

Sundhedssamarbejdsudvalget

MØDETIDSPUNKT

17-05-2024 10:00

MØDESTED

Virtuelt møde

MEDLEMMER

Lars Gaardhøj
Benedikte Kiær
Susanne Due Kristensen
Karsten Längerich
Sisse Marie Berendt Welling
Kirsten Jensen
Merete Amdisen
Trine Græse
Annie Hagel
Karin Friis Bach
Christoffer Buster Reinhardt
Jacob Trøst
Jørgen Steen Andersen
Peder Reistad
Grethe Olivia Nielsson
Randi Mondorf

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Godkendelse: Rammeaftale om opgaveflytning i relation til sygeplejerskers selvstændige virksomhedsområde
3. Beslutning - Samarbejde på akutområdet og ift. forebyggelse af ind- og genindlæggelser
4. Orientering: Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar (Delrapport 2)
5. Meddelelser
6. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

24028182

2. GODKENDELSE: RAMMEAFTALE OM OPGAVEFLYTNING I RELATION TIL SYGEPLEJERSKERS SELVSTÆNDIGE VIRKSOMHEDSOMRÅDE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På møde d. 1. marts 2024 drøftede Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) problemstillinger og muligheder i forbindelse med den nye lovgivning om forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker. Udvalget godkendte desuden at nedsætte en arbejdsgruppe med repræsentanter for regionen, PLO-H og kommunerne, som med afsæt i Sundhedsaftalen og den nye lovgivning skulle udarbejde et forslag til rammeaftale for opgaveflytninger på tværs af sektorerne.

Arbejdsgruppen har nu udarbejdet et forslag til en rammeaftale. Aftalen omfatter således opgaveflytninger, der sker med baggrund i sygeplejerskers selvstændige virksomhedsområde. Principperne i rammeaftalen vil dog også kunne anvendes, hvis parterne ønsker at aftale flytning af andre typer af opgaver. Rammeaftalen skal gøre det lettere at indgå aftaler ved at understøtte gode processer, hvor opgaveflytning foregår planlagt og velovervejet.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender forslag til rammeaftale om opgaveflytning i relation til sygeplejerskers selvstændige virksomhedsområde.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Den 1. januar 2024 trådte en ny lov om et forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker i kraft. Formålet med den nye lov er at muliggøre en mere fleksibel varetagelse af sundhedsopgaver, der allerede i dag varetages i hhv. regionalt eller kommunalt regi. Loven har ikke til hensigt at ændre ved den nuværende opgavefordeling mellem henholdsvis det kommunale og regionale sundhedsvæsen og praksissektoren.

Udgangspunktet for arbejdet med rammeaftalen har været, at aftalen skal bidrage til, at regionen, kommunerne og almen praksis kan omsætte de nye muligheder på en måde, der understøtter udvikling i det nære sundhedsvæsen samt intentionerne i Sundhedsaftale 2024-2027 om:

- Bedre forløb og kvalitet for borgerne/patienterne
- Bedre anvendelse af medarbejdernes kompetencer
- Mere hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet

Opgaver, hvor opgaveflytning kan overvejes, vil som udgangspunkt være opgaver, der er omfattet af sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområde, og som den relevante part ikke allerede forventes at varetage i medfør af gældende regler og retningslinjer som fx Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner.

Der er som bilag til sagen vedlagt en oversigt, der viser hvilke opgaver, der er omfattet af henholdsvis sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområde og Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner. Eksempelvis fremgår, at venøse blodprøver og visse vaccinationer er omfattet af sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområde, men ikke af kvalitetsstandarderne. Hvis der opstår ønske om, at kommunerne skal varetage nogle opgaver inden for disse områder, vil der derfor skulle indgås konkrete aftaler om opgaveflytning.

Rammeaftalen indeholder derfor en række forhold, der skal beskrives, når der indgås konkrete aftaler om flytning af opgaver fra en sektor til en anden. Herunder skal beskrives hvordan det sikres, at der ikke er tvivl om behandlingsansvaret, og at der følger økonomi med opgaver, der flyttes.

Centralt for arbejdet med rammeaftalen har også været, at aftaler om opgaveflytning skal være gensidigt forpligtende. De konkrete samarbejdsaftaler skal derfor - inden for aftalte minimumsstandarder – beskrive, hvordan det sikres, at opgaver overflyttes og modtages som aftalt.

Aftaler om konkret opgaveflytning indgås således, at de enten dækker en eller flere klynger eller hele regionen.

Dog fremgår det af rammeaftalen, at der - med henblik på understøttelse af udviklingen i det nære sundhedsvæsen - kan ske afprøvninger af opgaveflytninger i forbindelse med udviklingsprojekter, fx i en eller flere sundhedsklynger, uden at alle de elementer, der skal indgå i en samarbejdsaftale, behøver at være beskrevet.

Desuden fremgår det af rammeaftalen, at Tværsektoriel strategisk styregruppe - inden der træffes beslutning om udarbejdelse af forslag til en samarbejdsaftale om en konkret opgaveflytning - forelægges et beslutningsgrundlag, hvor potentialer og eventuelle opmærksomhedspunkter ift. opgaveflytningen beskrives.

Endelig fremgår det af rammeaftalens afsnit om proces, at konkrete samarbejdsaftaler om opgaveflytning godkendes i Sundhedssamarbejdsudvalget, og at hver part herefter vurderer relevant egen godkendelsesproces.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Når rammeaftalen er godkendt i Sundhedssamarbejdsudvalget, vurderer hver part relevant egen godkendelsesproces.

JOURNALNUMMER

24028182

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Forslag - Rammeaftale for opgaveoverdragelse i relation til sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde - version 01.05.24

📎 2. Oversigt - opgaver ift. sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde og kvalitetsstandarderne for de kommunale akut-funktioner

3. BESLUTNING - SAMARBEJDE PÅ AKUTOMRÅDET OG IFT. FOREBYGGELSE AF IND- OG GENINDLÆGGELSER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På de seneste møder har Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) drøftet samarbejde og koordination i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.

Denne sag er en opfølgning på drøftelsen den 1. marts 2024, idet der med denne sag præsenteres en opdateret oversigt over indsatser i klyngerne og kommissorier for arbejdsgrupper nedsat som led i arbejdet med Fremtidens Akutområde i Region Hovedstaden.

Gode overgange og forebyggelse af akutte ind- og genindlæggelser hænger sammen med Sundhedsaftalens vision om styrket sammenhæng i borgerens forløb og fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom.

INDSTILLING

Det indstilles:

1. **at** Sundhedssamarbejdsudvalget tager orientering om status på indsatser i sundhedsklyngerne om forebyggelse af ind- og genindlæggelser til efterretning.
2. **at** Sundhedssamarbejdsudvalget tager orientering om kommissorier for arbejdsgrupper nedsat som led i arbejdet med Fremtidens Akutområde i Region Hovedstaden til efterretning.
3. **at** Sundhedssamarbejdsudvalget godkender, at beslutningsoplæg fra ”arbejdsgruppen vedrørende rettidig forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser” fremlægges til godkendelse i Sundhedssamarbejdsudvalget, når dette foreligger.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Status fra sundhedsklyngerne

SSU blev sidst orientering om status på arbejdet i klyngerne indenfor fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom på mødet den 1. december 2023. I forbindelse med drøftelsen på mødet den 1. marts 2024 konstaterede SSU, at flere sundhedsklynger har igangsat indsatser med henblik på at forebygge indlæggelser og/eller genindlæggelser. Udvalget anmodede derfor administrationen om at udarbejde en opdateret oversigt over de igangværende indsatser.

Klynge Nord: Der er aftalt en tværsektoriel afprøvning af en skrøbelighedsscore for ældre medicinske patienter med start medio maj 2024. Øvrige besluttede indsatser er pauseret for at afvente strukturkommissionen. Derudover arbejdes der fortsat med Tværsektorielt Udgående Team, der understøtter kommunale akutfunktion, sygeplejersker og praktiserende læger ift. at forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser ved at arbejde målrettet gennem rådgivning og udkørende aktiviteter/behandling i hjemmet.

Klynge Midt: I indsatsen ”Styrket sammenhængende forløb for ældre borgere” vil der blive afprøvet styrket telefonisk visitation og øget brug af sygeplejefagligt tilsyn til + 80-årige borgere der kontakter Akuttefonen 1813. Det sygeplejefaglige tilsyn udført af de kommunale akutfunktioner skal kvalificere beslutningen i Akuttefonen 1813 i de tilfælde, hvor der kan være tvivl om, der er behov for en henvisning til Akutmodtagelsen. Samtidig skal afprøvningen skabe et tættere samarbejde og et større kendskab til og brug af hele klyngens tilbudsvifte, herunder de kommunale akutfunktioner, den kommunale hjemmesygepleje, almen praksis, sub-akut tid i et ambulatorium eller geriatrisk hotline på HGH, hvor almen praksis og Akuttefonen 1813 kan hentes sparring fra geriatrisk speciallæge. Afprøvningen sker i uge 22 og 23 2024. Herefter evalueres indsatsen mhp. at gennemføre længere afprøvning i efteråret 2024

Klynge Byen: Der pågår et samarbejde om lægedækning på akutplejeenheden i Københavns Kommune og kommunens afdeling for lindring, samt på døgnrehabiliteringen i Frederiksberg Kommune. Lægedækningen på akutplejeenheden i Københavns Kommune er ved at blive evalueret. Foreløbige resultater viser et fald i indlæggelser på ca. 25 % efter opstart.

I Projekt om forebyggelse af indlæggelser fra plejehjem er der foreløbigt iværksat tre afprøvninger på fire udvalgte pilotplejehjem:

- Afdækning af eksisterende kommunikationsveje mellem plejehjem, akutteam, hospital og almen praksis.
- Samarbejde mellem plejehjem og Ældremodtagelse på Bispebjerg Frederiksberg Hospital.
- Systematisk triagering af borgernes helbredsstatus ved daglig tavlegennemgang på plejehjemmet.

Der ses en forbedret kommunikation på tværs af sektorer, øget brug af den kommunale akutfunktioner og almen praksis oplever færre, men mere kvalificerede henvendelser.

I indsatsen Den sidste tid er målgruppen borgere med KOL, hvor der er fokus på organisering, fælles kompetenceudvikling og kommunikation på tværs af sektorer. Indsatsen udvides nu til borgere med hjertesvigt. Desuden arbejdes med at udbrede dosispakket medicin.

Klynge Syd: Der arbejdes med et udviklingsprojekt om den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse. Projektet foregår i flere samtidige spor, herunder:

- Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocesser fra plejehjem og eget hjem
- Tværsektorielle forløb i Akutmodtagelsen via følgeforskning
- Styrket samarbejde om midlertidige pladser
- Dosispakket medicin.

Der er igangsat forskellige afprøvninger, blandt andet Virtuel visitation, Medicin i forbindelse med udskrivelser og Funktionsevnevurdering.

Klynge Bornholm: På baggrund af en kortlægning arbejdes nu med et udviklingssamarbejde om akutområdet. Der er ansat en projektmedarbejder (medfinansieret af klyngemidler). Projektmedarbejderen skal – i tæt samarbejde mellem kommune, hospital og almen praksis – udvikle og implementere tiltag indenfor følgende:

- Fælles organisering omkring akutte medicinske patienter
- Styrkelse af det kommunale akuttilbud og løft af kompetencerne
- Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og fremme af bedre overgange

- Mere patientinddragelse.

Uddybende beskrivelser af sundhedsklyngernes indsatser er vedlagt som bilag 1.

Tværasektoriel arbejdsgruppe om model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser

SSU har på mødet den 1. marts 2024 anmodet administrationen om at igangsætte et arbejde i forhold til at se på muligheder for at forebygge akutte ind- og genindlæggelser af ældre og/eller sårbare borgere. Herunder skal projektet i Sundhedsklynge Lillebælt og projektet i sundhedsklynge Midt om afprøvning af sygeplejefagligt tilsyn følges.

Opgaven forankres i en tværasektoriel arbejdsgruppe, der er nedsat som en del af Region Hovedstadens i forvejen igangsatte arbejde med fremtidens akutområde i Region Hovedstaden.

Arbejdsgruppen skal komme med forslag til model(ler) for, hvordan der kan sikres rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser. Den tidlige opsporing og indsats er afgørende i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelse. I nogle tilfælde vil der være behov for indlæggelse, men i andre tilfælde vil kommunen, ofte i samarbejde med almen praksis og/eller hospital eller akutberedskab, kunne varetage behandlingen af den ældre sårbare borger udenfor hospitalet. Arbejdsgruppen vil udnytte erfaringerne fra de initiativer, der er taget i klyngerne i deres arbejde.

Det foreslås, at Sundhedssamarbejdsudvalget bliver forelagt udkast til model(ler) om rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser med henblik på godkendelse.

Der nedsættes desuden en arbejdsgruppe om optimering af den akutte modtagelse af patienter. Begge arbejdsgrupper er forankret under regionens Styregruppe for Fremtidens Akutområde, hvor der også indgår to kommunale repræsentanter og en repræsentant fra PLO-H. Der er vedlagt kommissorier for styregruppen og de to arbejdsgrupper til orientering (bilag 2-4).

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Det er forventningen, at arbejdsgruppen om model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser kan afrapportere sit arbejde til styregruppen for fremtidens akutområde i 4. kvartal 2024. Efterfølgende vil Tværasektoriel strategisk styregruppe og SSU blive forelagt udkast til model(ler) for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser.

JOURNALNUMMER

24028182

BILAGSFORTEGNELSE

1. Bilag 1 Indsatser inden for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom (særligt fokus på forebyggelse af ind- og genindlæggelser) Sundhedsklynge_april 2024
2. Revideret Kommissorium for styregruppen for fremtidens akutområde
3. Arbejdsgruppe om model for rettidig forebyggelse af indlæggelse ... (D12488836)
4. Arbejdsgruppe om optimering af den akutte modtagelse af patiente... (D12385905)

4. ORIENTERING: EVALUERING AF 72 TIMERS UDVIDET BEHANDLINGSANSVAR (DELRAPPORT 2)

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Aftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse trådte i kraft den 1. februar 2022 i Region Hovedstaden og er trinvist indfaset i 2022. Med denne sag præsenteres Sundhedssamarbejdsudvalget for resultater fra monitoreringen og evalueringen af aftalen i delrapport 2.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget tager orientering om evaluering af 72 timers behandlingsansvar (delrapport 2) til efterretning

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Aftalen om 72 timers udvidet behandlingsansvar har til formål at styrke samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis med det formål at skabe en tryk overgang for borgerne mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på midlertidige kommunale døgnpladser eller plejecentre.

Aftalen indebærer, at Region Hovedstadens hospitaler har udvidet behandlingsansvaret til 72 timer efter udskrivelse for patienter, der har været indlagt i mindst 24 timer, og som efterfølgende udskrives til kommunal sygepleje i form af en midlertidig døgnplads, plejecenter eller sygepleje i eget hjem. Hospitalerne skal derved tage ansvar for henvendelser fra den kommunale sygepleje for disse patienter i op til 72 timer efter udskrivelse.

Aftalen er implementeret trinvist i løbet af 2022, og antallet af borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar ligger på godt 2.000 patienter pr. måned. Der er udarbejdet en evaluering af aftalen i to dele. Første del blev lanceret den 10. oktober 2023. Her præsenteres resultater fra evalueringens delrapport 2.

Resultater fra evalueringen af implementering af 72 timers behandlingsansvar:

- Meningsfuldt på tværs af sektorer, at hospitalet har behandlingsansvar i 72 timer
- Understøtter det tværsektorielle samarbejde gennem bedre tværsektoriel kommunikation
- Bidrager til øget kvalitet og sikkerhed i behandlingen
- De fleste borgere omfattet af aftalen er mellem 70 og 89 år med en gennemsnitsalder på 77 år.
- Understøtter faktorer, som borgere beskriver som værende fremmende for oplevelse af tryk
- Fortsat behov for at udbrede kendskab til aftalen samt at understøtte implementeringen lokalt
- Umiddelbart ingen effekt på genindlæggelser

Evalueringen peger på, at de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer i overvejende grad oplever, at aftalen har forbedret overleveringen af patienter mellem sektorer og har skabt mere sammenhæng i patientforløb. Særligt de kommunale medarbejdere oplever, at aftalen har medført ændret kommunikation og bedre dialog om borgeren. Det gælder også i forhold til den tværsektorielle digitale kommunikation bl.a. omkring medicin. Evalueringen viser, at størstedelen af de sundhedsprofessionelle i både kommuner og på hospitaler er enige i, at problemstillingerne i opkaldene ofte løses, samt at aftalen medfører hurtigere hjælp. Aftalen vurderes dermed at have bidraget til en ændring af kulturen på hospitalerne, så der fremover kommer mere fokus på tiden efter udskrivelsen.

Det har i evalueringen ikke været muligt at påvise en reduktion i antal genindlæggelser, hvilket dog må ses i sammenhæng med, at der er tale om en meget sårbar målgruppe hvor genindlæggelser sjældent har kunnet forebygges.

Forbedringsmuligheder

Evalueringen viser også, at der er behov for et fortsat fokus på, at opkald ikke må afvises på hospitalet og på at understøtte handlemuligheder, så behandlingsansvaret ikke slippes. Det gælder særligt i forhold til udskrivelse af recepter, som ikke relaterer sig til den aktuelle indlæggelse. Det fremadrettede arbejde bør derfor fortsat have fokus på formidling af den rollefordeling, som aftalen foreskriver, så det er tydeligt, at det som udgangspunkt er hospitalet, der skal kontaktes inden for de første 72 timer efter udskrivelse. Evalueringen peger generelt på, at der fortsat er behov for at udbrede kendskabet til aftalen og dens indhold.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Tværsektorielt strategisk styregruppe følger indsatsen og vil 1-2 gange årligt få forelagt aktivitetsdata samt status fra de faglige sundhedsklynger.

JOURNALNUMMER

24028182

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Evaluering af 72timer - Delrapport 2

5. MEDDELELSER

-

JOURNALNUMMER

24028182

6. EVENTUELT

EVENTUELT

-

Version 01.05.24

Udkast: Rammeaftale for opgaveflytning i relation til sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde

Med afsæt i Sundhedsaftale 2024-2027 fastlægger denne aftale rammerne for, hvordan der konkret skal samarbejdes, hvis Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis med afsæt i sygeplejerskers selvstændige virksomhedsområde ønsker at flytte opgaver fra en part til en anden.¹

Den 1. januar 2024 trådte en ny lov om et forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker i kraft. Med loven skabes mulighed for, at sygeplejersker kan handle selvstændigt inden for en række områder, hvor der hidtil har været behov for en tilladelse (delegation) fra en læge.

Nærværende rammeaftale gælder således for opgaveflytninger, der sker med baggrund i sygeplejerskers selvstændige virksomhedsområde. Princippet i rammeaftalen vil dog også kunne anvendes, hvis parterne ønsker at aftale flytning af andre opgaver inden for sundhedsområdet.

Formål

Region Hovedstaden, kommunerne og PLO-H er enige om, at den nye lov om et forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker rummer muligheder for forenkling af arbejdsgange og mere fleksibel tilrettelæggelse af en række sundhedsopgaver.

Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis vil i fællesskab arbejde for at omsætte de nye muligheder på en gennemsigtig og hensigtsmæssig måde, der understøtter udvikling i det nære sundhedsvæsen med fokus på at understøtte intentionerne i Sundhedsaftale 2024-2027 om:

- Bedre forløb og kvalitet for borgerne/patienterne
- Bedre anvendelse af medarbejdernes kompetencer
- Mere hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet.

Lovgivningen om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde ændrer ikke på opgavefordelingen mellem sektorerne. Hvis der opstår ønsker og behov for at flytte opgaver fra en part til en anden, skal det derfor ske med afsæt i de præmisser, som parterne har aftalt i Sundhedsaftale 2024-2027.

Det betyder, at opgaveflytningen skal være aftalt, planlagt og beskrevet i en konkret samarbejdsaftale for det område, der er omfattet af opgaveflytningen.

Opgaver, hvor opgaveflytning kan aftales, vil som udgangspunkt være opgaver, der er omfattet af sygeplejerskernes nye selvstændige virksomhedsområde, og som parterne ikke allerede forventes at varetage i medfør af gældende regler og retningslinjer som fx Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner.

¹ I rammeaftalen er begrebet opgaveflytning valgt. Det kan både omfatte opgaver, der flyttes og overdrages mellem parterne.

Beslutningsgrundlag

Inden der træffes beslutning om udarbejdelse af samarbejdsaftaler om opgaveflytning udarbejdes et beslutningsgrundlag, der kan understøtte en samlet vurdering af opgaveflytningens potentiale i forhold til Sundhedsaftalens ovenfor omtalte intentioner. Der skal derfor tages stilling til, hvilken indvirkning en opgaveflytning forventes at have på nedenstående parametre:

- Bedre patientforløb og kvalitet for en nærmere defineret målgruppe
- Bedre brug af medarbejdernes kompetencer
- Mere hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet

Beslutningsgrundlaget udgør en samlet vurdering, og betydningen af de tre parametre kan vægte forskelligt i vurderingen af konkrete opgaveflytningers potentiale, ligesom andre faktorer kan være relevante at inddrage i beslutningsgrundlaget.

Beslutningsgrundlaget skal herudover indeholde en juridisk vurdering af mulighederne for flytning af de konkrete opgaver samt en beskrivelse af eventuelle risici, der kan være ved at flytte opgaven.

Samarbejdsaftalers indhold

Hvis det besluttes at indgå en samarbejdsaftale om flytning af en konkret opgave, skal aftalen som det fremgår af Sundhedsaftale 2024-2027 sikre, at det er tydeligt for medarbejderne i sundhedsvæsenet, hvor ansvaret for de enkelte opgaver ligger. Aftalen skal endvidere beskrive en række konkrete elementer i forhold til opgaveflytningen og den fremtidige opgavevaretagelse. Herunder skal der i aftalen tages stilling til følgende elementer:

- Formål
- Målgruppe
- Henvi sning og visitation
- Opgave- og ansvarsfordeling (herunder sygeplejerskernes selvstændige ansvarsområde og det lægelige behandlingsansvar)
- Dokumentation, kommunikation og digital understøttelse
- Kompetencekrav
- Udstyr og medicin
- Patientvolumen og aktivitet
- Økonomi/finansiering
- Monitorering og opfølgning
- Andre relevante forhold

Desuden er der enighed om, at samarbejdsaftalerne skal være gensidigt forpligtende og klynge- eller regionsdækkende. Inden for aftalte præmisser, der bl.a. beskriver minimumsstandarder ift. kapacitet, skal det derfor altid fremgå, hvordan alle afgivende parter (fx akuthospitalerne i Region H.) vil sikre, at opgaver flyttes som aftalt. Tilsvarende skal alle modtagende parter (fx de 29 kommuner) forpligte sig til at kunne varetage de opgaver, der er flyttet, forudsat at volumen svarer til det aftalte niveau. Da der med tiden kan ske ændringer i opgavevolumen, er det vigtigt, at parterne løbende følger op og orienterer hinanden om eventuelt ændrede forventninger til volumen for konkrete opgaver, som der er indgået samarbejdsaftaler om.

Dog er der enighed om, at der med henblik på understøttelse af udviklingen af det nære sundhedsvæsen kan ske afprøvninger af opgaveflytninger i forbindelse med udviklingsprojekter,

fx i en eller flere sundhedsklynger, uden at alle de elementer, der fremgår af afsnittene vedr. beslutningsgrundlag og indhold i samarbejdsaftaler, behøver at være beskrevet.

Proces

Ved ønske om opgaveflytning udarbejder de relevante parter et beslutningsgrundlag, som forelægges Tværsektoriel strategisk styregruppe. Hvis Tværsektoriel strategisk styregruppe beslutter at gå videre med opgaveflytningen, udarbejdes en konkret samarbejdsaftale, som godkendes i Sundhedssamarbejdsudvalget. Hver part vurderer herefter relevant godkendelsesproces.

Lov om forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker

Den 1. januar 2024 trådte en ny lov om et forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker i kraft. Med loven skabes adgang til, at sygeplejersker fra den 1. januar 2024 på eget initiativ og ansvar må:

- Udtage kapillærblodprøver og veneblodprøver
- Anlægge kort perifert ventekateter
- Anlægge ventrikelsonder og duodenalsonder gennem næsen
- Anlægge katetre igennem urinrør med henblik på tømning af urinblæren
- Genlægge trakealkanyle og suprapubisk kateter umiddelbart efter at det er faldet ud
- Suturere overfladiske hudsår uden for ansigtet.

Lovforslaget giver også mulighed for at opbevare medicin i fælles medicinskabe i landets kommuner, så sygeplejersker nemmere og hurtigere kan give patienter medicin til opstart af behandling i patientens eget hjem og på eksempelvis døgn- og akutpladser.

På sigt vil der også blive mulighed for, at sygeplejersker selvstændigt kan ordinere visse lægemidler og vacciner. Det forventes, at denne del af det selvstændige virksomhedsområde kan implementeres fra 2025, når der er udarbejdet en bekendtgørelse, som skal beskrive hvilke lægemidler og vacciner, der er tale om samt hvornår sygeplejerskerne selvstændigt må ordinere disse.

Desuden bemærkes, at sygeplejersker ikke opnår et krav på at udføre de opgaver, som er indeholdt i det forbeholdte virksomhedsområde, idet driftsherren (fx den kommunale ledelse for sygeplejen) afgør, hvilke dele af det forbeholdte virksomhedsområde, der skal tages i brug.

Bilag 2 - Oversigt - opgaver ift. sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde og kvalitetsstandarderne for de kommunale akut-funktioner

Oversigt over instrumentelle indsatser i den kommunale akutfunktion og indsatser som sygeplejersker jf. forbeholdt virksomhedsområde kan udføre

Instrumentelle indsatser som de kommunale akutfunktioner skal kunne varetage ¹ jf. Kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner	Indsatser som sygeplejersker selvstændigt kan tage initiativ til at udføre jf. lov om forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker
Akutte bed-side blodprøver, kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent	Udtagelse af kapillær blodprøver
	Udtagelse af veneblodprøver
Subkutan og intramuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling	-
	Visse lægemidler (afventer bekendtgørelse)
-	Visse vacciner (afventer bekendtgørelse)
-	Anlæggelse af kort perifert venekateter
Parenteral ernæring herunder til og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre	-
Sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder	-
-	Anlæggelse af ventrikelsonder og duodenalsonder gennem næsen
Inhalationsbehandling	-
Pasning af dræn	-
Kateteranlæggelse og -pleje	Anlæggelse af katetre igennem urinrør mhp. tømning af urinblæren
Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning	-
-	Genanlæggelse af trakealkanyler og suprapubisk kateter, umiddelbart efter dette faldet ud
	Suturering af overfladiske hudsår udenfor ansigtet
IV-behandling ²	

¹ Nogle af opgaverne i de kommunale akutfunktioner vil fortsat skulle varetages delegation fra en læge.

² IV- behandling er en obligatorisk opgave for de kommunale akutfunktioner men er fortsat en regional opgave, der finansieres af regionerne. De eksisterende regionale aftaler med kommunerne om IV-behandling danner rammerne for dette. På sigt skal der udarbejdes en overordnet nationalfaglig ramme for varetagelse af IV-behandling i den kommunale sygepleje. Jf. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Kommunale-akutfunktioner/Kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner_.ashx?sc_lang=da&hash=347E23176EA63F92C92B9C79E30F1E82



NOTAT

Til: Sundhedssamarbejdsudvalget

Mail Kamilla.walther@regionh.dk
Web Regionh.dk/sundhedsaftale

Dato: 1. maj 2024

Indsatser inden for fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom (særligt fokus på forebyggelse af ind- og genindlæggelser)

Sundhedsklynge Nord: Afprøvning af skrøbelighedsskala.....	2
Sundhedsklynge Nord: Tværsektorielle audits som evalueringsværktøj	3
Sundhedsklynge Nord: Understøttelse af implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner	4
Sundhedsklynge Nord: Styrkede relationer.....	5
Sundhedsklynge Midt: Styrket sammenhængende forløb for ældre borgere, herunder forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser	6
Sundhedsklynge Byen: Indlæggelser fra plejehjem	7
Sundhedsklynge Byen: Den sidste tid	8
Sundhedsklynge Byen: Dosisdispenseret medicin	9
Sundhedsklynge Syd: Den gode overgange: Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen fra plejehjem og eget hjem	10
Sundhedsklynge Syd: Den gode overgang: Dosisdispenseret medicin.....	10
Sundhedsklynge Syd: Den gode overgang: Fokus på tværsektorielle forløb i Akutmodtagelsen via følgeforskning	11
Sundhedsklynge Syd: Den gode overgang: Styrket samarbejde om midlertidige pladser	11
Sundhedsklynge Bornholm: Akutte medicinske patienter	13

Sundhedsklynge Nord: Afprøvning af skrøbelighedsskala

Formål (herunder målgruppe)

Formålet er at afprøve skrøbelighedsskalaen (Clinical Frailty Scale) som fælles sprog på tværs af sektorer med henblik på at forbedre udskrivelser og bidrage til at reducere genindlæggelser og unødvendige indlæggelser. Der er tale om en afprøvning af kortere varighed - mellem 60 til 90 dage med opstart medio maj 2024.

Afprøvningen skal bidrage til opfølgning på Faglig Sundhedsklynge Nords prioriterede indsatser om at sikre at borgere over 65 år, som er komplekse og med en skrøbelighedsscore på 5 eller derover, får det bedste tilbud, i rette tid og på rette sted.

Kort beskrivelse af indsatsen

Der er nedsat et tværsektorielt forbedringsteam som ved hjælp af relevante metoder i forbedringsmodellen skal afprøve skrøbelighedsscoren på tværs af de udpegede hospitalsafdelinger, kommuner og almen praksis.

Forbedringsteamet skal beskrive deres erfaringer med afprøvningen og komme med deres anbefaling til hvorvidt og under hvilke forudsætninger skrøbelighedsscore kan udbredes til flere kommuner/hospitalsafdelinger/almen praksis.

Deltagere i arbejdet er Allerød Kommune, Hillerød Kommune, praksiskon-sulenter fra de to kommuner, Akutafdelingen samt Ortopædkirurgisk Afdeling fra Nordsjællands Hospital plus en brugerrepræsentant.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Ikke relevant på nuværende tidspunkt.

Sundhedsklynge Nord: Tværsektorielle audits som evalueringssværktøj

Formål (herunder målgruppe)

De tværsektorielle audits skal bidrage til opfølgning på Faglig Sundhedsklynge Nord's prioriterede indsatser om at sikre at borgere over 65 år, som er komplekse og med en skrøbelighedsscore på 5 eller derover, får det bedste tilbud, i rette tid og på rette sted.

Audits skal være med til at evaluere de øvrige indsatser der er iværksat i Sundhedsklynge Nord ift. ældre og borgere med kronisk sygdom. Dvs. audits skal være handlingsorienterede for så vidt angår at forbedringsarbejde og indsatser kan justeres ift. at opnå mål og formål.

Kort beskrivelse af indsatsen

Indsatsen består i at finde frem til en auditmodel som er så lidt ressourcekrævende som muligt samtidig med at audit kan bidrage med den nødvendige viden og indsigt.

Ud over selve gennemførelse af audits skal der udarbejdes en skriftlig opsamling fra de gennemførte audits, hvor de konkrete læringspunkter oplyses samt en evaluering af selve processen ift. en beslutning om hvorvidt, hvordan og hvornår det evt. vil være hensigtsmæssigt at gennemføre fremtidige audits på området.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Audit gennemføres efter pilotafprøvning af skrøbelighedsskalaen og arbejdsgruppen vedrørende samarbejdsmuligheder for kommunale akutfunktioner er afsluttet.

Sundhedsklynge Nord: Understøttelse af implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner

Formål (herunder målgruppe)

Dette arbejde skal bidrage til opfølgning på Faglig Sundhedsklynge Nord's prioriterede indsatser om at sikre at borgere over 65 år, som er komplekse og med en skrøbelighedsscore på 5 eller derover, får det bedste tilbud, i rette tid og på rette sted.

Indsatsen skal udmønte det lokale tværsektorielle samarbejde om kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner, så de bliver operationelle i den daglige drift for alle samarbejdspartnere.

Kort beskrivelse af indsatsen

En tværsektoriel arbejdsgruppe skal samle og beskrive paletten af nuværende og eventuelle nye samarbejdsmuligheder i forhold til at understøtte de kommunale akutfunktioner for så vidt angår hospitalet, kommuner, almen praksis og Akuttefonen 1813. Dette indebærer en beskrivelse af i hvilke tilfælde og hvordan de kommunale akutfunktioner har behov for understøttelse fra hhv. almen praksis, hospital eller Akuttefonen 1813.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Det er besluttet at afvente med arbejdsgruppen, bl.a. fordi udspillet fra Sundhedsstrukturkommissionen ikke kendes endnu.

Der er opmærksomhed på, at den nuværende regionale samarbejdsaftale på området er ved at blive revideret og skal indtænkes i arbejdsgruppens arbejde.

Sundhedsklynge Nord: Styrkede relationer

Formål (herunder målgruppe)

Baggrunden for at arbejde med styrkede relationer er, at forskning viser at bl.a. uformel ledelse, ansvar, fælles mål og ikke mindst stærke relationer er med til at "bygge broerne" på tværs af sektorer i en ellers ledelsesfri sektorovergang.

Styrede relationer på tværs af sektorer skal således bidrage til opfølgning på Faglig Sundhedsklynge Nord's prioriterede indsatser om at sikre at borgere over 65 år, som er komplekse og med en skrøbelighedsscore på 5 eller derover, får det bedste tilbud, i rette tid og på rette sted.

Indsatsen har til formål at styrke relationer på tværs af hospital, kommuner, almen praksis og Akuttelefonen 1813. Styrkede relationer gør sig gældende både ift. frontpersonale samt på ledelsesniveau.

Kort beskrivelse af indsatsen Der skal findes frem til 2-3 indsatser med henblik på at styrke de tværsektorielle relationer. Indsatserne skal supplerede de allerede eksisterende tiltag,

som er med til at styrke relationer, fx tværsektoriel temadag om den gode udskrivelse samt deltagelse i Det Nationale Ledelsesprogram.

De foreløbige operationaliseringer af indsatsen vedrørende styrkede relationer, omfatter følgende:

1. videreudvikling af den daglige praksis og samarbejde
2. et "kampagnespor", hvor hensigten er at arbejde videre med at lave en fælles tværsektoriel faglig event fx over flere dage.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Det er besluttet, at dette arbejde pauseres aktuelt, bl.a. med henvisning til at udspillet fra Sundhedsstrukturkommissionen ikke kendes endnu.

Sundhedsklynge Midt: Styrket sammenhængende forløb for ældre borgere, herunder forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Delprojekt

Tværasektorielt samarbejde i Sundhedsklynge Midt om styrket telefonisk visitation og øget brug af sygeplejefagligt tilsyn og lokale tilbud til + 80-årige borgere der kontakter Akuttelefonen 1813.

Formål (herunder målgruppe)

At forbygge, at + 80-årige borgere henvises unødigt til Akutmodtagelsen og i stedet tages hånd om i øvrige tilbud i Sundhedsklynge Midt, herunder kommunale akutfunktioner; lægefaglig sparring fra Geriatrisk Hotline, HGH; indsats fra Geriatrisk Udkørende Team, HGH; sub-akut tid i ambulatorium, HGH mv.

Målgruppen er alle +80-årige borgere i Sundhedsklynge Midt, der selv eller deres pårørende, henvender sig til Akuttelefonen 1813.

Kort beskrivelse af indsatsen

Indsatsen består af to elementer:

1. Læge med særlig indsigt i ældresygdomme og med særlig viden om Sundhedsklynge Midts tilbud til målgruppen varetager opkald fra + 80-årige eller deres pårørende i Akuttelefonen 1813
2. De kommunale akutfunktioner udfører sygeplejefaglig vurdering mhp. efterfølgende at kvalificere Akuttelefonen 1813s visitation af borger

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Det er planlagt afprøvning af sygeplejefagligt tilsyn i uge 22 og 23. Herefter evalueres indsatsen mhp. at gennemføre længere afprøvning i efteråret 2024.

Sundhedsklynge Byen: Indlæggelser fra plejehjem

Formål

At forebygge unødvendige indlæggelser fra plejehjem

Kort beskrivelse af indsatsen

Der er foreløbigt iværksat følgende afprøvninger på fire udvalgte pilotplejehjem:

- Afdækning af eksisterende kommunikationsveje mellem plejehjem, akutteam, hospital og almen praksis.
- Samarbejde mellem plejehjem og Ældremodtagelse. Det er aftalt, at indlæggelseskrævende borgere fra plejehjem i dagtimerne køres til Ældremodtagelsen, og at plejehjemmet ringer til Ældremodtagelsen og videregiver information om borgers situation.
- Systematisk triagering af borgernes helbredsstatus ved daglig tavlegenemgang på plejehjemmet.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

- Forbedret kommunikation på tværs af sektorerne
- Almen praksis oplever færre, men mere kvalificerede henvendelser
- Øget antal borgere bliver triageret på plejehjem
- Øget kontakt til akutteam.

Sundhedsklynge Byen: Den sidste tid

Formål

At forebygge en væsentligt forringet livskvalitet i de sidste leveår for borgere med kroniske sygdomme

Kort beskrivelse af indsatsen

Der er igangsat indsatser i tre spor for at forebygge en væsentligt forringet livskvalitet i de sidste leveår for borgere med kroniske sygdomme. Særligt har borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) hyppig kontakt til sundhedsvæsenet og oplever en væsentligt forringet livskvalitet i de sidste leveår.

- 1) Organisering og samarbejdsstrukturer
- 2) Fælles kompetenceudvikling
- 3) Kommunikation og dokumentation på tværs af sektorer

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Det er besluttet af indsatsen skal udvides til borgere med hjertesvigt. Der afrapporteres i november 2024.

Sundhedsklynge Byen: Dosisdispenseret medicin

Formål

At øge antallet af borgere på dosispakket medicin

Kort beskrivelse af indsatsen

Der er igangsat række indsatser, som skal øge viden og kendskab til dosispakket medicin blandt de praktiserende læger, hospitalspersonalet samt det kommunale personale. Herudover tilrettelægges og udvikles arbejdsgange, der kan medvirke til at styrke sektorens kendskab og til at undgå, at borgere tages af dosispakket medicin ved sektorovergange.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Siden indsatsen start er antallet af borgere på dosispakket medicin steget i København og Frederiksberg Kommuner.

I Frederiksberg Kommune var 515 borgere på dosispakket medicin i februar måned 2024. I Københavns Kommune var cirka 3410 borgere på dosispakket medicin i februar måned 2024.

Der afholdes temadag og webinarer i 2024 mhp. at understøtte implementering i regionens øvrige klynger.

Sundhedsklynge Syd: Den gode overgange: Analyse af indlæggelses- og udskrivelsesprocessen fra plejehjem og eget hjem

Formål (herunder målgruppe)

Formålet er at afdække og analysere processen omkring indlæggelser af borgere til plejehjem, midlertidig døgnplads eller til hjemmet med omfattende kommunal hjælp.

Kort beskrivelse af indsatsen

Indsatsen består af en afdækning og analyse.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Underspor 1.1 indlæggelser og udskrivelser fra plejehjem:

Dataindsamlingen til afdækning af indlæggelser fra plejehjem er i gang.

Underspor 1.2 indlæggelser og udskrivelser fra eget hjem:

Der er igangsat forskellige afprøvninger under hver af de tre spor: Virtuel visitation, Medicin i forbindelse med udskrivelser, Funktionsevnevurdering, hvor det fælles omdrejningspunkt er, at faggrupperne afprøver om forskellige tiltag kan føre til bedre udskrivelser.

Sundhedsklynge Syd: Den gode overgang: Dosisdispenseret medicin

Formål (herunder målgruppe)

Øge antallet af borgere på dosispakket medicin.

Kort beskrivelse af indsatsen

Den tværsektoriel indsats skal inden for gældende vejledninger, aftaler og anbefalinger støtte op om den videre implementering af dosisdispenseret medicin.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Arbejdsgruppen har drøftet, hvordan Sundhedsklynge Byens erfaringer samt det nationale katalog med "Best practice" vejledninger til arbejdsgange, implementeringsguide med mere fra MedCom kan bruges i det videre arbejde i Sundhedsklynge Syd.

Sundhedsklynge Syd: Den gode overgang: Fokus på tværsektorielle forløb i Akutmodtagelsen via følgeforskning

Formål (herunder målgruppe)

Formålet er at tilvejebringe et vidensgrundlag, der kan understøtte de tværsektorielle snitflader og samarbejder omkring Akutmodtagelsen (FAM) og at de borgere, der har kontakt med Akutmodtagelsen (FAM) får en god og tryk overgang mellem kommune, hospital og praktiserende læge.

Målgruppen for indsatsen er den ældre medicinske patient med kontakt til flere sektorer, herunder de borgere, der ikke er omfattet af 72 timers behandlingsansvar.

Kort beskrivelse af indsatsen

Den foreløbige plan for indsatsen er:

- At afdække borger/patient-flowet i Akutmodtagelsen (FAM)
- At identificere Almen praksis rolle i patienternes indlæggelser og genindlæggelser
- At kortlægge samarbejdet mellem kommunernes Akutteams, almen praksis og hospitalerne

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Indsatsen er vedtaget på politisk sundhedsklyngemøde d. 18. marts 2024 og derfor fortsat under planlægning.

Sundhedsklynge Syd: Den gode overgang: Styrket samarbejde om midlertidige pladser

Formål (herunder målgruppe)

Hensigten er, at borgerne, der er på midlertidige pladser, kommer til at opleve en større tryghed i deres forløb, ved at kvaliteten og kompetencerne på de midlertidige pladser bliver styrket.

Kort beskrivelse af indsatsen

Der udarbejdes en tværsektoriel model for, hvordan borgerne på de midlertidige pladser kan få styrket deres adgang lægebetjening, fx ved hjælp af virtuelle konsultationsløsninger mv.

I forlængelse heraf, igangsættes et arbejde om, hvad der kan gøres såvel internt i kommunerne som på tværs af sektorer for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser fra midlertidige pladser.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Indsatsen er vedtaget på politisk sundhedsklyngemøde d. 18. marts 2024 og derfor fortsat under planlægning.

Udover indsatsen Den gode overgang – fra indlæggelse til udskrivelse er Sundhedsklynge Syd en del af LKT KOL.

Sundhedsklynge Syd: LKT KOL

Formål (herunder målgruppe)

Det overordnede formål for LKT KOL er optimering af forløb for personer med KOL på tværs af sektorer.

Det specifikke formål er, at alle personer med KOL får den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse efter en KOL-relateret indlæggelse.

Kort beskrivelse af indsatsen

I Syd foregår et tværsektorielt samarbejde om rehabiliteringsforløb af KOL-patienter, herunder afprøves det, om kommunen kan overtage flere patienter i tidlig rehabilitering.

Herudover har hospitalet arbejdet med monosektorielle indsatser ved udskrivelse af KOL-patienter, for at styrke patienternes efterfølgende forløb.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

Den nationale Styregruppe for LKT har besluttet, at LKT KOL ikke vil blive udvidet med flere tværsektorielle teams grundet udfordringer med at demonstrere målbare resultater på de indikatorer, der har været målt på.

I Syd har flere indsatser været pauseret over længere tid grundet organisationsændringer på hospitalet og behov for interne ændringer og afprøvninger i den kommunale organisering forud for afprøvninger i tværsektorielt regi.

I Syd foregår et godt tværsektorielt samarbejde om KOL-patienter i tidlig rehabilitering og der foregår pt. forskellige afprøvninger ift. dette.

Udover de ovennævnte indsatser er der i det tværsektorielle arbejde med Udviklingshospital Amager fokus på den ældre medicinske patient.

Sundhedsklynge Bornholm: Akutte medicinske patienter

Formål (herunder målgruppe)

At forebygge indlæggelser og genindlæggelser samt at fremme mere sammenhængende patientforløb for målgruppen af ældre medicinske patienter på Bornholm.

Kort beskrivelse af indsatsen

For at styrke indsatsen "akutte medicinske patienter" har Bornholms Regionskommune pr 1. maj 2024 ansat en fuldtidsprojektmedarbejder i en treårig periode. Projektmedarbejderen medfinansieres med 400.000 kr. fra Sundhedsklynge Bornholms midler. Projektmedarbejderen skal – i tæt samarbejde mellem kommune, hospital og almen praksis – udvikle og implementere tiltag indenfor følgende:

- Fælles organisering omkring akutte medicinske patienter
- Styrkelse af det kommunale akuttilbud og løft af kompetencerne
- Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og fremme af bedre overgange
- Mere patientinddragelse.

Eventuelle delresultater/foreløbige resultater

I perioden 1. juni til 1. februar 2023 er der indsamlet data samt viden om borgerens/patientens og de sundhedsprofessionelle aktørers perspektiv på udfordringer og barrierer. Dette er samlet i en afrapportering - som viser et betydeligt potentiale for udvikling af indsatsområdet "akutte medicinske patienter".



KOMMISSORIUM

Dato: 2. april 2024

Revideret kommissorium - Fremtidens akutområde i Region Hovedstaden

Baggrund

Det samlede akutområde i Region Hovedstaden er udfordret af flere komplekse patienter, stigende forventninger til den akutte sundhedsindsats fra patienter og pårørende samt udfordringer med at rekruttere personale til at varetage opgaver på alle tider af døgnet.

Region Hovedstaden har en unik akutstruktur med gode erfaringer og samarbejder på tværs af region, kommuner og almen praksis om det akutte område, herunder forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Dette er et godt udgangspunkt i forhold til fremtidssikring og udvikling af akutområdet, og der igangsættes på den baggrund et arbejde med at styrke de akutte forløb, så patienterne og deres pårørende oplever en god og sammenhængende behandling. Fokus er bl.a. på, at borgere uanset bopæl skal møde samme kvalitet og tilgængelighed (evt. virtuelt).

Tidligere projekter, initiativer og erfaringer som allerede er i gang på akutområdet, fx projektet om Fremtidens Akuthospital, Arbejdsgrupperne vedr. akutvisitation og modtagelse, projekter i regi af sundhedsklyngerne, mv. vil indgå i arbejdet. I 2023 er der i regi af Driftsgruppen for akuthjælpen gennemført et analysearbejde af samspillet mellem akuttelefonen 1813 og akutmodtagelserne, og der er udarbejdet en delrapport, som ligeledes vil indgå som en del af den samlede afrapportering.

Formål og opgavebeskrivelse

Styregruppens hovedopgave vil bl.a. være, at:

- Foreslå en model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser på hospitalerne, jf. indsatsområde A

- Optimering af modtagelsen af akutte patienter, fx ift. patientoplevelt kvalitet, patient flow, kompetencer, kapacitetsudnyttelse af spor mv. jf. indsatsområde B
- Prioritering, fx vha. nye digitale muligheder mv., jf. indsatsområde C.

Produktet af styregruppens arbejde er forslag til forskellige modeller og visioner for fremtidens akutområde i regionen.

Styregruppen skal drøfte følgende indsatsområder:

A) Rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser

Styregruppen skal bl.a. se på, hvordan det tværsektorielle samarbejde om den akutte sundhedsindsats kan styrkes samt udtænke en model(ler) for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser (ansvar før indlæggelse). Fx gennem et tættere samspil mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og akutberedskab.

Målgruppen vil typisk være den ældre medicinske patient, evt. med kronisk sygdom, ligesom det kan være patienter med somatisk sygdom og evt. samtidig psykisk sygdom.

Den tidlige opsporing og indsats er afgørende i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelse. I nogle tilfælde vil der være behov for indlæggelse, men i andre tilfælde vil kommunen, ofte i samarbejde med almen praksis og/eller hospital eller akutberedskab, kunne varetage behandlingen af den ældre, sårbare borger uden for hospitalet.

Der er behov for at kommuner, hospital, praksissektor og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte patienter i eget hjem.

Styregruppen skal komme med forslag til model(ler), der kan sikre gode, sammenhængende patientforløb fra den første kontakt til udskrivelse, og forebygge uhensigtsmæssige og akutte indlæggelser og genindlæggelser, så borgerne oplever at blive behandlet dér, hvor deres behov varetages bedst.

B) Optimering af den akutte modtagelse af patienter

Der er løbende arbejdet med flow i modtagelsen af akutte patienter, så patienterne ikke oplever unødigt ventetid, og der samtidig sker den bedst mulige udnyttelse af kapacitet og ressourcer. Der er i regi af Driftsgruppen for akuthjælpen bl.a. arbejdet med bedre kommunikation ved sporklukninger, forbedret og fælles registreringspraksis i akutmodtagelserne mv.

Akutmodtagelserne oplever, at der ofte kan være pres på behandlersporene på nogle matrikler, hvor alle tiderne er optaget, mens der andre steder – typisk på akutklinikkerne i yderområderne – er ledige tider, der ikke udnyttes.

Der kan på den baggrund ses på kapacitetsudnyttelsen i de forskellige spor mhp. bedre ressourceudnyttelse. Et overblik over kapacitetsudnyttelsen vil optimere hospitalernes planlægning og vise, om udnyttelsen af de forskellige spor kan optimeres. Det kan fx være via justeret åbningstid og/eller lukning af spor i perioder, hvor der samtidig sikres, at patienterne fortsat tilbydes et nært tilbud i planområdet. Målgruppen kan være borgere med akut somatisk sygdom, ligesom det kan være borgere med samtidig psykisk sygdom.

Styregruppen kan bl.a. tage udgangspunkt i den undersøgelse, der er udarbejdet i regi af SFR Præhospital og Akutmodtagelse, som skal være med til at styrke visitationen ved 1813 yderligere. Der er påbegyndt en audit, der skal analysere og vurdere konkrete patientforløb og afklare hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige henvisninger, sammenhæng mellem tidspunkt på døgnet, ugedag og speciale samt om henvisningen er foretaget af læge eller sygeplejerske.

Styregruppen skal se på modeller for, hvordan kapacitetsudnyttelsen, flow i modtagelsen af akutte patientforløb, kompetencer mv. kan optimeres, herunder afveje fordele og ulemper ved de forskellige forslag.

Der gøres opmærksom på, at modeller for evt. ændringer i sporene vil få betydning for den samlede opgavevaretagelse i både akutmodtagelser og akutklinikker. Forslag fra styregruppen vil derfor forudsætte politisk godkendelse.

C) Prioritering på akutområdet, herunder digitale muligheder

I Region Hovedstaden pågår flere initiativer med fokus på digitale løsninger og bedre udnyttelse af de samlede ressourcer, herunder implementeringen af flere telemedicinske løsninger, brug af AI og data, hjemmebehandling, videokonsultation, mv. Målgruppen kan være borgere med akut somatisk sygdom, ligesom det kan være borgere med samtidig psykisk sygdom.

Styregruppen skal afsøge muligheder for, hvordan der kan bruges eksisterende data og nye teknologiske muligheder, fx i identifikationen af borgere, der er i risiko for akut (gen)indlæggelse, mv.

Arbejdet kan fx indeholde en kortlægning af digitale initiativer, der allerede er i gang samt forudgående arbejder, som kan have potentiale i optimeringen af den akutte indsats.

Styregruppen skal udarbejde et katalog over digitale muligheder, der kan bidrage til et effektivt og sammenhængende akutområde.

Organisering og proces

Der er afholdt en workshop/fagligt møde for et bredt udvalg af interessenter med henblik på at drøfte ambitionen og visionen for regionens akutte sundhedsindsats, herunder fremtidens udfordringer og muligheder.

Workshoppen har inspireret til det videre arbejde med at beskrive mulige modeller for, hvordan akutområdet kan organiseres fremover.

Til udarbejdelse af analysen og anbefalinger er der nedsat en styregruppe. Styregruppen refererer til Hospitalsdirektørkredsen i regionen.

Styregruppen består af følgende repræsentanter:

- Koncerndirektør Erik Jylling (formand)
- Vicedirektør Jakob Hendel, Amager og Hvidovre Hospital
- Vicedirektør Silke Arildsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Hospitalsdirektør Annemarie Hvidberg Hellebek, Bornholms Hospital
- Vicedirektør Lisbet Ravn, Herlev og Gentofte Hospital
- Vicedirektør Thomas Houe, Nordsjællands Hospital
- Centerdirektør Martin Magelund Rasmussen, Rigshospitalet
- Kristian Antonsen, SFR Præhospital og Akutmodtagelse
- Konstitueret direktør Thomas Reimann, Akutberedskabet
- Cheflæge Lotte Klitfod, Driftsgruppen for akuthjælpen på voksenområdet
- Direktør Stella Hansen, Helsingør Kommune
- Direktør Per Bennetsen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Københavns Kommune
- Praktiserende læge Søren Brix Christensen, PLO-H
- Lægefaglig vicedirektør Dan Brun Petersen, Holbæk Sygehus
- Cheflæge Lone Baandrup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Formand Jette Bay, Patientinddragelsesudvalget
- Centerdirektør Charlotte Hosbond, Center for Sundhed

Styregruppen vil have en delegerende rolle, og kan foreslå, at specifikke opgaver og delanalyser lægges ud til underarbejdsgrupper, fx inden for de tre ovennævnte indsatsområder. For at sikre at der kan inddrages erfaringer fra igangværende indsatser eller projekter, kan arbejdet i underarbejdsgrupperne igangsættes på forskellige tidspunkter.

Styregruppen nedsættes i december 2023. Det forventes, at rammerne for akutområdet i regionen afprøves inden udgangen af 2024.

Hospitalsdirektørkredsen vil blive forelagt en status for arbejdet i august 2024.

Center for Sundhed vil varetage sekretariatsbetjeningen. Center for Økonomi og Center for HR og Uddannelse inddrages i analysearbejdet i det omfang, det er relevant.

KOMMISSORIUM

Dato: 9. april 2024

Arbejdsgruppe om model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser

Baggrund

Med kommissoriet for styregruppen for fremtidens akutområde i Region Hovedstaden er der bl.a. lagt op til en model for rettidig forebyggelse af akutte indlæggelser og genindlæggelser på hospitalerne.

Der er et ønske om at styrke det tværsektorielle samarbejde om særligt den ældre medicinske patient, så kommuner, hospitaler, almen praksis og akutberedskab i højere grad kan undersøge, udrede og behandle udvalgte borgere i eget hjem til gavn for borgerne. Fokus er bl.a. på, at borgere uanset bopæl skal møde samme kvalitet og tilgængelighed (evt. virtuelt).

Forventningen er, at erfaringerne fra 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling kan udbygges til også at gælde før indlæggelse. Princippet er det samme, at hospitalerne får et udvidet ansvar med en tættere dialog og samspil med kommuner, almen praksis og akutberedskab med henblik på at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser¹.

Opgaver

Den tidlige opsporing og indsats er afgørende i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelse. I nogle tilfælde vil der være behov for indlæggelse, men i andre tilfælde vil kommunen ofte i samarbejde med almen praksis og/eller hospital eller akutberedskab, kunne varetage behandlingen af den ældre

¹ Typiske diagnoser er: Dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdomme (bl.a. lungebetændelse), blærebetændelse, mave-/tarmlidelser, brud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold og tryksår.

sårbare borger udenfor hospitalet. Input fra workshop den 26. februar 2024 og erfaringer fra allerede igangsatte initiativer i sundhedsklyngerne skal inddrages, samt relevante erfaringer fra andre regioner fx det tværsektorielle samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, almen praksis og akutsygeplejen Middelfart kommune. Derudover vil det være relevant at arbejde med konkrete patientforløb (cases) og identificere, hvor der er potentialer for forbedringer før en indlæggelse.

Arbejdsgruppen skal komme med forslag til model(ler), der kan forebygge at ældre sårbare borgere oplever u hensigtsmæssige akutte indlæggelser og genindlæggelser, og de oplever at blive behandlet dér, hvor deres behov varetages bedst.

Det skal være klart, hvem der har behandlingsansvaret, når den ældre sårbare borger er i risiko for indlæggelse.

Målgruppen vil typisk være den ældre medicinske patient, evt. med kronisk sygdom, ligesom det kan være patienter med somatisk sygdom og evt. samtidig psykisk sygdom.

I arbejdet med modellen (modellerne) skal der være særligt fokus på at beskrive følgende:

- Hvordan modellen kan løftes på hospitalerne, i Akutberedskabet og i almen praksis. Fx hvordan/hvornår rådgivning af den kommunale sygepleje om akutte og subakutte patienter skal finde sted, eller hvornår en udkørende funktion skal anvendes.
- Principper for organisering af arbejdsgange omkring behandlingsansvar herunder afklaring af henholdsvis almen praksis', Akutberedskabets og hospitalets rolle.
- Principper for tilgængelighed til de fagpersoner der skal stå til rådighed. Hvem kan benytte sig af tilbuddet? Fx afklare om patienten og pårørende kan benytte tilbuddet.

Derudover vil det være relevant at afsøge, hvordan et digitalt element kan indgå i modellen fx videoløsninger, samt systemunderstøttelse.

Det vil ligeledes være relevant med anbefalinger til implementering og monitorering, fx kunne antallet af forebyggelige sygehusophold følges.

Rammerne for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen nedsættes under styregruppen for fremtidens akutområde i Region Hovedstaden. Styregruppen orienteres løbende i takt med at arbejdet skrider frem.

Drøftelse af principielle spørgsmål sker primært i arbejdsgruppen. Hvis der ikke er enighed i gruppen, forelægges det til styregruppen.

Arbejdsgruppens sammensætning

Gruppen sammensættes på en måde, der sikrer, at den besidder såvel ledelseskompetencer som faglige kompetencer i forhold til akutområdet, geriatri og multisygdom.

- 1-2 ledelsesrepræsentanter udpeget af hvert hospital.
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Region Hovedstadens Psykiatri
- 1 repræsentant udpeget blandt hospitalernes akutprofessorer
- 1 repræsentant udpeget af SFR Præhospital og Akutmodtagelse
- 2 ledelsesrepræsentanter udpeget af Region Hovedstadens Akutberedskab
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Center for Sundhed
- 3-5 ledelsesrepræsentanter udpeget af kommunerne
- 2 repræsentanter udpeget af PLO-H
- 1-2 patientrepræsentanter.

Patientrepræsentanterne skal så vidt muligt have "generel ekspertviden" eller "viden fra mange"² og udpeges via Patientinddragelsesudvalget.

Formandskab

En hospitalsdirektør.

Sekretariatsbetjening

Gruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Center for Sundhed.

Tidsforbrug og arbejdsform

Arbejdsgruppen nedsættes i maj 2024. Der er behov for et hurtigt og fokuseret arbejde. Deltagere i arbejdsgruppen må forvente at skulle bruge tid mellem møderne til bidrag med skrivning og kommentering af oplæg til møderne.

Tidsplan

Forventningen er at arbejdsgruppen kan afrapportere sit arbejde således, at udkast til model/ler kan forelægges styregruppen i 4. kvartal 2024, og efterfølgende Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) og Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU), samt hospitalsdirektørkredsen.

Der gives relevant status til styregruppen. Dertil planlægges relevant kommunikationsindsats og formidling af arbejdet i samarbejde med styregruppen.

² Jf. VIBIS-publikation om roller og vidensbidrag: https://danskepatienter.dk/files/media/document/Publikation%20v%C3%A6rkt%C3%B8j%20til%20dialog%20om%20roller%20og%20vidensbidrag_2023.pdf

KOMMISSORIUM

Dato: 2. april 2024

Arbejdsgruppe om optimering af den akutte modtagelse af patienter

Baggrund

Med kommissoriet for styregruppen for fremtidens akutområde i Region Hovedstaden er der bl.a. lagt op til optimering af den akutte modtagelse af patienter. Dette skal ses i lyset af robustgørelse af akutmodtagelserne, der indgår som en del af regeringens akutplan for sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppen skal drøfte hvordan der sikres den mest optimale akutte indsats for borgeren fra første kontakt til udskrivelse. Det skal sikres, at de akutte patienter får et ligeværdigt tilbud, og uanset bopæl møder samme kvalitet og tilgængelighed, dvs. det rette tilbud til rette tid og sted og af rette kompetence (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af den akutte indsats fra 2020).

Tidligere projekters resultater målrettet den akutte modtagelse af patienter bør indgå i arbejdet, herunder projekt om Fremtidens Akuthospital, arbejdsgrupper vedr. akut visitation og modtagelse, projekter/erfaringer fra sundhedsklynge, mv.

Opgaver

Formålet er at formulere anbefalinger til hvordan organiseringen af den akutte indsats kan optimeres i Region Hovedstaden, herunder ift. patientoplevelset kvalitet, effektiv udnyttelse af de samlede økonomiske og personalemæssige ressourcer, rette kompetencer mv.

Arbejdsgruppen skal desuden samle op på allerede igangsatte initiativer og resultater. Arbejdsgruppen kan evt. tage udgangspunkt i den audit, der udarbejdes i regi af SFR Præhospital og Akutmodtagelse. Undersøgelsen skal bl.a. vurdere konkrete patientforløb og afklare hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige henvisninger.

Analysen af samspillet mellem akuttelefonen 1813 og akutmodtagelserne (afsluttet efteråret 2023) viser desuden, at kapaciteten i nogle behandlerspor - særligt i yderområderne - ikke udnyttes fuldt ud. Det fremgår af analysen, at der med udgangspunkt i valideret data bør ses på modeller for, hvordan kapacitetsudnyttelsen og flow i modtagelsen af akutte patienter kan optimeres.

Arbejdet indeholder følgende:

- En kortlægning af udfordringer og muligheder for forbedringer i modtagelse og flow af akutte patienter (akutte patienter med somatisk sygdom, ligesom det kan være patienter med samtidig psykisk sygdom).
- Evt. udvikling og afprøvning af konkrete indsatser.
- anbefalinger til understøttelse af sammenhængende patientforløb i den akutte modtagelse af patienter samtidig med, at der sikres det bedste udgangspunkt for effektiv ressourceudnyttelse, hvor arbejdskraften anvendes optimalt og bæredygtigt.

Rammerne for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen nedsættes under styregruppen for fremtidens akutområde i Region Hovedstaden. Styregruppen orienteres løbende i takt med at arbejdet skrider frem.

Drøftelse af principielle spørgsmål sker primært i arbejdsgruppen. Hvis der ikke er enighed i gruppen, forelægges det til styregruppen.

Gruppen sammensættes på en måde, der sikrer, at den besidder såvel ledelseskompetencer som faglige kompetencer i forhold det samlede, tværgående akutområde.

Arbejdsgruppens sammensætning

- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af SFR Præhospitalet og Akutmodtagelse (formandskab)
- 5-6 ledelsesrepræsentanter fra akutmodtagelser udpeget af hospitaler
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Region Hovedstadens Akutberedskab
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Region Hovedstadens Psykiatri
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af Center for Sundhed
- 1 ledelsesrepræsentant udpeget af kommunerne
- 1 repræsentant udpeget af PLO-H
- 1-2 patientrepræsentanter udpeget af Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg

Patientrepræsentanterne skal så vidt muligt have "generel ekspertviden" eller "viden fra mange"¹.

Arbejdet gennemføres i samarbejde mellem de ovenfor nævnte parter. Derudover kan der ad hoc inddrages andre relevante aktører, som kan give input til arbejdet, fx sundhedsfaglige råd, øvrige regioner, Danske Regioner, m.fl.

Formandskab

Kristian Antonsen, formand for SFR Præhospitalet og Akutmodtagelse, udpeges som formand for arbejdsgruppen.

Sekretariatsbetjening

Gruppen sekretariatsbetjenes af medarbejdere fra Center for Sundhed.

Tidsforbrug og arbejdsform

Arbejdsgruppen nedsættes i april 2024. Der er behov for et hurtigt og fokuseret arbejde i arbejdsgruppen. Deltagere i arbejdsgruppen må forvente at skulle bruge tid mellem møderne til bidrag med skrivning og kommentering af oplæg til møderne.

Tidsplan

Der udarbejdes en tids- og procesplan for arbejdet, herunder proces for inddragelse af styregruppe og interessenter, samt møder i arbejdsgruppen, mv. Der gives løbende status til styregruppen. Dertil planlægges relevant kommunikationsindsats og formidling af arbejdet i samarbejde med styregruppen.

Forventningen er, at arbejdsgruppen kan afrapportere sit arbejde til styregruppen i efteråret 2024. Herefter forelægges anbefalinger for hospitalsdirektørkredsen og sundhedsudvalget. Forslag fra styregruppen kan forudsætte politisk godkendelse.

¹ Jf. VIBIS publikation om roller og vidensbidrag: https://danskepatienter.dk/files/media/document/Publikation%20v%C3%A6rkt%C3%B8j%20til%20dialog%20om%20roller%20og%20vidensbidrag_2023.pdf



Evaluering af **72** **timers udvidet** **behandlingsansvar** i Region Hovedstaden

Delrapport 2

Titelblad

Copyright:

©Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-93775-30-5

Forfattere:

Denne evalueringsrapport er udarbejdet af postdoc Elise Harder, konsulent Fiona Haustedt Mossman, videnskabelig medarbejder Ann-Sofie Nicole Berthelsen, seniorforsker Julie Grew og sektionschef Michaela Louise Schiøtz, Sektion for Tværsektoriel Forskning, i samarbejde med Center for Sundhed, Center for Økonomi og Center for Patientinddragelse, Region Hovedstaden.

Forsidebillede:

RegionH Design

Udgiver:

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Region Hovedstaden, 2024
www.tfregionh.dk

Publikationen citeres således:

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg, Region Hovedstaden; 2024

Indhold

Forord	5
1 Sammenfatning	6
Implementering og anvendelse af aftalen	6
Styrket tværsektorielt samarbejde	7
Øget kvalitet og sikkerhed i behandling	8
Udvikling i genindlæggelser	8
Borgerperspektiver på aftalen	8
Evalueringens hovedbudskaber	9
2 Kort om aftalen om 72 timers behandlingsansvar	10
3 Formål	11
4 Design og metode	12
4.1 Datamateriale	12
Manuelle opkaldsregistreringer	13
Tværsektorielle journalaudits	14
Dataudtræk fra Sundhedsplatformen vedrørende udvikling og aktivitet	14
Dataudtræk på utilsigtede hændelser	15
Spørgeskemaundersøgelse	15
Interviews med repræsentanter fra projektstyregruppen for 72 timers behandlingsansvar	16
Interviews med borgere	17
5 Resultater	18
5.1 Svarprocenter for spørgeskemaundersøgelsen	18
5.2 Implementering og anvendelse af aftalen	19
Sundhedsprofessionelles oplevelse af aftalens implementeringsgrad	19
Udvikling i antal borgere omfattet af aftalen	21
Beskrivelse af målgruppen omfattet af aftalen baseret på dataudtræk fra Sundhedsplatformen og data fra tværsektorielle journalaudits	26
5.3 Anvendelse af aftalen	26
Arbejdsgange i forbindelse med opkald	26
Fagligt indhold af opkald	30
5.4 Styrket tværsektorielt samarbejde	33
Kommunikation og kendskab på tværs af sektorer	33
Kvalitet af tværsektoriel dokumentation	36
Udskrivningsrapporter	36
Korrespondancemeddelelser	38
Ajourføring af Fælles Medicinkort	39
5.5 Øget kvalitet og sikkerhed i behandling	40
5.6 Udvikling i genindlæggelser	42
5.7 Borgerperspektiver på aftalen	45
Borgernes liv og situation	45
Borgerne kender ikke til aftalen om 72 timers behandlingsansvar	46
Borgernes oplevelser af tryghed efter udskrivelse	46
Borgernes oplevelser af sammenhæng i sektorovergange	46
Når der samarbejdes på tværs, skaber det en oplevelse af sammenhæng og meningsfuldhed	47

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

6 Konklusion	48
<i>Implementering og anvendelse</i>	48
<i>Styrket tværsektorielt samarbejde</i>	49
<i>Øget kvalitet og sikkerhed i behandling</i>	49
<i>Udvikling i genindlæggelser</i>	50
<i>Borgerperspektiver på aftalen</i>	50
7 Referenceliste	51
Bilag 1 Figurer og tabeller	52
Bilag 2 Skema til manuel opkaldsregistrering	57
Bilag 3 Spørgeskemaer til sundhedsprofessionelle	58

Forord

I Region Hovedstaden har vi et ønske om at tilbyde den behandling, som giver mest værdi for vores patienter. Regionens borgere skal opleve et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere kan behandles i eller tættere på deres hjem gennem et tæt samarbejde med regionens kommuner og almen praksis. Det understøtter vi blandt andet ved, at hospitalerne fastholder behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse for patienter, der har været indlagt i mindst 24 timer, og som udskrives til kommunal sygepleje.

Det udvidede behandlingsansvar skal understøtte, at patienterne oplever gode, sammenhængende behandlingsforløb med en tryk overgang mellem hospitalet og borgerens eget hjem, herunder plejecentre og ophold på midlertidige kommunale døgnpladser. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar trådte i kraft i Region Hovedstaden den 1. februar 2022, og indsatsen er fra december 2023 blevet udbredt til de øvrige regioner som en del af regeringens akutplan.

En projektstyregruppe med repræsentanter fra regionens hospitaler, kommuner og Praktiserende Lægers Organisation - Hovedstaden samt borgerrepræsentanter har fulgt implementeringen og har haft ansvar for at følge op på og udvikle aftalen. Evalueringen af erfaringer fra implementeringens første fase fremgår af delrapport 1 [1], som blev offentliggjort i oktober 2023.

Med nærværende rapport ønsker vi at formidle resultater fra evalueringen af den fortsatte implementering af aftalen. Nyt i denne rapport er, at der indgår data fra interviews med borgere og repræsentanter fra projektstyregruppen, en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer samt data fra Sundhedsplatformen vedrørende udviklingen over tid i antal genindlæggelser for populationen samt ajourføring af Fælles Medicin Kort.

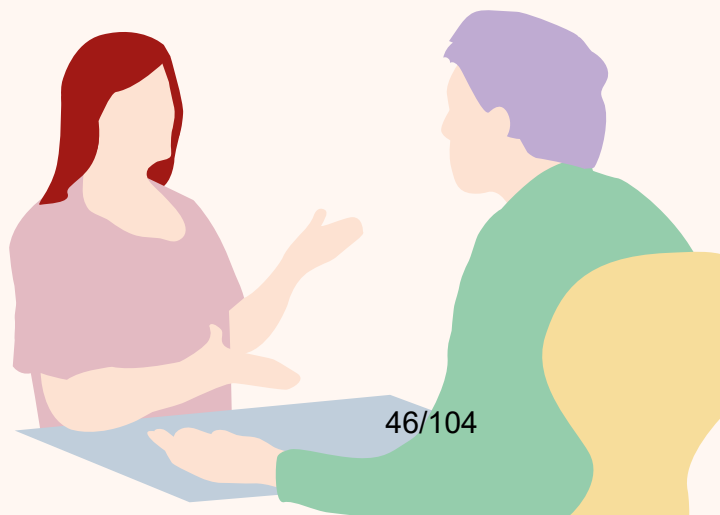
Vi håber, at evalueringens fund kan bidrage til inspiration og læring på tværs af regioner, kommuner og almen praksis i hele landet og understøtte arbejdet med såvel den lokale som den nationale implementering af 72 timers behandlingsansvar.

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået for udarbejdelse af rapporten i tæt samarbejde med Center for Sundhed og Center for Økonomi i Region Hovedstaden samt projektstyregruppen for aftalen om 72 timers behandlingsansvar.

Vi ønsker at sige en stor tak til alle de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, som har stillet deres tid og ekspertise til rådighed i forbindelse med evalueringens gennemførelse. Særlig stor tak til de borgere, som har bidraget med deres perspektiver på aftalen i interviews. Endelig ønsker vi at takke hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden for fortsat at arbejde positivt med aftalen og derved styrke det tværsektorielle samarbejde til fordel for en sårbar gruppe af regionens borgere.

Med venlig hilsen

Birgitte Rav Degenkolv
Formand for arbejdsgruppen
Hospitaldirektør, Amager og Hvidovre Hospital



1 Sammenfatning

Aftalen om 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsbehandling for borgere, som har været indlagt i mindst 24 timer, og som udskrives til kommunal sygepleje, trådte i kraft i Region Hovedstaden den 1. februar 2022. Aftalen blev implementeret trinvist, hvor sidste trin blev udrullet i september 2022. Formålet med aftalen er at skabe en tryk overgang mellem hospital og kommune samt at understøtte sammenhængende patientforløb og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

Aftalen er nu i drift, og nærværende rapport præsenterer resultater fra monitorering og evaluering af aftalen i drift samt sundhedspersonalets oplevelser af aftalens afledte effekter. Rapporten tager afsæt i den monitorerings- og evalueringsrapport (del 1), som blev lanceret i oktober 2023.

Rapportens resultater er baseret på både kvalitative og kvantitative datakilder. Tværsektorielle journalaudits af forløb omfattet af aftalen samt interviews med borgere og medlemmer af projektstyregruppen indgår som kvalitative datakilder. Kvantitative datakilder består af dataudtræk på relevante markører fra Sundhedsplatformen, en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle fra hhv. hospitaler, kommuner og almen praksis samt manuelle opkaldsregistreringer foretaget på udvalgte hospitalsafdelinger i forbindelse med opkald angående borgere omfattet af aftalen.

Implementering og anvendelse af aftalen

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at man på tværs af sektorer generelt finder det meningsfuldt, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse af borgere i målgruppen.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at sundhedsprofessionelle fra hospital og kommune generelt (79 %) er enige i, at der er et udbredt kendskab til aftalen, mens lidt over halvdelen (56 %) af de alment praktiserende læger er enige heri. Flere kommentarer fra spørgeskemaundersøgelsen giver dog indsigt i, at sundhedsfaglige på tværs af alle tre sektorer oplever, at der fortsat er et arbejde i at få aftalens eksistens og indhold kommunikeret ud til alle involverede parter.

Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har været fuldt implementeret i Region Hovedstaden siden september 2022, og antallet af borgere omfattet af aftalen er stabiliseret på godt 2.000 pr. måned. Data fra Sundhedsplatformen viser, at den største gruppe borgere omfattet af aftalen er mellem 70 og 89 år med en gennemsnitsalder på 77 år. Der ses en lille overvægt af kvinder.

Resultater fra manuelle opkaldsregistreringer foretaget i uge 40 2023 viser, at hospitalerne modtager flest opkald fra kommunale døgnpladser. Opkaldene finder oftest sted i hverdagene i dagtimerne, og størstedelen af opkaldene har en varighed på et til fem minutter.

Data fra spørgeskemaundersøgelsen peger på, at omkring halvdelen af de adspurgte sundhedsfaglige, både på hospital og i kommune, er enige i, at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen er tilpas. Kommentarer fra spørgeskemaundersøgelsen giver indsigt i, at nogle ansatte alligevel oplever arbejdsbyrden som stor. For de ansatte i kommunerne handler det ofte om, at de oplever at blive stillet om til forskellige kollegaer på hospitalet for at få hjælp. For de ansatte på hospitalerne

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

handler det ofte om, at de oplever at modtage irrelevante opkald. Samtidig med at nogle oplever, at de bruger meget tid på opkald, svarer lidt over en tredjedel af de sundhedsfaglige i kommunerne, at de er enige i, at aftalen medfører tidsbesparelse i deres arbejde.

De manuelle opkaldsregistreringer viser, at opkaldene ofte er af lægefaglig karakter, og at det ofte er læger, som besvarer opkaldene. De fleste af de opkald, som blev registreret, omhandlede medicinrelaterede problematikker, og data fra utilsigtede hændelser giver ligeledes indsigt i, at der rapporteres om medicinrelaterede problemstillinger i forbindelse med 72 timers behandlingsansvar. Blandt de forløb, som undergik tværsektoriel journalaudit, omhandlede opkaldene oftest præcisering af behandling samt forværring af borgers tilstand.

Resultater baseret på kommentarer fra spørgeskemaundersøgelsen peger på, at sundhedsprofessionelle på hospitalerne oplever en bekymring for at overtage opgaver fra almen praksis, for eksempel i forbindelse med udskrivelse af recepter. Kommentarerne i spørgeskemaerne antyder ligeledes, at flere hospitalsansatte oplever at modtage flere opkald, som de ikke mener falder ind under aftalens formål, for eksempel opkald om problemstillinger, der ikke er relateret til den forudgående indlæggelse. Forskellige data underbygger dermed, at der fortsat er behov for at formidle aftalens indhold og ansvarsfordeling til alle involverede parter.

Resultater fra både manuelle opkaldsregistreringer og spørgeskemaundersøgelsen viser, at det er den generelle oplevelse blandt de sundhedsfaglige, at opkald relateret til aftalen resulterer i løsninger og hurtigere hjælp til problematikker i forbindelse med udskrevne borgere.

Styrket tværsektorielt samarbejde

Besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 46 % af de adspurgte på hospitalerne er enige i, at aftalen bidrager til en bedre dialog om borgeren på tværs af sektorer. Blandt sundhedsfaglige i kommunerne er 72 % enige heri. Ydermere viser data, at 38 % af de ansatte i kommunerne oplever, at aftalen har bidraget til øget indsigt i kollegaers rammer og handlemuligheder, mens ca. hver fjerde af de sundhedsprofessionelle på hospitalerne (26 %) oplever dette. Data viser også, at 64 % af personalet i kommunerne er enige i at have ændret deres kommunikation med kollegaer på tværs af sektorer, mens kun omkring hver fjerde af de ansatte på hospitalerne er enige i dette (26 %). I alt angiver halvdelen af de adspurgte i kommunerne, at de er enige i at have hyppigere kommunikation med kollegaer på tværs, hvorimod kun 25 % på hospitalerne er enige i dette. Data peger dermed på at aftalen medfører mere kommunikation på tværs af sektorerne, samt at aftalen i nogen grad bidrager til styrket kommunikation på tværs af sektorer, og at dette opleves hos flere blandt sundhedsprofessionelle i kommunerne.

Dataudtræk fra Sundhedsplatformen om ajourført Fælles Medicinkort (FMK) viser, at næsten 100 % af de forløb, som er omfattet af aftalen, har ajourført FMK ved udskrivelse. Ydermere viser dataudtræk, at i 82 % af de forløb, som udskrives med 72 timers behandlingsansvar, afsendes en udskrivningsrapport. Endelig viser data fra Sundhedsplatformen at andelen af korrespondancemeddelelser afsendt fra hospital til kommune eller egen læge har stabiliseret sig på omkring 16-17 %. Data fra journalaudits viser, at der i enkelte tilfælde ikke er sendt en korrespondancemeddelelse, selvom det havde været relevant.

Derved peger data overordnet på, at aftalen understøtter den tværsektorielle digitale kommunikation og herigennem et styrket tværsektorielt samarbejde.

Øget kvalitet og sikkerhed i behandling

Resultater fra tværsektorielle journalaudits viser, at aftalen bidrager til øget kvalitet og sikkerhed i behandlingen, for eksempel når uklarheder i forbindelse med livsvigtig medicin eller en patients mentale tilstand afklares i opkaldene. Data fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at omkring halvdelen af sundhedsfaglige i både kommuner og på hospitaler oplever, at aftalen medfører bedre overdragelse af borgere fra en sektor til en anden. Ydermere viser spørgeskemaundersøgelsen, at størstedelen (74 %) af de ansatte i kommunen er enige i, at aftalen bidrager til mere sammenhængende patientforløb, og at knap halvdelen (46 %) af de ansatte på hospitalerne er enige i dette. Resultaterne peger dermed på, at aftalen på nogle punkter kan øge kvalitet og sikkerhed i behandlingen, men at ikke alle adspurgte sundhedsfaglige oplever, at aftalen bidrager til bedre overdragelse eller mere sammenhængende forløb.

Udvikling i genindlæggelser

I forbindelse med implementering af aftalen har der været interesse for at undersøge, om aftalen reducerer risikoen for unødvendige genindlæggelser. Det er ikke muligt at se på genindlæggelsesprocenten forud for opstarten af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, da det ikke registreres i Sundhedsplatformen, om en borger modtager kommunal sygepleje forud for indlæggelsen. Det er dermed ikke muligt at udarbejde et før og efter mål, som kan vise, om antal genindlæggelser er reduceret efter implementering af aftalen. I stedet er der set på udvikling i antal genindlæggelser i målgruppen siden implementering af aftalen. Data fra Sundhedsplatformen viser, at genindlæggelsesprocenten i målgruppen er omkring 24 %, og at dette har været niveauet siden implementeringen af aftalen. Til sammenligning fremgår det af "Sundhedsdata på tværs", at der blandt 65+ årige med forudgående kommunal sygepleje i de første tre kvartaler af 2023 ses en tilsvarende genindlæggelsesprocent* [2] for borgere med bopæl i Region Hovedstaden. Denne har været stabil siden 2021, det vil sige fra før opstart af 72 timers behandlingsansvar. For alle borgere med bopæl i hovedstadsregionen er genindlæggelsesprocenten omkring 10 %. Det underbygger, at patienterne i målgruppen er en særlig sårbar gruppe med hyppigere behov for indlæggelser, som kan være svære at forebygge. Indsigter fra tværsektorielle journalaudits viser i tråd med dette, at det kan være nødvendigt at genindlægge patienter i denne målgruppe.

Borgerperspektiver på aftalen

Resultater af syv interviews med borgere omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar viser, at borgerne ofte ikke har kendskab til aftalen og derfor ikke kan forholde sig specifikt til aftalen. Interviewene giver i stedet viden om, hvilke faktorer de interviewede borgere oplever som fremmende for tryghed i deres forløb. Det indbefatter blandt andet oplevelsen af, at der er styr på tingene og at borgere og pårørende ikke selv skal skubbe på, følge op, dobbelttjekke og tage sagen i egne hænder for, at der sker noget i deres forløb. I modsætning hertil oplever de interviewede borgere, at det skaber utryghed, når der sker fejl, eller når de ikke ved, hvad der skal ske i deres forløb. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar understøtter netop disse fremmende faktorer for tryghed samt mindsker risiko for fejl.

* Data er fra Sundhedsdatastyrelsens "Sundhedsdata på Tværs" – e- sundhed. <https://www.esundhed.dk/Emner/Sundhedsdata-paa-tvaers/Sundhedsdata-paa-tvaers-Borgere-Over-65>

Evalueringens hovedbudskaber

Implementering og anvendelse

Sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer finder det generelt meningsfuldt, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse for borgere i målgruppen.

Blandt sundhedsfaglige på hospitalerne og i kommunerne opleves et udbredt kendskab til aftalen, mens det kun er lidt over halvdelen blandt de praktiserende læger, der oplever et udbredt kendskab til aftalen.

De fleste opkald kommer fra de kommunale døgnpladser, omhandler ofte medicinrelaterede problemstillinger, finder oftest sted i dagtimerne og har en varighed på et til fem minutter. Opkaldene kræver oftest lægefaglige ressourcer.

Der er fortsat behov for at udbrede kendskabet til aftalens indhold blandt sundhedsfaglige på tværs af sektorer. Data taler ind i at rolle- og ansvarsfordeling fortsat ikke er tydelig for alle involverede parter, hvilket kan skabe uklarheder om, hvem der er ansvarlig for hvad.

Styrket tværsektorielt samarbejde

Aftalen understøtter den tværsektorielle digitale kommunikation og styrker dermed det tværsektorielle samarbejde. Særligt oplever kommunerne at aftalen bidrager til et styrket samarbejde om målgruppen omfattet af aftalen på tværs af sektorer.

For næsten 100 % af alle forløb omfattet af 72 timers behandlingsansvar er FMK ajourført ved udskrivelse i forhold til øvrige udskrivelser, hvor 80 % af alle forløb har en ajourført FMK.

Øget kvalitet og sikkerhed i behandling

Aftalen øger kvalitet og sikkerhed i behandlingen, når for eksempel uklarheder i forbindelse med fejl i livsvigtig medicin afklares i opkald.

Udvikling i genindlæggelser

Evalueringen finder ikke færre genindlæggelser i gruppen af borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar i løbet af implementeringsperioden. Borgere i målgruppen udgør en sårbar gruppe, hvor det kan være sværere at forebygge indlæggelser.

Oplevelse af øget tryghed og sammenhæng i patientforløb

Aftalen om 72 timers behandlingsansvar understøtter flere af de faktorer, som borgere beskriver som værende fremmede for oplevelse af tryghed i deres forløb, herunder oplevelsen af, at der er styr på tingene, og at borgerne ikke selv skal følge op, for at der sker noget i deres forløb.

2 Kort om aftalen om 72 timers behandlingsansvar

Som en del af Region Hovedstadens vision om at tage større ansvar for at sikre bedre overgange mellem hospital, kommune og egen læge, blev aftalen om et 72 timers behandlingsansvar indgået mellem Region Hovedstaden, Kommunekontaktrådet (KKR) og Praktiserende Lægers Organisation – Hovedstaden (PLO-H) i november 2021. Aftalen beskriver, hvordan udskrivende hospitalsafdelinger skal stille relevant viden til rådighed for kommuner og almen praksis og dermed udvide behandlingsansvaret for udvalgte borgergrupper til 72 timer efter udskrivelse. Aftalen omfatter alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden.

Aftalen er et tiltag rettet mod et styrket samarbejde med alle kommuner og praktiserende læger i regionen. Formålet med aftalen er at sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhængende forløb for borgere, der har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse gennem et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Aftalen omfatter borgere, som er indlagt i mindst 24 timer, og som udskrives til kommunal sygepleje, herunder borgere, som forud for indlæggelsen modtog kommunal sygepleje.

I den digitale udskrivelsesrapport angiver sundhedsprofessionelle på hospitalet et telefonnummer, som sundhedsprofessionelle i kommunen kan ringe til. Det markeres, hvornår behandlingsansvaret udløber og overdrages til almen praksis. Ligeledes bliver almen praksis via udskrivningsepikrise orienteret om, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer.

Ved behov for lægefaglig rådgivning eller vejledning skal sundhedsprofessionelle i kommunen ringe til den afdeling, der har udskrevet borgeren i op til 72 timer efter udskrivelsen. Sker der på den baggrund ændring i borgerens behandlingsplan og/eller medicinering, skal almen praksis og kommunerne orienteres om dette via den digitale korrespondancemeddelelse.

Aftalens version 1.0 [3] blev implementeret trinvist i 2022 til at omfatte følgende borgergrupper:

- 1. februar: Borgere, der udskrives til midlertidige kommunale døgnpladser
- 1. maj: Borgere, der bor på plejecentre
- 1. september: Borgere, der modtager sygepleje i eget hjem

Implementeringen blev monitoreret tæt for at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet om 72 timers behandlingsansvar. I januar 2023 trådte aftalens version 2.0 [4] i kraft. Aftalen er blevet monitoreret og evalueret løbende i 2023 med særligt fokus på de forventede effekter af aftalen, efter den er kommet i drift. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF), Center for Økonomi (CØK) og Center for Sundhed (CSU): Center for Patientinddragelse (CPI) og Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) i Region Hovedstaden har bidraget til monitorering og evaluering af aftalen.

3 Formål

Formålet med nærværende rapport er at præsentere resultater fra monitoreringen og evalueringen af aftalen, efter aftalen er implementeret og kommet i drift i Region Hovedstaden. Det primære fokus er at formidle, hvordan borgere, repræsentanter fra projektstyregruppen samt sundhedsprofessionelle på hospitaler, i kommuner og almen praksis oplever og vurderer aftalen samt effekterne heraf.





De forventede effekter af aftalen blev præsenteret i delrapport 1 og omfatter følgende:

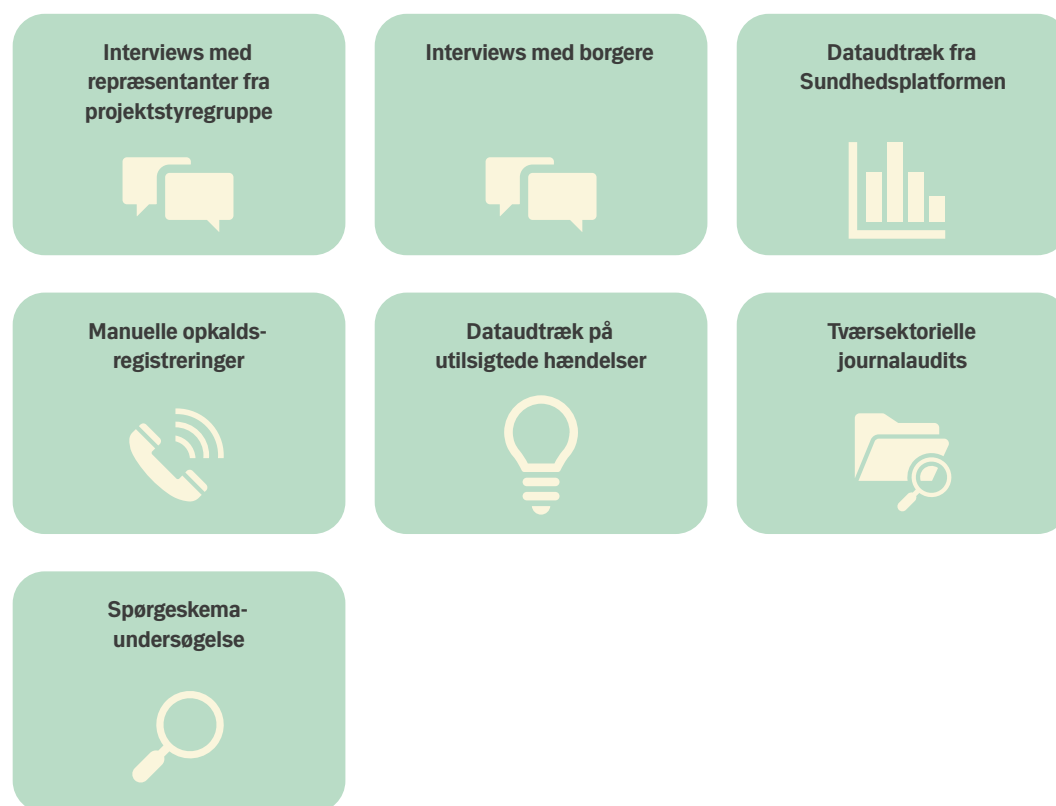
- Bedre tværsektorielt samarbejde
- Øget kvalitet og sikkerhed i behandlingen
- Reduceret risiko for unødvendige genindlæggelser
- Øget tryghed og patientsikkerhed for borger og pårørende i overgang fra hospital til kommunal sygepleje

4 Design og metode

4.1 Datamateriale

For at monitorere og evaluere aftalen om 72 timers behandlingsansvar er der anvendt flere kvantitative og kvalitative metoder. Valg af evalueringsdesign og datamateriale er besluttet i samarbejde med den projektstyregruppe, der har udformet aftalen. I Figur 1 ses en oversigt over dataindsamlingsmetoder, der er anvendt i nærværende rapport. Følgende datakilder er supplement til delrapport 1:

-  Data til brug for karakteristik af borgere fra Sundhedsplatformen
-  Data om genindlæggelser fra Sundhedsplatformen
Data om ajourføring af det Fælles Medicinkort (FMK)
-  Spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle fra kommuner, hospitaler og almen praksis
-  Interviews med repræsentanter fra projektstyregruppen for 72 timers behandlingsansvar
Interviews med borgere omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar

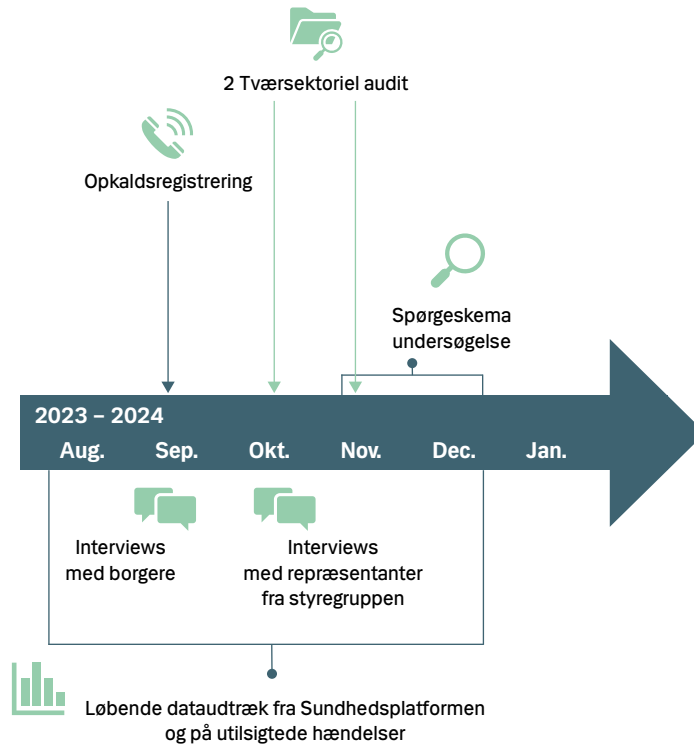


Figur 1. Oversigt over anvendte dataindsamlingsmetoder til monitorering og evaluering.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2

Figur 2 viser, hvornår dataindsamlingsmetoderne er blevet anvendt.



Figur 2. Tidslinje for dataindsamling til monitorering og evaluering.

I det følgende beskrives de anvendte dataindsamlingsmetoder samt hvilken viden, hver metode bidrager med. I Bilag 1 Tabel 5 opsummeres hver dataindsamlingsmetode med uddybende informationer om datamaterialet, eksempelvis antal og type af informanter. I rapporten anvendes begreberne patient og borger. Patient anvendes primært i sygehusregi, og når generelle termer, såsom patientsikkerhed og patientforløb, benyttes, ellers anvendes borgere.

Manuelle opkaldsregistreringer

For at opnå viden om, hvad de kommunale henvendelser til hospitalet under de 72 timer omhandler, hvornår opkaldene finder sted, hvem der foretager og modtager opkaldene, samt hvad opkaldene resulterer i, har udvalgte afdelinger på hospitalerne manuelt registreret opkald. De manuelle registreringer er foregået på alle somatiske hospitaler i uge 40 2023 på de afdelinger, som udskriver flest borgere med 72 timers behandlingsansvar. Opkaldene er registreret af sundhedsprofessionelle på hospitalet umiddelbart efter hvert opkald relateret til 72 timers behandlingsansvar ved udfyldelse af et skema (Bilag 2) udarbejdet af CKFF i samarbejde med projektstyregruppen.

Denne viden vil i nærværende rapport hovedsageligt blive anvendt til at se, om der er sket forandringer i de mønstre, som blev identificeret ved de manuelle opkaldsregistreringer foretaget tidligere i implementeringsfasen, og præsenteret i delrapport 1.

Der gøres opmærksom på, at antallet af opkald ikke kan sige noget om implementeringsniveauet eller byrden af opkald, da det kun er udvalgte afdelinger, der har registreret opkald, og fordi det ikke er

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

muligt at opgøre, hvor mange opkald der er foretaget ud af det samlede antal udskrevne borgere omfattet af aftalen. Der skal tages forbehold for, at opkaldsregistreringerne er forbundet med usikkerhed, da der er tale om subjektive og manuelle registreringer, og der kan være tale om et vist mørketal.

Tværasektorielle journalaudits

Tværasektorielle journalaudits giver indsigt i og læring om, hvor i patientforløbet der kan være udfordringer i forbindelse med implementering af aftalen om 72 timers behandlingsansvar. Der er gennemført tværasektorielle journalaudits på i alt 15 patientforløb, heraf syv patientforløb fra borgere på plejecentre og otte fra borgere som modtager kommunal sygepleje i eget hjem. Patienter blev rekrutteret fra hhv. Brøndby Kommune og Rødovre Kommune. Enheder i den kommunale sygepleje, som udøver pleje i eget hjem og et plejecenter i hver af de to kommuner, har rekrutteret og indhentet samtykke fra relevante borgere. Et inklusionskriterium var, at der havde været mindst ét opkald til hospitalet inden for de 72 timers behandlingsansvar. Udvalgte sundhedsprofessionelle fra hhv. Herlev og Gentofte Hospital samt Amager og Hvidovre Hospital har sammen med udvalgte sundhedsprofessionelle fra Brøndby Kommune og Rødovre Kommune gennemgået forløbene.

De rekrutterede forløb blev gennemgået og vurderet med udgangspunkt i den eksisterende dokumentation af forløbene i Sundhedsplatformen og i de kommunale omsorgssystemer. Denne dataindsamlingsmetode giver dybdegående viden om det tværasektorielle forløb, sektorovergange og kommunikationen mellem de enkelte sektorer i forbindelse med udskrivelse med 72 timers behandlingsansvar.

Dataudtræk fra Sundhedsplatformen vedrørende udvikling og aktivitet

For at følge implementeringen af 72 timers behandlingsansvar, herunder aktivitet i form af kommunikation mellem sektorerne og kommunernes kontakter med hospitalet under de 72 timers behandlingsansvar og i umiddelbar forlængelse heraf, har CØK i samarbejde med CSU udarbejdet dataudtræk fra Sundhedsplatformen for at skabe overblik over tværasektoriel kommunikation og kommunernes kontakter til hospitalet under de 72 timers behandlingsansvar. Det drejer sig om følgende regionale data:

- Udvikling i antal borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar
- Alders- og kønsfordeling af borgere omfattet af aftalen
- Udvikling i antal afsendte udskrivningsrapporter
- Udvikling i antal afsendte og modtagne korrespondancemeddelelser (samtlige korrespondancemeddelelser sendt i perioden 72 timer efter endt behandling)
- Udvikling i andel af FMK som er ajourført ved udskrivelsen
- Udvikling i genindlæggelser blandt borgere omfattet af aftalen

Data angående genindlæggelser, ajourført FMK og alders- og kønsfordelingen blandt borgerne er et supplement til data præsenteret i delrapport 1.

Disse kvantitative datakilder giver mulighed for at følge og monitorere relevante markører og dermed få indsigt i, hvordan disse markører udvikler sig med implementering af aftalen.

Der skal tages forbehold for, at opgørelserne fra Sundhedsplatformen er baseret på manuel registrering, og at der er risiko for et vist mørketal.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Dataudtræk på utilsigtede hændelser

CSU har løbende trukket data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) over rapporterede utilsigtede hændelser (UTH'er) til Region Hovedstaden, hvor aftalen om 72 timers behandlingsansvar indgår. Formålet er at undersøge indhold af de UTH'er, som rapporteres i forbindelse med aftalen om 72 timers behandlingsansvar, efter aftalen er kommet i drift, og de sundhedsprofessionelle har oparbejdet erfaring med at bruge aftalen.

Indblik i rapporterede UTH'er giver mulighed for læring i forhold til, hvor det videre arbejde med aftalen med fordel kan understøttes.

DPSD er en læringsdatabase, idet rapportering af UTH'er sker med henblik på læring og forbedring af sundhedsvæsenet (Sundhedsloven §198). Data er derfor ikke velegnet til statistik. Det er væsentligt at være opmærksom på følgende begrænsninger i forhold til tolkning af data vedrørende rapporterede UTH'er fra DPSD:

- Oplysninger om antal UTH'er rapporteret til DPSD kan ikke oversættes til antal reelle fejl/skader, da mange UTH'er handler om nærhændelser (hvor der ikke skete faktisk skade). Antallet af rapporterede UTH'er afspejler ikke nødvendigvis den reelle forekomst af UTH'er, for eksempel på grund af variationer i rapporteringskultur. Derudover afhænger antallet af UTH'er blandt andet af lokale fokusområder, forskelle i patientgrundlag samt forskelle i antal patienter, der behandles. Derfor kan man ikke sammenligne tal vedrørende UTH'er mellem forskellige regioner og hospitaler eller over tid.
- Søgningen i DPSD er foretaget med kriterierne: Rapporteret til "Region Hovedstaden" og "Emneord 1", "Emneord 2" eller "Emneord 3" indeholder "72". Data, der indgår i nærværende rapport, er fra perioden 1. januar 2023 til 1. november 2023. Grundet manuel indtastning forventes der at være et ukendt antal hændelser, der ikke er fundet med søgekriterierne.

Spørgeskemaundersøgelse

For at belyse sundhedsprofessionelles oplevelse af og perspektiver på aftalen om 72 timers behandlingsansvar, efter aftalen er kommet i drift, er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle i kommuner, på hospitaler og i almen praksis, som er i berøring med aftalen i deres hverdag. Denne dataindsamlingsmetode gør det muligt at indsamle en større mængde data, som kan kvantificeres og vise eventuelle tendenser og mønstre i, hvordan sundhedsfaglige oplever aftalen.

Spørgeskemaet til undersøgelsen blev udviklet i et samarbejde mellem CKFF og en sparringsgruppe bestående af repræsentanter fra både hospital, kommune og almen praksis. Det resulterede i to spørgeskemaer (Bilag 3); et til hospitaler og kommuner og et kortere skema til praktiserende læger. Spørgeskemaet til hospital og kommune bestod af 18 spørgsmål, og besvarelestiden var estimeret til fem minutter. Da de praktiserende læger ikke er involveret i anvendelsen af aftalen i samme grad som sundhedsprofessionelle på hospitaler og i kommuner, modtog de en kortere version af spørgeskemaet med fem spørgsmål. Besvarelestiden blev estimeret til tre minutter.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Spørgeskemaernes temaer blev udvalgt dels efter, hvordan de bedst kunne understøtte viden fra dataindsamlinger foretaget i forbindelse med delrapport 1, og dels ud fra inspiration fra litteratur på evalueringsområdet [5]. Spørgeskemaerne dækker derfor følgende temaer:

- Implementering og drift af aftalen
- Oplevelse af aftalens meningsfuldhed
- Anvendelse af aftalen
- Tværsektorielt samarbejde
- Betydning for patientforløb

Spørgeskemaet til almen praksis blev sendt ud til i alt 200 tilfældigt udvalgte CVR-numre til alment praktiserende læger i Region Hovedstaden via Digital Post. Skemaet kunne tilgås via et offentligt link.

Spørgeskemaet til hospitalspersonale og personale i kommunerne blev sendt ud via mail med et personligt link til i alt 417 sundhedsprofessionelle, heraf 194 til hospitalsansatte og 223 til ansatte i kommuner.

Sundhedsprofessionelle fra både hospitaler og kommuner er inviteret til at deltage, fordi de er i berøring med aftalen i deres daglige arbejde. Sundhedsprofessionelle fra hospitaler er inviteret ved hjælp af en regional følgegruppe, som har fulgt implementeringen af aftalen fra begyndelsen, og som repræsenterer alle regionens hospitaler. Sundhedsprofessionelle fra kommunerne er inviteret til undersøgelsen ved hjælp af kontakt til kommuner. Ved rekrutteringen af sundhedsprofessionelle i kommunerne er der lagt vægt på geografisk spredning. Spørgeskemaerne til sundhedsprofessionelle på hospitaler og i kommuner blev udsendt pr mail, og efter en uge blev der sendt en reminder til de sundhedsprofessionelle, som ikke havde besvaret spørgeskemaet.

For at lette formidlingen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er svarkategorierne 'Meget enig' og 'Enig' lagt sammen.

Interviews med repræsentanter fra projektstyregruppen for 72 timers behandlingsansvar

Der er foretaget interviews med medlemmer af projektstyregruppen med det formål at få perspektiver på aftalen fra dem, som har været helt tæt på både udviklings- og implementeringsprocessen. Medlemmerne af projektstyregruppen besidder indgående viden om aftalens betydning i praksis og om det store arbejde, der er udført for at få aftalen i drift. I alt er der foretaget syv interviews, heriblandt et interview med en borgerrepræsentant og et interview med en repræsentant fra Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden. Deltagerne meldte sig frivilligt, og interviewene blev alle afholdt online og blev optaget.

Formålet med interviewene var at opnå viden om repræsentanternes syn på:

- Formål med aftalen og indfrielse af dette
- Fremmede faktorer og barrierer for aftalen
- Aftalens betydning for tværsektorielt samarbejde
- Aftalens betydning for patientforløb
- Forbedringspotentiale af aftalen
- Aftalens udrulningspotentiale

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Interviews med borgere

For at opnå viden om borgeres oplevelser inden for områder, som bliver påvirket af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, er der foretaget kvalitative interviews med borgere, som modtager kommunal sygepleje. Rekruttering og gennemførelse af interviews med borgere er varetaget af Center for Patientinddragelse (CPI) og CPI har været hovedforfatter af afsnittet i rapporten angående borgerperspektivet. Borgere er rekrutteret af sundhedsprofessionelle i kommuner.

Borgere omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar kan være en sårbar målgruppe, og det har derfor været udfordrende at rekruttere informanter til interviewene. Hertil kommer, at ikke alle borgere nødvendigvis er klar over, at de er omfattet af aftalen og derfor ikke kan udtale sig direkte om deres oplevelser hermed.

I alt er syv borgere rekrutteret til interview. Alle interviews er gennemført af CPI ud fra en semistruktureret interviewguide, og hvert interview har en varighed af 60-90 minutter. Interviewene er optaget på diktafon, og lydoptagelserne er efterfølgende blevet transskriberet.

Interviewdata er analyseret via en mønstergenkendelsesproces, hvor formålet er at finde frem til mønstre på tværs af respondenternes udtalelser. Mønstergenkendelse er en åben og eksplorativ metode, hvor der ikke arbejdes ud fra hypoteser eller på forhånd fastsatte temaer. Resultaterne dannes i stedet af de mønstre, der træder frem under analysen af de indsamlede data fra borgerne.

Formålet med interviewene var at opnå viden om borgernes:

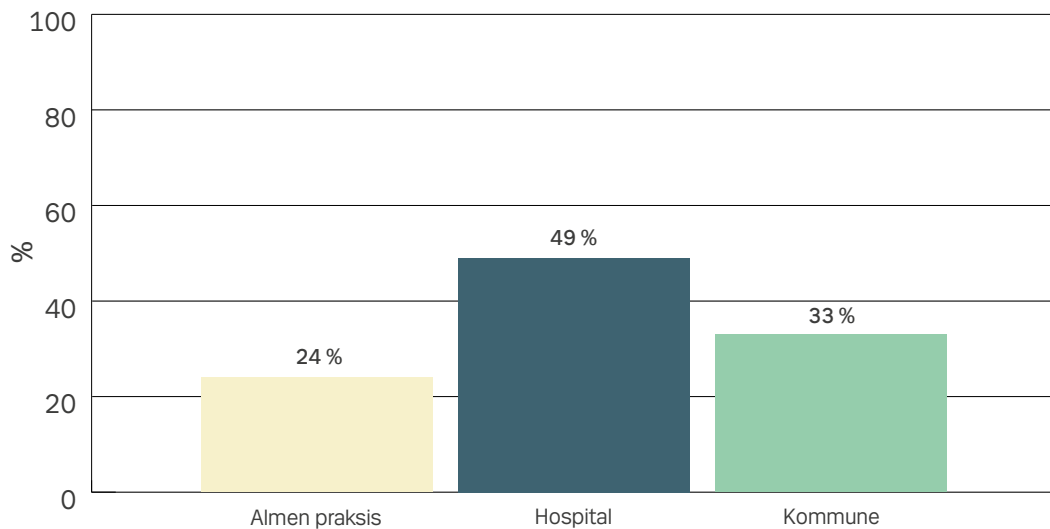
- Oplevelse af, hvad der skaber tryghed og sammenhæng i sektorovergange og i de første døgn efter udskrivelse
- Oplevelse af tryghed ved seneste indlæggelse, hvor borger var omfattet af aftalen
- Oplevelse af overgang mellem sektorer sammenlignet med tidligere indlæggelser

5 Resultater

I følgende afsnit præsenteres en række resultater baseret på analyser af de indsamlede data beskrevet ovenfor. Først præsenteres resultater omhandlende spørgeskemabesvarelser, og dernæst resultater angående implementering og anvendelse af aftalen. Herefter følger resultater omhandlende hhv. det tværsektorielle samarbejde, kvalitet og sikkerhed i behandling og genindlæggelser. Slutteligt præsenteres resultater omhandlende patienternes perspektiv på, hvad der for dem skaber tryghed og sammenhæng i deres forløb.

5.1 Svarprocenter for spørgeskemaundersøgelsen

I alt har 168 ud af 417 sundhedsprofessionelle fra hospital og kommune besvaret spørgeskemaet. De 168 besvarelser fordeler sig på 95 besvarelser fra hospitaler og 73 besvarelser fra kommuner. Blandt 200 tilfældigt udvalgte CVR-numre til alment praktiserende læger har 48 besvaret. Figur 3 viser svarprocenterne for de tre sektorer.

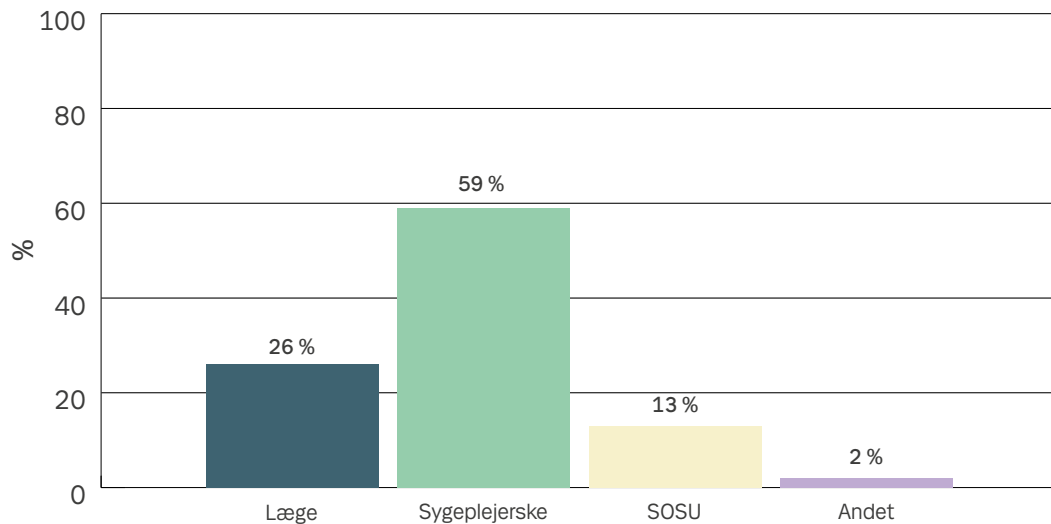


Figur 3. Svarprocent for spørgeskemabesvarelser for hhv. sundhedsprofessionelle i hospital, kommune og almen praksis. Svarprocenten for almen praksis er 24 % (N=48). Svarprocenten for hospital er 49 % (n=95) og for kommuner 33 % (n=73).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Figur 4 viser en fordeling af de faggrupper fra hospitaler og kommuner, som har besvaret spørgeskemaet. I Bilag 1 Figur 29 ses en fordeling af faggrupper opdelt på de to sektorer. Kun 5 % angiver i spørgeskemaet, at de aldrig har været involveret i et opkald vedrørende 72 timers behandlingsansvar.



Figur 4. Fordeling af faggrupper som har besvaret spørgeskemaet blandt sundhedsprofessionelle på hospital og i kommune. Læge: 25 % (n=43), sygeplejerske: 59 % (n=99), SOSU-assistent: 13 % (n=22) og andet: 2 % (n=4).

5.2 Implementering og anvendelse af aftalen

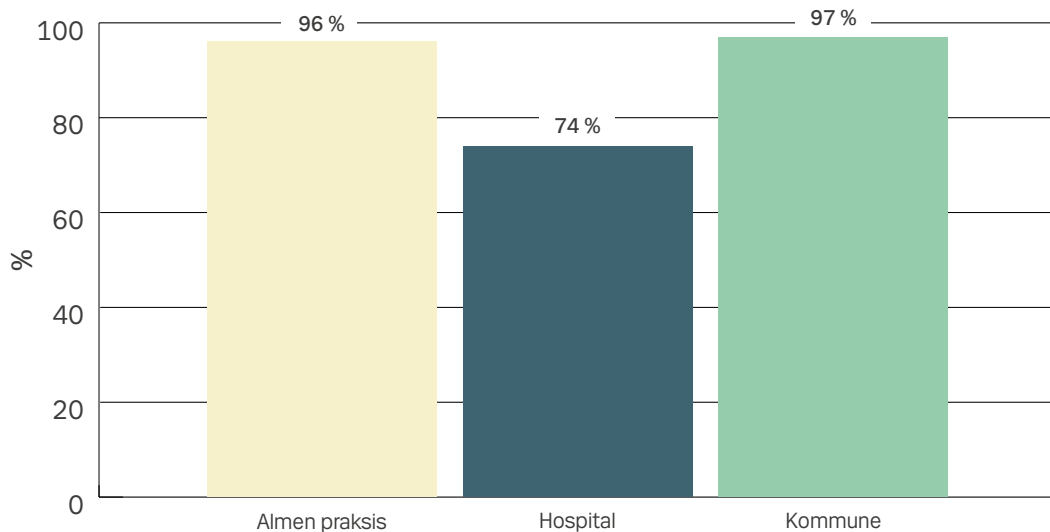
Sundhedsprofessionelles oplevelse af aftalens implementeringsgrad

Aftalens implementeringsgrad er blevet undersøgt i spørgeskemaundersøgelsen ved at spørge til, hvorvidt aftalen opleves som meningsfuld, om kendskabet til aftalen opleves udbredt, og om rollefordelingen i forbindelse med aftalen er tydelig.

Data fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at der på tværs af sektorer er bred enighed om, at det er meningsfuldt, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse for målgruppen. I alt er 96 % blandt alment praktiserende læger og 97 % blandt sundhedsprofessionelle i kommunerne enige heri. En lidt mindre andel blandt sundhedsprofessionelle på hospitalerne er enige (74 %) (Figur 5).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 5. Fordeling af sundhedsprofessionelles oplevelse af, om det er meningsfuldt at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse. Blandt i alt 48 besvarelser fra almen praksis har 46 personer (96 %) angivet at være enige i, at det er meningsfuldt. Blandt i alt 95 besvarelser fra hospitalerne har 71 personer (74 %) angivet at være enige heri. Blandt i alt 73 besvarelser fra kommuner har 71 personer (97 %) angivet at være enige.

Spørgeskemaundersøgelsen viser ligeledes, at blandt de adspurgte på hospital og i kommune er størstedelen (79 %) enige i, at der er et udbredt kendskab til aftalen, og størstedelen (80 %) af personalet oplever at være blevet klædt tilstrækkeligt på af deres arbejdsplads til at kunne bruge aftalen. Det peger på, at personale, der arbejder med aftalen, oplever, at aftalen er blevet integreret i praksis, og at der bliver anvendt ressourcer til at sætte dem ordentligt ind i, hvordan de skal arbejde med den.

Kommentarer fra spørgeskemabesvarelserne giver dog indsigt i, at flere sundhedsfaglige på tværs af hospital og kommune oplever, at der fortsat er behov for udbredelse af kendskabet til aftalen og dennes indhold:

” *[Aftalen kunne forbedres hvis] Der var mere udbredt viden omkring, hvad denne aftale indebærer, både i kommunerne men i den grad også på hospitalerne, især hos lægerne.*
Sundhedsfaglig i kommune

” *[Aftalen kunne forbedres hvis] det blev konkretiseret i hvilke situationer aftalen kan benyttes.*
Sundhedsfaglig på hospital

Blandt alment praktiserende læger er 56 % enige i, at der er et udbredt kendskab til aftalen. En oplevelse af behov for øget kendskab til aftalen kan ses i flere kommentarer afgivet i spørgeskemaundersøgelsen vedrørende forslag til forbedring af aftalen:

” *[Aftalen kunne forbedres hvis] At alle ved, at den er der – at vi ved hvad aftalen rummer.*
Praktiserende læge

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2

At der stadig er et manglende kendskab til aftalen blandt sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, bliver også berørt i interviewene med repræsentanter fra projektstyregruppen. Her beskriver enkelte, at der fortsat er et stykke vej i forhold til at gøre alle involverede parter klar over, at aftalen findes samt at tydeliggøre de involverede sektors specifikke roller og ansvar.

I delrapport 1 blev det beskrevet, at der var behov for større fokus på formidling af aftalens rollefordeling, så det er tydeligt, at det som udgangspunkt er hospitalet, der skal kontaktes inden for de første 72 timer efter udskrivelse. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at størstedelen af de sundhedsprofessionelle i kommuner (89 %) og på hospitaler (85 %) er enige i, at det er tydeligt, at det som udgangspunkt er udskrivende hospitalsafdeling, der skal kontaktes ved behov. Blandt praktiserende læger er en mindre andel (67 %) enige i, at rollefordelingen er tydelig. Denne lavere andel blandt praktiserende læger antyder, at de praktiserende læger fortsat modtager opkald, som burde være gået til udskrivende afdeling:

” Det er vigtigt, at plejecentrene er klar over, at de skal kontakte relevante afdelinger. Der tages hyppigt kontakt til egen læge, som så bare løser problemerne, hvis muligt.

Praktiserende læge

Andre kommentarer afspejler dog også, at aftalen opleves at blive anvendt som tiltænkt:

” Jeg har ikke oplevet, at jeg er blevet 'forstyrret' af ting, som rettelig hører til udskrivende afdelings ansvar - så jeg oplever, at det fungerer.

Praktiserende læge

Data fra UTH'er, hvor 72 timers behandlingsansvar indgår, giver også indsigt i tilfælde, hvor ansvarsfordelingen ikke bliver anvendt efter hensigten. Der er eksempler på UTH'er, hvor udskrivende afdeling afviser at have behandlingsansvaret og i stedet henviser personalet til at kontakte 1813 eller praktiserende læge.

Implementering af nye indsatser kan kræve ændringer i vante arbejdsgange, hvilket naturligt vil tage tid at indarbejde og gøre til nye vaner. Data fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 72 % blandt ansatte på hospitalerne er enige i, at aftalen har medført ændringer i arbejdsgange på arbejdspladsen. Blandt personalet i kommunerne er 64 % enige heri. Blandt de alment praktiserende læger gælder det knap halvdelen (46 %). Det peger på, at implementering af aftalen har medført ændringer i eksisterende praksis på arbejdspladsen for mange sundhedsfaglige på tværs af alle tre sektorer, men særligt blandt ansatte på hospitalerne. På denne måde taler data fra spørgeskemaundersøgelsen ind i resultater fra delrapport 1, hvor det blev beskrevet, at aftalen har medført et ekstra administrativt arbejde for de sundhedsprofessionelle på hospitalerne i forbindelse med udskrivelse og eftersendelse af korrespondancemeddelelser. Den lavere andel blandt alment praktiserende læger taler ligeledes ind i, hvad der blev beskrevet i delrapport 1, hvor alment praktiserende læger ikke oplevede at mærke meget til aftalen i deres arbejde.

Udvikling i antal borgere omfattet af aftalen

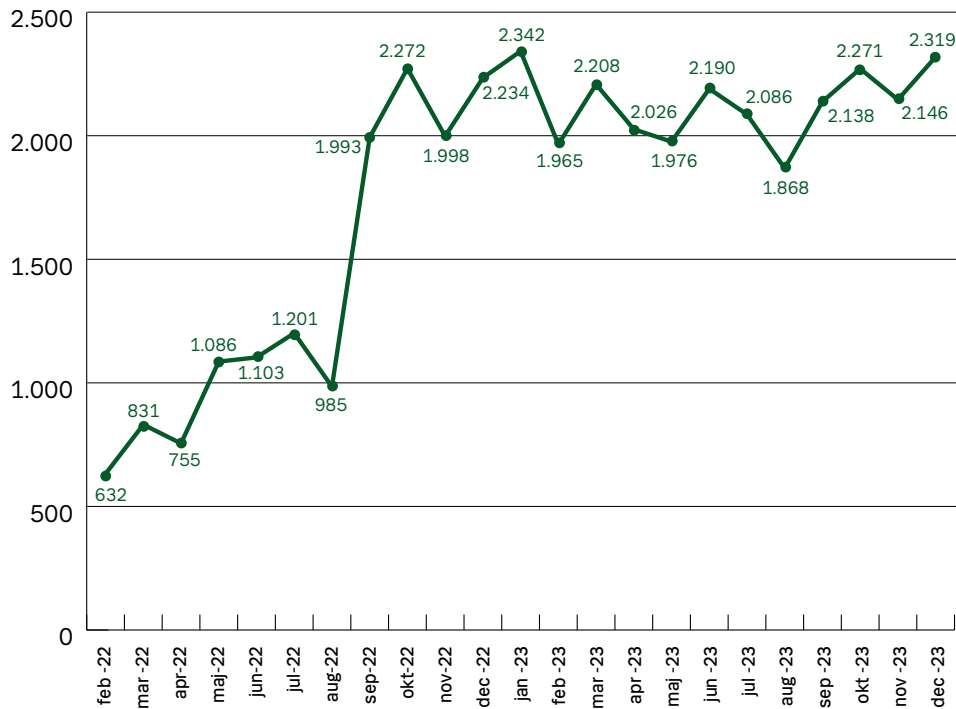
I det følgende beskrives udviklingen i antal borgere, der er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fra februar 2022 til og med december 2023 baseret på data fra Sundhedsplatformen.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2

Af Figur 6 fremgår det, at antallet af borgere omfattet af aftalen fortsat ligger stabilt på godt 2.000 borgere pr. måned. Der ses en vis sæsonvariation med flest borgere i december og januar og færre borgere i forårs- og sommermånedene. En borger kan have haft flere indlæggelser over en periode. I første halvår 2023 har ca. 10.000 unikke borgere været omfattet af aftalen om 72 timers udvidet behandlingsansvar. Til sammenligning viser data fra "Sundhedsdata på tværs", at der i Region Hovedstaden i første halvår 2023 var 19.000 unikke borgere, som både modtog kommunal sygepleje, og som havde en eller flere hospitalsindlæggelser (over 12 timer), hvilket kan ses som et estimat for målgruppen om end lidt højt estimeret. Dette tyder på, at ikke alle patienter, der bør omfattes af 72 timers behandlingsansvar, registreres i Sundhedsplatformen.

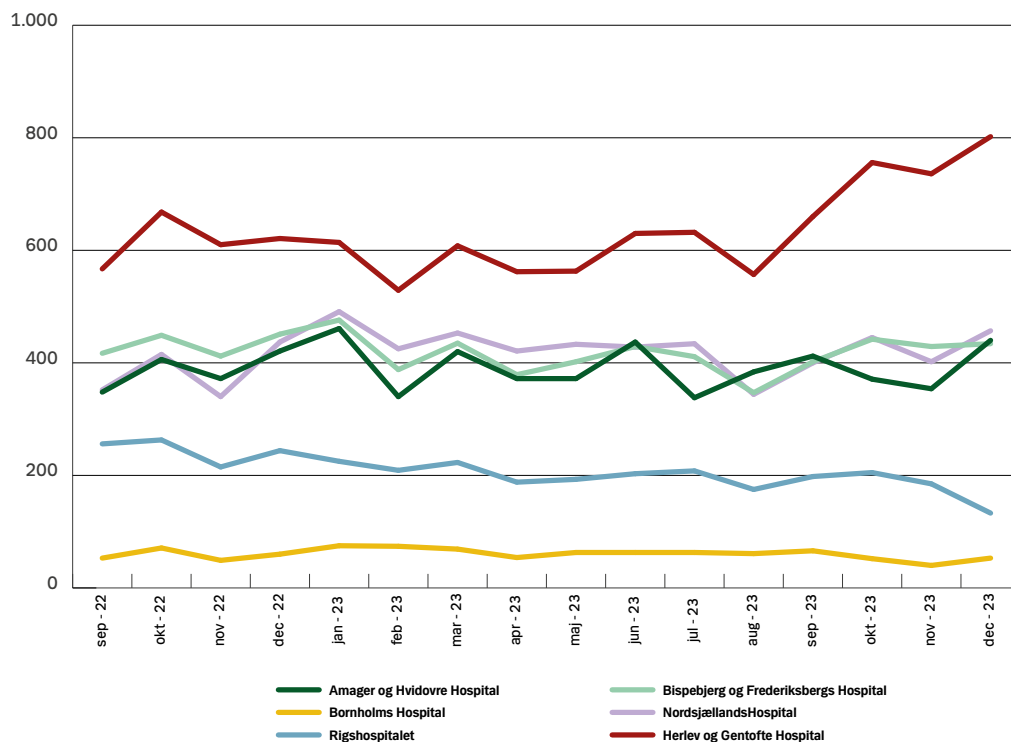
Figur 7 viser udvikling i antal borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på regionens hospitaler. For detaljeret information om udvikling i antal borgere omfattet af aftalen fordelt på regionens hospitaler, se også Bilag 1 Tabel 6.



Figur 6. Udvikling i antal borgere med bopæl i Region Hovedstaden, som har været omfattet af 72 timers behandlingsansvar (feb. 2022 - dec. 2023).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur. 7 Udvikling i antal patientforløb omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (sep. 2022 – dec. 2023).

Tabel 1 viser den indekserede udvikling i antal patientforløb omfattet af aftalen (sep-22=100) fordelt på hospitaler. Det fremgår af tabellen, at det stabile omfang af borgere omfattet af aftalen dækker over forskellige udviklinger mellem hospitalerne. Amager og Hvidovre Hospital, Nordsjællands Hospital og Herlev og Gentofte Hospital har fra september 2022 frem til december 2023 oplevet en udvikling på hhv. 26, 30 og 41 procentpoint. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Bornholms Hospital har haft et stabilt antal patienter over samme periode om end med nogen fluktuation over månederne. Rigshospitalet oplever tilbagegang i antal patientforløb omfattet af aftalen.

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Amager og Hvidovre Hospital	100	117	107	121	132	98	121	107	107	126	97	110	118	107	102	126
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	100	108	99	108	114	93	104	91	96	103	99	83	96	106	103	104
Bornholms Hospital	100	134	92	113	142	140	130	102	119	119	119	115	125	98	75	100
Nordsjællands Hospital	100	118	97	124	139	121	129	120	123	122	123	98	114	126	114	130
Rigshospitalet	100	103	84	95	88	82	87	73	75	79	81	68	77	80	72	52
Herlev og Gentofte Hospital	100	118	108	110	108	93	107	99	99	111	111	98	116	133	130	141
Hovedtotal	100	114	100	112	118	99	111	99	102	110	105	94	107	114	108	116

Tabel 1. Indekseret udvikling i antal patientforløb som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (sep. 2022 – dec. 2023).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Af Tabel 2 fremgår den indekserede udvikling (sep-22=100) i antal forløb omfattet af aftalen fordelt på borgerens bopælskommune. Her ses stor variation i udvikling i antal forløb kommunerne imellem. Den faktiske udvikling i antal forløb for den enkelte kommune fremgår af Bilag 1 Tabel 7.

Forskelle på hospitalernes optageområder og fordeling af specialer samt kommunernes størrelse og indbyggere kan have indflydelse på, hvor mange patienter der omfattes af aftalen på de forskellige hospitaler og i kommunerne.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Kommuner	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Albertslund	100	155	103	124	124	148	117	128	114	152	121	110	117	128	148	159
Allerød	100	231	138	244	206	163	194	150	150	150	106	175	150	200	181	200
Ballerup	100	135	128	139	181	122	143	115	119	117	135	111	133	161	161	198
Bornholm	100	122	86	109	131	131	124	95	109	109	114	103	116	90	71	97
Brøndby	100	104	81	94	69	63	84	75	66	84	67	79	104	70	70	73
Dragør	100	139	139	150	206	83	128	106	106	128	100	144	150	78	67	83
Egedal	100	127	111	108	127	86	108	76	103	141	135	132	168	146	141	181
Fredensborg	100	125	109	109	148	95	107	130	143	107	134	89	100	109	116	111
Frederiksberg	100	111	95	102	99	85	105	82	101	95	92	86	84	112	105	95
Frederikssund	100	133	90	133	146	173	138	115	142	140	115	121	125	162	127	162
Furesø	100	161	175	164	178	117	139	111	150	175	139	128	167	183	203	158
Gentofte	100	120	99	109	109	94	136	85	87	97	112	98	109	102	131	134
Gladsaxe	100	118	108	92	80	80	96	104	88	97	108	88	129	130	113	137
Glostrup	100	128	128	100	136	144	128	124	148	124	120	124	112	120	160	148
Gribskov	100	119	85	148	121	121	127	117	121	127	113	98	96	119	96	135
Halsnæs	100	111	120	122	126	96	117	130	120	91	133	83	141	135	122	133
Helsingør	100	90	108	95	141	103	110	128	119	135	135	96	118	119	100	101
Herlev	100	197	165	177	148	139	129	177	135	174	116	106	168	158	142	177
Hillerød	100	104	82	116	120	126	136	124	102	108	100	100	130	128	98	130
Hvidovre	100	109	96	136	143	93	106	104	128	128	91	99	106	104	91	100
Høje-Taastrup	100	128	109	91	150	122	107	106	115	107	130	81	96	130	119	120
Hørsholm	100	93	76	98	98	76	96	73	87	82	84	49	53	76	87	78
Ishøj	100	86	65	92	73	59	92	70	84	97	59	76	73	68	78	81
København	100	105	98	106	114	89	106	93	92	101	96	87	100	99	91	97
Lyngby-Tårnbæk	100	153	133	140	118	120	125	104	116	147	109	135	111	155	151	169
Rudersdal	100	78	82	114	87	79	80	84	82	80	113	82	87	124	111	132
Rødovre	100	87	77	77	67	83	65	75	64	94	86	70	87	119	101	97
Tårnby	100	106	78	103	97	95	117	89	67	128	77	81	91	83	106	92
Vallensbæk	100	113	125	106	169	94	150	100	144	100	131	119	113	138	94	113
Hovedtotal	100	114	100	112	118	99	111	99	102	110	105	94	107	114	108	116

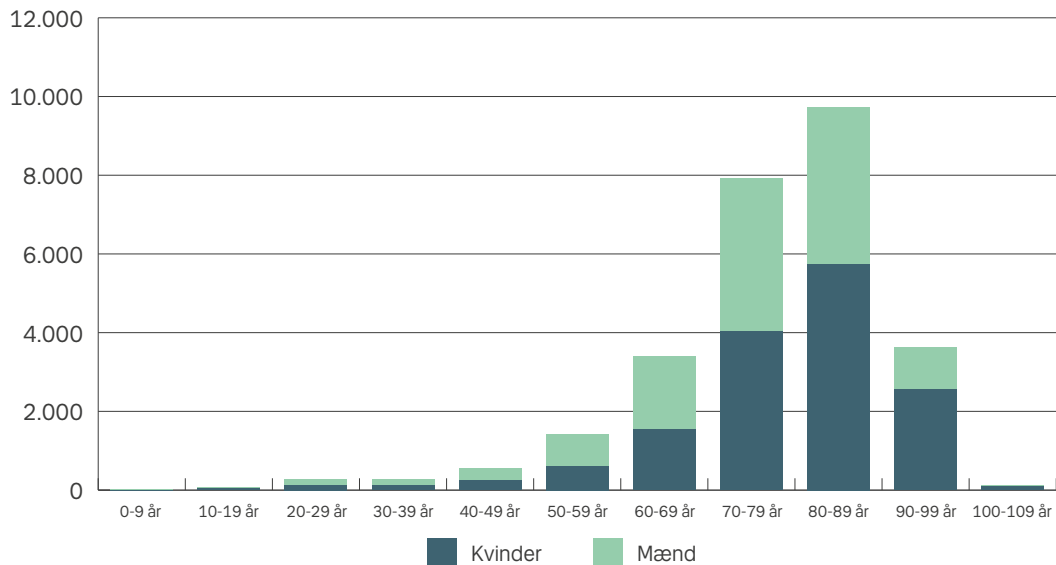
Tabel 2. Indeksret udvikling i antal patientforløb, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på kommuner (sep. 2022 - dec. 2023).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Beskrivelse af målgruppen omfattet af aftalen baseret på dataudtræk fra Sundhedsplatformen og data fra tværsektorielle journalaudits

I dette afsnit beskrives karakteristika ved målgruppen for 72 timers behandlingsansvar. Dataudtræk fra Sundhedsplatformen for samtlige borgere, som har været omfattet af aftalen, viser en overrepræsentation af borgere i aldersgruppen 70-89 år. Der ses en lille overvægt af kvinder (55 %) i målgruppen (Figur 8).



Figur 8. Alders- og kønsfordeling for samtlige borgere som har været omfattet af 72 timers behandlingsansvar (feb. 2022 - dec. 2023).

Blandt borgere fra plejecentre og borgere som modtager kommunal sygepleje i eget hjem, hvis forløb har undergået tværsektoriel auditering, var aldersgruppen 59-93 år med en gennemsnitsalder på 78 år. Blandt de 15 forløb, som undergik journalaudit, var de hyppigste årsager til indlæggelse kroniske sygdomme (hjertesygdom, KOL og diabetes), fald eller pneumoni.

5.3 Anvendelse af aftalen

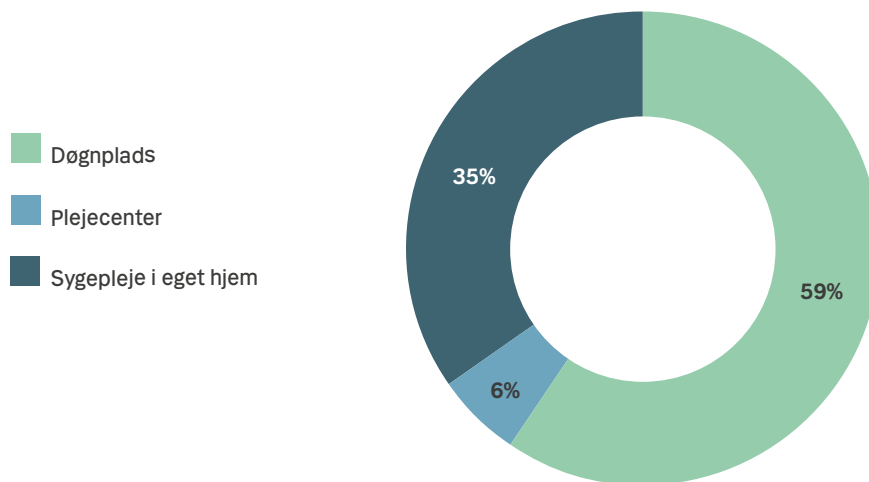
Arbejdsgange i forbindelse med opkald

I det følgende beskrives, hvordan arbejdsgange ser ud i forbindelse med opkald om 72 timers behandlingsansvar. Først beskrives fund angående, hvor opkaldene kommer fra, hvornår opkaldene finder sted, varighed af opkald samt sundhedsprofessionelles oplevelse af tidsforbrug og arbejdsbyrde. Resultaterne er baseret på opkaldsregistreringer fra uge 40 2023, hvor der i alt blev registreret 94 opkald, samt resultater fra spørgeskemaundersøgelsen og journalaudits.

Opkaldsregistreringerne viser, at hospitalerne hyppigst modtager opkald fra midlertidige døgnpladser, dernæst opkald fra kommunal sygepleje, hvor der udøves pleje i eget hjem og færrest fra plejecentre (Figur 9).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2

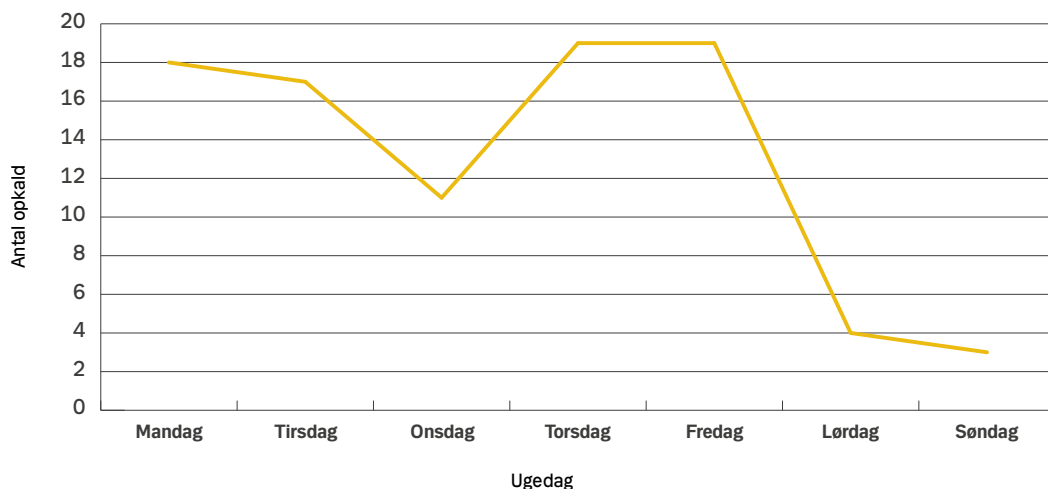


Figur 9. Oversigt over hvor de registrerede opkald kommer fra (n=84). Opkaldsregistrering uge 40 2023.

Den større andel opkald fra døgnpladserne er forventelig, da det er patienter med komplekse forløb, som udskrives til en døgnplads. Ligeledes er det forventeligt med flere opkald fra den kommunale sygepleje, hvor der udøves pleje i eget hjem, da en stor andel af målgruppen for aftalen befinder sig her, og kun en mindre andel befinder sig på plejecentre.

En sammenligning af journalaudits fra midlertidige døgnpladser (fra delrapport 1) og audits fra plejecentre og kommunal sygepleje i eget hjem peger ligeledes på, at der bliver foretaget lidt flere opkald mellem kommune og hospital vedrørende borgere på midlertidige døgnpladser. Journalaudits tegner et billede af, at opkald fra midlertidige døgnpladser ofte omhandler medicinske problemstillinger, mens opkald fra plejecentre og kommunal sygepleje udøvet i eget hjem ofte omhandler præcisering af behandling og forværring i tilstand.

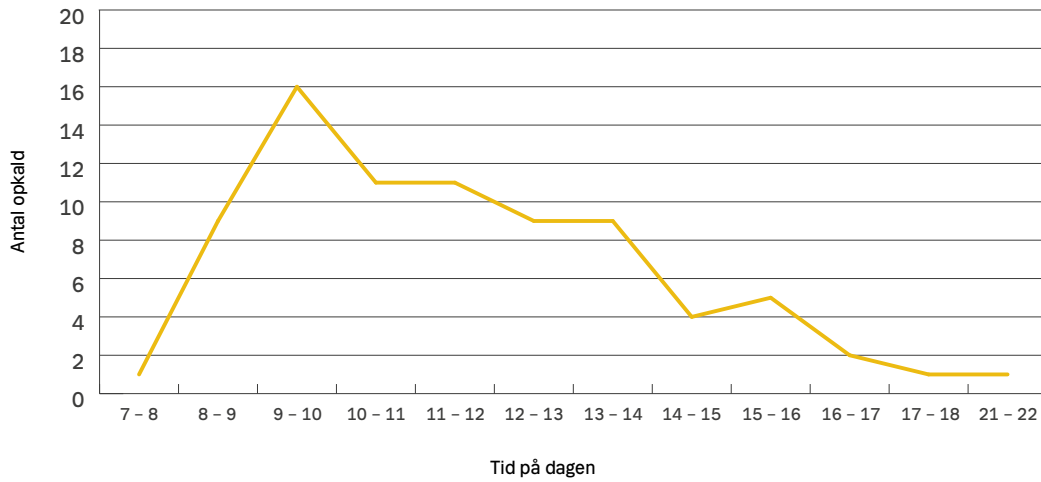
Data viser, at de fleste opkald finder sted i hverdage (Figur 10), i dagtimerne (Figur 11) og har en varighed på et og fem minutter (Figur 12).



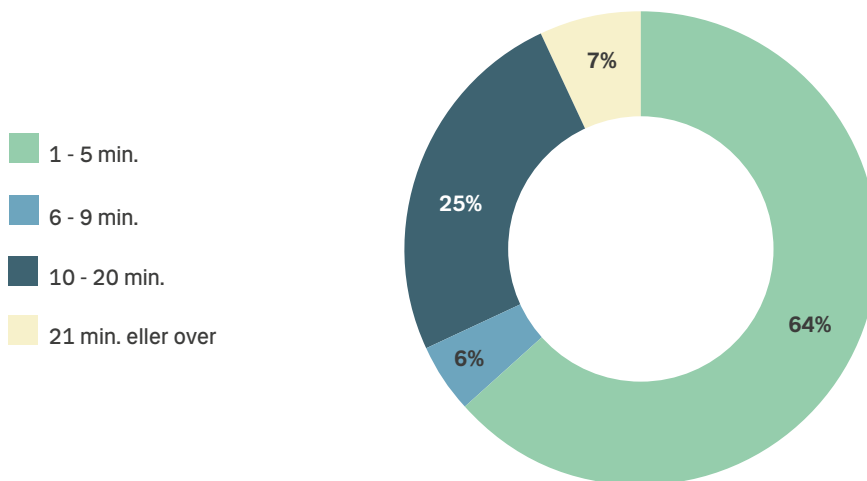
Figur 10. Fordeling af manuelle opkaldsregistreringer på ugedage (n=91). Opkaldsregistrering uge 40 2023.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 11. Fordeling af manuelle opkaldsregistreringer på tidspunkter (n=79). Opkaldsregistrering uge 40 2023.

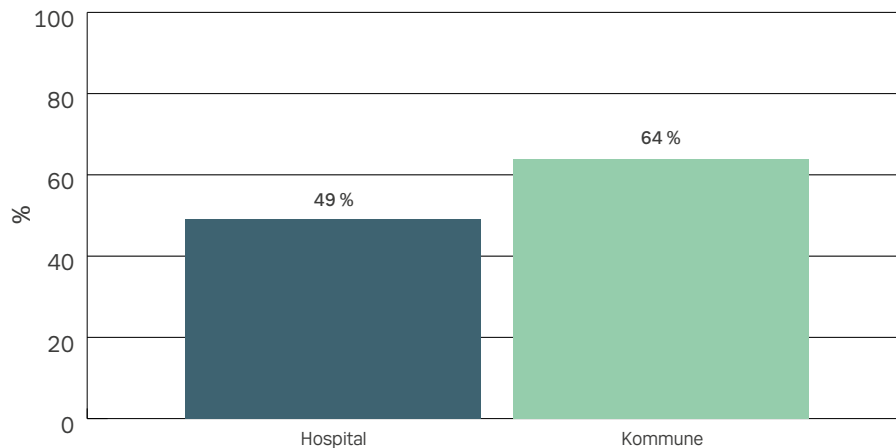


Figur 12. Overblik over opkaldenes varighed i de manuelle opkaldsregistreringer (n=44). Opkaldsregistrering uge 40 2023.

Besvarelsene fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at blandt personalet i kommunerne svarer 64 %, at de er enige i, at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen er tilpas. Blandt personalet på hospitalerne er omkring halvdelen (49 %) enige i, at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen er tilpas (Figur 13).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 13. Sundhedsprofessionelles oplevelse af om arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen er tilpas. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 46 personer (49 %) angivet at være enige i, at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen er tilpas. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 47 personer (64 %) angivet at være enige heri.

” Det er dejligt at vide, hvem vi kan kontakte ved tvivlsspørgsmål – især i ydertimer og weekender og helligdage - 1813 skånes i den forbindelse.

Sundhedsfaglig i kommune

Andre kommentarer giver indsigt i, at medarbejdere kan opleve, at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen opleves stor:

” [Aftalen kunne forbedres hvis] Den første man kom igennem til rent faktisk kunne hjælpe og ikke skulle omstille mange gange.

Sundhedsfaglig i kommune

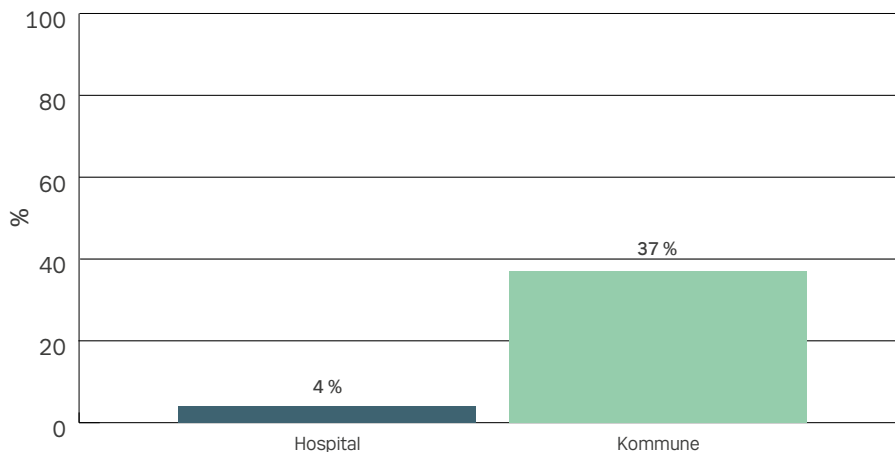
” (...) Nu er der imidlertid tilkommet en række opkald vedrørende alle former for helbredsproblemer for udskrevne patienter, fx at de har fået åndenød (hvilket de ikke havde under indlæggelsen), at de har fået lavt BT (hvilket de ikke havde under indlæggelsen), at de ikke kan spise (hvilket ikke var et problem under indlæggelsen). Disse problemer kan vi absolut ikke gøre noget ved, det er problemer, egen læge er bedre rustet til at tage sig af, da han/hun kender patienten, og gennem en telefon har man ikke en jordisk chance for at hjælpe. (...) Det er enormt tidskrævende og utilfredsstillende, og tiden går fra andre patienter.

Sundhedsfaglig på hospital

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Selvom tidsbesparelse i sig selv ikke har været et primært formål med aftalen, viser spørgeskemaundersøgelsen, at 37 % af sundhedsprofessionelle fra kommunerne er enige i, at aftalen frigør tid i arbejdet (Figur 14). Blandt sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 4 % svaret, at de er enige i, at aftalen frigiver tid i arbejdet. Dette er ikke overraskende, da det primært er hospitalsafdelingerne, der har fået en ny opgave, og kommunerne der får lettere adgang til hjælp og sparring.



Figur 14. Sundhedsprofessionelles oplevelse af om aftalen frigør tid i arbejdet. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 4 personer (4 %) angivet at være enige i at aftalen frigør tid i arbejdet. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 27 personer (37 %) angivet at være enige heri.

Fagligt indhold af opkald

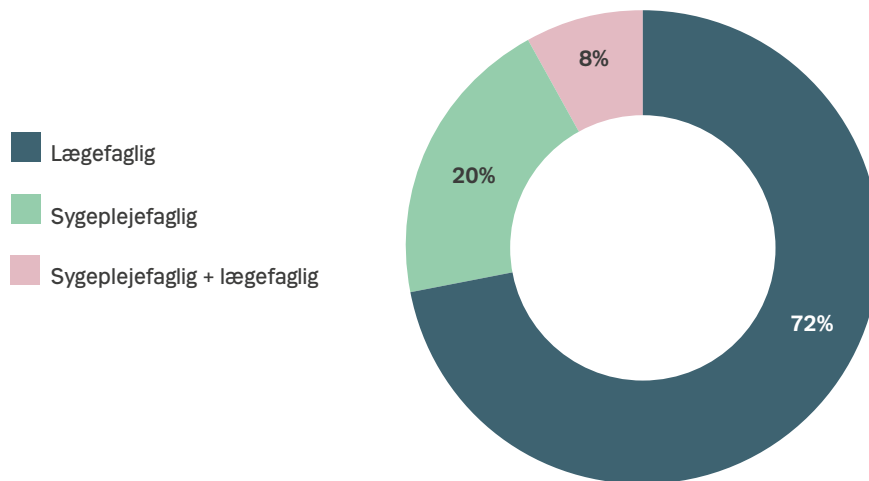
I det følgende beskrives resultater angående opkaldenes sundhedsfaglige problemstillinger, hvem der besvarer opkaldene, årsager til opkald samt løsninger af opkaldenes problemstillinger. Resultaterne er baseret på de 94 opkald registreret ved opkaldsregistrering i uge 40 2023 suppleret med resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, journalaudits, interviews med repræsentanter fra projektstyregruppen samt indsigter fra rapporterede UTH'er.

Figur 15 illustrerer, at de problemstillinger, som udløser opkaldene, i de fleste tilfælde vurderes at være af lægefaglig karakter, og derfor ofte kræver lægefaglige ressourcer at løse.

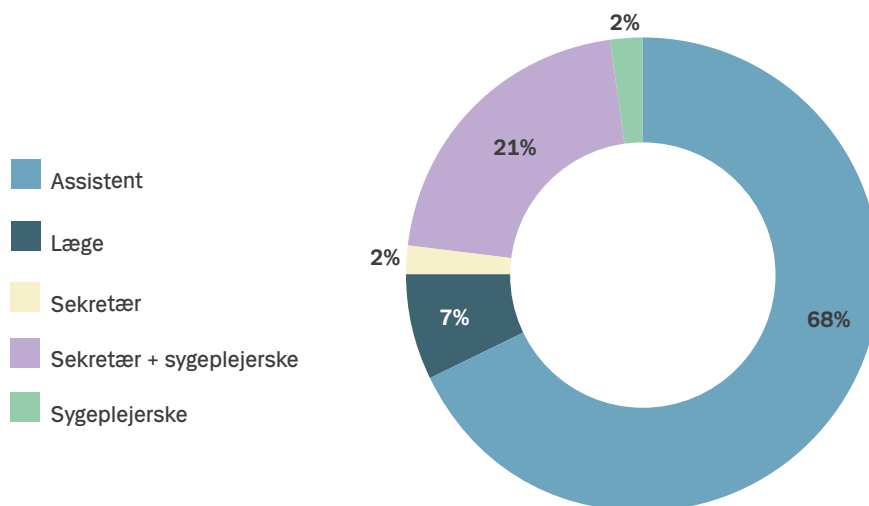
Figur 16 viser et overblik over de 47 opkald, hvor det er blevet registreret, hvem der har besvaret opkaldet. Det er overvejende læger, der besvarer opkaldene.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*



Figur 15. Oversigt over spørgsmålenes faglighed i de registrerede opkald (n=86).
Opkaldsregistrering uge 40 2023.

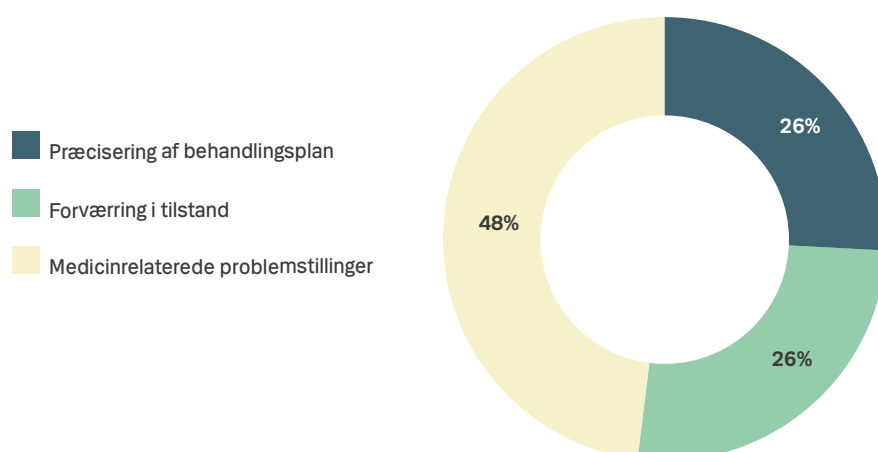


Figur 16. Oversigt over hvilke faggrupper, som har besvaret de registrerede opkald (n=47).
Opkaldsregistrering uge 40 2023.

De manuelle opkaldsregistreringer peger på, at hospitalerne fortsat modtager flest opkald angående medicinrelaterede problemstillinger (Figur 17), og at det overvejende er opkald angående ordination under den forudgående indlæggelse.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 17. Overblik over, hvad problemstillingen omhandlede i de manuelle opkaldsregistreringer (n=74). Opkaldsregistrering uge 40 2023.

UTH-data viser også, at der rapporteres om problemstillinger relateret til medicin i forbindelse med 72 timers behandlingsansvar. Problemstillingerne omhandler for eksempel fejl i medgivet medicin samt manglende recepter på medicin.

Data fra journalaudits viser, at aftalen også bliver brugt i tilfælde, hvor plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter er mangelfulde, eller hvor patientens tilstand ændrer sig.

Kommentarer fra spørgeskemaundersøgelsen giver indsigt i, at flere sundhedsprofessionelle på hospitalet oplever, at der for ofte bliver ringet om problemstillinger, som opleves irrelevante.

” Oplever at ca. 50% af opkald er ”støj”, hvor en medarbejder ønsker recept på kalk med D-vitamin, multivitaminpiller – ting, som ikke er på recept [...] Der er ikke afsat tid eller ressourcer til denne markante meropgave.

Sundhedsfaglig på hospital

” Der bliver ringet ind om andre problemstillinger ang. patienten, som ikke er tiltænkt aftalen.

Sundhedsfaglig på hospital

Til trods for at opkaldsregistreringerne antyder, at de fleste opkald angående medicinrelaterede problematikker omhandler ordination under indlæggelsen, fylder opgaver angående udskrivelse af recepter for flere ansatte på hospitalerne. Flere kommentarer i spørgeskemaerne beskriver en bekymring over, at opgaver overgår fra almen praksis til hospitalerne, for eksempel i forhold til udskrivelse af recepter*:

” Jeg mener ikke, at det skal være [hospitals]lægens ansvar at udskrive recepter på medicin, som i forvejen er ordineret via egen læge.

Sundhedsfaglig på hospital

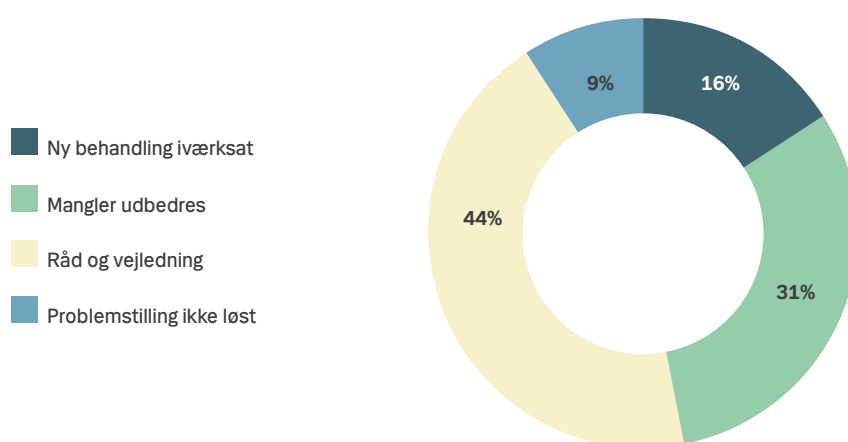
* Ifølge aftalen er det den udskrivende læge på hospitalet, der sikrer, at FMK er ajourført, og relevante recepter er udstedt. Er der recepter, som er udløbet, sørger hospitalerne for at udstede disse i forhold til tidspunktet for den forventede kommende kontrol hos egen læge eller, hvor kontrol hos egen læge ikke er aftalt, til ca. 3 måneders forbrug.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsprofessionelle på hospitaler og kommuner viser, at hhv. 72 % på hospitalerne og 75 % i kommunerne er enige i, at problemstillingerne i opkaldene ofte løses. Undersøgelsen viser også, at en lidt større andel i kommunerne (78 %) end på hospitalerne (63 %) er enige i, at aftalen medfører hurtigere hjælp.

De manuelle opkaldsregistreringer understøtter, at hospitalerne vurderer, at størstedelen af opkaldene bliver løst, og at opkaldene ofte løses ved at give råd og vejledning eller ved udbedring af mangler i forbindelse med udskrivning (Figur 18). Andelen af opkald som resulterer i, at mangler udbedres, antyder, at det fortsat ikke er helt tydeligt, hvilket behov de forskellige sektorer har i forbindelse med den gode udskrivelse, men også at aftalen understøtter samarbejdet omkring borgerne på tværs af sektorer, når der er behov for afklaring.



Figur 18. Oversigt over hvad de registrerede opkald har resulteret i (n=57). Opkaldsregistrering uge 40 2023.

5.4 Styrket tværsektorielt samarbejde

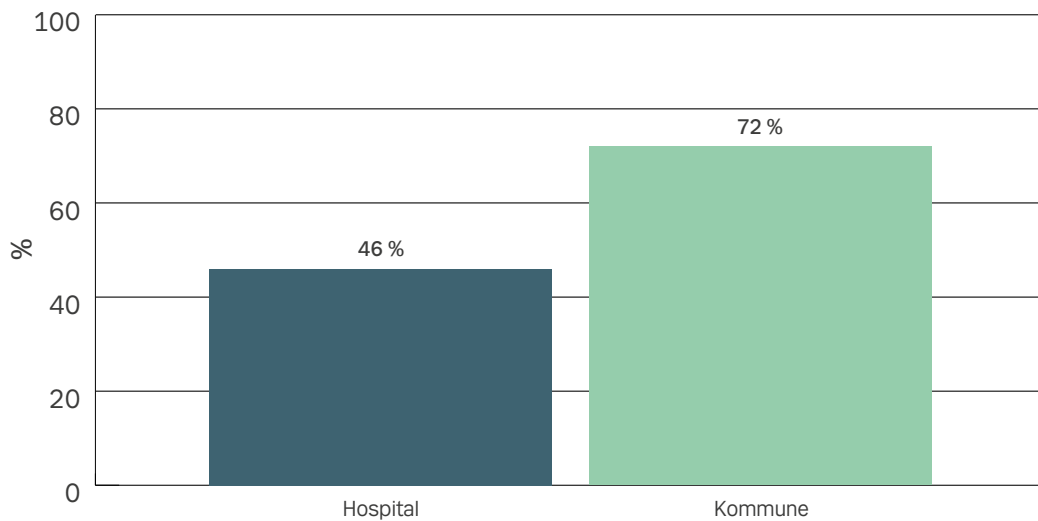
I følgende afsnit ses der nærmere på de sundhedsprofessionelles oplevelser af det tværsektorielle samarbejde nu, hvor aftalen er i drift. Dette belyses ved at undersøge, hvordan de sundhedsfaglige oplever den tværsektorielle kommunikation og indsigt i kollegaers rammer og handlemuligheder på tværs af sektorer samt ved at se på markører for den tværsektorielle digitale dokumentation.

Kommunikation og kendskab på tværs af sektorer

Data fra de tværsektorielle journalaudits giver indsigt i, at det ofte er dialogen mellem hospital og kommune, som har været utilstrækkelig i de forløb, hvor der har været fejl og UTH'er. I flere af de forløb, som har undergået auditering, blev det vurderet, at der har været en dårlig eller manglende dialog på tværs af sektorerne angående borgerens behov. Besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at knap halvdelen (46 %) af de adspurgte på hospitalerne er enige i, at aftalen bidrager til en bedre dialog om borgeren på tværs af sektorer. Blandt sundhedsfaglige i kommunerne er 72 % enige heri (Figur 19). Aftalen forventes på den måde at bidrage til at reducere risici for UTH'er og andre fejl ved en øget og styrket tværsektoriel dialog.

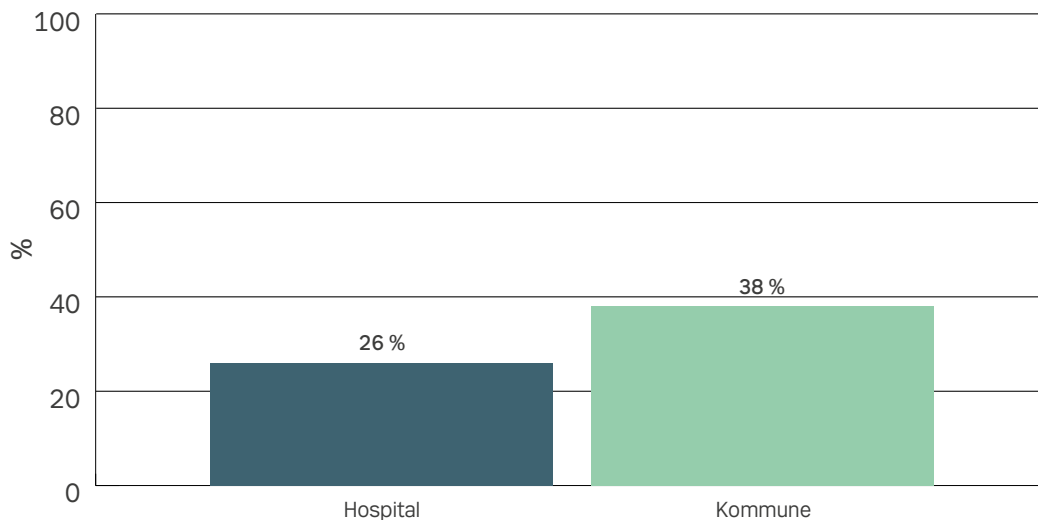
Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*



Figur 19. Sundhedsprofessionelles oplevelse af, om aftalen har medført bedre dialog omkring borgeren på tværs af sektorer. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 44 personer (46 %) angivet at være enige i, at aftalen har medført en bedre tværsektoriel dialog omkring borgeren. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 53 personer (72 %) angivet at være enige heri.

En fremmede faktor for god dialog på tværs af sektorer kan være gensidigt kendskab til rammer og handlemuligheder. Besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 38 % af de ansatte i kommunerne oplever, at aftalen har bidraget til øget indsigt i kollegaers rammer og handlemuligheder, mens ca. hver fjerde af de sundhedsprofessionelle på hospitalerne (26 %) oplever dette (Figur 20). Hermed peger data på, at for at øge indsigt i rammer og handlemuligheder på tværs af sektorer kræves mere og andre initiativer end aftalen om 72 timers behandlingsansvar.

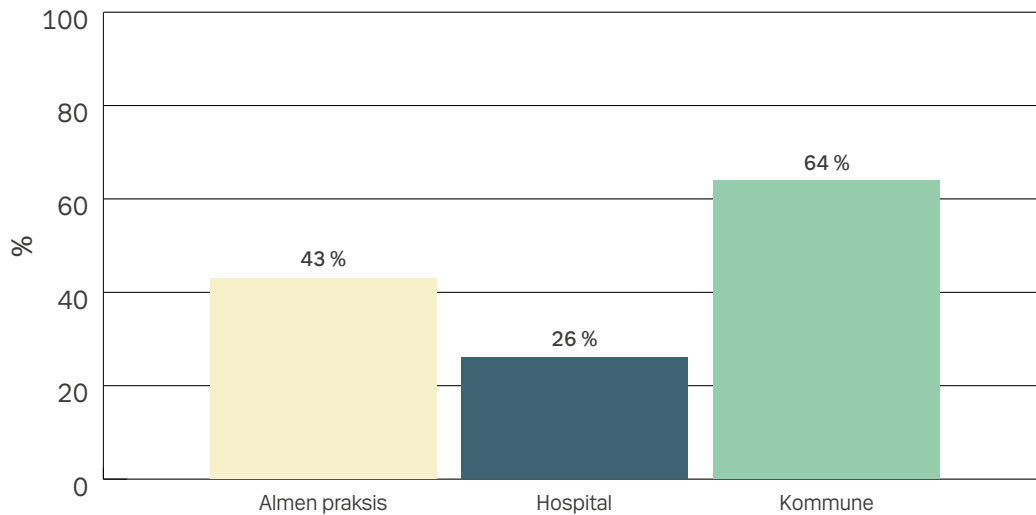


Figur 20. Sundhedsprofessionelles oplevelse af, at aftalen har givet øget indsigt i kollegaers rammer og handlemuligheder på tværs af sektorer. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 25 personer (26 %) angivet at være enige i, at aftalen har givet øget indsigt i rammer og handlemuligheder for kollegaer på tværs af sektorer. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 28 personer (38 %) angivet at være enige heri.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Indsigter fra spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsprofessionelle på hospitaler og i kommuner viser ydermere, at mere end halvdelen af det kommunale personale er enige i, at aftalen har medført ændringer i måden, de kommunikerer med kollegaer på tværs af sektorer (64 %), mens det kun er omkring hver fjerde blandt hospitalspersonalet, som er enige heri (26 %). Blandt besvarelsenerne fra almen praksis er det 43 % af de praktiserende læger, der oplever ændringer i måden, de kommunikerer med kollegaer på tværs af sektorer (Figur 21).

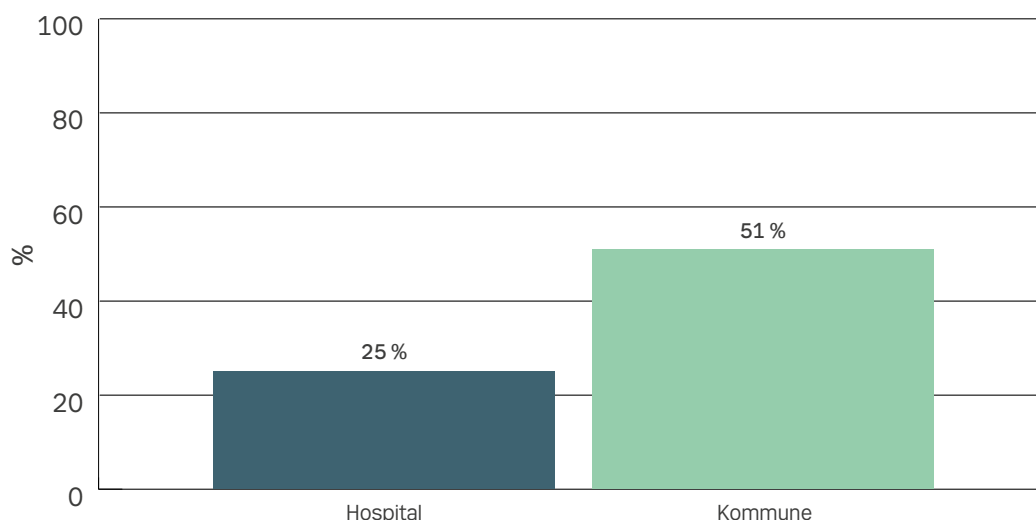


Figur 21. Sundhedsprofessionelles vurdering af, om aftalen har medført ændringer i måden, de kommunikerer med kollegaer på tværs af sektorer. Blandt i alt 48 besvarelser fra almen praksis, har 21 personer (43 %) angivet at være enige i, at aftalen har medført ændringer i den måde, de kommunikerer med kollegaer på tværs af sektorer. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 25 personer (26 %) angivet at være enige heri. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 47 personer (64 %) angivet at være enige.

Omkring halvdelen (51 %) af de sundhedsprofessionelle i kommunerne er enige i, at de kontakter kollegaer fra andre sektorer oftere end før aftalens implementering, mens omkring hver fjerde af de sundhedsprofessionelle på hospitalet (25 %) er enige i dette (Figur 22). Dette er forventeligt i forhold til aftalens struktur, hvor det er kommunerne, der kan tage kontakt til hospitalerne ved behov.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 22. Sundhedsprofessionelles vurdering af, om de er enige i at kontakte kollegaer fra andre sektorer hyppigere end før indførelse af aftalen. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 24 personer (25 %) angivet at være enige i, at de kontakter kollegaer fra andre sektorer hyppigere end før indførelse af aftalen. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 37 personer (51 %) angivet at være enige heri.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen peger dermed i retning af, at særligt sundhedsprofessionelle i kommunerne oplever at kommunikere oftere og anderledes med kollegaer fra andre sektorer end før aftalens implementering. At aftalen medfører mere tværsektoriel kommunikation, er ikke i sig selv et udtryk for, at kvaliteten af kommunikationen er styrket, men data tyder på at særligt ansatte i kommunerne, har en oplevelse af, at aftalen kan understøtte den tværsektorielle kommunikation.

Kvalitet af tværsektoriel dokumentation

Andelen af forløb med 72 timers behandlingsansvar, hvor der afsendes en udskrivningsrapport, samt andelen af afsendte korrespondancemeddelelser er blevet anvendt som markører for, hvordan aftalen kan have indflydelse på den tværsektorielle digitale dokumentation. Datatræk fra Sundhedsplatformen, resultater fra journalaudit, interviews med projektstyregruppemedlemmer samt indsigter fra UTH'er er blevet brugt til at undersøge, hvordan den tværsektorielle digitale dokumentation har udviklet sig for målgruppen.

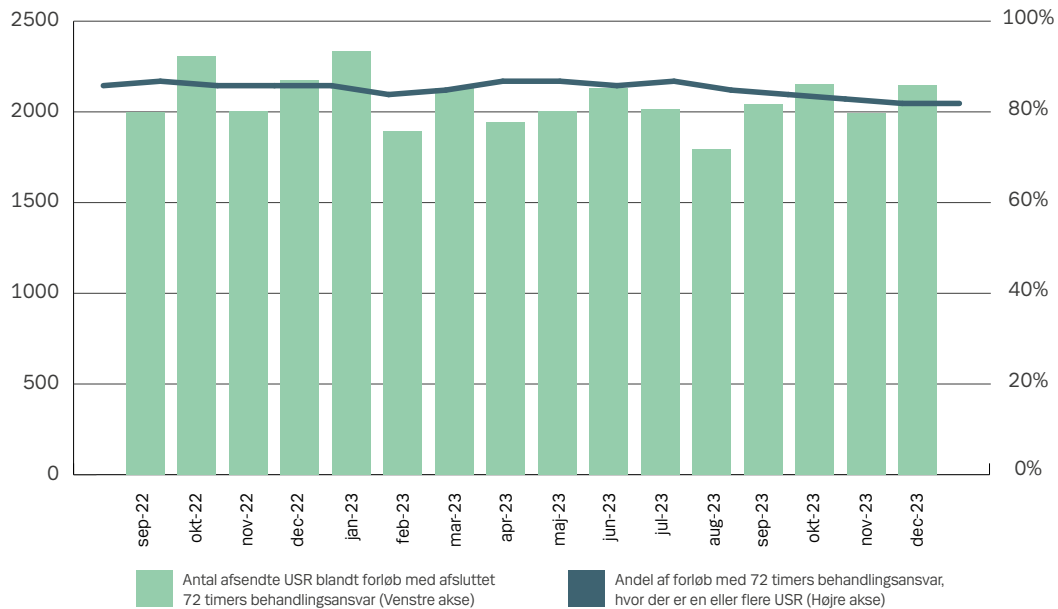
Udskrivningsrapporter

Dataudtræk fra Sundhedsplatformen viser, at der fortsat er en høj andel (82 %) af de forløb, som udskrives med 72 timers behandlingsansvar, hvor der afsendes en udskrivningsrapport (Tabel 3). Se Bilag 1 Tabel 8 for et overblik over antal afsendte udskrivningsrapporter fordelt på hospitaler. Til sammenligning viser data fra MedComs statistikbank, at forholdet mellem samtlige modtagne indlæggelsesrapporter fra kommunerne og afsendte udskrivningsrapporter i 2022 var på 50 % stigende til 53 % i 2023. I denne beregning kan der ikke tages højde for, at der kan sendes flere indlæggelsesrapporter på samme forløb. Data fra statistikbanken er forbundet med en vis usikkerhed, idet hospitalet også modtager tomme indlæggelsesrapporter, som ikke bør udløse en udskrivningsrapport. Den høje andel med afsendte udskrivningsrapporter blandt forløb med 72 timers behandlingsansvar underbygger, at aftalen kan være med til at bringe større fokus på at afsende tværsektoriel dokumentation, når en indlæggelse afsluttes.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Figur 23 viser udviklingen i hhv. antal afsendte udskrivningsrapporter og andel af forløb med 72 timers behandlingsansvar, hvor der er afsendt en eller flere udskrivningsrapporter i forbindelse med afsluttede forløb. Tabel 3 viser et overblik over andel afsendte udskrivningsrapporter fordelt på hospitaler.



Figur 23. Udvikling i antal afsendte udskrivningsrapporter og andel af patientforløb, hvor der er sendt en eller flere udskrivningsrapporter (sep. 2022 – dec. 2023).

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Amager og Hvidovre Hospital	84	81	77	82	82	83	81	88	89	85	86	81	85	86	84	82
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	92	90	91	89	91	85	88	91	90	91	92	90	90	91	88	86
Bornholms Hospital	93	92	98	90	91	80	70	76	89	82	79	92	80	92	88	94
Herlev og Gentofte Hospital	91	90	88	89	85	84	84	82	85	82	81	80	74	73	70	72
Nordsjællands Hospital	88	89	90	88	85	84	87	87	86	88	89	89	91	88	89	91
Rigshospitalet	60	77	76	71	85	84	87	87	80	87	90	87	93	88	91	90
Total	86	87	86	86	86	84	85	87	87	86	87	85	84	83	82	82

Tabel 3. Andel (%) af 72-timers forløb, hvor der er afsendt en eller flere udskrivningsrapporter i forhold til afsluttede forløb (sep. 2022 - dec. 2023).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Data fra tværsektorielle journalaudits viser, at der i de fleste tilfælde laves en udskrivningsrapport, når patienten udskrives fra hospitalet. I nogle tilfælde viser det sig dog, at udskrivningsrapporten enten ikke bliver afsendt eller ikke bliver modtaget. Ydermere tegner data fra audit et billede af en problematik med at få noteret 72 timers behandlingsansvar i de oprettede udskrivningsrapporter. Ud af de 10 forløb, hvor der var en udskrivningsrapport, indeholdt kun halvdelen af udskrivningsrapporter et noteret 72 timers behandlingsansvar.

I interviews med repræsentanter fra projektstyrergruppen blev det beskrevet, at det ikke altid er tydeligt for hospitalspersonalet, om patienten hører under aftalen eller ej. Hospitalspersonalet får derfor ikke altid skrevet telefonnummeret eller tilknyttet 72 timers behandlingsansvar i epikrisen og udskrivningsrapporten. Det betyder, at sundhedsprofessionelle i kommunen efterfølgende ikke ved, hvilket telefonnummer de skal kontakte hospitalet på. Projektstyrergruppemedlemmer peger på vigtigheden af en teknisk løsning, som kan understøtte, at aftalen er nem at bruge, og dermed kan styrke implementeringen.

Problematikken med mangelfulde udskrivningsrapporter genfindes i data fra UTH'er. Hændelser beskriver mangelfulde udskrivelsesrapporter, hvoraf det ikke fremgår, hvem der har behandlingsansvaret eller hændelser, hvor der mangler et telefonnummer. Når kommunerne ikke får besked om 72 timers behandlingsansvar og kontaktoplysninger til afdelingens personale, er det sværere for dem at handle korrekt efter aftalen, og det kan forlænge processen i forhold til at yde den rette behandling og pleje af borgerne.

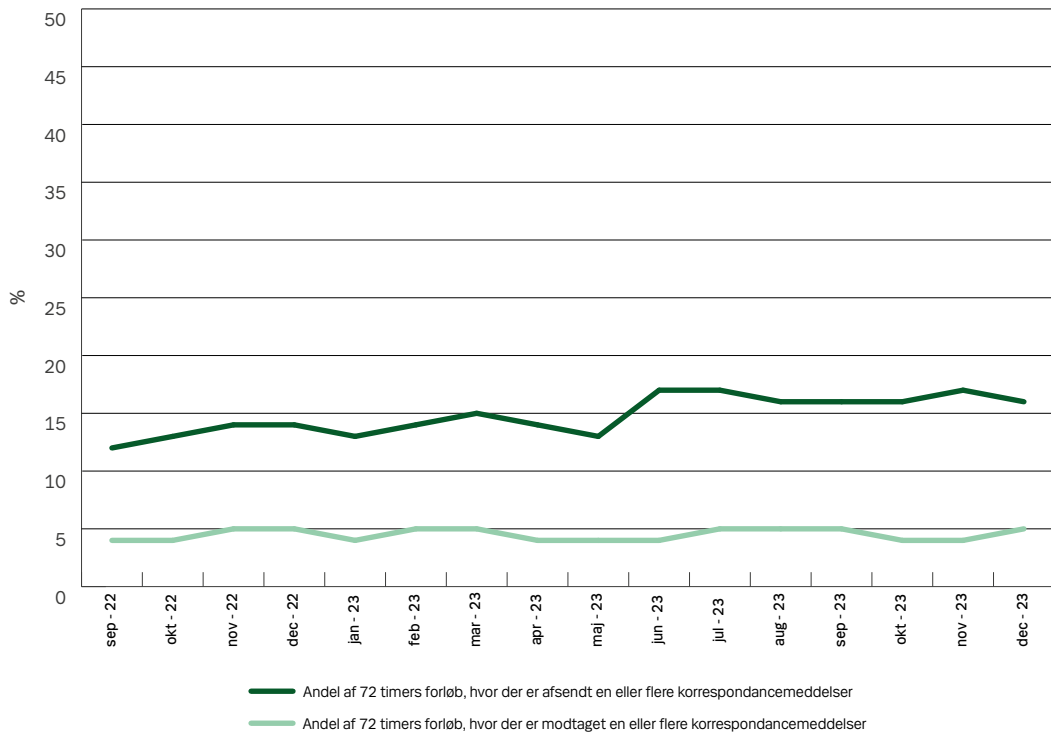
Korrespondancemeddelelser

Det fremgår af aftalen, at telefonopkald mellem kommune og hospital skal følges op med en korrespondancemeddelelse fra hospital til kommune, såfremt der sker præciseringer eller ændringer af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende. Ligeledes skal borgerens praktiserende læge orienteres herom via en korrespondancemeddelelse.

Af Figur 24 fremgår det, at den stigende tendens i andelen af afsendte korrespondancemeddelelser fra hospital til kommuner og almen praksis, ser ud til at have stabiliseret sig således, at der i omkring 16-17 % af alle forløb med 72 timers behandlingsansvar afsendes korrespondancemeddelelser. I Bilag 1 Tabel 9 og Tabel 10 findes detaljeret information om korrespondancemeddelelser.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*



Figur 24. Andel af afsendte korrespondancemeddelelser fra hospital til kommune og fra kommune til hospital (sep. 2022 – dec. 2023).

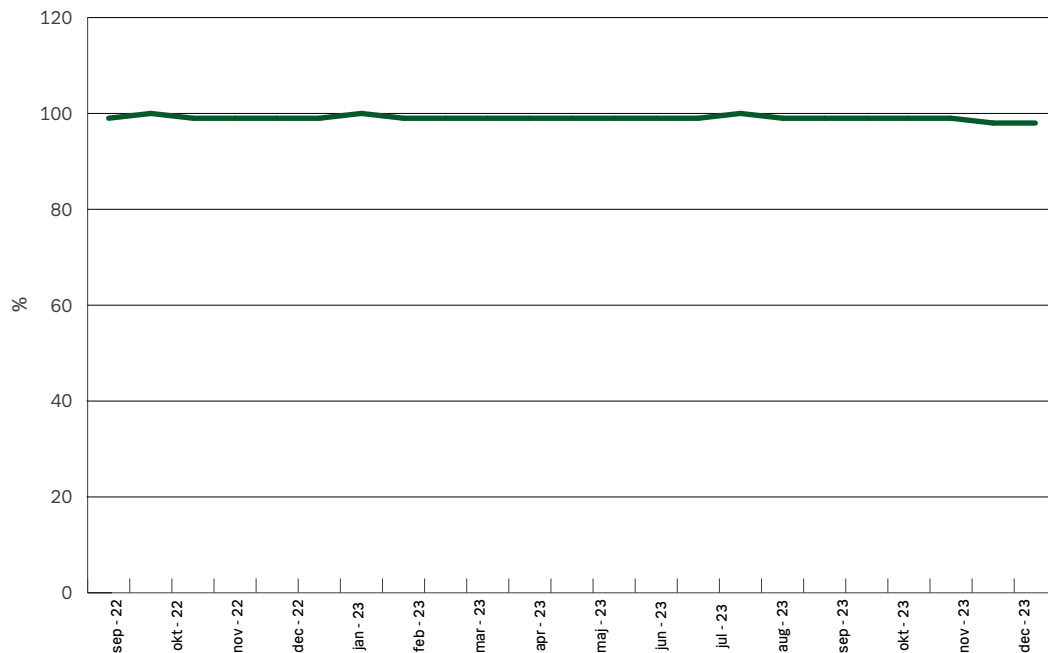
Resultater fra tværsektorielle audits antyder, at der i enkelte tilfælde ikke bliver sendt en korrespondancemeddelelse i forbindelse med opkald, selvom det havde været relevant. Hermed peger resultaterne på, at aftalen understøtter den tværsektorielle digitale kommunikation.

Ajourføring af Fælles Medicinkort

Andelen af ajourført FMK ved udskrivelse er et af flere elementer i en sikker overdragelse af borgere til øvrige sektorer. Ser man på udviklingen i andelen af ajourført FMK i forbindelse med udskrivningen af borgere med 72 timers behandlingsansvar, ses det, at ajourføringsprocenten er på næsten 100 % (Figur 25).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 25. Udvikling i ajourført FMK ved udskrivelse af patienter med 72 timers behandlingsansvar (feb. 2022 – dec. 2023).

Den tilsvarende andel for alle udskrevne borgere er på 80 %, hvilket tegner et billede af bedre tværsektoriel overlevering for gruppen af borgere omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar. Den høje andel af ajourført FMK i målgruppen kan undre, når opkald fra kommunerne oftest omhandler medicinrelaterede problemstillinger. Årsager kan være, at der ringes om andre medicinrelaterede problemstillinger end ajourføring af FMK, for eksempel at der er uoverensstemmelser mellem FMK og medgivet medicin, hvilket kan medføre tvivl, når borgeren overgår til kommunen. Andre årsager kan være manglende recepter, recepter, der er udskrevet forkert, behov for afklarende spørgsmål ved seponering eller tilføjelse af ny medicin, eller hvis en borger har misforstået information angående medicin.

5.5 Øget kvalitet og sikkerhed i behandling

Ved brug af data fra journalaudits og fra spørgeskemaundersøgelsen vil det i det følgende blive belyst, i hvilke situationer aftalen har understøttet sikkerhed i behandling, og hvordan sundhedsprofessionelle oplever aftalens betydning for overlevering af borgere på tværs af sektorer samt understøttelse af mere sammenhængende patientforløb.

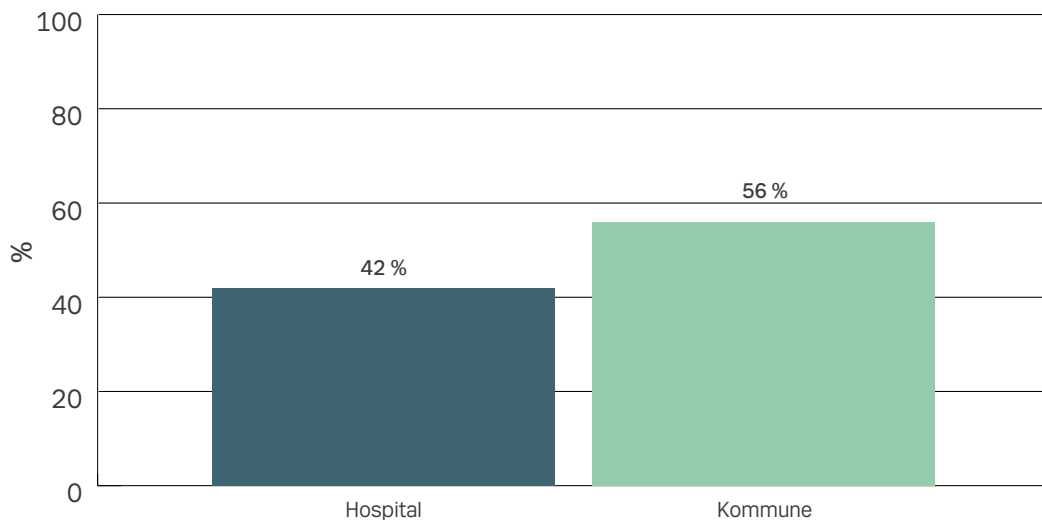
Data fra tværsektorielle journalaudits peger i retning af, at kontakten mellem sektorer på flere områder skaber bedre kvalitet. I lidt over halvdelen af de forløb, som undergik auditering, vurderede auditpanelet, at kontakten mellem hospital og kommune har forbedret behandlingen. Kontakten var i flere tilfælde afgørende for borgerens behandling og sikkerhed. Årsager til, at kontakter blev vurderet at have skabt øget kvalitet i behandlingen, var for eksempel, at livsvigtig medicin ellers fejlagtigt ville være blevet seponeret, og at en afklaring i forhold til mental retardering var nødvendig for at få viden om en borgers habitualtilstand.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Som beskrevet tidligere oplever lidt over en tredjedel af de adspurgte i kommunerne, at aftalen frigør tid i deres arbejde. Dette bakker op om resultater fra delrapport 1, hvor sundhedsprofessionelle beskriver, at den hurtigere hjælp ved opkaldene frigiver tid til borgeren og dennes behandling. På denne måde kan aftalen ligeledes bidrage til øget kvalitet og sikkerhed i behandling.

Indsigter fra spørgeskemaundersøgelsen peger på, at aftalen kan forbedre overdragelsen af borgere fra en sektor til en anden. Data viser, at blandt sundhedsprofessionelle i kommunerne er lidt over halvdelen (56 %) enige i, at aftalen har forbedret overdragelse af borgere. Blandt de sundhedsprofessionelle på hospitalerne er lidt under halvdelen (42 %) enige heri (Figur 26).

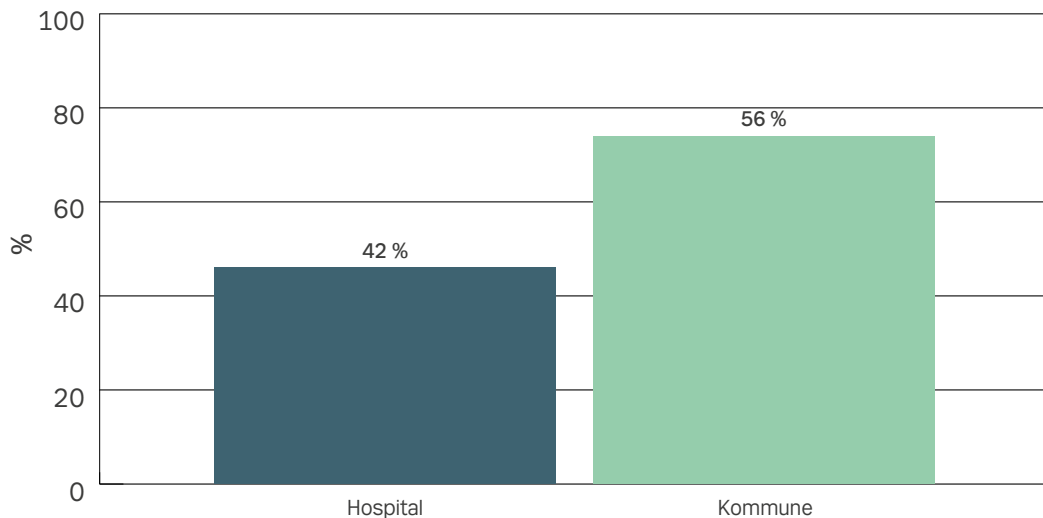


Figur 26. Sundhedsprofessionelles oplevelse af, at aftalen har ført til forbedret overlevering af borgere på tværs af sektorer. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 40 personer (42 %) angivet at være enige i, at aftalen har ført til forbedret overlevering af borgere på tværs af sektorer. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 41 personer (56 %) angivet at være enige heri.

Et af de primære formål med aftalen om 72 timers behandlingsansvar er at styrke patientforløb på tværs af sektorer ved at skabe mere sammenhæng i forløbene. Opdelt på sektorer angiver 74 % af de kommunale sundhedsprofessionelle at være enige i, at aftalen har medført mere sammenhængende patientforløb, mens 46 % af sundhedsprofessionelle på hospitalerne er enige heri (Figur 27).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2



Figur 27. Sundhedsprofessionelles oplevelse af, at aftalen har ført til mere sammenhæng i patientforløb end før aftalens indførelse. Blandt i alt 95 besvarelser fra sundhedsprofessionelle på hospitalerne har 44 personer (46 %) angivet at være enige i, at aftalen har ført til mere sammenhæng i patientforløb end før aftalens indførelse. Blandt i alt 73 besvarelser fra sundhedsprofessionelle i kommuner har 54 personer (74 %) angivet at være enige i heri.

5.6 Udvikling i genindlæggelser

Følgende afsnit beskriver udviklingen i genindlæggelser for målgruppen. Dette gøres ved brug af data fra Sundhedsplatformen.

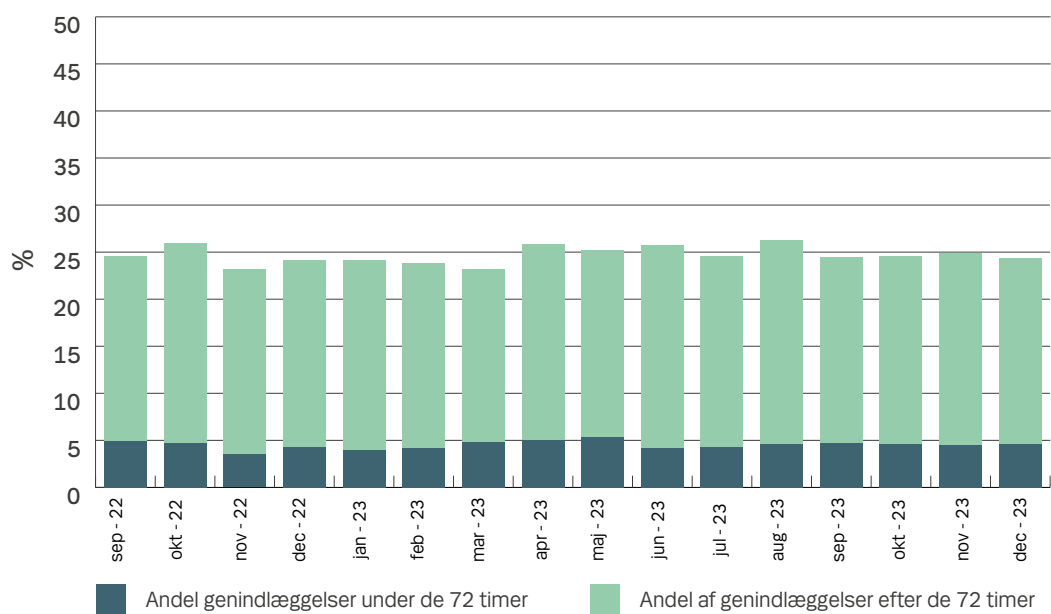
Det er ikke muligt at udarbejde en baseline for genindlæggelser for målgruppen for aftalen om 72 timers behandlingsansvar, da det ikke registreres i Sundhedsplatformen, om en given patient forud for indlæggelse modtager kommunal sygepleje. Der kan således alene vises en udvikling i genindlæggelser inden for målgruppen i aftalens løbetid.

En genindlæggelse er defineret som et samlet hospitalsophold på 12 timer eller derover inden for 30 dage efter den oprindelige indlæggelse med et efterfølgende 72 timers behandlingsansvarsforløb. Indlæggelser, der vedrører kræft eller kræftrelaterede forhold, ophold på hospice eller genindlæggelser som følge af ulykke, vold og selvmordsforsøg, er ekskluderet af datagrundlaget. Med denne definition er det tilstræbt så vidt muligt at tage afsæt i den nationale definition af genindlæggelser.

Det fremgår af Figur 28, at der har været en nogenlunde konstant andel (omkring 24 %) genindlæggelser i målgruppen siden implementering af den fulde aftale i begyndelsen af september 2022. Andelen af genindlæggelser inden for de 72 timers behandlingsansvar er også forholdsvis konstant over tid på knap 5 %. Der er også set på andelen af genindlæggelser inden for syv dage, og her ses en stabil genindlæggelsesprocent på omkring 10 %. I Tabel 4 vises udviklingen i andel af genindlæggelser for borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*



Figur 28. Udvikling i genindlæggelser for borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar (sep. 2022-dec. 2023).

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

		sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Andel genindlæggelser under de 72 timers behandlingsansvar	Amager og Hvidovre Hospital	4,6	5,9	3,4	4,2	4,5	4,7	6,2	4,7	4,9	5,1	3,0	4,4	6,4	3,0	5,9	4,3
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	4,1	3,3	2,8	3,1	2,5	3,1	2,9	2,5	6,1	3,0	4,5	2,8	3,5	3,7	3,0	3,6
	Bornholms Hospital	0,0	5,4	4,8	13,3	11,4	6,7	4,3	9,1	5,0	3,7	4,5	5,6	0,0	5,3	0,0	3,7
	Herlev og Gentofte Hospital	4,6	4,3	3,6	4,5	3,9	3,7	4,4	5,5	5,8	3,7	3,1	5,0	4,2	4,5	4,2	3,7
	Nordsjællands Hospital	6,2	5,7	3,8	5,2	5,3	5,6	5,9	6,9	6,2	5,2	4,9	5,2	5,3	6,3	4,8	7,2
	Rigshospitalet	6,1	5,0	4,5	3,4	2,5	3,4	4,3	4,6	1,8	4,1	8,9	6,5	4,1	6,8	6,5	6,0
Andel genindlæggelser efter udløb af behandlingsansvar	Amager og Hvidovre Hospital	22,3	25,0	23,7	21,3	18,1	21,1	22,9	19,8	21,5	24,3	19,5	23,9	19,9	18,5	23,1	24,5
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	17,5	18,6	17,1	16,8	17,1	18,7	16,4	18,1	17,6	15,9	16,8	19,8	17,5	17,1	18,3	17,1
	Bornholms Hospital	31,0	5,4	9,5	16,7	22,9	13,3	30,4	27,3	15,0	33,3	9,1	22,2	13,0	15,8	23,5	3,7
	Herlev og Gentofte Hospital	19,1	23,0	17,8	20,5	20,3	19,5	16,6	20,5	18,7	17,8	17,7	20,6	19,1	18,7	18,8	20,1
	Nordsjællands Hospital	20,1	19,8	22,1	21,1	22,4	20,5	17,7	25,1	19,8	24,1	24,9	20,4	22,2	23,9	23,1	16,6
	Rigshospitalet	18,8	19,5	19,3	17,8	24,4	17,8	18,1	19,0	24,9	32,7	27,2	25,3	21,1	26,7	19,0	23,1
Total andel genindlæggelser under de 72 timers behandlingsansvar		4,9	4,7	3,5	4,3	4,0	4,2	4,8	5,0	5,4	4,2	4,3	4,6	4,7	4,6	4,5	4,6
Total andel genindlæggelser efter udløb af behandlingsansvar		19,7	21,2	19,7	19,8	20,1	19,6	18,4	20,8	19,8	21,5	20,2	21,6	19,7	20,0	20,4	19,7
Total andel af genindlæggelser i alt		24,6	26,0	23,2	24,0	24,1	23,8	23,2	25,8	25,2	25,7	24,5	26,5	24,4	24,7	24,9	24,4

Tabel 4. Udvikling i andel (%) af genindlæggelser for patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (feb. 2022-dec. 2023).

Tallene kan ikke direkte sammenlignes med de nationale opgørelser, fordi der her er taget udgangspunkt i patientforløb, som skal opfylde kriterierne om, at patienten udskrives til kommunal sygepleje og skal have været indlagt i mindst 24 timer for, at forløbet kan indgå i data. Det fremgår dog af "Sundhedsdata på tværs", at genindlæggelsesandelen blandt 65+ årige borgere med bopæl i Region Hovedstaden med forudgående kommunal sygepleje i de første tre kvartaler af 2023 ligeledes lå på omkring 24 % [2]. Denne har været stabil siden 2021, det vil sige fra før opstart af 72 timers behandlingsansvar. For alle borgere med bopæl i hovedstadsregionen er genindlæggelsesprocenten omkring 10 %. Det vidner om, at borgere som omfattes af aftalen, er en særlig sårbar gruppe med hyppigere behov for indlæggelse.

Dette ses også i indsigter fra tværsektorielle audits, som viser, at der ofte er behov for genindlæggelser af borgere i målgruppen for aftalen. Auditpanelernes generelle vurdering var, at de genindlæggelser, der blev foretaget, var nødvendige. Auditpanelerne vurderede oftest, at hverken hospital

eller kommune kunne have gjort noget for at forebygge de genindlæggelser, der forekom. I alt blev 11 ud af de 15 borgere genindlagt. Heraf blev syv borgere genindlagt inden for 72 timer, og fire borgere blev genindlagt inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar.

5.7 Borgerperspektiver på aftalen

Det er vanskeligt at afdække borgernes egne oplevelser af at være omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, dels fordi det er en sårbar målgruppe, som kan have svært ved at gennemføre et interview, og dels fordi det ikke er sikkert, at borgerne selv er klar over, at de er omfattet af aftalen. Alligevel har det været muligt for CPI at gennemføre kvalitative interviews med syv borgere og én pårørende. Interviewene har givet indblik i borgernes oplevelser og erfaringer med sektorovergange og viden om, hvad borgerne oplever som tryghedsskabende. I det følgende præsenteres resultaterne af disse interviews.

Præmissen for interviewene var, at borgerne ikke forventes at have kendskab til aftalen. Det var en antagelse, at mange borgere ikke er bevidste om aftalen og ikke vil kunne beskrive dens indhold, og denne antagelse blev bekræftet i undersøgelsen.

Fokus for undersøgelsen var derfor at afdække borgernes oplevelser indenfor to af de områder, som aftalen om 72 timers behandlingsansvar har til formål at styrke – nemlig tryghed og sammenhæng i de første døgn efter en udskrivelse.

Borgernes liv og situation

Borgerne, som indgår i undersøgelsen, er alle svækkede, ældre borgere i aldersgruppen 61–97 år. De lider af flere kroniske sygdomme og/eller har for nylig haft for eksempel en forværring eller et fald, som har medført et større funktionstab og deraf øget behov for pleje, behandling og støtte. Undersøgelsens respondenter udgør dermed en særligt svækket eller sårbar målgruppe indenfor den større gruppe af borgere, som er omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar.

Flere af de interviewede borgere fortæller, at deres hospitalsindlæggelser og -udskrivelser ikke står særlig klart for dem. De har ofte været meget dårlige og konfuse undervejs og har derfor svært ved at huske begivenheder eller adskille forskellige indlæggelser fra hinanden. Samtidig sker der ofte store forandringer i borgerens situation i kølvandet på en indlæggelse, som kræver tilvænnning for både borgere og pårørende.

Et andet træk, der kendetegner særligt de ældste borgere blandt interviewpersonerne, er, at de opfatter deres sygdom og behandling som de sundhedsprofessionelles domæne. De har ikke noget stort ønske om at blive inddraget i de sundhedsprofessionelles overvejelser og beslutningsprocesser. I stedet venter de med egne ord på at få at vide, hvad de fejler, og hvad lægen har besluttet, at der skal gøres:

” *Jeg hører til dem, der retter sig efter, hvad der bliver sagt, når jeg er på hospitalet eller til lægen. Jeg har ikke forstand på sygdomme.*

Egil, 80 år

De borgere, der ser deres sygdom og behandling som de sundhedsprofessionelles domæne, er ofte heller ikke tilbøjelige til at stille spørgsmål til samarbejdet mellem hospital og kommune. Flere siger, at de ikke ved, om hospitalet og kommunen er i kontakt med hinanden, men at de da går ud fra, at de taler sammen, hvis det er relevant for deres behandling.

Borgerne kender ikke til aftalen om 72 timers behandlingsansvar

Alle respondenter blev spurgt, om de vidste, at de var omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, hvortil alle respondenter svarede 'nej'. De kunne ikke huske, at de havde hørt om aftalen, hverken ved udskrivelsen eller i de første døgn derefter. Ingen af borgerne var bevidste om, at de sundhedsprofessionelle i kommunen havde en særlig mulighed for at stille spørgsmål til den hospitalsafdeling, borgeren var blevet udskrevet fra.

Som beskrevet ovenfor er det dog heller ikke forventeligt – eller et succeskriterie – at borgerne har kendskab til aftalen om behandlingsansvar eller lægger mærke til, hvordan ordningen anvendes.

Borgernes oplevelser af tryghed efter udskrivelse

Når borgerne er blevet spurgt til, hvad der hæmmer og fremmer deres oplevelser af tryghed efter udskrivelse fra hospitalet, bringer de en række forskellige emner op. I det følgende afsnit beskrives nogle af de emner, som ligger borgerne på sinde, og som samtidig ligger indenfor de områder, som aftalen om 72 timers behandlingsansvar kan have indvirkning på.

Flere borgere fortæller, at det giver tryghed, at de ved, hvad der skal ske i deres forløb – både på kort og lang sigt. Det varierer fra person til person, om borgerne har lyst til at blive inddraget aktivt i beslutninger om deres behandlingsforløb. For alle er det dog vigtigt, at de fornemmer, at der er lagt en plan, og at der er 'styr på tingene'. Når borgerne omvendt ikke oplever, at der er en plan for, hvad der skal ske, skaber det frustrationer og utryghed.

Det har stor betydning for borgernes oplevelse af tryghed, at de føler, at de i alle faser af deres forløb har adgang til hjælp fra kvalificerede sundhedsprofessionelle. Efter et indlæggelsesforløb har borgerne ofte behov for nye former for pleje, behandling og støtte.

Interviewene giver indsigt i, at det er særligt vigtigt for borgernes oplevelse af tryghed, at de får hjælp af kompetente fagpersoner vedrørende medicin. Her kan aftalen have et stort potentiale for at understøtte, at det kommunale sundhedspersonale kan rådføre sig med hospitalspersonale ved tvivlsspørgsmål om medicin.

Borgernes oplevelser af sammenhæng i sektorovergange

Når borgerne spørges til, hvad der kan skabe en oplevelse af sammenhæng i deres forløb, er det tydeligt, at de har meget forskellige oplevelser og forventninger. Som nævnt opfatter nogle borgere samarbejdet mellem hospital og kommune som noget, der foregår mellem fagpersoner, og som ikke angår dem. De antager, at de sundhedsprofessionelle taler sammen, men det er ikke et samarbejde, de forventer at blive inddraget i:

” *Nej, det kommer sgu ikke mig ved [hvad de taler om]. Det er mellem dem. Det spørger jeg sgu ikke om. Jeg er bare tilfreds, hvis jeg har det godt.*

Eigil, 80 år

Der er dog flere borgere, som oplever, at manglende samarbejde mellem sektorerne er et stort problem. Borgerne fortæller, at det er frustrerende, når information ikke deles mellem sektorerne, og det kommunale sundhedspersonale for eksempel ikke kender til historikken fra borgerens indlæggelse:

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2

” *Nej, personalet her ved faktisk ikke, hvad der er sket [under indlæggelsen]. Jeg har en kontaktsygeplejerske, og så kom jeg til at snakke med hende, og så sagde hun: 'jeg kan ikke se i din journal, den må vi ikke få'. (...) Nå – jeg troede de vidste, hvad de skulle tage hensyn til.*

Henriette, 61 år

Det bliver særligt frustrerende for borgerne, når den manglende kommunikation resulterer i mangelfuld pleje eller behandling. Det kan for eksempel ske, når kommunen ikke er informeret om, eller ikke handler i overensstemmelse med det, hospitalet har besluttet:

” *Måske har hospitalet ikke gjort opmærksom på, at det er meget vigtigt, at forbindingen blev skiftet tit. (...) Jeg ved ikke, om det er fordi, hospitalet ikke får det formuleret ordentlig ud, eller om det er fordi, man ikke får læst det ordentlig. Men det er en brist, som jeg synes, er ret vigtig.*

Mehmet, 76 år

Disse oplevelser af manglende kommunikation og samarbejde gør, at borgerne ser sektorerne som to adskilte dele, der ikke arbejder hen imod et fælles mål. De oplever, at der mangler mening og sammenhæng, og at de ofte selv skal agere bindeled og for eksempel videregive information fra den ene sektor til den anden.

Når der samarbejdes på tværs, skaber det en oplevelse af sammenhæng og meningsfuldhed

Når kommunikation og samarbejde mellem hospital og kommune fungerer godt, giver det borgerne en oplevelse af sammenhæng og af, at der er en større mening med de beslutninger, der træffes:

” *Jo, de snakker sammen og gudskelov for det! Så kommer de og siger, 'vi har ringet ind [til hospitalet] og sådan og sådan'. Og så siger jeg, 'men det er sgu da ikke helt rigtigt'. Så ringer de en gang til. Det kører, som det skal.*

Torben, 69 år

Når borgerne kan se, at de sundhedsprofessionelle udveksler viden på tværs af sektorer, efterlader det et indtryk af, at systemet opererer som et samlet hele. Det skaber tryghed at vide, at man som borger ikke risikerer at blive 'tabt mellem to stole'.

Indsigter fra interviews med borgere gør det tydeligt, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar kan skabe værdi indenfor flere områder, som er afgørende for, at borgere oplever deres behandlingsforløb som positive, trygge og sammenhængende. Aftalen kan understøtte, at sundhedsprofessionelle i kommunen søger faglig rådgivning fra hospitalspersonale, hvis de er i tvivl om borgers pleje eller medicinering, hvilket kan resultere i en mere sikker og tryk behandling for borgeren.

6 Konklusion

Denne rapport præsenterer resultater fra monitorering og evaluering af implementeringen af aftalen om 72 timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden samt aftalens afledte effekter efter, at aftalen er gået i drift. Resultaterne viser overordnet, at sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer er enige i, at det er meningsfuldt, at det som udgangspunkt er hospitalet, som har behandlingsansvaret for borgere i aftalens målgruppe i 72 timer efter udskrivelse. Dog indikerer evalueringens resultater, at der fortsat er et stykke vej i forhold til at udbrede kendskabet til aftalens indhold og ansvarsfordeling. Derudover viser resultaterne, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar generelt lever op til de forventede effekter, som blev opstillet forud for implementeringen. I det følgende opsummeres resultater og konklusioner.

Implementering og anvendelse

Spørgeskemaundersøgelsen peger på, at sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer generelt finder det meningsfuldt, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse for borgere i målgruppen. Særligt personalet i kommunerne og i almen praksis finder det i høj grad meningsfuldt.

Spørgeskemaundersøgelsen viser desuden, at der fortsat er behov for at udbrede kendskabet til aftalens indhold. Sundhedsprofessionelle fra hospital og kommune er generelt enige i, at der er et udbredt kendskab til aftalen, og at de føler sig godt klædt på af deres arbejdsplads til at anvende aftalen. Alligevel giver kommentarer i spørgeskemaerne indsigt i, at flere af de sundhedsfaglige mener, at aftalen kunne forbedres, hvis flere kendte til dens eksistens og indhold. En lidt mindre andel af de adspurgte i almen praksis er enige i, at kendskabet til aftalen er udbredt. Nogle praktiserende læger oplever fortsat at modtage opkald fra kommunerne, som burde være gået til hospitalet. Data taler på denne måde ind i vigtigheden af vedblivende fokus på implementering af indsatser.

Videre viser spørgeskemaundersøgelsen, at sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer har forskellige oplevelser af, i hvor høj grad aftalen har givet anledning til ændringer i arbejdsgange. Blandt sundhedsfaglige på hospitalerne ses den største andel, som er enige i, at aftalen har medført ændringer i arbejdsgange. Dette som følge af, at det er hospitalerne, som skal varetage en ny opgave. Blandt praktiserende læger er andelen lavest, hvilket stemmer overens med tidligere fund præsenteret i delrapport 1, hvor det blev beskrevet, at de alment praktiserende læger ikke mærker meget til aftalen i daglig praksis.

Evalueringen viser, at antallet af borgere omfattet af aftalen fortsat er stabiliseret på godt 2.000 pr. måned, hvilket også blev rapporteret i delrapport 1. Gennemsnitsalderen blandt borgere omfattet af aftalen er 77 år, og journalaudits viser, at de auditerede forløb er sårbare borgere med kronisk sygdom.

Opkaldsregistreringerne viser, at hospitalerne modtager flest opkald fra kommunale døgnpladser. Opkaldene finder oftest sted i dagtimerne i hverdage og størstedelen af opkaldene har en varighed på et til fem minutter. Disse resultater underbygger resultaterne præsenteret i delrapport 1.

Spørgeskemaundersøgelsen er et supplement til data præsenteret i delrapport 1 og har bidraget med yderligere indsigt i, hvordan sundhedsprofessionelle oplever at arbejde med aftalen nu, hvor

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

den er i drift. Resultaterne peger på, at der er forskellige oplevelser af arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen. Omkring halvdelen af de adspurgte både på hospital og i kommune er enige i, at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen er tilpas. En årsag til at ansatte i kommunen kan opleve en stor arbejdsbyrde er, at de kan opleve at bruge meget tid på at blive stillet om til forskellige kollegaer på hospitalet for at få hjælp. De ansatte på hospitalerne kan opleve at bruge tid på irrelevante opkald og at påtage sig opgaver, som de ikke mener bør være deres ansvar. Til trods for at arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen kan opleves som stor, er over en tredjedel af sundhedsprofessionelle fra kommunerne enige i, at aftalen frigiver tid i arbejdet.

Resultaterne viser, at opkald fra kommunerne for det meste kræver lægefaglige ressourcer, da de ofte er af lægefaglig karakter, og at det også ofte er læger, som besvarer opkaldene. Opkaldene omhandler medicinrelaterede problemstillinger samt præcisering af behandling og forværring af borgers tilstand. Det er den generelle oplevelse blandt de sundhedsfaglige, at opkald relateret til aftalen resulterer i løsninger og hurtigere hjælp til problematikker i forbindelse med udskrevne borgere. Disse resultater er i overensstemmelse med resultaterne præsenteret i delrapport 1.

Styrket tværsektorielt samarbejde

Evalueringens resultater peger på, at aftalen i nogen grad understøtter det tværsektorielle samarbejde, og at oplevelsen af styrket samarbejde er størst blandt sundhedsprofessionelle i kommunerne.

Medarbejdere i kommunerne oplever i højere grad end medarbejdere på hospitalerne, at aftalen skaber en bedre dialog om borgerne. Omkring 40 % af de adspurgte i kommuner og en fjerdedel blandt ansatte på hospitaler oplever, at aftalen øger indsigt i kollegaers rammer og handlemuligheder på tværs af sektorer, og endelig er en større andel af personalet i kommunerne enige i at have ændret deres kommunikation med kollegaer på tværs af sektorer samt at have hyppigere kommunikation på tværs. På den måde underbygger den supplerende spørgeskemaundersøgelse fundene i delrapport 1.

Data angående FMK er et supplement til data anvendt i delrapport 1, og her viser data, at for næsten 100 % af de forløb, som er omfattet af aftalen, er FMK ajourført ved udskrivelse. Antallet af afsendte udskrivningsrapporter i relation til forløb omfattet af 72 timers behandlingsansvar viser, at for 82 % af forløbene afsendes en udskrivningsrapport. Andelen af korrespondancemeddelelser afsendt fra hospital til kommune eller egen læge har stabiliseret sig på omkring 16-17 %, og resultater af journalaudits antyder, at der i de fleste tilfælde bliver sendt en korrespondancemeddelelse, når det er relevant. Data angående tværsektoriel digital kommunikation peger dermed fortsat på, at aftalen bidrager til at forbedre den tværsektorielle dokumentation og styrke samarbejdet på tværs.

Øget kvalitet og sikkerhed i behandling

Evalueringens resultater underbygger, at aftalen øger kvalitet og sikkerhed i behandlingen. Dette gør sig for eksempel gældende, når uklarheder i forbindelse med livsvigtig medicin eller en patients mentaltilstand afklares i opkaldene. Aftalens betydning for øget kvalitet og sikkerhed underbygges ligeledes af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor omkring halvdelen af sundhedsfaglige i både kommuner og på hospitaler er enige i, at aftalen medfører bedre overdragelse af borgere sektorerne imellem.

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Udvikling i genindlæggelser

Opgørelsen af genindlæggelser er supplement til data præsenteret i delrapport 1. Data viser, at genindlæggelsesprocenten er omkring 24 % i målgruppen for aftalen. Til sammenligning fremgår det af "Sundhedsdata på tværs", at genindlæggelsesandelen blandt 65+ årige med forudgående kommunal sygepleje i de første tre kvartaler af 2023 er på omkring 24 % [2] for borgere med bopæl i Region Hovedstaden. Denne har været stabil siden 2021, det vil sige fra før opstart af 72 timers behandlingsansvar. For alle borgere med bopæl i hovedstadsregionen er genindlæggelsesprocenten omkring 10 %. Det underbygger, at patienter i målgruppen er en særlig sårbar gruppe med hyppigere behov for indlæggelse. De tværsektorielle audits viser også, at det kan være nødvendigt at genindlægge patienter i denne målgruppe. Resultaterne antyder hermed, at aftalen ikke reducerer indlæggelser.

Borgerperspektiver på aftalen

Interviews med borgere omfattet af aftalen er supplement til datamaterialet præsenteret i delrapport 1. Interviewene giver indsigt i, at faktorer, som er fremmede for tryghed, blandt andet er oplevelsen af, at der er styr på tingene, og at patienter og pårørende ikke selv skal skubbe på, følge op, dobbelttjekke og tage sagen i egne hænder for, at der sker noget i deres forløb. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar understøtter netop disse fremmede faktorer for tryghed samt mindsker risiko for fejl.

Denne evalueringsrapport er baseret på både kvantitative og kvalitative data. Kombinationen af forskellige typer data har muliggjort indsigt i, hvordan relevante markører for aftalen om 72 timers behandlingsansvar har udviklet sig siden aftalens fulde implementering (september 2022), samt hvordan sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer oplever at arbejde med aftalen. Det skal bemærkes, at resultater baseret på opkaldsregistreringer, journalaudits, spørgeskemaundersøgelse samt interviews skal fortolkes med forbehold. Dels på grund af mulig selektion i de personer, der har deltaget (interviews med borgere og spørgeskemaundersøgelse), dels grundet datamaterialets begrænsede størrelse (særligt interviews med borgere, journalaudits og opkaldsregistreringer).

7 Referenceliste

1. Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden – Delrapport 1, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg, Region Hovedstaden; 2023.
2. Sundhedsdatastyrelsens "Sundhedsdata på Tværs" – eSundhed. (<https://www.esundhed.dk/Emner/Sundhedsdata-paa-tvaers/Sundhedsdata-paa-tvaers-Borgere-Over-65>).
3. Model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling, Version 1.0 oktober 2021, Region Hovedstaden. 2021. (<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/Documents/Model%20for%20behandlingsansvar%2072%20timer.pdf>).
4. Aftale om behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling, Version 2.0 december 2022, Region Hovedstaden. 2022. (<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/Documents/8.12.2022%20Udkast%20til%20aftale%20om%2072%20timers%20behandlingsansvar%20version%202.0.pdf>).
5. Damschroder LJ et al., Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 2009; 4(50).

Bilag 1 Figurer og tabeller

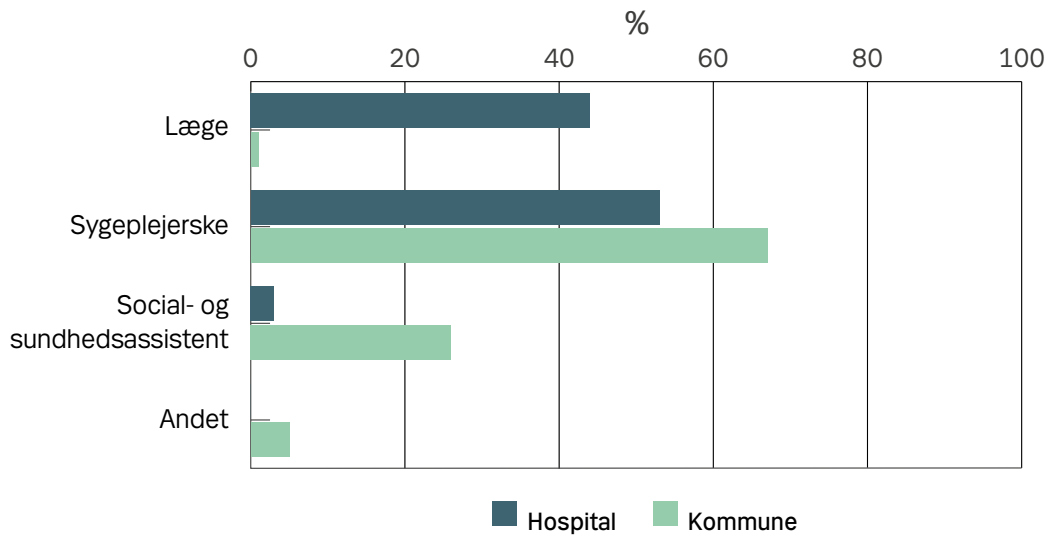
Tabel 5. Uddybende informationer om datagrundlag

Dataindsamlingsmetode		Hvem	Hvor	Hvornår
Interviews: Styregruppen		1 informanter Sundhedsprofessionelle, borgerrepræsentanter, repræsentanter for Patientinddragelsesudvalget i Reg. H. (individuelle interviews)	Foretaget online af ca. 30-45 minutters varighed.	Okt. 2023
		7 borgere (individuelle interviews)	Foretaget af Center for Patientinddragelse. Borgere rekrutteret vha. personale fra enten plejecenter, midlertidig døgnplads eller kommunal sygepleje udøvet i eget hjem	Aug. – dec., 2023
Tværsektorielle journalaudit	Audit i Rødovre Kommune	9 patientforløb med mindst et opkald til hospitalet under de 72 timer	Forløb fra plejecenter og kommunal sygepleje hvor der udøves pleje i eget hjem i Rødovre Kommune. Auditering ved 2 deltagere fra Herlev og Gentofte Hospital (1 læge + 1 sygepl.), 3 fra plejecenter (1 forstander, 1 sygepl., en bruger af omsorgssystem) og 2 fra kommunal sygepleje hvor der udøves pleje i eget hjem (2 sygepl.)	26. okt. 2023 (udskrivelser mlm. Jun. – sep. 2023)
	Audit i Brøndby Kommune	7 patientforløb med mindst 1 opkald til hospitalet under de 72 timer	Forløb fra plejecenter og kommunal sygepleje hvor der udøves pleje i eget hjem i Brøndby Kommune. Auditering ved 3 deltagere fra Amager og Hvidovre Hospital (1 læge, 1 sygepl. Og en koordinator) 2 fra plejecenter (1 leder, 1 sygepl.) og 2 fra kommunal sygepleje hvor der udøves pleje i eget hjem (1 leder, 1 sygepl.)	3. nov. 2023 (udskrivelser mlm. Jun. – okt. 2023)
Dataudtræk fra Sundhedsplatformen		Alle borgere udskrevet med 72 timers behandlingsansvar og øvrig aktivitet ifm. aftalen	Sundhedsplatformen, Region Hovedstaden	Sep. 2022 – dec. 2023
Manuelle opkaldsregistreringer		Manuel udfyldelse af registreringskema ved opkald relateret til 72 timers behandlingsansvar	Udvalgte afdelinger på Rigshospitalet, Herlev Hospital, Nordsjællands Hospital og Bornholms Hospital, samt på centralvisitation på Bispebjerg og Hvidovre Hospital	Uge 40, 2023
Dataudtræk på utilsigtede hændelser		Manuel gennemgang af indrapporterede UTH'er til Region Hovedstaden	Dansk Patientsikkerhedsdatabase over rapporterede UTH'er til Region Hovedstaden, emneord: "72"	1. jan. – 1. nov. 2023
Spørgeskemaundersøgelse		Spørgeskema til belysning af sundhedsprofessionelles perspektiver på aftalen efter drift <ul style="list-style-type: none"> • 200 cvr nr. til praktiserende læger • 417 sundhedsprofessionelle fra hospital og kommune 		Nov. – dec. 2023

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 2

Figur 29. Fordeling af faggrupper, der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, fordelt på hospital og kommune (N=168).



Tabel 6. Udvikling i antal patientforløb som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (sep. 2022 – dec. 2023).

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Amager og Hvidovre Hospital	348	406	372	421	461	340	420	372	372	437	338	384	412	371	354	440
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	417	449	412	451	476	388	435	379	402	429	411	347	402	442	429	434
Bornholms Hospital	53	71	49	60	75	74	69	54	63	63	63	61	66	52	40	53
Nordsjællands Hospital	352	415	340	437	491	425	453	421	433	428	434	344	400	445	402	457
Rigshospitalet	256	263	215	244	225	209	223	188	193	203	208	175	198	205	185	133
Herlev og Gentofte Hospital	567	668	610	621	614	529	608	562	563	630	632	557	660	756	736	802
Total	1.993	2.272	1.998	2.234	2.342	1.965	2.208	1.976	2.026	2.190	2.086	1.868	2.138	2.271	2.146	2.319

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Tabel 7. antal patientforløb som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på kommuner (sep. 2022 – dec. 2023).

Kommuner	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Albertslund	29	45	30	36	36	43	34	37	33	44	35	32	34	37	43	46
Allerød	16	37	22	39	33	26	31	24	24	24	17	28	24	32	29	32
Ballerup	54	73	69	75	98	66	77	62	64	63	73	60	72	87	87	107
Bornholm	58	71	50	63	76	76	72	55	63	63	66	60	67	52	41	56
Brøndby	67	70	54	63	46	42	56	50	44	56	45	53	70	47	47	49
Dragør	18	25	25	27	37	15	23	19	19	23	18	26	27	14	12	15
Egedal	37	47	41	40	47	32	40	28	38	52	50	49	62	54	52	67
Fredensborg	44	55	48	48	65	42	47	57	63	47	59	39	44	48	51	49
Frederiksberg	132	147	126	134	131	112	139	108	133	126	121	113	111	148	139	125
Frederikssund	52	69	47	69	76	90	72	60	74	73	60	63	65	84	66	84
Furesø	36	58	63	59	64	42	50	40	54	63	50	46	60	66	73	57
Gentofte	86	103	85	94	94	81	117	73	75	83	96	84	94	88	113	115
Gladsaxe	76	90	82	70	61	61	73	79	67	74	82	67	98	99	86	104
Glostrup	25	32	32	25	34	36	32	31	37	31	30	31	28	30	40	37
Gribskov	52	62	44	77	63	63	66	61	63	66	59	51	50	62	50	70
Halsnæs	46	51	55	56	58	44	54	60	55	42	61	38	65	62	56	61
Helsingør	79	71	85	75	111	81	87	101	94	107	107	76	93	94	79	80
Herlev	31	61	51	55	46	43	40	55	42	54	36	33	52	49	44	55
Hillerød	50	52	41	58	60	63	68	62	51	54	50	50	65	64	49	65
Hvidovre	67	73	64	91	96	62	71	70	86	86	61	66	71	70	61	67
Høje-Taastrup	54	69	59	49	81	66	58	57	62	58	70	44	52	70	64	65
Hørsholm	45	42	34	44	44	34	43	33	39	37	38	22	24	34	39	35
Ishøj	37	32	24	34	27	22	34	26	31	36	22	28	27	25	29	30
København	511	539	500	541	582	455	541	473	470	514	493	445	510	505	463	496
Lyngby-Tårnbæk	55	84	73	77	65	66	69	57	64	81	60	74	61	85	83	93
Rudersdal	87	68	71	99	76	69	70	73	71	70	98	71	76	108	97	115
Rødovre	69	60	53	53	46	57	45	52	44	65	59	48	60	82	70	67
Tårnby	64	68	50	66	62	61	75	57	43	82	49	52	58	53	68	59
Vallensbæk	16	18	20	17	27	15	24	16	23	16	21	19	18	22	15	18
Hovedtotal	1.993	2.272	1.998	2.234	2.342	1.965	2.208	1.976	2.026	2.190	2.086	1.868	2.138	2.271	2.146	2.319

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Tabel 8. Antal afsendte udskrivningsrapporter fordelt på hospitaler (sep. 2022 – dec. 2023).

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Amager og Hvidovre Hospital	352	388	328	389	426	342	391	377	363	425	320	344	386	359	351	422
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	435	481	442	451	502	385	443	384	394	435	432	350	404	469	436	416
Bornholms Hospital	54	72	54	64	77	68	52	44	59	64	54	63	58	54	35	53
Nordsjællands Hospital	359	445	377	438	502	405	455	426	450	432	422	348	422	451	402	473
Rigshospitalet	200	245	213	209	231	192	219	189	181	212	209	177	213	199	186	140
Herlev og Gentofte Hospital	600	676	592	624	595	499	572	525	556	564	575	511	561	622	580	644
I alt	2.000	2.307	2.006	2.175	2.333	1.891	2.132	1.945	2.003	2.132	2.012	1.793	2.044	2.154	1.990	2.148

Tabel 9. Antal korrespondancemeddelelser afsendt fra hospital til kommune (sep. 2022 - dec. 2023).

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	152	144	175	179	199	168	172	152	153	194	209	130	165	235	193	217
Herlev og Gentofte Hospital	85	124	125	117	116	103	140	106	99	130	147	110	140	137	141	133
Nordsjællands Hospital	58	83	53	98	95	75	110	102	80	95	97	91	76	97	79	109
Amager og Hvidovre Hospital	22	39	55	45	43	46	39	20	38	53	41	36	59	45	41	26
Rigshospitalet	11	28	18	23	22	18	21	17	26	22	38	22	41	28	37	24
Bornholms Hospital	13	22	8	11	15	14	15	9	12	12	18	18	18	6	11	13
I alt	341	440	434	473	490	424	497	406	408	506	550	407	499	548	502	522
Andel af 72 timers forløb, hvor der er afsendt en eller flere korrespondancemeddelelser	12%	13%	14%	14%	13%	14%	15%	14%	13%	17%	17%	16%	16%	16%	17%	16%

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Tabel 10. Antal korrespondancemeddelelser afsendt fra kommune til hospital (sep. 2022 - dec. 2023).

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23	apr-23	maj-23	jun-23	jul-23	aug-23	sep-23	okt-23	nov-23	dec-23
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	89	64	104	84	115	82	101	78	84	89	92	70	90	127	95	105
Herlev og Gentofte Hospital	2	4	17	16	13	13	19	6	16	9	9	11	12	12	8	11
Nordsjællands Hospital	16	20	8	20	12	19	14	13	10	15	10	14	14	16	14	14
Amager og Hvidovre Hospital	6	7	10	10	10	8	12	9	8	12	12	12	5	16	5	13
Rigshospitalet	2	18	6	5	6	1	9	4	14	8	8	10	13	10	14	6
Bornholms Hospital	3	18	6	5	8	10	6	4	7	15	15	13	13	6	8	9
I alt	118	131	151	140	164	133	161	114	139	148	146	130	147	187	144	158
Andel af 72 timers forløb, hvor der er modtaget en eller flere korrespondancemeddelelser	4%	4%	5%	5%	4%	5%	5%	4%	4%	4%	5%	5%	5%	4%	4%	5%

Bilag 2 Skema til manuel opkaldsregistrering

Dato	Tidspunkt	Hvor ringes der fra?	Blev den kommunale akutfunktion kontaktet inden opkaldet?	Hvad handlede problemstillingen om?				Var det et sygeplejefagligt og/eller lægefagligt spørgsmål?	Hvad resulterede opkaldet i?				Var der behov for at involvere andre specialer?	Var der behov for lægeligt tilsyn?			Kommentarer	Varighed på opkald	Opkald besvaret af	
				1. Præcisering af behandlingsplan	2. Forværring i tilstand	3. Medicin ord. under indlæg.	4. Medicin ord. for indlæggelse		1	2	3	4		Sub-akut tid	Tilsyn ved 1813	Indlæggelse				JA
		Døgnpads	Ikke relevant	3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	JA	NEJ	Sub-akut tid	Tilsyn ved 1813	Indlæggelse		Ca. antal min.	Afd./titel
		Pi-hjem	JA	3	3	1	3	Spl-faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
		Spl. Eget hjem	NEJ	3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						
				3	3	1	3	Læge faglig	1	2	3	4	NEJ	NEJ						

Bilag 3 Spørgeskemaer til sundhedsprofessionelle

Spørgeskema i forbindelse med evaluering af aftalen om 72 timers udvidet behandlingsansvar – hospitaler og kommuner

Her kommer en række spørgsmål til din vurdering af og erfaring med aftalen om 72 timers udvidet behandlingsansvar, som er blevet implementeret i Region Hovedstaden. Dine svar vil hjælpe os med at forstå sundhedsprofessionelles syn på aftalen og øge forståelsen for, hvad der fungerer godt, og hvad der fungerer mindre godt ved aftalen. Spørgeskemaet skal indtastes af én omgang. Det tager ca. fem minutter at besvare. Dine svare er anonyme.

Tusind tak for din hjælp!

1. Vil du samtykke til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen?
- Ja
- Nej

Profession og sektor

2. Hvad er din profession?
- Læge
- Sygeplejerske
- Social og sundhedsassistent
- Andet
3. I hvilken sektor er du ansat?
- Hospital
- Kommune

De resterende udsagn omhandler dit syn på aftalen om 72 timers behandlingsansvar.

Sæt kryds ud for det svar, der passer bedst. Der er ingen rigtige eller forkerte svar.

- | | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Det er meningsfuldt, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse for borgere, der udskrives til kommunal sygepleje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Implementering og drift af aftalen

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. Det er min oplevelse, at der er udbredt kendskab til aftalen om 72 timers behandlingsansvar på tværs af sektorer | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Jeg oplever, at jeg er blevet tilstrækkeligt klædt på af min arbejdsplads til at bruge aftalen om 72 timers behandlingsansvar | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Det er tydeligt for mig, at det som udgangspunkt er udskrivende hospitalsafdeling, som kontaktes inden for 72 timer efter udskrivelse, hvis der opstår behov | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anvendelse af aftalen

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 8. Arbejdsbyrden i forbindelse med aftalen om 72 timers behandlingsansvar er tilpas | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Jeg oplever, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar frigør tid i mit arbejde | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført ændrede arbejds-gange på min arbejdsplads | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tværspektorielt samarbejde

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført ændringer i den måde, jeg kommunikerer med kolleger på tværs af sektorer | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar bidrager til en bedre dialog omkring borgeren på tværs af sektorer | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har forbedret overlevering af borgere på tværs af sektorer | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14. Jeg oplever at kontakte kollegaer fra andre sektorer hyppigere end før indførelse af aftalen | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har givet mig større indsigt i mine kollegaer fra andre sektors rammer og handlemuligheder | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar medfører hurtigere hjælp til problemstillinger relateret til borgernes tilstand | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Det er min erfaring, at de fleste opkald resulterer i en løsning på den givne problemstilling | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Betydning for patientforløb

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført mere sammenhæng i patientforløb end før indførelsen af aftalen | Meget enig | Enig | Uenig | Meget uenig | Ikke relevant |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Involvering i opkald

- | | | |
|--|-----------------------|----------------|
| 19. Hvor mange gange har du været involveret i et opkald omhandlende 72 timers behandlingsansvar | <input type="radio"/> | Aldrig |
| | <input type="radio"/> | 1-5 |
| | <input type="radio"/> | 6-10 |
| | <input type="radio"/> | 11-20 |
| | <input type="radio"/> | 21 eller flere |

Yderligere kommentarer

20. Jeg mener, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar kunne forbedres, hvis:
-
-
-
-
21. Herunder er du velkommen til at skrive uddybende kommentarer:
-
-
-
-

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Spørgeskema i forbindelse med evaluering af aftalen om 72 timers udvidet behandlingsansvar – almen praksis

Her kommer en række spørgsmål til din vurdering af og erfaring med aftalen om 72 timers behandlingsansvar, som er blevet implementeret i Region Hovedstaden. Dine svar vil hjælpe os med at forstå sundhedsprofessionelles syn på aftalen og øge forståelsen for hvad, der fungerer godt og hvad, der fungerer mindre godt ved aftalen. Spørgeskemaet skal indtastes af én omgang. Det tager under fem minutter at besvare skemaet. Dine svar er anonyme.

Tusind tak for din hjælp!

1. Vil du samtykke til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen? Ja
 Nej

Generelt om aftalen	Meget enig	Enig	Uenig	Meget uenig	Ikke relevant
2. Det er meningsfuldt, at hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter udskrivelse for borgere, der udskrives til kommunal sygepleje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementering og drift af aftalen					
3. Det er min oplevelse, at der er udbredt kendskab til aftalen om 72 timers behandlingsansvar på tværs af sektorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Det er tydeligt for mig, at det som udgangspunkt er udskrivende hospitalets afdeling, som kontaktes inden for 72 timer efter udskrivelse, hvis der opstår behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anvendelse af aftalen					
5. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført ændrede arbejdsgange på min arbejdsplads	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tværasektorielt samarbejde					
6. Aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført ændringer i den måde, jeg kommunikerer med kolleger på tværs af sektorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bilag 1 - Evaluering af 72timer - Delrapport 2

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - *Delrapport 2*

Yderligere kommentarer

7. Jeg mener, at aftalen om 72 timers
behandlingsansvar kunne forbedres, hvis:

8. Herunder er du velkommen til at skrive
uddybende kommentarer:

