



Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse

30. januar 2023 – version 1



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

INDHOLD

1 Indledning	3
1.1 Formål	3
1.2 Modellens parter.....	4
1.3 Målgruppe	4
1.4 Tidsplan for implementering.....	4
1.5 Forventet volumen.....	4
2 Organisering af arbejdet.....	6
2.1 Regional organisering	6
2.2 Samarbejde med kommunerne.....	6
2.3 Samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO).....	7
3 Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar	8
3.1 Lægefagligt behandlingsansvar	8
3.2 Udskrivning af patienten.....	8
3.3 Digitalt overblik over patienter med udvidet lægefagligt behandlingsansvar	9
3.4 Kontakt til udskrivende afdeling via central telefonvisitation	9
3.4.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på indlæggelse	9
3.4.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand	10
3.5 Forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar udover 72 timer	10
3.6 Afslutning af lægefagligt behandlingsansvar	11
4 Afprøvning af modellen	13
5 Monitorering og videreudvikling af modellen	14
5.1 Dataindsamling ifm. afprøvning af modellen	14
5.2 Dataindsamling ifm. implementering og drift.....	14
Bilag 1: Eksempler på patientcases	16
Bilag 2: Definitioner	18
Bilag 3: Organisering af arbejdet.....	19

1 Indledning

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

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

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

Budgetaftale 2023 understøtter arbejdet med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, og modellen forventes derfor implementeret fuldt ud i løbet af 2023.

1.1 Formål

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

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

Modellen forventes at kunne bidrage til at:

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

Bilag 1 præsenterer eksempler på patientcases, hvor hospitalets 72 timers udvidede lægefaglige behandlingsansvar forventes at kunne øge sammenhæng og kvalitet i patientforløb på tværs af sektorer, mens bilag 2 præsenterer definitionen af modellens centrale begreber.

1.2 Modellens parter

Modellen omfatter begge Region Nordjyllands somatiske hospitaler (Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland) og er et tilbud til alle 11 nordjyske kommuner samt praktiserende læger og lægevagt.

1.3 Målgruppe

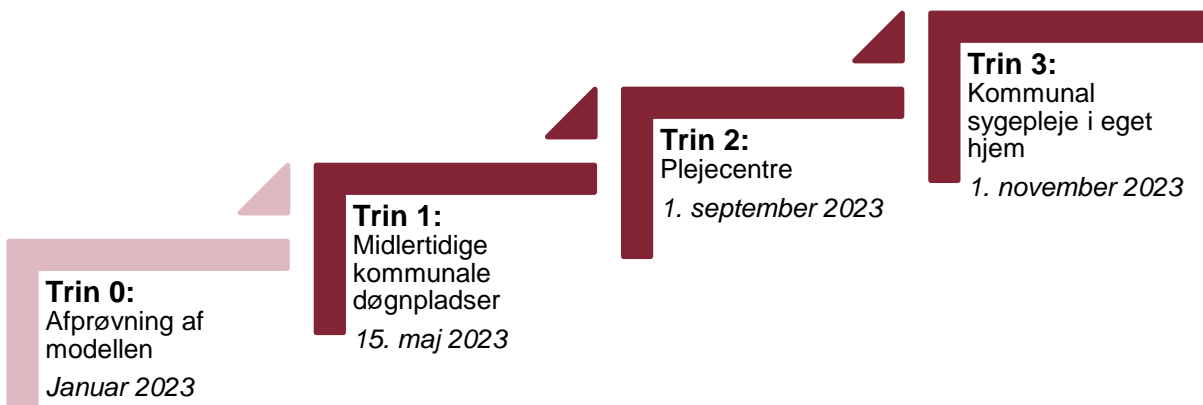
Målgruppen er patienter med bopæl i Region Nordjylland, som er færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives fra somatisk hospital til kommunal sygepleje på midlertidige kommunale døgnpladser, plejecentre eller i eget hjem.

