

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

Delrapport 1



## Titelblad

**Copyright:**

©Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Alle rettigheder forbeholdes  
ISBN 978-87-93775-29-9

**Forfattere:**

Denne evalueringsrapport er udarbejdet af videnskabelig medarbejder Ann-Sofie Nicole Berthelsen, postdoc Elise Harder, seniorforsker Julie Grew og sektionschef Michaela Louise Schiøtz, Sektion for Tværsektoriel Forskning, for Center for Sundhed, Region Hovedstaden.

**Forsidebillede:**

RegionH Design

**Udgiver:**

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Sektion for Tværsektoriel Forskning  
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital  
Region Hovedstaden, 2023  
[www.tferegionh.dk](http://www.tferegionh.dk)

**Publikationen citeres således:**

Evaluering af 72 timers udvidet behandlingsansvar i Region Hovedstaden - Delrapport 1, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg, Region Hovedstaden; 2023

# Indhold

<b>1. Forord</b>	<b>4</b>
<b>2. Sammenfatning og anbefalinger</b>	<b>6</b>
<b>3. Aftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar</b>	<b>9</b>
<b>4. Formål</b>	<b>10</b>
<b>5. Design og metode</b>	<b>10</b>
<b>6. Resultater</b>	<b>15</b>
6.1 Modtagelse af aftalen og målgruppe	15
<i>Modtagelse på tværs af sektorer</i>	15
<i>Beskrivelse af borgere omfattet af aftalen</i>	16
<i>Udvikling i antal borgere omfattet af aftalen</i>	16
6.2 Medført aktivitet og ydelsestræk på tværs af sektorer	21
<i>Kommunale analyseresultater på forbrug af kommunal sygepleje</i>	21
<i>Regionale analyseresultater på aktivitet og ydelsestræk</i>	24
<i>Medført aktivitet og ydelsestræk i almen praksis</i>	33
6.3 Anvendelse af aftalen	34
<i>Identifikation af målgruppe</i>	34
<i>Fremsendte udskrivningsrapporter og angivelse af 72 timers behandlingsansvar</i>	34
<i>Anvendelse og besvarelse af opkald til hospitalet</i>	36
<i>Eftersendelse af korrespondancemeddelelser</i>	39
<i>Opsummering af incitamenter og barrierer for at anvende aftalen</i>	40
6.4 Tværsektorielt samarbejde	41
<i>Kvalitet af tværsektoriel dokumentation</i>	41
<i>Kommunikation, tillid og kendskab på tværs af sektorer</i>	43
<i>Forpligtende behandlingsansvar og fralæggelse af ansvar</i>	44
<i>Rollefordeling og inddragelse af almen praksis</i>	45
6.5 Betydning for patientforløb	47
<i>Tryghed og patientsikkerhed</i>	47
<i>Kvalitet i behandling og sammenhæng i patientforløb</i>	47
<i>Unødvendige genindlæggelser</i>	48
6.6 Læringspunkter og tilpasning af aftalen om 72 timers behandlingsansvar	48
<i>Opsummering af udfordringer og forbedringspotentiale</i>	48
<i>Fra version 1.0 til 2.0 og det videre arbejde med aftalen</i>	50
<b>7. Konklusion</b>	<b>51</b>
<b>8. Referenceliste</b>	<b>53</b>
<b>Bilag</b>	<b>54</b>

# 1. Forord

I Region Hovedstaden har vi et ønske om at tilbyde den behandling, som giver mest værdi for vores patienter. Vi ønsker, at regionens borgere og patienter oplever et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere kan behandles i eller tættere på deres hjem gennem et samarbejde med regionens kommuner og almen praksis.

Med visionsoplægget 'Alle skal med – Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' af juni 2021 sætter regionen en retning for, hvordan vi selv i regionen kan skabe større nærhed og sammenhæng i patientforløb. Region Hovedstadens hospitaler har derfor udvidet behandlingsansvaret til 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 borgerne oplever gode, sammenhængende behandlingsforløb med en tryk overgang mellem hospitalet og borgerens eget hjem eller ophold på kommunale døgnpladser og plejcentre.

Aftalen om 72 timers udvidet behandlingsansvar trådte i kraft d. 1. februar 2022. Aftalen er blevet monitoreret løbende for at understøtte implementeringen og indsamle erfaringer med henblik på at optimere aftalen. Vi har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hospitaler, kommuner og PLO-H samt borgerrepræsentanter, som har fulgt implementeringen, og arbejdsgruppen har haft ansvar for at følge op på og udvikle aftalen. Det har været altafgørende for arbejdet med 72 timers behandlingsansvar, at der i arbejdsgruppen har været et tæt samarbejde mellem de tre sektorer, hvor der har været rum til at dele synspunkter og erfaringer og dermed mulighed for at justere aftalen undervejs i implementeringen.

Evalueringen og monitoreringen er finansieret af Region Hovedstaden. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået i spidsen for design og udarbejdelse af rapporten i tæt samarbejde med Center for Sundhed og Center for Økonomi i Region Hovedstaden samt arbejdsgruppen.

Det er vores forhåbning, at sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, der arbejder eller skal arbejde med 72 timers behandlingsansvar i praksis, vil få gavn af evalueringens resultater og kan se formålet med det arbejde, der er lagt i implementeringen. Vi håber også, at evalueringens fund kan bidrage til læring på tværs af regioner, kommuner og almen praksis i forbindelse med den videre implementering af 72 timers behandlingsansvar i hele landet.

Med dette forord ønsker vi at takke de 69 sundhedsprofessionelle fra hospitaler, kommunal sygepleje og almen praksis i Region Hovedstaden, som har deltaget i interviews, de medvirkende læger og sygeplejersker fra Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og de midlertidige pladser i Brøndby Kommune og Hillerød Kommune samt de 20 patienter, hvis patientforløb indgik i de tværsektorielle journalaudits. Vi ønsker desuden at takke Københavns Kommune for at bidrage med sparring og opgørelser om forbrug af kommunal sygepleje. Endelig ønsker vi at takke alle Region Hovedstadens hospitaler, den kommunale sygepleje i alle regionens 29 kommuner, og alle almene praksisser i regionen for at tage godt imod aftalen og dermed styrke det tværsektorielle samarbejde om patienter, der udskrives til kommunal sygepleje.

Med venlig hilsen  
Birgitte Rav Degenkov  
Formand for arbejdsgruppen  
Hospitalsdirektør, Amager og Hvidovre Hospital



## 2. Sammenfatning og anbefalinger

For at skabe en tryk overgang mellem hospital og kommune og for at understøtte sammenhængende patientforløb og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle trådte en aftale om et 72 timers udvidet behandlingsansvar i kraft den 1. februar 2022 i Region Hovedstaden (version 1.0). 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 blevet monitoreret løbende for at understøtte implementeringen, og erfaringer er blevet indsamlet med henblik på at optimere aftalen. I denne første delrapport præsenteres de foreløbige resultater fra monitoreringen og evalueringen af aftalens version 1.0.

De foreløbige resultater fra monitoreringen og evalueringen viser, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden er modtaget med stor tilfredshed blandt sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer og bidrager til et forbedret samarbejde omkring de borgere, der har forløb på tværs af hospital og kommune.

Aftalen er implementeret trinvist i løbet af 2022, og der ses en stigning i antal borgere, der er omfattet af aftalen i takt med implementeringen. Antallet af borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar har stabiliseret sig på omkring 2.000 patienter pr. måned. Såfremt dette niveau er stabilt, er det estimeret, at det årlige antal patientforløb omfattet af aftalen vil være ca. 24.000. Resultaterne viser, at der er øget tilgængelighed mellem de sundhedsprofessionelle på tværs af hospital og kommune. De sundhedsprofessionelle i kommunerne oplever øget tryk ved at have et tilgængeligt telefonnummer til hospitalet, og at de overordnet får hurtigere hjælp gennem opkald til hospitalet, hvilket frigiver tid til borgerens behandling. Resultaterne viser, at den kommunale sygepleje oftest ringer med spørgsmål til medicin og præcisering af behandlingsplan, eller fordi en borgers tilstand har ændret sig.

De foreløbige resultater viser yderligere, at for halvdelen af de patientforløb, som har undergået tværsektorielle journalaudits<sup>\*</sup>, har kontakten til hospitalet skabt en forbedret kvalitet i behandlingen og en bedre koordinering og sammenhæng i patientforløbet. Aftalen forventes at være med til at facilitere en ændring af kulturen på hospitalerne, så der fremadrettet kommer mere fokus på tiden efter udskrivelsen. Denne kulturændring afspejles allerede i de foreløbige evalueringresultater, idet flere alment praktiserede læger har oplevet en forbedring af udskrivelsesprocesser som følge af aftalen. De forbedrede udskrivelsesprocesser ses bl.a. i dataudtræk fra Sundhedsplatformen, der viser, at for gennemsnitligt 85 % af alle patienter med 72 timers behandlingsansvar fremsendes en udskrivningsrapport til kommunen. Til sammenligning ses det i datapakken for det nære sundhedsvæsen, som rapporterer tal på regionalt niveau, at der i marts 2023 kun blev sendt udskrivningsrapporter til kommunerne for knapt 45 % af de patienter, som kommunerne burde have modtaget udskrivningsrapporter for. Ydermere tegner de foreløbige data et billede af færre

\* En metode til vurdering, forbedring og udvikling af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering i sundhedsvæsenet (Gerda Blom & Jan Mainz. Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis, Klaringsrapport, 2000).

fysiske fremmøder på hospitalet over 12 timers varighed \*\* for patienter omfattet af aftalen i op til 30 dage efter endt behandlingsansvar.

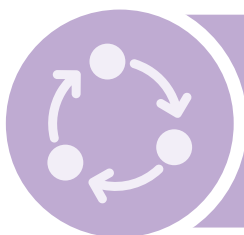
Resultater af den foreløbige evaluering viser dog også, at der kan være udfordringer i forbindelse med aftalen om 72 timers behandlingsansvar, som med fordel kan adresseres i løbet af den videre monitorering og evaluering. I nogle tilfælde oplever de sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje, at opkald kan blive afvist af hospitalet, og ved forsøg på at ringe til den praktiserende læge kan de ligeledes blive afvist inden for de 72 timer. Der er derfor behov for at tydeliggøre, at opkald ikke må afvises af hospitalet og at understøtte handlemuligheder, så behandlingsansvaret ikke bliver sluppet for derved at mindske risikoen for utilsigtede hændelser. Det fremadrettede arbejde bør ydermere have større 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. Derudover er det nødvendigt med et tæt samarbejde mellem hospital og praktiserende læge, da der kan opstå misforståelser i forhold til, hvornår det er relevant at inddrage patientens egen læge inden for 72 timers behandlingsansvar.

Ydermere har aftalen medført et ekstra administrativt arbejde for de sundhedsprofessionelle på hospitalet i forbindelse med udskrivelse og eftersendelse af korrespondancemeddelelser. Dette afspejles i monitoreringsdata, som viser en stigning i antal opkald i takt med øget implementering. Antallet af opkald inden for 72 timers behandlingsansvar fylder dog mindre, end de sundhedsprofessionelle på hospitalet havde forventet. Flere kommuner i Region Hovedstaden har udtrykt bekymring for, om 72 timers behandlingsansvar utilsigtet vil medføre, at borgere udskrives tidligere i deres behandlingsforløb, hvilket kan bidrage til vanskeligere forløb for borgerne og en større kompleksitet i den kommunale opgave. Dataudtræk fra Københavns Kommune viser, at der ikke kan observeres en væsentlig ændring i den visiterede kommunale sygepleje som følge af indførelsen af 72 timers behandlingsansvar, men at der er tale om en generel stigning i den visiterede kommunale sygepleje fra 2019-2023.

Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt kendskab til aftalens eksistens og indhold blandt sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje og på hospitalerne, hvilket har stor betydning for anvendelsen af aftalen. På trods af implementeringsudfordringer er der blandt de sundhedsprofessionelle dog store forhåbninger for aftalens effekter.

Det kræver tid og ressourcer at få implementeret en indsats, og der er fortsat et stort forbedringspotentiale for 72 timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen har på baggrund af de foreløbige indsamlede erfaringer udarbejdet en version 2.0 af aftalen, der trådte i kraft den 1. januar 2023. Monitoreringen og evalueringen af aftalens version 2.0 fortsætter i 2023, hvor der vil være særligt fokus på at evaluere de forventede effekter af aftalen, når denne er i drift. På baggrund af de foreløbige resultater præsenteres følgende anbefalinger til andre, der skal implementere og arbejde med aftalen om 72 timers behandlingsansvar eller lignende indsatser:

\*\* Skellet på 12 timer ved fysisk fremmøde er et nationalt vedtaget tidsinterval og er det, der i praksis benyttes som afgrænsning af ikke-indlagte og indlagte borgere. Derfor er dette skel også anvendt i nærværende rapport. Det vil sige, at kontakttypen 'Fysisk fremmøde over 12 timer' kan indeholde genindlæggelser.



#### **Implementering kræver tid, ressourcer og opfølgning**

Etablering af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hospitaler, kommuner, almen praksis og borgere er altafgørende for at kunne følge implementeringen og evt. justere aftalen undervejs. Alle parter bør høres og involveres i opfølgningen/evalueringen.



#### **Manglende kendskab til aftalen har betydning for den videre udbredelse**

Alle sundhedsprofessionelle, der skal anvende aftalen i praksis, bør modtage introduktion og løbende træning for at sikre kendskab til aftalens eksistens og indhold og dermed anvendelse af aftalen.



#### **IT-understøttelse og registrering er en forudsætning for monitorering og anvendelse**

Det er vigtigt at monitorere implementeringen, og her er det essentielt at have troværdige data gennem korrekt registreringspraksis. Systemunderstøttelse bør vægtes højt for at imødekomme de sundhedsprofessionelles daglige arbejdsgang.



### 3. Aftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar

At skabe mere sammenhængende og velfungerende patientforløb har i flere år været en tematik, som forskellige indsatser har forsøgt at adressere (fx Kommunikationsaftalen [1] og Tværsektoriel Stuegang [2]). Samtidig har tidligere undersøgelser vist, at 42 % af danskerne oplever uklarhed i forhold til, hvem der har ansvaret for deres videre forløb efter en udskrivelse [3], og at et samarbejdende sundhedssystem er helt centralt for borgernes og patienters oplevelse af nærhed [4].

Med visionsoplægget 'Alle skal med – Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' [5] af juni 2021 har regionen besluttet at sætte retning for arbejdet med et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Regionen vil tage ansvar for at sikre bedre overgange mellem hospital, kommune og egen læge, herunder hvordan hospitalerne kan bidrage til, at sundhedsprofessionelle i kommune og praksissektor får de bedste betingelser for at yde 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. Aftalen omfatter alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden og er et tilbud om et styrket samarbejde med alle kommuner og praktiserende læger i Region Hovedstaden.

Formålet med aftalen er at sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere, der har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse gennem et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

Arbejdsgangen i forbindelse med aftalen kan forklares som følger: Blandt patienter indlagt i mindst 24 timer, afgør sundhedsprofessionelle på hospitalet, om patienten har behov for kommunal sygepleje og dermed skal omfattes af aftalen ved udskrivelse, eller om patienten i forvejen modtager sygepleje og dermed ligeledes omfattes af aftalen. I de elektroniske udskrivelsespapirer angiver sundhedsprofessionelle på hospitalet et telefonnummer, som sundhedsprofessionelle i kommunen kan ringe til, og markerer, hvornår behandlingsansvaret udløber og overdrages til almen praksis. Ved behov for lægefaglig rådgivning eller vejledning kan sundhedsprofessionelle i kommunen herefter ringe til den afdeling, der har udskrevet borgeren i op til 72 timer efter udskrivelsen.

Aftalens version 1.0 [6] blev implementeret trinvist i 2022 til at omfatte følgende patientgrupper:

- 1. februar: Patienter, der udskrives til midlertidige kommunale døgnpladser
- 1. maj: Patienter, der bor på plejecentre
- 1. september: Patienter, der modtager øvrig kommunale sygepleje

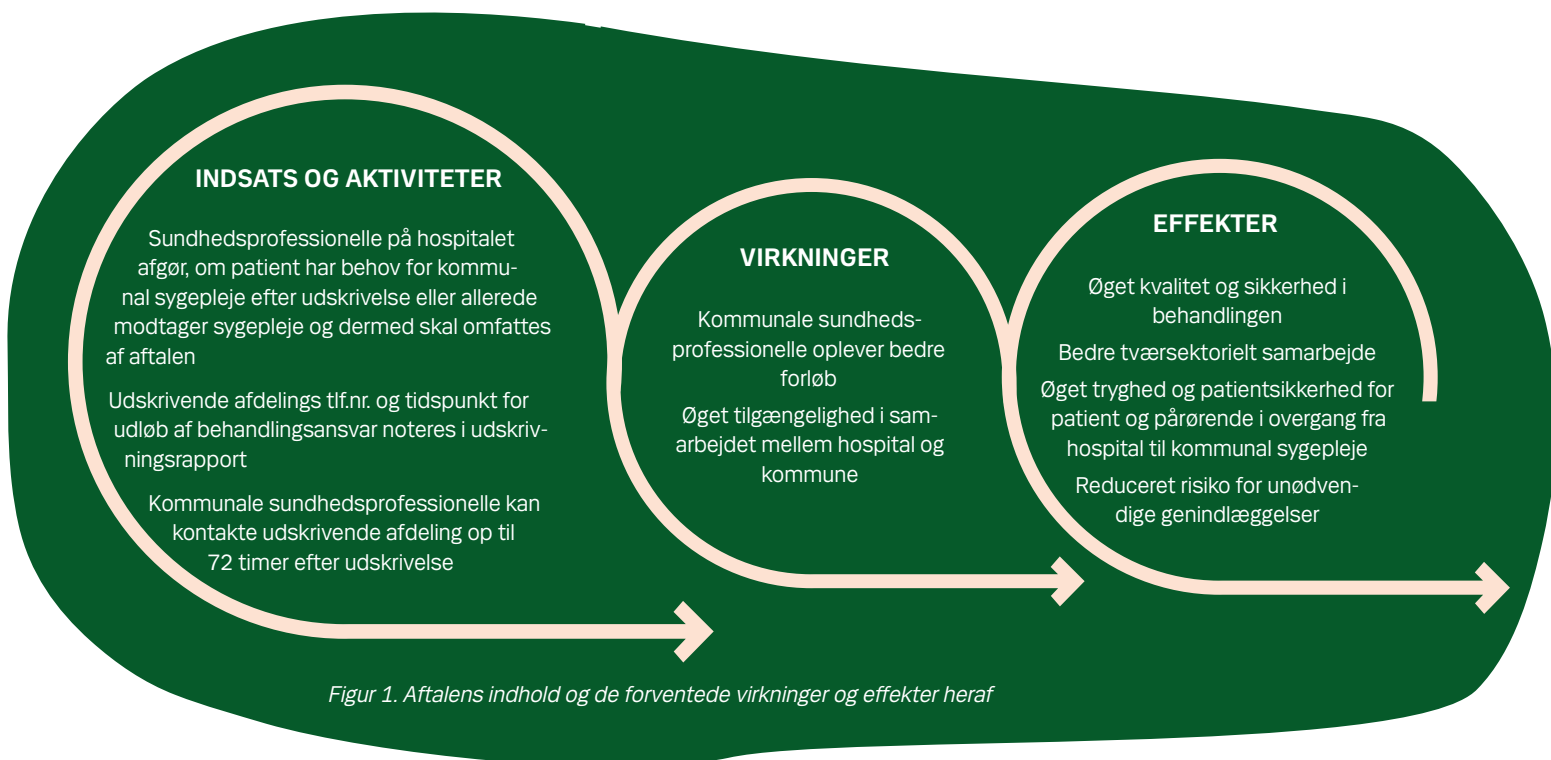
I 2022 har implementeringen af aftalen været monitoreret tæt for at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet om 72 timers behandlingsansvar. Monitoreringen fortsætter i 2023, hvor der vil være fokus på at opsamle erfaringer og evaluere de forventede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

## 4. Formål

Formålet med denne rapport er at præsentere de foreløbige erfaringer med aftalens version 1.0 i Region Hovedstaden på baggrund af resultater fra monitoreringen og evalueringen af aftalen. Formålet med monitoreringen og evalueringen af aftalens version 1.0 var at understøtte implementeringen løbende og indsamle erfaringer med henblik på at optimere aftalen. Dette har resulteret i udarbejdelse af en version 2.0 af aftalen, som har været i drift siden januar 2023.

