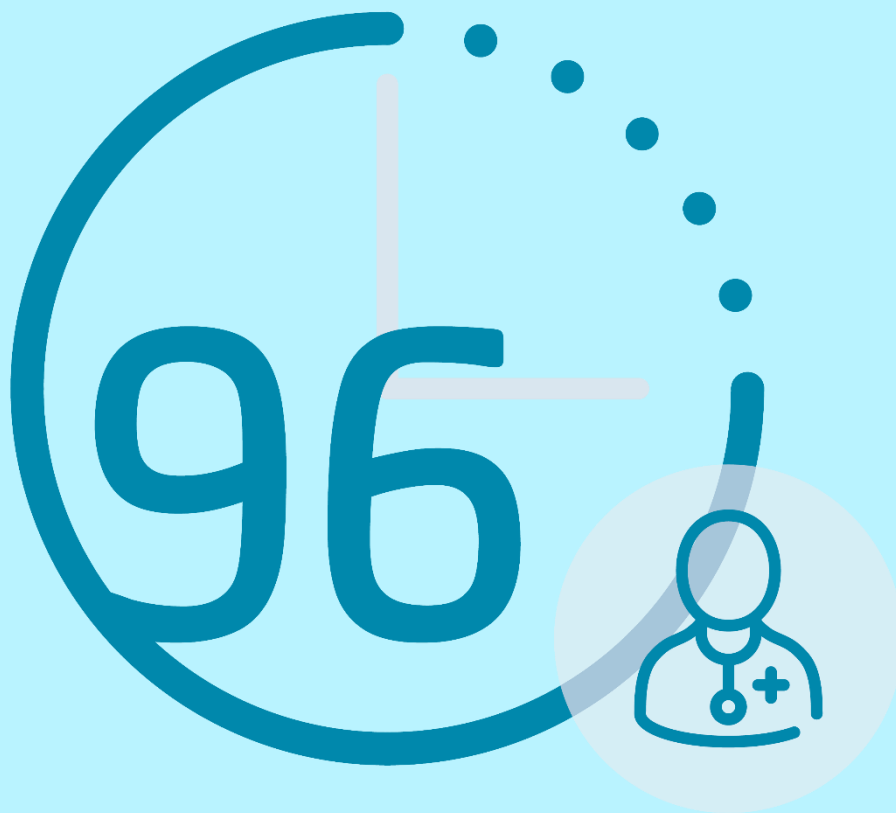




Model for 96 timers behandlingsansvar efter indlæggelse i Psykiatrien

December 2025

Indholdsfortegnelse

1.1 Formål.....	3
1.2 Modellens parter.....	4
1.3 Målgruppe.....	4
2 Organisering af samarbejdet med de involverede parter.....	6
2.1 Regional organisering.....	6
2.2 Samarbejde med kommunerne.....	6
2.3 Samarbejde med almen praksis.....	7
3 Model for 96 timers behandlingsansvar.....	8
3.1 Definition af 96 timers behandlingsansvar.....	8
3.2 Udskrivelse af patienten.....	8
3.2.1 Planlægning af udskrivelse fra psykiatrien.....	8
3.2.2 Identifikation af målgruppe.....	8
3.2.3 Kommunikation til samarbejdspartnere ved opstart af 96 timers behandlingsansvar.....	9
3.3 Digitalt overblik over patienter omfattet af 96 timers behandlingsansvar.....	10
3.4 Kontakt til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien.....	10
3.5 Kommunikation og samarbejde under 96 timers behandlingsansvar.....	10
3.5.1 Kommunikation og samarbejde med kommunen.....	11
3.5.2 Kommunikation og samarbejde med almen praksis.....	11
3.6 Typer af henvendelser til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien.....	11
3.6.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på aktuel indlæggelse.....	11
3.6.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand.....	12
3.7 Forlængelse af 96 timers behandlingsansvar.....	13
3.8 Genindlæggelse under 96 timer efter udskrivelse fra sygehus.....	13
3.9 Afslutning af 96 timers behandlingsansvar.....	13
4 Monitorering og evaluering.....	15
4.1 Monitorering på nationale forløbsmarkører.....	15
Bilag 1: Eksempler på patientcases.....	16
Bilag 2: Definitioner.....	18
Bilag 3: Organiseringen af arbejdet med udvikling og implementering af 96 timers behandlingsansvar.....	20

1 Indledning

Borgerne i Region Sjælland skal have nære og sammenhængende sundhedstilbud. Sammen med kommuner og almen praktiserende læger tager psykiatrien i Region Sjælland ansvar for, at borgerne oplever trygge og sammenhængende behandlingsforløb, der tager udgangspunkt i borgerens behov, og som finder sted i nærmiljøet.

Det betyder, at Region Sjællands psykiatriske afsnit fremadrettet påtager sig et udvidet behandlingsansvar på 96 timer for indlagte patienter, der udskrives til kommunal sygepleje på kommunale døgnpladser, plejecentre, bosteder eller i eget hjem. Med 96 timers behandlingsansvar skal psykiatrien understøtte, at borgeren oplever en sikker og mere tryk overgang fra indlæggelse i psykiatrien og til den kommunale sygepleje eller ophold på midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud.

Ved 96 timers behandlingsansvar skal de psykiatriske afsnit stille relevant faglig viden til rådighed for sundhedsprofessionelle i kommuner samt almen praksis og lægevagt døgnet rundt. Ved for fremtiden at tage større ansvar for en øget tilgængelighed og det samlede patientforløb vil de psykiatriske afsnit bidrage til, at kommuner og praksissektor får de bedst mulige betingelser for at yde en optimal behandling og pleje til borgeren efter udskrivelse fra psykiatrien.

96 timers behandlingsansvar gælder for patienter, der har været indlagt i mindst 24 timer i Region Sjællands Psykiatri, som ikke kræver fortsat indlæggelse.

Nærværende modelbeskrivelse vil løbende blive opdateret.