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

1.4 Tidsplan for implementering

Implementeringen af modellen forventes at ske trinvist på midlertidige kommunale døgnpladser, plejecentre og afslutningsvist ved kommunal sygepleje i eget hjem. Tilsvarende forventes en trinvis kommunal implementering i takt med, at de enkelte kommuner har sikret de nødvendige kompetencer hos de relevante medarbejdere, som beskrevet i afsnit 2.2. Planlægningen af implementeringen pågår, og der kan derfor ske justeringer af implementeringstrinene samt datoerne for de enkelte trin mv. Implementeringsplanen præciseres løbende. Forud for implementering sker en afprøvning af modellen på udvalgte afdelinger og kommuner.

Jævnfør Budgetaftale 2023 forventes modellen fuldt implementeret i løbet af 2023.



Figur 1: Figuren beskriver det indledende trin for afprøvning og de forventede tre implementeringstrin samt tidspunkter herfor.

1.5 Forventet volumen

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

Data fra Region Hovedstaden viser, at der i oktober måned, da modellen var indført på midlertidige døgnpladser, plejecentre og ved kommunal sygepleje i eget hjem, blev udskrevet 2.269 personer med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar i regionen.

Data fra Region Hovedstaden viser blandt andet, at over halvdelen af opkaldene omhandler medicin, herunder primært recepter, at cirka 1/3 af opkaldene omhandler præcisering af behandlingsplanen, og at de resterende opkald omhandler forværring i patientens tilstand.

Dette kan derfor pege i retning af, at en væsentlig del af opkaldene til hospitalet er begrundet i en ufyldstgørende medicingennemgang forud for udskrivelse. Et væsentligt aspekt i at forebygge opkald efter udskrivelse kan derfor være en øget opmærksomhed på at sikre korrekt medicingennemgang, herunder relevante recepter, godkendelse af medicin mv.

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

Det er generelt erfaringen i Region Hovedstaden, at antallet af opkald er inden for et håndterbart niveau. Eksempelvis viser data fra trin to, som omfatter midlertidige kommunale døgnpladser og plejehjem, at den centrale telefonvisitation på Amager og Hvidovre Hospital i gennemsnit modtog 3 opkald om dagen. I den forbindelse er et væsentligt perspektiv, at Amager og Hvidovre Hospitals optageområde i store træk er svarende til antallet af indbyggere i Region Nordjylland.

Erfaringerne viser herudover, at der ved central visitation af opkaldene sikres, at øvrige hospitalsafdelinger i store træk kan undgå opkald, der mere hensigtsmæssigt rettes til udskrivende afdeling. De nordjyske hospitalsafdelinger modtager allerede på nuværende tidspunkt opkald fra patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle i forlængelse af udskrivninger fra hospitalet, og en central telefonvisitation har derfor potentiale til at nedbringe antallet af fejlplacerede opkald samt opkald, hvor der ikke foreligger de nødvendige observationer for at kunne vurdere patienten ved behov.

I forlængelse af ovenstående er det relevant at gøre opmærksom på, at der for nuværende ikke findes et datagrundlag, der kan anvendes for at estimere det forventede volumen af henvendelser og deraf det forventede ressourcetræk i forhold til at håndtere henvendelserne i Region Nordjylland.

2 Organisering af arbejdet

Følgende afsnit 2.1 beskriver den regionale organisering af arbejdet, mens afsnit 2.2 beskriver samarbejdet med de nordjyske kommuner og afsnit 2.3 samarbejdet med Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

2.1 Regional organisering

Implementeringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er et regional tilbud til kommunerne samt almen praksis/lægevagt. I regionalt regi fungerer Sundhedsfagligt Forum som styregruppe for arbejdet omkring udviklingen og implementeringen af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Hertil er nedsat en implementerings-/følgegruppe med regionale og kommunale repræsentanter på direktør-/chefniveau samt en regional arbejdsgruppe, der driver de planlægningsmæssige opgaver i relation til at udvikle og implementere modellen.

Fra Sundhedsplanlægning er tilknyttet to projektledere, der i samarbejde med arbejdsgruppen sikrer de overordnede rammer for modellen, mens der på hospitalerne er tilknyttet to lokale projektledere udlånt af Sundhedsplanlægning, som i tæt samarbejde med hospitalerne er ansvarlige for at sikre den lokale fremdrift og implementering af modellen på hospitalerne.

