



Model for 96 timers behandlingsansvar efter sygehusindlæggelse

Maj 2025

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	4
1.1 Formål	4
1.2 Modellens parter	5
1.3 Målgruppe	5
1.4 Forventet volumen	5
2 Organisering af samarbejdet med de involverede parter	7
2.1 Regional organisering	7
2.2 Samarbejde med kommunerne	7
2.3 Samarbejde med almen praksis	8
3 Model for 96 timers behandlingsansvar	9
3.1 Definition af 96 timers behandlingsansvar	9
3.2 Udskrivelse af patienten	9
3.2.1 Planlægning af udskrivelse fra sygehus	9
3.2.2 Identifikation af målgruppe	9
3.2.3 Kommunikation til samarbejdspartnere ved opstart af 96 timers behandlingsansvar	10
3.3 Digitalt overblik over patienter omfattet af 96 timers behandlingsansvar	10
3.4 Kontakt til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar	11
3.5 Kommunikation og samarbejde under 96 timers behandlingsansvar	11
3.5.1 Kommunikation og samarbejde med kommunen	11
3.5.2 Kommunikation og samarbejde med almen praksis	12
3.6 Typer af henvendelser til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar	12
3.6.1 Henvendelser vedrørende opfølgning på aktuell indlæggelse	12
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	14
3.9 Afslutning af 96 timers behandlingsansvar	14
3.10 eHospitalet	14
3.10.1 Kommunikation ved opstart af 96 timers behandlingsansvar	14
3.10.2 Øvrige arbejdsgange	15
4 Monitorering og evaluering	18
4.1 Monitorering på nationale forløbsmarkører	18
Bilag 1: Eksempler på patientcases	19

Bilag 2: Definitioner	21
Bilag 4: Organiseringen af arbejdet med udvikling og implementering af 96 timers behandlingsansvar	23

1 Indledning

Borgerne i Region Sjælland skal have nære og sammenhængende sundhedstilbud. Sammen med kommuner og almen praktiserende læger tager sygehusene 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 somatiske sygehuse fremadrettet påtager sig et udvidet behandlingsansvar på 96 timer for færdigbehandlede patienter, der udskrives til kommunal sygepleje på kommunale døgnpladser, plejecentre, bosteder eller i eget hjem. Med 96 timers behandlingsansvar skal sygehusene understøtte, at borgeren oplever en sikker og mere tryk overgang fra sygehuset og til den kommunale sygepleje.

Ved 96 timers behandlingsansvar skal sygehusene 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 sygehusene bidrage til, at kommuner og praksissektor får de bedst mulige betingelser for at yde en optimal behandling og pleje til borgeren efter udskrivelse fra sygehuset.

96 timers behandlingsansvar gælder for færdigbehandlede patienter over 18 år, der har været indlagt i mindst 24 timer på et af Region Sjællands somatiske sygehuse, herunder eHospitalet

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 på sygehuset og til det videre forløb i den kommunale sygepleje på kommunale døgnpladser, plejecentre, bosteder eller i eget hjem.

96 timers behandlingsansvar skal sikre en øget tilgængelighed og kvalitet i det tværsektorielle samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis i de første døgn efter patientens udskrivelse fra sygehuset. Dette skal opnås ved, at sygehusene 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 sygehuset.

96 timers behandlingsansvar understøtter, at der er relevant viden hos de sundhedsprofessionelle, som plejer og behandler borgeren efter udskrivelse fra sygehuset. 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 på sygehuset og borgerens hjem eller ophold på midlertidige kommunale døgnpladser, plejecentre eller bosteder
- Øget kvalitet og tilgængelighed i samarbejdet mellem sygehus, 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 sygehusets 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 somatiske sygehuse herunder eHospitalet, og er et tilbud til alle 17 kommuner i regionen samt praktiserende læger og lægevagt.

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

1.3 Målgruppe

Målgruppen er borgere over 18 år, som er færdigbehandlede fra et somatisk sygehus herunder eHospitalet, der efter endt sygehusbehandling udskrives til kommunal sygepleje, og som derfor forventes at have behov for pleje eller støtte. Det bemærkes, at borgere indlagt under 24 timer ikke er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. Borgere der udskrives fra psykiatrien, er heller ikke omfattet af 96 timers behandlingsansvar.

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

- Midlertidig kommunal døgnplads
- Plejecenter
- Kommunal sygepleje i eget hjem
- Kommunal sygepleje på kommunale eller regionale bosteder

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

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.

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

Der er potentiale for, at målgruppen fremadrettet udvides.

1.4 Forventet volumen

Siden Region Sjælland implementerede 72 timers behandlingsansvar i december 2023, har der hver måned været ca. 1.900 patienter, der er blevet udskrevet med 72 timers behandlingsansvar. Det forventes ikke, at dette tal vil ændre sig som følge af overgangen til 96 timers behandlingsansvar.

Frem til og med juni 2024 blev det daglige antal opkald til sygehusene som følge af indførelsen af 72 timers behandlingsansvar estimeret. Estimatet var, at indførelsen af 72 timers behandlingsansvar i alt medførte 6-8 daglige opkald til sygehusene i Region Sjælland. Da behandlingsansvaret udvides med ét døgn, og der dermed bliver et længere tidsrum, hvor

kommuner kan kontakte sygehusene, kan overgangen til 96 timers behandlingsansvar medføre et stigende antal opkald.

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 tværgående arbejdsgrupper 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 afdelinger. Dette indebærer bl.a. at sikre døgnbemandet telefonisk adgang til udskrivende afdeling. Hvordan sygehusene vil organisere en døgndækkende telefonisk funktion, er op til det enkelte sygehus, og denne kan derfor være central såvel som decentral. Løsningen skal dog give kommuner, almen praksis og lægevagt telefonisk adgang til udskrivende afdeling og organiseres således, at sandsynligheden for viderestilling minimeres mest muligt. Hvert sygehus har derfor udarbejdet en skriftlig plan for lokal organisering. Som led heri er der udpeget en hovedansvarlig på hvert sygehus og i hver relevant afdeling.

2.2 Samarbejde med kommunerne

En forudsætning for at sygehusene kan udskrive patienter med 96 timers behandlingsansvar er, at de kommunale sundhedsprofessionelle besidder de relevante kompetencer for dialog med den udskrivende afdeling. Det betyder, at opkald fra kommune til udskrivende afdeling skal foretages af en autoriseret sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent. Under opkaldet til udskrivende afdeling 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 afdeling 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 sygehuset under de 96 timer skal derfor initieres af kommunen, og myndighedsansvaret påhviler kommunen og ikke udskrivende afdeling på sygehuset.

¹ Definition af ISBAR findes i bilag 2

2.3 Samarbejde med almen praksis

96 timers behandlingsansvar omfatter, at sygehusene 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 sygehuset vurderer henvendelsen, som hvis patienten var indlagt. Det vil sige, at sygehuslægen 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 sygehuset og frem til afslutningen på de 96 timers behandlingsansvar. Afsnit 3.10 beskriver arbejdsgangene for patienter, der bliver udskrevet fra eHospitalet. Afslutningsvist præsenteres tre 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 den udskrivende afdeling på sygehuset påtager sig ved udskrivelsen af patienten og frem til 96 timer efter udskrivelsen. Den udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra kommunale sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter samt almen praksis og lægevagt i forlængelse af patientens aktuelle udskrivelse fra sygehuset. 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 urinvejsinfektion), 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 den udskrivende afdeling påhviler det lægefaglige behandlingsansvar formelt den vagthavende læge. Det er dog op til den enkelte afdeling på sygehuset, hvordan de ønsker at organisere sig i forbindelse med opkald fra kommunerne, almen praksis eller lægevagten. Sygehuslægen 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 sygehus

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

- Midlertidig kommunal døgnplads
- Plejecenter
- Kommunal sygepleje i eget hjem
- Kommunal sygepleje på kommunale eller regionale bosteder

3.2.2 Identifikation af målgruppe

Af den automatiske fremsendte indlæggelsesrapport under punktet ”Ydelser” kan sygehusene 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 på sygehuset, skal borgeren omfattes af 96 timers behandlingsansvar i forbindelse med udskrivelse. Tilsvarende skal borgere, som ikke initialt modtager kommunal sygepleje, men som sygehuset 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 sygehusene 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 afdeling 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 sygehus til kommune og almen praksis vedrørende udskrivelse skal leveres konsekvent og rettidigt. Kommunikationen foregår via de gældende arbejdsgange og aftaler. Den udskrivende læge på sygehuset sikrer, at Fælles Medicin Kort (FMK) er ajourført og relevante recepter er udstedt. Planlægningen af udskrivelsen sker som vanligt i samarbejde med kommunale visitatorer. For at sikre korrekt registrering anføres de nationale start- og slutmarkører for behandling udenfor hjemmet.

Det er altid udskrivende afdeling, 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 den afdeling, som vedkommende fysisk har opholdt sig på, kan dette håndteres i henhold til den lokale instruks på sygehuset

Kommunikation til kommunen

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

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 afdeling 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 afdeling 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

Sygehusafdelingerne skal til enhver tid have et aktuelt overblik over hvilke patienter, der er udskrevet med 96 timers behandlingsansvar. Dette sker gennem en automatisk genereret overblikrapport i Sundhedsplatformen. Rapporten "Behandling uden for hospital, BuH" viser oplysninger om alle patienter, der er udskrevet fra afdelingen med 96 timers behandlingsansvar.

Patienten forsvinder automatisk fra rapporten efter 96 timer, medmindre sygehusets behandlingsansvar forlænges.

3.4 Kontakt til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar

Den kommunale sygeplejerske/social- og sundhedsassistent, praktiserende læge og lægevagt kan kontakte den udskrivende afdeling på alle tidspunkter af døgnet. Forinden opkaldet til sygehuset 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 relevante målinger og observationer. Kommunikationen med sygehuset foregår ud fra dialogværktøjet ISBAR. Kontakten til udskrivende afdeling sker telefonisk. Sygehusene 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 afdelings speciale, har udskrivende afdeling 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 afdeling skelnes der mellem, hvorvidt der ydes rådgivning eller behandling. Uanset om der er tale om rådgivning eller behandling, må udskrivende afdeling foretage journalopslag. Hvis sygehuslægen yder behandling, har sygehuspersonalet journalføringspligt. Hvis der derimod udelukkende er tale om rådgivning, har sygehuspersonalet ikke pligt til, men mulighed for at journalføre dette. Kommunerne har ved enhver henvendelse til udskrivende afdeling 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 afdeling. Social- og sundhedsassistenter bør så vidt muligt søge råd og vejledning hos en sygeplejerske, inden udskrivende afdeling kontaktes.

Før telefonisk kontakt til udskrivende afdeling orienterer den kommunale sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent sig i fremsendte udskrivningsdokument og tilgår FMK i forhold til de konkrete lægemidler.

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 har:

- Målt følgende vitale værdier
 - Blodtryk
 - Puls
 - Respirationsfrekvens
 - Saturation
 - Temperatur
 - Blodsukker ved diabetes
- Vurderet eventuelle smerter vha. Visual Analog Scale (VAS)

- Observeret hud og almentilstand generelt².

I dialog med udskrivende afdeling oplyser kommunen sygehuset 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 afdeling, og udskrivende afdeling 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

Henvendelserne fra kommune til udskrivende afdeling under 96 timers behandlingsansvar kan omhandle forskellige problemstillinger. Henvendelserne kan dreje sig om opfølgning på udskrivelse og/eller henvendelse ved ændring i patientens tilstand. Henvendelser kan endvidere også omfatte nytilkomne og behandlingskrævende helbredsproblemer (fx nyopstået urinvejsinfektion), 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 sygehuslægen tager stilling til hvorvidt der eksempelvis:

- Skal ydes sygeplejefaglig rådgivning, f.eks. vedrørende hjælpemidler, medicinudlevering, funktionsevne, plejerelevante opgaver mv.
- Skal ordineres medicin eller ændres i den aktuelle medicin
- Er behov for præcisering af behandlingsplanen
- Skal konfereres med en læge fra et andet speciale
- Er hastende behov for lægefaglig vejledning fra sygehuset, eller om henvendelsen kan overgå til praktiserende læge efter 96 timer

Henvendelser til udskrivende afdeling 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.

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

Hvis henvendelsen vedrører forværring/ændring i patientens tilstand, vurderer sygehuslægen, 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
- En subakut vurdering på sygehuset
- Genindlæggelse

Videokonsultation

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

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 på sygehuset, 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 afdeling, som ambulancepersonalet kan referere til.

Ved livstruende tilstande rekvireres akut ambulance efter vanlige retningslinjer.

Subakut vurdering

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

Genindlæggelse

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

3.7 Forlængelse af 96 timers behandlingsansvar

Hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 96 timer. Hvis sygehuset 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 sygehusets behandlingsansvar udover 96 timer, og hvornår sygehusets behandlingsansvar ophører og overgår til borgers praktiserende læge. Hvis forlængelsen sker i forbindelse med vurdering på sygehuset, 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 sygehusets behandlingsansvar.

3.10 eHospitalet

Patienter, der visiteres til indlæggelse i eHospitalet fra primærsektor, og dermed udelukkende har haft et indlæggelsesforløb på over 24 timer i eHospitalet skal ved udskrivelse omfattes af 96 timers behandlingsansvar, såfremt patienten modtager kommunal sygepleje. I dette tilfælde vil det være eHospitalet, der er udskrivende afdeling og det vil derfor også være eHospitalet, der skal påtage sig det udvidede behandlingsansvar på 96 timer.

Patienter der visiteres fra en sygehusafdeling på et somatiske sygehus til videre behandling i regi af eHospitalet anses ikke som færdigbehandlede og omfattes derfor ikke 96 timers behandlingsansvar. Når patienten har afsluttet sin behandling på eHospitalet, vil patienten ikke blive omfattet af 96 timers behandlingsansvar, såfremt vedkommende modtager kommunal sygepleje

3.10.1 Kommunikation ved opstart af 96 timers behandlingsansvar

Relevante tværsektorielle samarbejdspartnere, herunder kommune, praktiserende læge samt patient og eventuelle pårørende, skal informeres om, at eHospitalet påtager sig et udvidet behandlingsansvar på 96 timer. Kommunikation fra eHospitalet til kommune og almen praksis vedrørende udskrivelse skal leveres konsekvent og rettidigt. Den udskrivende læge på eHospitalet sikrer, at FMK er ajourført og relevante recepter er udstedt. For at sikre korrekt registrering anføres de nationale start- og slutmarkører for behandling udenfor hjemmet.

Kommunikation til kommunen

Kommunen orienteres via en korrespondancemeddelelse. Af korrespondancemeddelelsen skal det fremgå, at borgeren er omfattet af 96 timers behandlingsansvar, samt hvornår behandlingsansvaret slutter. Desuden skal det telefonnummer, som eHospitalet kan kontaktes på også fremgå af korrespondancemeddelelsen.

Kommunikation til almen praksis

Patientens egen læge orienteres via en epikrise. 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 eHospitalet kan kontaktes på også fremgå af epikrisen.

Information til borger og eventuelle pårørende

Borger kan tilgå informationen via Min Sundhedsplatform og Sundhed.dk

3.10.2 Øvrige arbejdsgange

Ved kontakt til eHospitalet under 96 timers behandlingsansvar, og for beskrivelse af arbejdsgangen ved de forskellige typer af henvendelser henvises der til afsnit 3.4, 3.5 og 3.6.

Ved behov for forlængelse af eHospitalets behandlingsansvar udover 96 timer henvises der til afsnit 3.7. For beskrivelse af arbejdsgang ved genindlæggelse og afslutning på 96 timers behandlingsansvar henvises der til afsnit 3.8 og 3.9.

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

	Til	Aktivitet/MedCom Standard
Ved udskrivelse	Kommune	Udskrivningsrapport sendes med information om, at patienten udskrives med 96 timers behandlingsansvar samt om hvornår behandlingsansvaret udløber.
	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 afdeling til kommune og praktiserende læge i forbindelse forlængelse af 96 timers behandlingsansvar

	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 sygehusets behandlingsansvar tydeligt fremgå.
	Praktiserende læge	Der sendes en korrespondancemeddelelse. Her skal nyt tidspunkt for ophør af sygehusets 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.

Tabel 3: Tabellen beskriver den digitale kommunikation fra eHospitalet til kommune og praktiserende læge i forbindelse med 96 timers behandlingsansvar

	Til	Aktivitet/MedCom Standard
Ved udskrivelse	Kommune	Der sendes en korrespondancemeddelelse med information om, at patienten udskrives med 96 timers behandlingsansvar samt om hvornår behandlingsansvaret udløber.
	Praktiserende læge	Der sendes en epikrise 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 korrespondancemeddelelse.
	Praktiserende læge	Fremgår af tidligere fremsendte epikrise.

4 Monitorering og evaluering

For at sikre implementering og drift af 96 timers behandlingsansvar i Region Sjælland 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

Case 1³

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

Case 2

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

Case 3

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

Case 4

En mand på 82 år er blevet udskrevet fra sygehuset til almen rehabilitering i kommunen kort efter operation for håndleds- og bækkenbrud. På den kommunale rehabiliteringsplads kan personalet blandt andet konstatere, at der ikke foreligger en lægelig behandlingsplan for patientens diabetes type 2, samt at han har symptomer på ubehandlet urinvejsinfektion. Personalet kan ligeledes konstatere, at patienten har tabt funktion over længere tid og har tygge-synkebesvær. Patienten har gennem noget tid ikke kunnet indtage tilstrækkelig mad og væske og fremstår svækket og undervægtig. Under indlæggelsen har sygehusafdelingen taget stilling til og behandlet indlæggelsesårsagen, men har ikke afklaret patientens øvrige sygdomsproblematikker.

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

Case 5

En kvinde på 71 år udskrives fra sygehuset til akutplejeophold i kommunen med kræft i halsregionen. Patienten har blandt andet stort behov for sugning af øvre luftveje for at kunne holde frie luftveje, hvorfor patienten ikke kan udskrives til eget hjem. Patienten er svækket og har et komplekst sygdomsbillede med tryksår og ernæring via sonde grundet cancer og undervægt, og derudover er hun smerteforpint. Der er ikke taget stilling til den videre behandling. Modtagende sygeplejerske vurderer, at patientens respiratoriske tilstand gør, at der er behov for konstant overvågning og sygeplejemæssige tiltag, der sikrer frie luftveje.

³ Nærværende patientcases indgår også i Region Hovedstadens, Region Nordjyllands og Region Midtjyllands beskrivelser af 96 timers behandlingsansvar

Sygeplejersken sikrer de relevante værdier og observationer og sikrer, at sug og andet nødvendigt materiale er medsendt fra sygehuset, hvorefter sygeplejersken kontakter udskrivende afdeling. Udskrivende afdeling lægger en behandlingsplan for patientens respiratoriske tilstand, som er mulig at følge i kommunen. Behandlingsplanen omfatter også en plan for smerter, sår samt ernæring. Alternativt genindlægges patienten

Bilag 2: Definitioner

Blodsukker

Koncentrationen af sukker i blodet målt i mmol/l.

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 sygehuset 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 på et sygehus, da sygehuspersonalet 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 sygehus 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).

Lægefagligt færdigbehandlet

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

Respirationsfrekvens

Antal vejrtrækninger/minut.

Saturation

Iltmætning i blodet angivet i procent.

Udskrivningsrapport

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

VAS (Visual Analog Skala)

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

Bilag 4: 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:

- Vicedirektør Morten Eklund Ziebell, Sjællands Universitetshospital (Forperson)
- Kvalitets- og forbedringschef Dorthe Vilstrup Tomsen, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland (Næstforperson)
- Vicedirektør Anne Grethe Larsen, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Vicedirektør Gitte Fangel-Jensen, Holbæk Sygehus
- Kvalitetschef Lene Vistisen, Nykøbing Falster Sygehus
- Ledende lægesekretær Lene Bidstrup, Sjællands Universitetshospital
- Cheflæge Mathias Greve Lindholm, Sjællands Universitetshospital
- Cheflæge Henrik Vilsner, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Chefsygeplejerske Gitte Piriwe Risom, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Cheflæge John Sitarz, Nykøbing Falster Sygehus
- Chefsygeplejerske Linda Christensen, Nykøbing Falster Sygehus
- Cheflæge Adam Blyme, Holbæk Sygehus
- Chefsygeplejerske Anette Laursen, Holbæk Sygehus
- Enhedschef Tina Haar, Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland
- Teamleder Stine Gro Salling, Koncern IT, Region Sjælland
- Leder af Den kommunale Sygepleje Kirstine Damborg Bendtsen, Solrød Kommune
- Centerchef Betina Arendt, Roskilde Kommune
- Centerchef Rikke Kragh Iversen, Odsherred Kommune
- Centerchef Mette Molin, Lejre Kommune
- Centerchef Therese Gjorde Corfix, Slagelse Kommune
- Leder af Knud Lavard Plejecenter Marie Jørgensen, Ringsted Kommune
- Centerchef Søren Wollesen, Lolland Kommune
- Chefkonsulent Jesper Bøjer Jensen, Kommunekontakttråd Sjælland
- Chefkonsulent Charlotte Falk Andersen, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Sjælland
- Chefkonsulent Henrik Eilsø, Fælleskommunalt Sundhedssekretariat Sjælland
- Chefkonsulent Morten Helleberg Christensen, Holbæk Sygehus
- Kvalitetskonsulent Heidi Reinhold, Holbæk Sygehus
- Chefkonsulent Signe Qvist Christensen, Sjællands Universitetshospital
- Chefkonsulent Kirsten Margrethe Kuhn Iversen, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Specialeansvarlig overlæge Hanne Jørsboe, Nykøbing Falster Sygehus
- Afdelingsleder Stine Mieth-Waldorff, Københavns Kommune
- Cheflæge Jesper Erdal, Region Hovedstaden
- Udviklingskonsulent Jesper Vind Troelsen, Slagelse Kommune

- Faglig koordinator Preben Hilligsøe, Roskilde Kommune
- Sundhedsfaglig konsulent, Camilla Kron Bramsted, Solrød Kommune
- IT koordinator Helle Sandgaard Kristensen, Odsherred Kommune
- Funktionschef Malene Egsgaard-Toft, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Chefkonsulent Troels Busk Hoff, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Specialkonsulent Maria Olejaz Tellerup, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Konsulent Rikke Bohart Thygesen, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland

Tværgående arbejdsgrupper

Der er nedsat to tværgående arbejdsgrupper med hver deres fokus, henholdsvis *organisatorisk set-up* og *IT og dokumentation*. Den tværgående arbejdsgruppe vedr. IT og dokumentation besidder beslutningsmandat vedr. IT-løsninger og dokumentationspraksis i Sundhedsplatformen og i de kommunale omsorgssystemer. Den tværgående arbejdsgruppe vedr. organisatorisk set-up besidder beslutningsmandat vedr. organiseringen af 96 timers behandlingsansvar i Region Sjælland.

Arbejdsgrupperne skal desuden orientere den centrale implementeringsgruppe om alle beslutninger, og beslutninger af økonomisk karakter skal løftes op i Den Centrale Implementeringsgruppe.

Den tværgående arbejdsgruppe vedr. IT og dokumentation består af følgende medlemmer:

- Konsulent Mia Ravnø, Region Hovedstaden
- Konsulent Stina Maria Lerche, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Konsulent Janni Hynkemejer Martlev, Koncern IT, Region Sjælland
- Teamleder Stine Gro Salling Olsen, Koncern IT, Region Sjælland
- Specialkonsulent Susanne Badsberg, Data og Udviklingsstøtte, Region Sjælland
- Udviklingskonsulent Jesper Vind Troelsen, Slagelse Kommune
- Faglig Koordinator Preben Hilligsøe, Roskilde Kommune
- Sundhedsfaglig konsulent Camilla Kronborg Bramsted, Solrød Kommune
- It-koordinator Helle Sandgaard Kristensen, Odsherred Kommune
- Specialkonsulent Sabine Louise Lund Langenbach, Sjællands Universitetshospital
- Specialkonsulent Malene Pedersen, Holbæk Sygehus
- Specialkonsulent Betina Romme Rasch, Nykøbing Falster Sygehus
- Specialkonsulent Helle Hansen, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Konsulent Rikke Wulff, Sjællands Universitetshospital
- Chefkonsulent Henrik Eilsø, Fælleskommunalt sekretariat Sjælland
- Chefkonsulent Hasse Petersen, Fælleskommunalt sekretariat Sjælland
- Specialkonsulent Inge Zimmermann, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Specialkonsulent Maria Olejaz Tellerup, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Konsulent Rikke Bohart Thygesen, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland

Den tværgående arbejdsgruppe vedr. organisatorisk set-up består af følgende medlemmer:

- Cheflæge Adam Blyme, Holbæk Sygehus
- Ledende lægesekretær Susanne Kramer, Holbæk Sygehus
- Chefsygeplejerske Anette Laursen, Holbæk Sygehus

- Cheflæge Matias Greve Lindholm, Sjællands Universitetshospital
- Ledende lægesekretær Lene Bidstrup, Sjællands Universitetshospital
- Cheflæge Henrik Vilsner, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Chefsygeplejerske Gitte Piriwe Risom, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Cheflæge Cæcilie Trier Sønderkov, Nykøbing Falster sygehus
- Stabschef Jens Magleby, Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland
- Centerchef Betina Arendt, Roskilde Kommune
- Centerchef Rikke Kragh Iversen, Odsherred Kommune
- Centerchef Mette Molin, Lejre Kommune
- Centerchef Therese Gjerde Corfix, Slagelse Kommune
- Leder af Knud Lavard Centret Marie Jørgensen, Ringsted Kommune
- Leder af den kommunale sygepleje Kirstine Damborg Bendtsen, Solrød Kommune
- Centerchef Søren Wollesen, Lolland Kommune
- Chefkonsulent Charlotte Falk Andersen, Fælleskommunalt sekretariat Sjælland
- Chefkonsulent Henrik Eilsø, Fælleskommunalt sekretariat Sjælland
- Praksiskonsulent Charlotte Høgsted Voglhofer, Sjællands Universitetshospital
- Lægefaglig vicedirektør Lars Bredevang Andersen, Præhospitalt Center
- Chefkonsulent Kirsten Margrethe Kuhn Iversen, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Kvalitetskonsulent Heidi Reinhold, Holbæk Sygehus
- Funktionschef Malene Egsgaard-Toft, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Specialkonsulent Maria Olejaz Tellerup, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Konsulent Rikke Bohart Thygesen, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland

Lokale implementeringsgrupper

De lokale implementeringsgrupper er forankret i de fire sundhedsklynger i Region Sjælland. De lokale implementeringsgrupper skal beskrive og organisere de overordnede lokale tilpasninger af modellen og sikre lokal implementering. Det forventes, at grupperne vil understøtte lokale udfordringer i forhold til implementeringen og den videre drift af 96 timers behandlingsansvar i regionen.

Nedenstående figur 1 viser organiseringen af arbejdet med udviklingen og implementeringen af 96 timers behandlingsansvar i Region Sjælland.



Figur 1