1.1 Formål

Formålet med 96 timers behandlingsansvar er at skabe en tryk og sammenhængende oplevelse for borgeren i overgangen fra behandlingen i psykiatrien og til det videre forløb i den kommunale sygepleje på socialpsykiatriske botilbud eller i eget hjem.

96 timers behandlingsansvar skal sikre en øget tilgængelighed og kvalitet i det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatrien, kommune og almen praksis i de første døgn efter patientens udskrivelse fra psykiatrien. Dette skal opnås ved, at de psykiatriske afsnit stiller sig til rådighed for henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle, praktiserende læger og lægevagt vedrørende patienten i 96 timer. 96 timers behandlingsansvar skal således styrke koordineringen og samarbejdet om opgaver og ansvar i overgangen mellem sektorerne efter udskrivelse af borgeren fra psykiatrien.

96 timers behandlingsansvar understøtter, at der er relevant viden hos de sundhedsprofessionelle, som plejer og behandler borgeren efter udskrivelse fra psykiatrien. 96 timers behandlingsansvar har dermed potentiale til at mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser.

96 timers behandlingsansvar forventes derfor at kunne bidrage med:

- At skabe en tryk og sammenhængende overgang for borgeren mellem behandlingen i psykiatrien og borgerens hjem eller ophold på socialpsykiatriske botilbud.
- Øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem psykiatri, kommune og almen praksis
- Sikre koordinering og samarbejde om opgaver og ansvar hver part har ifm. udskrivelse af patienter, der modtager kommunal sygepleje
- Mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser

Bilag 1 præsenterer eksempler på patientcases, hvor psykiatriens udvidede behandlingsansvar på 96 timer forventes at kunne øge sammenhæng og kvalitet i patientforløb på tværs af sektorer, mens bilag 2 præsenterer definitionerne af modellens centrale begreber.

1.2 Modellens parter

96 timers behandlingsansvar omfatter Region Sjællands psykiatriske afsnit, og er et tilbud til alle 17 kommuner i regionen samt praktiserende læger og lægevagt.

Private sygeplejetilbud, f.eks. private bosteder, er omfattet af 96 timers behandlingsansvar på tilsvarende vis som kommunale tilbud.

1.3 Målgruppe

Målgruppen er borgere, som har været indlagt i mere end 24 timer på en psykiatrisk afdeling, som ikke kræver fortsat indlæggelse, men som udskrives til:

- pleje og behandling på midlertidige (§107) eller længerevarende (§108) socialpsykiatriske botilbud samt afklaringspladser.
- kommunal sygepleje i eget hjem eller på bosteder.

Målgruppen omfatter både borgere, der allerede forud for indlæggelsen modtager kommunal sygepleje samt de borgere, der visiteres til kommunal sygepleje, når de udskrives.

Bemærk: Region Sjælland vil justere målgruppebeskrivelsen i takt med de nationale forhandlinger i 2025/2026.

- I forhold til patienter med behov for pleje og behandling på botilbud vil det aktuelt alene være patienter tilknyttet §107 og §108 samt afklaringspladser, som er inkluderet.
- I forhold til børn og unge vil det aktuelt alene være børn og unge, der skal have hjælp af den kommunale sundhedspleje, som er inkluderet.

For patienter i målgruppen, der er tilknyttet eller har en accepteret henvisning til et ambulant psykiatrisk behandlingstilbud (herunder OPUS, F-ACT, akutteams og botilbudsteams mv.), gælder det særlige, at psykiatrien allerede har et eksisterende behandlingsansvar i regi af det ambulante tilbud, der fortsætter som planlagt efter udskrivelsen og også efter *udløb af 96 timers behandlingsansvaret*.

I disse tilfælde har det derfor karakter af en organisatorisk og tidsmæssig udvidelse af ansvaret for det afsnit, som har forestået udskrivelsen – primært ved, at ansvaret også gælder uden for ambulatoriets åbningstid, og at henvendelser i dette tidsrum kan rettes til udskrivende afsnit.

Denne modelbeskrivelse beskriver derfor primært udskrivende afsnits ansvar ift. patienter i målgruppen for 96 timers behandlingsansvar:

- som ikke henvises til et ambulant tilbud
- som henvises til et ambulant tilbud, og hvor udskrivende afsnit har behandlingsansvaret i perioden frem til at patienten har sin kliniske kontakt i ambulant behandling førstkommande hverdag.
- som er tilknyttet et ambulant tilbud, hvor der er behov for kontakt udenfor ambulatoriets åbningstid.

Ambulatoriet har fortsat ansvaret inden for ambulatoriets åbningstid.

Ved udskrivelsen af patienter i en særlig gruppe, fx. patienter der udskrives med palliative tilbud, skal udskrivende afdeling tage stilling til, om patienterne skal omfattes af 96 timers behandlingsansvar eller om patienterne er omfattet af andre tilbud, der vil stille dem bedre, idet ingen patienter skal stilles ringere end før implementeringen af 96 timers behandlingsansvar. I disse tilfælde skal en konkret begrundelse på, hvorfor patienten ikke er omfattet af 96 timers behandlingsansvar, fremgå af epikrisen og udskrivningsrapporten/korrespondancemeddelelsen.

På tværs af de fem danske regioner er der enighed om, at udskrivende psykiatriske afdeling har behandlingsansvaret, også selvom borgeren har bopæl i en anden region. Hvis der bliver behov for indlæggelse eller udekørende tilsyn, kan dette håndteres af en psykiatrisk afdeling i borgerens hjemregion. Det forudsætter dialog med og accept fra hospitalet i borgerens hjemregion.

2 Organisering af samarbejdet med de involverede parter

Følgende afsnit 2.1 beskriver den regionale organisering af arbejdet med udviklingen og implementeringen af 96 timers behandlingsansvar, mens afsnit 2.2 beskriver samarbejdet med kommunerne i Region Sjælland og afsnit 2.3 beskriver samarbejdet med almen praksis.

