderligere er der en del initiativer fra fx FAM og AMK omkring vejledning og sparring i de akutte forløb med det formål at give patienterne den rette behandling og undgå forebyggelige indlæggelser.

2.3 Hjemmemonitorering (28 tilbud)

I beskrivelsen af hjemmemonitoringstiltag inddeles der i følgende underkategorier:

- Blodprøver i hjemmet (afsnit 2.3.1)
- Egenmålinger i hjemmet (afsnit 2.3.2)

Afsnittet afsluttes med opsummering i afsnit 2.3.3.

2.3.1 Blodprøver i hjemmet

Fem indsatser beskriver blodprøvetagning (og EKG-målinger) i borgerens/patientens hjem. Nogle af indsatserne varetages med hjælp fra Blodprøver og Biokemi, andre med POCT udstyr og hjælp fra kommunale medarbejdere.

Hæmatologisk afdeling X beskriver et projekt om blodprøvetagning i hjemmet som en ordning uden om hjemmelaboratorieordningen, som dog er udviklet i samarbejde med Blodprøver og Biokemi. I psykiatrien tilbydes ligeledes blodprøvetagning eller EKG-måling for specifikke målgrupper.

Blodprøvetagning i hjemmet med hjælp fra Blodprøver og Biokemi samt prøvetagning med POCT-udstyr med hjælp fra kommunale sygeplejersker er fuldt implementerede løsninger. OUH har et POCT råd ligesom der er en POCT komité i regionen, hvorfor der er et forløbende fokus på muligheder.

Flere afdelinger forventer, at prøvetagning i hjemmet, både med hjælp fra Biokemi og Blodprøver samt med POCT-udstyr, vil udvide sit potentiale over de kommende år. Blodprøver og Biokemi peger på, at der er fordele og ulemper ved decentrale målinger (POCT-udstyr) og økonomien i decentrale målinger peges på som en udfordring.

2.3.2 Egenmålinger i hjemmet

Der er beskrevet syv løsninger med devices, der automatisk laver dataoverførsler eller løsninger, hvor patienter selv kan uploade/indrapportere data for fx blodglucosemålinger via app'en MitSygehus. MineAftaler har fra 31. maj 2026 erstattet MitSygehus som redskab.

14 indsatser beskriver forskellige typer af egenmålinger i hjemmet, hvor patienten fx ved hjælp af PRO løsninger eller udstyr kan indmelde data/oplysninger. I nogle løsninger får patienter tilsendt spørgeskemaer og ud fra deres svar, vurderes det, om der er behov for en konsultation. Dermed bliver kontakten med afdelingen mere behovsstyret og antallet af konsultationer er på den baggrund reduceret. Nogle indsatser fx i psykiatrien, kan videobaserede konsultationer erstatte fremmødekonsultationer, forudsat at patienten selv kan lave egne målinger og oplyse resultater heraf under videomødet, som ellers ville have været indsamlet ved et fysisk besøg.

Tele-KOL er et eksempel på et nationalt tilbud for en specifik målgruppe og fungerer som et samarbejde mellem region og kommune. Regionens opgave ligger i screening og opfølgning.

Flere løsninger, hvor patienterne selv indrapporterer data og oplysninger, er velimplementerede og velfungerende, mens flere af de beskrevne PRO løsninger er under udvikling. Tele-KOL er et implementeret nationalt tilbud.

Afdelingerne beskriver stort potentiale for udbredelse af PRO-løsninger, men peger også på, at det tager tid at udvikle, hvilket ses som en betydelig barriere.

Fjernmonitorering og automatisk indrapportering af data forventes at stige i takt med udvikling af devices.

2.3.3 Opsamling

Der er stort fokus i afdelingerne på at sikre, at flere indsatser skal foregå i borgerens/patientens hjem, så de undgår at skulle møde fysisk op på sygehuset. Mulighederne for at udbrede tiltag med hjemmemonitorering afhænger i vid udstrækning af teknologiske løsninger til opsamling af data. MitSygehus har været anvendt som redskab, hvor mange afdelinger har udviklet egne skræddersyede instrumenter, der passer til de individuelle patientforløb og behov for forskellige typer af dataindsamling. MitSygehus udgår og er flyttet til MineAftaler men det forventes, at de samme redskaber kan anvendes i det nye system.

Mange afdelinger beskriver ønsker om at anvende sådanne løsninger, men oplever udfordringer i forhold til ventetid og ressourcer til udvikling.

2.4 Hjemmebehandling (92 tilbud)

I beskrivelsen af tiltagene under overskriften Hjemmebehandling er der inddelt i følgende underkategorier, som vil blive analyseret hver for sig. Underkategorierne er:

- IV-behandling i hjemmet, herunder OPAT (afsnit 2.4.1)
- Øvrig behandling ved kommunalt sundhedspersonale (afsnit 2.4.2)
- Udkørende funktion (konsultation i hjemmet) (afsnit 2.4.3)
- Selvadministration (afsnit 2.4.4)
- Behandling i nærmiljøet (afsnit 2.4.5)

Afsnittet om hjemmebehandlingstilbud afsluttes som opsamling i afsnit 2.4.6.

2.4.1 IV-behandling i hjemmet, herunder OPAT

16 tiltag beskriver IV behandling i hjemmet, hvoraf en del benytter OPAT-funktionen. OPAT er en struktureret arbejdsgang, der tilbyder patienter den rette antibiotikabehandling i hjemmet fremfor under en indlæggelse og foregår i samarbejde med Infektionsmedicinsk afdeling Q. Nogle afdelinger tilbyder IV behandlinger i hjemmet med CADD pumpe og for nogle indsatser er der behov for understøttelse med hjælp fra kommunalt personale.

Fx beskriver Hæmatologisk afdeling X, at indlæggelsestiden for specifikke patientgrupper er reduceret ved at behandle hjemme med CADD pumper. Her skal patienten møde op på OUH til kontrol/skift af pumpe i hjemmebehandlingsenheden hver 2. dag. Samarbejdet med FAM og akutteamet nævnes også her i forbindelse med IV hjemmebehandling.

CADD pumper bruges i tiltagende omfang og flere afdelinger er nået langt med at få brugen af pumper implementeret, blandt andet i Hæmatologisk afdeling X.

Flere afdelinger vurderer, at OPAT-funktionen kan udbredes til andre afdelinger, da det omhandler en systematik i arbejdsgangen. FAM nævner et ønske om at udvide brugen af akutteamet til at gælde andre medikamenter end antibiotika og også at kunne bruge tilbuddet i vagttid. Desuden påpeger flere afdelinger, at brugen af CADD pumper kan udbredes yderligere.

2.4.2 Øvrig behandling ved kommunalt sundhedspersonale

5 beskrevne indsatser involverer kommunalt personale, hvis borgere/patienter ikke selv kan varetage behandlingen. Det kan fx blæreskylninger, injektioner eller understøttelse af IV behandling. Desuden nævnes eksempler på indsatser på tværs, hvor selve behandlingen er en regional opgave mens oplæringen i brug af CADD pumpe sker ved kommunal sygeplejerske.

Nyremedicinsk afdeling Y nævner, at SAM:BO aftalen giver potentiale for at øge IV indsatserne.

2.4.3 Udkørende funktion (konsultation i hjemmet)

Af kortlægningen fremgår 37 indsatser fra både psykiatrien og somatikken, hvor behandlingen eller konsultationer foregår i patienternes hjem ved fysisk tilstedeværelse. Der er tale om indsatser, som har til formål at sikre bedre overgange fra hospitalet til eget hjem

eller sker som opfølgning på indlæggelser for at minimere risikoen for genindlæggelser. Dette gælder fx indenfor voksenpsykiatrien eller i geriatriisk afdeling, hvor en sygeplejerske foretager opfølgende besøg efter indlæggelse.

Flere afdelinger beskriver også, at for sårbare grupper fungerer konsultationerne bedst, hvis de foretages i hjemmemiljøet. Fx har både endokrinologisk afdeling M og børn- og ungepsykiatrien BUP konsultationer i hjemmet vedrørende ernæringsindsatser for unge med spiseforstyrrelser, og HC. Andersens børn- og ungehospital gennemfører træningsindsatser ved fysioterapeuter i patientens hjem.

Ligeledes beskrives en række konsultationer, hvor patientens problemstillinger bedst vurderes i hjemmeomgivelserne, hvor pårørende eller den kommunale sygepleje/institution er involveret eller der er behov for undervisning og et tæt samarbejde på tværs af sektorer. Her er eksempler på, at hjemmekonsultationer til andre sårbare grupper som fx hjerneskadede, patienter med bevægeforstyrrelser, palliative behandlinger med fokus på øget patientinddragelse er med til at give et realistisk og retvisende billede af patientens fysiske og kognitive formåen. Desuden kan nævnes konsultationer omhandlende donationssamtaler foretaget af nyremedicinsk afdeling Y eller samtaler i hjemmet i forhold til palliative forløb foretaget af onkologisk afdeling R.

En del indsatser er beskrevet som implementerede, mens andre beskrives som værende under udvikling eller som projekter. Af afdelingerne beskrives indsatserne som meningsgivende i forhold til at reducere genindlæggelser og sikre øget samarbejdet på tværs af sektorer. Ligeledes vurderer flere afdelinger, at mange indsatser har skaleringspotentiale men at ressourcekrævende tiltag.

2.4.4 Selvadministration

Under kategorien selvadministration er medtaget 13 tiltag. Nogle af disse indsatser med selvadministration omhandler subcutane injektioner fx i Afdeling for medicinske mave-tarm sygdomme S, hvor patienter kan selvadministrere biologisk medicin. Det drejer sig givetvis om behandlinger, som tidligere skulle gives med overvågning af sundhedspersonale. Kendetegnende for tiltagene er, at patienter oplæres til at selv at foretage behandlingen. Eksempler herpå er at foretage blæreskylning, påsætte elektroder på tibialis for overaktiv blære, hvilket er implementeret i både Urinvejskirurgisk afdeling L og Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, eller som i Kirurgisk Afdeling A foretage udtømning af tarm før koloskopi. Hjemmedialyse, som et tiltag fra Nyremedicinsk afdeling Y, er endnu et individualiseret behandlingstilbud, som er fuldt implementeret.

Selvadministration kræver typisk oplæring og kan jævnfør flere afdelinger skales, hvis flere præparater bliver tilgængelige i en form, der kan administreres af patienter (fx ved skifte fra IV-behandling til subcutan eller tabletbehandling).

Det fremgår således, at der er potentiale for at øge antallet af behandlinger, som patienter selv kan administrere.

2.4.5 Behandling i nærmiljøet

Der er indrapporteret i alt 19 tiltag, som beskriver behandling i borgere og patienters nærmiljø. Det drejer sig om behandlinger, der er omlagt til daghospitalet (Odense, Svendborg og Nyborg) og kræver observation eller skal gives på særlig måde.

Der er også en række tiltag, hvor der samarbejdes med lokale sygehuse med understøttelse af video. Et eksempel er faldudredning, som i høj grad kan ske kommunalt efter virtuel konference med Faldklinikken.

Afhængigt af kompetencer i kommunen kan nogle behandlinger som fx påsætning af Qutenzaplaster, tilbydes i kommunale sundhedsklinikker.

Daghospitalsbehandlinger kan optimere arbejdsgange for personalet på sygehusafdelingerne og modellen kan måske udbredes, så nogle behandlinger også kan gives i sundhedsklinikker eller nærhospitaler. Nogle indsatser er stadig beskrevet som igangværende projekter og skal vurderes i forhold til skaleringspotentiale og økonomi.

2.4.6 Opsamling

Flere afdelinger peger på, at behandlinger, som tidligere blev givet i ambulatoriet og senere er flyttet til daghospital, også kan udlægges til sundhedsklinikker eller lokale sygehuse. Det vurderes at være muligt, når borgerens/patientens ressourcer tilsiger det, og det kan bringe behandling og indsatser endnu tættere på borgerens nærmiljø.

Desuden vurderes indsatser, hvor region og kommune samarbejder om faglig sparring i individuelle behandlingstilbud, som tiltag med væsentligt skaleringspotentiale i forhold til at øge behandlingen i nærmiljøet.

2.5 Hjemmeindlæggelse (4 tilbud)

Hjemmeindlæggelse er ikke i ret høj grad udbredt på OUH, og der er kun få tiltag, som omhandler dette. Der skal dog tages med i betragtning, at hjemmeindlæggelse ikke er tydeligt defineret nationalt, og ikke praktiseres og kodes ens i regionerne.

Den tydeligste definition for hjemmeindlæggelse er, at det er patienter, der kan være hjemme under indlæggelse, men der er daglig kontakt med patienterne og der er tilgængelighed til afdelingen hele døgnet. Afdelingen har behandlingsansvaret for de hjemmeindlagte patienter.

I kortlægningen beskrives således 4 tiltag, hvor patienter er indlagt i eget hjem med daglig sundhedsfaglig kontakt.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling arbejder med planlagt "orlov" under indlæggelse. Indsatsen har til hensigt at forberede på og støtte forud for en udskrivelse.

Kirurgisk afdeling A er i gang med et projekt om tidlig overflytning af nyopererede patienter til hjemmet på første dag efter operationen. Derudover arbejder Ortopædkirurgisk afdeling O med at dele af et forløb for traumepatienter foregår i hjemmet. Det omhandler patienter, der grundet hævelse omkring et brud har behov for at afhæve for ud for operation. I udvalgte tilfælde kan patienterne være indlagt i hjemmet til afhævning og smertebehandling forud for operationen.

I Gynækologisk Obstetrisk afdeling D implementeres tiltag omkring hurtig udskrivelse af patienter, der har fået foretaget planlagt kejsersnit. Udskrivelse sker dagen efter kejsersnittet med opfølgende hjemmebesøg.

Tidligt hjemmeophold for "for tidligt fødte børn" er et tiltag i HC Andersens børne- og ungehospital, hvor forældre og barn udskrives tidligere end før med tæt kontakt, men ikke daglig, til afdelingen. Der er planlagt kontrol hver uge, og døgnet igennem mulighed for kontakt til afdelingen.

2.5.1 Opsamling

Flere afdelinger angiver, at hjemmeindlæggelser, som hele eller dele af et indlæggelsesforløb, har et betydeligt potentiale for skalering. Der beskrives, at der er barrierer blandt andet i form af logistik, leverancer af medicin, blodprøvetagning mm., som skal løses, hvis tiltagene skal øges.

3. Perspektiver

Mere end 200 rapporterede tiltag fra OUH's afdelinger danner baggrunden for denne kortlægning. Kortlægningen er et øjebliksbillede, da alle afdelinger fortløbende arbejder med udviklingen af at vende sygehuset udad med nye initiativer og med at påtage sig et større ansvar for det samlede patientforløb. Kortlægningen kan desuden ikke ses som udtømmende, da der vil være indsatser og tiltag, som afdelingerne ikke har indmeldt, blandt andet fordi de anses som naturlige og allerede er velimplementerede. Tiltagenes patientvolumen kan ikke aflæses af rapporten, hvilket kan være en videreudvikling på sigt. Telefon- og videokonsultationer kan dog allerede nu trækkes i ledelsesrapporten, men for øvrige tiltag vil det formentlig kræve et større arbejde at indføre måling af volumen.

På trods heraf giver kortlægningen et indblik i afdelingernes arbejde med at vende sygehuset udad og kan fungere som både ledelsesredskab og inspiration på tværs af afdelingerne. Planen er også, at kortlægningen skal opdateres årligt, så der løbende er et retvisende overblik over de udadgående aktiviteter.

Kortlægningen viser, at der er mange potentialer for at udvide og skalere tiltag. Samtidig peger kortlægningen på en række barrierer eller udfordringer.

Et centralt perspektiv er paradigmeskiftet i forbindelse med hjemmebehandling, som kan være en barriere. Paradigmeskiftet består i, at på sygehuset er borgeren/patienten gæsten og i hjemmet er det de sundhedsprofessionelle, som er gæster. Dette involverer en grundlæggende kulturforandring, som der på et overordnet niveau vil skulle arbejdes med i alle afdelinger.

Overordnet set forudsætter de fleste tiltag, at det samlede sundhedsvæsen tænker patienten først fremfor praktikken i løsningerne. Flere indsatser beskriver, hvorledes patientens ressourcer bedst ses i hjemmet og at hjemmebehandling frigør ressourcer for patienterne. Flere afdelinger nævner (personale-)ressourcer som en barriere i forhold til skalering af hjemmebehandlingsløsninger. Det kalder på nye arbejdsgange, hvor fx hjemmebehandlingsteams, flytning af aktiviteter til nærmiljøet, virtuel stuegang eller anden form for kontakt tænkes ind som del af patientforløbet. Det kan også kalde ud intensiveringen af det tværsektorielle samarbejde, som er grundlagt i de regionale samarbejdsaftaler. Det er aftaler, der beskriver ansvarsfordelingen for løsning af opgaverne og sætter standarden for samarbejdet.

Opsamlede peger kortlægningen på følgende barrierer og opmærksomheder i forhold til at øge sygehusets udadrettede aktiviteter:

- Logistik: Løbende udbringning af medicin og remedier til hjemmebehandling skal sikres.
- Diagnostik i form af blodprøver på POCT-udstyr skal kunne tages og umiddelbart skal data kunne lagres i patientjournalen.
- Kvalitet af udstyr og målinger: Udstyret være betjeningsvenligt og nøjagtigt og herved sikre korrekte data.
- Rette kompetencer hos borgere/patienter og evt. pårørende samt indretning af hjemmet, som reelt gør hjemmebehandling mulig.
- Udvikling og innovation skal rettes mod at understøtte hjemmebehandlingen.
- Hygiejne i forbindelse med hjemmebehandling.

- Tilgang til dokumentation og indhentning af oplysninger skal kunne tilgås let udenfor OUH's matrikel.
- Arbejdsmiljø og ergonomi ved udgående funktioner hvor borgerens/patientens hjem skal fungere som en sikker arbejdsplads.
- Juridiske perspektiver for behandlingsansvar, dokumentation og opgaveløsning.
- Ethiske dilemmaer i forhold til at ændre et hjem til en arbejdsplads, hvor der skal foregå behandling.
- Samarbejdsflader med den kommunale sygepleje, egen læge og patient og pårørende samt udvikling af arbejdsgrupper med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje og flere akutte udkørende funktioner kan flere patienter behandles i hjemmet.

På trods af barrierer ses stort potentiale og perspektiver. Med Sundhedsreformen gives nye muligheder og kan givetvis afhjælpe nogle af udfordringerne. Fx kan øget fokus på tværsektorielt samarbejde, indførelsen af hjemmebehandlingsteams, Sundheds- og Omsorgspladser og regional akutsygepleje være en del af løsningen.

Desuden peger mange tiltag i kortlægningen på skaleringspotentiale. Desuden er mange i tiltag i en idé- og udviklingsfase, hvilket også indikerer, at der vil være potentiale for på sigt at udvide tiltagene.

Der vil desuden være et perspektiv i højere grad af stratificering af den enkelte patients ressourcer i forhold til at tage ansvar for egen behandling og således at differentiere patientforløb og -tilbud. Nogle patienterne vil selv kunne foretage behandling/monitorering, andre vil have pårørende til at hjælpe sig og endelig vil nogle kunne klare behandlingen med hjælp fra den kommunale sygepleje og kun en mindre patientgruppe kan have behov for indlæggelse.

Kortlægningen giver mange konkrete forslag til yderligere at vende sygehuset udad. Ønsket er, at kortlægningen er et inspirationsmateriale, hvor det er muligt at se ind i, hvad alle har arbejdet med. Det er tydeligt, at nogle redskaber kan anvendes mere generisk og andre har brug for centrale beslutninger og løsninger. PRO løsninger kan fx hjælpe med at differentiere i behovet for konsultationer afhængigt af patienternes aktuelle problemstillinger. Patienterne møder ikke unødigt op til konsultation og klinikeres tid kan anvendes hvor der er størst behov. Der er et ønske fra flere afdelinger om at udvikle flere PRO løsninger, men der er aktuelt en begrænsning i ressourcer i forhold til udvikling af nye løsninger.

Den videre proces

Programledelsen for Sundhed uden for Sygehuset har det overordnede ansvar for at sikre intensiveringen af tiltag uden for sygehuset. Her kan kortlægningen byde på inspiration og særlige fokus fx at undgå indlæggelser og optimering af overgange mv. Som del af arbejdet med at intensivere afdelingernes udadrettede aktiviteter, skal afdelingerne beskrive tværgående udfordringer i forbindelse med indmelding af nye tiltag. Dette forventes at give et dybere grundlag for at se tværgående problematikker i et større perspektiv og arbejde med fælles løsninger.

Samtidig kan et tæt samarbejde omkring udvikling og innovation af tiltag bidrage til både udviklingen af nye tiltag og sikringen af generiske løsninger, som kan understøtte behandling ud af sygehuset og sætte patienter og pårørende bedre i stand til at understøtte egen behandling.

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne:

Projektleder Marianne Lundegaard, marianne.lundegaard@rsyd.dk og 2466 9524

Projektkoordinator Lena Skovgård Petersen, lena.petersen@rsyd.dk og 2127 4556

Chefkonsulent Dina Moos Riggelsen, dina.moos.riggelsen@rsyd.dk og 2164 4685