## 5. Design og metode

Monitoreringen og evalueringen af 72 timers udvidet behandlingsansvar er foretaget sideløbende med implementeringen, som har bidraget med ny viden om, hvordan implementeringen kunne optimeres undervejs. Evalueringen tager udgangspunkt i de forventede kortsigtede virkninger og langsigtede effekter som vist i Figur 1.



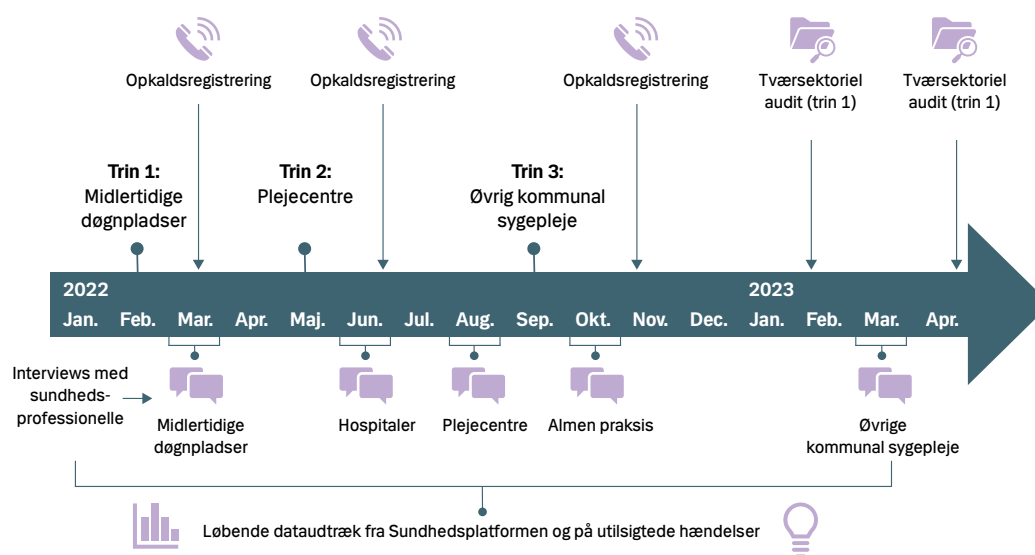
## Datamateriale

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 arbejdsgruppe, der har udformet aftalen. Figur 2 illustrerer de anvendte dataindsamlingsmetoder:



Figur 2. Anvendte dataindsamlingsmetoder

Nedenfor ses en tidslinje for dataindsamlingen. Tidslinjen illustrerer den trinvise implementering af aftalen i den kommunale sygepleje, hvor først de midlertidige døgnpladser blev inkluderet, herefter plejecentre og til slut den øvrige kommunale sygepleje.



Figur 3. Tidslinje for dataindsamlingen (desuden datatræk fra Københavns Kommune fra jan. 2019 - mar. 2023)

I det følgende beskrives de anvendte dataindsamlingsmetoder og hvilken viden, hver metode bidrager med. I bilag Tabel 12 opsummeres hver dataindsamlingsmetode med uddybende informationer om datamaterialet, eksempelvis antal og type af informanter, samt hvilke kommuner eller hospitaler, der har deltaget i interviews og hvornår.

### ***Interviews med sundhedsprofessionelle***

I forlængelse af implementeringen er der foretaget kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle fra hhv. kommunal sygepleje, hospitaler og almen praksis. Hovedformålet med interviewene var at få viden om:

- anvendelse og organisering af aftalen
- barrierer og ressourcer for implementering
- udbytte og oplevelse af det tværsektorielle samarbejde
- oplevelse af behandlingskvalitet og sammenhæng i forløb
- oplevelse af tryghed for borgere og pårørende.

For den kommunale sygepleje er interviewene afholdt ad tre runder hhv. for midlertidige døgnpladser, plejecentre og den øvrige kommunale sygepleje. Udvælgelsen af kommuner for hver interviewrunde er baseret på diversitet i forhold til størrelse, placering og hospitalstilknytning. Udvælgelsen af interviewpersoner på hospitaler er baseret på diversitet i forhold til specialer og fagprofessioner. I udvælgelsen af interviewpersoner blandt alment praktiserende læger har der været fokus på at få alle sundhedsklynger repræsenteret. Alle interviews er baseret på semistrukturerede interviewguides.

### ***Tværsektorielle journalaudits***

For at få dybdegående viden om det tværsektorielle forløb, sektorovergange og kommunikationen mellem de enkelte sektorer i forbindelse med udskrivelse og 72 timers behandlingsansvar er der gennemført tværsektorielle journalaudits af patientforløb fra to midlertidige døgnpladser. I alt er der auditeret på 20 patientforløb, hvor der har været mindst ét opkald til hospitalet inden for de 72 timers udvidet behandlingsansvar. De to midlertidige døgnpladser har rekrutteret og indhentet samtykke fra de 20 borgere. Udvalgte sundhedsprofessionelle fra to hospitaler og fra de midlertidige døgnpladser har gennemgået og vurderet patientforløbene med udgangspunkt i den eksisterende dokumentation af forløbene i Sundhedsplatformen og i de kommunale omsorgssystemer. I medio/ultimo 2023 afholdes tværsektorielle journalaudits for patientforløb fra plejecentre og for borgere, der bor i eget hjem og modtager kommunal sygepleje, og resultaterne herfra vil indgå i delrapport 2.

### ***Dataudtræk fra Region Hovedstaden (Sundhedsplatformen) vedr. udvikling og aktivitet***

For at følge implementeringen af 72 timers behandlingsansvar, herunder aktivitet i form af kommunikation mellem sektorerne og patienternes kontakter med hospitalet under de 72 timers behandlingsansvar og i umiddelbar forlængelse heraf, har Center for Økonomi i samarbejde med Center for Sundhed udarbejdet rapporter og dashboards i Sundhedsplatformen, der giver overblik over dette. Mere præcist monitoreres der på følgende regionale data:

- Antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar
- Antal patienter hvor behandlingsansvar på 72 timer bliver forlænget/afsluttet før udløb
- Antal genkontakter inden for 72 timers behandlingsansvar og op til 30 dage efter endt behandlingsansvar
- Antal fremsendte og modtagne korrespondancemeddelelser
- Antal fremsendte udskrivningsrapporter

Der skal tages forbehold for, at opgørelserne fra Sundhedsplatformen er baseret på registrerede data fra sundhedsprofessionelle, og at der er mulighed for et vist mørketal. Der arbejdes på at få data på genindlæggelser fra Sundhedsplatformen. Dette forventes tidligst at være tilgængeligt i tredje kvartal af 2023, og resultaterne heraf vil forventeligt indgå i delrapport 2.

### **Dataudtræk fra Københavns Kommune vedr. forbrug af kommunal sygepleje**

Kvantitative data fra Sundhedsplatformen suppleres med kommunale data fra Københavns Kommune for at belyse aktivitet og potentielle økonomiske effekter af aftalen i kommunerne. Flere kommuner i Region Hovedstaden har udtrykt bekymring for, om 72 timers behandlingsansvar utilsigtet vil medføre, at borgere udskrives tidligere i deres behandlingsforløb, fordi tidligere udskrivelser kan medføre vanskeligere forløb for borgerne og en større kompleksitet i den kommunale opgave. Der er derfor under Tværsektorielt samarbejdsforum for data om økonomi og aktivitet nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra henholdsvis region og kommuner. Gruppen har undersøgt, hvilke kommunale og regionale data, der kan indikere, om kommunerne påføres en økonomisk omkostning i forbindelse med 72 timersaftalen.

I analysen af kommunale indikatorer antages det, at såfremt borgere udskrives tidligere fra hospital nu end før 72 timersaftalen blev indført, kan det betyde, at borgerne har behov for mere kommunal sygepleje efter udskrivning end tidligere. Kommunerne har derfor besluttet, at forbruget af kommunal sygepleje før og efter indførelse af aftalen kan give en indikation af, om borgerne udskrives fra hospital tidligere i deres behandlingsforløb, og at aftalen derved kommer til at påføre kommunerne en større økonomisk omkostning end tilsigtet.

Det er ikke alle kommuner, der har mulighed for at identificere, om en borger er omfattet af 72 timers behandlingsansvar. I Københavns Kommune er det muligt at foretage et udtræk fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens omsorgssystem CURA på populationen af borgere, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar og modtager kommunal sygepleje. Københavns Kommune har leveret data om forbrug af kommunal sygepleje, hvoraf følgende analyser er foretaget primo 2023:

- Udviklingen i borgernes forbrug af visiteret kommunal sygepleje
- Udviklingen i andelen af borgere, der ikke modtog visiteret kommunal sygepleje inden indlæggelse, men modtog kommunal sygepleje efter indlæggelse
- Udviklingen i visiteret kommunal sygepleje ved indlæggelse og 7 dage efter udskrivelse for borgere, der ved indlæggelsen modtog kommunal sygepleje.

Generelt skal man med de anbefalede indikatorer være meget varsom med fortolkningen, da en udvikling i visiteret kommunal sygepleje ikke nødvendigvis udelukkende kan henføres til indførelse af 72 timers behandlingsansvar, men også kan skyldes andre forandringer i kommunerne eller på hospitalerne. Kommunerne har gennem de seneste år hjemtaget mere komplicerede opgaver, som tidligere blev varetaget på hospitalet. Et eksempel herpå er borgere, der modtager IV-behandling, hvor der er fundet en afregning mellem region og kommune.

### **Manuelle opkaldsregistreringer**

For at få 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 ad tre omgange hhv. i kalenderuge 10 (marts), 24 (juni) og 44 (november) i 2022 for at følge implementeringen. Opkaldene er registreret af sundhedsprofessionelle på hospitalet umiddelbart efter hvert opkald relateret til 72 timers behandlingsansvar ved udfyldelse af et skema udarbejdet af CKFF i samarbejde med arbejdsgruppen.

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 har været muligt at opgøre, hvor mange opkald der er foretaget ud af det samlede antal udskrevne patienter omfattet af aftalen. Der skal tages forbehold for, at registreringerne af opkald er forbundet med usikkerhed, da der er tale om subjektive og manuelle registreringer, og fordi de manuelle registreringer kan blive nedprioriteret i en travl klinisk hverdag.

### ***Dataudtræk på utilsigtede hændelser***

Center for Sundhed 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 var at uddrage læring, foretage vidensdeling, sikre et kontinuerligt fokus på, at aftalen anvendes som den skal, og identificere områder, hvor der er brug for optimering for at sikre et bedre tværsektorielt samarbejde, øget patientsikkerhed samt kvalitet i behandlingen. Udvalgte temaer og læringspunkter fra UTH'erne er løbende blevet delt i arbejdsgruppen og har desuden indgået på infografikker\*, som er delt med hospitalerne med det formål at sprede læringen fra UTH'erne på tværs af regionen. Gennemgangen af UTH'er har givet hospitalerne input til, hvor der er behov for at skærpe implementeringen.

DPSD er en læringsdatabase, idet rapportering af utilsigtede hændelser sker med henblik på læring og forbedring af sundhedsvæsenet (Sundhedslovens §198). Data er derfor ikke velegnet til statistik. Det er væsentligt at være opmærksom på følgende begrænsninger ift. 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 det, der betegnes som nær-hændelser (hvor der ikke skete faktisk skade). Antallet af rapporterede UTH'er afspejler desuden ikke nødvendigvis den reelle forekomst af UTH'er, og antallet af UTH'er, der bliver rapporteret, afhænger bl.a. af variationer i rapporteringskultur, lokale fokusområder og/eller forskelle i patientgrundlag – foruden det reelle antal patienter, der behandles i de enkelte enheder og endelig ændringer i organisationen. Man kan af samme grund ikke sammenligne tal vedrørende UTH'er mellem forskellige regioner og hospitaler eller over perioder.

Søgning efter UTH'er er foretaget med kriterierne: Rapporteret til "Region Hovedstaden", datointerval inden for den 1. juni 2022 til den 31. marts 2023 og "Emneord 1", "Emneord 2" eller "Emneord 3" indeholder "72". Hospitalernes risikomanagere er opfordret til at markere i databasens emneordsfelter, hvis en UTH omhandlede 72 timers behandlingsansvar, samt opfordret til at formidle dette til patientsikkerhedskoordinatorer og sagsbehandlere. Grundet afhængigheden af manuel indtastning i emnefeltet forventes et ukendt antal hændelser, der ikke er fundet med søgekriterierne.

\* Visuelle repræsentationer af information, data eller viden.

## 6. Resultater

I nedenstående afsnit præsenteres en række foreløbige resultater i følgende rækkefølge:

- Aftalens modtagelse blandt sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer
- Beskrivelse af borgere omfattet af aftalen og udvikling i antallet af borgere omfattet af aftalen baseret på data fra Sundhedsplatformen
- Analyser af medført aktivitet og ydelsestræk for hospitaler, kommuner og almen praksis baseret på data fra hhv. Sundhedsplatformen, kommunale opgørelser på forbrug af kommunal sygepleje før og efter aftalen blev implementeret og interviews
- De sundhedsprofessionelles anvendelse af aftalen i praksis samt en beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde, herunder kvaliteten af tværsektoriel dokumentation, kommunikation under 72 timers behandlingsansvar og rollefordeling mellem hospital, kommune og almen praksis
- Resultater af aftalens foreløbige betydning for patientforløbet.

Til slut opsummeres udfordringer og læringspunkter samt tilpasning af aftalen om 72 timers behandlingsansvar.

### 6.1 Modtagelse af aftalen og målgruppe

I det følgende beskrives de sundhedsprofessionelles modtagelse af aftalen på tværs af sektorer efterfulgt af en beskrivelse af målgruppen, herunder hvem og hvor mange borgere, der har været omfattet af 72 timers behandlingsansvar, siden aftalen blev implementeret.

#### ***Modtagelse på tværs af sektorer***

Interviews med i alt 69 sundhedsprofessionelle fra hospitaler, kommuner og almen praksis vidner om stor tilfredshed med aftalen på tværs af alle tre sektorer. De sundhedsprofessionelle påpegede især, at det er meningsfuldt, at der skabes en direkte adgang til sundhedsprofessionelle på hospitalet, som kender til borgerens aktuelle indlæggelse.

Sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje beskrev, at det giver dem en tryghed at have et let tilgængeligt telefonnummer til hospitalet, også selvom de ikke får brug for at ringe:

*"Det, der er gennemgående, er, at vi finder det trygt, at der ligesom er en mulighed for at ringe til nogen, fordi egen læge nogle gange kan stå tilbage som et stort spørgsmålstegn og sige: 'Det er ikke mig, der har startet det op' eller: 'Det ved jeg ikke noget om'."*

(Kommunal sygeplejerske der foretager hjemmebesøg, februar/marts 2023)

De alment praktiserende læger udtrykte lettelse over, at spørgsmål til den aktuelle indlæggelse nu går til hospitalet, men de mærker ikke meget til aftalen i hverdagen, da de ændrede arbejdsgange primært foregår på hospitalet og i kommunen:

*"Jeg har ikke hørt noget brok (...) der har været meget stille, og vi plejer ellers at være gode til at brokke os (...) jeg synes faktisk, det er et genialt tiltag, det må jeg sige."*

(Alment praktiserende læge, september/oktober 2022)

Overordnet oplever de adspurgte fra hospitalerne derimod aftalen som en belastning, fordi de skal påtage sig et ekstra ansvar ved besvarelse af opkald, og der er mere administrativt arbejde ved udskrivelse. På trods af det ekstra administrative arbejde på hospitalerne, som aftalen medfører, gav flere udtryk for, at aftalen vil gavne patienterne:

*"Alt i alt, det er jo et stort arbejde, men på sigt tror jeg, det giver et kvalitetsløft, og vi kan være med til at øge patientsikkerheden på tværs af sektorerne."*

(Hospitalssygeplejerske, juni 2022)

### **Beskrivelse af borgere omfattet af aftalen**

Målgruppen for 72 timers behandlingsansvar omfatter som nævnt borgere, der har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse fra hospitalet. To midlertidige døgnpladser har i alt rekrutteret 20 borgere, hvor der i deres kommunale patientforløb har været mindst ét opkald til hospitalet i løbet af de 72 timer. Disse patientforløb har undergået auditering af et tværsektorielt team. Blandt de 20 rekrutterede borgere på midlertidige døgnpladser var aldersgruppen 60-95 år med en gennemsnitsalder på 83 år.

Fælles for de 20 rekrutterede borgere er, at de er multisyge, polymedicinerede patienter med komplekse forløb, og at de har været indlagt med flere problematikker samtidig. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var 16 dage og de hyppigste årsager til indlæggelse var:

- lungeinfektion
- KOL
- konfusion
- kræft
- fald i hjemmet
- almen svækkelse samt
- ernærings- og væskeproblemer.

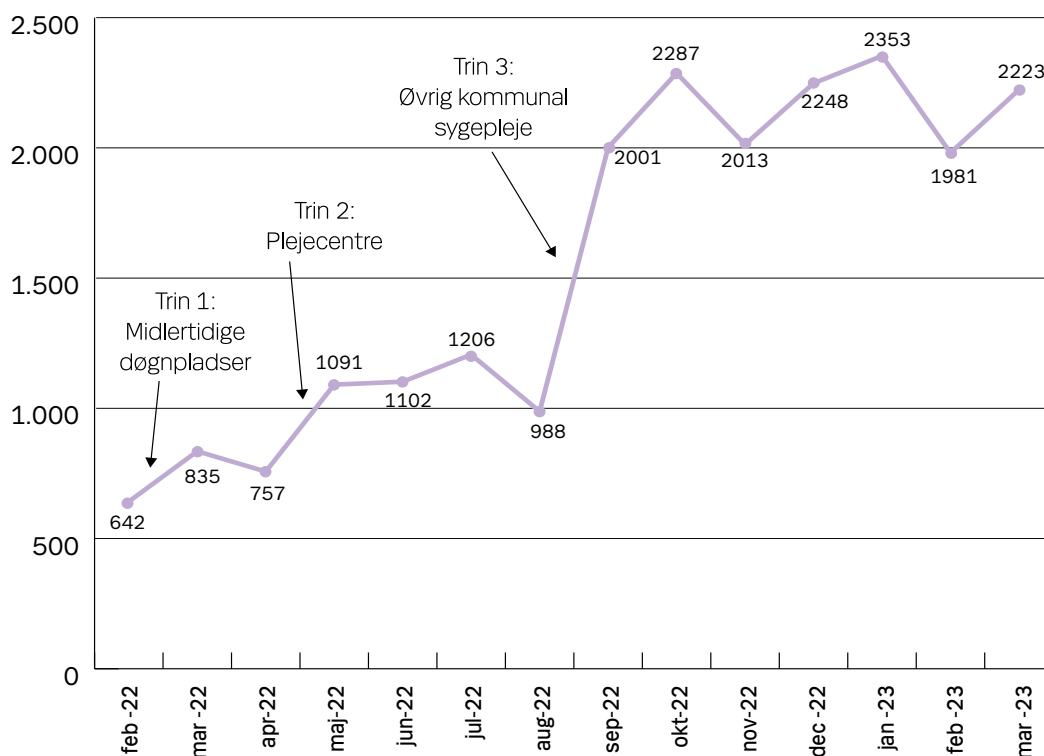
I løbet af 72 timers behandlingsansvar blev der i gennemsnit ringet til hospitalet 1,8 gange pr. borger, oftest dagen efter udskrivelsen. I alt blev fem ud af de 20 borgere genindlagt inden for de 72 timer, og tre ud af de 20 borgere blev genindlagt inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar.

### **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 marts 2023 baseret på data fra Sundhedsplatformen. Den trinvis implementering af aftalen i den kommunale sygepleje fremgår af Figur 4. Figuren viser antallet af patienter med bopæl i Region Hovedstaden og udskrevet med 72 timers behandlingsansvar fra februar 2022 til marts 2023.



### Udvikling i antal patienter afsluttet med 72 timers behandlingsansvar



Figur 4. Udvikling i antal patienter med bopæl i Region Hovedstaden, som har været omfattet af 72 timers behandlingsansvar (feb. 2022 - mar. 2023)

Af figuren fremgår en markant stigning i antal patienter, der har været omfattet af aftalen fra august til september 2022, hvor den øvrige kommunale sygepleje også blev omfattet af aftalen. Efterfølgende ses en tendens til, at antallet af patienter, som er omfattet af aftalen, stabiliseres på omkring 2.000 patienter pr. måned fra september 2022 til marts 2023, omend den indekserede udvikling viser en stigning på 11 % med fluktuationer hen over perioden (Tabel 1). Såfremt niveauet på omkring 2.000 patienter pr. måned opretholdes, estimeres det, at ca. 24.000 patientforløb årligt vil blive omfattet af aftalen. Det svarer til omkring 9 % af samtlige somatiske patientforløb i Region Hovedstaden\*.

\* Som estimat for årlige patientforløb er benyttet antal fremsendte udskrivningsepikriser fra somatiske hospitaler, som i perioden marts 2022 til 2023 var 280.041.

**Tabel 1. Indeksret udvikling i patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (sep. 2022 – mar. 2023)**

Hospitaler	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Herlev og Gentofte Hospital	100	118	108	109	108	93	108
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	100	108	99	109	114	93	104
Nordsjællands Hospital	100	120	97	125	141	123	130
Amager og Hvidovre Hospital	100	118	105	117	126	99	115
Rigshospitalet	100	90	79	93	80	71	85
Bornholms Hospital	100	134	96	115	143	140	130
Hovedtotal	100	114	101	112	118	99	111

Tabel 2 afspejler udviklingen i patienter omfattet af 72 timers behandlingssvar fordelt på hospitaler. Forskelle i hospitalernes optageområder og specialefordeling kan have indflydelse på antallet af borgere omfattet af aftalen på de forskellige hospitaler. Hovedtotal fremgår af ovenstående Figur 4.

**Tabel 2. Udvikling i patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (feb. 2022 - mar. 2023)**

Hospitaler	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Herlev og Gentofte Hospital	193	290	232	383	310	361	328	569	670	614	620	614	531	612
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	118	127	144	268	195	211	206	420	454	415	457	479	392	435
Nordsjællands Hospital	84	118	125	151	158	199	170	351	420	340	438	494	430	458
Amager og Hvidovre Hospital	133	170	151	215	176	266	169	441	522	461	514	556	435	507
Rigshospitalet	109	126	95	170	142	154	97	167	150	132	155	133	119	142
Bornholms Hospital	5	3	10	14	11	15	18	53	71	51	61	76	74	69

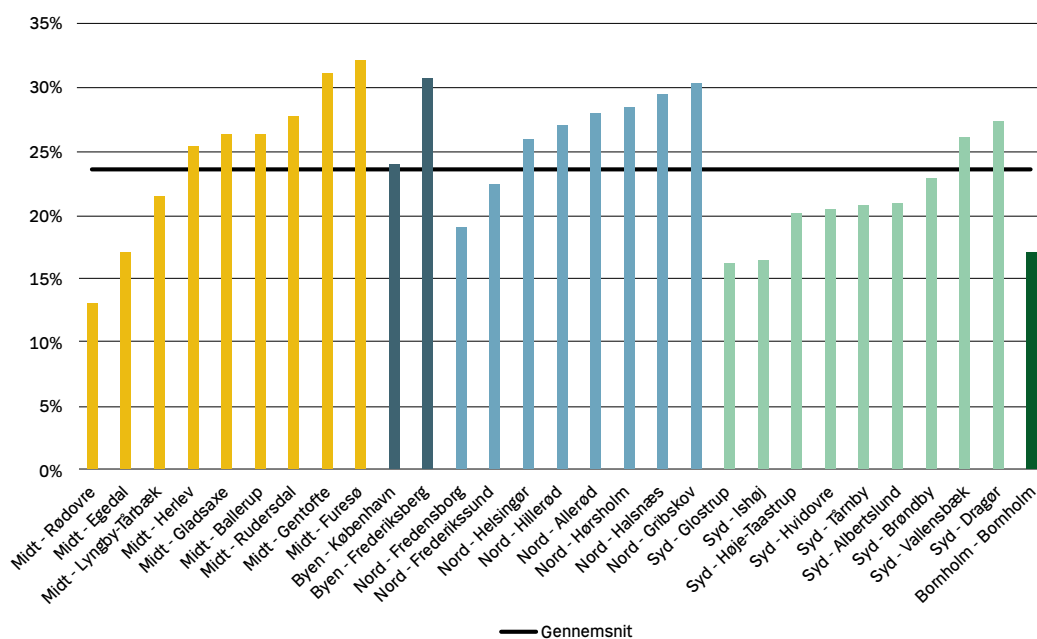
Ligesom der er variation på tværs af hospitaler i udviklingen i antal patienter, der er omfattet af aftalen, er der også variation på tværs af patienternes bopælskommuner. I Tabel 3 fremgår udviklingen i antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på bopælskommuner fra februar 2022 til marts 2023.

**Tabel 3. Udvikling i antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på kommuner (feb. 2022- mar. 2023)**

Kommuner	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Albertslund	6	8	9	9	13	13	14	29	46	29	36	35	43	34
Allerød	5	7	12	12	10	19	9	16	37	22	39	33	26	31
Ballerup	22	27	22	32	27	34	31	53	71	70	73	97	68	76
Bornholm	7	4	10	18	18	18	21	59	73	52	64	77	76	72
Brøndby	18	28	21	31	23	33	22	66	70	55	63	45	41	57
Dragør	5	9	5	15	13	10	4	18	25	25	28	38	15	23
Egedal	11	18	14	23	19	21	16	37	51	41	38	41	32	42
Fredensborg	13	17	12	22	15	22	16	44	53	48	48	65	42	48
Frederiksberg	43	55	55	109	69	79	85	133	151	127	138	131	112	139
Frederikssund	12	17	20	27	34	30	18	51	68	47	69	77	90	72
Furesø	15	26	17	37	24	33	24	37	58	64	56	65	43	51
Gentofte	35	55	47	66	62	82	61	84	103	88	94	93	79	115
Gladsaxe	28	39	28	46	42	37	53	77	92	82	71	60	62	74
Glostrup	7	9	12	23	11	18	14	25	33	34	26	35	38	33
Gribskov	12	15	18	16	16	21	15	51	63	42	77	62	64	68
Halsnæs	13	12	13	21	30	24	26	46	50	55	54	58	45	55
Helsingør	23	25	21	37	30	49	46	79	74	85	80	112	80	86
Herlev	12	26	11	29	20	36	35	30	61	49	53	42	45	36
Hillerød	11	23	26	28	26	29	26	51	56	42	59	61	66	68
Hvidovre	37	38	37	42	43	51	37	68	72	65	90	96	63	72
Høje-Taastrup	19	15	23	24	21	37	28	54	69	58	49	86	64	57
Hørsholm	16	9	20	11	8	23	21	43	46	32	43	44	36	45
Ishøj	10	15	4	12	12	19	10	39	32	25	33	26	23	34
København	166	204	185	339	256	307	217	520	542	507	550	597	462	551
Lyngby-Tårnbæk	22	25	32	37	38	45	33	55	83	73	77	66	66	69
Rudersdal	30	52	44	69	56	55	49	90	62	72	102	76	68	69
Rødovre	18	30	16	29	23	21	25	66	61	53	52	47	56	46
Tårnby	22	21	17	34	26	30	24	64	67	51	65	60	61	76
Vallensbæk	4	5	6	3	7	10	8	16	18	20	18	27	15	24

Til at beskrive hvor mange patienter, der forud for indlæggelse modtager kommunal sygepleje eller får behov for det ved udskrivelse, benyttes data om antal indlæggelsesrapporter. En indlæggelsesrapport sendes automatisk fra kommunen til hospitalet, når en borger indlægges, hvis borgeren har registrerede ydelser i det kommunale omsorgssystem.

Regionen har ikke data på, hvor mange patienter der forud for indlæggelse modtager kommunal sygepleje eller får behov for det ved udskrivelse. Antallet af indlæggelsesrapporter er dog et godt estimat at bruge, da indlæggelsesrapporten beskriver en konkret kontakt mellem kommune og hospital. Figur 5 illustrerer antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar i forhold til antal modtagne indlæggelsesrapporter for marts 2023 fordelt på sundhedsklynger og kommuner.



Figur 5. Andel patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar ift. antal modtagne indlæggelsesrapporter, fordelt på sundhedsklynger og kommuner (mar. 2023)

Af figuren fremgår det, at gennemsnitlig 23 % af patienter, der indlægges med en indlæggelsesrapport, omfattes af aftalen. Andelen af omfattede patienter, som har været indlagt med en indlæggelsesrapport, varierer fordelt på kommunerne fra ca. 13 % til 32 %. Den største variation er mellem kommunerne i sundhedsklynge Midt. Opgørelsen af antal omfattede patienter ift. modtagne indlæggelsesrapporter er som beskrevet et forsøg på en tilnærmelse af, hvor mange patienter der bør være omfattet af aftalen om 72 timers behandlingsansvar. Følgende forbehold skal tages, når der fortolkes på tallene:

- Ikke alle patienter med en indlæggelsesrapport er indlagt i mere end 24 timer og/eller modtager kommunal sygepleje og skal derfor omfattes af aftalen
- Der sendes manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter for flere patienter, hvilket ikke kan korrigeres for
- Endelig er der patienter, for hvem der ikke foreligger en indlæggelsesrapport, men som har behov for kommunale sygepleje efter udskrivelsen.

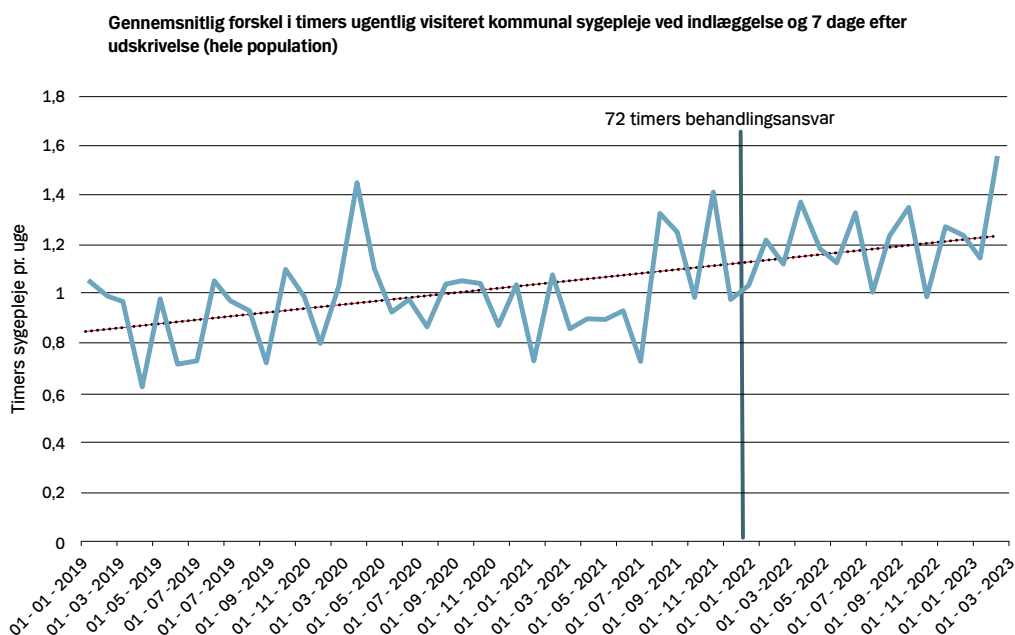
## **6.2 Medført aktivitet og ydelsestræk på tværs af sektorer**

Aftalen om 72 timers behandlingsansvar blev implementeret med de tilstedeværende ressourcer til rådighed på tværs af sektorer og uden kendskab til medført aktivitet og ydelsestræk på tværs af sektorer. Flere hospitaler og kommuner i Region Hovedstaden har i den forbindelse udtrykt bekymring for, hvorvidt implementeringen af aftalen ville medføre øget aktivitet, ydelsestræk og ressourceforbrug i hospitals- og kommunalt regi. I dette afsnit præsenteres foreløbige resultater på medført aktivitet og ydelsestræk for hhv. kommuner, hospitaler og almen praksis.

### ***Kommunale analyseresultater på forbrug af kommunal sygepleje***

Flere kommuner i Region Hovedstaden har udtrykt bekymring for, om 72 timers behandlingsansvar utilsigtet ville medføre, at borgere udskrives tidligere i deres behandlingsforløb med vanskeligere forløb for borgerne og en større kompleksitet i den kommunale opgave til følge. Forbruget af kommunal sygepleje før og efter, 72 timers behandlingsansvar blev indført, kan give en indikation af, om borgerne udskrives fra hospitalet tidligere i deres behandlingsforløb, og aftalen dermed kommer til at påføre kommunerne en større økonomisk omkostning end tilsigtet. De følgende tre analyser er baseret på data fra Københavns Kommune og er foretaget primo 2023. De tre analyser belyser følgende:

- Udvikling i forbrug af visiteret kommunal sygepleje
- Udvikling i andelen af borgere, der ikke modtog visiteret kommunal sygepleje forud for indlæggelse, men som modtog kommunal sygepleje efter indlæggelsen
- Udvikling i visiteret kommunal sygepleje for borgere, der ved indlæggelsen modtog kommunal sygepleje, og som fortsat modtog kommunal sygepleje efter indlæggelsen

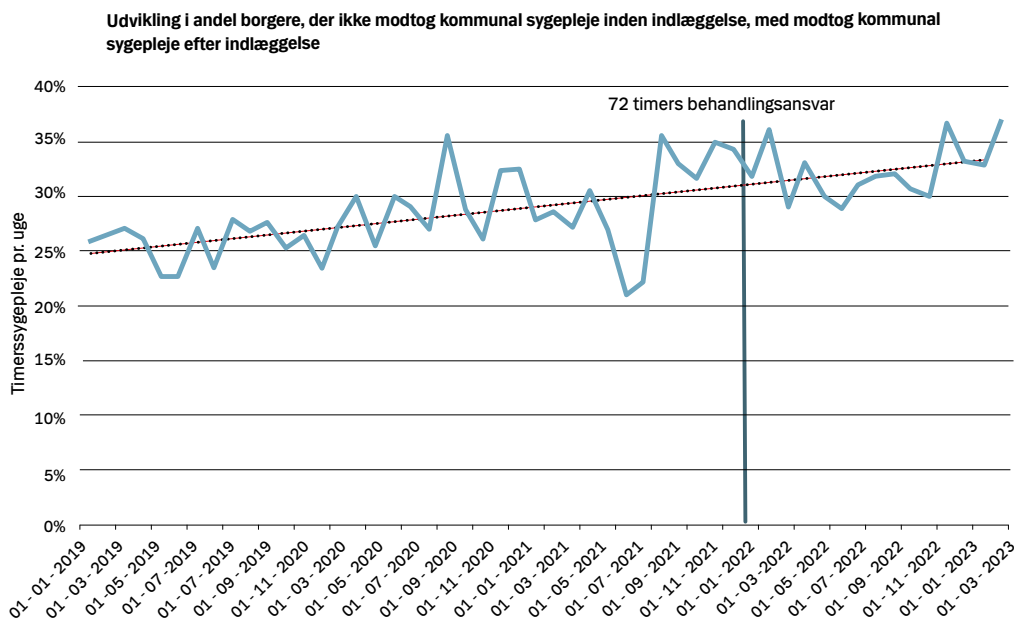


Figur 6. Udviklingen i gennemsnitlig ugentlig visiteret kommunal sygepleje for alle borgere (ikke alderskorrigeret) (kilde: CURA, Københavns Kommune)

Figur 6 viser den gennemsnitlige forskel i ugentlige timers visiteret kommunal sygepleje i Københavns Kommune ved indlæggelse, og syv dage efter borgeren er udskrevet, uagtet om borgeren har modtaget kommunal sygepleje forud for indlæggelsen fra 1. januar 2019 til 1. marts 2023.

Figuren viser, at der er en generel svagt stigende tendens i det gennemsnitlige forbrug af visiteret kommunal sygepleje i hele analyseperioden. Udviklingen understøtter den kommunale bekymring om, at borgerne udskrives fra hospital tidligere i deres behandlingsforløb, men eftersom der er tale om en generel tendens i perioden, og også før aftalen om 72 timers behandlingsansvar blev implementeret, kan stigningen ikke umiddelbart tilskrives aftalen.

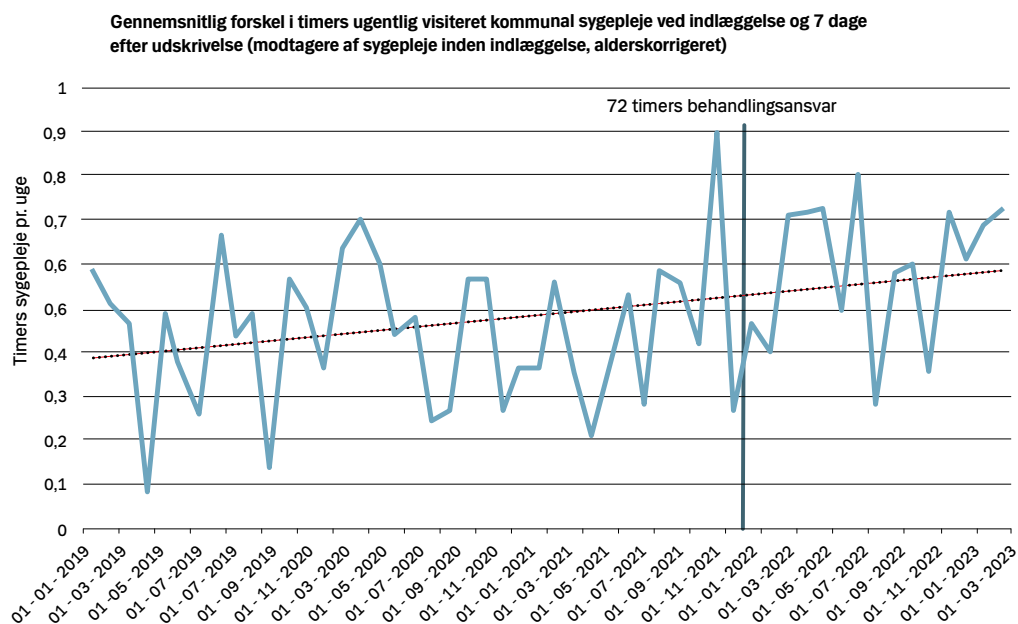
Københavns Kommune har suppleret analysen af udviklingen i gennemsnitlig ugentlig visiteret kommunal sygepleje med en analyse af udviklingen i andelen af borgere, der ikke modtog kommunal sygepleje inden indlæggelse, men som modtog kommunal sygepleje op til syv dage efter indlæggelsen på hospitalet (Figur 7).



Figur 7. Udviklingen i andel borgere, der ikke modtog kommunal sygepleje forud for indlæggelse, men modtog kommunal sygepleje efter indlæggelse (ikke alderskorrigeret) (kilde: CURA, Københavns Kommune)

Figur 7 viser en svagt stigende tendens i andelen af borgere, der ikke er visiteret til kommunal sygepleje forud for indlæggelse, men som blev visiteret til kommunal sygepleje efter indlæggelse. Da der også her er tale om en generel tendens i hele analyseperioden, forventes det, at stigningen ikke kan tilskrives aftalen om 72 timers behandlingsansvar.

Københavns Kommune har endvidere foretaget en analyse af udviklingen i gennemsnitlig ugentlig visiteret kommunal sygepleje for borgere, der både modtog visiteret kommunal sygepleje inden indlæggelse og efter udskrivelse fra hospitalet. Af Figur 8 fremgår det, at der for borgere, der inden indlæggelse modtog visiteret kommunal sygepleje, observeres en svagt stigende tendens i det gennemsnitlige antal timers visiteret kommunal sygepleje efter udskrivelse.



Figur 8. Udviklingen i gennemsnitlig ugentlig visiteret kommunal sygepleje for borgere, der modtog kommunal sygepleje inden og efter indlæggelse (alderskorrigeret) (Kilde: CURA, Københavns Kommune)

Som det også gør sig gældende for udviklingen vist i både Figur 6 og Figur 7, kan der ikke observeres udvikling, der umiddelbart kan henføres til implementeringen af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, da den svage stigning i kurven er generel for hele analyseperioden.

Det er forventningen, at alder ikke har indflydelse på udviklingen i Figur 6 og Figur 7, da udviklingen følger tendensen i Figur 8, hvor der er korrigeret for alder.

De tre analyser fra Københavns Kommune viser, at der ikke kan observeres en væsentlig ændring i den visiterede kommunale sygepleje som følge af indførelsen af 72 timers behandlingsansvar, men at der er tale om en generel stigning i den visiterede kommunale sygepleje fra 2019-2023. Analysernes resultater skal tolkes med forsigtighed, da udviklingen kan være påvirket af forhold, der ikke er taget højde for i nærværende analyser, herunder at kommunen i analyseperioden har overtaget mere komplicerede opgaver.

### Regionale analyseresultater på aktivitet og ydelsestræk

Da aftalen om 72 timers behandlingsansvar skulle implementeres, var hospitalerne bekymrede for det ekstra arbejde, aftalen ville medføre i form af øget besvarelse af kommunale henvendelser. Dog fylder opkaldene tidsmæssigt mindre end frygtet:

*"Og det er jo ikke det, vi oplever, at vi er blevet lagt ned. Det er jo stadigvæk få opkald."*

(Hospitalslæge, juni 2022)

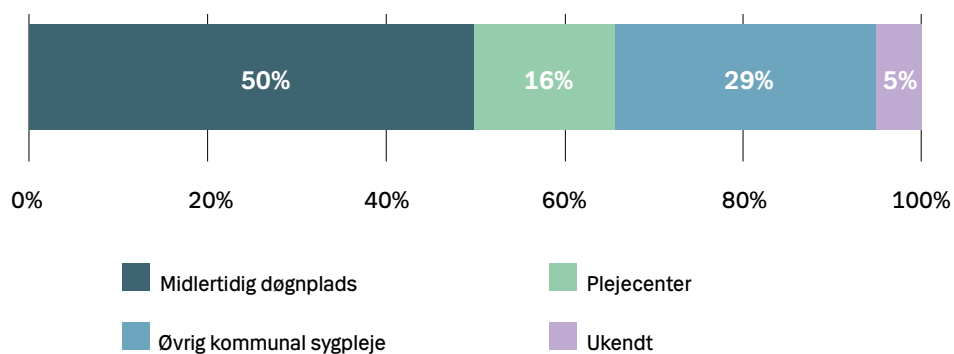


Sundhedsprofessionelle fra den kommunale sygepleje påpegede desuden, at de slet ikke har behov for at kontakte hospitalet vedrørende enhver borger, der er omfattet af aftalen:

***”Det er jo ikke så tit, vi bruger det. Det er jo kun, hvis det er højest nødvendigt, og vi står der og tænker: hvad nu?”***

(Kommunal sygeplejerske der foretager hjemmebesøg, februar/marts 2023)

For at opnå viden om bl.a., hvilken type af kommunal sygepleje, der ringer, tidspunkt for opkald og tidsforbrug på hospital ifm. besvarelse af opkald, har udvalgte afdelinger på alle Region Hovedstadens hospitaler udfyldt et registreringsskema i tre udvalgte kalenderuger, uge 10 (marts), 22 (juni) og 44 (november) i 2022. Ugerne for opkaldsregistrering blev valgt i forbindelse med den trinvis implementering af aftalen. Opkaldene er registreret af sundhedsprofessionelle på hospitalet umiddelbart efter hvert opkald relateret til 72 timer.

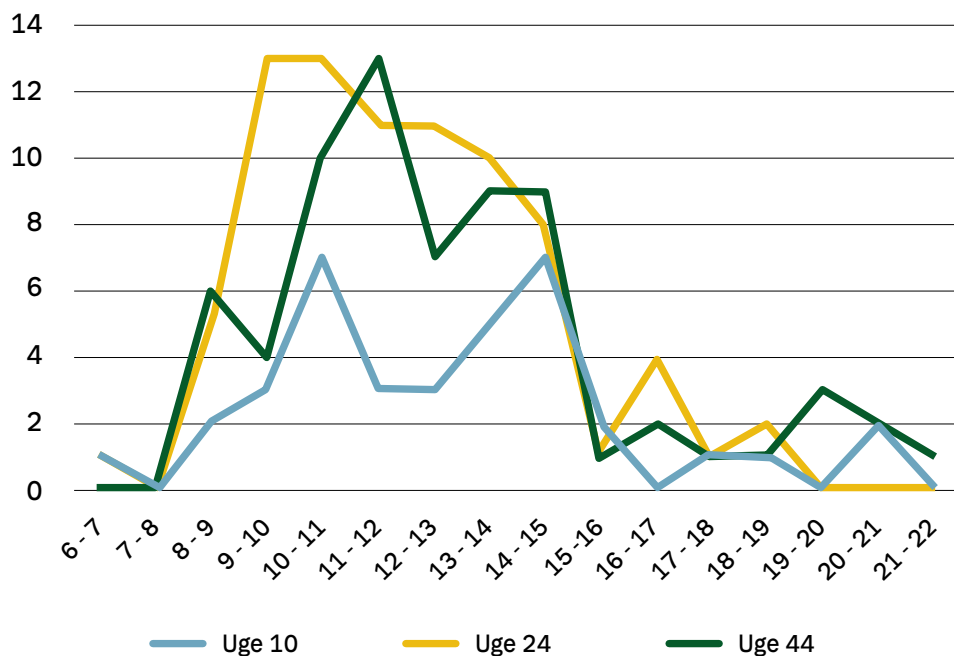


Figur 9. Andel registrerede opkald fordelt på kommunal sygepleje (uge 44)

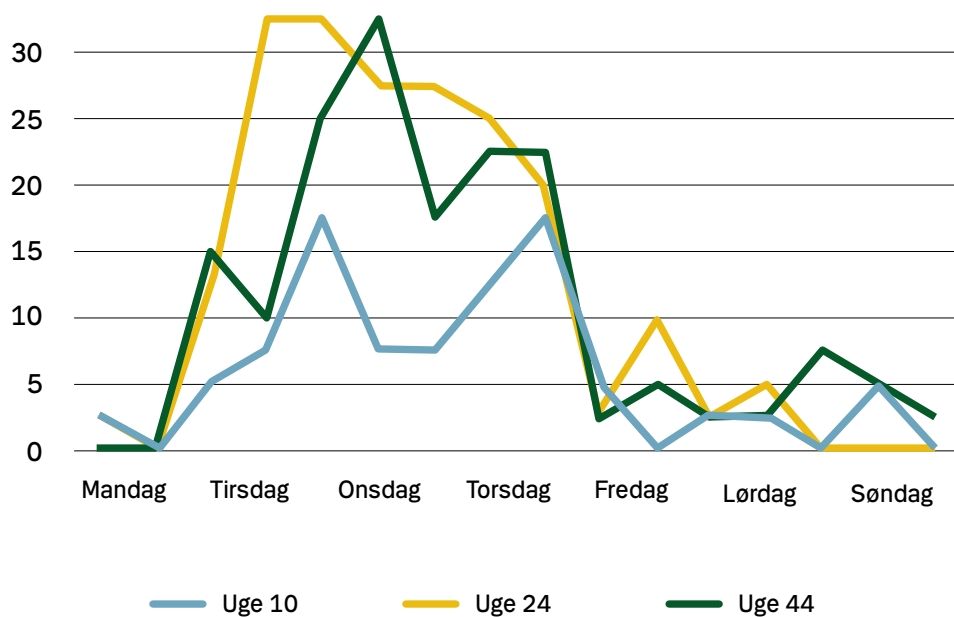
Figur 9 viser andelen af registrerede opkald for den seneste registreringsuge fordelt på, om opkald var fra en midlertidig døgnplads, plejecenter eller øvrige kommunal sygepleje.

Det ses, at halvdelen af opkaldene var fra midlertidige døgnpladser, 16 % fra plejecentre og 29 % fra øvrig kommunal sygepleje.

Figur 10 og Figur 11 viser opkaldsregistreringer fordelt på ugedage og tidspunkter på døgnet opgjort for de tre udvalgte registreringsuger.

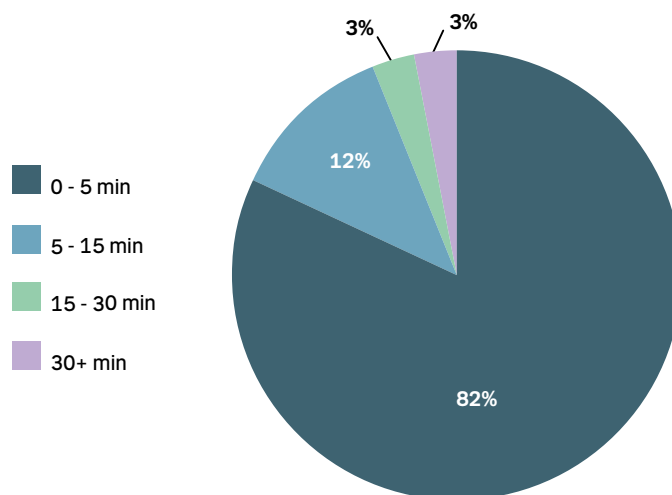


Figur 10. Antal registrerede opkald fordelt på tidspunkt på døgnet



Figur 11. Antal registrerede opkald fordelt på ugedage

Det ses, at der blev foretaget flere opkald i hverdage og få opkald i weekenden. I den seneste registrering ses der flest opkald om fredagen. Figur 10 viser, at størstedelen af opkaldene blev foretaget mellem kl. 9-15. Oventående stemmer overens med, hvad de sundhedsprofessionelle i den kommunal sygepleje fortalte i interviewene, nemlig at de foretrækker at ringe i dagstimerne og på hverdage, hvor de selv har højest bemanning, og hvor de er ved, at hospitalet også har højest bemanning og dermed bedst kan hjælpe. Sundhedsprofessionelle på hospitalet fortalte i interviewene, at opkald i aftentimer og i weekender fylder meget tidsmæssigt og mentalt, netop på grund af lavere bemanning.



Figur 12. Andel registrerede opkald fordelt på varighed (uge 44)

Figur 12 viser andel registrerede opkald fordelt på opkaldslængde.

Blandt de registreringer, hvor der er angivet opkaldslængde, varede 82 % af opkaldene 0-5 minutter, og 12 % af opkaldene varede 5-15 minutter.

I få tilfælde varede opkaldene mere end 15 minutter, typisk fordi de omhandlede mere komplekse problemstillinger, hvor flere specialer eller personaler var involveret i besvarelsen af opkaldet.

Som en prædikator for, hvor meget ekstra aktivitet og ydelsestræk aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført hospitalerne, er der monitoreret på, hvor mange borgere, der har fået registreret hhv. forlænget eller forkortet behandlingsansvar. Opgørelserne herfra præsenteres nedenfor.

### **Forlænget og forkortet behandlingsansvar**

I Sundhedsplatformen afsluttes behandlingsansvaret automatisk efter 72 timer. I nogle tilfælde kan der være behov for at forlænge behandlingsansvaret, og i så fald skal det registreres manuelt. Indlægges patienten inden de 72 timers behandlingsansvar er udløbet, får patienten et nyt 72 timers forløb. Tabel 4 viser udviklingen i andel patienter, der er omfattet af aftalen fordelt på, om patienterne får afsluttet behandlingsansvaret som forventet, får afsluttet behandlingsansvaret før udløb af de 72 timer eller får forlænget behandlingsansvaret.

**Tabel 4. Udvikling i andel patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på, om patienterne får afsluttet behandlingsansvaret som forventet samt før eller efter udløb af 72 timers behandlingsansvar (feb. 2022 - mar. 2023)**

	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
<b>Afsluttet som forventet</b>	98,5%	98,7%	99,1%	98,9%	97,9%	99,5%	98,3%	98,7%	99,0%	98,6%	98,7%	99,2%	99,3%	99,6%
<b>Afsluttet før forventet</b>	0,8%	0,8%	0,4%	0,4%	1,3%	0,4%	0,9%	1,1%	0,5%	0,9%	1,0%	0,6%	0,4%	0,3%
<b>Forlænget behandlingsansvar</b>	0,8%	0,5%	0,5%	0,7%	0,8%	0,1%	0,8%	0,2%	0,5%	0,5%	0,4%	0,1%	0,3%	0,1%
<b>I alt afsluttet</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Det ses, at kun få patienter har fået registreret et forlænget behandlingsansvar udover de 72 timer (0,1 %-0,8 %). Ligeledes får kun få patienter afkortet behandlingsansvaret (0,3 %-1,3 %). Hospitalerne har peget på, at der i praksis er et meget begrænset behov for at forlænge behandlingsansvaret udover de 72 timer, og at registreringen af forlængelse/forkortelse af behandlingsansvar er en omstændig arbejdsgang i Sundhedsplatformen. Det kan være en forklaring på det lave antal.

#### **Genkontakter mellem omfattede patienter og hospital**

Patientkontakter mellem omfattede patienter og hospital i en given periode kan bruges som en indikator for ydelsestrækket på hospitalerne, heraf ressourceforbrug og økonomiske omkostninger for hospitalet i forhold til mængden og type af kontakter. I det følgende præsenteres kontakter indenfor 72 timers behandlingsansvar og kontakter op til 30 dage efter endt behandlingsansvar opgjort i følgende kontakttyper:

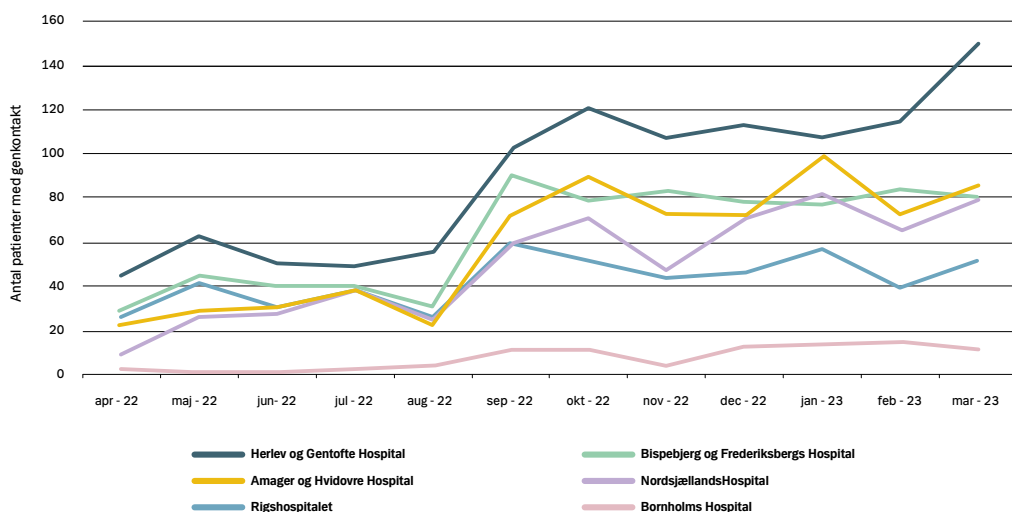
- Fysisk fremmøde under 12 timers varighed
- Fysisk fremmøde over 12 timers varighed
- Telefonisk kontakt
- Patientkontakt udenfor hospital (fx hjemmebesøg)

Skellet på 12 timer ved fysisk fremmøde er et nationalt vedtaget tidsinterval og er det, der i praksis benyttes som afgrænsning af ikkeindlagte og indlagte borgere. Derfor er dette skel også anvendt i nærværende rapport. Det vil sige, at kontakttypen 'Fysisk fremmøde over 12 timer' kan indeholde genindlæggelser.

Der skal tages forbehold for, at data om genkontakter er et nyt datasæt, som netop er blevet færdigudarbejdet, og som derfor ikke er blevet endeligt valideret på hospitalerne.

#### **Genkontakter inden for 72 timers behandlingsansvar**

Nedenfor vises antal patientforløb, hvor der inden for 72 timers behandlingsansvar har været kontakt mellem patienten og hospitalet. Kontakterne omfatter korte og lange fysiske fremmøder på hospitalet, telefonkonsultationer og patientkontakter udenfor hospital. Figur 13 viser udviklingen i antal af kontakter inden for 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler.



Figur 13. Udvikling i antal patienter, hvor der under de 72 timers behandlingsansvar har været en kontakt mellem patienten og hospitalet, fordelt på hospitaler (apr. 2022 – mar. 2023)

På tværs af alle hospitaler ses en stigning i antal patientforløb med kontakter, og udviklingen afspejler også den trinvis implementering med en særlig stigning i antal kontakter fra august til september 2022, hvor borgere, der bor i eget hjem og modtager kommunal sygepleje, også blev omfattet aftalen.

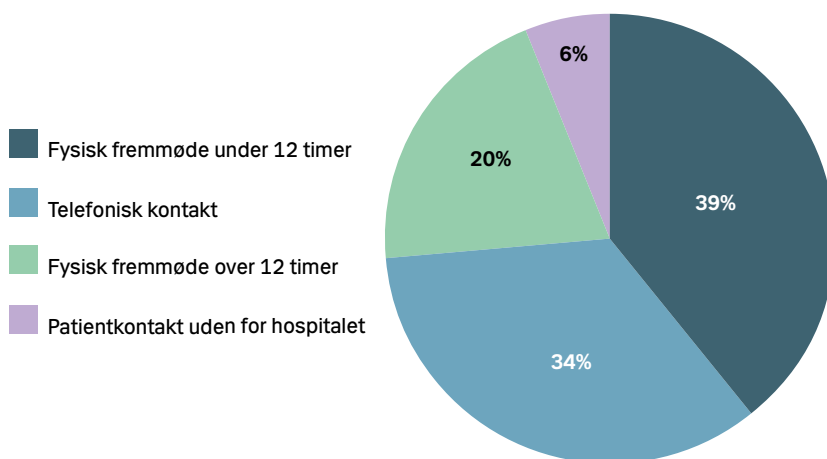
Tabel 5 viser udviklingen i det samlede antal og andel patienter, hvor der har været en kontakt mellem patienten og hospitalet inden for 72 timers behandlingsansvar.

Tabel 5. Udvikling i antal og andel patienter, hvor der under de 72 timers behandlingsansvar har været en kontakt mellem patienten og hospitalet (apr. 2022 – mar. 2023)

	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
<b>Antal patienter med hospitalskontakt under 72 timers behandlingsansvar</b>	145	205	181	208	166	394	425	358	392	437	392	461
<b>Andel patienter med hospitalskontakt under 72 timers behandlingsansvar</b>	19,2%	17,1%	18,2%	17,2%	16,8%	19,7%	18,6%	17,8%	17,5%	18,6%	19,8%	20,7%

Blandt gennemsnitlig cirka 19 % af patienter, der er omfattet af aftalen, har der været en kontakt til hospitalet inden for 72 timers behandlingsansvar. Det dækker over en mindre stigning fra 19,2 % i april 2022 til 20,7 % i marts 2023.

Udviklingen i andel af kontakttyper har været stabil fra april 2022 til marts 2023. I Figur 14 ses fordelingen af kontakttyper indenfor 72 timers behandlingsansvar for marts 2023.



Figur 14. Andel kontakttyper inden for 72 timers behandlingsansvar (mar. 2023)

Figuren viser, at fysiske fremmøder under 12 timers varighed er den hyppigste kontakttipe i marts 2023. For denne kontakttipe har størstedelen – ca. 63 % – en varighed på under fire timer.

Ca. 1/3 af patientkontakterne er telefoniske kontakter, 1/5 er fysiske fremmøder over 12 timer og få patientkontakter er uden for hospital.

Af Tabel 6 fremgår det, at for patienter med en eller flere kontakter til hospitalet fra april 2022 til marts 2023, er antal kontakter stabilt med gennemsnitligt 1,3 kontakter pr. forløb. Tabellen viser ingen tendens til udvikling i andelen af de forskellige kontakttyper over perioden.

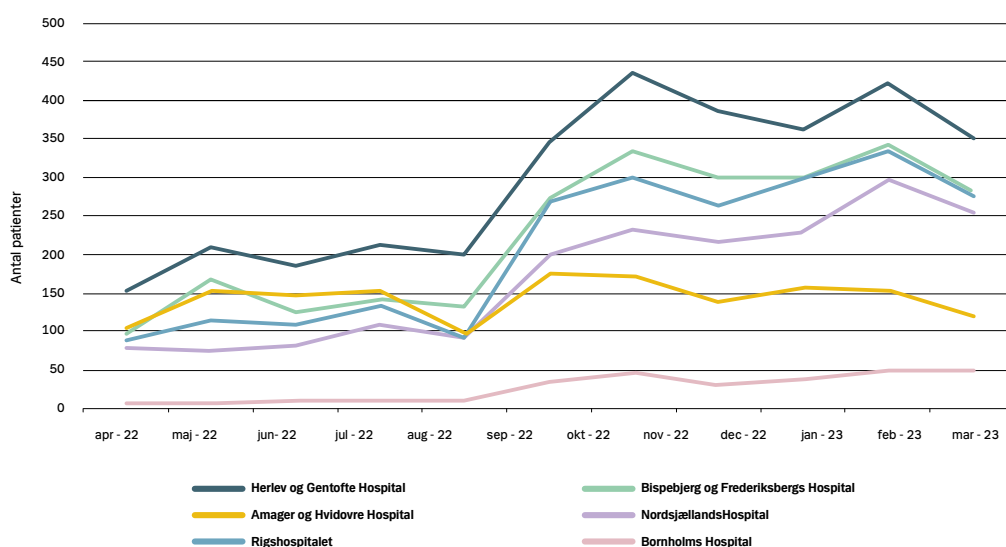
Tabel 6. Udviklingen i antal genkontakter pr. forløb og andel kontakttyper under de 72 timers behandlingsansvar (apr. 2022 – mar. 2023)

	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Antal kontakter pr forløb med kontakt	1,3	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4
Andel fysisk fremmøde under 12 timer	39%	40%	43%	41%	37%	41%	38%	35%	39%	42%	40%	39%
Andel telefonisk kontakt	33%	27%	24%	27%	27%	29%	30%	34%	32%	32%	32%	34%
Andel fysisk fremmøde over 12 timer	20%	26%	23%	27%	29%	23%	28%	20%	24%	21%	23%	20%
Andel patientkontakt udenfor hospital	8%	7%	10%	5%	7%	8%	4%	11%	5%	6%	6%	6%

I bilag Tabel 13 findes uddybende opgørelser bag udviklingen i antal kontakter indenfor 72 timers behandlingsansvar fordelt på kontaktttype samt indekseret udvikling fra september 2022.

### Genkontakter inden for 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar

En opgørelse af kontakter inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar kan anses som indikator for, hvor godt patienternes hospitalsforløb afsluttes. Figur 15 viser udviklingen i antal patienter med én eller flere kontakter til hospitalet inden for 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler.



Figur 15. Udvikling i antal patienter, hvor der inden for 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar har været en kontakt mellem patienten og hospitalet, fordelt på hospitaler (apr. 2022 – feb. 2023)

Tabel 7. Udvikling i antal og andel patienter, hvor der inden for 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar har været en kontakt mellem patienten og hospitalet (apr. 2022 – feb. 2023)

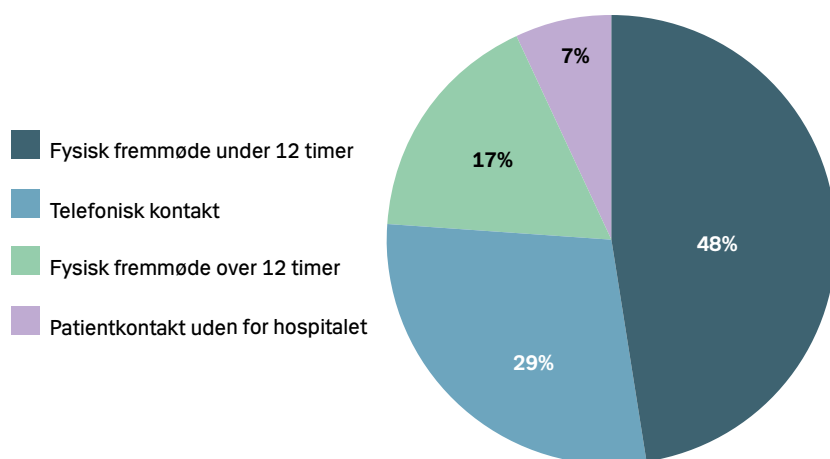
	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23
Antal patienter med hospitalskontakt inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar	523	721	657	754	625	1.290	1.519	1.334	1.376	1.596	1.333
Andel patienter med hospitalskontakt inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar	69,1%	60,0%	66,2%	62,5%	63,3%	64,3%	66,4%	66,3%	61,3%	67,9%	67,3%

For gennemsnitlig 65,1 % af disse patienter har der været en kontakt til hospitalet i perioden op til 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar. Det dækker over et fald fra 69,1 % i april 2022 til 67,3 % i februar 2023.

Figur 16 viser fordelingen af kontakttyper inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar for marts 2023.

Ligesom for kontakter inden for 72 timers behandlingsansvar er fysiske fremmøder under 12 timers varighed den hyppigste kontaktttype i marts 2023, hvoraf ca. 70 % har en varighed på under fire timer.

Telefoniske kontakter er den næst hyppigste kontaktform mellem patient og hospital. Herefter følger fysiske fremmøder over 12 timers varighed, og færrest er patientkontakter uden for hospitalet.



Figur 16. Andel kontakttyper inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar (mar. 2023)

I modsætning til genkontakter inden for 72 timers behandlingsansvar ses der for genkontakter inden for 30 dage efter endt behandlingsansvar en udvikling ift. fordelingen af kontakttyper og antal kontakter pr. forløb. Udviklingen er vist i Tabel 8.

Tabel 8. Udviklingen i antal genkontakter pr. forløb og andel kontakttyper inden for 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar (apr. 2022 – feb. 2023)

	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23
Antal kontakter pr. forløb med kontakt	2,9	2,8	3	3,1	2,8	3,1	3,1	2,9	2,9	3,2	3,2
Andel fysiske fremmøder under 12 timer	48%	51%	50%	49%	46%	52%	47%	47%	49%	48%	48%
Andel telefoniske kontakter	23%	23%	25%	22%	27%	25%	28%	28%	27%	26%	29%
Andel fysiske fremmøder over 12 timer	22%	20%	20%	24%	21%	17%	20%	18%	19%	18%	17%
Andel patientkontakter udenfor hospital	7%	6%	5%	5%	7%	6%	5%	7%	5%	8%	7%



Tabellen viser, at antal kontakter pr. forløb er let stigende fra 2,9 kontakter pr. forløb i april 2022 til 3,2 kontakter pr. forløb i februar 2023. Fra april 2022 til februar 2023 ses desuden en mindre stigning i andelen af telefonkontakter mellem patient og hospital fra 23 % til 29 % og et mindre fald i fysiske fremmøder over 12 timers varighed fra 22 % til 17 %.

I bilag Tabel 14 findes uddybende opgørelser bag udviklingen i antal kontakter indenfor 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar fordelt på kontaktttype samt indekseret udvikling fra september 2022.

### **Medført aktivitet og ydelsestræk i almen praksis**

I løbet af implementeringsperioden er der foretaget interviews med alment praktiserende læger for at afdække, hvorvidt og i hvilket omfang aftalen om 72 timers behandlingsansvar har affødt ændrede arbejdsgange og aktivitet i primærsektoren. Et tema, som går igen i flere af interviewene, er, at de alment praktiserende læger ikke mærker meget til denne aftale til hverdag. Ifølge lægerne er en af årsagerne, at de ikke oplever at blive kontaktet af hverken den kommunale sygepleje eller hospitalet inden for 72 timers behandlingsansvar og derfor ikke er opmærksomme på aftalen:

*”Vi er jo det ben i det her, som... altså når det virker så opdager vi det ikke. Det er ligesom med rengøring, man ser det kun, hvis det ikke er blevet gjort, ikke?”*

(Alment praktiserende læge, september/oktober 2022)

En anden årsag er ifølge lægerne, at aftalen ikke opleves som en aflastning sammenlignet med de øvrige opgaver i almen praksis:

*”Det er så meget andet der fylder. Det er en dråbe i havet ikke? Almen praksis i dag er vildt kompliceret og vi får vildt mange opgaver og nye opgaver. Og der vil jeg sige, det her drukner lidt. Den ene gang om ugen eller ene gang om måneden [hvor man undgår opkald], det tror jeg ikke fylder så meget.”*

(Alment praktiserende læge, september/oktober 2022)

De alment praktiserende læger udtrykte forskellige erfaringer i forhold til, om de får henvendelser fra den kommunale sygepleje under 72 timers behandlingsansvar, og dermed om aftalen har medført ændret aktivitet i primærsektoren. Nogle oplevede næsten ingen kommunale henvendelser som følge af aftalen, nogle oplevede lidt færre henvendelser, og andre kunne slet ikke mærke en forskel i forhold til før, aftalen kom til. Resultater om rollefordeling og inddragelse af almen praksis under 72 timers behandlingsansvar vil blive præsenteret i resultatafsnittet 6.4 Tværsektorielt samarbejde.

### **Opsamling på medført aktivitet og ydelsestræk**

De tre analyser fra Københavns Kommune viser, at der ikke kan observeres en væsentlig ændring i den visiterede kommunale sygepleje som følge af indførelsen af 72 timers behandlingsansvar, men at der er tale om en generel stigning i den visiterede kommunale sygepleje fra 2019-2023. Analyseresultaterne fra Københavns Kommune skal tolkes med forsigtighed, da udviklingen kan skyldes andre forandringer i kommunerne eller hospitalerne samt ændringer i befolkningens alder eller sygelighed.

Resultaterne fra de regionale analyser viser først og fremmest, at aftalen ikke har medført den belastning i opkald, som man havde forventet. Det viser sig, at de fleste opkald foretages i dagtimerne på hverdage, og langt størstedelen af opkaldene varer 0-5 minutter.

Der ses en stigning i antallet af genkontakter mellem patient og hospital med stigende antal patienter omfattet af aftalen. I alt har 19 % af patienterne haft en genkontakt i løbet af 72 timers behandlingsansvar, og ca. 65 % har haft en genkontakt i løbet af 30 dage efter endt behandlingsansvar. Den hyppigste form for genkontakt er fysisk fremmøde under 12 timers varighed for både genkontakter i løbet af 72 timers aftalen og genkontakter i op til 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar. Blandt genkontakter efter endt behandlingsansvar ses en tendens til en mindre stigning i andelen af telefonkontakter mellem patient og hospital over tid samt en tendens til et mindre fald i fysiske fremmøder over 12 timers varighed.

De alment praktiserende læger mærker ikke meget til aftalen i daglig praksis, og der er varierende erfaringer blandt alment praktiserende læger ift. om aftalen på nuværende tidspunkt har medført ændret aktivitet i primærsektoren, heraf hvorvidt der opleves færre kommunale henvendelser som følge af aftalen. De varierende erfaringer er forventeligt, da der også forventes at være forskel i implementeringsniveau på tværs af kommuner.

### 6.3 Anvendelse af aftalen

I det følgende beskrives de sundhedsprofessionelles erfaringer med at anvende aftalen, herunder identifikation af målgruppe ved udskrivelse, kontaktårsager samt løsninger på opkald. Desuden beskrives erfaringerne med at eftersende korrespondancemeddelelser i forbindelse med opkald, og afslutningsvis opsummeres incitamenter og barrierer for at anvende aftalen på tværs af hospital og kommunal sygepleje.

#### **Identifikation af målgruppe**

Ved udskrivelse af en patient skal sundhedsprofessionelle på hospitalet afgøre, om patienten skal omfattes af aftalen. Hospitalerne kan af den automatisk fremsendte indlæggelsesrapport fra kommunerne se, om borgeren har modtaget kommunal sygepleje forud for indlæggelsen. Hvis det er tilfældet, og borgeren har været indlagt over 24 timer, skal vedkommende udskrives med 72 timers behandlingsansvar. Tilsvarende skal borgere, som ikke initialt modtager kommunal sygepleje, men som hospitalet vurderer har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse 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, så hospitalerne har adgang til de nødvendige oplysninger i indlæggelsesrapporten. Blandt de interviewede sundhedsprofessionelle på plejecentre nævnte de fleste udfordringer med at huske at registrere, at borgeren bor på plejecenter i den manuelle indlæggelsesrapport – og nogle steder var de ikke bevidste om, at de skulle gøre det:

*”Det var lige præcis noget af det, vi skulle være lidt ekstra opmærksomme på. Det er stadig en proces, vil jeg sige, i forhold til at få husket det.”*

(Kommunal sygeplejerske ansat på plejecenter, august 2022)

#### **Fremsendte udskrivningsrapporter og angivelse af 72 timers behandlingsansvar**

For at sikre at kommunerne er orienterede om, at en borger er omfattet af 72 timers behandlingsansvar samt hvilket telefonnummer, de kan kontakte hospitalet på, er det aftalt, at disse informationer skal fremgå af den fremsendte udskrivningsrapport til kommunen. Det er derfor afgørende, at der for alle patienter omfattet af aftalen fremsendes en udskrivningsrapport til kommunen. I forbindelse med implementeringen af aftalen er der blevet monitoreret på udviklingen i andelen af udskrevne patienter med 72 timers behandlingsansvar, for hvem der har været fremsendt en udskrivningsrapport.

Figur 17 og Tabel 9 viser udviklingen i hhv. antal og andel fremsendte udskrivningsrapporter for patienter omfattet af aftalen sammenholdt med det samlede antal patienter, der er omfattet af aftalen.



Figur 17. Udvikling i antal fremsendte udskrivningsrapporter (USR'er) og antal patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar (feb. 2022 - mar. 2023) (ikke korrigeret for flere antal fremsendte USR'er pr. patient)

Tabel 9. Udvikling i andel af patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar, for hvem der har været fremsendt en udskrivningsrapport (feb. 2022 - mar. 2023) (korrigeret for flere antal fremsendte USR'er pr. patient)

	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Andel af patienter med 72 timers behandlingsansvar, hvor der sendes en USR	76%	78%	79%	83%	79%	80%	84%	85%	87%	86%	86%	84%	85%	85%

Sammenholdes antallet af fremsendte udskrivningsrapporter med antal patienter opstartet i 72 timers behandlingsansvar, blev der i marts 2023 fremsendt en udskrivningsrapport for gennemsnitligt 85 % af alle patienter med 72 timers behandlingsansvar. Til sammenligning ses det i datapakken\* for det nære sundhedsvæsen, som rapporterer tal på regionalt niveau, at der i marts 2023 kun blev sendt udskrivningsrapporter til kommunerne for knapt 45 % af de patienter, som kommunerne burde have modtaget udskrivningsrapporter for. Den store forskel i antallet af fremsendte udskrivningsrapporter kan tyde på, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar har medført et større fokus på at fremsende udskrivningsrapporter til kommunen, end før aftalen blev indgået.

\* Datapakken om Det Nære Sundhedsvæsen udarbejdes af Center for Økonomi i Region Hovedstaden og indeholder data vedr. populationsoverblik, sårbare ældre, kroniker- og psykiatriområdet. Datapakker har til formål at give et indblik i klyngens population, input til prioritering af indsatser og inspiration til videre undersøgelser.

I bilag Tabel 15 findes uddybende opgørelser om antal fremsendte udskrivningsrapporter fordelt på hospitaler.

Langt de fleste utilsigtede hændelser, hvor 72 timers behandlingsansvar indgår, handler om manglende oplysninger om 72 timers behandlingsansvar i udskrivningsrapporter fra hospital til kommune. Den manglende angivelse af 72 timers behandlingsansvar i udskrivningsrapporten understøttes af interview- og auditdata. I nogle hændelser beskrives mangelfulde udskrivningsrapporter, hvoraf det ikke fremgår, hvem der har behandlingsansvaret. I andre hændelser drejer det sig om et manglende telefonnummer eller begge dele.

Sundhedsprofessionelle på hospitalet påpegede, at det kan være svært at huske at få oprettet patienterne i Sundhedsplatformen med et 72 timers behandlingsansvarsforløb, særligt på de afdelinger, hvor kun en lille andel af patienterne skal omfattes af aftalen:

*”Det er jo en af de ting, jeg slet ikke forstår, hvorfor jeg skal trykke på nogle knapper for at oprette et 72 timers forløb. Det forstår jeg ikke bare sker automatisk. Altså hvorfor er der i Sundhedsplatformen lagt en model ind, hvor jeg kan komme til at glemme det?”*

(Hospitalslæge, juni 2022)

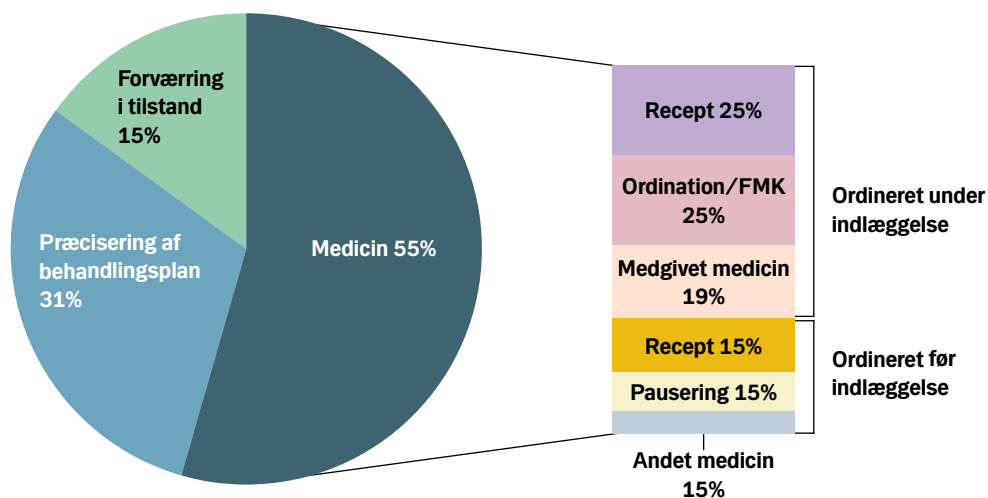
Resultater fra interviews og journalaudits viser dog, at hvis telefonnummeret mangler i udskrivningsrapporten, så formår de sundhedsprofessionelle i kommunen alligevel at finde et telefonnummer og ringe til den udskrivende afdeling. Flere steder har de sundhedsprofessionelle på forhånd et overblik over telefonnumrene til de forskellige hospitaler, netop for at sikre sig de nødvendige kontaktinformationer i tilfælde af behov for at kontakte den udskrivende afdeling efter en udskrivelse.

### **Anvendelse og besvarelse af opkald til hospitalet**

I det følgende vil det blive beskrevet, hvad de kommunale henvendelser inden for 72 timers behandlingsansvar handler om, hvordan sundhedsprofessionelle i kommunerne har oplevet at anvende aftalen, og hvad opkaldene har resulteret i.

### Kontaktårsager

Figur 18 viser en opgørelse af, hvilke typer kontaktårsager hospitalerne har registreret



Figur 18. Andel registrerede opkald fordelt på kontaktårsager og uddybet for medicin (uge 44)

Det ses, at størstedelen af de registrerede opkald handler om medicin (55 %), mens øvrige opkald handler om præcisering af behandlingsplan (31 %) og forværring i tilstand (15 %). Det underbygges af fund fra interviews med sundhedsprofessionelle, der tilsvarende fortalte, at de fleste opkald handler om medicin. Knap 70 % af medicinproblemstillingerne omhandler medicin, der er ordineret under indlæggelsen, fordelt på spørgsmål om recepter, ordinationsfejl i det Fælles Medicinkort (FMK) og fejl i andet medgivet medicin.

De adspurgte sundhedsprofessionelle i kommunerne fortalte, at de generelt får hurtigere hjælp ved opkald til hospitalet i forbindelse med aftalen, og at det særligt gælder ved opkald om medicin.