2.1 Regional organisering

Implementeringen af 96 timers behandlingsansvar er et regionalt tilbud til kommunerne, almen praksis og lægevagten. I forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af 96 timers behandlingsansvar er der nedsat en central implementeringsgruppe, der fungerer som styregruppe for arbejdet. Hertil er der nedsat en tværgående arbejdsgruppe og lokale implementeringsgrupper koncentreret om hver sundhedsklynge i regionen. Parterne er alle repræsenteret i disse grupper. Nærmere beskrivelse af den regionale organisering af arbejdet findes i bilag 4.

De enkelte sygehuse skal med afsæt i den overordnede model sikre implementering af 96 timers behandlingsansvar på alle relevante psykiatriske afdelinger. Dette indebærer bl.a. at sikre døgnbemandet telefonisk adgang til udskrivende afsnit. Hvordan psykiatrien vil organisere en døgndækkende telefonisk funktion, er op til det enkelte hospital, og denne kan derfor være central såvel som decentral. Løsningen skal dog give kommuner, almen praksis og lægevagt telefonisk adgang til udskrivende psykiatriske afsnit og organiseres således, at sandsynligheden for viderestilling minimeres mest muligt. Psykiatrien har derfor udarbejdet en skriftlig plan for lokal organisering. Som led heri er der udpeget en hovedansvarlig på hvert hospital og i hver relevant psykiatrisk afsnit.

2.2 Samarbejde med kommunerne

En forudsætning for at de psykiatriske afsnit kan udskrive patienter med 96 timers behandlingsansvar er, at de kommunale sundhedsprofessionelle besidder de relevante kompetencer for dialog med det udskrivende afsnit. Det betyder, at opkald fra kommune til udskrivende afsnit skal foretages af en autoriseret sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Under opkaldet til udskrivende afsnit skal sygeplejersken eller social- og sundhedsassistenten kunne kommunikere sikkert om patientens helbredstilstand og behandling ud fra dialogværktøjet ISBAR¹. Herunder er det en forudsætning, at de kommunale sundhedsprofessionelle har kompetencer til at indsamle de nødvendige data om patienten. Dette vil blive uddybet i afsnit 3.5.

Det er desuden kommunens ansvar, at de kommunale medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at varetage eventuelle opgaver, som besluttet på baggrund af kontakt med udskrivende afsnit under 96 timers behandlingsansvar. Det vil sige, at kommunen som vanligt skal oplyse om, hvorvidt de kan påtage sig den givne opgave.

Kommunen har som vanligt ansvaret for observation og pleje af relevante borgere og har forpligtigelse til at reagere på ændringer i borgernes tilstand. Henvendelsen til psykiatrien under de 96 timer skal derfor initieres af kommunen, og myndighedsansvaret påhviler kommunen eller botilbuddet, og ikke psykiatrien.

¹ Definition af ISBAR findes i bilag 2

2.3 Samarbejde med almen praksis

96 timers behandlingsansvar omfatter, at psykiatrien opretholder det lægefaglige behandlingsansvar for patienter i målgruppen, hvorfor praktiserende læge ikke overtager det lægefaglige behandlingsansvar direkte efter udskrivelse. Det er derfor vigtigt, at praktiserende læge informeres tydeligt om, at den pågældende borger udskrives med 96 timers behandlingsansvar samt hvornår behandlingsansvaret overgår til praktiserende læge. Proceduren for kommunikationen under 96 timers behandlingsansvar uddybes i afsnit 3.5.

Ved henvendelser der vurderes uden relation til indlæggelsen, er udgangspunktet, at det psykiatriske afsnit vurderer henvendelsen, som hvis patienten var indlagt. Det vil sige, at lægen på psykiatrisk afsnit som vanligt konfererer med andre specialer ved behov.

Ved patientens død uden for sygehuset udfylder praktiserende læge som vanligt dødsattesten, uanset om patienten afgår ved døden inden for de 96 timers behandlingsansvar.

Praktiserende læge har som vanligt ansvaret for at følge op på epikriser, og tilsvarende har almen praksis forsat ansvaret for at håndtere direkte henvendelser fra borgere, uanset om henvendelse sker indenfor 96 timer efter udskrivelse. Praktiserende læges opfølgningsforpligtigelse er derved uændret, og farvemarkeringen af epikrisen følger fortsat de gældende retningslinjer.

3 Model for 96 timers behandlingsansvar

I følgende afsnit 3.1 defineres 96 timers behandlingsansvar, hvorefter afsnit 3.2-3.9 beskriver arbejdsgangene fra borgerens udskrivelse fra psykiatrien og frem til afslutningen på de 96 timers behandlingsansvar. Afslutningsvist præsenteres to tabeller, der udgør et overblik over kommunikationen til de relevante parter.

3.1 Definition af 96 timers behandlingsansvar

96 timers behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som det udskrivende psykiatriske afsnit påtager sig ved udskrivelsen af patienten og frem til 96 timer efter udskrivelsen. Det udskrivende psykiatriske afsnit påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter samt almen praksis og lægevagt i forlængelse af patientens aktuelle udskrivelse fra psykiatrien. Henvendelserne kan indebære spørgsmål af sygeplejefaglig såvel som lægeplejefaglig karakter. Henvendelserne kan dreje sig om opfølgning på udskrivelse og/eller henvendelse ved ændring i patientens tilstand. Henvendelser kan endvidere også omfatte nyttilkomne og behandlingskrævende helbredsproblemer (fx nyopstået psykotiske symptomer eller tegn på infektion), foruden de, der er håndteret under den seneste indlæggelse. Initiativet til henvendelse indenfor 96 timer påhviler kommunen, almen praksis og lægevagten.

Ved kontakt fra en kommunal sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, almen praksis eller lægevagt til det udskrivende psykiatriske afsnit påhviler det lægefaglige behandlingsansvar formelt den vagthavende læge. Det er dog op til det enkelte psykiatriske afsnit, hvordan de ønsker at organisere sig i forbindelse med opkald fra kommunerne, almen praksis eller lægevagten. Lægen kan som vanligt i overensstemmelse med de almindeligt gældende regler for delegation uddelegere opgaver til en sygeplejerske på afdelingen.

3.2 Udskrivelse af patienten

3.2.1 Planlægning af udskrivelse fra psykiatrien

Planlægning af udskrivelse foregår i samarbejde med kommunerne efter gældende procedure i den enkelte kommune, dette kan bl.a. inkludere en vurdering af hvilke kommunale ydelser, borgeren skal udskrives til, herunder:

- Pleje og behandling på midlertidige (§107) eller længerevarende (§108) socialpsykiatriske botilbud samt afklaringspladser.
- Kommunal sygepleje i eget hjem eller på bosteder.

3.2.2 Identifikation af målgruppe

Af den automatiske fremsendte indlæggelsesrapport under punktet ”Ydelser” kan de psykiatriske afsnit se, om borgeren har modtaget kommunal sygepleje forud for indlæggelsen. Har borgeren modtaget kommunal sygepleje forud for indlæggelsen, og har borgeren været indlagt over 24 timer i psykiatrien, skal borgeren omfattes af 96 timers behandlingsansvar i forbindelse med udskrivelse. Tilsvarende skal borgere, som ikke initialt modtager kommunal sygepleje, men som psykiatrien vurderer har behov for kommunal sygepleje efter udskrivelse, også udskrives med 96 timers behandlingsansvar.

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

3.2.3 Kommunikation til samarbejdspartnere ved opstart af 96 timers behandlingsansvar

Alle patienter omfattet af målgruppen skal udskrives med 96 timers behandlingsansvar, medmindre udskrivende afsnit vurderer, at patienten vil være bedre stillet med et andet eksisterende tilbud (jf. afsnit 1.3). Relevante tværsektorielle samarbejdspartnere, herunder kommune, praktiserende læge samt patient og eventuelle pårørende, skal informeres herom. Kommunikation fra psykiatrien til kommune og almen praksis vedrørende udskrivelse skal leveres konsekvent og rettidigt. Kommunikationen foregår via de gældende arbejdsgange og aftaler. Den udskrivende læge på psykiatrisk afsnit sikrer, at Fælles Medicin Kort (FMK) er ajourført og relevante recepter er udstedt. Planlægningen af udskrivelsen sker som vanligt i samarbejde med kommunerne efter gældende procedure i den relevante kommune. For at sikre korrekt registrering anføres de nationale start- og slutmarkører for behandling udenfor hjemmet.

Det er altid udskrivende psykiatriske afsnit, der har det udvidede behandlingsansvar. Dette gør sig også gældende i tilfældet af, at patienten udskrives direkte fra en intensiv afdeling. Såfremt en patient har modtaget behandling fra en anden afdeling end det afsnit, som vedkommende fysisk har opholdt sig på, kan dette håndteres i henhold til den lokale instruks på hospitalet.

Kommunikation til kommunen

Af udskrivningsrapporten (eller korrespondancemeddelelsen) skal det fremgå, at borgeren er omfattet af 96 timers behandlingsansvar, samt hvornår behandlingsansvaret udløber. Desuden skal det telefonnummer, som udskrivende afsnit kan kontaktes på, også fremgå.

Udskrivende psykiatriske afsnit skal informere kommunen om:

- At borgeren er omfattet af 96 timers behandlingsansvar, samt hvornår dette udløber
- Navn på det udskrivende afsnit og telefonnummer, som afsnittet kan kontaktes på i alle døgnets timer
- Navn på det ambulante tilbud og telefonnummer, som kan kontaktes i ambulatoriets åbningstid.

For patienter henvist til/knyttet til **kommunal sygepleje** gøres dette via udskrivningsrapport.

For patienter henvist til/knyttet til **botilbud** gøres dette via korrespondancemeddelelse. Meddelelsen kan med fordel sendes samtidig med afsendelse af udskrivningsaftale/koordinationsplan

Kommunikation til almen praksis

Patientens egen læge orienteres via udskrivningsepikrisen. Øverst i epikrisen skal det fremgå, at borgeren er omfattet af 96 timers behandlingsansvar, samt hvornår egen læge forventes at skulle overtage behandlingsansvaret. Desuden skal det telefonnummer, som udskrivende afsnit og/eller det ambulante tilbud kan kontaktes på også fremgå af epikrisen. Farvemarkeringen af epikrisen skal følge de gældende retningslinjer.

Lægevagten kan tilgå oplysningen via sundhed.dk.

Information til borger og eventuelle pårørende

Af besøgssammendraget (rapport fra Sundhedsplatformen) skal det fremgå, at borgeren er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. Borgeren samt eventuelle pårørende skal mundtligt informeres herom, dog skal det påpeges, at kontakt til udskrivende afsnit foregår via sundhedsprofessionelle i kommunen. Desuden skal udskrivningsrapporten gennemgås med og udleveres til borgeren inden udskrivelse.

3.3 Digitalt overblik over patienter omfattet af 96 timers behandlingsansvar

De psykiatriske afsnit skal til enhver tid have et aktuelt overblik over hvilke patienter, der er udskrevet med 96 timers behandlingsansvar. Dette sker gennem en automatisk genereret overblikssrapport i Sundhedsplatformen. Rapporten "Behandling uden for hospital, BuH" viser oplysninger om alle patienter, der er udskrevet fra afsnittet med 96 timers behandlingsansvar. Patienten forsvinder automatisk fra rapporten efter 96 timer, medmindre psykiatriens behandlingsansvar forlænges.