I forbindelse med implementeringen af modellen er der udpeget lokale implementeringsambassadører på de enkelte afdelinger, som bistår de lokale projektledere i opstarts-, implementerings- og opfølgingsfasen. Ambassadørerne fungerer som ressourceperson og kontaktpunkt, hvis der opstår spørgsmål til modellen blandt medarbejderne eller behov for kontakt til projektleder.

Nærmere beskrivelse af den regionale organisering af arbejdet findes i bilag 3.

2.2 Samarbejde med kommunerne

En forudsætning for en vellykket implementering af modellen er et tæt samarbejde mellem hospitaler og kommuner. Det er derfor aftalt med kommunerne, at klyngeudpegede repræsentanter indgår i implementeringsgruppen, ligesom der forventes at blive afholdt bilaterale møder mellem hospitalerne og den enkelte kommune med henblik på at sikre optimal lokal implementering. De kommunale klyngerepræsentanter vil have en central funktion i forhold til at repræsentere de øvrige kommuner i den respektive klynge. Herudover forventes behov for at udpege en repræsentant fra hver kommune, der kan indgå i samarbejdet om implementering og drift i den enkelte kommune.

En forudsætning for at hospitalerne kan udskrive patienter med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar er, at kommunerne er i besiddelse af de relevante kompetencer til at gå i dialog med den udskrivende afdeling, hvis behovet opstår. Den kommunale sundhedsprofessionelle, hvilket forstås som en autoriseret sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, skal derfor kunne kommunikere sikkert om patientens helbredstilstand og behandling ud fra dialogværktøjet ISBAR¹. Herudover er en forudsætning, at den kommunale medarbejder har kompetencer til at indsamle de nødvendige data om patienten.

Det vil sige, at medarbejderen forud for kontakt til hospitalet forventes at have orienteret sig i udskrivningsdokumenterne og målt vitale værdier (blodtryk, puls, respirationsfrekvens, saturation og

¹ Definition af ISBAR, Visual Analog Scale (VAS) mv. findes i bilag 2.

temperatur samt blodsukker ved diabetes), vurderet eventuelle smerter vha. Visual Analog Scale (VAS) samt observeret hud og almentilstand generelt, såfremt patientens helbredstilstand skal drøftes. Efter indsamling af de relevante data kontaktes en central visitation mhp. viderestilling til udskrivende afdeling.

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

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

2.3 Samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

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

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

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

Egen læge kan ved behov kontaktes med forespørgsel om at være behjælpelige med konkrete handlinger i forhold til at håndtere patientens problemstilling.

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

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

3

Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

I følgende afsnit 3.1 defineres 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, hvorefter afsnit 3.2-3.6 beskriver arbejdsgangen fra udskrivning af patienten fra hospitalet og frem til afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar. Afslutningsvist præsenteres en tabel, der udgør et overblik over hospitalets kommunikation til de relevante parter.

3.1 Lægefagligt behandlingsansvar

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

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

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

3.2 Udskrivning af patienten

Patienter omfattet af målgruppen udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Relevante tværsektorielle samarbejdspartnere, herunder kommune, praktiserende læge samt patient og eventuelle pårørende, informeres herom. Kommunikationen foregår via de gældende arbejdsgange og aftaler. Planlægningen af udskrivelsen sker som vanligt i samarbejde med kommunale visitatorer. For at sikre korrekt registrering anføres de nationale start- og slutmarkører for behandling udenfor hjemmet.

Kommunikation til kommune

Sygeplejersken på den udskrivende afdeling informerer kommunen via MedCom Standard/udskrivningsadvis om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Tidspunktet for afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar samt telefonnummer, hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes, anføres.

Kommunikation til praktiserende læge

Hospitalslægen anfører tydeligt i epikrisen til praktiserende læge, at patienten udskrives med 72 timers lægefagligt behandlingsansvar, tidspunktet for afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar samt telefonnummer, hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes. Hospitalslægen

sikrer, at epikrisen og behandlingsplanen er dikteret ved udskrivelse, samt at FMK er ajourført og relevante recepter er udstedt. Sekretæren sikrer, at epikrisen er skrevet og klar ved udskrivelse.