*”Hvis det er FMK eller der er et eller andet, der mangler at blive afstemt, så er de ret hurtige og effektive til at rette det faktisk, hvis man ringer derind. Så det synes jeg klart er blevet bedre end førhen.”*

(Kommunal sygeplejerske, der foretager hjemmebesøg, februar/marts 2023)

Blandt nogle sundhedsprofessionelle i kommunen blev det påpeget, at de er mere tilbøjelige til at ringe end før, fordi aftalen nu giver dem ret til at ringe og få hjælp. Nogle sundhedsprofessionelle i kommunerne fortalte dog også, at de er i tvivl om, hvilke problemstillinger de egentlig må ringe om til hospitalet, fx om det også gælder medicin, som ikke er ordineret under indlæggelsen eller andre spørgsmål, der ikke er relateret til indlæggelsen.

*”Jeg troede faktisk kun, at det handlede om, eller sådan som jeg havde forstået det, så var det indenfor det, der har med den udskrivelse og den indlæggelse, som der har været, som der kan være opfølgende spørgsmål til.”*

(Kommunal sygeplejerske, der foretager hjemmebesøg, februar/marts 2023)

Nogle nævnte, at de ikke vil misbruge aftalen og forstyrre hospitalet med ovenstående problemstillinger. Flere i den kommunale sygepleje fortalte, at de derfor har ringet til egen læge under de

72 timer, enten fordi de vurderede, at egen læge ville være bedst til at hjælpe eller på grund af manglende viden om, at det ifølge aftalen kun er hospitalet, der skal kontaktes under de 72 timers behandlingsansvar.

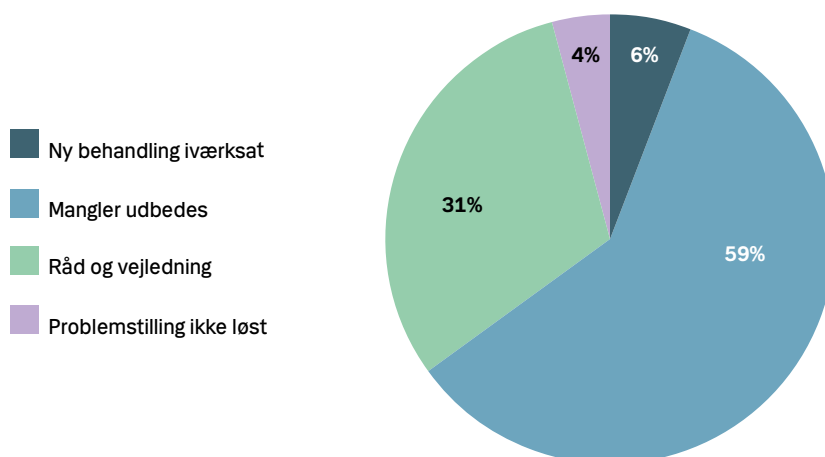
Om opkald opleves relevante eller ej, var også et gennemgående tema i interviewene med sundhedsprofessionelle på hospitalet, hvor oplevelsen særligt varierer mellem hospitalsspecialer og afdelingstyper. I de bredere specialer (fx geriatrien) opleves opkald indenfor 72 timers behandlingsansvar generelt som en kerneopgave, da de sundhedsprofessionelle har stærke kompetencer til at besvare et bredt omfang af spørgsmål. I de "smalle" specialer (fx inden for kirurgi) opleves de mere generelle problemstillinger, som rækker ud over specialet, som en stor belastning, da de specialiserede sundhedsprofessionelle på hospitalet kan føle sig mindre kompetent til at besvare opkald. At have behandlingsansvar uden for hospitalet og håndtere problemstillinger ved telefonvisitation er et nyt og svært område for mange sundhedsprofessionelle og især i de "smalle" specialer.

### **Resultat af opkald**

Figur 19 viser, hvad opkaldene inden for aftalen resulterede i.

I alt resulterede 59 % af opkaldene i, at mangler blev udbedret, eksempelvis udbedring af ordinationsfejl i FMK eller manglende recepter på medicin. I 31 % af opkaldene resulterede opkaldene i råd og vejledning, og i få tilfælde blev en ny behandling iværksat (6 %), eller problemstillingen blev ikke løst (4 %).

Blandt de registrerede opkald var der desuden sjældent behov for at involvere andre sundhedsprofessionelle i problemstillingen. I 3 % af opkaldene var resultatet en indlæggelse, i 1 % en subakut tid, og i blot 4 % af opkaldene var der behov for at involvere andre specialer.

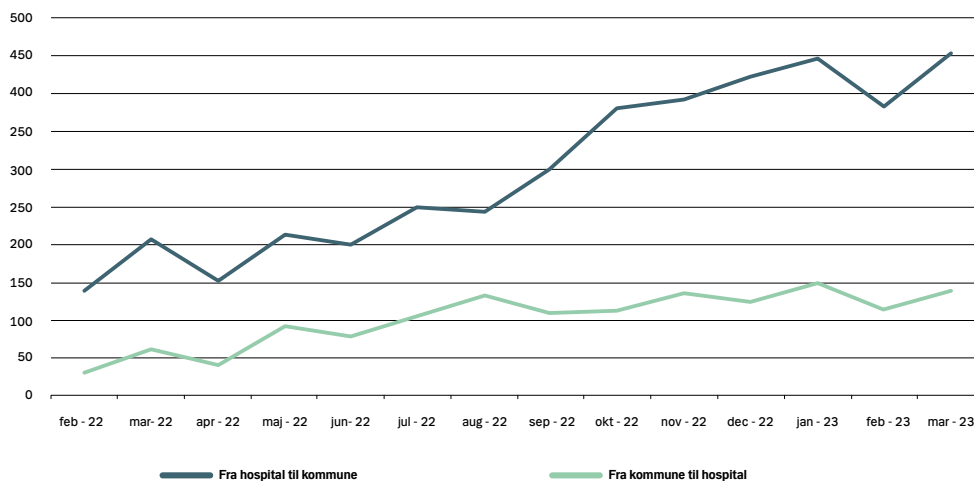


Figur 19. Andel registrerede opkald fordelt på resultat (uge 44)

De sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje fortalte, at det i nogle tilfælde kunne være svært at få kontakt til en behandlingsansvarlig læge fra den udskrivende afdeling. Det understøttes af nogle af de rapporterede utilsigtede hændelser, hvor der beskrives en problematik omhandlende, hvor svært det kan være for kommunerne at få den rette hjælp med forsinkelse i borgerens behandling til følge. Det beskrives som vanskeligt både at få kontakt til den behandlingsansvarlige afdeling og at komme i kontakt med rette sundhedsperson på afdelingen, der kan og vil hjælpe personalet i primærsektor med borgernes behandling. Som følge heraf anvender kommunerne flere ressourcer på at skulle ringe gentagne gange. Dette vil blive beskrevet nærmere i resultatafsnittet 6.4 Tværsektorielt samarbejde.

### **Eftersendelse af korrespondancemeddelelser**

Det fremgår af aftalen, at telefonopkald mellem kommune og hospital skal følges op af fremsendelse af en korrespondancemeddelelse fra hospital til kommune, såfremt der sker præciseringer eller ændringer af behandlingsplan, ordination af medicin og lignende. Af Figur 20 fremgår det, at der har været en stigning i udviklingen i antal fremsendte korrespondancemeddelelser mellem hospital og kommuner, siden aftalen blev implementeret.



Figur 20. Antal fremsendte korrespondancemeddelelser mellem hospitaler og kommuner, (feb. 2022- mar. 2023)

Tabel 10 viser den indekserede udvikling i antal fremsendte korrespondancemeddelelser mellem hospitaler og kommuner samt antal korrespondancemeddelelser pr. patientforløb.

**Tabel 10. Udvikling i antal fremsendte korrespondancemeddelelser (KM'er) mellem hospitaler og kommuner og antal KM'er pr. patientforløb (feb. 2022 - mar. 2023)**

		feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Fra hospital til kommune	Antal KM'er i alt	138	205	153	212	202	252	242	303	382	392	422	447	385	452
	Indekseret udvikling sep.22 = 100								100	126	129	139	148	127	149
	Antal KM'er pr. patient	0,21	0,25	0,2	0,18	0,2	0,21	0,24	0,15	0,17	0,19	0,19	0,19	0,19	0,2
Fra kommune til hospital	Antal KM'er i alt	32	60	41	92	79	108	134	110	113	135	124	148	114	140
	Indekseret udvikling sep.22 = 100								100	103	123	113	135	104	127
	Antal KM'er pr. patient	0,05	0,07	0,05	0,08	0,08	0,09	0,14	0,05	0,05	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06

Der ses særligt en stigning fra august 2022 til september 2022 svarende til den sidste udvidelse af målgruppen fra 1. september 2022. For antal fremsendte korrespondancemeddelelser fra hospital til kommune viser den indekserede udvikling i perioden september 2022 til marts 2023 en stigning på 49 %. Antallet af korrespondancemeddelelser sendt fra kommune til hospital er betydeligt lavere end antallet sendt fra hospital til kommune, hvilket er forventeligt, da det typisk er hospitalet, der skal præcisere en behandlingsplan, medicinændringer mm. Fra september 2022 til marts 2023 ses en stigning i antal fremsendte korrespondancemeddelelser på 27 % fra kommuner til hospital.

I bilag Tabel 16 og Tabel 17 findes uddybende opgørelser om antal fremsendte korrespondancemeddelelser mellem hospital og kommune fordelt på hospitaler.

Resultater fra tværsektorielle journalaudits på midlertidige døgnpladser viser, at der i meget få tilfælde bliver sendt en korrespondancemeddelelse i forbindelse med et opkald (2 ud af 36 opkald ≈ 6 %). Det blev vurderet, at det var relevant at sende en korrespondancemeddelelse i 24 ud af de 36 opkald svarende til 2/3 af opkaldene i de situationer, hvor der bliver ordineret ny medicin, ændret på behandlingsplanen eller henvist til egen læge.

Resultater fra interviews med sundhedsprofessionelle på hospitalet viser, at arbejdsgangen med at sende korrespondancemeddelelser opleves som teknisk besværlig, tidskrævende og i mange tilfælde ikke relevant for de sundhedsprofessionelle. Derfor bliver der i mange tilfælde ikke sendt en korrespondancemeddelelse, selvom den ifølge aftalen burde blive sendt. Sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje efterspørger, at der eftersendes korrespondancemeddelelser, så opkaldet dokumenteres, og de kan være sikre på, at der er taget ansvar for problemstillingen.

### **Opsummering af incitament og barrierer for at anvende aftalen**

På tværs af den kommunale sygepleje og på hospitaler er der således forskellige incitament og barrierer for at anvende aftalen. I den kommunale sygepleje er incitamenterne især at få hurtigere og bedre hjælp til behandling af en borger. Der kan desuden være større villighed til at ringe til hospitalet, fordi det nu er en ret for den kommunale sygepleje, og fordi behandlingsansvaret netop er pla-



ceret hos hospitalet. For både sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje og på hospitalet er det en motivation at forbedre det tværsektorielle samarbejde og øge kvaliteten i behandlingen. Desuden er det i begge sektorer et incitament for at bruge aftalen, at det er en politisk beslutning, at hospitalet har et forpligtende behandlingsansvar, og at aftalen er kommet for at blive.

Både i den kommunale sygepleje og på hospitalet er manglende kendskab til aftalens indhold en stor barriere for at anvende aftalen. Fastlåste vaner i forhold til tidligere arbejdsgange kan gøre, at sundhedsprofessionelle på hospitalet kan glemme at angive telefonnummer i udskrivningsrapporten, og omvendt at sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje kan glemme, at de må ringe. Øvrige barrierer er, at det kan opleves som tidskrævende, at der opleves manglende IT-understøttelse eller vurderinger af, hvorvidt den pågældende problemstilling er relevant at ringe om. Incitamenter og barrierer for at anvende aftalen er kort opsummeret i Tabel 11.

**Tabel 11. Incitamenter og barrierer for at anvende aftalen**

	Incitamenter	Barrierer
Kommunal sygepleje	Få hurtig og bedre hjælp Skabe bedre tværsektorielt samarbejde Skabe øget kvalitet i behandlingen Forpligtende behandlingsansvar – rettighed til at ringe og få hjælp	Kendskab til aftalens eksistens og omfang Manglende tif.nr. i USR Fastlåste vaner – huske at ringe Oplevelse/antagelser om relevans af henvendelsen
Hospital	Forpligtende behandlingsansvar Skabe bedre tværsektorielt samarbejde Skabe øget kvalitet i behandlingen Skabe opmærksomhed på, hvor udskrivelsesprocesser kan optimeres	Kendskab til aftalens eksistens og omfang IT-understøttelse og øget administrativt arbejde Fastlåste vaner – huske at angive tif.nr. Oplevelse af relevans i forhold til speciale

## 6.4 Tværsektorielt samarbejde

Blandt de adspurgte sundhedsprofessionelle er der på tværs af alle tre sektorer bred enighed om, at det udvidede behandlingsansvar er et skridt på vej mod bedre tværsektorielt samarbejde om de sårbare borgere, der har behov for kommunal pleje og/eller støtte efter afsluttet hospitalsbehandling. Der er også stor forståelse for, at der kan opstå gnidninger undervejs i det tværsektorielle samarbejde, og at det er en læringsproces for alle at tilvænne sig nye arbejdsgange. I dette afsnit opsamles erfaringerne på kvaliteten af den tværsektorielle dokumentation og samarbejdet mellem den kommunale sygepleje, hospitalet og almen praksis under 72 timers behandlingsansvar.

### **Kvalitet af tværsektoriel dokumentation**

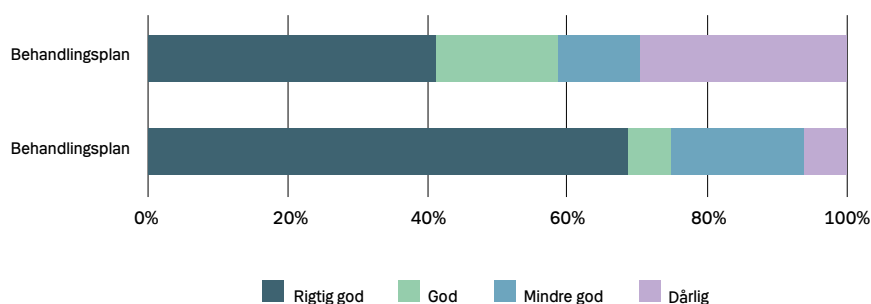
I den kommunale sygepleje er det udskrivningsrapporten, der udgør den vigtigste dokumentation på borgerens indlæggelsesforløb og plan for pleje og behandling efter udskrivelse. Generelt opleves der et stort dokumentationskrav for sundhedsprofessionelle i både kommune og på hospital. Dette kom bl.a. til udtryk blandt interviewpersoner fra den kommunale sygepleje, som beskrev, at det kan være et svært puslespil at få oplysningerne til at passe sammen, og at der ikke altid er gennemsigtighed på tværs af de forskellige dokumenter.

Interviewpersoner fra hospitalet oplever også, at de skal udfylde mange forskellige dokumenter, hvilket kan være tidskrævende og resultere i mangelfulde udskrivningsrapporter til kommunen:

*”Det kan faktisk godt være, du har lavet sådan en ret grundig plejeforløbsplan. Og så skal du sidde og skrive fuldstændig det samme i udskrivningsrapporten. Og så kan det godt være, du nogle gange bliver sådan lidt mere: ”jeg har jo skrevet det en gang”, så bliver man lidt mere i stikordsformat måske, og så bliver den sendt afsted. Og så er det jo klart de har undrende spørgsmål, det giver faktisk ret god mening.”*

(Hospitalssygeplejerske, juni 2022)

Registreringsdata fra Sundhedsplatformen viser som tidligere beskrevet en stigning i antallet af fremsendte udskrivningsrapporter for patienter, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar. Langt flere af disse patienter får en udskrivningsrapport. Denne stigning i antal fremsendte udskrivningsrapporter forventes at kunne afhjælpe nogle af de udfordringer, som både den kommunale sygepleje og sundhedsprofessionelle på hospitalet oplever ved at skulle udfylde flere dokumenter samt med de uoverensstemmelser, der kan være herimellem.



Figur 21. Vurdering af behandlings- og genoptræningsplaner fra tværsektorielle journalaudits

Resultater fra de tværsektorielle journalaudits på midlertidige pladser viser, at syv ud af 17 behandlingsplaner i udskrivningsrapporten og fire ud af 16 genoptræningsplaner blev vurderet som mindre gode eller dårlige, fx mangelfulde eller upræcise (Figur 21).

Endvidere viser resultater fra de tværsektorielle journalaudits, at i seks ud af 20 patientforløb var der ikke overensstemmelse mellem FMK og den udleverede medicin. I nogle utilsigtede hændelser fremgår det tilmed, at patientens medicin ikke er afstemt inden udskrivelse. I disse tilfælde kontakter kommunen den udskrivende afdeling for at få ajourført medicinkortet. I nogle tilfælde er det vanskeligt at få kontakt til den rette sundhedsperson, som kan afstemme medicinen. Manglende recepter på medicin og uoverensstemmelse mellem ordinationer og udleveret medicin kan forsinke behandlingen i kommunen, og der er tilmed risiko for fejlmedicinering.

Resultaterne fra de tværsektorielle journalaudits viser desuden, at størstedelen af opkaldene til hospitalet kan forebygges ved adgang til epikrise og gennem øget gennemsigtighed i behandlingsplanen samt overensstemmelse mellem ordinationer og udskrevne recepter ved udskrivelse. Den kommunale sygepleje har begrænset adgang til journaloplysninger, og der var netop stor efterspørgsel på at få adgang til epikrise, SP-link og sundhedsjournalen for at få flere informationer om borgerens forløb fra indlæggelsen og plan for behandling i kommunen.

Blandt de adspurgte alment praktiserende læger har flere oplevet en forbedring af udskrivningsepikriser og udskrivelsesprocesser som følge af aftalen. De oplever, at der fra hospitalernes side er kommet et større fokus på den fremadrettede behandlingsplan efter udskrivelsen og et større fokus på ikke at få patienterne indlagt igen:

*"Der er lige pludselig et fokus på, at patienten ikke bare bliver udskrevet, men også bliver udskrevet og ikke kommer tilbage igen. Det er nyt. Nu har jeg været her i 20 år, og det har jeg ikke oplevet før. (...) netop det, at det er 72 timer, det betyder noget, fordi man er nødt til som udskrivende afdeling at tænke lidt længere."*

(Alment praktiserende læge, september/oktober 2022)

Det stemmer overens med, at flere af de sundhedsprofessionelle på hospitalet påpegede et fokus på lokal opfølgning på udskrivelsesprocesser for at forebygge opkald til hospitalet.

### **Kommunikation, tillid og kendskab på tværs af sektorer**

Det tværsektorielle samarbejde kan påvirkes af, hvilket kendskab de sundhedsprofessionelle på tværs af hospital og kommuner har til hinandens rammer og arbejdsbetingelser.

På de fleste midlertidige døgnpladser, plejecentre og i den øvrige kommunale sygepleje oplever de adspurgte sundhedsprofessionelle, at hospitalet har begrænset kendskab til, hvad de må og kan i kommunen. Eksempelvis genfortalte en kommunal sygeplejerske en dialog med en sundhedsprofessionel på hospitalet ifm. en utilsigtet hændelse, hvor det manglende kendskab spillede en rolle i det tværsektorielle samarbejde:

*"Jamen, vi [sundhedsprofessionelle på hospitalet] ved jo ikke, hvad det er, I ikke kan. Er det virkelig rigtigt? Har I slet ikke noget medicin ude hos jer?' Og nej, det har vi ikke. 'Og I har ikke noget ilt, I har ikke noget sug?' Nej, det har vi ikke."*

(Kommunal sygeplejerske ansat på midlertidig døgnplads, marts 2022)

72 timers behandlingsansvar skaber øget tilgængelighed i samarbejdet mellem hospitalet og kommunen, og aftalen bidrager allerede til øget kendskab til hinandens sektorer. Uanset er det essentielt, at der er en gensidig tillid til og respekt for hinandens faglighed på tværs af hospital og kommune.