3.4 Kontakt til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien

Den kommunale sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, praktiserende læge og lægevagt kan kontakte det udskrivende afsnit på alle tidspunkter af døgnet. Forinden opkaldet til psykiatrien har den henvendende sundhedsperson forberedt opkaldet som beskrevet i afsnit 3.5.1. Det vil sige, at vedkommende har orienteret sig i udskrivningsdokumenterne og foretaget de vurderinger og observationer. Kommunikationen med psykiatrien foregår ud fra dialogværktøjet ISBAR. Kontakten til udskrivende afsnit sker telefonisk. Psykiatrien har som led i implementeringen af modellen klargjort, hvorvidt de vil gøre brug af en central eller decentral telefonisk løsning. Løsningen skal være døgnbemandet. Det konkrete telefonnummer vil fremgå af udskrivningsrapporten og epikrisen.

Såfremt henvendelsen drejer sig om problemstillinger, der ligger udenfor udskrivende afsnits speciale, har udskrivende afsnit ansvaret for at sikre, at der oprettes kontakt til anden afdeling med de rette kompetencer.

3.5 Kommunikation og samarbejde under 96 timers behandlingsansvar

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

3.5.1 Kommunikation og samarbejde med kommunen

Kommunale sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan foretage opkald til udskrivende afsnit. Social- og sundhedsassistenter bør så vidt muligt søge råd og vejledning hos en sygeplejerske, inden udskrivende afsnit kontaktes.

Før telefonisk kontakt til udskrivende afsnit orienterer den kommunale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent sig i fremsendte udskrivningsdokument og danner sig et overblik over de konkrete lægemidler enten i FMK eller anden tilgængelig medicinliste.

Den kommunale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent skal kunne kommunikere sikkert om patientens helbredstilstand og behandling ud fra dialogværktøjet ISBAR. Ved opkald omhandlende patientens helbredstilstand forventes det, at vedkommende i videst muligt omfang, har indhentet relevante oplysninger om borgeren, herunder:

- Beskrivelse af borgerens sindstilstand efter udskrivelse, herunder:
 - Forværring/ændring af symptomer
 - Søvn
 - Evt. indtag af alkohol og/eller andre rusmidler
 - Compliance ved medicinsk behandling
 - Tilbud om og accept af evt. p.n. medicin
- Risikovurdering af adfærd
- Ved mistanke om infektion måles relevante vitale værdier (temperatur, BT, puls, bevidsthedsniveau)

I dialog med udskrivende afsnit oplyser kommunen psykiatrien om, hvilke sundhedsmæssige udfordringer hos borgeren, de selv kan løse.

3.5.2 Kommunikation og samarbejde med almen praksis

Hvis der inden for 96 timer rettes henvendelse fra kommunalt regi til udskrivende afsnit, og udskrivende afsnit på denne baggrund foretager ændringer/præciseringer af behandlingsplan, ordination af medicin eller lignende, orienteres praktiserende læge via en korrespondancemeddelelse.

3.6 Typer af henvendelser til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien

Henvendelserne fra kommune til udskrivende afsnit under 96 timers behandlingsansvar kan omhandle forskellige problemstillinger. Henvendelserne kan dreje sig om opfølgning på udskrivelse og/eller henvendelse ved ændring i patientens tilstand, herunder ved behov for justering i medicinering eller præcisering af plan og aftaler for patienten. Henvendelser kan endvidere også omfatte nyttilkomne og behandlingskrævende psykiatriske helbredsproblemer (fx hvis en depressiv patient får symptomer på manisk tilstand), foruden de, der er håndteret under den seneste indlæggelse.

Afsnit 3.6.1 beskriver henvendelser vedrørende opfølgning på aktuel indlæggelse, mens afsnit 3.6.2 beskriver henvendelser vedrørende ændringer i borgerens tilstand.

3.6.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på aktuel indlæggelse

Hvis henvendelsen vedrører opfølgning på den aktuelle indlæggelse, kan der være behov for, at lægen i psykiatrien tager stilling til hvorvidt der eksempelvis:

- skal ordineres medicin eller ændres i den aktuelle medicin
- er behov for justering/præcisering af behandlingsplanen
- skal konfereres med en læge fra et andet speciale
- er hastende behov for lægefaglig vejledning fra psykiatrien eller om henvendelsen kan overgå til praktiserende læge efter 96 timer (eller ambulant tilbud for patienter, som er i sådan et).

Henvendelser til udskrivende afsnit indenfor de 96 timers behandlingsansvar følges op med nedenstående kommunikation:

Information til kommunen og almen praksis

Ved præcisering eller ændring af behandlingsplan, ordination af medicin eller lignende sendes en korrespondancemeddelelse til kommunen og almen praktiserende læge. Det skal fremgå af korrespondancemeddelelsen vedrørende kontakten, hvornår 96 timers behandlingsansvar ophører.

Information til borger og pårørende

Henvendende sundhedsperson orienterer borger og eventuelle pårørende om resultat af henvendelsen.

3.6.2 Henvendelser vedrørende ændringer i tilstand

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

Hvis henvendelsen vedrører forværring/ændring i patientens tilstand, vurderer lægen i psykiatrien, om der er akut behov for et lægeligt tilsyn, herunder:

- Om tilsynet kan foretages via telefon, evt. suppleret med en videokonsultation
- Om der er behov for fysisk tilsyn af patienten

Ved akut behov for lægeligt tilsyn kan dette foregå som

- Videokonsultation (SMS Video)
- Besøg i eget hjem via lægevagten
- Vurdering i psykiatrisk akutmodtagelse evt. med efterfølgende indlæggelse
- En subakut vurdering på psykiatrisk afsnit

Videokonsultation

Videokonsultationen opstartes ved, at lægen via SMS Video, sender en sms med video-link til den kommunale fagperson, som har henvendt sig til den behandlingsansvarlige læge i psykiatrien.