Kommunikation til patient og pårørende

Patienten og eventuelle pårørende informeres om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, samt hvornår behandlingsansvaret afsluttes. Sygeplejersken udleverer en kopi af epikrisen til patienten.

3.3 Digitalt overblik over patienter med udvidet lægefagligt behandlingsansvar

Hospitalsafdelingerne skal til enhver tid have et aktuelt overblik over hvilke patienter, der er udskrevet med 72 timers udvidet lægefaglige behandlingsansvar. For nuværende er udarbejdet et automatisk genereret overbliksbillede i Cetrea. Overblikket kan tilgås på hver enkelt afdeling enten via PC eller app og viser oplysninger om alle patienter, der bliver udskrevet fra afdelingen. Patienten forsvinder automatisk fra overblikket efter 72 timer eller ved patientens død.

Der arbejdes aktuelt på afklaring i forhold til en løsning med et automatisk opdateret overbliksbillede i Columna (NordEPJ). Her forventes at blive taget højde for, at det lægefaglige behandlingsansvar kan udvides udover 72 timer.

3.4 Kontakt til udskrivende afdeling via central telefonvisitation

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

Kontakten til hospitalet forventes at ske gennem en central visitationstelefon, hvorfra opkald videregives til udskrivende afdeling. Der kan enten blive tale om en central visitation på henholdsvis Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland eller en central visitation dækkende for begge hospitaler. Dette er under afklaring.

3.4.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på indlæggelse

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

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

Henvendelser til udskrivende afdeling følges op med nedenstående kommunikation.

Kommunikation til kommune

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

Kommunikation til praktiserende læge

Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende sendes ambulante epikrise til praktiserende læge.

Kommunikation til patient og pårørende

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

3.4.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand

Ved akutte, livstruende tilstande kontaktes 1-1-2.

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

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

Videoforbindelse kan etableres via appen *VideoSamtale* eller på PC via videosamtale.rn.dk, hvorigennem det er muligt at koble flere parter til videoforbindelsen. Der bør være opmærksomhed på, at vurdering via videoforbindelse stiller særlige krav til hospitalslægen, og det er således op til hospitalslægen at vurdere, hvorvidt det er lægefagligt tilfredsstillende at benytte løsningen.

Ved akut behov for fysisk tilsyn kan dette ske som:

- subakut tid i specialets ambulatorium eller anden ambulante enhed
- rekvirering af paramedicinerordning til tilsyn i eget hjem
- vurdering i Akutmodtagelsen (foretages af stamafdeling). Afdelingen bestiller eventuel transport via AMK og melder patienten til Akutmodtagelsen
- genindlæggelse på afdeling.

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

3.5 Forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar udover 72 timer

Hvis hospitalslægen vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 72 timer.

Kommunikation til kommunen

Kommunen informeres telefonisk om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges. Herudover fremsendes en korrespondancemeddelelse, hvor det nye tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar tydeligt angives.

Kommunikation til praktiserende læge

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

Kommunikation til patient og pårørende

Kommunen informerer patienten og eventuelle pårørende om forlængelsen af det lægefaglige behandlingsansvar, samt hvornår behandlingsansvaret afsluttes og overgår til patientens praktiserende læge. Hvis forlængelsen sker i forbindelse med vurdering på hospital, informerer hospitalet om forlængelsen. Forlængelsen dokumenteres i patientjournalen.

3.6 Afslutning af lægefagligt behandlingsansvar

Ved afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar sker der ikke yderligere kommunikation. Patienten overgår således uden videre til praktiserende læge. Kommunen samt praktiserende læge er ved opstart af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar informerede om tidspunktet for afslutning af hospitalets lægefaglige behandlingsansvar. Ved forlængelse af det lægefaglige behandlingsansvar informeres om det nye tidspunkt for, hvornår behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge.

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

	Til	Aktivitet
Ved udskrivelse	Kommune	MedCom Standard/udskrivningsadvis sendes med information om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, tidspunkt for afslutning af behandlingsansvar samt telefonnummer, hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.
	Praktiserende læge	Epikrise sendes med information om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, tidspunkt for afslutning af behandlingsansvar samt telefonnummer, hvorigennem udskrivende afdeling kan kontaktes.
	Patient/pårørende	Der informeres om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt og tidspunkt for afslutning af behandlingsansvaret.
Under 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar	Kommune	Ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. aftales telefonisk med kommunen, og korrespondancemeddelelse sendes. Ved medicinændringer opdateres FMK. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejdsgange.
	Praktiserende læge	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. sendes ambulant epikrise. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejdsgange.
	Patient/pårørende	Relevant information videregives af henvendende kommunale sundhedsprofessionel/praktiserende læge. Ved vurdering på hospital/indlæggelse/tilsyn sker kommunikation via almindelige arbejdsgange.
Ved forlængelse af lægefagligt behandlingsansvar	Kommune	Der orienteres telefonisk og via korrespondancemeddelelse om forlængelsen. Det nye tidspunkt for afslutning anføres.
	Praktiserende læge	Der orienteres via ambulant epikrise om forlængelsen samt tydeligt anført nyt tidspunkt for afslutning af lægefagligt behandlingsansvar.
	Patient/pårørende	Kommune orienterer om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges samt hvornår behandlingsansvaret afsluttes. Hvis forlængelsen sker ifm. vurdering på hospital, informerer hospitalet.
Ved afslutning af lægefagligt behandlingsansvar	Kommune	Der sker ikke yderligere kommunikation. Tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar fremgår af kommunikationen ved udskrivelse eller eventuel forlængelse.
	Praktiserende læge	Der sker ikke yderligere kommunikation. Tidspunkt for afslutning af det lægefaglige behandlingsansvar fremgår af kommunikationen ved udskrivelse eller eventuel forlængelse.
	Patient/pårørende	Der gives ikke yderligere information.

4 Afprøvning af modellen

I forbindelse med udviklingen af modellen har regionen erfaringsudvekslet med Region Hovedstaden, som i perioden februar-september 2022 har implementeret 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Dette arbejde danner således fundament for udviklingen og implementeringen af den nordjyske model. Med afsæt heri og som led i udviklingen af en nordjysk model er der iværksat en afprøvning af modellen på udvalgte afdelinger på Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland med det formål at få lokale erfaringer, der kan inddrages forud for videre implementering af modellen.

På Aalborg Universitetshospital afprøves modellen indledningsvist på Gastroenterologisk Afdeling og Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling i samarbejde med Akuttilbud Aalborg og de midlertidige pladser Aneshave i Aalborg Kommune. På hospitalsafdelingerne fungerer cheflæger og chefsygeplejersker som lokale tovholdere på afprøvningen. Opkaldene fra de kommunale tilbud rettes til afdelingernes koordinatortelefon og vagtstuen, hvorfra en koordinerende sygeplejerske modtager opkaldene. Medicinsk bagvagt er lægefagligt behandlingsansvarlig ved opkald.

På Regionshospital Nordjylland afprøves modellen på Medicinsk Afdeling i samarbejde med de midlertidige pladser på Kastaniegården i Frederikshavn Kommune. Afdelingens specialansvarlige overlæger, afsnitsledende sygeplejersker og ledende lægesekretær agerer lokale tovholdere. Opkaldene fra Kastaniegården rettes til en central enhed i Akutmodtagelsen, hvorfra en lægesekretær håndterer opkaldene. Medicinsk bagvagt er lægefagligt behandlingsansvarlig ved opkald.

Afprøvningen af modellen opstartes i januar 2023 og forventes at overgå til drift ultimo februar. I denne periode er fokus på at indsamle erfaringer samt at justere modellen, inden videre implementering på øvrige hospitalsafdelinger og i kommunerne.

5 Monitorering og videreudvikling af modellen

Der indsamles løbende data vedrørende modellen med henblik på at skabe grundlag for afrapportering, videreudvikling og evaluering. Der forventes løbende at blive fulgt op på driften af modellen, og modellen forventes således at blive udviklet og præciseret i takt med, at der opnås erfaringer med denne i praksis.

Følgende præsenterer data, der indsamles i forbindelse med henholdsvis afprøvning og implementering af modellen.

5.1 Dataindsamling ifm. afprøvning af modellen

Følgende data indsamles i forbindelse med afprøvningen af modellen. Dataindsamlingen forventes at ske håndholdt eller via et elektronisk spørgeskema.

- Udskrivende afdeling
- Dato og klokkeslæt for opkald
- Udskrivningsdato
- Hvor ringes der fra? (Konkret midlertidig plads, plejehjem, sygepleje i eget hjem)
- Om henvendelsen er af sygeplejefaglig eller lægefaglig karakter
- Om opkaldet blev omstillet til relevant part
- Opkald vedr. medicin registres i følgende kategorier:
 - Mangler recept NY medicin
 - Mangler recept VANLIG medicin
 - Fejl vedr. FMK-ajourføring
 - Fejl i ordination
 - Fejl i medgivet medicin
 - Mangler medicin
 - Spørgsmål til ordinationer
 - Andet vedr. medicin
- Øvrige relevante bemærkninger, fx henvendelsesårsag

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

5.2 Dataindsamling ifm. implementering og drift

Der forventes at kunne sikres elektronisk dataindsamling i forbindelse med implementeringen af modellen, hvor der for nuværende stiles efter indsamling af følgende data. Foruden disse overvejes i et vist omfang at indsamle tilsvarende data som i forbindelse med afprøvningen af modellen.

- Antal patienter med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar fordelt på hospital, afdeling, afsnit og bopælskommune
- Antal korrespondancemeddelelser afsendt til kommunen
- Antal ambulante epikriser sendt til almen praksis efter udskrivelse i perioden for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar
- Antal vurderinger i akutmodtagelse
- Antal subakutte vurderinger i specialet (fysisk og virtuelt)

- Antal tilsyn gennemført som hjemmebesøg
- Antal genindlæggelser
- Antal patienter hvor behandlingsansvaret udvides udover 72 timer.

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

Fokus for dette kunne eksempelvis være oplevelsen af:

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

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

Yderligere pågår et forskningsspor, hvor mulighederne på at bedrive forskning i modellen undersøges.

Bilag 1: Eksempler på patientcases

Case 1

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

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

Case 2

En mand udskrives til det plejecenter, hvor han bor, efter indlæggelse med hjerte problemer. Efter udskrivelsen får manden symptomer på dehydrering. Sygeplejersken på plejecentret måler de relevante værdier, foretager observationer og ringer til den udskrivende afdeling. I samtalen afklares det, om manden skal tilses, eventuelt via videoopkald til hospitalet.

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

Case 3

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

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

Case 4

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

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

De relevante værdier og observationer indsamles, hvorefter kommunen kontakter den udskrivende hospitalsafdeling. Den behandlingsansvarlige læge i den udskrivende afdeling tager stilling til, om der skal præciseres en behandlingsplan og/eller om der er behov for at konferere med en læge fra et andet speciale/patientansvarlig læge.

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

Case 5

En kvinde på 71 år udskrives fra hospitalet til akutplejeophold i kommunen med kræft i halsregionen. Patienten har blandt andet stort behov for sugning af øvre luftveje for at kunne holde frie luftveje, hvorfor patienten ikke kan udskrives til eget hjem. Patienten er svækket og har et komplekst sygdomsbillede med tryksår og ernæring via sonde grundet cancer og undervægt, og derudover er hun smerteforpinet. Der er ikke taget stilling til den videre behandling.

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

Bilag 2: Definitioner

Blodsukker

Koncentrationen af sukker i blodet målt i mmol/l.

FMK (Fælles Medicinkort)

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

ISBAR

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

Kommunale sundhedsprofessionelle

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

Lægefagligt færdigbehandlet

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

Respirationsfrekvens

Antal vejrtrækninger/minut.

Saturation

Iltmætning i blodet angivet i procent.

VAS (Visual Analog Skala)

Redskab til at vurdere smerteintensitet samt ændringer i denne. Patienten adspørges, hvor vedkommende har ondt, hvordan smerterne føles og hvor ondt det gør på en skala fra 0-10 (0 = ingen smerter, 9-10 uudholdelige smerter). Herudover adspørges, om eventuelt tidligere smertestillende hjælper, og det vurderes, om der er psykiske eller eksistentielle faktorer, der kan have indflydelse på smerterne, fx angst/depression.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

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

Bilag 3: Organisering af arbejdet

Styregruppen

Styregruppen udgøres af Sundhedsfagligt Forum, som træffer større regionale beslutninger vedrørende udviklingen og implementeringen af modellen, som ikke kan løftes i arbejdsgruppen eller implementeringsgruppen. Styregruppen orienteres således løbende om status på arbejdet med henblik på at understøtte udviklingen og implementeringen af modellen jævnfør Budgetaftale 2023.

Implementeringsgruppen

Implementeringsgruppen understøtter det arbejde, der sker i regi af arbejdsgruppen, og sikrer fremdrift i opgaveløsningen. Implementeringsgruppen har medlemmer på højt ledelsesniveau, som har mulighed for at sikre, at beslutninger truffet i implementeringsgruppen og Sundhedsfagligt Forum får de nødvendige ressourcer, og at der følges op i egne organisationer.

Implementeringsgruppen består af følgende medlemmer:

- Lægefaglig direktør Søren Hjortshøj, Regionshospital Nordjylland, pr. 1/2-23 Aalborg Universitetshospital (*formand*)
- Lægefaglig direktør Tina Gram Larsen, Psykiatrien
- IT-direktør Klaus Larsen, Digitalisering og IT
- Chef for Det Nære Sundhedsvæsen Jan Nybo, Aalborg Universitetshospital
- Chef for Det Nære Sundhedsvæsen Pia Hæstrup, Regionshospital Nordjylland
- Forløbschef Lis Bjerregaard Riahi, Aalborg Universitetshospital
- Chef for Diagnostisk Afdeling Tina Futtrup, Regionshospital Nordjylland
- Kontorchef Jacob Bertramsen, Sundhedsplanlægning
- Klinikchef Lars Maagaard, Aalborg Universitetshospital
- Ledende overlæge Mette Esbjørn, Aalborg Universitetshospital
- Ledende overlæge Jørn Munkhof Møller, Aalborg Universitetshospital
- Ledende overlæge Kirsten Lau Baggesen, Regionshospital Nordjylland
- Ledende overlæge Marc Ludwig, Regionshospital Nordjylland
- Afsnitsledende sygeplejerske Rikke Skuldbøl Nielsen, Aalborg Universitetshospital
- Afsnitsledende sygeplejerske Rikke Ferring, Aalborg Universitetshospital
- Forskningschef, Egon Steen Toft, Aalborg Universitetshospital
- Repræsentant for almen praksis Morten Ohrt, Nord-KAP
- Områdeleder Lone Saaby, Thisted Kommune
- Ældre- og sundhedschef, Carsten Møller Beck, Aalborg Kommune
- Distriktsleder Gitte Stouby Henriksen, Vesthimmerland Kommune
- Leder af sundhedscentre Trine Holmberg, Frederikshavn Kommune

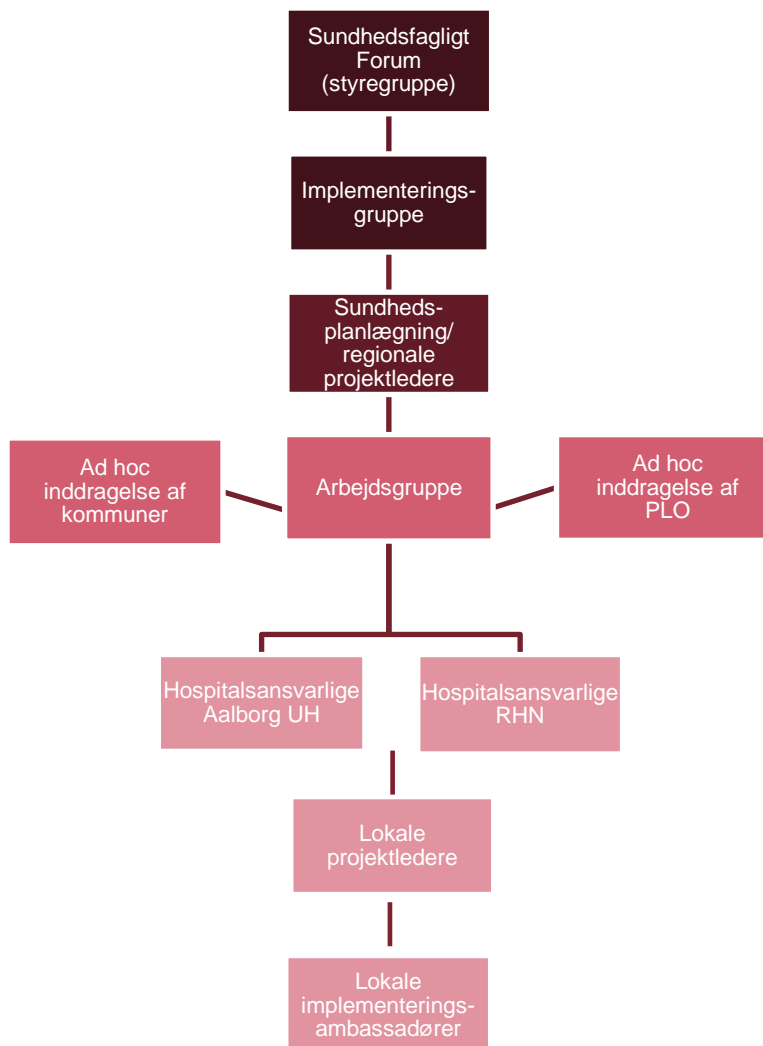
Foruden møder i implementeringsgruppen afholdes bilaterale møder med PLO og de respektive kommuner af hensyn til at sikre tæt inddragelse samt opmærksomhed på kommunale forskelle, der bør indtænkes i forbindelse med implementeringen af modellen.


Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen har til opgave at udvikle en nordjysk model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar, herunder at iværksætte en afprøvning af modellen og skabe de nødvendige regionale rammer i form af samarbejde med de nordjyske kommuner og PLO, fælles IT-løsninger og en fælles kommunikationsindsats mv., samt sikre den bedst mulige implementering af den endelige model.

Arbejdsgruppen består af følgende medlemmer:

- Kontorchef Jacob Bertramsen, Sundhedsplanlægning (*formand*)
- Chef for Det Nære Sundhedsvæsen Jan Nybo, Aalborg Universitetshospital
- Chef for Det Nære Sundhedsvæsen Pia Hæstrup, Regionshospital Nordjylland
- Forløbschef Lis Bjerregaard Riahi, Aalborg Universitetshospital
- Chef for Diagnostisk Afdeling Tina Futtrup, Regionshospital Nordjylland
- Specialkonsulent Christina Berg Gade, Aalborg Universitetshospital
- Tværsektoriel konsulent Asbjørn Fynbo Toftelund, Regionshospital Nordjylland
- IT-arkitekt Lilly Purkær, Digitalisering og IT
- Kommunikationskonsulent Katrine Mørk, Mennesker og Organisation
- Kommunikationsrådgiver Camilla Christiansen, Mennesker og Organisation, Aalborg Universitetshospital
- Kommunikationskonsulent Camilla Brandt, Regionshospital Nordjylland
- Chefkonsulent og lokal projektleder Anders Cinicola, Sundhedsplanlægning
- Specialkonsulent og lokal projektleder Maj-Britt Madsen, Sundhedsplanlægning
- Konsulent Jesper Torp Nielsen, Sundhedsplanlægning
- AC-fuldmægtig Bente Bryde Mikkelsen, Sundhedsplanlægning
- Kommunale repræsentanter forventes inddraget løbende i takt med, at der skal ske implementering i de enkelte kommuner.





Model for 72 timers udvidet
lægefagligt behandlingsansvar
efter hospitalsindlæggelse

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
rn.dk



REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder