

# Model for **behandlings- ansvar 72 timer** efter hospitalsbehandling

Version 1.0, oktober 2021

## Indhold

1. Indledning.....	3
1.1 Grundlag for modellen .....	3
1.2 Modellens parter .....	4
1.3 Formål.....	4
1.4 Målgruppe.....	4
1.5 Volumen .....	5
2. Det lægefaglige behandlingsansvar .....	5
2.1 Udvidet behandlingsansvar 72 timer .....	5
2.2 Kontakt til hospitalet .....	7
2.3 Delegation.....	9
3. Arbejdsgange, digitalt samarbejde og data.....	10
3.1 Planlægning af udskrivelse.....	10
3.2 Opstart af udvidet behandlingsansvar.....	11
3.3 Kommunikation og samarbejde under 72 timers behandlingsansvar .....	11
3.4 Afslutning.....	12
3.5 Behandlingsansvaret forlænges udover 72 timer.....	13
3.6 Afslutning af behandlingsansvar udover 72 timer.....	13
4. Digitalt overblik.....	14
5. Monitorering.....	15
6. Øvrige forhold .....	17
6.1 Implementering af modellen.....	17
6.2 Ikrafttræden .....	17
6.3 Evaluering og næste skridt .....	17
7. Arbejdsgruppens sammensætning .....	17
Bilag 1 .....	19
Oversigt over midlertidige kommunale døgnpladser i Region Hovedstaden, september 2021 .....	19
Bilag 2 .....	21
Illustrative eksempler på situationer, hvor et udvidet behandlingsansvar forventes at gøre en forskel .....	21

## 1. Indledning

Region Hovedstadens hospitaler skal understøtte, at borgerne oplever gode samlede behandlingsforløb med en tryk overgang mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på kommunale døgnpladser/plejecentre.

Med visionsoplægget 'Alle skal med - Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' af juni 2021 har regionen besluttet at supplere måden, regionen tilbyder behandling på. Regionen vil tage ansvar for at sikre bedre overgange mellem hospital, kommune og egen læge, herunder hvordan hospitalerne kan bidrage til at samarbejdspartnere i kommune og praksissektor får de bedste betingelser for at give behandling og pleje efter udskrivelse af færdigbehandlede patienter.

Det betyder bl.a., at hospitalerne skal tage et større ansvar for det samlede patientforløb, også efter udskrivelse, ved at stille relevant viden til rådighed for kommuner og almen praksis og dermed udvide behandlingsansvaret for visse patienter til 72 timer efter udskrivelse. Den konkrete model gennemgås nedenfor.

### 1.1 Grundlag for modellen

Hospitalerne udskrives patienterne, når de er færdigbehandlede og ikke længere har behov for behandling på hospitalet. En del patienter vil dog fortsat have behov for pleje og/eller støtte efter afsluttet hospitalsbehandling. Denne model omfatter de patienter, der er færdigbehandlede og modtager kommunal sygepleje. Modellen skal øge kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem hospital og kommune i de første døgn efter udskrivelsen.

Modellen tager afsæt i den aftale om behandlingsansvar, der er lavet under samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner<sup>1</sup> og følger denne aftales principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. Desuden indgår erfaringer med den afprøvning af behandlingsansvar udenfor hospitalet, der er foretaget med aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser.

Afhængig af de enkelte hospitalers vilkår kan der være variation i, hvordan opgaven organiseres lokalt. Dette kan fx vedrøre variationer i håndtering af akutte indlæggelser. Det afgørende er, at modellen er ensartet i forhold til kontakten til hospitalet efter udskrivelsen og at den dækker alle hospitaler.

---

<sup>1</sup> Denne model supplerer aftalen om de kommunale akutfunktioner og den kommende overenskomsts bestemmelser om kommunale akutfunktioner, jf. aftale om almen praksis af 19. juni 2021 indgået mellem RLTN og PLO. Det bemærkes, at målgruppen for modellen er færdigbehandlede patienter, mens det for patienter henvist fra hospitalet til de kommunale akutfunktioner gælder, at hospitalsbehandlingen og behandlingsansvaret fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet. Patienter henvist fra hospitalet til de kommunale akutfunktioner er dermed ikke omfattet af 72 timers modellen.

## 1.2 Modellens parter

Modellen omfatter alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden samt Region Hovedstadens Akutberedskab (Akuttelefonen 1813) og er et tilbud om et styrket samarbejde med alle kommuner og praktiserende læger i Region Hovedstaden.

## 1.3 Formål

Formålet med denne model er at skabe en tryk overgang for borgerne mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på midlertidige kommunale døgnpladser/plejecentre. Modellen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for de borgere, der har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse. Dette via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og Akuttelefonen 1813.

Modellen understøtter, at der er relevant viden hos sundhedsprofessionelle i kommunerne, som plejer og behandler borgerne, og har dermed potentiale til at mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser. Med adgang til udvidet lægekontakt på hospitalet og eventuelt diagnostik der hvor borgeren opholder sig, vil akutte indlæggelser i en række tilfælde kunne forebygges eller varetages mere hensigtsmæssigt.

Desuden skal modellen understøtte, at hospitalerne, herunder særligt den udskrivende afdeling, tager et større ansvar for det samlede patientforløb, og det skal være let for kommuner, almen praksis og Akuttelefonen 1813 at få relevant lægefaglig rådgivning og vejledning på hospitalerne.

Det udvidede behandlingsansvar skal gøre det lettere at koordinere og samarbejde om de opgaver og det ansvar hver part har i det daglige, jf. sundhedsloven<sup>2</sup>.

## 1.4 Målgruppe

Målgruppen er borgere med bopæl i Region Hovedstaden, som er færdigbehandlede og efter endt hospitalsbehandling udskrives til kommunal sygepleje, og som derfor forventes at have behov for pleje eller støtte. Det bemærkes, at borgere i korte ambulante forløb under 24 timer som udgangspunkt ikke er omfattet af behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling.

Der arbejdes med trinvis udbredelse og implementering. Til en start vil målgruppen omfatte borgere med behov for kommunal sygepleje, der udskrives til

- midlertidig kommunal døgnplads (trin 1)
- plejecenter (trin 2)
- kommunal sygepleje i eget hjem (trin 3)

---

<sup>2</sup> I sundhedsloven kapitel 16 fremgår, at regionen skal yde sygehusbehandling. I sundhedslovens Afsnit IX fremgår hvilke ydelser, kommunen skal yde. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

Pr. 1. februar 2022 er trin 1 etableret, og forventningen er, at hele målgruppen er omfattet af ordningen pr. 1. september 2022. Trin 2 starter op pr. 1. maj 2022 og trin 3 pr. 1. september 2022.

I bilag 1 ses oversigt over midlertidige kommunale døgnpladser i Region Hovedstaden.

I bilag 2 ses eksempler på cases, hvor udvidet behandlingsansvar forventes at gøre en forskel i forhold til at sikre et godt og sammenhængende forløb.

## 1.5 Volumen

Der findes i dag ikke præcise data for hvor stor en andel af hospitalsindlæggelser, der udgøres af borgere, som modtager en kommunal sygeplejeydelse.

Ved at sammenholde antallet af indlæggelser, udtrykt ved antal afsendte indlæggelsesadviser (MedCom data), med antallet af fremsendte/modtagne hjemmepleje-sygehusmeddelelser; indlæggelsesrapport (ILR), plejeforløbsplan (PFP) og udskrivningsrapport (USR) i 2018-2020 samt første halvår 2021 skønnes det dog, at mellem 15-20 pct. indlagte patienter modtager kommunale ydelser. Dette svarer til at ca. 55.000-60.000 borgere årligt er i målgruppen for kommunale tilbud efter udskrivelse. Vurderingen er, at disse borgere er i målgruppen for udvidet behandlingsansvar. Det bemærkes at borgere, der udelukkende modtager praktisk hjælp og personlig pleje fra hjemmeplejen, ikke er i målgruppen, men indgår i data, hvorfor målgruppen nok er overestimeret.

Det er ikke muligt at opdele data på borgere, der udskrives til en midlertidig kommunal døgnplads, plejecentre og kommunal sygepleje i eget hjem.

Der er usikkerhed om i hvor stort et omfang, der vil være behov for opfølgning på udskrivelse fra hospitalet, og dermed hvad ressourcetrækket vil være. Som nævnt under afsnit 5 vil dette være et led i opfølgning på modellen.

## 2. Det lægefaglige behandlingsansvar

Behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling skal gøre kommunikation og samarbejde lettere og mere smidigt i overgangen mellem hospital og kommune samt almen praksis og Akuttefonen 1813. Det drejer sig om opgaver, der allerede i dag løses i hospitalsregi, herunder om behandlingsplanen skal præciseres, eller der skal ordineres anden medicin.

### 2.1 Udvidet behandlingsansvar 72 timer

Udvidet behandlingsansvar 72 timer defineres ved, at hospitalet påtager sig at håndtere de henvendelser, som sundhedsprofessionelle i kommune, almen praksis og Akuttefonen 1813 måtte have efter den aktuelle udskrivelse fra hospitalet. Det kan dreje sig om opfølgning på udskrivelse og/eller henvendelse ved ændring af borgerens tilstand.

Den afdeling, der har udskrevet patienten, rådgiver og vejleder om spørgsmål vedrørende konkrete borgers pleje og ordinerer behandling. Det er vigtigt at være opmærksom på, om den behandlingsansvarlige læge ordinerer egentlig behandling eller giver generel rådgivning og vejledning. Det må forventes, at når den behandlingsansvarlige læge foretager vurderinger som led i den konkrete patients behandling, er der tale om 'aktuel behandling'. Når en læge yder aktuel behandling, har lægen adgang til at slå op i Sundhedsplatformen (SP) efter Sundhedslovens regler, og der skal ske journalføring efter journalføringsbekendtgørelsen.

Modellen indebærer, at hospitalet påtager sig det lægefaglige behandlingsansvar ved henvendelse fra sundhedsprofessionelle om borgere i målgruppen. Initiativet til henvendelse indenfor 72 timer påhviler kommunen, almen praksis og Akuttefonen 1813.

### *Organisering*

Behandlingsansvaret påhviler den afdeling, som har udskrevet patienten. Ved henvendelse fra sundhedsprofessionelle til afdelingen er det den vagthavende læge, der har det lægefaglige behandlingsansvar i den aktuelle situation.

Funktionen er døgndækkende. Hvert hospital identificerer relevante enheder/afdelinger og beskriver konkret, hvordan organisering af 72 timers behandlingsansvar løftes bedst i samarbejde mellem hospitalets læger og sygeplejersker, samt hvordan patienter og deres eventuelle pårørende informeres. Inden ordningen igangsættes 1. februar 2022 udarbejder alle hospitaler en skriftlig plan for modellen hos dem. Som led heri er der udpeget en hovedansvarlig på hvert hospital og i enhver relevant afdeling.

Den behandlingsansvarlige læge kan delegerer opgaver til en sygeplejerske på udskrivende afdeling. Dette gælder såvel organisatorisk som i det konkrete forløb. Der kan være forskel på organiseringen i dagtid og vagttid (aften/nat, weekender og helligdage).

### *Information til kommune og almen praksis*

Kommunen og den praktiserende læge skal for den konkrete borger have oplysning om den udskrivende afdeling, samt et telefonnummer, hvor afdelingen kan kontaktes. Det relevante telefonnummer skal fremgå af udskrivningsrapport og epikrise. Akuttefonen 1813 kan tilgå oplysningen via SP.

### *Information til borgeren*

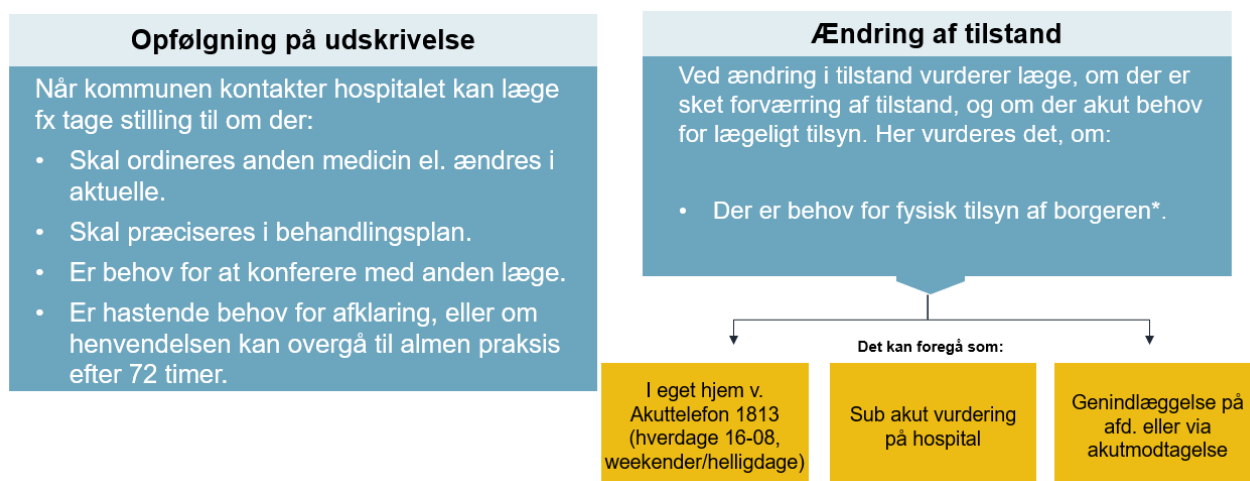
Borgeren og dennes eventuelle pårørende skal være informeret om, at hospitalet har udvidet behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling samt, hvornår behandlingsansvaret påbegyndes og afsluttes. Den udskrivende afdeling oplyser om, at kontakten til hospitalet typisk foregår via sundhedsprofessionelle i kommunen. I forbindelse med trin 3: 'kommunal sygepleje i eget hjem' kan der være behov for at klæde patient og pårørende ekstra godt på i forhold til, hvem de fx skal kontakte, hvis de bliver bekymrede.

## 2.2 Kontakt til hospitalet

Sundhedsprofessionelle fra kommuner, almen praksis og Akuttefonen 1813 kan henvende sig til udskrivende afdeling hele døgnet. Henvendelsen foregår via telefon.

Det vil være den kommunale sygeplejerske eller social og sundhedsassistent, der kontakter udskrivende afdeling. Tilsvarende kan almen praksis og Akuttefonen 1813 henvende sig til udskrivende afdeling. Hvad angår almen praksis, kan kontakten fx dreje sig om spørgsmål vedrørende hospitalsbehandlingen, som borgeren har henvendt sig til egen læge med. Hvad angår Akuttefonen 1813, kan kontakten fx dreje sig om spørgsmål vedrørende borgere, som 1813 varetager lægeligt tilsyn hos.

## Kontakt og handlemuligheder



\*Der arbejdes på, at konsultation kan foregå via video i de tilfælde, det vurderes hensigtsmæssigt. Region Hovedstaden og kommunerne skal aftale en model for video konsultation i Tværsektorielt Samarbejdsforum for digital kommunikation.

### Opfølgning på udskrivelse

Henvendelser som vedrører det aktuelle indlæggelsesforløb, vil forventet primært dreje sig om spørgsmål vedrørende den ordinerede/seponerede medicin, behandlinger foretaget på hospitalet som har konsekvenser for det videre forløb og behandlingsniveau. Der kan også tages kontakt ved ændring i borgerens tilstand.

Den læge, der har ansvar for at modtage opkaldet, vurderer konkret om der fx

- skal ordineres anden medicin eller ændres i den aktuelle
- skal præciseres en behandlingsplan
- er behov for at konferere med en læge fra et andet speciale/almen praksis/patientansvarlig læge (PAL)

- er hastende behov for afklaring, eller henvendelsen kan overgå til almen praksis efter 72 timer.

Lægen, der modtager opkaldet, kan have behov for at konferere med andet relevant speciale/almen praksis/PAL. De fleste spørgsmål vil forventet kunne besvares hurtigt, mens enkelte spørgsmål først vil kunne besvares næste dag.

Udskrivende afdeling oplyser den sundhedsprofessionelle, som henvender sig til afdelingen om forventet svartid, og om henvendelsen kan overgå til almen praksis efter 72 timer.

#### *Ændring i borgerens tilstand*

Ved akutte livstruende tilstande skal der ringes 1-1-2.

Ved telefonisk henvendelse til udskrivende afdeling vurderes, om der er tale om en forværring af tilstanden, og om der er akut behov for et lægefagligt tilsyn. I givet fald vurderes det om

- tilsynet kan foretages via telefon evt. suppleret med en videokonsultation
- der er behov for fysisk tilsyn hos borgeren.

Videokonsultation kan eventuelt supplere telefonkontakten, før der tages stilling til fysisk lægeligt tilsyn. Videokonsultationen assisteres af kommunale fagpersoner. Kommunen har ansvaret for at stille udstyr til rådighed for den midlertidige kommunale døgnplads og plejecenter, så der kan anvendes video konsultation. Der er aktuelt ikke er en simpel operationel måde at foretage videokonsultationer på. Region Hovedstaden og kommunerne skal aftale en model for video konsultation i Tværsektorielt samarbejdsforum for digital kommunikation.

Ved akut behov for fysisk lægeligt tilsyn kan dette foregå som

- besøg i eget hjem ved Akuttelefonen 1813
- en subakut vurdering på hospitalet
- indlæggelse/genindlæggelse.

Hvis borgeren skal indlægges/genindlægges vurderer den rekvirerende læge på hospitalet, om borgeren skal modtages direkte på afdelingen eller skal via Akutmodtagelsen, og der rekvireres kørsel via CVI/kørselskontor.

#### *Lægeligt tilsyn ved Akuttelefonen 1813*

Hvis situationen kræver et lægeligt tilsyn og ikke oplagt indlæggelse, kan dette rekvireres hos Akuttelefonen 1813 i tidsrummet 16-08 på hverdage samt hele døgnet i weekenderne. I dagtid på hverdage kan besøg ikke rekvireres, og tilsynet gennemføres som subakut vurdering eller indlæggelse på hospitalet.

Hvis der ønskes et lægeligt tilsyn ved de udekørende læger fra Akuttelefonen 1813 skal dette rekvireres ved læge til læge kontakt med Akuttelefonen 1813's rådgivende læge via et direkte telefonnummer.



Akuttefonen vil søge at imødekomme rekvisitionen, men såfremt der ikke vil være ressourcer indenfor en acceptabel tidsramme i forhold til patientens tilstand, må det vurderes om borgeren skal køres ind til vurdering på hospitalet.

#### *Forlængelse af udvidet behandlingsansvar*

Hvis patienten efter 72 timer ikke er klinisk stabil, kan behandlingsansvaret forlænges efter konkret aftale med den behandlingsansvarlige læge (funktion/afdeling).

#### *Almen praksis' ansvar*

Almen praksis har ansvar for at følge op på epikriser som vanligt. Tilsvarende vil almen praksis have ansvar for at håndtere direkte henvendelse fra borger som vanligt, også hvis den finder sted indenfor 72 timer efter udskrivelse. Det vil sige, at der ikke bliver flyttet opgaver, som almindeligvis varetages i almen praksis, og som ikke vedrører hospitalsindlæggelsen. Almen praksis' opfølgingsforpligtelse er således uændret.

#### *Kommunens ansvar*

Kommunen har som vanligt ansvar for observation og pleje af relevante borgere og har forpligtelse til at reagere på ændringer i borgerens tilstand. Det vil sige, at myndighedsansvaret påhviler kommunen og ikke den udskrivende afdeling.

### 2.3 Delegation

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til den kommunale sygeplejerske kan aftales for den enkelte borger<sup>3</sup>. Det er til enhver tid kommunens ansvar at de relevante sundhedsprofessionelle har de nødvendige kompetencer som vanligt. Det vil sige, at kommunen som vanligt oplyser hospitalet om, hvorvidt de kan påtage sig opgaven.

---

<sup>3</sup> Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundheds- og Ældreministeriet, 2009. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>



### 3. Arbejdsgange, digitalt samarbejde og data

Kommunikation fra hospital til kommune og almen praksis vedrørende udskrivelse leveres konsekvent og rettidigt. Plejeforløbsplan, udskrivningsrapport, korrespondancemeddelelse og epikrise fremsendes til kommune og almen praksis som vanligt, jf. gældende kommunikationsaftale. Den udskrivende læge på hospitalet sikrer at FMK er ajourført, og relevante recepter er udstedt.

Parterne har pligt til journalføring i egne systemer.

#### 3.1 Planlægning af udskrivelse

Planlægning af udskrivelse foregår som vanligt i samarbejde med de kommunale visitatorer, som bl.a. vurderer hvilke kommunale ydelser, borgeren skal udskrives til

- midlertidig kommunal døgnplads (trin 1).
- plejecentre (trin 2).
- kommunal sygepleje i eget hjem (trin 3).

Det vil sige, at modellen omfatter de færdigbehandlede borgergrupper, der som vanligt samarbejdes om.

### 3.2 Opstart af udvidet behandlingsansvar

#### *Information til borgeren*

Af besøgssammendraget (rapport fra SP) skal det fremgå, at borgeren er omfattet af hospitalets 72 timers behandlingsansvar. Borgeren samt eventuelle pårørende skal mundtligt orienteres herom.

Der skal udarbejdes patientinformation om udvidet behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling, så borgerne ved, hvordan de kan kontakte relevante sundhedsprofessionelle i kommunen, hvis de har spørgsmål vedrørende den aktuelle indlæggelse.

#### *Information til kommunen*

Af udskrivningsrapporten skal det fremgå, at borgeren er omfattet af 72 timers behandlingsansvar, samt hvornår dette udløber. Desuden skrives det telefonnummer, som afdelingen kan kontaktes på.

#### *Information til egen læge*

Patientens egen læge orienteres via udskrivningsepikrisen. Øverst i epikrisen skal det fremgå at borgeren er omfattet af 72 timers behandlingsansvar samt hvornår egen læge forventes at skulle overtage behandlingsansvaret. Farvemarkering af epikrisen skal følge de gældende retningslinjer. Desuden skrives det telefonnummer, som afdelingen kan kontaktes på.

#### *Dokumentation i fagsystemer på hospital og i kommune*

For patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar skal dette tydeligt fremgå af patient-/omsorgsjournalen både på hospital og i kommune.

### 3.3 Kommunikation og samarbejde under 72 timers behandlingsansvar

Henvendelse fra kommunen til udskrivende afdeling foregår via telefon, der står til rådighed hele døgnet for henvendelser fra sundhedsprofessionelle i kommunen, almen praksis og Akuttefonen 1813 om konkrete borgere.

Før telefonisk kontakt til udskrivende afdeling orienterer den kommunale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent sig i fremsendte informationer i forhold til udskrivelsen og indsamler relevante oplysninger om borgeren herunder måling af vitale parametre (temperatur, puls, blodtryk, respirationsfrekvens og saturation) i henhold til ABCDE-princippet<sup>4</sup> eller TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom). ABCDE/TOBS skal være afdækket, inden der tages telefonisk kontakt til udskrivende afdeling, såfremt det er relevant for henvendelsen. Derudover benyttes sikker mundtlig

<sup>4</sup> Systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom.

kommunikation<sup>5</sup>. Hvis det er en social- og sundhedsassistent, der kontakter udskrivende afdeling, har vedkommende typisk søgt rådgivning og vejledning hos en sygeplejerske, inden udskrivende afdeling kontaktes.

I dialogen med udskrivende afdeling oplyser kommunen hospitalet om hvilke sundhedsmæssige udfordringer hos borgeren, de selv kan løse.

Ved behov for direkte kontakt til borgerens praktiserende læge benytter hospitalslægen egen læges direkte sekundærnummer/bagom nummer; disse numre fremgår på sundhed.dk.

Telefonopkaldet følges op af en korrespondancemeddelelse ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende. Det skal fremgå af korrespondancemeddelelsen vedrørende kontakten, hvornår 72 timers behandlingsansvar ophører.

### 3.4 Afslutning

*Hvis der ikke har været kontakt mellem kommune og hospital indenfor 72 timer*

Hvis der ikke har været kontakt mellem kommune og hospital inden for 72 timers behandlingsansvar er det tilstrækkelig information til

- kommunen, at det er angivet i udskrivningsrapporten, hvornår behandlingsansvaret overgår til egen læge
- egen læge, at det er angivet i udskrivningsepikrisen, hvornår behandlingsansvaret overgår til egen læge.

*Har der været kontakt mellem kommune og hospital indenfor 72 timer*

Hvis der har været kontakt mellem kommune og hospital inden for 72 timers behandlingsansvar, som medfører præcisering eller ændring i behandlingsplan, ordination af medicin eller lignende skal

- det fremgå af korrespondancemeddelelsen til kommunen, hvornår behandlingsansvaret overgår til egen læge
- der sendes en ambulant epikrise til egen læge vedrørende kontakten samt en opdatering om, hvornår behandlingsansvaret overgår til egen læge.

Der arbejdes på at etablere og sikre arbejdsgange mellem hospital og 1813 i forhold til lægelige tilsyn og indlæggelser.

---

<sup>5</sup> ISBAR er et redskab til at strukturere kommunikation om patientbehandling, der sikrer at den mundtlige kommunikation kommer rundt om 5 centrale punkter:

- Identifikation (patientinformation),
- Situation (borgerens situation/årsag til henvendelsen),
- Baggrund (borgerens sygdomshistorie),
- Analyse (vurdering af problemet),
- Råd (om videre pleje/behandling).

### 3.5 Behandlingsansvaret forlænges udover 72 timer

Hvis hospitalet forlænger behandlingsansvaret udover 72 timer, skal følgende tværsektorielle kommunikation foregå.

#### *Information til kommunen*

Udover telefonisk kontakt mellem hospital og kommune fremsendes en korrespondancemeddelelse som dokumentation for kontakt. Her skal nyt tidspunkt for ophør af hospitalets behandlingsansvar tydeligt fremgå.

#### *Information til egen læge*

Hospitalet sender en ambulant epikrise til egen læge. Af denne skal det tydeligt fremgå, at hospitalets behandlingsansvar opretholdes udover 72 timer. Det skal også fremgå, hvornår behandlingsansvaret overgår til egen læge.

#### *Information til borgeren*

Borgeren og dennes eventuelle pårørende skal være informeret om, at hospitalets behandlingsansvar opretholdes udover 72 timer, og hvornår hospitalets behandlingsansvar ophører.

### 3.6 Afslutning af behandlingsansvar udover 72 timer

Ved afslutning af behandlingsansvar udover 72 timer er det tilstrækkelig information til

- kommunen, at tidspunkt for ophør af behandlingsansvar 72 timer fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse
- egen læge, at tidspunkt for ophør af behandlingsansvar 72 timer fremgår af tidligere fremsendte ambulante epikrise.

Nedenfor ses oversigt over digital kommunikation vedrørende 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling.

Tabel 1 Hospitalet har behandlingsansvar 72 timer

	Fra	Til	Aktivitet/MedCom standard
<b>Ved udskrivelse</b>	Hospital	Kommune	Udskrivningsrapporten (XDIS18) felt 30 "Fremtidige aftaler"
	Hospital	Egen læge	Udskrivningsepikrise (DIS01)
<b>Under 72 timers behandlingsansvar</b>	Hospital	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse (DIS91) v. præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l.
	Hospital	Egen læge	Ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en ambulant epikrise (DIS02)
<b>Afslutning af behandlingsansvar</b>	Hospital	Kommune	Fremgår af tidligere fremsendte udskrivningsrapport
	Hospital	Egen læge	Fremgår af tidligere fremsendte epikrise

Tabel 2 Hospitalet opretholder behandlingsansvar udover 72 timer

	Fra	Til	Aktivitet/MedCom standard
<b>Ved forlængelse af behandlingsansvar 72 timer</b>	Hospital	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse (DIS91). Her skal nyt tidspunkt for ophør af hospitalets behandlingsansvar tydeligt fremgå
	Hospital	Egen læge	Ambulant epikrise (DIS02). Her skal nyt tidspunkt for ophør af hospitalets behandlingsansvar tydeligt fremgå
<b>Under forlænger behandlingsansvar udover 72 timer</b>	Hospital	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse (DIS91) ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l.
	Hospital	Egen læge	Ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en ambulant epikrise (DIS02)
<b>Afslutning af forlænget behandlingsansvar udover 72 timer</b>	Hospital	Kommune	Fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse
	Hospital	Egen læge	Fremgår af tidligere fremsendte ambulante epikrise

## 4. Digitalt overblik

### *Patientoverblik på hospitalerne*

På hospitalerne skal afdelingerne til enhver tid have overblik over de borgere, der er uskrevet med udvidet behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling i SP. Der dannes automatisk

overbliksbillede i SP til de enkelte hospitalsafsnit og der tages højde for, at behandlingsansvaret kan udvides ud over 72 timer, eller det kan ophøre tidligere ved indlæggelse eller ved at borgeren dør.

Overbliksbilledet opdateres automatisk, så afdelingerne altid har et ajourført overblik. Det vil sige, at når der er gået 72 timer efter udskrivelse, skal patienten automatisk udgå af overblikket. Der tages højde for, at flere patienter kan have behandlingsansvar ud over 72 timer.

Det forventes, at overblikket er etableret pr. 1. januar 2022.

#### *Patientoverblik i kommunerne*

Krav til dokumentation i kommunernes omsorgssystemer beskrives og implementeres af kommunerne.

## 5 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet om udvidet behandlingsansvar skal modellen monitoreres. Center for Sundhed (CSU) og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) bidrager til den løbende monitorering og evaluering. Data trækkes fra SP samt igennem supplerende dataindsamling.

CKFF laver på baggrund af den skriftlige plan alle hospitaler har udarbejdet for organisering af modellen hos dem en kortlægning, der kan anvendes til at sammenligne og inspirere på tværs. Det kan være relevant at supplere med et kort interview med alle typer af aktører. Derudover udarbejder CKFF i samarbejde med CSU en baseline på udvalgte parametre. Baseline anvendes til at se på udviklingen fra før 72 timers behandlingsansvar til efter indførelsen. Der skal i sammenligningen tages hensyn til, at der kan være andre forandringer i perioden, der også kan have betydning for ændringer i antal korrespondancemeddelelser og tilsyn fra Akuttelefonen 1813.

I forbindelse med udbredelse af modellen er det planen, afhængigt af datamuligheder, at monitorere på:

- Antal patienter som hospitalerne har haft behandlingsansvaret for i 72 timer efter endt hospitalsophold fordelt på
  - hospital
  - overafdeling
  - afsnit
  - patientens bopælskommune
- Antal udskrivningsrapporter afsendt fra hospitalet til kommunen
- Antal udskrivningsepikriser afsendt fra hospitalet til almen praksis
- Antal korrespondancemeddelelser hospitalet har afsendt til kommunerne for patientgruppen efter udskrivelse; herunder korrespondancemeddelelser sendt om præcisering eller ændring i behandlingsplan

- Antal ambulante epikriser hospitalet har afsendt til almen praksis for patientgruppen efter udskrivelse, herunder om præcisering eller ændring i behandlingsplan, ordination af medicin o.l.
- Antal lægelige tilsyn, der er rekvireret og gennemført af Akuttelefonen 1813 ved hjemmebesøg for patienter i målgruppen
- Antal subakutte vurderinger i målgruppen
- Antal besøg der er aflagt af de hospitaler, der selv kan varetage dette
- Antal patienter hvor behandlingsansvaret udvides udover 72 timer.

Formålet med udvidet behandlingsansvar er at opnå en effekt for den enkelte borger i form af høj faglig kvalitet, øget patientsikkerhed og sammenhæng i forløbet. Det er svært at måle på effekten herpå igennem kvantitative monitoreringsdata. Der vil dog blive målt på sundhedsfaglige effekter i form af:

- Antal genindlæggelser for patienter i målgruppen for ordningen før og efter idriftsættelse af 72 timers behandlingsansvar.

De kvantitative data om brugen af ordningen suppleres med kvalitative data. For at få et overblik over indholdet i brugen af ordningen, og for at give hospitalerne input til planlægning og justering af ordningen, gennemgås korrespondancemeddelelser i patientjournaler omfattet af udvidet behandlingsansvar, og hvor ordningen er anvendt. Gennemgangen har fokus på

- Hvordan kontakten er fordelt over døgnets timer?
- Hvem ringer ind med spørgsmål?
- Hvem besvarer opkaldene?
- Hvilke problemstillinger drejer kontakten sig om?

Der vil i denne gennemgang alene fokuseres på de forløb, der har givet anledning til en korrespondancemeddelelse. For at få overblik over den samlede mængde opkald i forbindelse med 72-timers behandlingsansvar, undersøges muligheden for automatisk at måle antal opkald og opkaldslængde via telefonen.

Der monitoreres desuden på mønstre og tendenser i UTH'er på hospitaler, i kommuner og praksissektor. Monitoreringen vil have fokus på læringspotentialer heri.

Der indsamles i løbet af trin 1-3 interviewdata fra patienter, kommunale brugere af ordningen og udskrivende hospitalsafdelinger. I afdækningen vil der bl.a. være fokus på organiseringen af 72 timers behandlingsansvar, oplevelsen af kontakten mellem hospital, kommune og almen praksis, indhold i opkald samt risikoen for opgaveglidning imellem sektorer. I slutningen af perioden gennemføres interviews med almen praksis og Akuttelefonen 1813 om deres oplevelse af udvidet behandlingsansvar.

En mere detaljeret evalueringsplan drøftes og godkendes i arbejdsgruppen inden udgangen af 2021.



Forventningen er, at der vil foreligge en samlet foreløbig evalueringsrapport i starten af 2023 og en mere detaljeret rapport i august 2023.

## 6. Øvrige forhold

### 6.1 Implementering af modellen

Der planlægges med trinvis implementering af modellen. Denne udgave er version 1.0.

På baggrund af input om monitoreringen fra CKFF og erfaringer med behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling følger samordningsudvalgene løbende op på kommuners og hospitalers brug af modellen mht. omfang, karakter af kontakter og vurdering af ressourceforbrug og forbedringspotentiale på udvidet behandlingsansvar.

Arbejdsgruppen skal følge implementeringen frem mod udgangen af 2022. Gruppen har ansvar for at følge op på og udvikle modellen på tværs af planområderne.

### 6.2 Ikrafttræden

Modellen, dvs. version 1.0, træder i kraft den 1. februar 2022.

Inden modellen træder i kraft, har hvert hospital konkret beskrevet, hvordan organiseringen af 72 timers behandlingsansvar løftes bedst i samarbejde mellem hospitalets læger og sygeplejersker, og hvordan patienter og deres eventuelle pårørende informeres. Inden ordningen igangsættes, udarbejder alle hospitaler en skriftlig plan for ordningen hos dem.

Som led heri er der udpeget en hovedansvarlig på alle hospitaler og i enhver relevant afdeling.

### 6.3 Evaluering og næste skridt

Modellen version 1.0 skal evalueres i forlængelse af ikrafttræden, og arbejdsgruppen forbereder en version 2.0. baseret på de erfaringer, der gøres med modellen, tidligst forventet primo 2023.

## 7. Arbejdsgruppens sammensætning

### *Formandskab*

Birgitte Rav Degenkolv, hospitalsdirektør, Amager og Hvidovre Hospital

Nanna Skovgaard, enhedschef, Enhed for det nære sundhedsvæsen, Region Hovedstaden

### *Brugerrepræsentanter*

Kai Nørrung, brugerrepræsentant, Region Hovedstaden

Bente Clausen, brugerrepræsentant, Region Hovedstaden  
Annette Hellmann, brugerrepræsentant, Region Hovedstaden

*Kommunale repræsentanter*

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune  
Mette Ryle, sundhedschef, Rudersdal Kommune  
Hella Obel, afdelingschef, Hillerød Kommune

*PLO-H repræsentant*

Annette Randløv, praktiserende læge, PLO-Hovedstaden

*Regionale repræsentanter*

Trine Mottlau, vicedirektør, Akutberedskabet  
Marie Baastrup, enhedschef, Akutberedskabet  
Lotte Usinger, konstitueret ledende overlæge, Herlev og Gentofte Hospital  
Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital  
Jesper Juul Larsen, Ledende overlæge, Nordsjællands Hospital  
Maj Thomsen, specialkonsulent, Nordsjællands Hospital  
Oli Jacob Dalsgard, overlæge, Amager og Hvidovre Hospital  
Louise Søndergaard Ritzau, sektionsleder, Amager og Hvidovre Hospital  
Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet  
Jesper Erdal, ledende overlæge, Rigshospitalet  
Diana Utech Kaiser, ledende overlæge, Bornholms Hospital  
Jens Rasmussen, ledende overlæge, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital  
Eckart Pressel, ledende overlæge, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

*Sekretariat*

Pernille Binder, specialkonsulent, Region Hovedstaden/ Gry Lundberg, konsulent, Region Hovedstaden  
Pernille Faurschou, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Herudover arbejdes der på at forberede og implementere modellen i et samarbejde med Center for IT og Medicoteknologi, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed i Sundhedsvæsenet, Enhed for Hospitalsplanlægning, Enhed for Praksisaftaler samt jurister i Center for Sundhed i regi af Region Hovedstaden.

## Bilag 1

Oversigt over midlertidige kommunale døgnpladser i Region Hovedstaden, september 2021

Kommune	Antal midlertidige døgnpladser	Organisering af pladserne (antal lokationer)
Albertslund	15	2 lokationer
Allerød	15	1 lokation
Ballerup	26	2 lokationer
Bornholm	34	2 lokationer
Brøndby	33	2 lokationer
Dragør	13	1 lokation
Egedal	20	1 lokation
Fredensborg	26	1 lokation
Frederiksberg	80	1 lokation
Frederikssund	29	2 lokationer
Furesø	36	1 lokation
Gentofte	125	4 lokationer
Gladsaxe	62	1 lokation
Glostrup	20	1 lokation
Gribskov	20	2 lokationer
Halsnæs	19	1 lokation
Helsingør	55	2 lokationer (fra 1.1.2023 i alt 66 pladser på samme lokation).
Herlev	30	3 lokationer
Hillerød	38	2 lokationer

Kommune	Antal midlertidige døgntilbud	Organisering af pladserne (antal lokationer)
Hvidovre	45	1 lokation
Høje-Taastrup	23	4 lokationer
Hørsholm	35	1 lokation
Ishøj	19	1 lokation
København	216	3 lokationer
Lyngby-Taarbæk	40	1 lokation
Rudersdal	65	2 lokationer
Rødovre	30	1 lokation
Tårnby	38	1 lokation
Vallensbæk	6	1 lokation

## Bilag 2

Illustrative eksempler på situationer, hvor et udvidet behandlingsansvar forventes at gøre en forskel

### Borgercase 1

En kvinde udskrives til eget hjem efter behandling for nyresten. Den kommunale sygeplejerske er i tvivl om den medfølgende medicin. Hun ringer til udskrivende afdeling og får med det samme svar på sit spørgsmål.

Ved ændring i ordination af medicinen fremsender udskrivende afdeling korrespondancemeddelelse til kommunen og ambulante epikrise til egen læge vedrørende kontakten.

### Borgercase 2

En mand udskrives til det plejecenter, hvor han bor efter indlæggelse med hjerteproblemer. Efter udskrivelsen får manden symptomer på dehydrering. Sygeplejersken på plejecentret udfører TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom) eller ABCDE og ringer til den udskrivende afdeling. I samtalen afklares det, om manden skal tilses, eventuelt via videoopkald til hospitalet.

Ved ændring i behandlingsplan fremsender udskrivende afdeling korrespondancemeddelelse til kommunen og ambulante epikrise til egen læge vedrørende kontakten.

### Borgercase 3

En mand har været indlagt ifm. operation for ny hofte. Manden udskrives til midlertidig plads i kommunen. Manden er nyresyg og får daglig medicin for dette. Der er imidlertid ikke nok medicin til at dække de kommende dage. Den kommunale sygeplejerske forsøger at få afklaret, hvem der sikrer ny recept. Sygeplejersken ringer til udskrivende afdeling, som påtager sig at løse problemet.

Ved ændring i ordination af medicinen fremsender udskrivende afdeling korrespondancemeddelelse til kommunen og ambulante epikrise til egen læge vedrørende kontakten.

### Borgercase 4

En mand på 82 år er blevet udskrevet fra hospitalet til almen rehabilitering i kommunen kort efter operation for håndleds- og bækkenbrud.

På den kommunale rehabiliteringsplads kan personalet bl.a. konstatere, at der ikke foreligger en lægelig behandlingsplan for borgerens diabetes type 2, samt at han har symptomer på ubehandlet urinvejsinfektion. Personalet kan ligeledes konstatere, at borgeren har tabt funktion over længere tid og har tygge-synkebesvær. Borgeren har gennem noget tid ikke kunnet indtage tilstrækkelig mad og væske og fremstår svækket og undervægtig. Under indlæggelsen har hospitalets afdeling taget stilling til og behandlet indlæggelsesårsagen, men har ikke afklaret borgers øvrige sygdomsproblematikker.

Der udføres TOBS eller ABCDE, hvorefter kommunen kontakter den udskrivende hospitalsafdeling. Den behandlingsansvarlige læge i den udskrivende afdeling tager stilling til, om der skal præciseres en behandlingsplan og/eller om der er behov for at konferere med en læge fra et andet speciale/almen praksis/patientansvarlig læge (PAL).

Udskrivende afdeling fremsender korrespondancemeddelelse til kommunen og ambulant epikrise til egen læge vedrørende udfaldet af kontakten.

#### Borgercase 5

En kvinde på 71 år udskrives fra hospitalet til akutplejeophold i kommunen med kræft i halsregionen.

Borgeren har bl.a. stort behov for sugning af øvre luftveje for at kunne holde frie luftveje, hvorfor borgeren ikke kan udskrives til eget hjem. Borgeren er svækket og har et komplekst sygdomsbillede med tryksår og ernæring via sonde grundet cancer og undervægt, derudover er hun smerteforpint. Der er ikke taget stilling til den videre behandling.

Modtagende sygeplejerske vurderer, at borgerens respiratoriske tilstand gør, at der er behov for konstant overvågning og sygeplejemæssige tiltag, der sikrer frie luftveje. Sygeplejersken udfører TOBS eller ABCDE og sikrer sig, at sug og andet nødvendigt materiale er medsendt fra hospitalet, hvorefter sygeplejersken kontakter udskrivende afdeling. Udskrivende afdeling lægger en behandlingsplan for borgerens respiratoriske tilstand, som er mulig at følge i kommunen. Behandlingsplanen omfatter også en plan for smerter, sår samt ernæring. Alternativt genindlægges borgeren.

Udskrivende afdeling fremsender korrespondancemeddelelse til kommunen og ambulant epikrise til egen læge vedrørende udfaldet af kontakten.