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

Lægeligt tilsyn via lægevagten

Ved behov for lægeligt tilsyn i borgerens eget hjem kan den behandlingsansvarlige læge tage telefonisk kontakt til lægevagten i dennes vagttid. Den behandlingsansvarlige læge kan i samarbejde med lægevagten aftale et muligt sygebesøg inden for de gældende rammer og aftaler. Når vagtlægen har tilset patienten, kontakter vedkommende den behandlingsansvarlige læge i psykiatrien, og sammen vurderer de det videre forløb. I nattetimerne sker sygebesøget ved lægevagten via en paramediciner, som har videoopkobling til en læge.

Udenfor lægevagtens vagttid kan akutbilerne i lægevagten og akutberedskabet rekvireres til lægeligt tilsyn. Disse kan rekvireres efter vanlig praksis med præhospitale vurderingsopgaver og forudsætter, at der er en læge på udskrivende afsnit, som ambulancepersonalet kan referere til.

Ved livstruende tilstande rekvireres akut ambulance efter vanlige retningslinjer.

Subakut vurdering

Subakut vurdering er muligt på udvalgte psykiatriske afsnit. Såfremt den behandlingsansvarlige læge vurderer, at der er behov for subakut vurdering, vil kommunen blive orienteret om dette ved henvendelse til udskrivende afsnit.

Genindlæggelse

Hvis borgeren skal genindlægges, vurderer den rekvirerende behandlingsansvarlige læge i psykiatrien, hvordan borgeren skal modtages ud fra psykiatriens lokale organisering, og der rekvireres kørsel via gældende retningslinjer. Det er altid psykiatrien, der skal rekvirere kørslen ifm. genindlæggelse.

3.7 Forlængelse af 96 timers behandlingsansvar

Hvis den behandlingsansvarlige læge i psykiatrien vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 96 timer. Hvis psykiatrien forlænger behandlingsansvaret, skal nedenstående tværsektoriel kommunikation foregå.

Information til kommunen og almen praksis

Kommunen informeres telefonisk om, at det lægefaglige behandlingsansvar forlænges. Herudover fremsendes en korrespondancemeddelelse til både kommunen og almen praksis, hvor det nye tidspunkt for afslutningen af behandlingsansvaret tydeligt angives.

Information til borger og pårørende

Borgeren og dennes eventuelle pårørende skal informeres om forlængelse af psykiatriens behandlingsansvar udover 96 timer, og hvornår psykiatriens behandlingsansvar ophører og overgår til borgers praktiserende læge. Hvis forlængelsen sker i forbindelse med vurdering i psykiatriens, informerer sygehuset om forlængelse. Forlængelsen dokumenteres i patientjournalen.

3.8 Genindlæggelse under 96 timer efter udskrivelse fra sygehus

Patienter, der indlægges, mens de er omfattet af 96 timers behandlingsansvar, vil få afsluttet det igangværende 96 timers behandlingsansvar. Efter udskrivelsen skal patienten igen omfattes af 96 timers behandlingsansvar, også hvis indlæggelsen har haft en varighed på mindre end 24 timer.

3.9 Afslutning af 96 timers behandlingsansvar

Ved afslutning af 96 timers behandlingsansvar foretages der ikke yderligere kommunikation.

Borgeren overgår således uden videre til praktiserende læge. Kommunen og praktiserende læge er ved opstart og eventuelt forlængelse af 96 timers behandlingsansvar informerede om tidspunkt for afslutningen på psykiatriens behandlingsansvar.

Tabel 1: Tabellen beskriver den digitale kommunikation fra udskrivende afsnit til kommune og praktiserende læge i forbindelse med 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien

	Til	Aktivitet/MedCom Standard
Ved udskrivelse	Kommune	For patienter henvist til/knyttet til kommunal sygepleje sendes udskrivningsrapport med information om, at patienten udskrives med 96 timers behandlingsansvar samt om hvornår behandlingsansvaret udløber. For patienter henvist til/knyttet til botilbud sendes informationen via korrespondancemeddelelse.
	Praktiserende læge	Udskrivningsepikrise sendes med information om, at patienten udskrives med 96 timers behandlingsansvar samt om hvornår behandlingsansvaret udløber.
Ved henvendelse under de 96 timers behandlingsansvar	Kommune	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en korrespondancemeddelelse. Ved medicinændringer opdateres FMK.
	Praktiserende læge	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en korrespondancemeddelelse.
Afslutning af behandlingsansvar	Kommune	Fremgår af tidligere fremsendte udskrivningsrapport
	Praktiserende læge	Fremgår af tidligere fremsendte epikrise

Tabel 2: Tabellen beskriver den digitale kommunikation fra udskrivende afsnit til kommune og praktiserende læge i forbindelse med forlængelse af 96 timers behandlingsansvar i psykiatrien

	Til	Aktivitet/MedCom Standard
Ved forlængelse af behandlingsansvar ud over 96 timer	Kommune	Telefonopkald efterfulgt af en korrespondancemeddelelse. Her skal nyt tidspunkt for ophør af psykiatriens behandlingsansvar tydeligt fremgå.
	Praktiserende læge	Der sendes en korrespondancemeddelelse. Her skal nyt tidspunkt for ophør af psykiatriens behandlingsansvar tydeligt fremgå.
Ved henvendelse under forlænget behandlingsansvar ud over 96 timer	Kommune	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en korrespondancemeddelelse. Ved medicinændringer opdateres FMK.
	Praktiserende læge	Ved ændring/præcisering af behandlingsplan, ordination af medicin o.l. fremsendes en korrespondancemeddelelse.
Afslutning af forlænget behandlingsansvar	Kommune	Fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse.
	Praktiserende læge	Fremgår af tidligere fremsendte korrespondancemeddelelse.

4 Monitorering og evaluering

For at sikre implementering og drift af 96 timers behandlingsansvar i Region Sjællands Psykiatri skal modellen løbende monitoreres. Dette skaber grundlag for såvel afrapportering som eventuel videreudvikling af modellen. Monitoreringen vil primært foregå ved anvendelse af nationale markører for 96 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar samt løbende opfølgning i lokale implementeringsgrupper.

