

Aftale om **behandlings-** **ansvar 72 timer** efter hospitalsbehandling

Version 2.0 december 2022

Indhold

1. Indledning.....	3
1.1 Grundlag for aftalen	3
1.2 Aftalens parter	4
1.3 Formål.....	4
1.4 Målgruppe.....	4
1.5 Volumen	5
2. Det lægefaglige behandlingsansvar	5
2.1 Udvidet behandlingsansvar 72 timer	5
2.2 Kontakt til hospitalet	6
2.3 Delegation.....	9
3. Arbejdsgange, digitalt samarbejde og data.....	10
3.1 Planlægning af udskrivelse	10
3.2 Opstart af udvidet behandlingsansvar.....	10
3.3 Kommunikation og samarbejde under 72 timers behandlingsansvar	11
3.4 Genindlæggelse under 72 timer	12
3.5 Dødsfald under 72 timer	12
3.6 Afslutning af 72 timers behandlingsansvar	12
3.7 Behandlingsansvaret forlænges udover 72 timer.....	12
3.8 Afslutning af forlænget behandlingsansvar 72 timer.....	13
4. Digitalt overblik.....	14
5. Øvrige forhold	14
5.1 Videreførelse af aftalen	14
5.2 Ikrafttræden	14
Bilag 1 - Arbejdsgruppens sammensætning	15
Bilag 2 - Monitorering og evaluering	16
Bilag 3 – Cases	18

1. Indledning

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

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

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

1.1 Grundlag for aftalen

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

Aftalen tager afsæt i den aftale om behandlingsansvar, der er lavet under samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner¹ og følger denne aftales principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. Desuden indgår erfaringer med den afprøvning af behandlingsansvar udenfor hospitalet, der er foretaget med aftale om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser.

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

¹ Denne aftale supplerer aftalen om de kommunale akutfunktioner og overenskomstens bestemmelser om lægelig vurdering af patienter tilknyttet kommunale akutfunktioner. Det bemærkes, at målgruppen for aftalen er færdigbehandlede patienter, mens det for patienter henvist fra hospitalet til de kommunale akutfunktioner gælder, at hospitalsbehandlingen og behandlingsansvaret fortsætter efter udskrivelse fra hospitalet. Patienter henvist fra hospitalet til de kommunale akutfunktioner er dermed ikke omfattet af 72 timers aftalen.

1.2 Aftalens parter

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

1.3 Formål

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

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

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

Det udvidede behandlingsansvar skal gøre det lettere at koordinere og samarbejde om de opgaver og det ansvar, hver part har i det daglige, jf. sundhedsloven².

1.4 Målgruppe

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

Målgruppen omfatter borgere med behov for kommunal sygepleje, der udskrives til

- midlertidig kommunal døgnplads
- plejecenter
- kommunal sygepleje i eget hjem
- kommunal sygepleje på kommunale bosteder

Målgruppen omfatter både borgere, der allerede forud for indlæggelsen modtager kommunal sygepleje samt de borgere, hospitalerne vurderer har behov for kommunal sygepleje, når de udskrives. Her gælder samme vilkår for delegation, som beskrevet i afsnit 2.3.

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

I bilag 3 ses eksempler på cases, hvor udvidet behandlingsansvar forventes at gøre en forskel i forhold til at sikre et godt og sammenhængende forløb.

1.5 Volumen

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

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

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

Der er usikkerhed om i hvor stort et omfang, der vil være behov for opfølgning på udskrivelse fra hospitalet, og dermed hvad ressourcetrækket vil være. Som nævnt i bilag 2 vil dette være et led i opfølgning på aftalen.

2. Det lægefaglige behandlingsansvar

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

2.1 Udvidet behandlingsansvar 72 timer

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

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

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

Organisering

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

Hvert hospital har identificeret relevante enheder/afdelinger og beskrevet konkret, hvordan organisering af 72 timers behandlingsansvar løftes bedst i samarbejde mellem hospitalets læger og sygeplejersker, samt hvordan patienter og deres eventuelle pårørende informeres. Alle hospitaler har udarbejdet en skriftlig plan for aftalen hos dem. Som led heri er der udpeget en hovedansvarlig på hvert hospital og i enhver relevant afdeling.

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

Information til kommune og almen praksis

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

Information til borgeren

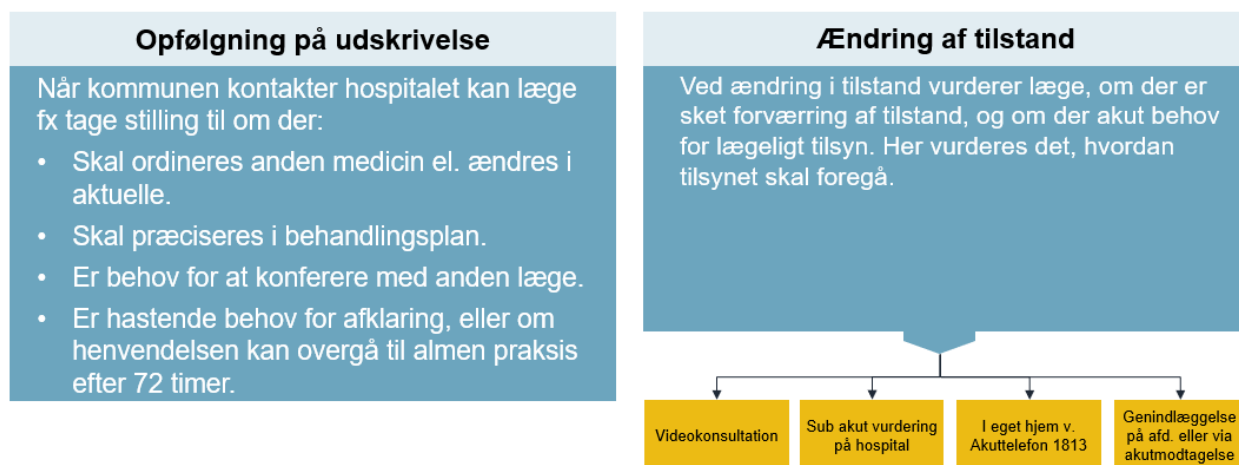
Borgeren og dennes eventuelle pårørende skal være informeret om, at hospitalet har udvidet behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling samt, hvornår behandlingsansvaret påbegyndes og afsluttes. Den udskrivende afdeling oplyser om, at kontakten til hospitalet foregår via sundhedsprofessionelle i kommunen.

2.2 Kontakt til hospitalet

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

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

Kontakt og handlemuligheder



Opfølgning på udskrivelse

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

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

- skal ordineres anden medicin eller ændres i den aktuelle
- skal præciseres en behandlingsplan
- er behov for at konferere med en læge fra et andet speciale/almen praksis/patientansvarlig læge (PAL)
- er hastende behov for afklaring, eller henvendelsen kan overgå til almen praksis efter 72 timer.

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

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

Ændring i borgerens tilstand

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

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

- tilsynet kan foretages via telefon evt. suppleret med en videokonsultation

- der er behov for tilsyn hos borgeren.

Ved akut behov for lægeligt tilsyn kan dette foregå som

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

Videokonsultation assisteres af kommunale fagpersoner. Videokonsultationen opstartes ved, at hospitalslægen via 'MedComs' VDX videoløsning sender sms med video-link til den kommunale fagperson, som har rettet henvendelse til den behandlingsansvarlige læge på hospitalet.

Kommunen har ansvaret for at stille udstyr til rådighed for den sundhedsprofessionelle på den midlertidige kommunale døgnplads, plejecenter eller i eget hjem. Kommunen skal endvidere sikre, at der er åbnet for VDX adgang i deres it-system.

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

Lægeligt tilsyn ved Akuttelefonen 1813

Ved behov for lægeligt tilsyn kan den behandlingsansvarlige læge tage telefonisk kontakt til Akuttelefonen 1813's læge for rådgivning/faglig sparring om borgeren.

Akuttelefonen 1813 har efter en konkret vurdering og i dialog med den læge, der har behandlingsansvaret, mulighed for at sende en kørelæge ud til akut vurdering/indledende diagnostik af borgeren. Det bemærkes, at det ikke i alle tilfælde vil være muligt at tilse borgeren via kørelægen, da lægens besøg visiteres samlet med Akuttelefonen 1813.

Når kørelægen har tilset patienten, kontakter vedkommende den behandlingsansvarlige læge, og sammen laver de en vurdering af det videre forløb.

Ved livstruende tilstande rekvireres akut ambulance efter vanlige retningslinjer.

Der skal etableres arbejdsgange mellem hospital og 1813 i forhold til lægelige tilsyn.

Forlængelse af udvidet behandlingsansvar

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

Almen praksis' ansvar

Almen praksis har ansvar for at følge op på epikriser som vanligt. Almen praksis håndterer direkte henvendelser fra borgeren som vanligt, også hvis den finder sted indenfor 72 timer efter udskrivelse.

Kommunens ansvar

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

2.3 Delegation

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til den kommunale sygeplejerske kan aftales for den enkelte borger³. Det er til enhver tid kommunens ansvar, at de relevante sundhedsprofessionelle har de nødvendige kompetencer. Dvs., at kommunen som vanligt, oplyser hospitalet om, hvorvidt de kan påtage sig opgaven.



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

3. Arbejdsgange, digitalt samarbejde og data

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

Parterne har pligt til journalføring i egne systemer.

3.1 Planlægning af udskrivelse

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

- midlertidig kommunal døgnplads
- plejecenter
- kommunal sygepleje i eget hjem
- kommunal sygepleje på kommunale bosteder

Dvs., at aftalen omfatter de færdigbehandlede borgergrupper, der som vanligt samarbejdes om.

Identifikation af målgruppe

I henhold til Kommunikationsaftalen fremsender kommunerne en automatisk indlæggelsesrapport (IRL) til hospitalerne med de informationer, som kommunerne har registreret om borgeren i omsorgsjournalen.

Hospitalerne kan af den automatisk fremsendte indlæggelsesrapport (IRL) under punktet ”Ydelser” se, om borgeren har modtaget kommunal sygepleje forud for indlæggelsen. Har borgeren det, og har borgeren været indlagt over 24 timer, skal de tilbydes 72 timers behandlingsansvar i forbindelse med udskrivelse. Tilsvarende skal borgere, som ikke initialt modtager kommunal sygepleje, men som hospitalet vurderer har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse også udskrives med 72 timers behandlingsansvar.

Det er centralt, at alle relevante oplysninger relateret til målgruppen fremgår og er ajourført i indlæggelsesrapporten. Det indebærer, at kommunernes registrering af sygeplejeydelser i omsorgssystemerne skal være opdateret for, at hospitalerne kan få adgang til de nødvendige oplysninger i indlæggelsesrapporten.

3.2 Opstart af udvidet behandlingsansvar

Information til borgeren

Af besøgssammendraget (rapport fra SP) skal det fremgå, at borgeren er omfattet af 72 timers behandlingsansvar. Borgeren samt eventuelle pårørende skal mundtligt informeres herom. Desuden skal udskrivningsrapporten gennemgås med og udleveres til borgeren inden udskrivelse.

Der er udarbejdet patientinformation om behandlingsansvar 72 timer.

Information til kommunen

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

Information til egen læge

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

Dokumentation i fagsystemer på hospital og i kommune

For patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar skal dette tydeligt fremgå af patientjournalen på hospitalet. Kommunerne skal sikre, at oplysningen om, at borgeren er dækket af 72 timers behandlingsansvar, er tilgængelig og arbejdsgangen kendt.

3.3 Kommunikation og samarbejde under 72 timers behandlingsansvar

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

Før telefonisk kontakt til udskrivende afdeling orienterer den kommunale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent sig i fremsendte informationer i forhold til udskrivelsen og indsamler relevante oplysninger om borgeren herunder måling af vitale parametre (temperatur, puls, blodtryk, respirationsfrekvens og saturation) i henhold til ABCDE-princippet⁴ eller TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom). ABCDE/TOBS skal være afdækket, inden der tages telefonisk kontakt til udskrivende afdeling, såfremt det er relevant for henvendelsen. Der kommunikeres om de enkelte konkrete målte værdier og ikke den samlede score.

Ved behov, og inden hospitalet kontaktes, tilgår den kommunale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent FMK i forhold til de konkrete lægemidler. Derudover benyttes sikker mundtlig kommunikation⁵. Hvis det er en social- og sundhedsassistent, der kontakter udskrivende afdeling, har vedkommende typisk søgt rådgivning og vejledning hos en sygeplejerske, inden udskrivende afdeling kontaktes. I dialogen med udskrivende afdeling oplyser kommunen hospitalet om, hvilke sundhedsmæssige udfordringer hos borgeren, de selv kan løse.

⁴ Systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom.

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

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

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

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

3.4 Genindlæggelse under 72 timer

Patienter, der indlægges, mens de er omfattet af 72 timers behandlingsansvar, vil få afsluttet det igangværende 72 timers behandlingsansvar. Efter udskrivelsen skal nyt 72 timers behandlingsansvar opstartes, også hvis indlæggelsen har haft en varighed på mindre end 24 timer.

3.5 Dødsfald under 72 timer

Det vil som vanligt være egen læge, der gennemfører ligsyn og udfærdiger dødsattester i dagtid på hverdage. Ligeledes påhviler det egen læge at gennemføre ligsyn og udfærdige dødsattest, hvis dødsfaldet finder sted på søgne/helligdage efter kl. 22, og næste dag er en hverdag.

Udenfor egen læges åbningstid, og hvor næste dag er weekend eller søgne/helligdag, udfærdiger 1813 dødsattest, og sender en epikrise. Ligsyn foretages af Akutberedskabets læger, dvs. udkørende læger og akutlæger.

3.6 Afslutning af 72 timers behandlingsansvar

Ved afslutning af 72 timers behandlingsansvar sendes der ikke yderligere digital kommunikation mellem parterne. Tidspunkt for afslutning af 72 timers behandlingsansvar fremgår af allerede fremsendte information

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

3.7 Behandlingsansvaret forlænges udover 72 timer

Hvis hospitalet forlænger behandlingsansvaret udover 72 timer, skal nedenstående tværsektoriel kommunikation foregå.

Information til kommunen og almen praksis

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

Information til borgeren

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

3.8 Afslutning af forlænget behandlingsansvar 72 timer

Ved afslutning af forlænget behandlingsansvar 72 timer er det tilstrækkelig information til kommunen og almen praksis, at tidspunkt for afslutning af behandlingsansvar 72 timer fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse.

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

Tabel 1 Hospitalet har behandlingsansvar 72 timer

	Fra	Til	Aktivitet/MedCom standard
Ved udskrivelse	Hospital	Kommune	Udskrivningsrapporten felt 30 "Fremtidige aftaler"
	Hospital	Egen læge	Udskrivningsepikrise
Under 72 timers behandlingsansvar	Hospital	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse v. præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l.
	Hospital	Egen læge	Ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en korrespondancemeddelelse
Afslutning af behandlingsansvar	Hospital	Kommune	Fremgår af tidligere fremsendte udskrivningsrapport
	Hospital	Egen læge	Fremgår af tidligere fremsendte udskrivningsepikrise

Tabel 2 Hospitalet forlænger behandlingsansvaret ud over 72 timer

	Fra	Til	Aktivitet/MedCom standard
Ved forlængelse af behandlingsansvar ud over 72 timer	Hospital	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse. Her skal nyt tidspunkt for ophør af hospitalets behandlingsansvar tydeligt fremgå
	Hospital	Egen læge	Korrespondancemeddelelse. Her skal nyt tidspunkt for ophør af hospitalets behandlingsansvar tydeligt fremgå
Under forlænget behandlingsansvar ud over 72 timer	Hospital	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l.
	Hospital	Egen læge	Ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en korrespondancemeddelelse
Afslutning af forlænget behandlingsansvar 72 timer	Hospital	Kommune	Fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse
	Hospital	Egen læge	Fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse

4. Digitalt overblik

Patientoverblik på hospitalerne

Hospitalsafdelingerne har til enhver tid overblik over de borgere, der er udskrevet med behandlingsansvar 72 timer i SP. Der dannes automatisk overbliksbillede i SP til de enkelte hospitalsafsnit, og der er taget højde for, at behandlingsansvaret kan udvides ud over 72 timer, eller det kan ophøre tidligere ved indlæggelse eller, hvis borgeren dør.

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

Patientoverblik i kommunerne

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

5. Øvrige forhold

5.1 Videreførelse af aftalen

Det har hidtil været arbejdsgruppen, der har udformet aftalen, der har haft ansvaret for at følge implementeringen frem mod udgangen af 2022 og udarbejde en version 2.0 af aftalen. Aftalen er nu i drift på hospitaler og i kommuner. Fra 2023 vil aftalen blive fulgt på regionalt niveau med deltagelse af hospitaler, kommuner og almen praksis. Dette sker i en tværsektoriel projektstyringsgruppe. Den tværsektorielle projektstyringsgruppe rapporterer til Tværsektoriel strategisk styringsgruppe. Den lokale drift af aftalen skal følges i sundhedsklyngerne for at understøtte lokalt ejerskab og videndeling på tværs.

5.2 Ikrafttræden

Aftalen, dvs. version 2.0, træder i kraft den 1. januar 2023.

Hvert hospital har konkret beskrevet, hvordan organiseringen af 72 timers behandlingsansvar løftes bedst i samarbejde mellem hospitalets læger og sygeplejersker, og hvordan patienter og deres eventuelle pårørende informeres. Alle hospitaler har udarbejdet en skriftlig plan for ordningen hos dem.

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

Bilag 1 - Arbejdsgruppens sammensætning

Formandskab

Birgitte Rav Degenkolv, hospitalsdirektør, Amager og Hvidovre Hospital

Brugerrepræsentanter

Kai Nørrung, brugerrepræsentant, Region Hovedstaden

Bente Clausen, brugerrepræsentant, Region Hovedstaden

Annette Hellmann, brugerrepræsentant, Region Hovedstaden

Kommunale repræsentanter

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune/Stine Mieth-Waldorff, afdelingsleder, Københavns Kommune

Mette Ryle, sundhedschef, Rudersdal Kommune

Hella Obel, afdelingschef, Hillerød Kommune

Kommunerne sekretariatsbetjenes af Nanna Hilm, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat

PLO-H repræsentant

Annette Randløv, praktiserende læge, PLO-Hovedstaden

PLO-H sekretariatsbetjenes af Astrid Marianne Hjortø, PLO-H

Regionale repræsentanter

Lotte Usinger, cheflæge, Herlev og Gentofte Hospital

Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital

Jesper Juul Larsen, cheflæge, Nordsjællands Hospital

Marie-Louise Saxosen, projektleder og konsulent, Nordsjællands Hospital

Oli Jacob Dalsgard, afsnitsansvarlig overlæge, Amager og Hvidovre Hospital

Louise Søndergaard Ritzau, sektionsleder, Amager og Hvidovre Hospital

Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet

Jesper Erdal, cheflæge, Rigshospitalet

Diana Utech Kaiser, cheflæge, Bornholms Hospital

Jens Rasmussen, cheflæge, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Eckart Pressel, cheflæge, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Berit Juhl Schau, Enhedschef, Akuttelefonen 1813

Sekretariat

Malene Cecilie Jacobsen, specialkonsulent, Region Hovedstaden

Pernille Faurschou, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Herudover indgår Center for IT og Medicoteknologi, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed i Sundhedsvæsenet, Enhed for Hospitalsplanlægning, Enhed for Praksisaftaler samt jurister i Center for Sundhed i regi af Region Hovedstaden i arbejdet med aftalen.

Bilag 2 - Monitorering og evaluering

I 2022 har aftalen været monitoreret tæt for at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet om 72 timers behandlingsansvar. Monitoreringen fortsætter i 2023, hvor der vil være fokus på at opsamle erfaringer, når aftalen er i drift. Desuden foretages en evaluering af de forventede effekter af aftalen. Herefter tages der stilling til den videre opfølgning. Center for Sundhed (CSU) og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) bidrager til monitorering og evaluering af aftalen.

Proces for analyse

Der planlægges to delanalyser, som forelægges i takt med, at data bliver tilgængelige. Første delanalyse forventes at foreligge medio 2023 og vil indeholde data fra monitoreringen i 2022 og data om økonomi og aktivitet. Anden delanalyse forventes at foreligge primo 2024 med data indsamlet i 2023 fx spørgeskema, audit af trin 2 og 3 og interviews.

Monitoreringen vil i 2023 følge procedurer på hospital, i kommuner, på Akuttefonen 1813 og i almen praksis. Fokus vil være på nedenstående data.

Kvantitative data

- Antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar.
- Antal patienter, som får forlænget behandlingsansvar ud over 72 timer.
- Antal patienter, hvor behandlingsansvaret ikke løber i de fulde 72 timer.
- Antal afsendte udskrivningsrapporter, epikriser, korrespondancemeddelelser mv.
- FMK ajourført.
- Genindlæggelser.
- Kontakter indenfor 72 timers behandlingsansvar fx telefonopkald.

Øvrig kvantitative data

Der planlægges endvidere gennemført spørgeskemaundersøgelser med sundhedsprofessionelle på hospitaler, i kommuner og almen praksis. Disse data skal belyse erfaringer med aftalen på tværs af aktører, barrierer for anvendelse, forbedringspotentialer samt kvalitet og sikkerhed i behandlingen.

I evalueringen vil desuden indgå kvantitative monitoreringsdata samt data om forbruget af kommunal sygepleje før og efter indlæggelse for borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar. Der tages forbehold for om de kommunale data kommer i en form, der kan bruges til analysen.

Kvalitative data

Som supplement til kvantitative data planlægges der gennemført tværsektorielle audits og gennemgang af utilsigtede hændelser. Derudover kan der gennemføres interviews med patienter og/eller pårørende og sundhedsprofessionelle fra 1813, og eventuelt gentagelse af interviews med sundhedsprofessionelle på hospital, i kommuner og almen praksis. Disse data skal belyse anvendelse af aftalen i drift samt kvalitet og sikkerhed i behandlingen som følge af aftalen. Gennemførelsen af interviews og de eksakte grupper, der skal interviewes, skal fastlægges. Endvidere vil både de kvantitative og kvalitative monitoreringsdata, der er indsamlet i 2022 og som

forventes indsamlet i primo 2023, også indgå i den samlede analyse. Det drejer sig fx om interviews med sundhedsprofessionelle på hospitaler, kommuner og almen praksis samt registreringsdata om indhold i henvendelser til hospitalerne.

Bilag 3 – Cases

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

Borgercase 1

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

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

Borgercase 2

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

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

Borgercase 3

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

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

Borgercase 4

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

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

Der udføres TOBS eller ABCDE, hvorefter kommunen kontakter den udskrivende hospitalsafdeling. Den behandlingsansvarlige læge i den udskrivende afdeling tager stilling til, om

der skal præciseres en behandlingsplan og/eller om der er behov for at konferere med en læge fra et andet speciale/almen praksis/patientansvarlig læge (PAL).

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

Borgercase 5

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

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

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

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