Hvis man skal have den gode dialog om en borger, skal der være en fælles forståelse af situationen. Flere af de sundhedsprofessionelle fra hospitaler og kommuner påpegede, at de stiller krav til de faglige kompetencer hhv. hos den, der ringer og den, der besvarer opkaldet. De sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje forventer at få kontakt til en, der kender til borgerens forløb. De sundhedsprofessionelle på hospitalet foretrækker, at det er sygeplejersker, der ringer, og det imødekommer kommunerne, hvis det kan lade sig gøre. Det er dog oftest i dagstiden, at sygeplejerskerne har vagt, og derfor må hjælpere eller assistenter ringe i de resterende tidsrum, hvis der er behov for det. En hospitalslæge beskrev fx, at der ved højere kompetenceniveau er større fælles forståelse for situationen:

*"Det er alle [typer faggrupper] der ringer. Hvad kan man sige, jo mere kompetence, jo mere ligetil er forståelsen mellem hinanden, men alle skal jo være velkomne til at ringe."*

(Hospitalslæge, juni 2022)

De sundhedsprofessionelle på hospitalet stiller tilmed krav til, at de kommunalt ansatte sundhedsprofessionelle er velforberejdede, inden de kontakter hospitalet, fx ved brug af ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd) – en tjekliste til sikker mundtlig kommunikation om en borgers helbredstilstand og behandling. De sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje forsøger så vidt muligt at gennemgå al dokumentation fra hospitalet, gennemgår ISBAR-princippet og sparer gerne med en kollega, inden opkald foretages. En hospitalslæge anerkendte desuden, at det kræver tid og erfaring for dele af de sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje at lære, hvordan man giver relevante kliniske oplysninger over en telefon:

*”Det er nogle gange, de har ringet og sagt ’patienten er blevet dårligere’, altså jeg skal have... du er mine øje nu, så du bliver nødt til hjælpe mig med lidt flere oplysninger. Det tænker jeg også er en skoling hen ad vejen, hvordan man giver kliniske oplysninger over en telefon, som skal være anvendeligt for den anden, der sidder og hverken kan se eller høre patienten.”*

(Hospitalslæge, juni 2022)

Flere af de adspurgte sundhedsprofessionelle på hospitalet italesatte, at det netop kan opleves utrygt at træffe beslutninger og give råd om en borgers behandling gennem telefonisk visitation, som er et nyt område for mange. Oplevelsen af opkald på tværs af den kommunale sygepleje og hospitalet bærer også præg af, at der er en forskel i bagatelgrænser. Således opleves nogle problematikker som alvorlige i kommunen, mens de opleves som mindre betydelige på hospitalet. Omvendt nævnte en hospitalslæge, at nogle problematikker i kommunen kan opleves og forstås som mere alvorlige af en specialiseret hospitalslæge, end de egentlig er:

*”De [almen praksis, red] er uddannede i at visitere over telefonen og varetage problemstillinger. Når jeg hører om feber, så tænker jeg infektion i det, jeg har opereret og skal vurdere det. Det er det eneste, jeg tænker (...) Det er vi ikke gearet til. Det kan lyde banalt, men det er bare ikke vores hverdag. Vi er ikke vant til at se raske, kun syge, og hvis vi hører om noget sygeligt, så gør vi det måske mere sygeligt, end en praktiserende læge måske ville gøre.”*

(Hospitalslæge, juni 2022)

### **Forpligtende behandlingsansvar og fralæggelse af ansvar**

Flere af de adspurgte fra hospitalerne gav udtryk for, at besvarelse af kommunale henvendelser om opfølgning på en udskrivelse er en opgave, som de i forvejen påtog sig, eller burde have påtaget sig. At der nu er en politisk aftale, gør, at de er forpligtede til at påtage sig opgaven og tage ansvar for at følge op på udskrivelserne.

*”Det er virkelig essentielt, at vi gør et eller andet. Og der vil jeg sige, der er det her jo en rigtig god start, fordi vi forpligter os til noget. Og det der har manglet, det har været nogle forpligtende aftaler.”*

(Hospitalslæge, juni 2022)

Flere af de adspurgte i den kommunale sygepleje bemærkede, at hospitalet i højere grad tager ansvar for at følge op på udskrivelserne og for kommunens henvendelser inden for de 72 timer. Flere oplever dog også, at hospitalet har svært ved at tage ansvaret for behandlingen ved de mere komplekse problemstillinger. Det handler fx om:

- at ordinere en indsats, der skal varetages i den kommunale sygepleje, og som hospitalslægen ikke har tilstrækkeligt kendskab til
- at ordinere behandling eller medicin, der ikke er relateret til indlæggelsen, fx vanlig medicin af kronisk sygdom
- når nye problematikker støder til under borgerens forløb i kommunen, hvor der er behov for involvering af andre specialer end det speciale, borgeren er udskrevet fra
- stillingtagen til behandlingsniveau, terminale eller palliative forløb.

I nogle utilsigtede hændelser fremgår det, at afdelingerne henviser til Akuttefonen 1813 eller almen praksis i stedet for at tage stilling til fx indlæggelse og ordinationer. Resultater fra interviews og fra tværsektorielle journalaudits understøtter, at opkald i nogle tilfælde bliver afvist af hospitalet. Alternativet er ofte at ringe til egen læge, og her kan den kommunale sygepleje risikere, at opkaldet ligeledes afvises. Behandlingsansvaret bliver dermed sluppet, og der er risiko for stort tidsforbrug, u hensigtsmæssige kontakter og utilsigtede hændelser. En sygeplejerske fra en midlertidig døgnplads fortalte fx:

*"Jeg havde en borger, der i mine øjne skulle genindlægges, og så får jeg fat i udskrivende afdeling og de siger, at de ikke har plads, og det kan de ikke tage stilling til lige nu, så de beder mig om at ringe 1813. Og så skal jeg igennem hele møllen med 1813, hvor 1813-lægen ringer til den udskrivende afdeling alligevel for at konferere med en eller anden bagvagt for til sidst for at få vedkommende indlagt."*

(Kommunal sygeplejerske ansat på midlertidig døgnplads, marts 2022)

I det følgende afsnit uddybes behovet for og uklarhederne i forhold til at involvere andre kontakter i sundhedsvæsenet under 72 timers behandlingsansvar.

### **Rollefordeling og inddragelse af almen praksis**

Det var gældende på tværs af den kommunale sygepleje, at det opleves som vigtigt at komme i kontakt med en læge, der kender til borgerens forløb og den specifikke problemstilling. Derfor vurderede de adspurgte sundhedsprofessionelle, at aftalen har særlig stor betydning i aftentimer og weekender, hvor alternativet førhen var at bruge Akuttefonen 1813, hvor de sundhedsprofessionelle slet ikke kender til patienten.

Et af formålene med aftalen er at tydeliggøre arbejdsgange blandt sundhedsprofessionelle i hhv. kommune, hospital og almen praksis. Nogle sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje gav imidlertid udtryk for, at de foretager en individuel vurdering af, hvem der bedst kan hjælpe, i forhold til at vælge at kontakte hospitalet eller egen læge. På plejecentre har de sundhedsprofessionelle et større kendskab til borgerne og generelt en større tilknytning til almen praksis. På plejecentre med en plejehjemslæge tilknyttet er der særlig tilbøjelighed til at konferere med plejehjemslægen fremfor at ringe til hospitalet. Blandt de adspurgte fra den kommunale sygepleje, der foretager hjemmebesøg, er der også en udtalt brug af henvendelser til egen læge, primært på grund af manglende kendskab til aftalen og muligheden for at ringe til hospitalet.

Ved problematikker vedrørende medicin, pleje af kronisk sygdom og palliative/komplekse forløb vurderede flere sundhedsprofessionelle fra den kommunale sygepleje, at det i højere grad giver mening at involvere egen læge. Flere vurderede, at egen læge kender borgeren bedst og derfor fx har et bedre udgangspunkt for at tage den svære samtale om behandlingsniveau:

***"Jeg synes helt klart, det er bedst, når det er praktiserende læge [der tager ansvaret for terminalt syge borgere]. Men jeg synes godt, det kunne have gjort processen lettere for borgerne og de pårørende, hvis de her samtaler var blevet taget på forhånd i hospitalsregi."***

(Kommunal sygeplejerske ansat på midlertidig døgnplads, marts 2022)

På tværs af hospitalet og den kommunale sygepleje blev der udtrykt uklarheder i forhold til, hvem der skal tage ansvar for medicin og komplekse forløb, og her var der delte holdninger til involvering af egen læge under de 72 timer. Dog er det gældende på tværs af den kommunale sygepleje, at der er behov for en klar rollefordeling mellem hospital og egen læge, da der kan opstå misforståelser om, hvornår det er relevant at inddrage egen læge. Hvis der er behov for direkte kontakt til borgerens egen læge, skal hospitalslægen benytte egen læges direkte sekundærnummer/bagonummer\*. Det er et gennemgående fund i interviewene, at sundhedsprofessionelle på hospitalet ikke benytter sig af denne mulighed, fordi de antager, at det er besværligt og tidskrævende at kontakte egen læge.

Et interview med en hospitalslæge underbygger dette:

***"[...] Men jeg synes, det giver jo meget god mening, at det er egen læge, der er inde over det, men egen læge vil jo sige: 'Altså den her, hører den ikke under 72-timers ansvar, og jeg ved jo ikke, hvad de har gjort ved medicinen, og hvad har det ændret, og det kan jeg ikke se og sådan noget'. Og det er enormt svært at få fat i egen læge for dem."***

(Hospitalslæge, juni 2022)

Resultaterne fra interviews med alment praktiserende læger viser, at de sjældent eller aldrig bliver kontaktet af hospitalet, og de opfordrer til, at hospitalet udnytter muligheden til at kontakte almen praksis under de 72 timer, hvis det er relevant.

***"Jeg ville synes, det var et glimrende samarbejde, hvis en [hospitalslæge] oplever, at det her er en meget syg patient, de har svært ved at gennemskue... så vil jeg jo med glæde svare pænt på 'hvad tænker du? Er det her absurd eller har det altid været sådan? Eller hvad kan vi gøre, er der nogle pårørende?' Der ville jeg synes, det var fuldstændig fornuftigt, fordi dialog er altid vejen til at skabe en god løsning."***

(Alment praktiserende læge, september/oktober 2022)

72 timers behandlingsansvar kan anses som en stringent regel, hvor det udelukkende er hospitalet, som skal håndtere henvendelser om borgerens pleje og behandling i kommunen. Det var dog gennemgående i interviewene på tværs af sektorerne, at der i nogle tilfælde er behov for at se bort herfra af hensyn til borgerens behandling. Eksempelvis fortalte en kommunal sygeplejerske, der foretager hjemmebesøg, om en borger, som blev vurderet at have behov for en genindlæggelse, men som ikke ville tilbage på hospitalet, og derfor valgte sygeplejersken at kontakte egen læge, så de kunne håndtere borgeren i eget hjem i stedet.

De adspurgte alment praktiserende læger har varierende erfaringer i forhold til, om de får henvendelser fra kommunen under de 72 timer: Nogle oplever næsten ingen kommunale henvendelser som følge af aftalen, og nogle oplever lidt færre henvendelser eller har slet ikke mærket en forskel i forhold til før, aftalen kom til. De varierende erfaringer er forventelige, da der også forventes at være forskel i implementeringsniveau på tværs af kommuner. Der var delte meninger om, hvordan disse

\* Et bagom-nummer er en direkte adgang til patientens egen læge til brug for sundhedsprofessionelle.

opkald skal håndteres, men de fleste udtrykte imødekommenhed overfor kommunale henvendelser inden for de 72 timer, hvor det giver mening at hjælpe:

*”Nogle gange giver det også bedst mening, at det er os. Så det er jo ikke, fordi det kører sådan helt stringent. Altså jeg ser det ikke som et middel til at skubbe arbejdet over på sygehuset eller sådan noget. Jeg havde en patient, der blev udskrevet til en aflastningsplads, som var terminal, hvor jeg også tog mig af det inden for de 72 timer, fordi det var det, der gav mening.”*

(Alment praktiserende læge, september/oktober 2022)

Samlet set viser resultaterne, at der er behov for tydeliggørelse af aftalens rollefordeling og et bedre samarbejde mellem hospital og egen læge under 72 timers behandlingsansvar for, at aftalen kan skabe bedre koordinering og sammenhæng i patientforløbet.

## 6.5 Betydning for patientforløb

I dette afsnit præsenteres de foreløbige resultater angående aftalens betydning for patientforløbet, herunder tryghed og patientsikkerhed, kvalitet og sammenhæng i behandling og nødvendige genindlæggelser. Resultaterne er baseret på data fra interviews med sundhedsprofessionelle og fra tværsektorielle journalaudits. Der skal tages forbehold for, at aftalens effekter på patientforløbet ikke er belyst fra borgeres og pårørendes perspektiver i denne rapport. Borgere og pårørende forventes at have begrænset kendskab til aftalen, da arbejdet med aftalen ikke direkte involverer borgerne, og effekterne forventes at opstå via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Det er samtidig svært at belyse, om aftalen har medført en oplevelse af øget patientsikkerhed og sammenhæng i forløb, uden et sammenligningsgrundlag. I 2023 afholdes interviews med borgere og pårørende med fokus på at få dybdegående viden om oplevelser af tryghed og sammenhæng i forløb som følge af aftalen samt at få borgernes perspektiver på at være en del af aftalen.

### **Tryghed og patientsikkerhed**

De sundhedsprofessionelle i den kommunale sygepleje oplever tryghed ved at have et telefonnummer til den udskrivende afdeling, og flere påpegede, at denne tryghed hos de sundhedsprofessionelle kan bidrage til en større tryghed hos borgeren. Ved udskrivelse har der ikke været fokus på at informere patienterne og deres pårørende om aftalen, da de sundhedsprofessionelle på hospitalet ikke oplever det som relevant. I den kommunale sygepleje har de heller ikke haft indtryk af, at borgerne eller deres pårørende har kendskab til aftalen efter udskrivelse. Blandt de adspurgte i kommunerne vurderede de dog, at det kan være vigtigt, at borgerne og de pårørende bliver bevidste om, at de er omfattet af aftalen, da det kan skabe en større tryghed og en oplevelse af en bedre sektorovergang.

### **Kvalitet i behandling og sammenhæng i patientforløb**

De sundhedsprofessionelle i kommunerne oplever generelt, at de får hurtigere hjælp, end før aftalen kom til. Ifølge de sundhedsprofessionelle giver det dem mere tid med borgerne, hvilket skaber tryghed og bedre kvalitet i behandlingen. I problemstillinger relateret til indlæggelsen beskrev de endvidere at få bedre hjælp, når de får kontakt til en, der kender til borgerens indlæggelse, og at det kan skabe øget sammenhæng i patientforløbet og mindske utilsigtede hændelser:

*”Jeg tænker, at det kan skabe noget mere struktur for borgeren og mindske, at der sker de her utilsigtede hændelser, fordi man har mulighed for at sparre med en sygeplejerske eller læge, som kender til det forløb, borgeren har været i.”*

(Kommunal sygeplejerske der foretager hjemmebesøg, februar/marts 2023)

Resultaterne fra de tværsektorielle journalaudits af patientforløb fra midlertidige døgnpladser viser, at i halvdelen af de auditerede forløb har kontakten til hospitalet skabt en forbedret kvalitet i behandlingen og en bedre koordinering og sammenhæng i patientforløbet. De tilfælde, hvor der blev vurderet forbedret behandlingskvalitet, koordinering og sammenhæng, var i patientforløb, hvor opkaldene resulterede i hurtig hjælp og god dialog; medicin blev hurtigt rettet/ændret, relevant dokumentation blev delt mellem sektorer, og der var gode råd og vejledning om borgerens behandling. I de patientforløb, hvor der ikke blev vurderet forbedret behandlingskvalitet, koordinering og sammenhæng, blev opkald fx afvist af hospitalet og henvist andetsteds. Opkaldene kan som nævnt i tidligere resultat afsnit risikere at blive afvist, hvis der er uklarheder eller manglende kendskab til ansvarsområder mellem hospitalet og almen praksis inden for 72 timers behandlingsansvar. Derfor kan ansvaret blive sluppet, hvilket påvirker patientsikkerheden og kvaliteten af behandlingen. Det vurderes dermed, at der er potentiale for bedre behandlingskvalitet, koordinering og sammenhæng, hvis samarbejdet mellem almen praksis og hospital i højere grad understøttes under 72 timers behandlingsansvar.

### ***Unødvendige genindlæggelser***

Resultater fra de tværsektorielle journalaudits viser, at der blandt 20 patientforløb på midlertidige døgnpladser har været fem genindlæggelser inden for 72 timers behandlingsansvar, og disse genindlæggelser blev vurderet som nødvendige, dvs. akutte eller som en behandling, der ikke kunne varetages i den kommunale sygepleje eller ved et lægeligt tilsyn. Resultaterne viser også, at opkald til hospitalet inden for 72 timers behandlingsansvar vurderes at have forebygget en unødvendig genindlæggelse eller vurdering i akutmodtagelsen i fire ud af 20 patientforløb. Dette gjaldt særligt opkald i de tidsrum, der lå uden for almen praksis' åbningstid, fx i weekender eller på helligdage. I overensstemmelse hermed viser data fra Sundhedsplatformen som tidligere nævnt, at der, siden aftalen blev implementeret, er sket et mindre fald i andelen af patienter med en hospitalskontakt på over 12 timers varighed efter endt 72 timers behandlingsansvar.

## **6.6 Læringspunkter og tilpasning af aftalen om 72 timers behandlingsansvar**

På baggrund af resultater fra monitoreringen og evalueringen har arbejdsgruppen løbende identificeret opmærksomhedspunkter og forbedringspotentiale i forbindelse med implementeringen af aftalen. I dette afsnit opsummeres udfordringer og læringspunkter samt erfaringer, som har bidraget til justering af aftalen. Ydermere beskrives det videre arbejde med aftalen i Region Hovedstaden.

### ***Opsummering af udfordringer og forbedringspotentiale***

Erfaringerne viser, at der blandt de sundhedsprofessionelle er manglende kendskab til aftalens eksistens og indhold på tværs af hospital og kommuner, og at dette har stor betydning for anvendelsen af aftalen. Fx er flere af de kommunale sundhedsprofessionelle ikke bevidste om, at aftalen gælder alle typer henvendelser, de måtte have om en borgers pleje og behandling, og andre er ikke bevidste om, at aftalen eksisterer og dermed om muligheden for at kunne ringe. Blandt sundhedsprofessionelle på hospitalet er der tilmed manglende kendskab til, hvad behandlingsansvaret egentlig indebærer, dvs. hvilke typer problemstillinger de skal håndtere, og hvilke de kan henvise andetsteds.

Der er flere barrierer for at få angivet 72 timers behandlingsansvar i udskrivningsrapporten og eftersende korrespondancemeddelelser i forbindelse med relevante opkald. Barriererne er bl.a. fastlåste vaner fra tidligere arbejdsgange, at det opleves som tidskrævende at skulle registrere og mangel på implementering og anvendelse af IT-understøttelse. Erfaringerne viser desuden, at



selvom sundhedsprofessionelle på hospitalet har registreret i Sundhedsplatformen, at en borger har 72 timers behandlingsansvar, overføres informationen ikke nødvendigvis til udskrivningsrapporten og epikrisen. Den udskrivende afdeling skal dokumentere 72 timers behandlingsansvar, inden udskrivningsrapporten og epikrisen sendes, for at informationen automatisk overføres til udskrivelsesdokumenterne.

Det manglende kendskab til aftalen eller manglende angivelse af 72 timers behandlingsansvar i udskrivningsrapporten gør, at den kommunale sygepleje i flere tilfælde ringer til egen læge eller Akuttefonen 1813 under 72 timers behandlingsansvar. Der er derfor behov for systematisk og løbende oplæring i aftalen om 72 timers behandlingsansvar af sundhedsprofessionelle på hospitaler og i den kommunale sygepleje, så aftalen anvendes, og som den er tiltænkt.

For flere sundhedsprofessionelle på tværs af hospital og kommune er oplevelsen, at der er begrænset kendskab til hinandens rammer og daglige arbejdsgange. Det kan i nogle tilfælde begrænse fleksibiliteten i handlemuligheder for sundhedsprofessionelle på hospitalet, som skal træffe beslutning om en borgers videre behandling i kommunen. Det kan tilmed sætte begrænsninger for en god dialog og skabe mistillid i mødet mellem sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, hvis der ikke er kendskab til og forståelse for hinandens arbejdsbetingelser og rammer.

Erfaringerne viser, at der kan ske utilsigtede hændelser, hvis der er uklar kommunikation om borgerens tilstand i den kommunale sygepleje. Flere sundhedsprofessionelle på hospitalet nævnte desuden, at det kan opleves utrygt at træffe beslutninger og give råd om en borgers behandling gennem telefonisk visitation, som er en ny arbejdsgang for mange. Det er derfor vigtigt at understøtte og informere om, at hospital og kommune skal hjælpe hinanden med at kommunikere sikkert, fx vha. ISBAR-princippet.

Yderligere viser de foreløbige erfaringer, at der er behov for en klar rollefordeling mellem hospital og egen læge, da der kan opstå misforståelser i forhold til, hvornår det er relevant at inddrage egen læge under 72 timers behandlingsansvar. Sundhedsprofessionelle på hospitalet fortæller, at de undlader at ringe til egen læge, fordi de har en forestilling om, at det er besværligt og tidskrævende.

Foruden at tydeliggøre den rollefordeling, som aftalen foreskriver, er der behov for at understøtte kontaktmulighederne fra hospital til egen læge, så arbejdsgangen opleves mere gnidningsfri. Det kræver, at den enkelte afdeling understøtter, at der er en let tilgængelig mulighed for at inddrage andre specialer, og at kontaktmuligheder mellem hospital og egen læge i højere grad understøttes. 72 timers behandlingsansvar skal desuden anses som en skarp regel, hvor det udelukkende er hospitalet, der bør håndtere henvendelser om borgerens pleje og behandling i kommunen. I nogle tilfælde kan der dog være behov for at se bort herfra af hensyn til borgerens behandling.

De foreløbige læringspunkter opsummeres i Figur 22:



Figur 22. Foreløbige læringspunkter fra arbejdet med 72 timers behandlingsansvar

Aftalen om 72 timers behandlingsansvar berører desuden mange snitflader i det tværsektorielle samarbejde, som teknisk set ikke vedrører aftalen, men har stor indflydelse på, hvordan aftalen fungerer i praksis. Det gælder fx begrænsninger i den digitale deling af journaloplysninger på tværs af sektorer.

### ***Fra version 1.0 til 2.0 og det videre arbejde med aftalen***

Hidtil har den arbejdsgruppe, der har udformet aftalen, også haft ansvaret for at følge implementeringen frem mod udgangen af 2022. Arbejdsgruppen har udarbejdet en version 2.0 af aftalen på baggrund af de indsamlede erfaringer fra monitoreringen og evalueringen samt erfaringer fra arbejdsgruppens repræsentanter. Version 2.0. trådte i kraft den 1. januar 2023 [7].

Fra 2023 vil aftalen blive fulgt på regionalt niveau af en tværsektoriel projektstyringsgruppe med deltagelse af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Monitoreringen fortsætter i 2023, hvor der vil være fokus på at opsamle erfaringer, når aftalen er i drift. Desuden fortsættes en evaluering af de forventede effekter af aftalen. De forventede dataindsamlingsmetoder er en spørgeskemaundersøgelse til sundhedsprofessionelle, tværsektorielle journalaudits af forløb for borgere på plejecentre og borgere med kommunal sygepleje i eget hjem, interviews med borgere og pårørende samt fortsat dataudtræk på utilsigtede hændelser og monitorering af data fra Sundhedsplatformen. Der arbejdes særligt på at få data på genindlæggelser fra Sundhedsplatformen, der forventeligt vil indgå i delrapport 2. Anden delrapport forventes at foreligge primo 2024 med data indsamlet i 2023.

## 7. Konklusion

De foreløbige resultater fra monitoreringen og evalueringen viser, at aftalen om 72 timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden er modtaget med stor tilfredshed blandt sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. Der har været en stigning i antal borgere, der er omfattet af aftalen i takt med, at aftalen er blevet implementeret trinvist i løbet af 2022. Antallet af borgere omfattet af 72 timers behandlingsansvar har stabiliseret sig på omkring 2.000 patienter pr. måned, og det estimerede antal patientforløb vil derfor årligt være ca. 24.000. Før implementeringen udtrykte hospitalerne bekymring for et omfattende ekstraarbejde som følge af aftalen, men antallet af opkald inden for 72 timers behandlingsansvar fylder mindre end forventet. Mængden af opkald fra den kommunale sygepleje vurderes dog på nuværende tidspunkt ikke at være på sit højeste niveau, da aftalen endnu ikke er i fuld drift.

De foreløbige resultater viser, at aftalen skaber øget tilgængelighed og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle på tværs af hospital og kommunal sygepleje. De sundhedsprofessionelle i kommunerne oplever, at de overordnet får hurtigere hjælp gennem opkald til hospitalet, hvilket frigiver tid til borgerens behandling. Det at have et tilgængeligt telefonnummer til den udskrivende afdeling i 72 timer efter udskrivelse skaber tryghed for de sundhedsprofessionelle i kommunerne.

De sundhedsprofessionelle fra den kommunale sygepleje ringer oftest angående spørgsmål til medicin, herunder manglende recepter, uoverensstemmelse mellem FMK og udleveret medicin eller behov for ændring af medicin. Derudover ringer sundhedsprofessionelle fra kommunen om spørgsmål til præcisering af behandlingsplan, eller fordi borgerens tilstand har ændret sig, og der kan derfor være behov for råd, ændret behandlingsplan, evt. genindlæggelse eller inddragelse af egen læge.

De foreløbige monitoreringsdata viser en stigning i anvendelsen af korrespondancemeddelelser mellem hospital og kommuner for patienter, der er omfattet af aftalen, og at gennemsnitlig 85 % af alle patienter med 72 timers behandlingsansvar får fremsendt en udskrivningsrapport. Til sammenligning lå denne andel i marts 2023 på ca. 45 % på regionalt niveau. Denne stigning tyder på, at der med aftalen er kommet større fokus på at fremsende udskrivningsrapporter, når en indlæggelse afsluttes. Aftalen forventes at bidrage til, at hospitalerne får et øget fokus på bedre overleveringer til kommunen og at bidrage til at forbedre kvaliteten af information ved udskrivelser.

De foreløbige resultater viser ydermere, at for halvdelen af 20 patientforløb, der har været genstand for journalaudit, har kontakten til hospitalet forbedret kvaliteten af behandlingen og forbedret koordinering og sammenhæng i patientforløbet. Der er særligt potentiale for at forebygge unødvendige genindlæggelser eller vurderinger i akutmodtagelsen i de tidsrum, der ligger uden for almen praksis' åbningstid, fx i weekender eller helligdage. Blandt kontakter mellem patient og hospital i op til 30 dage efter endt behandlingsansvar ses tilmed et mindre fald i fysiske fremmøder over 12 timers varighed.

Sundhedsprofessionelle fra den kommunale sygepleje oplever, at opkald i nogle tilfælde bliver afvist af hospitalet inden for de 72 timer. Alternativt ringer sundhedsprofessionelle fra kommunen til egen læge, som i nogle tilfælde også afviser opkaldet og henviser til hospitalet, når borgeren er dækket af 72 timers behandlingsansvar. Ansvarer bliver dermed sluppet, og der er risiko for ekstra tidsforbrug, u hensigtsmæssige kontakter og utilsigtede hændelser. Der er derfor brug for at tyde-

liggøre, at opkald ikke må afvises af hospitalet. Det fremadrettede arbejde med implementering af aftalen bør have fokus på formidling af den rollefordeling, som aftalen foreskriver, så det er tydeligt, at sundhedsprofessionelle i kommunerne som udgangspunkt skal kontakte hospitalet inden for de første 72 timer efter udskrivelse.

Flere kommuner i Region Hovedstaden har udtrykt bekymring for, om 72 timers behandlingsansvar utilsigtet vil medføre, at borgere udskrives tidligere i deres behandlingsforløb, hvilket kan medføre vanskeligere forløb for borgerne og derved en større kompleksitet i den kommunale opgave. Dataudtræk fra Københavns Kommune viser, at der ikke kan observeres en væsentlig ændring i den visiterede kommunale sygepleje som følge af indførelsen af 72 timers behandlingsansvar, men at der er tale om en generel stigning i den visiterede kommunale sygepleje fra 2019-2023.

Der er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt kendskab til aftalens eksistens og indhold i den kommunale sygepleje og på hospitalerne, og det har stor betydning for anvendelsen af aftalen. På trods af implementeringsudfordringer er der blandt de sundhedsprofessionelle store forhåbninger til aftalens effekter. Det kræver tid og ressourcer at få implementeret en indsats, og der er fortsat et stort forbedringspotentiale for 72 timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen med repræsentanter fra hospitaler, kommuner, almen praksis og borgere har været altafgørende for at kunne følge implementeringen og justere aftalen undervejs. Med en politisk aftale har det været særlig vigtigt, at alle parter bliver hørt og involveret i opfølgningen og evalueringen med henblik på at skabe ejerskab.

Arbejdsgruppen har på baggrund af de foreløbigt indsamlede erfaringer udarbejdet en version 2.0 af aftalen om 72 timers behandlingsansvar, der trådte i kraft den 1. januar 2023. Monitoreringen og evalueringen fortsætter i 2023, hvor der vil være fokus på at opsamle erfaringer og evaluere de forventede effekter, når aftalen er i drift.

## 8. Referenceliste

1. Kommunikationsaftale. Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivinger i somatikken, Den Centrale Koordinering, Region Hovedstaden. 2019. (<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Kommunikationsaftale%202019.pdf>)
2. Evaluering af Tværsektorielt Stuegangs udgående stuegangsteam, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden. 2020. (<https://www.nordsjaellandshospital.dk/omhospitalet/tvaersektorielt-samarbejde/sundhedsklyngenord/Documents/Evaluering%20af%20Tv%C3%A6rsektorielt%20Stuegangs%20udg%C3%A5ende%20stuegangsteam%20med%20tv%C3%A6rsektorielle%20journalaudits%20endelig%20rapport.pdf>)
3. Sammenhæng i sundhedsvæsenet – det mener danskerne. Mandag Morgen, Tænketanken. 2019. ([https://www.mm.dk/misc/sammenhaeng\\_sundhedsvaesenet\\_Jan2019.pdf](https://www.mm.dk/misc/sammenhaeng_sundhedsvaesenet_Jan2019.pdf))
4. Fra 'Det Nære Sundhedsvæsen' til oplevelser af nærhed? – Borgeres oplevelser i komplekse sygdomsforløb. Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden, København. 2020. (<https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Fra%20'Det%20N%C3%A6re%20Sundhedsv%C3%A6sen'%20til%20oplevelser%20af%20n%C3%A6rhed.pdf>)
5. Alle skal med – Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, Center for Sundhed, Region Hovedstaden. 2021. (<https://edagsorden.regionh.dk/cms/HtmlPublication-6805/enclosures/22.pdf>)
6. 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>)
7. 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>)

# Bilag

**Table 12. Uddybende informationer om datagrundlag**

Dataindsamlingsmetode		Hvem	Hvor	Hvornår
Interviews: Kommunal sygepleje	Midlertidige døgnplasser	16 informanter • 11 sygeplejersker, to SOSU-assistenten, tre læger/teamledere (individuelle og gruppeinterviews)	Seks kommuner: Furesø, Helsingør, Hillerød, København, Ishøj og Bornholm	10.-18. marts 2022
	Plejecentre	11 informanter • Ni sygeplejersker, to SOSU-assistenten (individuelle og gruppeinterviews)	Fem kommuner (seks plejecentre): Hørsholm, Ballerup, Rudersdal, Gribskov, Høje-Taastrup	2.-9. august 2022
	Øvrig kommunal sygepleje	16 informanter • 13 kommunale sygeplejersker der foretager hjemmebesøg, tre ledere (gruppeinterviews)	Seks kommuner: Allerød, Fredensborg, Glostrup, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Vallensbæk	21. februar – 10. marts 2023
Interviews: Hospitaler		15 informanter • Syv sygeplejersker, otte læger (individuelle interviews)	Otte hospitaler: Hillerød, Herlev, Bispebjerg, Glostrup, Rigshospitalet, Hvidovre, Amager, Bornholm 6 specialer: Neurologi, Gastroenterologi, Ortopædkirurgi, Kardiologi, Geriatri, Akutmodtagelse	1.-15. juni 2022
Interviews: Almen praksis		11 alment praktiserende læger (individuelle interviews)	Centrale repræsentanter fra alle klynger. Geografisk placeret i følgende kommuner: Ballerup, Herlev, Egedal, København, Brøndby, Høje-Taastrup, Bornholm	26. september – 17. oktober 2022
Tværasektorielle journalaudits: Midlertidige døgnplasser	Audit 1 (Brøndby)	10 patientforløb med mindst et opkald til hospitalet under de 72 timer	Midlertidig døgnplass i Brøndby Kommune. Auditering ved to kommunale sygeplejersker fra Brøndby samt en læge og en sygeplejerske fra Hvidovre Hospital	7. februar 2023 (udskrivelser mlm. 7. nov. – 23. dec. 2022)
	Audit 2 (Hillerød)	10 patientforløb med mindst 1 opkald til hospitalet under de 72 timer	Midlertidig døgnplass i Hillerød Kommune. Auditering ved to kommunale sygeplejersker fra Hillerød samt en læge og en sygeplejerske fra Herlev Hospital	18. april 2023 (udskrivelser mlm. 9. jan.-31. mar. 2023)
Dataudtræk fra Sundhedsplatformen		Alle patienter udskrevet med 72 timers udvidet behandlingsansvar og øvrig aktivitet ifm. aftalen	Sundhedsplatformen, Region Hovedstaden	1. februar 2022 - 1. marts 2023
Kommunale data om forbrug af kommunal sygepleje i hjemmet		Borgere, som er omfattet af 72 timers behandlingsansvar og modtager kommunal sygepleje i hjemmet	CURA (omsorgssystem), Københavns Kommune	1. januar 2019 - 1. marts 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 10, 24 og 44 2022
Dataudtræk på utilsigtede hændelser		Manuel gennemgang af indrapporterede UTH'er til Region Hovedstaden	Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD3) over rapporterede utilsigtede hændelser (UTH'er) til Region Hovedstaden, emneord: "72"	1. juni 2023 - 31. marts 2023

**Tabel 13. Udviklingen i antal kontakter indenfor 72 timers behandlingsansvar fordelt på kontaktttype samt indekseret udvikling fra september 2022 (apr. 2022 – mar. 2023)**

Kontaktttype – antal	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Fysisk fremmøde under 12 timer	73	109	108	110	86	211	226	164	205	251	206	247
Telefonisk kontakt	62	75	60	72	62	147	180	161	169	190	163	215
Fysisk fremmøde over 12 timer	38	71	58	71	66	116	165	92	129	124	117	128
Patientkontakt udenfor hospital	15	19	24	13	16	39	25	52	28	38	30	41
<b>Antal kontakter i alt</b>	<b>188</b>	<b>274</b>	<b>250</b>	<b>266</b>	<b>230</b>	<b>513</b>	<b>596</b>	<b>469</b>	<b>531</b>	<b>603</b>	<b>516</b>	<b>631</b>
<b>Indekseret udvikling sep.22 = 100</b>						100	116	91	104	118	101	123

**Tabel 14. Udviklingen i antal kontakter indenfor 30 dage efter endt 72 timers behandlingsansvar fordelt på kontaktttype samt indekseret udvikling fra september 2022 (apr. 2022 – feb. 2023)**

Kontaktttype – antal	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23
Fysisk fremmøde under 12 timer	733	1.025	997	1.142	799	2.086	2.235	1.836	1.975	2.427	2.011
Telefonisk kontakt	349	471	501	524	468	1.016	1.317	1.093	1.098	1.304	1.212
Fysisk fremmøde over 12 timer	331	399	401	557	357	702	930	698	750	922	701
Patientkontakt udenfor hospital	111	119	103	110	116	228	229	279	190	385	276
<b>Antal kontakter i alt</b>	<b>1.524</b>	<b>2.014</b>	<b>2.002</b>	<b>2.333</b>	<b>1.740</b>	<b>4.032</b>	<b>4.711</b>	<b>3.906</b>	<b>4.013</b>	<b>5.038</b>	<b>4.200</b>
<b>Indekseret udvikling sep.22 = 100</b>						100	117	97	100	125	104

**Tabel 15. Udvikling i antal fremsendte udskrivningsrapporter (USR'er) for patienter omfattet af 72 timers behandlingsansvar fordelt på hospitaler (feb. 2022 - mar. 2023)**

Hospitaler	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Amager og Hvidovre Hospital	120	158	122	192	162	217	127	349	385	325	386	424	392	392
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	136	145	161	261	234	220	224	430	480	437	448	500	389	446
Bornholms Hospital	7	3	15	12	14	16	18	53	72	52	64	76	68	52
Herlev og Gentofte Hospital	177	309	254	371	360	381	344	601	680	598	629	599	507	577
Nordsjællands Hospital	98	126	138	154	192	209	197	361	454	378	439	507	408	459
Rigshospitalet	60	69	53	86	83	108	80	200	241	208	209	233	193	219
<b>Antal USR'er i alt</b>	<b>586</b>	<b>810</b>	<b>734</b>	<b>1.076</b>	<b>1.045</b>	<b>1.151</b>	<b>990</b>	<b>1.994</b>	<b>2.312</b>	<b>1.998</b>	<b>2.175</b>	<b>2.339</b>	<b>1.913</b>	<b>2.145</b>

**Tabel 16. Udvikling i antal fremsendte korrespondencemeddelelser fra hospital til kommune fordelt på hospitaler (feb. 2022 - mar. 2023)**

Hospitaler	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Amager og Hvidovre Hospital	13	7	8	15	15	17	7	22	30	50	46	39	44	37
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	66	102	74	119	103	146	155	141	133	172	165	197	155	166
Bornholms Hospital	2		6	3		5	3	13	22	4	10	14	13	14
Herlev og Gentofte Hospital	27	40	36	46	39	38	36	76	116	116	115	109	101	129
Nordsjællands Hospital	17	33	19	21	31	30	33	41	58	38	67	67	57	86
Rigshospitalet	13	23	10	8	14	16	8	10	23	12	19	21	15	20
<b>Antal KM'er i alt</b>	<b>138</b>	<b>205</b>	<b>153</b>	<b>212</b>	<b>202</b>	<b>252</b>	<b>242</b>	<b>303</b>	<b>382</b>	<b>392</b>	<b>422</b>	<b>447</b>	<b>385</b>	<b>452</b>



**Tabel 17. Udvikling i antal fremsendte korrespondancemeddelelser fra kommune til hospital fordelt på hospitaler (feb. 2022 - mar. 2023)**

Hospitaler	feb-22	mar-22	apr-22	maj-22	jun-22	jul-22	aug-22	sep-22	okt-22	nov-22	dec-22	jan-23	feb-23	mar-23
Amager og Hvidovre Hospital		1		3	1	1	1	2	4	12	15	12	12	17
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	21	51	32	83	63	97	126	87	63	102	83	115	79	96
Bornholms Hospital	2		4	1		2	1	3	17	3	4	7	9	4
Herlev og Gentofte Hospital	5	2	4		8	5	4	12	13	3	14	7	7	8
Nordsjællands Hospital	2	1	2	2	2		1	4	3	10	3	4	6	8
Rigshospitalet	2	5		3	5	3	1	2	13	5	5	3	1	7
<b>Antal KM'er i alt</b>	<b>32</b>	<b>60</b>	<b>41</b>	<b>92</b>	<b>79</b>	<b>108</b>	<b>134</b>	<b>110</b>	<b>113</b>	<b>135</b>	<b>124</b>	<b>148</b>	<b>114</b>	<b>140</b>



**Region  
Hovedstaden**

**Sektion for Tværsektoriel Forskning**  
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Region Hovedstaden  
Frederiksberg Hospital  
Nordre Fasanvej 57, Hovedvejen  
indgang 5, 2. sal  
2000 Frederiksberg