4.1 Monitorering på nationale forløbsmarkører

Sundhedsdatastyrelsen har oprettet markører for monitorering af 96 timers behandlingsansvar:

- AFJo9A - Udvidet behandlingsansvar, start
- AFJo9X - Udvidet behandlingsansvar, slut

Disse markører anvendes til at registrere borgere, der udskrives med 96 timers behandlingsansvar og understøtter derved en løbende monitorering i implementeringsfasen og når modellen er i drift. Registreringsdata indsamlet ved forløbsmarkørerne indsendes kvartalsvis til Sundhedsministeriet.

Bilag 1: Eksempler på patientcases

Fejlmedicinering eller medicinsvigt

Case 1:

En patient udskrives til et socialpsykiatrisk botilbud efter indlæggelse til behandling for skizofreni. Patienten er i daglig antipsykotisk behandling, men ved ankomsten til botilbuddet konstateres det, at ordinationerne ikke er korrekt ajourført i FMK, og at patienten ikke har tilstrækkelig medicin til de kommende dage. Inden kontakt til det udskrivende psykiatriske afsnit har den kommunale sygeplejerske så vidt muligt indhentet relevante oplysninger, herunder opslag i FMK og kendskab til patientens diagnose. Sygeplejersken kontakter det udskrivende afsnit for at få afklaret korrekt medicinordination og for at få udstedt en ny recept. Udskrivende afsnit ajourfører FMK, udarbejder en ny recept og fremsender en korrespondancemeddelelse til både kommunen og patientens praktiserende læge med oplysninger om ændringen.

Case 2:

En kvinde udskrives til eget hjem efter indlæggelse med bipolar affektiv sindslidelse. Under et planlagt besøg konstaterer den kommunale hjemmesygeplejerske, at patienten muligvis ikke tager sin ordinerede medicin som planlagt. Patienten udviser tegn på humørinstabilitet og søvnforstyrrelser samt mulig selvdestruktiv adfærd. Hjemmesygeplejersken kontakter det udskrivende psykiatriske afsnit for rådgivning. I dialogen afklares det, om der er behov for akut psykiatrisk vurdering, herunder mulighed for videokonsultation. Udskrivende afsnit giver desuden vejledning om hjælp til følelsesregulering og sikring af stabilt medicinindtag i den konkrete situation. Der kan ligeledes rådgives om, hvornår der atter skal tages kontakt ved fortsat bekymring.

Ændring i patientens tilstand

Case 1:

En mand kendt med bipolar affektiv sindslidelse udskrives til et botilbud efter indlæggelse til behandling for depression. Patienten har betydelig nedsat psykisk funktionsevne og komplekse sociale problemstillinger, og der er ved udskrivelsen vurderet behov for omfattende hjælp til pleje og daglige funktioner. Efter udskrivelsen udvikler patienten symptomer på hypomani. Den socialfaglige kontaktperson på botilbuddet observerer ændringer i patientens adfærd og drøfter observationerne med botilbuddets sygeplejerske. Sygeplejersken foretager kigger på det lokale medicinkort for at tjekke medicinordinationer, samt gennemgår diagnoseoplysninger og udskrivningsdokumentation fra hospitalet for eventuelle anvisninger om håndtering af forværring. Da der ikke fremgår specifikke anvisninger om forværring i epikrisen eller udskrivningsaftalen, kontakter sygeplejersken det udskrivende psykiatriske afsnit for rådgivning. I dialogen afklares, om patienten skal tilses, herunder om vurdering kan ske via videokonsultation.

Case 2:

En kvinde udskrives til eget hjem efter behandling for svær angstlidelse. Hun er planlagt til ambulant opfølgning i F-ACT-teamet om få dage. Efter udskrivelsen kontakter patientens praktiserende læge den udskrivende afdeling, efter at patienten under en konsultation har udvist betydelig angstforværring med søvnproblemer, udtalt uro og nyopståede tanker om selvskade. Den

praktiserende læge ønsker sparring om, hvorvidt den aktuelle tilstand kræver fremrykning af patientens planlagte fremmøde i F-ACT, samt rådgivning om eventuelle støttetiltag, som egen læge kan iværksætte frem til ambulant vurdering. I samtalen vurderes patientens tilstand og behovet for fremrykning af fremmødet, samt hvilke akutte støttetiltag egen læge kan anbefale. Det ambulante tilbud informeres om kontakten og evt. behov for fremrykning af klinisk kontakt.

Tvivl om behandlingsplan eller observation

Case 1:

En patient udskrives til kommunal sygepleje i eget hjem efter indlæggelse i forbindelse med forværring af skizofrenisymptomer. Patienten er fortsat påvirket af negative symptomer såsom initiativløshed og social tilbagetrækning. En kommunal sygeplejerske observerer, at patienten virker mere isoleret end ved udskrivelsen, men uden klare tegn på psykoseforværring. Sygeplejersken kontakter det udskrivende psykiatriske afsnit for at få rådgivning om, hvordan der bedst kan støttes op om patientens funktionsniveau, og om der er behov for at ændre behandlingsplanen. I samtalen drøftes det, om observationerne kan håndteres ved skærpet opmærksomhed, eller om der er behov for en lægelig vurdering.

Bilag 2: Definitioner

Midlertidige kommunale botilbud

Midlertidigt ophold i boformer til mennesker, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det (Servicelovens § 107).

Længerevarende kommunale botilbud

Længerevarende boformer mennesker med betydelige og varige handicap, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis (Servicelovens § 108).

Afklaringspladser

Afklaringspladser er målrettet borgere, der udskrives fra psykiatrien, og hvor der er behov for en nærmere afklaring af, hvilke socialfaglige indsatser, der bedst imødekommer deres behov. Initiativet gennemføres ved lov, således at der fra 1. januar 2027 vil være krav til kommunerne om at tilbyde borgere en afklaringsplads, hvis borgeren vurderes at have behov herfor. Kommunerne kan gå i gang med etablering af afklaringspladserne fra medio 2026, når lovgivningen forventes at være på plads.

Epikrise

En epikrise er en skriftlig overlevering af lægefaglige oplysninger fra en læge til en anden læge, enten i forbindelse med udskrivelse fra sygehus eller ved anden afslutning af behandlingsforløb. Formålet med epikrisen er, at patienten får en hensigtsmæssig, sammenhængende og sikker behandling.

FMK (Fælles Medicinkort)

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

Indlæggelsesadvis

Når en patient registreres indlagt i Sundhedsplatformen, sendes automatisk et indlæggelsesadvis fra psykiatrien til kommunen, som oplyser patientens indlæggelsessted og tidspunkt. Disse sendes uanset om patienten er kendt i kommunen eller ej.

Indlæggelsesrapport

Indlæggelsesrapporten sendes fra kommunen, når en borger indlægges i psykiatrien, da personalet i psykiatrien har brug for en række sundhedsfaglige oplysninger fra kommunen for at kunne iværksætte den bedst mulige behandling af patienten og for at kvalificere dialogen mellem psykiatri og kommune.

ISBAR

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

Udskrivningsrapport

Udskrivningsrapport er det afsluttende dokument, der sendes til kommunen på udskrivningsdagen, og som gennemgås med og udleveres til patienten.

Korrespondancemeddelelser

Elektronisk korrespondancemeddelelse er en MedCom standard. En korrespondancemeddelelse er altid knyttet til en borger og dennes cpr.nr. Der kan sendes korrespondancemeddelelser til modtagere på både kendte og ukendte borgere i modtagersystemet. Hvor der ikke findes andre strukturerede meddelelser, anvendes korrespondancemeddelelser.

Bilag 3: Organiseringen af arbejdet med udvikling og implementering af 96 timers behandlingsansvar

Den Centrale Implementeringsgruppe

Den centrale implementeringsgruppe har det overordnede ansvar for koordinering og udvikling af implementeringen på tværs af sygehusene, kommunerne og almen praksis. Den centrale implementeringsgruppe har til opgave at beslutte de regionale rammer for modellen for 96 timers behandlingsansvar. Gruppen skal også godkende den endelige model for 96 timers behandlingsansvar i Region Sjælland.

Den centrale implementeringsgruppe består af følgende medlemmer:

- Morten Eklund Ziebell, Sjællands Universitetshospital (Forperson)
- Lene Bidstrup, Sjællands Universitetshospital
- Mathias Greve Lindholm, Sjællands Universitetshospital
- Rikke Wulff, Sjællands Universitetshospital
- John Sitarz, Nykøbing Falster Sygehus
- Linda Christensen, Nykøbing Falster Sygehus
- Anne Grethe Larsen, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Henrik Vilsner, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Marlene Fleischer, Holbæk Sygehus
- Anette Laursen, Holbæk Sygehus
- Morten Helleberg Christensen, Holbæk Sygehus
- Benjamin Lind Kjersgaard, Psykiatrien Sjælland
- Dorthe Juul, Psykiatrien Sjælland
- Dan Calatayud, Psykiatrien Sjælland
- Ditte Thomsen, Psykiatrien Sjælland
- Tina Haar, Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland
- Stine Gro Salling, Koncern Digitalisering, Region Sjælland
- Louise Majdahl Nielsen, Koncern Digitalisering, Region Sjælland
- Anna Katharina Resen, Ringsted Kommune
- Tina Dalby, Ringsted Kommune
- Marie Jørgensen, Ringsted Kommune
- Annette Rost, Slagelse Kommune
- Therese Gjerde Corfix, Slagelse Kommune
- Rikke Thybo Albrechtsen, Slagelse Kommune
- Jesper Vind Troelsen, Slagelse Kommune
- Bente Gaardhøj Johansen, Solrød Kommune
- Camilla Kronborg, Solrød Kommune
- Kirstine Steen Nybom, Solrød Kommune
- Diana Fritz, Lejre Kommune
- Nicolaj Dröschler, Lejre Kommune
- Mette Molin, Lejre Kommune
- Helle Sandgaard Kristensen, Odsherred Kommune
- Jane Siegenfeldt Jensby, Odsherred Kommune
- Rasmus Gormsen Hansen, Odsherred Kommune

- Cecilie Høstaker, Odsherred Kommune
- Jesper Daugaard, Lolland Kommune
- Søren Wollesen, Lolland Kommune
- Betina Arendt, Roskilde Kommune
- Karen Djørup, Roskilde Kommune
- Preben Hilligsøe, Roskilde Kommune
- Tina Boel Reugboe, Roskilde Kommune
- Jesper Bøjer Jensen, Kommunekontakttråd Sjælland
- Charlotte Falk Andersen, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Sjælland
- Henrik Eilsø, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Sjælland
- Malene Egsgaard-Toft, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Troels Busk Hoff, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Laura Aviaja Rudkjøbing, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland

Tværgående arbejdsgruppe

Der er nedsat en tværgående arbejdsgruppe, der skal forestå udarbejdelse af modelbeskrivelse samt D4-vejledning for 96 timers behandlingsansvar i Psykiatrien. Arbejdsgruppen består af følgende medlemmer:

- Cheflæge Dan Calatayud, Psykiatrien Syd
- Chefsygeplejerske Ditte Thomsen, Psykiatrien Øst
- Specialkonsulent Benjamin Lind Kjersgaard, Psykiatriens Stab
- Virksomhedsleder for sociale tilbud til borgere med psykiske handicap Diana Fritz, Lejre Kommune
- Afdelingsleder i Center for Handicap og Psykiatri Karla Jeanine Hilaire, Slagelse Kommune,
- Sundhedsfaglig konsulent Tessa Vestergaard Fleischer. Roskilde kommune
- Chefkonsulent Troels Busk Hoff, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Konsulent Laura Aviaja Rudkjøbing, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland