



# Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse

Godkendt i Regionsrådet den 21. juni 2023

Administrativ opdatering den 12. september 2023

Indhold

<b>1 Indledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Formål.....	1
1.2 Modellens parter.....	2
1.3 Målgruppe .....	2
1.4 Tidsplan for implementering.....	2
1.5 Forventet volumen.....	2
<b>2 Organisering af arbejdet</b> .....	<b>4</b>
2.1 Regional organisering.....	4
2.2 Samarbejde med kommunerne.....	4
2.3 Samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO).....	4
<b>3 Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar</b> .....	<b>6</b>
3.1 Lægefagligt behandlingsansvar .....	6
3.2 Udskrivning af patienten .....	6
3.3 Digitalt overblik over patienter med udvidet lægefagligt behandlingsansvar.....	7
3.4 Kontakt til udskrivende afdeling .....	7
3.4.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på indlæggelse.....	7
3.4.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand .....	8
3.5 Forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar udover 72 timer .....	9
3.6 Afslutning af lægefagligt behandlingsansvar .....	9
<b>4 Implementering</b> .....	<b>11</b>
<b>5 Monitorering og videreudvikling af modellen</b> .....	<b>12</b>
5.1 Dataindsamling ifm. implementering .....	12
<b>Bilag 1: Eksempler på patientcases</b> .....	<b>14</b>
<b>Bilag 2: Definitioner</b> .....	<b>16</b>
<b>Bilag 3: Organisering af arbejdet</b> .....	<b>17</b>

# 1 Indledning

Borgerne i Midtjylland skal have nære og sammenhængende sundhedstilbud. Sammen med kommuner og praktiserende læger tager regionens hospitaler ansvar for, at borgerne oplever sikre og sammenhængende behandlingsforløb, som finder sted i nærmiljøet, når det er muligt og sundhedsfagligt forsvarligt.

Hospitalerne skal understøtte, at borgerne oplever en tryk overgang fra behandling på hospitalet og til udskrivelse til den kommunale sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem. Ved for fremtiden at tage større ansvar for at sikre mere smidige sektorovergange og øget tilgængelighed vil hospitalerne bidrage til, at samarbejdspartnere i kommuner og almen praksis får de bedst mulige betingelser for at give behandling og pleje til borgeren efter udskrivelse fra hospitalet.

Det betyder, at regionens hospitaler fremadrettet påtager sig et 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar for færdigbehandlede patienter, der udskrives til kommunal sygepleje, ved at stille relevant faglig viden til rådighed for sundhedsprofessionelle fra de midtjyske kommuner samt almen praksis og lægevagt. Den udskrivende afdeling gør sig således tilgængelig døgnet rundt for henvendelser i forlængelse af patientens indlæggelse og udskrivning fra hospitalet. Ordningen gælder for patienter, der har været indlagt i mindst 24 timer på regionens somatiske hospitaler. Psykiatrien og indlæggelser under 24 timer er ikke omfattet af modellen.

Med Regeringen og Danske Regioners 'Aftale om akutplan for sygehusvæsenet' fra 23. februar 2023 skal alle regioner inden udgangen af 2023 implementere en ordning med 72 timers behandlingsansvar. Ordningen forventes at kunne bidrage til at nedbringe antallet af genindlæggelser og sikre bedre sammenhæng og mere kvalitet for patienterne.

## 1.1 Formål

Formålet med 72 timers behandlingsansvar er, at sikre at patienterne oplever en tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse og til det videre forløb i den kommunale sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, samt at øge tilgængeligheden, kvaliteten og patientsikkerheden i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis i de første døgn efter patientens udskrivelse. Det sker ved, at den udskrivende afdeling stiller sig til rådighed for henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle, praktiserende læger og lægevagt vedrørende patienten i 72 timer efter udskrivelse.

Det udvidede lægefaglige behandlingsansvar skal således sikre koordinering og samarbejde om opgaver og ansvar i overgangen efter udskrivelse.

Modellen forventes at kunne bidrage til at:

- behandle patienten så tæt på eget hjem som muligt
- mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser
- forebygge og håndtere en række akutte henvendelser mere hensigtsmæssigt ved at benytte andre relevante tilbud, fx subakutte tider næste dag
- øge kvaliteten af udskrivelser.

Bilag 1 præsenterer eksempler på patientcases, hvor hospitalets 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar forventes at kunne øge sammenhæng og kvalitet i patientforløb på tværs af sektorer. Bilag 2 præsenterer definitionen af modellens centrale begreber. Bilag 3 omhandler organisering af arbejdet med udarbejdelse af modellen.

## 1.2 Modellens parter

Modellen omfatter Region Midtjyllands somatiske hospitaler og er et tilbud til alle 19 midtjyske kommuner samt praktiserende læger og lægevagt.

Borgere på tværs af regionsgrænser håndteres ved, at udskrivende hospitalsafdeling har behandlingsansvaret, også selvom borgeren har bopæl i en anden region. Hvis der bliver behov for indlæggelse eller udkørende tilsyn, kan dette håndteres af et hospital i borgerens hjemregion. Det forudsætter dialog med og accept fra hospitalet i borgerens hjemregion.

## 1.3 Målgruppe

Målgruppen er patienter, der har været indlagt på en somatisk afdeling i Region Midtjylland i over 24 timer, er færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem.

Patienter i korte forløb under 24 timer samt patienter, der udskrives fra Psykiatrien, er ikke omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

Ud fra en individuel vurdering skal der være mulighed for, at udskrivende afdeling/læge træffer beslutning om, at en patient med terminalerklæring ikke omfattes af 72 timers behandlingsansvar. Dette for at sikre, at terminalerklærede patienter med forventet kort restlevetid (dage til uger), eller med en situation hvor transport til og/eller ophold på hospitalet vurderes særligt belastende, kan vurderes af egen læge uden for hospitalet ved behov. I disse tilfælde noteres det i epikrisen og udskrivningsrapporten, at patienten grundet terminalerklæring og med konkret begrundelse ikke er omfattet af 72 timers behandlingsansvar.

## 1.4 Tidsplan for implementering

72 timers behandlingsansvar implementeres på alle somatiske hospitaler i Region Midtjylland i to trin:

- 15. september 2023 indføres 72 timers behandlingsansvar for patienter, der udskrives til kommunal sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser og plejehjem
- 1. november 2023 indføres 72 timers behandlingsansvar for patienter, der udskrives til kommunal sygepleje i eget hjem.

## 1.5 Forventet volumen

Erfaringer fra implementering af 72 timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden peger i retning af, at antallet af telefoniske henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle og praktiserende læge til udskrivende afdeling vil være inden for et håndterbart niveau.

Data fra Amager-Hvidovre Hospital, der har et optageområde på ca. 570.000 indbyggere, viser, at der i december 2022 var 173 henvendelser, heraf 93 vedr. medicin. De fleste henvendelser skete i dagtid (65 %), og der var ingen henvendelser om natten.

Omregnes til indbyggertallet i Region Midtjylland vil det svare til ca. 400 henvendelser pr. måned svarende til ca. 13 henvendelser pr. dag samlet i Region Midtjylland.

En væsentlig erfaring fra Region Hovedstaden er desuden, at hovedvægten af opkaldene modtages på hverdage i dagtid og således ikke i vagttid, hvor hospitalerne har lavere bemanning.

Et andet datasæt fra en uge i efteråret 2022 på udvalgte afdelinger i Region Hovedstaden viser, at 55 % af opkaldene omhandlede medicin, herunder primært recepter, 31 % omhandlede præcisering af behandlingsplanen, og de resterende 15 % omhandlede forværring i patientens tilstand.

Dette kan derfor pege i retning af, at en væsentlig del af opkaldene til hospitalet er begrundet i en ufyldstgørende medicingennemgang forud for udskrivelse. Et væsentligt aspekt i at forebygge opkald efter udskrivelse kan derfor være en øget opmærksomhed på at sikre korrekt medicingennemgang, herunder at FMK er ajourført, at der er lagt nødvendige recepter på serveren, at EPJ er opdateret med korrekt diagnosekode, samt at der er en tydelig behandlingsplan.

I Region Midtjylland har vi søgt at estimere målgruppen for 72 timers behandlingsansvar ved antallet af "Sendte Udskrivningsrapporter (XDIS18-XML)" for 2022 – svarende til 52.060. Dette inkluderer alle borgere, der efter en indlæggelse modtager et kommunalt tilbud efter sundheds- eller serviceloven og dermed også borgere, der modtager praktisk hjælp og personlig pleje fra hjemmeplejen. Dette bidrager til at overestimere målgruppen. Patienter, som har haft et akut-ambulant forløb over 24 timer, er til gengæld ikke inkluderet.

# 2 Organisering af arbejdet

## 2.1 Regional organisering

Implementeringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er et regionalt tilbud til kommunerne samt almen praksis/lægevagt. Det er de enkelte hospitaler, der – med afsæt i den overordnede model – sikrer implementering af 72 timers behandlingsansvar på alle relevante afdelinger, herunder at der er en døgnbemandet adgang til telefonisk at kontakte rette vedkommende på hospitalet.

## 2.2 Samarbejde med kommunerne

En forudsætning for en vellykket implementering af modellen er et tæt samarbejde mellem hospitaler og kommuner.

En forudsætning for, at hospitalerne kan udskrive patienter med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, er, at kommunerne er i besiddelse af de relevante kompetencer til at gå i dialog med den udskrivende afdeling, hvis behovet opstår. Den kommunale sundhedsprofessionelle, hvilket forstås som en autoriseret sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, skal derfor kunne kommunikere sikkert om patientens helbredstilstand og behandling ud fra dialogværktøjet ISBAR<sup>1</sup>. Herudover er en forudsætning, at den kommunale medarbejder har kompetencer til at indsamle de nødvendige data om patienten.

Det vil sige, at medarbejderen forud for kontakt til hospitalet forventes at have orienteret sig i udskrivningsdokumenterne og målt vitale værdier jf. TOBS (blodtryk, puls, respirationsfrekvens og temperatur) samt observeret hud og almentilstand generelt, såfremt patientens helbredstilstand skal drøftes. Hospitalet kan anmode om andre målinger f.eks. saturation, såfremt der vurderes at være behov for dette.

Efter indsamling af de relevante data kontaktes hospitalet.

Det er kommunens ansvar, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer. Det vil sige, at kommunen som vanligt skal oplyse, hvorvidt de kan påtage sig den givne opgave.

Kommunen har som vanligt ansvaret for observation og pleje af relevante borgere og har forpligtelse til at reagere på ændringer i borgerens tilstand. Myndighedsansvaret og initiativpligten påhviler derfor kommunen og ikke udskrivende afdeling. Kommunen har desuden journaliseringspligt ved opkald til udskrivende afdeling.

## 2.3 Samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Som led i implementeringen af modellen er PLO-Midtjylland involveret, da modellen omfatter, at hospitalerne opretholder det lægefaglige behandlingsansvar for patienter i målgruppen for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvorfor praktiserende læge ikke overtager det lægefaglige behandlingsansvar straks efter udskrivelse.

---

<sup>1</sup> Definition af ISBAR findes i bilag 2.

For patienter med terminalerklæring kan der gælde særlige forhold jf. afsnit 1.3.

Praktiserende læge informeres tydeligt via de almindelige kommunikationskanaler (epikrise) om, at den pågældende patient udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar samt udskrivelsestidspunkt. Hvis der inden for 72 timer rettes henvendelse fra kommunalt regi til udskrivende afdeling, og udskrivende afdeling på denne baggrund foretager ændringer/præciseringer af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende, orienteres praktiserende læge ligeledes. Proceduren for kommunikationen uddybes i kapitel 3.

Ved henvendelser, der vurderes uden relation til indlæggelsen, er udgangspunktet, at hospitalet vurderer problemet, som hvis patienten var indlagt. Det vil sige, at hospitalslægen som vanligt konfererer med andre specialer ved behov.

Ved patientens død uden for hospital udfylder praktiserende læge som vanligt dødsattesten, uanset om patienten afgår ved døden inden for hospitalets 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar.

Praktiserende læge har som vanligt ansvaret for at følge op på epikriser, og på tilsvarende vis har almen praksis fortsat ansvaret for at håndtere direkte henvendelser fra borgere, uanset om henvendelse sker indenfor 72 timer efter udskrivelse. Praktiserende læges opfølgingsforpligtelse er uændret.

# 3

## Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

I følgende afsnit 3.1 defineres 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvorefter afsnit 3.2-3.6 overordnet beskriver arbejdsgangen fra udskrivning af patienten fra hospitalet og frem til afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar. Afslutningsvist præsenteres en tabel, der udgør et overblik over hospitalets kommunikation til de relevante parter. Arbejdsgangene beskrives nærmere i en regional edok retningslinje (kan også tilgås af kommuner), som kan suppleres med lokale tilføjelser.

### 3.1 Lægefagligt behandlingsansvar

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som den udskrivende afdeling påtager sig ved udskrivelse af patienten og frem til 72 timer efter udskrivelse. Den udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter samt almen praksis og lægevagt i forlængelse af patientens udskrivelse fra hospitalet. Henvendelserne kan indebære spørgsmål af sygeplejefaglig såvel som lægefaglig karakter.

Ved henvendelser, der vurderes uden relation til indlæggelsen, er udgangspunktet, at hospitalet vurderer problemet, som hvis patienten var indlagt. Det vil sige, at hospitalslægen som vanligt konfererer med andre specialer ved behov. Hospitalet kan vurdere, at henvendelser, der ikke er af hastende karakter, kan overgå til praktiserende læge efter 72 timer.

Ved kontakt fra en kommunal sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, almen praksis eller lægevagt til den udskrivende afdeling påhviler det lægefaglige behandlingsansvar den vagthavende læge. Hospitalslægen kan som vanligt i overensstemmelse med de almindeligt gældende regler for delegation uddelegere opgaver til en sygeplejerske på afdelingen.

Ved kontakt til udskrivende afdeling skelnes mellem, om der ydes *rådgivning* eller *behandling*. Uanset om der er tale om rådgivning eller behandling, må udskrivende afdeling foretage journalopslag. Hvis hospitalslægen yder behandling, har hospitalslægen journalføringspligt. Hvis der derimod udelukkende er tale om rådgivning, har hospitalspersonalet ikke pligt men mulighed for at journalføre dette. Kommunerne har ved enhver henvendelse til udskrivende afdeling journalføringspligt, uanset om henvendelsen vedrører rådgivning eller behandling.

### 3.2 Udskrivning af patienten

Patienter omfattet af målgruppen udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Kommune og praktiserende læge informeres herom. Kommunikation foregår via de gældende arbejdsgange og aftaler. Planlægning af udskrivelsen sker som vanligt i samarbejde med kommunale visitatorer. For at sikre korrekt registrering anføres de nationale start- og slutmarkører for behandling udenfor hjemmet. Herudover anvendes en SFI i EPJ til at identificere, at en given patient er omfattet af 72 timers behandlingsansvar. Oplysningerne i SFI'en overføres automatisk til epikrise og udskrivningsrapport.

#### *Kommunikation til kommune*

Sygeplejersken på den udskrivende afdeling informerer via MedCom Standard/udskrivningsrapport



kommunen om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.

#### *Kommunikation til praktiserende læge*

Hospitalslægen anfører tydeligt i epikrisen til praktiserende læge, at patienten udskrives med 72 timers lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.

Udskrivende afdeling sikrer, at epikrisen og behandlingsplanen er dikteret, skrevet og afsendt elektronisk ved udskrivelse, samt at FMK er ajourført og relevante recepter er udstedt.

## 3.3 Digitalt overblik over patienter med udvidet lægefagligt behandlingsansvar

Udskrivende afdeling udfylder ved udskrivelse SFI, der identificerer i EPJ, at patient er omfattet af 72 timers udvidet behandlingsansvar. Der anføres startmarkør for udvidet behandlingsansvar på forløbsansvaret.

Ved henvendelser fra kommune, praktiserende læge eller vagtlæge kan hospitalet via opslag på cpr.nr. se i EPJ, om en patient er omfattet af 72 timers behandlingsansvar. Derudover danner SFI'en grundlag for, at der via regional BI-rapport kan trækkes liste over patienter, der er under 72 timers behandlingsansvar. Der kan trækkes lister på hhv. hospitals-, overafdelings- og afdelingsniveau. BI-rapporten bygger på data, der trækkes fra EPJ én gang i døgnet. Rapporten giver ikke et "her og nu-billede", men kan anvendes til at måle over tid, hvor mange patienter der er udskrevet med 72-timers behandlingsansvar.

## 3.4 Kontakt til udskrivende afdeling

Den kommunale sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, praktiserende læge og lægevagt kan komme i kontakt med udskrivende afdeling på alle tidspunkter af døgnet. Vedkommende, der tager kontakten til hospitalet, har forinden forberedt opkaldet som beskrevet i afsnit 2.2. Det vil sige, at vedkommende har orienteret sig i udskrivningsmaterialet, samt gjort sig de relevante observationer. Kommunikationen med hospitalet foregår ud fra dialogværktøjet ISBAR.

Kontakten til hospitalet sker gennem det nummer, der er opgivet på epikrise og udskrivningsrapport.

### 3.4.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på indlæggelse

Hvis henvendelsen vedrører opfølgning på en indlæggelse, kan der være behov for, at hospitalslægen tager stilling til eksempelvis:

- Skal der ordineres medicin eller ændres i den aktuelle medicin?
- Skal behandlingsplanen præciseres?
- Skal der konfereres med en læge fra et andet speciale/patientansvarlig læge?
- Er henvendelsen af hastende karakter, eller kan henvendelsen overgå til praktiserende læge efter 72 timer?

Henvendelser til udskrivende afdeling følges op med nedenstående kommunikation.

#### *Kommunikation til kommune*

Ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende aftales telefonisk med kommunen, og der sendes korrespondancemeddelelse. Ved medicinændringer ajourføres FMK.

#### *Kommunikation til praktiserende læge*

Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende sendes ambulante epikrise eller korrespondancemeddelelse til praktiserende læge. Ved medicinændringer opdateres FMK.

#### *Kommunikation til patient og pårørende*

Henvendende kommunale sygeplejerske/social- og sundhedsassistent eller praktiserende læge orienterer patienten og eventuelle pårørende om resultatet af henvendelsen.

### **3.4.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand**

***Ved akutte, livstruende tilstande kontaktes 1-1-2. Ved opkald til 1-1-2 bortfalder 72 timers behandlingsansvar midlertidigt, og det lægefaglige ansvar ifm. opkaldet varetages som vanligt af Præhospitalet.***

***Ved rekvirering af ambulancekørsel hastegrad A følges Præhospitalets vanlige visitationsretningslinje for akutte patienter'***

Når henvendelsen vedrører forværring/ændring i patientens tilstand, vurderer hospitalslægen, om der er akut behov for et lægefagligt tilsyn, herunder:

- om tilsynet kan foretages via telefon, evt. suppleret af videoforbindelse
- om der er behov for fysisk tilsyn af patienten.

Videoforbindelse kan etableres via en citrix app på hospitalslægens pc (løsning kendt fra 'vagtlæge-video'). Hospitalslægen sender via sms link til henvendende sundhedsperson og får derigennem adgang til kamera i vedkommendes mobil. Herved er der mulighed for visuelt at se patienten. Der bør være opmærksomhed på, at vurdering via videoforbindelse stiller særlige krav til hospitalslægen, og det er således op til hospitalslægen at vurdere, hvorvidt det er lægefagligt tilfredsstillende at benytte løsningen.

Ved behov for fysisk tilsyn kan dette f.eks. ske som:

- subakut tid i specialets ambulatorium eller anden ambulante enhed
- vurdering i Akutmodtagelsen (foretages af stamafdeling)
- genindlæggelse på afdeling.

Fysisk tilsyn foregår på det hospital, hvorfra patienten er udskrevet og som dermed oppebærer det entydige behandlingsansvar. Det konkrete sted for modtagelse af patienter med behov for akut fysisk tilsyn beror på den lokale organisering på de enkelte hospitaler.

Behandlingsansvarlig afdeling bestiller eventuel transport via AMK og melder patienter til det relevante sted.

Undtagelsesvist og ud fra en konkret vurdering af patientens situation kan vagthavende på den behandlingsansvarlige afdeling kontakte den vagthavende på en anden relevant afdeling på et hospital i eller udenfor regionen. Der kan her anmodes om, at den fysiske vurdering af patienten foretages der. Dette kan gøres, hvis der for eksempel er lang transporttid til den behandlingsansvarlige afdeling. Hvis det ikke kan imødekommes, skal den behandlingsansvarlige afdeling selv foretage den fysiske vurdering.

Ved vurdering i Akutmodtagelse/ambulatorium, indlæggelse eller tilsyn orienteres praktiserende læge, kommune samt patient/pårørende via de almindeligt gældende arbejdsgange.

Borgere på tværs af regionsgrænser håndteres ved, at udskrivende hospitalsafdeling har behandlingsansvaret, også selvom borgeren har bopæl i en anden region. Hvis der bliver behov for indlæggelse eller udkørende tilsyn, kan dette håndteres af et hospital i borgerens hjemregion. Det forudsætter dialog med og accept fra hospitalet i borgerens hjemregion.

## 3.5 Forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar udover 72 timer

Hvis hospitalslægen vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 72 timer. Forlængelsen dokumenteres i EPJ.

### *Kommunikation til kommunen*

Kommunen informeres via en korrespondancemeddelelse om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges samt nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar.

### *Kommunikation til praktiserende læge*

Hospitalet fremsender en ny epikrise til praktiserende læge. Heri skal det tydeligt fremgå, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 72 timer, samt hvornår behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge.

## 3.6 Afslutning af lægefagligt behandlingsansvar

Ved afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar sker der ikke yderligere kommunikation. Patienten overgår således uden videre til praktiserende læge. Kommunen samt praktiserende læge er ved opstart af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar informeret om udskrivningstidspunkt, og at hospitalets lægefaglige behandlingsansvar afsluttes 72 timer efter udskrivningstidspunktet. Ved forlængelse af det lægefaglige behandlingsansvar informeres om det nye tidspunkt for, hvornår behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge.

**Tabel 1: Tabellen beskriver kommunikation fra udskrivende afdeling og til henholdsvis kommune, praktiserende læge og patient/pårørende vedrørende patienter med 72 timers udvidet lægefaglige behandlingsansvar.**

	Til	Aktivitet
<b>Ved udskrivelse</b>	<b>Kommune</b>	MedCom Standard/udskrivningsrapport sendes med information om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.
	<b>Praktiserende læge</b>	Epikrise sendes med information om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, udskrivningstidspunkt samt telefonnummer hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.
<b>Under 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar</b>	<b>Kommune</b>	Ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. aftales telefonisk med kommunen, og korrespondancemeddelelse sendes. Ved medicinændringer ajourføres FMK. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejdsgange.
	<b>Praktiserende læge</b>	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. sendes ambulante epikrise eller korrespondancemeddelelse. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejdsgange.
	<b>Patient/pårørende</b>	Relevant information videregives af henvendende kommunale sundhedsprofessionel/praktiserende læge. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejdsgange.
<b>Ved forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar</b>	<b>Kommune</b>	Der orienteres via en korrespondancemeddelelse om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges samt nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar
	<b>Praktiserende læge</b>	Der orienteres via ny epikrise om forlængelsen samt tydeligt anført nyt tidspunkt for afslutning af lægefagligt behandlingsansvar.
<b>Ved afslutning af lægefagligt behandlingsansvar</b>	<b>Kommune</b>	Der sker ikke yderligere kommunikation. Tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar er 72 timer efter udskrivningstidspunktet, som fremgår af kommunikationen ved udskrivelse. Ved forlængelse fremgår nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar.
	<b>Praktiserende læge</b>	Der sker ikke yderligere kommunikation. Tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar er 72 timer efter udskrivningstidspunktet, som fremgår af kommunikationen ved udskrivelse. Ved forlængelse fremgår nyt tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar.
	<b>Patient/pårørende</b>	Der gives ikke yderligere information.

# 4 Implementering

Når den midtjyske model for 72 timers behandlingsansvar er politisk godkendt i regionsrådet, varetages den lokale implementering af de enkelte hospitaler/sundhedsklynger. Implementeringsarbejdet understøttes det første 1/2-1 år af et implementeringsnetværk med medlemmer fra Sundhedsplanlægning, IT m.fl. og en repræsentant fra hver klynges implementeringsgruppe. Implementeringsnetværket har reference til Sundhedsstyregruppen.

Der udarbejdes en overordnet edok retningslinje med afsæt i nærværende modelbeskrivelse. Denne suppleres med lokale tilføjelser, der beskriver lokale arbejdsgange mv.

# 5 Monitorering og videreudvikling af modellen

Det er under afklaring, hvorvidt der nationalt igangsættes en landsdækkende evaluering af 72 timers behandlingsansvar. Derudover afventes afklaring af, hvad regionerne løbende skal afrapportere til nationalt niveau – som minimum obligatoriske forløbsmarkører for start og slut af 72 timers behandlingsansvar.

Der indsamles i Region Midt nedenstående data med henblik på at følge implementering af modellen.

## 5.1 Dataindsamling ifm. implementering

Følgende data indsamles i uge 4 2024. Dataindsamlingen forventes at ske håndholdt eller via et elektronisk spørgeskema. Der stiles efter indsamling af følgende data:

- Udskrivende afdeling
- Dato og klokkeslæt for opkald
- Udskrivningsdato
- Hvor ringes der fra? (konkret akutplads/midlertidig plads, plejehjem, sygepleje i eget hjem)
- Om henvendelsen er af sygeplejefaglig eller lægefaglig karakter
- Henvendelsesårsag (fx præcisering af behandlingsplan, medicin, forværring i tilstand)
- Opkald vedr. forværring i tilstand registreres i en række kategorier (hvilke beskrives nærmere i den dataindsamling)
- Opkald vedr. medicin registres i følgende kategorier:
  - Mangler recept NY medicin
  - Mangler recept VANLIG medicin
  - Fejl vedr. FMK-ajourføring
  - Fejl i ordination
  - Fejl i medgivet medicin
  - Mangler medicin
  - Spørgsmål til ordinationer
  - Andet vedr. medicin
- Øvrige relevante bemærkninger.

Herudover indsamles oplysninger om kommunens oplevelse af kontakten til udskrivende afdeling.

Med afsæt i SFI'er trækkes data fra EPJ. Der stiles efter indsamling af følgende data:

- Antal patienter med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar fordelt på hospital, overafdeling, afdeling og bopælskommune
- Antal fysiske vurderinger i akutmodtagelse eller udskrivende afdeling
- Antal subakutte vurderinger i specialet (fysisk og virtuelt)
- Antal genindlæggelser
- Antal patienter hvor behandlingsansvaret udvides udover 72 timer.

Indsamlede data kan danne grundlag for audits, hvis de giver anledning til nærmere belysning.

Da det tværsektorielle samarbejde og styrkelsen af sektorovergange mellem hospital, kommune og almen praksis er omdrejningspunkt for modellen, er der opmærksomhed på muligheden for at indsamle data fra de forskellige aktører, fx gennem interview med patienter, kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter, praktiserende læger samt udskrivende hospitalsafdelinger.

Fokus for dette kunne eksempelvis være oplevelsen af:

- organiseringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar
- kontakten mellem hospital, kommune og almen praksis/lægevagt
- indhold i opkald
- risikoen for opgaveglidning imellem sektorer.

Herudover ses et læringspotentiale i at monitorere utilsigtede hændelser på hospitaler såvel som i kommuner og almen praksis.

# Bilag 1: Eksempler på patientcases

## Case 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 eller korrespondancemeddelelse til egen læge vedrørende kontakten.

## Case 2

En mand udskrives til det plejecenter hvor han bor, efter indlæggelse med hjerte problemer. Efter udskrivelsen får manden symptomer på dehydrering. Sygeplejersken på plejecentret måler de relevante værdier, foretager observationer 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 eller korrespondancemeddelelse til egen læge vedrørende kontakten.

## Case 3

En mand har været indlagt i forbindelse med operation for ny hofte. Manden udskrives til en 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 eller korrespondancemeddelelse til egen læge vedrørende kontakten.

## Case 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 blandt andet konstatere, at der ikke foreligger en lægelig behandlingsplan for patientens diabetes type 2, samt at han har symptomer på ubehandlet urinvejsinfektion. Personalet kan ligeledes konstatere, at patienten har tabt funktion over længere tid og har tygge-synkebesvær. Patienten har gennem noget tid ikke kunnet indtage tilstrækkelig mad og væske og fremstår svækket og undervægtig. Under indlæggelsen har hospitalsafdelingen taget stilling til og behandlet indlæggelsesårsagen, men har ikke afklaret patientens øvrige sygdomsproblematikker.

De relevante værdier og observationer indsamles, 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/patientansvarlig læge.

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

## Case 5

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



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

Modtagende sygeplejerske vurderer, at patientens respiratoriske tilstand gør, at der er behov for konstant overvågning og sygeplejemæssige tiltag, der sikrer frie luftveje. Sygeplejersken sikrer de relevante værdier og observationer og sikrer, at sug og andet nødvendigt materiale er medsendt fra hospitalet, hvorefter sygeplejersken kontakter udskrivende afdeling. Udskrivende afdeling lægger en behandlingsplan for patientens respiratoriske tilstand, som er mulig at følge i kommunen. Behandlingsplanen omfatter også en plan for smerter, sår samt ernæring. Alternativt genindlægges patienten. Udskrivende afdeling fremsender korrespondancemeddelelse til kommunen og ambulans epikrise eller korrespondancemeddelelse til egen læge vedrørende udfaldet af kontakten.

# Bilag 2: Definitioner

## Blodsukker

Koncentrationen af sukker i blodet målt i mmol/l.

## EPJ

Elektronisk patientjournal.

## FMK (Fælles Medicinkort)

Fælles Medicinkort er en national webløsning, der sikrer elektronisk overblik over borgerens aktuelle medicinoplysninger samt vaccinationer. Oplysningerne er tilgængelige for borgeren og sundhedsprofessionelle, som har borgeren i behandling.

## ISBAR

ISBAR er et dialogværktøj, der hjælper med at sikre klare arbejdsgange for overleveringer og deling af alle relevante informationer om borgerens helbredstilstand. De centrale elementer er *identifikation* (identificer dig selv og patienten), *situation* (beskriv situationen), *baggrund* (beskriv baggrunden kort), *analyse* (giv din analyse af situationen) og *råd* (giv eller få et råd om den videre behandling).

## Kommunale sundhedsprofessionelle

Kommunale sundhedsprofessionelle forstås som autoriserede sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter.

## Lægefagligt færdigbehandlet

En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.

## Respirationsfrekvens

Antal vejtrækninger/minut.

## Saturation

Iltmætning i blodet angivet i procent.

## SFI

Skabelon til struktureret dokumentation af sundhedsfagligt indhold i EPJ.

## 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som den udskrivende afdeling påtager sig ved udskrivelse af patienten og frem til 72 timer efter udskrivelse. Den udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter samt almen praksis og lægevagt i forlængelse af patientens udskrivelse fra hospitalet.

## Bilag 3: Organisering af arbejdet

En regionalt nedsat arbejdsgruppe, hvor der også har været repræsentation fra kommuner og PLO-Midtjylland, har udarbejdet udkast til midtjysk model for 72 timers behandlingsansvar.

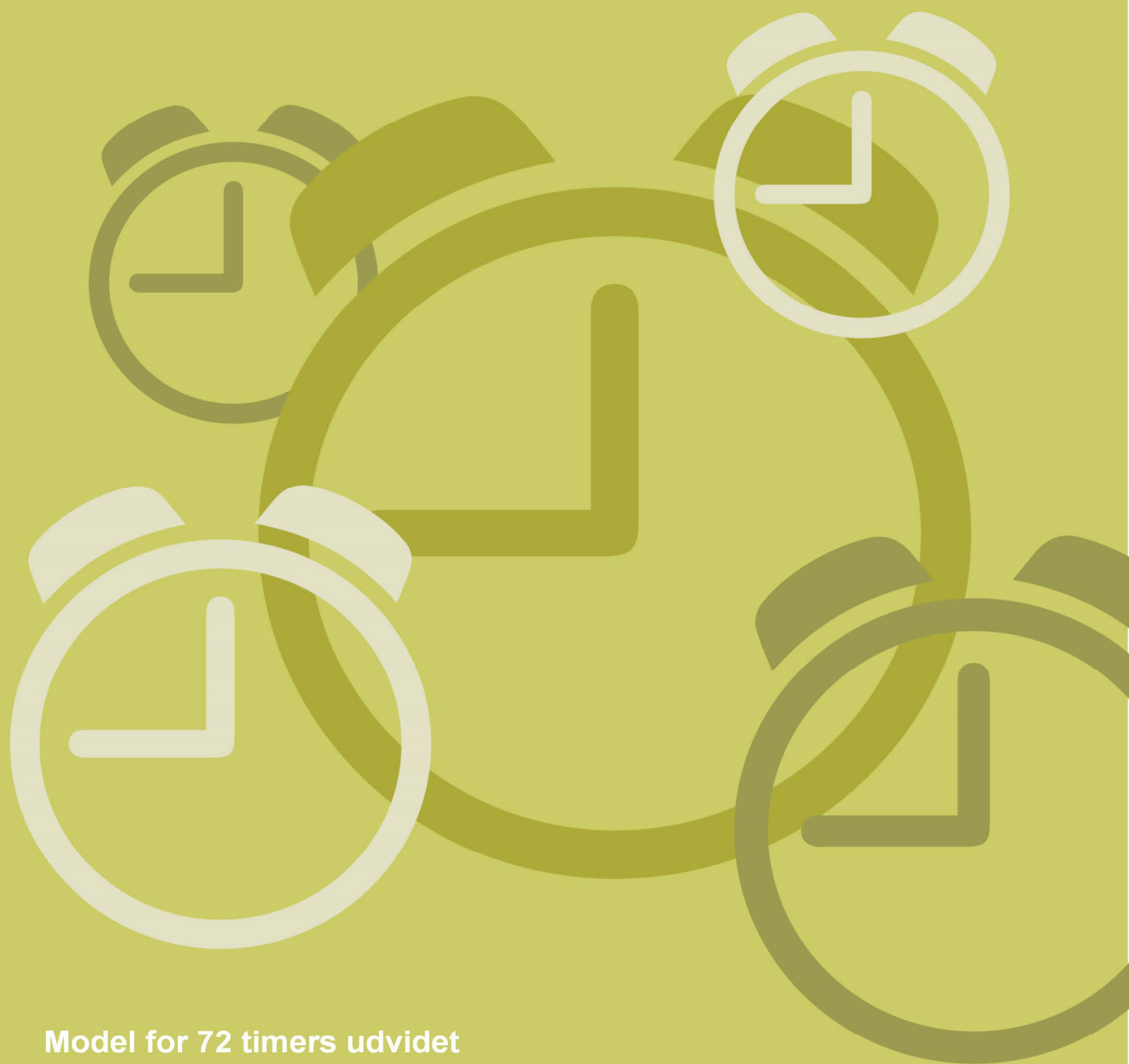
Sundhedssamarbejdsudvalget har haft lejlighed til at give bemærkninger, inden modellen er godkendt i regionsrådet. PLO-Midtjylland og kommunerne har udtrykt ønske om, at målgruppen udvides til at omfatte borgere, der udskrives fra psykiatrien, samt borgere der har været indlagt under 24 timer.

Arbejdsgruppens medlemmer:

- Nils Falk, lægefaglig direktør Regionshospitalet Horsens (formand)
- Catherine Hauerslev Foss, cheflæge AUH
- Troels Niemann, cheflæge hjertesygdomme RH Gødstrup
- Marianne Renberg, chefsygeplejerske akutafdelingen RH Randers
- Lotte Kirring, ledende overlæge medicinsk afdeling RH Silkeborg, HE Midt
- Henriette Ballebye, speciallæge medicinsk deling RH Horsens
- Lene Thougard, chefsygeplejerske lungesygdomme AUH
- Pernille Sarto, cheflæge medicinsk afdeling RH Randers
- Allan Bach, cheflæge Præhospitalet
- Claus Bugge, produktforvalter, IT
- Tina Holgaard, sundhedsfaglig IT-specialist, IT Patient Journal Produkter
- Kirstine Aagaard, sundhedsfaglig IT-specialist, IT Patient Journal Produkter
- Line Drachmann Øfverlind, Sundheds-IT konsulent AUH
- Nanna Krøyer, Sundheds-IT konsulent Regionshospitalet Gødstrup
- Morten Sode, sundheds-IT konsulent, HE Midt
- Inge Okkels Søndergaard, sundheds-IT konsulent, AUH
- Henrik Kise, formand PLO-Midtjylland
- Allan Høg Poulsen, næstformand PLO-Midtjylland
- Merete Kristensen, ældrechef Lemvig Kommune
- Jeanette Rokbøl, ældrechef Favrskov Kommune
- Hanne Kirial, sundhedsfaglig leder og leder af akutteamet Silkeborg Kommune
- Mette Andreassen, direktør Viborg Kommune
- Vibeke Just Andersen, specialkonsulent Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat
- Helene Bech Rosenbrandt, chefkonsulent Sundhedsplanlægning (sekretariat)

Arbejdsgruppen har reference til koncerndirektør Anders Kjærulff og har løbende/ved behov inddraget Styregruppen for fokusområdet det nære sundhedsvæsen og Sundhedsstyregruppen.

Når den midtjyske model for 72 timers behandlingsansvar er politisk godkendt, varetages den lokale implementering af de enkelte hospitaler/sundhedsklynger. Implementeringsarbejdet kan det første år understøttes af et implementeringsnetværk med medlemmer fra Sundhedsplanlægning, IT m.fl. og en repræsentant fra hver klynges implementeringsgruppe. Implementeringsnetværket har reference til Sundhedsstyregruppen.



Model for 72 timers udvidet  
lægefagligt behandlingsansvar  
efter hospitalsindlæggelse